



Veterans Affairs
Canada

Anciens Combattants
Canada

Vérification des établissements communautaires de soins de longue durée

Finale : Février 2012



Canada 

Remerciements

L'équipe de vérification tient à remercier le personnel des bureaux de district de Charlottetown, de Saint John, de Montréal, de Mississauga et de Vancouver, des bureaux régionaux de l'Atlantique de l'Ontario et de l'Ouest, de l'Administration centrale et de Croix Bleue Medavie, à Charlottetown et à Moncton, dont la contribution a été essentielle à la vérification.

Table des matières

| | |
|--|----|
| SOMMAIRE | i |
| 1.0 CONTEXTE | 1 |
| 2.0 À PROPOS DE LA VÉRIFICATION | 3 |
| 2.1 Objectifs de la vérification | 3 |
| 2.2 Portée | 4 |
| 2.3 Méthode..... | 4 |
| 2.4 Énoncé d'assurance..... | 6 |
| 3.0 RÉSULTATS DE LA VÉRIFICATION..... | 7 |
| 3.1 Gouvernance | 7 |
| 3.1.1 Structure de gouvernance..... | 7 |
| 3.1.2 Gestion des risques..... | 7 |
| 3.1.3 Accès à l'information sur les programmes | 9 |
| 3.1.4 Politiques, procédures et lignes directrices | 11 |
| 3.1.5 Pouvoirs, responsabilités et obligations de rendre compte..... | 12 |
| 3.1.6 Surveillance et mesures du rendement..... | 16 |
| 3.2 Gestion et contrôle financiers..... | 19 |
| 3.2.1 Budget et engagements..... | 19 |
| 3.2.2 Financement des programmes | 21 |
| 3.2.3 Caractère adéquat des paiements..... | 22 |
| 3.2.4 Facturation normalisée | 24 |
| 3.2.5 Gestion des fournisseurs | 25 |
| 3.2.6 Contrôles des systèmes d'information et des systèmes financiers..... | 26 |
| 3.3 Possibilités d'amélioration | 29 |
| 3.4 Opinion de vérification..... | 30 |
| 4.0 DISTRIBUTION..... | 31 |
| Annexe A – Classement du risque en fonction des recommandations et l'opinion de vérification 32 | |
| Annexe B – Critères de vérification | 33 |
| Annexe C – Aperçu de l'examen des dossiers | 35 |
| Annexe D – Liste des sigles et acronymes..... | 38 |

SOMMAIRE

Le Programme de soins de longue durée¹ est offert en collaboration avec les provinces et les territoires, les autorités de la santé et les établissements de soins de longue durée, afin de soutenir financièrement les anciens combattants admissibles dans un cadre convenable de soins de longue durée. Anciens Combattants Canada offre une aide financière pour les anciens combattants admissibles qui occupent un lit réservé ou un lit dans un établissement communautaire. Au 31 mars 2011, on comptait 9 376 bénéficiaires de l'aide financière d'Anciens Combattants Canada dans des établissements non ministériels de partout au Canada. Au total, 2 782 bénéficiaires occupaient des lits réservés et 6 594 occupaient des lits dans un établissement communautaire. On prévoit que ces nombres diminueront entre 2012 et 2020, lorsqu'il y aura une baisse de la demande de soins de longue durée. Selon les prévisions, on estime que 5 780 anciens combattants recevront des soins de longue durée d'ici cinq ans (2016-2017).

La *Vérification du Programme de soins résidentiels (région de l'Ontario)* effectuée en 2006 et la *Vérification des soins en établissement à l'Édifice commémoratif des anciens combattants Camp Hill* effectuée en 2010 ont permis de cerner des lacunes importantes dans la gestion financière du Programme de soins de longue durée. La vérification de 2006 a également permis de déterminer qu'il fallait mener une étude plus approfondie concernant les lits d'accès prioritaires lorsque des ententes sont conclues avec les autorités locales. On a donné suite à toutes les recommandations découlant des vérifications de 2006 et de 2010, sauf une qu'il reste à finaliser. La gestion des lits des établissements communautaires par Anciens Combattants Canada n'a jamais fait l'objet d'une vérification. Les lits réservés qui relèvent de ce type d'entente, c.-à-d. lorsque le Ministère offre du financement pour les coûts de fonctionnement ou un financement amélioré, ont été exclus de la portée de la présente vérification.

Le but de la présente vérification était de fournir l'assurance que le cadre de contrôle de la gestion régissant le Programme de soins de longue durée est efficace, et que les contrôles internes qui se rapportent au programme sont adéquats et fonctionnent bien. La vérification visait les bénéficiaires qui reçoivent des soins de longue durée dans des lits en établissement communautaire ou dans des lits réservés régis par un protocole d'entente conclu avec les autorités provinciales de la santé du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011.

¹ Aux fins de la présente vérification, les soins de longue durée s'entendent, sauf indication contraire, des soins intermédiaires du PAAC, aux termes de la partie II du RSSAC, et des soins à long terme, aux termes de la partie III du RSSAC.

En plus des entrevues, des tests de cheminement et de l'examen de la documentation, un échantillon statistiquement valide de 72 dossiers et des opérations financières connexes ont été examinés dans le but de déterminer la conformité aux règlements financiers et de programmes. La planification de la vérification a débuté en février 2011, l'analyse ayant été achevée en août 2011.

Opinion de vérification

De l'avis de l'équipe chargée de la vérification, les contrôles internes, le cadre de gouvernance et le cadre de gestion du risque relatifs à la gestion des finances et des programmes doivent être améliorés.

Les résultats de la vérification mettent en évidence des faiblesses au cœur des processus internes qui appuient la vérification des comptes et la gestion des programmes. L'échantillon a permis de cerner des lacunes importantes dans la documentation appuyant les décisions (piste de vérification). De plus, le processus de surveillance ne suffisait pas à réduire les risques résiduels à un niveau acceptable.

Recommandations :

| R1 Il est recommandé que la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, examine et mette à jour la Stratégie en matière de soins de longue durée dans le contexte ministériel actuel et qu'elle l'assortisse d'une stratégie de gestion des risques, de cibles mesurables et de plans opérationnels. (Essentiel) | | |
|--|-----------------------------------|---------------|
| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
| Consulter des intervenants internes : Programme des avantages médicaux et Programme de l'autonomie des anciens combattants; personnel régional; professionnels de la santé d'ACC. | DGPPS – DSLD | Mars 2012 |
| Consulter l'Unité de la responsabilisation et du risque et l'Unité du rendement des programmes du Ministère concernant la stratégie de gestion des risques et les cibles mesurables. | DGPPS – DSLD | Juin 2012 |
| Mettre à jour la Stratégie nationale en matière de soins de longue durée. | DGPPS – DSLD | Décembre 2012 |
| Communiquer la stratégie et demander les approbations requises. | DGPPS – DSLD | Décembre 2012 |

R2 Il est recommandé que le directeur général, Direction générale des politiques et de la recherche, en consultation avec la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, révise le processus d'obtention de l'information financière en vue du calcul des frais d'hébergement et de repas. (Critique)

| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
|---|---|--|
| Clarifier les modalités actuelles relatives à l'échange de données avec RHDCC. Il est prévu que l'Unité des services juridiques d'ACC devra consulter l'Unité des services juridiques de RHDCC. | Direction des politiques en matière de programmes | Novembre 2011 |
| <p>En fonction des résultats de la consultation avec le ministère de la Justice, prendre l'une ou l'autre des mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) établir un groupe de travail pour déterminer la façon la plus efficace d'obtenir l'information financière requise pour déterminer les frais d'hébergement et de repas; b) établir un accord formel avec RHDCC visant à permettre l'utilisation de l'information financière pour calculer les frais d'hébergement et de repas. | Direction des politiques en matière de programmes | <p>Mars 2012</p> <p>Septembre 2012</p> |

R3 Il est recommandé que la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, précise les responsabilités et les obligations de rendre compte de l'agent des services aux clients et de l'infirmière du bureau de district en ce qui concerne le Programme de soins de longue durée. (Essentiel)

| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
|---|--|---------------|
| Consulter la directrice médicale nationale pour déterminer les responsabilités pertinentes et les tâches administratives connexes. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD | Décembre 2011 |
| Examiner la nécessité de modifier la délégation des pouvoirs et des politiques et les processus connexes. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD | Décembre 2011 |
| Examiner le processus opérationnel national « Processus de demande de soins intermédiaires et de longue durée » afin de tenir compte des rôles et des responsabilités de l'IBD et de l'ASC. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD | Mars 2012 |
| Revoir les formulaires VAC 751 et VAC 1305B, et les réviser au besoin, pour assurer la validité continue. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD | Mars 2012 |
| Communiquer les rôles et responsabilités de l'IBD et de l'ASC en ce qui a trait à l'administration financière des SLD. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et la directrice médicale nationale | Juin 2012 |

R4 Il est recommandé que la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, communique les responsabilités et les obligations de rendre compte des agents chargés d'appliquer l'article 34 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* en ce qui a trait à la prise de décisions et au maintien d'une piste de vérification. (Critique)

| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
|---|---|---------------|
| Distribuer aux agents du Programme de soins en établissement chargés d'appliquer l'article 34 le document intitulé « Lignes directrices pour la vérification des comptes des coûts des établissements de soins de santé » qui a été préparé par les Finances. | DGPPS – DSLD | Décembre 2011 |
| Communiquer aux agents du Programme de soins en établissement chargés d'appliquer l'article 34 le chapitre 5 de la partie 2 du Manuel sur les politiques et les procédures financières, qui porte sur la fonction de vérification des comptes. | DGPPS – DSLD | Décembre 2011 |
| Répondre aux questions des agents du Programme de soins en établissement chargés d'appliquer l'article 34 concernant la vérification des comptes. | DGPPS – DSLD et Direction générale des finances | Permanent |

| <p>R5 Il est recommandé que la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, élabore et mette en œuvre un processus d'assurance de la qualité pour le Programme de soins de longue durée, axé sur la pertinence de la prise de décisions et la documentation des décisions (piste de vérification). (Critique)</p> | | |
|--|--|----------------|
| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
| Examiner et mettre à jour les étapes de la documentation énoncées dans le processus opérationnel national « Processus de demande de soins intermédiaires et de longue durée ». | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD | Mars 2012 |
| Revoir et mettre à jour le formulaire de décision concernant les soins de longue durée (VAC 751) et le formulaire concernant l'entente relative aux contributions du PAAC (1305B). La possibilité d'ajouter une section pour consigner les motifs des décisions sera examinée au besoin. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD | Mars 2012 |
| Examiner la nécessité d'élaborer un guide sur la « façon de remplir le formulaire » qui accompagnera le formulaire de décision concernant les soins de longue durée. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD | Juin 2012 |
| Offrir une formation sur l'établissement et la conservation de la documentation, au besoin. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et le personnel régional | Juin 2012 |
| Mettre en œuvre un processus d'assurance de la qualité en vue de s'assurer que les données de la piste de vérification sont saisies. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et le personnel régional | Septembre 2012 |

R6 Il est recommandé que la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, en consultation avec le directeur général, Direction générale des finances, veille à ce que les fonds pour les soins de longue durée soient engagés conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et aux directives du Conseil du Trésor. (Critique)

| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
|--|-----------------------------------|------------|
| La directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, communiquera aux directeurs généraux régionaux la directive d'engager des fonds au niveau du programme. | DGPPS – DSLD et DPAMPAAC | Mars 2012 |
| À compter du 1 ^{er} avril 2012, des fonds seront engagés pour le Programme de soins de longue durée. | Finances | Avril 2012 |

R7 Il est recommandé que la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, mette en œuvre des améliorations au système en vue d'améliorer les mesures de contrôle et de maintenir une piste de vérification pour le Programme de soins de longue durée. (Essentiel)

| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
|--|--|----------------|
| Examiner la faisabilité de modifier l'écran « Finance » du SSSE, afin de pouvoir utiliser un taux mensuel plutôt qu'un taux quotidien, et son applicabilité. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et le chef, Applications d'information ministérielle | Septembre 2012 |
| Examiner la possibilité d'ajouter des validations informatiques aux champs de saisie de données avec validation croisée afin de s'assurer qu'il n'y a pas de combinaisons de données irrégulières ou impossibles. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et le chef, Applications d'information ministérielle | Novembre 2012 |
| Mener des consultations sur la possibilité d'accroître la capacité de vérification pour les mises à jour des renseignements sur l'établissement (c.-à-d. consignation des changements apportés à l'écran « Renseignements sur l'établissement » et par qui). | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et le chef, Applications d'information ministérielle | Janvier 2013 |
| Mener des consultations sur l'accroissement de la capacité de vérification de l'information financière (c.-à-d. consignation des changements apportés à l'écran « Finance » et par qui). | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et le chef, Applications d'information ministérielle | Janvier 2013 |
| Examiner la possibilité d'ajouter un écran au SSSE en vue d'indiquer le bénéficiaire et les détails sur les services qui seront offerts et financés par ACC. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et le chef, Applications d'information ministérielle | Mars 2013 |

Énoncé d'assurance

Selon le jugement professionnel du dirigeant principal de la vérification, les procédures de vérification et les preuves recueillies étaient suffisantes et appropriées pour appuyer un niveau d'assurance élevé quant au caractère adéquat de l'opinion fournie dans le présent rapport. Cette opinion est fondée sur une comparaison entre la situation au moment de la vérification et les critères de vérification préétablis et convenus avec la direction et ne s'applique qu'à l'entité, au processus et au système examinés. Les éléments de preuve ont été recueillis conformément aux politiques, directives et normes du Conseil du Trésor en ce qui concerne la vérification interne, et les procédures utilisées satisfont aux normes professionnelles de l'Institut des vérificateurs internes. Les éléments de preuve recueillis étaient suffisants pour offrir à la haute direction un niveau d'assurance élevé quant à l'opinion formulée dans le présent rapport.

Signature du dirigeant principal de la vérification

L'original a été signé par

20 janvier 2012

Don Love
Dirigeant principal de la vérification

Date

L'équipe de vérification était constituée des personnes suivantes :

Jonathan Adams, directeur de la vérification

Karen Walsh, gestionnaire de la vérification

Adrienne VanLunen Gallant, agente principale de la vérification

Lana Wright, agente de vérification

Ian Watchman, conseiller, Services financiers

1.0 CONTEXTE

Le gouvernement fédéral s'occupe, depuis la fin de la Première Guerre mondiale, des soins de longue durée offerts aux anciens combattants blessés ou handicapés, et les services qu'il offre ont considérablement augmenté après la fin de la Seconde Guerre mondiale. Le Programme de Soins de longue durée (SLD)² est offert en collaboration avec les provinces et les territoires, les autorités de la santé et les établissements de SLD, afin de soutenir financièrement les anciens combattants admissibles dans un cadre convenable de soins de longue durée répondant à leurs besoins de soins de santé évalués. Anciens Combattants Canada (ACC) fournit du financement pour les anciens combattants admissibles qui occupent un lit réservé ou un lit dans un établissement communautaire.

À l'heure actuelle, ACC offre des avantages en vertu de deux principales autorisations législatives prévues dans le *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* (RSSAC) :

- La partie II, Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC), qui prévoit le financement dans les établissements communautaires.
- La partie III, Soins à long terme, qui prévoit le financement dans les établissements ministériels, contractants et communautaires.

Trois niveaux de soins sont offerts dans le cadre du Programme de SLD : soins en établissement pour adultes (type I), soins intermédiaires (type II) et soins prolongés (type III). Les soins sont offerts dans les trois types de lits suivants : lits réservés, lits dans un établissement communautaire et lits dans un établissement du Ministère. La détermination de l'admissibilité à ces niveaux de soins et à ces types de lits est complexe et nécessite une détermination de l'admissibilité aux services et au programme. L'admissibilité au programme est déterminée par le personnel de chaque bureau de district (BD).

La *Vérification du Programme de soins résidentiels (région de l'Ontario)* effectuée en 2006 et la *Vérification des soins en établissement à l'Édifice commémoratif des anciens combattants Camp Hill* effectuée en 2010 ont permis de cerner des lacunes importantes dans la gestion financière du Programme de SLD. La vérification de 2006 a également permis de déterminer qu'il fallait mener une étude plus approfondie concernant les lits

² Aux fins de la présente vérification, les soins de longue durée s'entendent, sauf indication contraire, des soins intermédiaires du PAAC aux termes de la partie II du RSSAC et des soins à long terme aux termes de la partie III du RSSAC.

d'accès prioritaires³ lorsque des ententes sont conclues avec les autorités locales. On a donné suite à toutes les recommandations découlant des vérifications de 2006 et de 2010, sauf une qu'il reste à finaliser. Cette dernière porte sur des améliorations aux systèmes, dont il est également question à la section 3.2.6 de la présente vérification. Par ailleurs, la gestion des lits des établissements communautaires par ACC n'a jamais fait l'objet d'une vérification.

Au 31 mars 2011, on comptait 9 376 bénéficiaires du programme dans des établissements non ministériels de partout au Canada, où 2 782 bénéficiaires occupaient des lits réservés et 6 594 occupaient des lits dans un établissement communautaire. On prévoit que la demande de SLD sera à la baisse au cours des cinq prochaines années, pour atteindre environ 5 780 anciens combattants.

Les lits de SLD sont financés par l'entremise des Autres services de santé achetés (ASSA) ou d'une entente de contribution du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC). Les lits réservés doivent être financés à même l'affectation ASSA, tandis que les lits dans un établissement communautaire peuvent être financés à partir de l'une ou l'autre de ces sources de financement (PAAC ou ASSA). En 2010-2011, les dépenses totales réelles de programme pour les SLD, à l'exclusion de l'établissement du Ministère, se chiffraient à 276 millions de dollars sur un total des dépenses du Ministère de 3,1 milliards de dollars; 218 millions (ASSA) et 58 millions (PAAC) ont été dépensés pour des établissements non ministériels.

³ Décrits auparavant comme des « lits d'accès prioritaires mobiles », ces lits sont des lits réservés dans des établissements qui n'étaient pas visés par le transfert des hôpitaux ministériels aux provinces, mais plutôt par des ententes qui étaient conclues pour assurer un accès prioritaire des anciens combattants à des lits dans leur propre collectivité.

| Tableau 1 : Nombre de clients hospitalisés par type de lit | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 | 2010-2011 |
| Lits réservés | 2 866 | 2 852 | 2 832 | 2 782 |
| Lits des établissements communautaires | 7 370 | 7 107 | 6 897 | 6 594 |
| Total | 10 236 | 9 959 | 9 729 | 9 376 |

Source : Direction de la statistique

| Tableau 2 : Coût annuel moyen par type de lit | | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | 2007-2008 | 2008-2009 | 2009-2010 | 2010-2011 |
| Lits réservés | 57 103 \$ | 61 926 \$ | 61 961 \$ | 63 701 \$ |
| Lits des établissements communautaires | 12 806 \$ | 12 937 \$ | 13 486 \$ | 14 482 \$ |

Source : Direction de la statistique

2.0 À PROPOS DE LA VÉRIFICATION

2.1 Objectifs de la vérification

Les objectifs de la vérification des soins de longue durée sont les suivants :

1. Évaluer le cadre de gouvernance des soins de longue durée.
2. Évaluer la conformité aux politiques, règlements et procédures.
3. Déterminer si les paiements sont exacts et conformes aux modalités établies.
4. Évaluer le caractère adéquat des contrôles internes régissant l'engagement des dépenses et la vérification des paiements.

2.2 Portée

La vérification portait sur les soins intermédiaires, aux termes de la partie II du RSSAC, et sur les SLD, aux termes de la partie III du RSSAC, offerts notamment dans des lits réservés (lits d'accès prioritaire) de certains établissements non ministériels. La vérification portait également sur les lits offerts dans des établissements communautaires (en tant que service assuré ou non par la province). Cependant, les lits réservés dans des établissements ayant reçu un financement pour les coûts de fonctionnement ou un financement amélioré ne faisaient pas partie du programme de vérification, car les contrôles internes entourant la gestion de ces lits réservés étaient visés par les vérifications antérieures de 2006 et de 2010. La conformité aux politiques et aux procédures relatives au PAAC était exclue de la portée de la vérification étant donné que cet aspect a été examiné dans le cadre de la vérification du PAAC effectuée en 2010. Cependant, le processus de vérification des paiements du PAAC a été examiné dans le cadre de la présente vérification afin d'examiner la pertinence des contrôles internes pour effectuer la vérification des paiements.

Les objectifs de vérification concernant la gouvernance, la conformité et les contrôles internes visaient les pratiques actuelles de 2011-2012. L'équipe de vérification a effectué des sondages de vérification sur place à la fin du printemps et au début de l'été 2011, au Bureau régional de l'Ontario et aux bureaux de district de Charlottetown, de Saint John, de Mississauga, de Vancouver et de Montréal. Des sondages de vérification sur place ont également été effectués dans les centres de traitement de la Croix Bleue pour le PAAC situés à Charlottetown et à Moncton. L'exactitude des paiements a été vérifiée grâce à un échantillon d'opérations effectuées en 2010-2011, lequel a permis de vérifier la pertinence des contrôles internes pour l'engagement des dépenses et la vérification des paiements.

2.3 Méthode

La vérification a été menée selon les Normes pour la pratique de la vérification interne du groupe de l'Institut des vérificateurs internes, conformément à la Politique sur la vérification interne du Conseil du Trésor. Les méthodes suivantes ont été utilisées pour atteindre les objectifs de vérification :

Des entrevues ont été réalisées avec des employés des bureaux de district, des bureaux régionaux et de l'Administration centrale, afin de déterminer la pertinence des contrôles internes, des politiques et des procédures et du cadre de gouvernance, et pour bien comprendre les processus d'engagement des dépenses et de vérification des paiements.

Le Bureau régional de l'Ontario, cinq bureaux de district d'ACC et les bureaux de Croix Bleue Medavie ont été visités afin d'observer, consulter et confirmer les processus de paiement.

Les vérificateurs ont effectué des exercices d'observation participante avec des agents des services aux clients (ASC) et des agents des services administratifs de district (ASAD), afin de bien comprendre le Système de soutien des soins en établissement (SSSE) et pour observer les processus d'engagement des dépenses et de vérification des paiements. Des exercices d'observation ont également été effectués avec des agents des finances pour participer à une démonstration du processus de paiement.

Un échantillon statistique de 72 dossiers a été examiné. L'échantillon a été prélevé dans une population de 9 802 bénéficiaires de SLD occupant un lit dans un établissement communautaire ou un lit réservé au 31 mars 2011, tel qu'énoncé à la section 2.2. Les dossiers ont été choisis au hasard selon un niveau de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 %. L'examen avait pour but de déterminer si les paiements aux établissements sont exacts et s'ils sont versés conformément aux modalités établies. Les opérations utilisées pour les sondages ont été choisies au hasard à partir des 72 dossiers de l'échantillon statistique, en examinant une opération par dossier. La population de 9 802 bénéficiaires comprenait des personnes décédées au cours de l'exercice 2010-2011, mais ne visaient pas les personnes qui occupaient des lits réservés dans des établissements qui recevaient un financement pour les coûts de fonctionnement ou un financement amélioré. De plus, un examen des contrôles, tel que décrit dans le manuel des politiques, a été effectué afin de s'assurer que les contrôles étaient appliqués convenablement et correctement (c.-à-d. en conformité).

Un examen d'un échantillon discrétionnaire de 40 dossiers et opérations de paiement pour des lits de soins actifs et des lits de soins intermédiaires dans des établissements communautaires a été effectué afin de déterminer si les processus d'engagement des dépenses et de vérification des paiements étaient appliqués convenablement. L'échantillon a été sélectionné de façon aléatoire en fonction des opérations à plus haut risque (importance relative, lits réservés et lits non assurés par la province, c.-à-d. lits privés).

Les vérificateurs ont examiné des documents à l'appui afin de déterminer la pertinence du cadre de gouvernance du Programme de SLD et la conformité aux règlements, politiques et procédures. L'équipe de vérification a en outre déterminé la pertinence de la documentation et des processus opérationnels relatifs à l'engagement des dépenses et à la vérification des paiements.

L'équipe de vérification a analysé les statistiques du programme pour bien comprendre le contexte du programme et sélectionner les bureaux de district visés par la portée de la vérification en vue des sondages.

2.4 Énoncé d'assurance

Selon le jugement professionnel du dirigeant principal de la vérification, les procédures de vérification et les preuves recueillies étaient suffisantes et appropriées pour appuyer un niveau d'assurance élevé quant au caractère adéquat de l'opinion fournie dans le présent rapport. Cette opinion est fondée sur une comparaison entre la situation au moment de la vérification et les critères de vérification préétablis et convenus avec la direction et ne s'applique qu'à l'entité, au processus et au système examinés. Les éléments de preuve ont été recueillis conformément aux politiques, directives et normes du Conseil du Trésor en ce qui concerne la vérification interne, et les procédures utilisées satisfont aux normes professionnelles de l'Institut des vérificateurs internes. Les éléments de preuve recueillis étaient suffisants pour offrir à la haute direction un niveau d'assurance élevé quant à l'opinion formulée dans le présent rapport.

3.0 RÉSULTATS DE LA VÉRIFICATION

3.1 Gouvernance

3.1.1 Structure de gouvernance

Selon l'Institut des vérificateurs internes (IVI), gouvernance s'entend du « dispositif comprenant les processus et les structures mis en place par le Conseil afin d'informer, de diriger, de gérer et de piloter les activités de l'organisation en vue de réaliser ses objectifs ». L'équipe de vérification a examiné les aspects suivants de la structure de gouvernance : obligations de rendre compte, responsabilités, autorisations, gestion des risques, autorisation législative, assurance de la qualité, et politiques, procédures et processus opérationnels. Les constatations des vérificateurs concernant la structure de gouvernance sont décrites plus en détail dans la présente section du rapport.

La structure du Programme de SLD comprend la gestion du programme, qui relève de la Direction des soins de longue durée, située à l'Administration centrale (AC). La Direction est chargée de fournir une orientation fonctionnelle aux directeurs régionaux de la qualité des soins et aux spécialistes régionaux des soins en établissement (SRSE) qui, à leur tour, fournissent des directives au personnel de première ligne des Bureaux de District (BD). Bien que le rôle des directeurs régionaux de la qualité des soins varie d'une région à l'autre du pays, il est principalement axé sur la gestion de la qualité des soins dans les établissements contractants situés dans leur région. En raison de la complexité du Programme de SLD, le personnel des BD compte beaucoup sur les SRSE pour obtenir des directives et des précisions. Les SRSE jouent un rôle fondamental en tant qu'experts en la matière, et leur participation à la gestion du Programme de SLD est essentielle. Une stratégie de transfert des connaissances permettrait d'atténuer le risque de perte du savoir en raison du roulement éventuel que connaîtra le poste de SRSE.

3.1.2 Gestion des risques

Il faudrait que des objectifs soient clairement définis et communiqués car ils fournissent une orientation au programme. Lorsque des objectifs seront établis, il faudra cerner et évaluer parallèlement les risques et les possibilités pour veiller à ce que les facteurs pouvant faire obstacle à l'atteinte des objectifs soient surveillés et gérés. Des cibles mesurables doivent être établies afin de déterminer l'atteinte des objectifs et pour indiquer s'il est nécessaire d'apporter des changements. Il faudrait élaborer des plans opérationnels pour garantir l'atteinte des objectifs du programme.

Le secteur du Programme de SLD a élaboré une Stratégie en matière de SLD qui établit des objectifs pour l'avenir du programme. La stratégie date de 2008, et l'environnement du Ministère a changé depuis : des contrôles budgétaires additionnels

ont été imposés pour les ASSA; on s'attend à ce que la population de bénéficiaires du programme diminue; le contexte actuel en est un de restrictions budgétaires; les initiatives du gouvernement ont identifié le besoin de changement (p. ex., états financiers vérifiables et Bureau du vérificateur général). Par conséquent, les objectifs de la stratégie devraient être examinés et mis à jour régulièrement.

La Stratégie en matière de SLD identifie des risques, et les vérificateurs recommandent qu'une stratégie de gestion des risques soit élaborée pour assurer une gestion efficace du changement et pour faciliter la prise de décisions. Les vérificateurs recommandent également que des cibles mesurables soient établies, ce qui permettrait au secteur du programme de déterminer les progrès réalisés en vue de l'atteinte des objectifs. Enfin, les bureaux régionaux et l'Administration centrale devraient élaborer des plans opérationnels expliquant de quelle façon ils comptent mettre en œuvre les objectifs stratégiques du Ministère en matière de SLD. La stratégie et les plans opérationnels devraient comprendre des échéanciers et des cibles mesurables, de sorte que l'obligation de rendre compte soit clairement définie, ainsi que des indicateurs à l'effet que les changements nécessaires sont apportés en temps opportun.

Recommandation 1

Il est recommandé que la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, examine et mette à jour la Stratégie en matière de soins de longue durée dans le contexte ministériel actuel et qu'elle l'assortisse d'une stratégie de gestion des risques, de cibles mesurables et de plans opérationnels. (Essentiel)

Réponse de la direction

La direction accepte la recommandation consistant à examiner et à mettre à jour de la Stratégie en matière de SLD dans le contexte ministériel actuel, et à l'assortir d'une stratégie de gestion des risques, de plans opérationnels et de cibles mesurables.

Plan d'action de la direction

| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
|--|-----------------------------------|---------------|
| Consulter des intervenants internes : Programme des avantages médicaux et Programme de l'autonomie des anciens combattants; personnel régional; professionnels de la santé d'ACC. | DGPPS – DSLD | Mars 2012 |
| Consulter l'Unité de la responsabilisation et du risque et l'Unité du rendement des programmes du Ministère concernant la stratégie de gestion des risques et les cibles mesurables. | DGPPS – DSLD | Juin 2012 |
| Mettre à jour la Stratégie nationale en matière de soins de longue durée. | DGPPS – DSLD | Décembre 2012 |
| Communiquer la stratégie et demander les approbations requises. | DGPPS – DSLD | Décembre 2012 |

3.1.3 Accès à l'information sur les programmes

Dans le cadre du Programme de SLD, la plupart des bénéficiaires sont tenus de contribuer à l'hébergement et aux repas. Le montant de la contribution à l'hébergement et aux repas est calculé en fonction du revenu, certaines exemptions étant accordées pour divers éléments (p. ex., exemptions pour les menues dépenses personnelles et pour le soutien du conjoint). Les vérificateurs ont observé le personnel pendant qu'il utilisait la base de données de Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC) pour accéder aux renseignements sur le revenu des bénéficiaires du programme en vue de calculer les frais d'hébergement et de repas. ACC a conclu des accords formels, tel que le prévoient la *Loi de l'impôt sur le revenu* et la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, permettant d'obtenir des renseignements sur le revenu contenus dans la base de données de RHDC en vue de l'administration des programmes de remplacement du revenu, en vertu de la *Loi sur les allocations aux anciens combattants* (LAAC) et de la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* (LMRIMVFC). Les vérificateurs n'ont pas été en mesure de trouver un accord qui ait été formalisé pour permettre à ACC d'avoir accès à ces renseignements dans le cadre du Programme de SLD.

En outre, les renseignements contenus dans la base de données de RHDCC sont utiles et offrent à ACC des possibilités de réaliser des économies. Non seulement ACC peut utiliser ces renseignements pour calculer les frais d'hébergement et de repas, mais il peut en outre réaliser des gains d'efficacité dans le cadre des autres programmes, en éliminant par exemple la nécessité de faire des présentations annuelles concernant les renseignements sur le revenu des conjoints qui bénéficient des avantages du PAAC et en réduisant le montant des trop-payés en raison de retards dans l'émission des avis de décès.

Recommandation 2

Il est recommandé que le directeur général, Direction générale des politiques et de la recherche, en consultation avec la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, révise le processus d'obtention de l'information financière en vue du calcul des frais d'hébergement et de repas. (Critique)

Réponse de la direction

La direction convient qu'aucun accord formel n'a été conclu pour permettre l'utilisation des renseignements de RHDCC à d'autres fins que celles qui sont liées aux programmes de remplacement du revenu aux termes de la LAAC et de la LMRIMVFC. ACC va explorer diverses options en vue d'utiliser les renseignements de RHDCC pour appuyer l'administration de ses programmes tout en respectant le cadre législatif et de politique actuellement en place. La direction reconnaît également que l'utilisation des renseignements de RHDCC constitue un moyen efficace d'obtenir l'information financière requise pour calculer les frais d'hébergement et de repas applicables.

Plan d'action de la direction

| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
|---|---|-------------------|
| Clarifier les modalités actuelles relatives à l'échange de données avec RHDCC. Il est prévu que l'Unité des services juridiques d'ACC devra consulter l'Unité des services juridiques de RHDCC. | Direction des politiques en matière de programmes | Novembre 2011 |

| | | |
|--|--|--|
| <p>En fonction des résultats de la consultation avec le ministère de la Justice, prendre l'une ou l'autre des mesures suivantes :</p> <p>a) établir un groupe de travail pour déterminer la façon la plus efficace d'obtenir l'information financière requise pour déterminer les frais d'hébergement et de repas;</p> <p>b) établir un accord formel avec RHDCC visant à permettre l'utilisation de l'information financière pour calculer les frais d'hébergement et de repas.</p> | <p>Direction des politiques en matière de programmes</p> | <p>Mars 2012</p> <p>Septembre 2012</p> |
|--|--|--|

3.1.4 Politiques, procédures et lignes directrices

Les politiques, procédures et lignes directrices décrivent les paramètres à l'intérieur desquels le personnel peut agir et fournir des directives concernant la façon dont le Ministère gère le risque lié aux programmes, en clarifiant la législation et en fournissant au personnel une orientation claire quant aux attentes.

Le secteur chargé du Programme de soins de longue durée a mis sur pied un Groupe de travail intégré sur les soins en établissement (GTISE) qui est composé de membres du personnel du Programme de SLD de l'AC et des BR. Les membres du GTISE se réunissent une fois par mois, ce qui leur permet d'examiner les nouveaux processus opérationnels, les nouvelles directives de programme et les nouvelles procédures opérationnelles et de fournir des commentaires à ce sujet. En dépit de la mise sur pied du GTISE, l'orientation de la part de l'AC doit être améliorée pour certains aspects du Programme de SLD, comme le démontre l'inventaire des outils locaux élaborés à l'échelle régionale. Il existe des différences dans les pratiques de travail individuelles, ce qui indique la nécessité d'élaborer des procédures et d'assurer une plus grande surveillance. Bien que le secteur du programme ait récemment mis à jour les lignes directrices en matière de procédures pour le calcul des frais d'hébergement et de repas et le processus de demande de SLD, il reste des lacunes à combler. De plus, il existe toujours des procédures locales, particulièrement en ce qui concerne l'admissibilité, la vérification du revenu, et le financement de lits privés.

Les critères d'admissibilité aux SLD sont généralement complexes. Il existe des tableaux d'admissibilité au niveau national (Manuel des politiques – Programmes pour anciens combattants) et au niveau local (les BR ont leurs propres tableaux). Cela pourrait entraîner des divergences dans la prise de décisions si les données dans les

tableaux sont inexactes et si les mises à jour appropriées ne sont pas effectuées. L'utilisation d'un outil à base de règles s'impose pour déterminer l'admissibilité.

L'examen des dossiers a permis de relever un manque de cohérence en ce qui concerne le type de documents requis pour effectuer une vérification du revenu. Il existait plusieurs types de documents source, par exemple, un avis de cotisation, une déclaration de revenus, une déclaration, etc. Il faudrait fournir des précisions quant à ce qui est requis précisément de la part des bénéficiaires pour être en mesure d'évaluer leur revenu, et cette mesure devrait être appliquée de façon uniforme, partout au pays. Autrement, le revenu est évalué en fonction de divers renseignements sur le revenu, ce qui peut mener à des calculs incohérents.

Les bénéficiaires des SLD ne sont généralement pas obligés de sortir de leur collectivité pour obtenir des soins dans un lit assuré par la province lorsqu'un lit comparable non assuré par la province est offert à coût raisonnable. Le manuel des politiques laisse aux régions le soin d'interpréter les termes « collectivité » et « coût raisonnable » aux fins de la détermination. Les termes « collectivité » et « coût raisonnable » sont interprétés de diverses façons, et les vérificateurs sont d'avis qu'une intervention nationale est requise en raison de l'importance relative et des répercussions de l'admission des anciens combattants dans des lits non assurés par la province (ils sont moins susceptibles d'être admis dans un lit à moindre coût assuré par la province parce cette dernière considérerait que leurs besoins sont satisfaits). Une région ou un BD pourrait interpréter une collectivité comme étant située à 45 minutes de route dans des zones urbaines et à 50 kilomètres dans les régions rurales, tandis qu'une autre région pourrait interpréter une collectivité comme étant située dans un rayon de 100 kilomètres. Même si chaque BD utilise des éléments géographiques et démographiques qui lui sont propres, il faudrait assurer l'uniformité des critères de prise de décision quant à ce qui s'entend d'un « coût raisonnable » à l'échelle nationale ou assurer une surveillance centrale du financement accordé pour des lits non assurés par la province.

3.1.5 Pouvoirs, responsabilités et obligations de rendre compte

L'Institut Canadien des Comptables Agréés offre la ligne directrice suivante concernant le pouvoir, la responsabilité et l'obligation de rendre compte : « Le pouvoir est la capacité de prendre certaines décisions et d'accomplir certaines tâches dans des limites définies. La responsabilité est l'obligation d'accomplir certaines tâches. L'obligation de rendre compte réfère au fait d'être comptable des responsabilités confiées. Pour que l'individu ou le groupe puisse être tenu pour comptable, il doit avoir le pouvoir et la responsabilité afférents à une tâche, à un extrant ou à un résultat. La mesure dans laquelle les gens sont conscients de leur obligation de rendre compte influence leurs décisions et leurs actions. C'est pourquoi les pouvoirs, les

responsabilités et les obligations de rendre compte devraient être clairement définis et communiqués [...] ».⁴ L'équipe de vérification a cerné certaines possibilités d'amélioration au chapitre des pouvoirs, des responsabilités et des obligations de rendre compte en ce qui concerne la clarté des pouvoirs, des responsabilités et des obligations de rendre compte dans le cadre du Programme de SLD, particulièrement ceux qui sont en lien avec l'administration financière.

Le pouvoir d'engager des dépenses, aux termes de la partie II et de la partie III du RSSAC, est accordé par le ministre aux infirmières du bureau de district (IBD) par le truchement du Manuel de délégation des pouvoirs et des modalités établies. L'agent des services aux clients (ASC) est responsable de déterminer l'admissibilité au programme et de recueillir l'information financière, tandis que l'IBD détient le pouvoir d'approbation final. À l'heure actuelle, les IBD n'ont pas l'expertise requise pour s'y retrouver dans les critères d'admissibilité au Programme de SLD, ni pour assurer la surveillance du processus d'évaluation du revenu, deux facteurs qui sont pris en compte pour déterminer l'admissibilité au Programme de SLD. Les obligations de rendre compte et les responsabilités doivent être communiquées afin de s'assurer que les IBD savent ce que l'on attend d'elles et comment leur rôle interagit avec celui des ASC.

Recommandation 3

Il est recommandé que la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, précise les responsabilités et les obligations de rendre compte de l'agent des services aux clients et de l'infirmière du bureau de district en ce qui concerne le Programme de soins de longue durée. (Essentiel)

Réponse de la direction

La direction accepte la recommandation selon laquelle une certaine clarté quant aux rôles pourrait s'avérer avantageuse.

⁴ Institut Canadien des Comptables Agréés, (1995). Recommandations sur le contrôle, Toronto : ICCA.

Plan d'action de la direction

| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
|---|--|------------------|
| Consulter la directrice médicale nationale pour déterminer les responsabilités pertinentes et les tâches administratives connexes. | DGPPS – DPAMPAAC / DSL D | Décembre 2011 |
| Examiner la nécessité de modifier la délégation des pouvoirs et des politiques et les processus connexes. | DGPPS – DPAMPAAC / DSL D | Décembre 2011 |
| Examiner le processus opérationnel national « Processus de demande de soins intermédiaires et de longue durée » afin de tenir compte des rôles et des responsabilités de l'IBD et de l'ASC. | DGPPS – DPAMPAAC / DSL D | Mars 2012 |
| Revoir les formulaires VAC 751 et VAC 1305B, et les réviser au besoin, pour assurer la validité continue. | DGPPS – DPAMPAAC / DSL D | Mars 2012 |
| Communiquer les rôles et responsabilités de l'IBD et de l'ASC en ce qui a trait à l'administration financière des SLD. | DGPPS – DPAMPAAC / DSL D et la directrice médicale nationale | Juin 2012 |

Le pouvoir délégué aux ASC en matière d'approbation en vertu de l'article 34 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP) est illimité; toutefois, la pratique consiste à retourner une facture dont le montant dépasse 5 000 \$ afin de la soumettre à l'approbation de la direction. La limite de 5 000 \$ est discutable puisque l'ASC pourrait soumettre une seule facture au montant de 5 000 \$ pour deux mois et celle-ci serait retournée si le gestionnaire ne l'a pas signée; cependant, si l'ASC devait fournir deux demandes totalisant 2 500 \$ chacune, les demandes seraient traitées et la signature de l'ASC suffirait. La pratique qui consiste à exiger la signature de la direction pour les demandes de paiement dont le montant dépasse 5 000 \$ entraîne un manque d'efficacité et des retards de paiement. Cette pratique devrait être examinée afin de déterminer si la limite est appropriée ou si une limite est de fait nécessaire.

À l'heure actuelle, l'agent régional des finances (ARF) maintient un système pour faire en sorte qu'il n'y ait pas de paiements en double; cependant, l'ARF détient les pouvoirs délégués en vertu de l'article 33 de la LGFP. L'agent chargé d'appliquer l'article 34 de la LGFP est tenu de vérifier que le paiement faisant l'objet de la demande n'a pas été

effectué en double. En fait, la majorité des agents chargés d'appliquer l'article 34 de la LGFP seraient incapables de repérer les paiements en double parce qu'ils n'ont pas accès au système de paiement FREEBALANCE. De plus, l'agent chargé d'appliquer l'article 34 de la LGFP est tenu de s'assurer que le codage est correct, que le montant est correct, que les éléments non admissibles ont été retirés, que les calculs sont exacts et que les documents à l'appui existent. Dans le cadre du processus relatif à l'article 33 de la LGFP, l'ARF a mis en place un processus de vérification complète (100 %) avant paiement en raison du nombre élevé d'erreurs relevées sur les demandes de paiement; le volume et la nature des erreurs n'ont toutefois pas été quantifiés. Le processus de vérification avant paiement se limite à vérifier l'exactitude du paiement et ne permet pas de vérifier le droit à celui-ci, ce qui est reflété dans les constatations de la vérification indiquant que 29 % des dossiers ne fournissent pas de piste de vérification adéquate à l'appui de l'admissibilité. Le maintien d'une piste de vérification est une responsabilité en vertu de l'article 34 de la LGFP. La Direction générale des finances à l'Administration centrale a élaboré des lignes directrices et des listes de contrôle pour la vérification des comptes et l'engagement des dépenses. La communication de ces documents aux agents responsables d'appliquer l'article 34 de la LGFP permettrait d'appuyer la recommandation de vérification formulée dans cette partie du rapport.

Grâce aux vérifications qu'il effectue, l'agent régional des finances a la possibilité d'améliorer la reddition de comptes au sein des bureaux de district, mais il devrait produire un rapport sur les erreurs et le communiquer aux personnes qui interviennent dans le traitement des paiements des SLD. À l'heure actuelle, les erreurs sont signalées à l'agent responsable d'appliquer l'article 34 de la LGFP, mais aucun rapport global sur les erreurs n'est produit. La production d'un rapport global permettrait de cerner et de résoudre les problèmes systémiques, tout en faisant en sorte que les agents chargés d'appliquer l'article 34 de la LGFP connaissent les erreurs courantes pour en arriver, au bout de compte, à réduire le taux d'erreurs. L'ARF devrait éventuellement considérer la mise en place d'un processus de vérification fondé sur les risques, une fois que les rapports auront montré une amélioration suffisante.

Recommandation 4

Il est recommandé que la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, communique les responsabilités et les obligations de rendre compte des agents chargés d'appliquer l'article 34 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* en ce qui a trait à la prise de décisions et au maintien d'une piste de vérification. (Critique)

Réponse de la direction

La direction accepte cette recommandation.

Plan d'action de la direction

| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
|---|---|-------------------|
| Distribuer aux agents du Programme de soins en établissement chargés d'appliquer l'article 34 le document intitulé « Lignes directrices pour la vérification des comptes des coûts des établissements de soins de santé » qui a été préparé par les Finances. | DGPPS – DSLD | Décembre 2011 |
| Communiquer aux agents du Programme de soins en établissement chargés d'appliquer l'article 34 le chapitre 5 de la partie 2 du Manuel sur les politiques et les procédures financières, qui porte sur la fonction de vérification des comptes. | DGPPS – DSLD | Décembre 2011 |
| Répondre aux questions des agents du Programme de soins en établissement chargés d'appliquer l'article 34 concernant la vérification des comptes. | DGPPS – DSLD et Direction générale des finances | Permanent |

3.1.6 Surveillance et mesures du rendement

Un élément clé de la prestation de soins de qualité consiste à améliorer la surveillance de tous les bénéficiaires d'ACC qui reçoivent des soins en établissement. Le secteur responsable du Programme de SLD a élaboré un cadre d'assurance de la qualité (AQ) visant les résultats en matière de soins, ce qui comprend une évaluation exhaustive de qualité des soins offerts dans les établissements de SLD, un cadre national d'assurance de la qualité en matière de SLD, le Questionnaire national sur la satisfaction des clients, des initiatives visant à accroître le nombre d'établissements de SLD agréés où résident les bénéficiaires du programme et à assurer le suivi des mesures de conformité provinciales pour les établissements de SLD. Les activités d'AQ ont été améliorées dans le but d'aider ACC à faire en sorte que les bénéficiaires du Programme de SLD reçoivent des soins de qualité et que leurs besoins soient satisfaits. En matière de surveillance et d'assurance de la qualité en ce qui a trait à la qualité des soins, l'équipe de vérification est d'avis que le secteur de programme a mis en place des mesures de contrôle adéquates et a atténué les risques associés aux résultats pour la santé des bénéficiaires, dans la mesure du possible.

Bien qu'un processus d'AQ existe à l'égard de la qualité des soins, des améliorations pourraient être apportées au chapitre de l'AQ de la gestion du programme. Certaines activités d'AQ sont prévues, notamment un examen annuel des calculs des frais d'hébergement et de repas et un examen cyclique des données contenues dans le SSSE afin d'en assurer l'exactitude. Cependant, d'autres mesures d'AQ devraient être en place pour assurer l'uniformité de la prise de décisions. L'Administration centrale n'a pas démontré l'existence d'un processus officiel d'AQ pour la gestion du programme. Les régions ont mis en œuvre des examens spéciaux du Programme de SLD, mais elles n'avaient pas de processus normalisé d'AQ en place pour ces activités. Les responsabilités et les attentes en matière d'AQ ne sont pas claires. Les employés des bureaux de district et des bureaux régionaux qui participent le plus directement aux activités du Programme de SLD sont les ASC, les IBD et les spécialistes régionaux des soins en établissement (SRSE), mais il n'y a aucune référence à la surveillance ou à l'obligation de rendre compte en ce qui concerne la gestion du programme dans leurs descriptions de travail.

Les résultats de l'examen des dossiers révèlent un faible piste de vérification et consignation des décisions relatives aux SLD, 29 % des dossiers ne fournissant pas de piste de vérification adéquate à l'appui de l'admissibilité. Il a été difficile de déterminer le caractère approprié des paiements ou de l'engagement des dépenses. Les opérations liées aux paiements exceptionnels et au dépassement des taux qui ne comportaient pas de justification appropriée étaient particulièrement préoccupantes. Il y avait un manque général de cohérence sur le plan de la documentation des décisions, d'où la difficulté de déterminer la pertinence d'une décision donnée. L'assurance de la qualité permettrait d'assurer l'uniformité dans l'application et la gestion du programme, la conformité aux règlements et aux politiques et une bonne piste de vérification. Des directives supplémentaires en ce qui concerne la prise de décisions devraient également être fournies.

Aucune mesure de la charge de travail et aucune cible n'ont été établies pour les SLD, comme c'est le cas pour d'autres programmes. Par exemple, les suivis du PAAC doivent être effectués sur une base annuelle, le nombre de suivis en attente fait l'objet d'un rapport, et les activités sont générées automatiquement à l'intention des employés afin de les informer des suivis à venir ou en attente. Étant donné qu'il n'y a pas de mesures pour les SLD et que des mesures sont en place pour d'autres programmes, le travail lié à d'autres programmes a priorité parce qu'on rappelle constamment au personnel ce qui est requis dans le cadre de ces programmes. Il serait difficile de mettre en œuvre de mesures de la charge de travail pour les SLD parce qu'il n'y a pas de soutien système pour les échéanciers et qu'il n'y a pas de formulaire de demande. Cependant, au nombre des avantages, mentionnons l'amélioration des délais et de l'efficacité du service et des remboursements, une idée plus juste de la charge de

travail et le maintien des compétences puisque le personnel serait appelé à traiter plus régulièrement les demandes relatives aux SLD, ce qui pourrait mener à la réduction du nombre d'erreurs.

Recommandation 5

Il est recommandé que la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, élabore et mette en œuvre un processus d'assurance de la qualité pour le Programme de soins de longue durée, axé sur la pertinence de la prise de décisions et la documentation des décisions (piste de vérification). (Critique)

Réponse de la direction

La direction accepte cette recommandation. Le volet assurance de la qualité du Programme de soins de longue durée est solide en ce qui concerne les services financés. La direction convient que l'assurance de la qualité pour l'administration du programme peut être améliorée, c.-à-d. en ce qui a trait à la pertinence de la prise de décisions et à la documentation des décisions.

Plan d'action de la direction

| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
|--|--|-------------------|
| Examiner et mettre à jour les étapes de la documentation énoncées dans le processus opérationnel national « Processus de demande de soins intermédiaires et de longue durée » | DGPPS – DPAMPAAC / DSLSD | Mars 2012 |
| Revoir et mettre à jour le formulaire de décision concernant les soins de longue durée (VAC 751) et le formulaire concernant l'entente relative aux contributions du PAAC (1305B). La possibilité d'ajouter une section pour consigner les motifs des décisions sera examinée au besoin. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLSD | Mars 2012 |
| Examiner la nécessité d'élaborer un guide sur la « façon de remplir le formulaire » qui accompagnera le formulaire de décision concernant les soins de longue durée. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLSD | Juin 2012 |
| Offrir une formation sur l'établissement et la conservation de la documentation, au besoin. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLSD et le personnel régional | Juin 2012 |

| | | |
|--|--|----------------|
| Mettre en œuvre un processus d'assurance de la qualité en vue de s'assurer que les données de la piste de vérification sont saisies. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et le personnel régional | Septembre 2012 |
|--|--|----------------|

3.2 Gestion et contrôle financiers

3.2.1 Budget et engagements

Anciens Combattants Canada reçoit du financement au moyen de crédits parlementaires annuels fondés sur le budget principal des dépenses. Le budget et les prévisions des coûts des programmes sont élaborés à l'échelle régionale, et les gestionnaires doivent assurer une gestion dans les limites des affectations budgétaires. En ce qui a trait à la prévision de la demande des programmes, la Direction de la statistique à l'Administration centrale prépare des prévisions annuelles sur les clients et les dépenses, lesquelles sont utilisées pour déterminer le coût des SLD. Les bureaux régionaux ont en outre préparé des prévisions financières mensuelles qui sont examinées par l'AC. On s'attend à ce que la demande de lits diminue dans l'avenir et, comme le nombre de bénéficiaires de SLD est à la baisse, on s'attend également à une diminution des dépenses.

Les exigences en matière de contrôle des engagements sont décrites à l'article 32 de la LGFP et dans la *Directive sur l'engagement des dépenses et le contrôle des engagements* du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT). L'administrateur général (ou une personne occupant un poste équivalent) délègue par écrit le contrôle des engagements aux fonctionnaires afin que ces derniers puissent s'assurer que les soldes disponibles non grevés sont suffisants avant de conclure un contrat ou d'autres ententes.

À l'heure actuelle, des fonds sont engagés pour des lits réservés tandis qu'aucun fonds n'est engagé pour des lits dans des établissements communautaires. Il importe de noter que le Programme de SLD est un programme quasi législatif, ce qui signifie qu'il s'agit d'un programme lié au bénéficiaire, axé sur la demande, dont les dépenses sont non discrétionnaires et qui n'a pas de plafond des dépenses. Le montant du financement accordé dépend du nombre de bénéficiaires présentant une demande d'avantages et de leur admissibilité aux programmes. Les SLD sont financés par le biais d'une entente de contribution ou dans le cadre d'une affectation à but spécial ce qui, outre les contrôles budgétaires actuels, limite le risque de dépasser le plafond des crédits autorisés. Toutefois, l'article 32 de la LGFP et la *Directive sur l'engagement des dépenses et le contrôle des engagements* du SCT exigent que des fonds soient

engagés pour les lits des établissements communautaires qui sont payés à même l'affectation ASSA.

Les vérificateurs ont en outre décelé des lacunes dans les mesures de contrôle des ententes de contribution du PAAC attribuables au fait que le montant des ententes de contribution n'a pas été examiné sur une base annuelle (ou régulièrement) et que le montant estimé pour l'entente de contribution ne correspondait pas à ce qui serait considéré comme un montant raisonnable. Le montant saisi dans l'entente de contribution est la principale mesure de contrôle qui permet de veiller à ce qu'il n'y ait pas de trop-payés. Le montant saisi dans les ententes de contribution devrait être examiné régulièrement afin de s'assurer que les dépenses prévues dans le cadre de l'entente de contribution sont toujours valides et qu'elles n'ont pas été gonflées. Le montant attribué à l'entente de contribution agit comme un type de contrôle en vue de s'assurer que les fonds alloués ne sont pas dépassés, un peu comme pour le contrôle des engagements.

Recommandation 6

Il est recommandé que la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, en consultation avec le directeur général, Direction générale des finances, veille à ce que les fonds pour les soins de longue durée soient engagés conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et aux directives du Conseil du Trésor. (Critique)

Réponse de la direction

La direction accepte cette recommandation. Le financement des soins de longue durée fait l'objet d'une affectation à but spécial; par conséquent, ces fonds ne peuvent pas être utilisés à d'autres fins.

Le Ministère affecte des fonds pour les soins de longue durée sur une base annuelle, en se fondant sur des prévisions valides sur les clients et les dépenses, qui tiennent compte du nombre de bénéficiaires des programmes par province occupants des lits réservés et des lits dans un établissement communautaire. Ces affectations de fonds sont communiquées à chaque directeur général régional par le sous-ministre adjoint, Prestation des services.

Engager des fonds en conformité avec la *Loi sur la gestion des finances publiques* et les directives du Conseil du Trésor permettra d'améliorer davantage les contrôles ministériels sur les dépenses relatives aux soins de longue durée.

Plan d'action de la direction

| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
|--|-----------------------------------|------------|
| La directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, communiquera aux directeurs généraux régionaux la directive d'engager des fonds au niveau du programme. | DGPPS – DSLD et DPAMPAAC | Mars 2012 |
| À compter du 1 ^{er} avril 2012, des fonds seront engagés pour le Programme de soins de longue durée. | Finances | Avril 2012 |

3.2.2 Financement des programmes

Les anciens combattants ont accès à des soins intermédiaires (type II) dans des établissements communautaires dans le cadre de deux programmes, soit le PAAC (aux termes de la partie II du RSSAC) ou le Programme de SLD (aux termes de la partie III du RSSAC). Les soins prolongés (type III) ne sont offerts que dans le cadre du Programme de SLD (aux termes de la partie III du RSSAC). Le PAAC est un programme de paiements de transfert, et le financement est accordé aux anciens combattants dans le cadre d'une entente de contribution. Les fonds pour le financement du Programme de SLD proviennent de l'affectation ASSA, une affectation à but spéciale. En ce qui a trait aux soins intermédiaires, l'admissibilité prête à confusion dans la mesure où certains demandeurs sont admissibles à des soins intermédiaires, aux termes de la partie II et de la partie III, tandis que d'autres sont admissibles à des soins intermédiaires aux termes de la Part III et d'autres encore sont admissibles à des soins prolongés mais non à des soins intermédiaires. La détermination de l'admissibilité est d'autant plus compliquée en raison du type de lit auquel le demandeur est admissible, soit à un lit réservé, à un lit dans un établissement communautaire ou à ces deux types de lits.

Bien que l'équipe de vérification n'ait pas relevé de cas de paiements en double, le fait que les montants des modalités de financement distinctes sont versés à partir de systèmes financiers distincts expose le Ministère à un risque accru de paiements effectués en double. En outre, une entente de contribution et une allocation de fonctionnement comportent des responsabilités différentes pour le Ministère. Alors que les ressources de fonctionnement sont appropriées pour les services offerts directement par le Ministère (comme dans un établissement du Ministère ou dans un établissement avec lequel ACC a conclu un contrat), les ententes de contribution sont pertinentes pour les programmes pour lesquels un tiers serait mieux outillé pour en assurer l'exécution (comme dans le cas des lits assurés par la province). Cependant,

l'échantillon de paiements effectués dans le cadre du PAAC ou à même l'affectation ASSA qui a été utilisé aux fins de la vérification ont des profils semblables, 86 % des paiements ayant été effectués dans le cadre du PAAC et 82 % des paiements ayant été effectués à même l'affectation ASSA visaient des lits assurés par la province. Il semble y avoir peu de différence sur le plan des sources de financement si ce n'est que les lits réservés doivent être payés à même l'affectation ASSA.

En plus de provenir de deux sources de financement, les paiements ont été effectués en utilisant deux systèmes financiers différents, et il n'y a aucune interaction entre ces systèmes. Chaque système comprend toutefois des contrôles en vue de s'assurer qu'il n'y a pas de paiements effectués en double pour un bénéficiaire particulier, au cours d'un mois donné, à partir de ce système particulier. Des contrôles sont en place pour les applications du Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé (SFTDSS), alors que l'ARF a mis en place des contrôles manuels sous la forme d'une feuille de calcul, en raison des limites du système des comptes créditeurs. L'équipe de vérification n'a toutefois pas été en mesure de déterminer les mesures de contrôle qui permettraient de s'assurer que les établissements ne facturent pas par inadvertance le Ministère et le bénéficiaire pour le même service. Un contrôle supplémentaire pourrait consister en la mise en œuvre d'un système de notification concernant les paiements avisant de rembourser uniquement le bénéficiaire ou l'établissement, ou en une vérification périodique auprès de la personne désignée par procuration, afin de s'assurer qu'aucune facturation en double ne se produit.

3.2.3 Caractère adéquat des paiements

Il n'y avait aucune entente d'établie entre ACC et l'établissement pour les lits non assurés par la province. Par conséquent, l'équipe de vérification a déterminé le caractère adéquat de l'opération en consultant les budgets établis à l'échelle provinciale ou des renseignements sur les taux établis dans l'industrie. La question des lits en Nouvelle-Écosse (N.-É.) est particulièrement préoccupante, étant donné que le prix de ces lits est plus élevé que partout ailleurs. Toutefois, les six opérations examinées pour la N.-É. respectaient les budgets établis par la province pour les établissements. Les opérations des autres provinces se situaient dans les limites des taux établis par les provinces, et toutes les factures (100 % – 72/72) examinées ont été établies à un taux « raisonnable », selon les renseignements sur les taux établis dans l'industrie. Toutefois, il existe des possibilités de réaliser des économies si ACC devait abolir ou réduire le financement accordé pour les services non assurés par la province. Sur une population de vérification de 9 802 bénéficiaires, 624 occupaient des lits non assurés par la province ou 6 % de la population.

En plus d'examiner l'échantillon statistique, l'équipe de vérification a entrepris un examen d'un échantillon discrétionnaire d'opérations à risque élevé – c.-à-d. des

opérations liées à des lits réservés (20 opérations) et à des lits non assurés par la province (20 opérations). Comme dans le cas de l'échantillon statistique, certains problèmes ont été soulevés quant à la pertinence de la piste de vérification pour les dossiers de l'échantillon discrétionnaire, 35 % d'entre eux ne comportant pas suffisamment de renseignements à l'appui de l'admissibilité (comparativement à 29 % des dossiers de l'échantillon aléatoire).

En outre, l'équipe de vérification a constaté que la pratique consistant à admettre des bénéficiaires dans des lits non assurés par la province est coûteuse puisque, comme les besoins des bénéficiaires sont satisfaits, il est fort probable qu'ils ne seront pas transférés vers un lit à moindre coût assuré par la province (parce qu'ils ne se conformeraient pas aux lignes directrices provinciales en matière de placement – leurs besoins étant satisfaits, il est fort probable que leur état serait stable et qu'ils recevraient des soins dans un environnement où l'on pourrait prendre soin d'eux). Les critères d'admission dans des lits non assurés par la province varient d'une région à l'autre.

En ce qui a trait aux lits réservés sur lesquels la présente vérification a porté, la province qui nous a le plus préoccupés était l'Ontario parce que, dans le cas des autres provinces, l'entente établie avec les autorités provinciales en matière de santé ne prévoyait pas de frais supplémentaires pour avoir droit à un accès prioritaire. Des opérations examinées, cinq portaient sur des lits réservés en Ontario, et elles étaient toutes conformes au protocole d'entente (PE) conclu avec le ministère de la Santé de l'Ontario (MSO), bien que le PE soit arrivé à expiration. L'équipe de vérification est d'avis qu'il y a un problème avec la séparation des tâches pour ce qui est des factures du MSO. Les deux parties visées étaient l'ARF et le MSO. Un tiers pourrait jouer un rôle dans la facturation, ce qui permettrait de faire en sorte que la partie qui vérifie le paiement ne serait pas la même que celle qui traite le paiement.

Anciens Combattants Canada ne peut garantir que ces bénéficiaires jouiront d'un accès prioritaire à ces lits parce qu'il ne gère pas le placement des bénéficiaires dans les lits – les placements sont déterminés par des représentants provinciaux. Il existe des lacunes dans la façon dont ACC assure la surveillance de ces lits afin de déterminer si les bénéficiaires ont été transférés dans un lit à moindre coût assuré par la province, puisqu'il incombe à la province ou à l'établissement d'informer le Ministère au sujet d'un changement de statut. De plus, c'est à la province que revient de déterminer si un ancien combattant doit être placé dans un lit d'accès prioritaire. Le paragraphe 24(1) du RSSAC dispose qu'en cas de clients ayant des besoins semblables, il y a une priorité d'admission à un lit réservé, mais ACC ne gère pas cet ordre de priorité.

Aucune recommandation n'est formulée dans la présente section, étant donné que la question des faiblesses de contrôle concernant la prise de décisions sera abordée dans la section portant sur l'activité d'assurance de la qualité.

3.2.4 Facturation normalisée

Les principes comptables de base établissent de nombreuses normes qui facilitent le traitement des opérations comptables quotidiennes. L'une d'elles concerne le système utilisé pour la documentation source lorsqu'une facture est soumise à des fins de paiement. La facturation normalisée est devenue une pratique courante, et il serait avantageux pour le Ministère d'inciter les fournisseurs à normaliser la facturation à des fins de traitement des paiements. L'information de facturation normalisée doit inclure les éléments suivants :

- numéro de facture unique;
- date;
- établissement;
- nom et numéro de dossier du bénéficiaire;
- date du service;
- type de service;
- coût par unité (c.-à-d. par jour, loyer mensuel, etc.);
- montant

Le traitement des factures normalisées améliorerait l'efficacité dans le traitement des paiements et permettrait de déceler les erreurs ou les doubles possibles. Le fait de se tourner vers le traitement de factures normalisées contribuerait également à faire en sorte que le Ministère soit dans une meilleure position pour l'avenir, lorsqu'un plus grand nombre de factures électroniques pourraient être soumises à des fins de paiement. Le traitement de factures électroniques à des fins de paiement permettrait d'améliorer la qualité des données qui figurent sur les factures et de rationaliser les processus opérationnels. Au fil du temps, les données figurant sur les factures permettront de dresser l'inventaire des renseignements opérationnels pour les comptes payeurs d'ACC, de renforcer les capacités de surveillance et d'améliorer les contrôles financiers.

Le directeur général, Finances, a pris de mesures pour corriger les anomalies de facturation en communiquant avec les établissements pour s'assurer qu'ils étaient au courant des renseignements devant figurer sur les factures. Divers instruments de paiement continuent toutefois d'être soumis à des fins de traitement. L'équipe de vérification a déterminé que la documentation source de 25 % des paiements prélevés

dans le système FREEBALANCE et le SFTDSS était inadéquate, notamment en effectuant un paiement à partir d'un relevé de compte ou en remboursant un établissement à partir d'un reçu ou un client à partir de la facture émise par un établissement. Cette documentation est inadéquate parce qu'elle crée une occasion d'erreurs, de doubles et de fardeau administratif pouvant mener au versement de paiements en retard. La réception d'une facture normalisée de la part d'un fournisseur à des fins de paiement permettrait d'améliorer l'efficacité pour le personnel qui traite les demandes et pourrait même aider à repérer les erreurs et les doubles.

Croix Bleue Medavie a mis au point un modèle normalisé qui doit être rempli et joint aux factures soumises par les fournisseurs de service. Cette méthode aide à uniformiser l'information soumise à des fins de traitement, mais l'utilisation de ce modèle a suscité peu d'intérêt. Les ASC remplissent également divers modèles pour les paiements, mais l'aspect administration prend beaucoup de place et requiert beaucoup de temps. Idéalement, il incomberait au fournisseur qui demande un remboursement de consigner les renseignements nécessaires plutôt que de charger le personnel d'ACC de regrouper les données figurant sur la facture.

3.2.5 Gestion des fournisseurs

Au moment de chercher les opérations liées aux SLD dans le système FREEBALANCE, il a été difficile de déterminer le fournisseur pertinent. Bien que la convention de désignation actuelle consiste à utiliser un identificateur unique pour chaque fournisseur, qu'il s'agisse du numéro de dossier de l'ancien combattant ou des trois premières lettres du nom de l'établissement suivies du code postal, les descriptions des fournisseurs sont très similaires. Il y a séparation des tâches du fait qu'une section distincte doit entrer les fournisseurs dans le système, c.-à-d. que la section qui demande qu'un paiement soit versé à un fournisseur donné n'est pas la même que celle qui ajoute le fournisseur dans le système. De plus, le système ne permet pas la saisie de codes de fournisseur en double, alors qu'il permet d'utiliser les noms en double.

Voici des exemples de descriptions de fournisseurs :

- Assiniboine Regional Health, Assiniboine RHA, Assiniboine Regional Health AU, Assiniboine R.H.A., Assiniboine Regional.
- C.S.S.S DE TROIS-RIVI+RES, C.S.S.S DE TROIS-RIVIERES
- John Smith, Smith, John

L'existence de nombreux fournisseurs actifs similaires dans le système FREEBALANCE augmente le risque pour le Ministère de traiter les paiements en les attribuant aux mauvais fournisseurs. Les vérificateurs se seraient attendus à repérer

plusieurs lieux de paiement pour un même fournisseur, mais cette fonctionnalité n'a pas été intégrée au système de paiement. L'ARF repère les paiements en double à l'aide d'une feuille de calcul qui sert de mesure de contrôle pour atténuer le risque de paiements en double. La feuille de calcul a été mise en œuvre pour gérer les limites du système de paiement.

3.2.6 Contrôles des systèmes d'information et des systèmes financiers

Les systèmes financiers et d'information constituent une composante essentielle de l'exécution des programmes et de la prestation des services du gouvernement. Lorsqu'ils sont bien gérés, les systèmes améliorent le service au public et la productivité, tout en réduisant les coûts. Il est nécessaire de s'assurer que des mesures de contrôle adéquates sont intégrées à ces systèmes pour atténuer les risques opérationnels. Le SSSE n'est pas un système financier, mais il est utilisé comme tel (p. ex., pour la vérification des comptes).

L'information sur les taux des établissements qui est consignée dans le SSSE ne permet pas de calculer le montant d'un loyer mensuel, et le calcul effectué à partir du taux quotidien n'est pas exact (fondé sur une période de 30 jours). Des améliorations devraient être apportées pour permettre l'utilisation du taux quotidien ou du taux mensuel d'un établissement à partir de l'écran « Finance » du SSSE, et cette information devrait pouvoir être partagée avec le SFTDSS afin d'éviter la communication inutile avec le BD pour demander des précisions. Il faudrait également améliorer l'écran « Finance » du SSSE afin de pouvoir obtenir le nom du BÉNÉFICIAIRE et des détails sur l'entente. Cela permettrait de maintenir une piste de vérification claire et d'améliorer le temps de traitement, tout en permettant à d'autres personnes de remplacer assez facilement l'ASC lorsque celui-ci doit s'absenter.

La détermination de l'admissibilité aux SLD est un processus complexe. Le SSSE pourrait être amélioré grâce à la mise en œuvre d'un modèle logique fondé sur les règles pour déterminer l'admissibilité des anciens combattants aux SLD. Le BD doit s'assurer que l'admissibilité est bien établie puisque chaque critère d'admissibilité peut donner accès à différents éléments du Programme de SLD. Par exemple, les anciens combattants d'un groupe donné pourraient avoir accès aux services du PAAC pendant qu'ils occupent un lit dans un établissement communautaire, alors ceux d'un autre groupe pourraient ne pas y avoir accès. L'utilisation d'un outil d'aide contribuerait à assurer l'uniformité et à faire en sorte que les meilleures décisions soient prises dans l'intérêt des anciens combattants.

Le SSSE, dans sa conception actuelle, est strictement un outil d'information donnant accès à certaines données historiques (revenu/ lettres d'hébergement et de repas). Il faudrait accorder des niveaux de pouvoir pour des modifications de données dans le

SSSE. Les ajouts, modifications et suppressions de données devraient faire l'objet d'un suivi dans le SSSE en vue d'assurer une piste de vérification adéquate.

Il n'y a pas de règle ou de logique entourant l'attribution d'un type de lit à partir de l'écran « Établissement » du SSSE. Par exemple, un bénéficiaire pourrait se voir assigner un lit réservé dans un établissement qui n'en offre aucun. Les rapports produits à l'aide du SSSE seraient également inexacts ce qui pourrait entraîner des erreurs de facturation.

Le SFTDSS conserve un historique des taux d'hébergement et de repas, et si une modification est apportée en milieu d'exercice, il continuera d'afficher le taux erroné pour la période au cours de laquelle l'erreur s'est produite dans le SSSE. Le SFTDSS ne permet pas de déterminer le taux de l'établissement, seulement celui de l'hébergement et des repas. Par conséquent, le tiers fournisseur doit communiquer avec le BD pour établir le taux payable. Le taux de l'établissement devrait également s'afficher dans le SFTDSS, de même que celui d'ACC, étant donné que l'absence de taux pourrait donner lieu à des paiements inexacts et à un manque d'efficacité du fait que l'analyste doit effectuer une recherche pour trouver le taux.

Le SSSE, le SFTDSS et le RPSC (Réseau de prestation des services aux clients) sont actuellement dotés de contrôles d'accès adéquats au système. Les demandes d'accès sont gérées par la Direction générale de la technologie de l'information, de même qu'à l'échelle divisionnaire, afin de s'assurer que l'accès aux systèmes est lié au travail et fondé sur le besoin de savoir.

Le fait d'apporter des changements aux systèmes pourrait ne pas être rentable et, par conséquent, il faudra modifier le processus afin de pouvoir maintenir une piste de vérification.

Recommandation 7

Il est recommandé que la directrice générale, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, mette en œuvre des améliorations au système en vue d'améliorer les mesures de contrôle et de maintenir une piste de vérification pour le Programme de soins de longue durée. (Essentiel)

Réponse de la direction

La direction accepte d'évaluer la possibilité d'apporter des changements aux systèmes (notamment au chapitre des ressources, des risques et des avantages) afin d'améliorer les contrôles et de maintenir une piste de vérification pour le Programme des soins de longue durée et le Programme pour l'autonomie des anciens combattants.

La direction reconnaît également que le Ministère doit accorder une priorité absolue aux incidences du programme de transformation liées aux systèmes. Évaluer la capacité de mettre en œuvre les changements proposés avant la réalisation du programme de transformation sera difficile, voire impossible.

Plan d'action de la direction

| Mesure corrective à prendre | Bureau de première responsabilité | Date cible |
|--|--|-------------------|
| Examiner la faisabilité de modifier l'écran « Finance » du SSSE, afin de pouvoir utiliser un taux mensuel plutôt qu'un taux quotidien, et son applicabilité. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et le chef, Applications d'information ministérielle | Septembre 2012 |
| Examiner la possibilité d'ajouter des validations informatiques aux champs de saisie de données avec validation croisée afin de s'assurer qu'il n'y a pas de combinaisons de données irrégulières ou impossibles. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et le chef, Applications d'information ministérielle | Novembre 2012 |
| Mener des consultations sur la possibilité d'accroître la capacité de vérification pour les mises à jour des renseignements sur l'établissement (c.-à-d. consignation des changements apportés à l'écran « Renseignements sur l'établissement » et par qui). | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et le chef, Applications d'information ministérielle | Janvier 2013 |
| Mener des consultations sur l'accroissement de la capacité de vérification de l'information financière (c.-à-d. consignation des changements apportés à l'écran « Finance » et par qui). | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et le chef, Applications d'information ministérielle | Janvier 2013 |
| Examiner la possibilité d'ajouter un écran au SSSE en vue d'indiquer le bénéficiaire et les détails sur les services qui seront offerts et financés par ACC. | DGPPS – DPAMPAAC / DSLD et le chef, Applications d'information ministérielle | Mars 2013 |

3.3 Possibilités d'amélioration

L'équipe de vérification a relevé les possibilités suivantes d'améliorer la prestation des services aux fins d'examen par la direction :

- Les mêmes renseignements, ceux qui sont présentés par le bénéficiaire et ceux qui sont recueillis par l'ASC, doivent être saisis dans plusieurs systèmes. Dans le cas du PAAC, le formulaire VAC 1305 doit être rempli, puis le formulaire de décision du SSSE, et les renseignements doivent ensuite être saisis manuellement dans le SFTDSS, le RPSC et le SSSE, puisqu'il n'y a aucune saisie automatique des données dans les systèmes, autres que certaines données de base. Le manque d'intégration des systèmes prend beaucoup de temps sur le plan administratif, sans compter que cela crée des possibilités d'erreur.
- Le montant de la contribution à l'hébergement et aux repas exigée de la part du bénéficiaire augmente chaque année, en octobre. Des lettres sont envoyées à tous les bénéficiaires, ou aux personnes désignées par procuration, afin de les informer de l'augmentation annuelle du montant de la contribution. Ces lettres sont produites individuellement et sont envoyées par la poste par le BD. Cette tâche revient chaque année, ce qui demande du temps et des ressources de la part du BD, sans compter que certains aspects pourraient être automatisés, comme c'est présentement le cas pour les lettres par lots qui sont envoyées dans le cadre d'autres programmes.
- Certains BD ont demandé que les factures leur soient acheminées avant de les envoyer au tiers fournisseur à des fins de paiement. Il ne s'agit pas d'une exigence, sans compter que cela est inefficace et ralentit les paiements.
- En Ontario, les factures pour les services de SLD étaient envoyées au BR dès leur réception. Le fait d'envoyer les documents individuellement plutôt que par lots peut augmenter le risque de perte de documentation puisqu'il n'existe aucune trace de ce qui fait l'objet de la demande de paiement et permettant de déterminer si tous les renseignements ont été communiqués au BR par le client/fournisseur. Les factures qui arrivent sont régulièrement remplies par le BD; il serait avantageux de les mettre en lots en vue de leur expédition au BR.
- Comme les ASC ne disposent pas de suffisamment de lettres types pour les SLD, chaque BD ou ASC élabore ses propres lettres à transmettre aux bénéficiaires pour les services de SLD. Par conséquent, les lettres sont rédigées différemment et contiennent divers niveaux de renseignements, et des renseignements incohérents sont fournis aux bénéficiaires. Des améliorations

doivent être apportées aux lettres nationales normalisées afin d'en faciliter l'utilisation.

3.4 Opinion de vérification

De l'avis de l'équipe de vérification, les contrôles internes, le cadre de gouvernance et le cadre de gestion des risques relatifs à la gestion financière et de programmes doivent être améliorés.

Les résultats de la vérification mettent en évidence des faiblesses notables au cœur des processus internes qui appuient la vérification des comptes et la gestion des programmes. L'échantillon a permis de cerner des lacunes importantes dans la documentation appuyant les décisions (piste de vérification). 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

Membres du Comité ministériel de vérification

Sous-ministre adjoint, Politiques, Communications et Commémoration

Sous-ministre adjoint, Prestation des services

Sous-ministre adjointe, Services ministériels

Directeur général, Finances

Directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services

Directeur général, Politiques et Recherche

Directrice, Soins de longue durée

Directrice, Politiques en matière de programmes

Directrice, Statistique

Directeur, Programme des avantages médicaux et Programme pour l'autonomie des anciens combattants

Directrice, Sensibilisation, Mobilisation et Consultation

Avocate générale, Services juridiques

Gestionnaire nationale, Programme de soins en établissement

Gestionnaire national, Programme pour l'autonomie des anciens combattants

Gestionnaire, Politiques sur les soins de santé

Directeurs généraux régionaux

Directeurs de secteur

Conseillère principale en communications

Conseillers exécutifs de la sous-ministre

Bureau du contrôleur général (Registre de vérification interne)

Bureau du vérificateur général

Annexe A – Classement du risque en fonction des recommandations et l’opinion de vérification

Les définitions suivantes ont été utilisées pour classer les recommandations en fonction du risque et l’opinion de vérification présentées dans le présent rapport.

Recommandations de vérification

- Critique** Concerne une ou plusieurs lacunes importantes pour lesquelles il n’existe pas de mesures compensatoires adéquates. Ces lacunes représentent un risque élevé.
- Essentiel** Concerne une ou plusieurs lacunes importantes pour lesquelles il n’existe pas de mesures compensatoires adéquates. Ces lacunes représentent un risque moyen.

Opinion de vérification

- Bien contrôlé** Seules des lacunes mineures ont été cernées en ce qui a trait aux objectifs de contrôle ou gestion solide des activités vérifiées.
- Généralement acceptable** Les lacunes cernées, qu’elles soient prises individuellement ou dans l’ensemble, ne sont pas importantes ou des mécanismes de contrôle sont en place. Les objectifs de contrôle ou la gestion solide de l’activité vérifiée ne sont pas compromis.
- Améliorations nécessaires** Les lacunes cernées, qu’elles soient prises individuellement ou dans l’ensemble, sont importantes et pourraient compromettre les objectifs de contrôle ou la gestion solide de l’activité vérifiée.
- Insatisfaisant** Les ressources soumises à la vérification sont gérées sans diligence à l’égard de la plupart des critères d’efficience, d’efficacité et d’économie.

Annexe B – Critères de vérification

| Objectif | Critères | Résultat |
|---|---|-------------------------|
| Évaluer le cadre de gouvernance pour les soins de longue durée | L'organisation a des plans et des objectifs opérationnels visant à assurer l'atteinte de ses objectifs stratégiques. | Partiellement satisfait |
| | L'environnement (interne et externe) fait l'objet d'une surveillance afin d'obtenir des renseignements permettant de déterminer s'il y a lieu de réévaluer les objectifs, les politiques et l'environnement de contrôle de l'organisation. | Satisfait |
| | La direction définit les risques qui pourraient entraver l'atteinte de ses objectifs. La direction détermine et évalue les contrôles existants permettant de gérer les risques. La direction évalue les risques préalablement identifiés. | Partiellement satisfait |
| | Les pouvoirs, les responsabilités et les obligations de rendre compte sont clairs et sont communiqués. | Partiellement satisfait |
| Évaluer la conformité aux politiques, aux règlements et aux procédures | Le respect des lois, des politiques et des pouvoirs concernant la gestion financière est surveillé régulièrement. | Partiellement satisfait |
| | Les activités de contrôle décrites dans les manuels de politiques sont réellement appliquées, et ce, comme il se doit (COSO) | Non satisfait |
| | Les pouvoirs et les politiques en matière de gestion financière et de gestion de programmes sont établis et communiqués. | Partiellement satisfait |
| | Les politiques de gestion financière et les pouvoirs financiers font l'objet d'un examen périodique et sont révisés au besoin. | Partiellement satisfait |
| | Les politiques découlent de la réglementation, et des processus opérationnels adéquats sont en place pour fournir l'orientation nécessaire en matière de procédures. | Partiellement satisfait |
| | Les décisions sont adéquatement documentées et permettent de fournir une justification solide dans les cas de paiements exceptionnels. | Non satisfait |

| | | |
|---|--|-------------------------|
| Déterminer si les paiements aux établissements sont exacts et versés conformément aux modalités des ententes conclues avec les autorités locales ou provinciales de la santé | ACC accepte uniquement les articles qui respectent les spécifications des ententes conclues. | Partiellement satisfait |
| | Les prix appropriés sont payés. | Partiellement satisfait |
| | Les paiements sont émis en temps opportun. | Partiellement satisfait |
| Évaluer la qualité du processus en place pour effectuer la vérification des paiements | Les prévisions font l'objet d'un suivi régulier. | Partiellement satisfait |
| | Le personnel de supervision examine le fonctionnement des activités de contrôle. | Satisfait |
| | Des contrôles appropriés sont en place pour les applications des systèmes. | Partiellement satisfait |
| | Un processus efficace est en place pour rectifier les paiements incorrects. | Partiellement satisfait |
| | Les paiements sont effectués conformément à la Directive sur la vérification des comptes. | Non satisfait |
| | Des examens sont menés afin d'analyser, de comparer et d'expliquer les écarts financiers entre les prévisions et les chiffres réels. | Non satisfait |

Annexe C – Aperçu de l'examen des dossiers

Objectif

Le plan d'échantillonnage suivant a été appliqué pour évaluer les contrôles régissant l'application des responsabilités administratives et financières en ce qui concerne la prestation de soins intermédiaires et de longue durée dans des établissements communautaires.

Définition de la population et de l'unité d'échantillonnage

L'évaluation sera fondée sur un échantillon de la population totale des bénéficiaires identifiés dans le Système de soutien des soins en établissement (SSSE) d'ACC au cours de l'exercice 2010-2011.

Technique d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage statistique à utiliser sera l'échantillonnage pondéré par attributs. Au cours de l'établissement du profil du Programme de soins de longue durée, le niveau de risque associé au processus de paiement a été évalué, de même que les caractéristiques de la population. Afin de s'assurer qu'il reflète les caractéristiques de la population, l'échantillon sera pondéré en fonction des types de lits (c.-à-d. lits réservés, lits assurés par la province et lits non assurés par la province).

Attributs à évaluer

1. L'admissibilité du bénéficiaire a-t-elle été correctement établie?
2. Les frais d'hébergement et de repas ont-ils été correctement calculés et appliqués?
3. La Directive du Conseil du Trésor sur la vérification des comptes a-t-elle été respectée?
 - Piste de vérification
 - Vérification de l'exactitude des paiements
 - Vérification du droit au paiement
 - Paiement effectué conformément aux ententes
 - Preuves que l'article 34 du LGFP a été adéquatement appliqué
 - Imputation légitime
 - Fonds suffisants pour couvrir les engagements imputés

Normes relatives aux sondages

Les normes suivantes relatives aux sondages de vérification seront utilisées pour déterminer le nombre d'opérations devant faire partie de l'échantillon prélevé dans la base de données du SSSE.

| | |
|--|--------------|
| Niveau de confiance : | 95 % |
| Taux maximal d'erreurs acceptable : | 5 % |
| Marge d'erreur : | ± 5 % |
| Population | 9 802 |

Le taux maximal d'erreurs acceptable a été établi en se fondant sur les derniers résultats des examens d'assurance de la qualité du processus d'attestation au titre de l'article 34 de la LGFP qui ont été menés par la Direction générale des finances.

Taille de l'échantillon

En se fondant sur les critères statistiques susmentionnés, 72 dossiers ont été sélectionnés au hasard aux fins d'examen. Un examen d'un autre échantillon, soit un échantillon discrétionnaire, a été effectué à l'égard des opérations à risque élevé afin de recueillir suffisamment de preuves concernant la pertinence des contrôles internes ayant trait au Programme de SLD.

Le tableau suivant fournit des statistiques à l'égard de la population et de l'échantillon selon le type de lits pour les participants au Programme de SLD au cours de l'exercice 2010-2011.

| Type de lits | Échantillon aléatoire | Population |
|----------------------------------|-----------------------|--------------|
| Lits réservés | 4 | 464 |
| Lits non assurés par la province | 8 | 1 102 |
| Lits assurés par la province | 60 | 8 236 |
| Total | 72 | 9 802 |

Le tableau suivant fournit des données sur l'échantillonnage discrétionnaire. Des opérations ont été sélectionnées au hasard parmi les opérations à risque élevé (lits réservés et lits non assurés par la province).

| Type de lits | Échantillon discrétionnaire | Population |
|----------------------------------|-----------------------------|--------------|
| Lits réservés | 20 | 464 |
| Lits non assurés par la province | 20 | 1 102 |
| Total | 40 | 1 566 |

Aperçu des résultats

En ce qui concerne le droit de bénéficier au programme, l'examen des dossiers a permis de déterminer que dans 1 % des cas (1/72), il n'y avait aucune preuve à l'appui du droit du bénéficiaire au programme.

La piste de vérification pour justifier l'admissibilité était inadéquate dans 29 % des cas (21/72). Même si l'équipe de vérification a été en mesure de déterminer l'admissibilité en examinant les documents relatifs au service de guerre versés au dossier, les autres éléments clés pour appuyer l'admissibilité aux SLD étaient manquants, qu'il s'agisse d'une évaluation de l'infirmière, du formulaire de décision du SSSE ou du formulaire VAC 1305 (le cas échéant).

Par ailleurs, 35 % des bénéficiaires (25/72) contenus dans l'échantillon étaient admissibles au Programme de SLD, mais il n'y avait aucun document au dossier pour appuyer l'admissibilité aux termes de la partie II ou de la partie III du RSSAC (p. ex., ils étaient admissibles à des soins offerts dans un lit réservé, mais ce lit se trouvait dans un établissement communautaire – 68 % (17/25) en raison de l'harmonisation insuffisante entre la politique et le règlement).

Annexe D – Liste des sigles et acronymes

Administration centrale (AC)

Agent des services administratifs de district (ASAD)

Agent des services aux clients (ASC)

Agent régional des finances (ARF)

Anciens Combattants Canada (ACC)

Assurance de la qualité (AQ)

Autres services de santé achetés (ASSA)

Bureau de district (BD)

Bureau régional (BR)

Direction des soins de longue durée (DSLDD)

Direction du Programme des avantages médicaux et du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (DPAMPAAC)

Direction de la gestion des programmes et de la prestation des services (DGPPS)

Groupe de travail intégré sur les soins en établissement (GTISE)

Infirmière du bureau de district (IBD)

Institut des vérificateurs internes (IVI)

Loi sur la gestion des finances publiques (LGFP)

Loi sur les allocations aux anciens combattants (LAAC)

Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes (LMRIMVFC)

Ministère de la Santé de l'Ontario (MSO)

Nouvelle-Écosse (N.-É.)

Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC)

Protocole d'entente (PE)

Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants (RSSAC)

Réseau de prestation des services aux clients (RPSC)

Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC)

Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT)

Soins de longue durée (SLD)

Spécialiste régional des soins en établissement (SRSE)

Système de soutien des soins en établissement (SSSE)

Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé (SFTDSS)