



Anciens Combattants  
Canada

Veterans Affairs  
Canada

Septembre 2014

# VÉRIFICATION DU PROGRAMME DE CHOIX 12 – SERVICES PARAMÉDICAUX

Direction générale de la  
vérification et de l'évaluation

Canada 

## **Remerciements**

L'équipe de vérification tient à remercier le personnel des bureaux de secteur d'Anciens Combattants Canada à Vancouver, à Mississauga, à St. John's et à Halifax; le personnel des centres d'autorisation de traitements à Vancouver, à St. John's et à Montréal; le personnel de la Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services; le personnel de la Direction générale des finances ainsi que le personnel du fournisseur des services de traitement des demandes de soins de santé. Leur apport a été crucial pour la réalisation de la vérification.

## Table des matières

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>I</b>
<b>1.0 CONTEXTE .....</b>	<b>1</b>
<b>2.0 À PROPOS DE LA VÉRIFICATION .....</b>	<b>2</b>
2.1 PORTÉE ET OBJECTIFS DE LA VÉRIFICATION .....	2
2.2 MÉTHODOLOGIE.....	2
<b>3.0 RÉSULTATS DE LA VÉRIFICATION.....</b>	<b>3</b>
3.1 POLITIQUES ET PROCÉDURES .....	3
3.2 SURVEILLANCE .....	5
3.3 CONFORMITÉ .....	7
3.4 RAPIDITÉ DU PROCESSUS DÉCISIONNEL.....	8
3.5 OPINION DE L'ÉQUIPE DE VÉRIFICATION .....	9

### **ANNEXE A – CRITÈRES DE VÉRIFICATION**

### **ANNEXE B – CLASSEMENT DES RECOMMANDATIONS ET DE L'OPINION DE L'ÉQUIPE DE VÉRIFICATION EN FONCTION DU RISQUE**

## SOMMAIRE

Le Programme des avantages pour soins de santé d’Anciens Combattants Canada offre des avantages et des services aux vétérans admissibles et aux autres personnes qualifiées, notamment des soins médicaux, chirurgicaux et dentaires, des prothèses et des adaptations du domicile, par l’entremise de 14 programmes de choix. En vertu du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* et de la *Loi sur les mesures de réinsertion et d’indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*, les vétérans admissibles et les autres personnes qualifiées ont droit à des avantages et à des services tels que des soins médicaux, chirurgicaux et dentaires, des prothèses et des adaptations du domicile. Les services paramédicaux sont des services fournis par des professionnels de la santé autres que des médecins, des dentistes et des infirmières. Au nombre des exemples figurent l’ergothérapie, la physiothérapie, la massothérapie, la chiropratique, l’acupuncture, l’orthophonie et la consultation psychologique.

L’objectif de la vérification était d’évaluer le cadre de contrôle de gestion d’Anciens Combattants Canada, ainsi que la conformité aux politiques et aux processus applicables, et de déterminer s’il y avait des moyens d’améliorer l’efficacité du processus décisionnel en matière de services paramédicaux. La vérification a porté sur les opérations traitées entre le 1<sup>er</sup> avril 2012 et le 31 mars 2013.

L’équipe de vérification a constaté que, dans l’ensemble, les politiques et les procédures pertinentes étaient claires et à jour. Elle n’a noté que quelques éléments nécessitant un suivi. De plus, l’équipe a constaté que les principaux processus de surveillance, tels que l’assurance de la qualité, la mesure du rendement et la vérification après paiement, étaient en voie d’élaboration. Les résultats de l’examen de dossiers ont permis de constater que les principales exigences sont respectées de façon modérée et que le personnel accomplit ses tâches de façon efficace et exerce un bon jugement afin de traiter les demandes le plus rapidement possible. Dans l’ensemble, l’équipe de vérification a déterminé que les résultats étaient « *généralement acceptables* ».

### Signature de la dirigeante de la vérification

\_\_\_\_\_

Kim Andrews

| Dirigeante de la vérification p.-i.

\_\_\_\_\_

Date

## 1.0 CONTEXTE

Le Programme des avantages pour soins de santé d'Anciens Combattants Canada (ACC) offre des avantages et des services aux vétérans admissibles et aux autres personnes qualifiées, notamment des soins médicaux, chirurgicaux et dentaires, des prothèses et des adaptations du domicile, par l'entremise de 14 programmes de choix (PDC). Les services paramédicaux sont des services fournis par des professionnels de la santé autres que des médecins, des dentistes et des infirmières. Au nombre des exemples figurent l'ergothérapie, la physiothérapie, la massothérapie, la chiropratique, l'acupuncture, l'orthophonie et la consultation psychologique. Ces services sont offerts aux vétérans<sup>1</sup> admissibles et aux autres personnes qualifiées conformément aux deux textes de loi suivants :

- Le *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* (RSSAC) permet aux vétérans admissibles de recevoir des fonds pour des avantages médicaux liés à diverses raisons, notamment une affection ouvrant droit à pension. Comme on le voit au tableau 1, au cours de l'exercice 2012-2013, 30 583 vétérans ont reçu des services paramédicaux au titre du *Règlement* totalisant 32 millions de dollars.
- La *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* (LMRIMVFC) permet aux vétérans admissibles de recevoir des fonds pour des services de réadaptation médicale et psychosociale axés sur la réadaptation et la réinsertion dans la vie civile. Comme on le voit au tableau 1, au cours de l'exercice 2012-2013, 1 772 vétérans ont reçu des services paramédicaux au titre de la *Loi* totalisant 4,7 millions de dollars.

Tableau 1 – Nombre de vétérans et dépenses (2012-2013)		
<b>Avantages médicaux (RSSAC)</b>	<b>Tous les programmes de choix (PDC)</b>	<b>PDC 12 – Services paramédicaux</b>
Nombre de vétérans	125 647	30 583
Dépenses totales (en millions de dollars)	244 \$	32 \$
<b>Services de réadaptation (LMRIMVFC)</b>	<b>Tous les programmes de choix (PDC)</b>	<b>PDC 12 – Services paramédicaux</b>
Nombre de vétérans	2 221	1 772
Dépenses totales (en millions de dollars)	6,3 \$	4,7 \$

Source : Analyse des données du Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé et du Registre des faits et des chiffres d'Anciens Combattants Canada, septembre 2013.

<sup>1</sup> Dans le présent rapport, à moins d'indication contraire, le terme « vétéran » englobe tous les vétérans admissibles, ainsi que les membres des Forces armées canadiennes, les époux et les survivants.

La Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, qui est située à l'Administration centrale, veille à la gestion et à la surveillance globales des services paramédicaux. Les analystes des centres d'autorisation de traitements (CAT), eux, sont chargés de l'approbation des avantages médicaux au titre du RSSAC, alors que les gestionnaires de cas aux bureaux de secteur sont chargés de l'approbation des services de réadaptation, notamment les services paramédicaux prévus par la LMRIMVFC. Par ailleurs, ACC a passé un contrat avec un fournisseur de services de traitement des demandes de soins de santé pour que ce dernier traite les paiements aux fournisseurs de services de soins de santé et rembourse le coût des avantages et des services admissibles aux bénéficiaires des PDC. Le contrat relatif au Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé (SFTDSS), accordé par ACC à un tiers, vise donc à faire gérer le traitement des demandes de soins de santé et les services connexes au nom du Ministère. Le contrat prévoit une gamme d'applications conçues sur mesure pour administrer les divers programmes de soins de santé d'ACC, les services de santé, les rapports avec les fournisseurs de soins de santé, la gestion de l'information, les vérifications des fournisseurs et les rapports sur les PDC.

Les politiques et les directives de l'ensemble des PDC sont précisées en détail dans les tableaux des avantages, qui décrivent les avantages et les services auxquels ont droit les vétérans admissibles et établissent les maximums en dollars, la fréquence des remboursements, etc. Les tableaux permettent d'accélérer le traitement des demandes ainsi que d'établir des contrôles et des limites raisonnables concernant les dépenses relatives aux services de santé.

## **2.0 À PROPOS DE LA VÉRIFICATION**

### **2.1 Portée et objectifs de la vérification**

La présente vérification, qui s'étend du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013, a porté sur l'ensemble des processus et des dépenses du PDC 12. Les objectifs étaient les suivants :

- Évaluer la conformité aux politiques et aux processus applicables;
- Évaluer la pertinence du cadre de contrôle de gestion;
- Évaluer la rapidité du processus décisionnel.

Les critères de vérification se trouvent à l'annexe A.

### **2.2 Méthodologie**

La vérification a été réalisée conformément aux Normes relatives à la vérification interne établies par l'Institut des vérificateurs internes et à la Politique sur la vérification

interne du gouvernement du Canada, comme le confirment les résultats du Programme d'assurance et d'amélioration de la qualité. Les méthodes de vérification utilisées sont résumées au tableau 2.

Tableau 2 – Méthodes de vérification	
Méthode	Résumé
Entrevues	L'équipe de vérification a mené des entrevues auprès de membres du personnel de l'Administration centrale, de quatre bureaux de secteur et de trois centres d'autorisation de traitements, ainsi que du fournisseur de services de traitement de demandes de soins de santé, afin d'avoir une idée du PDC 12 – Services paramédicaux et d'évaluer l'exécution du programme, notamment les processus d'autorisation et de paiement. Les données recueillies ont également servi à évaluer la gouvernance et les contrôles internes du programme.
Observation directe	L'équipe de vérification a observé les processus employés par les analystes d'un centre d'autorisation de traitements afin de se faire une idée des activités de traitement liées au PDC 12 – Services paramédicaux qui sont exécutées au moyen du Réseau de prestation des services aux clients (RPSC) d'ACC et du SFTDSS.
Examen de la documentation	L'équipe de vérification a vérifié si les politiques et les procédures sont à jour et conformes aux règlements.
Examen de dossiers	L'équipe de vérification a évalué la conformité du PDC 12 aux politiques et aux procédures applicables ainsi que la rapidité du processus décisionnel. Elle a prélevé un échantillon aléatoire de 100 opérations de paiement parmi un bassin de 405 396 opérations de paiement effectuées entre le 1 <sup>er</sup> avril 2012 et le 31 mars 2013. L'échantillon a été prélevé en fonction du risque le plus élevé, déterminé par l'importance des opérations et la complexité des processus d'approbation et de prestation de services.

## 3.0 RÉSULTATS DE LA VÉRIFICATION

### 3.1 Politiques et procédures

De façon générale, les politiques et les procédures sont à jour et disponibles en ligne. En outre, le personnel a signalé qu'il avait reçu une formation suffisante. L'équipe de vérification a néanmoins formulé trois recommandations.

La première recommandation porte sur la clarification des rôles et des responsabilités lorsque l'admissibilité à des avantages médicaux et l'admissibilité à des services de réadaptation se chevauchent. Il y a chevauchement lorsqu'un avantage admissible du PDC 12 – Services paramédicaux est approuvé et financé au titre du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*, alors qu'il constitue également une intervention cadrant avec les objectifs du plan de réadaptation du vétéran. Il faudrait

donc donner des directives au personnel à l'extérieur de l'Administration centrale sur la façon de déterminer le décideur délégué approprié afin de réduire la confusion et d'assurer l'uniformité du codage.

La deuxième recommandation porte sur les avantages médicaux du PDC 12 – Services paramédicaux fournis aux vétérans à leur domicile (services à domicile). Selon la politique actuelle, le paiement des services à domicile offerts par des fournisseurs peut être approuvé par ACC et les montants applicables doivent être versés conformément à l'article 5 du RSSAC. Lors des entrevues, des membres du personnel ont mentionné que les processus opérationnels actuels ne décrivent pas les montants appropriés pour les services à domicile. Par ailleurs, le manque de codes d'avantages pour les services à domicile limite la capacité du Ministère à surveiller la fréquence du recours à ces services et les dépenses connexes. Par conséquent, l'équipe de vérification n'a pas pu repérer des opérations liées aux services à domicile lors de l'examen de dossiers et n'a pas pu déterminer la fréquence du recours à ces services ni les dépenses connexes.

La troisième recommandation porte sur le traitement incohérent des opérations liées aux cliniques multidisciplinaires (CMD). La valeur en dollars des décisions liées aux CMD tend à être plus élevée puisque ces décisions sont rattachées à un plan de services de santé connexes intégrant de multiples traitements. En septembre 2013, un nouveau processus opérationnel pour les traitements offerts dans les CMD est entré en vigueur. Selon ce processus, il faut utiliser les codes d'avantages du PDC 5 – Services hospitaliers pour coder les services des CMD. Pendant les entrevues, des membres du personnel ont signalé que de nombreux fournisseurs offrant des services dans des CMD n'étaient pas inscrits au PDC 5, mais plutôt au PDC 12. En conséquence, certains membres du personnel attribuent des « codes d'avantages divers » aux services des CMD, tandis que d'autres codent chaque service individuellement. Si les codes ne sont pas corrects, le Ministère ne peut pas surveiller adéquatement le recours à ces services.

### **Recommandation 1**

**Il est recommandé que le directeur général, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, mette à jour les processus opérationnels afin de clarifier les responsabilités du personnel dans les cas où l'admissibilité aux avantages médicaux et l'admissibilité aux services de réadaptation se chevauchent. (Essentielle)**

### **Réponse de la direction**

*La direction est d'accord avec cette recommandation. Les processus et les lignes directrices seront mis à jour d'ici novembre 2014 pour clarifier les responsabilités du personnel dans les cas où l'admissibilité aux avantages médicaux et l'admissibilité aux services de réadaptation se chevauchent.*



### **Recommandation 2**

**Il est recommandé que le directeur général, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, établisse un processus opérationnel relativement à la prestation de services au domicile des vétérans. (Essentielle)**

### **Réponse de la direction**

*La direction est d'accord avec cette recommandation. Des lignes directrices et des processus clairs seront mis en place d'ici octobre 2014 pour faciliter la prestation de services **au domicile des vétérans**.*

### **Recommandation 3**

**Il est recommandé que le directeur général, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services, veille au respect du processus opérationnel pour les services reçus dans les cliniques multidisciplinaires. (Essentielle)**

### **Réponse de la direction**

*La direction est d'accord avec cette recommandation. On veillera à ce que le processus opérationnel lié aux cliniques multidisciplinaires soit respecté pour toutes les cliniques de ce genre d'ici juillet 2015, en communiquant avec les cliniques et en les inscrivant à nouveau à mesure que leur inscription actuelle arrive à échéance.*

## **3.2 Surveillance**

Dans la foulée de l'évaluation du cadre de contrôle de gestion, l'équipe de vérification a évalué les principales activités de surveillance suivantes : l'assurance de la qualité, la mesure du rendement et la vérification des comptes. Or, ces activités ont été évaluées récemment dans le cadre de la vérification du PDC 13 – Équipement spécial (mars 2014) et une recommandation a été formulée pour améliorer chacune d'elles. L'équipe de vérification a confirmé que les observations rattachées à cette vérification sont identiques à celles de la présente vérification et que les recommandations formulées à l'égard du PDC 13 – Équipement spécial combleront toute lacune. Les paragraphes ci-dessous résument les observations présentées dans le rapport de vérification du PDC 13 – Équipement spécial.

L'assurance de la qualité est un processus continu visant à surveiller la qualité, l'uniformité et la rapidité d'exécution des activités réalisées au sein du Ministère. Dans le cadre de la vérification du PDC 13 – Équipement spécial, des gestionnaires d'équipe de services aux clients ont indiqué qu'ils faisaient de l'assurance de la qualité, mais il n'y avait aucune preuve qu'ils en faisaient. En réponse aux recommandations découlant de la vérification du PDC 13 – Équipement spécial, un processus national d'assurance de la qualité a été établi, mais seulement à la suite du travail sur le terrain de la

présente vérification. L'équipe de vérification n'a donc pas pu évaluer les résultats ou l'efficacité du nouveau processus.

La mesure du rendement est le processus consistant à recueillir, à analyser et à communiquer des données afin de surveiller l'efficacité et l'efficacités d'un programme ou d'une activité. Cette information peut ensuite être utilisée pour améliorer l'exécution d'un programme. L'équipe de vérification a constaté qu'un plan de mesure du rendement existait dans le cadre du Programme des avantages pour soins de santé. Toutefois, il ne comportait pas d'indicateurs de rendement précis pour le PDC 12 – Services paramédicaux. En outre, ces renseignements n'étaient pas communiqués à la haute direction pour l'aider à prendre des décisions éclairées. En réponse aux recommandations découlant de la vérification du PDC 13 – Équipement spécial, des indicateurs précis pour tous les PDC ont été élaborés, et les résultats sont dorénavant communiqués à la haute direction.

Selon la Directive sur la vérification des comptes du Conseil du Trésor, le processus de vérification des comptes permet d'assurer une saine gestion des fonds publics. Dans le cadre de ce processus, on vérifie si les opérations sont exactes afin de s'assurer que le paiement n'est pas versé en double, que toutes les dépenses sont payables et que le montant à payer a été calculé correctement. Pour les opérations à faible risque, il est acceptable d'examiner un échantillon après paiement. La Direction générale des finances d'ACC a déterminé que les opérations effectuées au titre du PDC 12 – Services paramédicaux constituaient des opérations à faible risque. De plus, à la fin des travaux sur le terrain, l'équipe de vérification a constaté que la Direction générale des finances était en train de mettre en œuvre un nouveau processus qui permettra d'analyser de gros volumes d'opérations à faible risque en vue de cerner, à des fins d'examen, des opérations qui pourraient être problématiques.

### 3.3 Conformité

Le tableau 3 présente le résumé des résultats de l'examen de dossiers auquel a été soumis l'échantillon de 100 opérations de paiement.

Tableau 3 – Conformité avec les principaux processus opérationnels	
Principales exigences évaluées	Pourcentage
Les montants approuvés dans les dossiers examinés respectaient les limites établies dans le tableau des avantages ou, s'ils les dépassaient, ils étaient étayés d'une justification	99 %
Services ajoutés au plan d'intervention du vétérinaire (réadaptation)	92 %
Signature du fournisseur sur la demande de remboursement	95 %
Lettre de décision au vétérinaire et/ou lettre d'autorisation au fournisseur versée au dossier	66 %
Signature du vétérinaire attestant la réception des services	63 %

Source : Analyse des dossiers examinés par l'équipe de vérification

Le fournisseur appose sa signature sur une demande de remboursement pour attester que la demande est fidèle et exacte à sa connaissance. De plus, sa signature confirme qu'il accepte les modalités établies dans le document des directives sur la prestation et le paiement des avantages médicaux pour les services de santé. Selon les résultats de l'examen de dossiers, 95 % (95/100) des demandes de remboursement avaient été signées par le fournisseur.

La signature du vétérinaire est considérée comme l'une des principales façons d'attester que le vétérinaire a bel et bien reçu les services du fournisseur. Selon le document des directives sur la prestation et le paiement des avantages médicaux pour les services de santé, la demande de remboursement du fournisseur doit être signée par le vétérinaire. Les résultats de l'examen de dossiers révèlent que seulement 63 % des dossiers contenaient une copie de la signature du vétérinaire attestant la réception de services paramédicaux du PDC 12. Bien que ce résultat soit plus faible que prévu, il existe tout de même des contrôles visant à réduire le risque de payer des services non fournis. Par exemple, le personnel d'ACC doit autoriser les services et les avantages au préalable. De plus, une unité d'enquête a été créée par le fournisseur des services de traitement des demandes de soins de santé dans le cadre du contrat visant le SFTDSS. Cette unité spécialisée mène régulièrement diverses activités de vérification pour s'assurer que les fournisseurs de soins de santé respectent les exigences. Ces deux contrôles fonctionnent comme prévu et réduisent au minimum le risque de payer des services non fournis. Le Ministère convient que la confirmation de la réception des services continue d'être nécessaire, conformément à la Directive sur la vérification des comptes du Conseil du Trésor.

Il est important de communiquer les décisions de façon claire pour que les vétérans puissent en comprendre le motif et, s'il y a lieu, connaître leurs droits d'appel. En outre, on envoie des lettres aux fournisseurs pour les informer des détails de la décision, et ces lettres peuvent également les aider à remplir une demande de remboursement. Les lettres envoyées aux vétérans et aux fournisseurs font partie de la documentation appuyant la décision de fournir ou non un service. Le Ministère utilise des gabarits de lettres pour s'assurer que la communication avec les vétérans et les fournisseurs est uniforme. L'examen de dossiers a révélé que 66 % des dossiers contenaient une lettre au vétéran et/ou au fournisseur. Le manque de documentation justificative pourrait être réglé par l'établissement d'un processus national d'assurance de la qualité.

#### **Recommandation 4**

**Il est recommandé que le directeur général, Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services étudie des options pour confirmer la réception des services et obtenir l'attestation des fournisseurs. (Essentielle)**

#### **Réponse de la direction**

*La direction est d'accord avec cette recommandation. On est en train d'étudier des options pour moderniser l'attestation du fournisseur et la confirmation, par le vétéran, des services reçus. Les options seront déterminées d'ici avril 2015.*

### **3.4 Rapidité du processus décisionnel**

Les décisions concernant les services de réadaptation offerts dans le cadre du PDC 12 – Services paramédicaux conformément à la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* relèvent des gestionnaires de cas situés dans les bureaux de secteur d'ACC. Dans le cadre de la vérification des pouvoirs décisionnels délégués, réalisée en 2013, on a examiné la rapidité de la prise de décisions, par les gestionnaires de cas, relativement aux services de réadaptation offerts dans le cadre du PDC 12 – Services paramédicaux. Il a été déterminé que, de façon générale, les décisions étaient rendues en temps utile, et aucune occasion d'amélioration du processus décisionnel n'a été décelée. Une fois la décision rendue par le gestionnaire de cas, une activité du RPSC est envoyée au CAT à des fins d'autorisation du service. L'analyse des résultats de l'examen de dossiers a permis à l'équipe de vérification de constater que ces activités sont créées et envoyées aux CAT dans les deux jours suivant la mise à jour du plan d'intervention du vétéran.

Les décisions concernant les avantages offerts dans le cadre du PDC 12 – Services paramédicaux conformément au *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* relèvent des analystes des CAT. Les fournisseurs téléphonent aux CAT pour demander l'autorisation d'un service au nom d'un vétéran. L'équipe de vérification

a constaté que les CAT rendent des décisions et font des autorisations dès que les fournisseurs en font la demande.

En outre, l'équipe de vérification a examiné le délai entre le moment où la demande de paiement au titre du PDC 12 – Services paramédicaux a été reçue par le centre de traitement des demandes de soins de santé et le moment où le paiement au fournisseur a été approuvé. Les résultats de l'examen de dossiers confirment que les paiements sont versés dans les 30 jours, la majorité étant versés dans les 10 jours.

### **3.5 Opinion de l'équipe de vérification**

L'équipe de vérification a constaté que, dans l'ensemble, les politiques et les procédures pertinentes étaient claires et à jour. Elle n'a noté que quelques éléments nécessitant un suivi. De plus, l'équipe a constaté que les principaux processus de surveillance, tels que l'assurance de la qualité, la mesure du rendement et la vérification après paiement, étaient en voie d'élaboration. Les résultats de l'examen de dossiers ont permis de constater que les principales exigences sont respectées de façon modérée et que le personnel accomplit ses tâches de façon efficiente et exerce un bon jugement afin de traiter les demandes le plus rapidement possible. Dans l'ensemble, l'équipe de vérification a déterminé que les résultats étaient « *généralement acceptables* ».

## ANNEXE A – CRITÈRES DE VÉRIFICATION

Objectif	Critère*
Évaluer la pertinence du cadre de contrôle de gestion	Les pouvoirs sont officiellement délégués. (R1)
	Les tâches sont réparties de façon appropriée.
	Des politiques et des principes directeurs sont établis et communiqués. (R2, R3)
	L'organisation offre à ses employés la formation, les outils, les ressources et les renseignements dont ils ont besoin pour assumer leurs responsabilités.
Évaluer la conformité aux politiques et aux processus applicables	Les opérations sont codées et consignées de façon appropriée, en temps utile, pour appuyer le traitement précis et opportun de l'information.
	Les dossiers et les données sont conservés conformément aux lois et aux règlements applicables. (R4)
	La conformité aux lois, aux politiques et aux pouvoirs en matière de gestion financière fait l'objet d'une surveillance régulière.
Évaluer la rapidité du processus décisionnel et cerner des occasions d'en améliorer l'efficience	La direction a établi des mesures du rendement appropriées en lien avec les résultats prévus.
	La direction surveille le rendement obtenu par rapport aux résultats prévus et fait les rajustements en conséquence.

\*Des recommandations ont été formulées pour combler les lacunes constatées par l'équipe de vérification. Tous les autres critères ont été jugés comme ayant été entièrement ou partiellement satisfaits avec quelques lacunes mineures seulement.

## **ANNEXE B – CLASSEMENT DES RECOMMANDATIONS ET DE L'OPINION DE L'ÉQUIPE DE VÉRIFICATION EN FONCTION DU RISQUE**

Les définitions suivantes sont utilisées pour classer les recommandations et l'opinion de l'équipe de vérification présentées dans le présent rapport.

### **Recommandations de l'équipe de vérification**

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

### **Opinion de l'équipe de vérification**

- Bien contrôlé**        Seules des lacunes mineures ont été trouvées en ce qui a trait aux objectifs de contrôle ou à la saine gestion de l'activité vérifiée.
- Généralement acceptable**    Les lacunes trouvées, qu'elles soient prises individuellement ou dans l'ensemble, ne sont pas importantes ou elles sont compensées par les mécanismes en place. Les objectifs de contrôle ou la saine gestion de l'activité vérifiée ne sont pas compromis.
- A besoin d'amélioration**    Les lacunes trouvées, qu'elles soient prises individuellement ou dans l'ensemble, sont importantes et pourraient compromettre les objectifs de contrôle ou la saine gestion de l'activité vérifiée.
- Insatisfaisant**        Les ressources affectées à l'activité vérifiée sont gérées sans diligence à l'égard de la plupart des critères d'efficacité, d'efficacités et d'économie.