



Anciens Combattants
Canada

Veterans Affairs
Canada

Juin 2019

VÉRIFICATION DES CLINIQUES MULTIDISCIPLINAIRES

Direction générale de la vérification
et de l'évaluation

Canada 

Remerciements

L'équipe de la vérification remercie sincèrement le personnel d'Anciens Combattants Canada de la Direction générale de la gestion des programmes et de la prestation des services ainsi que de la Direction générale des finances de même que l'entrepreneur du Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé. Leur apport a été crucial pour la réussite de la présente vérification.

TABLE DES MATIÈRES

1.0 CONTEXTE.....	1
2.0 OBJECTIFS DE LA VÉRIFICATION	2
3.0 RÉSULTATS DE LA VÉRIFICATION	3
3.1 Inscription des cliniques multidisciplinaires.....	3
3.1.1 Processus d'inscription	3
3.1.2 Surveillance.....	4
3.2 Autorisation et paiement des traitements reçus dans les CMD	5
3.2.1 Contrôles visant les limites des montants et le nombre d'unité des services	6
3.2.2 Principaux contrôles liés aux paiements des services multidiciplinaires	7
3.3 Conclusion de la vérification	9
ANNEXE A – CRITÈRES ET MÉTHODE DE VÉRIFICATION	11
ANNEXE B – VUE D'ENSEMBLE DES PROGRAMMES DE CHOIX	14

1.0 CONTEXTE

Le Programme des avantages pour soins de santé offre aux vétérans admissibles et à d'autres bénéficiaires admissibles un financement qui leur permet d'accéder aux avantages pour soins de santé (aussi appelés « avantages médicaux ») dont ils ont besoin. Le programme compte quatorze catégories d'avantages et de services et, parmi ces catégories, il y a des centaines d'avantages médicaux particuliers auxquels les vétérans peuvent accéder. En 2017-2018, les dépenses du programme totalisaient 299,6 millions de dollars et presque 79 000 vétérans¹ ont accédé à des avantages. Le programme est administré par le personnel des bureaux en région d'Anciens Combattants Canada (ACC) et par l'entremise d'un responsable tiers du traitement des demandes de soins de santé qui reçoit l'appui de nombreux secteurs au sein d'ACC. L'unité de gestion des programmes se charge de la gestion du programme. Vous trouverez à l'annexe B un aperçu des avantages et services fournis par l'entremise de chacune des quatorze catégories des programmes de choix (PDC). Dans le cadre du Programme des avantages pour soins de santé, ACC a mis sur pied des cliniques multidisciplinaires (CMD) en 2012 et celles-ci figurent au PDC 5 – Services hospitaliers. Les cliniques multidisciplinaires regroupent divers professionnels et para-professionnels de la santé tels que des médecins, des psychologues, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, des kinésiothérapeutes et des ludothérapeutes. On s'attend à ce que le personnel des cliniques multidisciplinaires travaille de façon concertée pour offrir une approche d'équipe coordonnée et ainsi évaluer et traiter les patients ayant des problèmes de santé et des objectifs de traitement complexes².

Au tout début, en 2012, on comptait quatre établissements inscrits, puis en 2014, le Ministère a commencé à enregistrer un éventail plus large d'établissements qui offraient des soins multidisciplinaires intégrés aux vétérans admissibles et aux autres clients³. En date du 31 mars 2019, on comptait 227 CMD inscrites auprès du Ministère, et 55 demandes d'inscription de CMD supplémentaires étaient en attente de décision. Au total, on a reçu 372 demandes au titre du programme au total, et 86 demandes ont été refusées. Du nombre des cliniques inscrites auprès d'ACC, 185 sont pour des patients externes, 26 sont pour des patients hospitalisés et 16 sont des cliniques qui offrent à la fois des services aux patients externes et aux patients hospitalisés. Dans le cas des patients hospitalisés, les vétérans séjournent à l'établissement pour toute la durée de leur traitement. Les patients externes n'ont pas besoin de passer la nuit à l'établissement.

Les dépenses des CMD augmentent constamment d'année en année. Comme l'illustre la figure 1, les dépenses totales des CMD en 2015-2016 étaient d'environ 6 millions de dollars, et en 2017-2018 elles ont augmenté pour passer à plus de 12 millions de

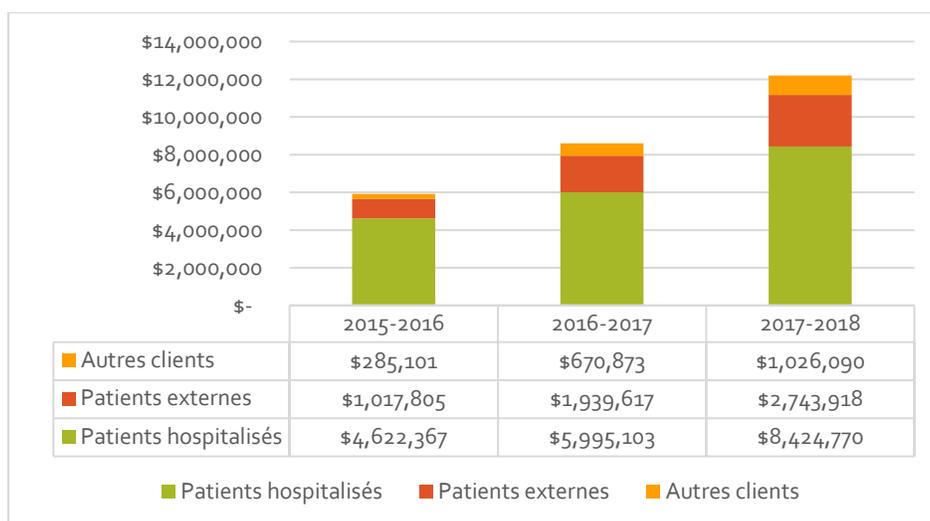
¹ Livre des faits et des chiffres d'Anciens Combattants Canada, édition de mars 2018.

² Processus opérationnel : Comment traiter les demandes de traitement ou d'intervention dans le cas de services d'hospitalisation ou de consultation externe dans les cliniques multidisciplinaires, en vigueur depuis le 2 août 2017.

³ Communiqué de presse du ministre, le 30 octobre 2012, Le ministre Steven Blaney dévoile le Plan d'action de transition des vétérans et le partenariat novateur avec le Programme de transition des vétérans.

dollars⁴. Bien que les coûts du programme de CMD aient augmenté de façon significative, le coût par bénéficiaire du programme est demeuré relativement constant. L'augmentation des coûts du programme est liée au volume, aussi bien au nombre de CMD qu'au nombre de bénéficiaires individuels du programme.

Figure 1 – Données historiques sur les dépenses des cliniques multidisciplinaires
Exercices 2015-2016 à 2017-2018



Source : Direction de la statistique d'ACC, demande 1 185 avec analyse des données par la Direction générale de la vérification et de l'évaluation d'ACC

2.0 OBJECTIFS DE LA VÉRIFICATION

La vérification avait comme objectifs d'établir si :

- les contrôles pour le processus d'inscription des CMD étaient efficaces; et
- les contrôles à l'égard des CMD pour l'autorisation, la surveillance et le paiement des services étaient existants et efficaces.

La vérification a exclu les éléments suivants :

- la qualité des décisions des gestionnaires de cas;
- la confirmation des services rendus sur place à la CMD; et
- l'efficacité des services ou méthodes de traitement particulières en CMD.

Les constatations et les conclusions de la vérification contenues dans le présent rapport sont fondées sur des éléments probants suffisants et appropriés. Cette vérification a été

⁴ Direction de la statistique d'ACC, demande 1 185 avec analyse des données par la Direction générale de la vérification et de l'évaluation d'ACC.

menée conformément aux Normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne de l'Institut des auditeurs internes, selon les résultats du Programme d'assurance et d'amélioration de la qualité. Les opinions exprimées dans le présent rapport sont fondées sur les conditions qui existaient au moment de la vérification et ne s'appliquent qu'à l'entité examinée.

Le travail sur le terrain dans le cadre de cette vérification a été réalisé entre novembre 2018 et avril 2019.

D'autres renseignements, y compris la période visée par la portée de la vérification, les critères et la méthodologie, figurent à l'annexe A.

3.0 RÉSULTATS DE LA VÉRIFICATION

3.1 *Inscription des cliniques multidisciplinaires*

3.1.1 *Processus d'inscription*

Lors de la conception du programme de cliniques multidisciplinaires (CMD), ACC a décidé d'adopter un processus d'inscription afin de créer une liste de cliniques qui utilisent une approche intégrée et collaborative pour le traitement de problèmes de santé complexes. À partir du moment où une CMD est inscrite, le personnel sur le terrain d'ACC peut aiguiller des vétérans à ces cliniques pour y obtenir des services intégrés.

ACC compte un certain nombre de politiques et de directives à l'appui qui portent sur l'inscription des CMD. Ces outils comprennent : une trousse de demande d'inscription, dans laquelle sont énoncées les attentes générales d'ACC à l'égard des CMD qui souhaitent s'inscrire; une entente relative aux demandes de règlement des fournisseurs, laquelle énonce les modalités de l'offre de services aux vétérans et de la facturation de ces services; et un document sur les exigences relatives aux fournisseurs d'une CMD, lequel fournit les exigences détaillées du programme de CMD aux demandeurs intéressés.

Les cliniques qui souhaitent s'inscrire envoient leur demande à l'entrepreneur du Service fédéral de traitement des demandes de soins de santé (SFTDSS) d'ACC, lequel examine les demandes pour s'assurer qu'elles sont complètes. Lorsque la trousse est complète, elle est soumise à l'examen de Gestion des programmes d'ACC. Le groupe Gestion des programmes examine les demandes pour déterminer si elles satisfont aux critères établis. Gestion des programmes transfère ensuite la décision (approuvée ou refusée) à l'entrepreneur du SFTDSS et ce dernier envoie la lettre de décision au demandeur. Dans le cas des cliniques approuvées, un numéro d'identification de fournisseur, aux fins de la facturation, est communiqué dans la lettre.

L'équipe de la vérification a examiné toutes les demandes d'inscription au cours de la période visée par la vérification pour s'assurer du respect des processus opérationnels établis. La vérification a révélé que, dans l'ensemble, le processus d'inscription avait été respecté. Des écarts légers ont été observés et portés à l'attention de Gestion des programmes par l'équipe de la vérification, aux fins d'amélioration de la qualité.

Même s'il existe des outils, une orientation et des politiques, le personnel a de la difficulté à prendre des décisions relatives à l'inscription. Sur papier, les critères d'admissibilité paraissent simples. En pratique toutefois, le personnel a de la difficulté à appliquer les critères et à déterminer si les demandeurs sont en fait des cliniciens qui offrent des services interdisciplinaires. De plus, les demandes présentées par les CMD sont de plus en plus complexes puisque ces dernières offrent une grande variété de traitements et modes de traitement. Le personnel chargé des programmes ne se sentait pas à l'aise de prendre des décisions concernant l'inscription des cliniques parce qu'il avait l'impression de ne pas avoir suffisamment de connaissances en médecine ou en santé mentale pour déterminer la pertinence des traitements proposés par les cliniques.

En raison de ces difficultés, le traitement des demandes d'inscription représente un effort important pour le personnel d'ACC. Le personnel a souvent eu besoin d'obtenir des renseignements supplémentaires ou des précisions auprès des cliniques requérantes pour s'assurer que tous les critères étaient respectés et veiller à ce que ceux-ci soient consignés. Par conséquent, certaines demandes n'ont pas été traitées en temps opportun. Un examen des dossiers des demandes traitées a permis de constater qu'il fallait en moyenne 98 jours pour rendre une décision relative à une demande d'inscription et, qu'en date du 31 décembre 2018, 55 demandes étaient en attente d'une décision relative à l'inscription. Ces demandes non traitées étaient en attente d'une décision depuis 156 jours en moyenne. Aux dires du personnel, le processus d'inscription est une procédure administrative frustrante aussi bien pour les demandeurs que pour le personnel, ce qui suggère que des améliorations sont nécessaires. L'équipe de la vérification a noté qu'une demande d'inscription avait été approuvée durant la période visée par la vérification.

Il est important de noter que des personnes et des cliniques peuvent présenter une demande de remboursement de services sans être inscrites auprès d'ACC en tant que CMD. Le cas échéant, les demandes sont traitées au titre du PDC 12. L'équipe de la vérification a cherché à cerner des fournisseurs potentiels qui présentaient des demandes de remboursement au titre du PDC 12 sans être passés par le processus d'inscription des CMD. L'examen a permis de noter des cas où les cliniques semblaient offrir des services multidisciplinaires dans le cadre du PDC 12.

3.1.2 Surveillance

L'inscription d'une clinique est réalisée à un certain moment et il n'y a pas d'autres mécanismes pour s'assurer que les cliniques continuent de satisfaire aux exigences. Par exemple, ACC n'effectue ni surveillance ni mise à jour relativement aux

changements de programmes ou de services des cliniques ou aux changements au niveau des professionnels de la santé. Certaines cliniques peuvent ne plus offrir les services au titre desquels elles se sont inscrites initialement. Le personnel chargé des programmes d'ACC, le personnel sur le terrain et les professionnels de la santé ont tous exprimé leurs inquiétudes quant au manque de surveillance de l'admissibilité continue des cliniques. Tous avaient l'impression qu'un processus de surveillance et d'examen de la qualité était important pour les cliniques inscrites et que le processus d'inscription devrait inclure une date d'échéance afin d'assurer un examen périodique.

Le processus d'inscription des CMD a besoin d'amélioration, mais la mise en œuvre de mesures de contrôle plus rigoureuses pourrait entraîner un besoin de ressources supplémentaires. Les avantages de l'inscription des CMD doivent faire l'objet d'un examen à la lumière des difficultés susmentionnées. Les améliorations au processus, notamment l'établissement de dates d'échéance, l'examen des établissements, l'expertise des professionnels de la santé et un formulaire d'inscription plus détaillé, doivent être prises en compte. Il faut également tenir compte du coût/de l'avantage de l'inscription et de la surveillance des cliniques multidisciplinaires.

Recommandation 1

Il est recommandé que le directeur général, Gestion des programmes et de la prestation des services, avec l'appui de la Direction générale des finances, effectue un examen stratégique du processus d'inscription, compte tenu du besoin de directives et de mesures de contrôle supplémentaires.

Réaction de la direction

Gestion des programmes et de la prestation des services accepte la recommandation. Gestion des programmes avait constaté ces enjeux et, avant la vérification, avait établi un groupe de travail chargé de définir et de traiter ces préoccupations. Un plan d'action détaillé a été fourni à la Direction générale de la vérification et de l'évaluation aux fins de suivi de la vérification.

Date cible d'achèvement : Juillet 2020

3.2 Autorisation et paiement des traitements reçus dans les CMD

Les traitements reçus dans les CMD doivent faire l'objet d'une autorisation préalable par un gestionnaire de cas d'ACC. Les gestionnaires de cas utilisent un système appelé Réseau de prestation des services aux clients⁵ (RPSC) pour gérer le traitement d'un vétérinaire. Entre autres, le plan d'intervention, les notes évolutives, les rapports et les détails des traitements autorisés du client y sont consignés.

Dès que le gestionnaire de cas d'ACC autorise un traitement dans une CMD, il achemine les détails de l'autorisation à l'entrepreneur du SFTDSS, et ce dernier établit

⁵ The Réseau de prestation des services aux clients (CSDN) est un système de données utilisé par le personnel d'ACC pour faciliter la prestation des services aux vétérinaires, y compris les avantages et les services de gestion de cas offerts aux clients.

les détails de l'autorisation du traitement dans le Service fédéral de traitement des demandes de soins de santé (SFTDSS)⁶.

Lorsque le traitement est établi, le fournisseur est avisé des détails du plan autorisé et on lui fournit les instructions de facturation. La majorité des fournisseurs soumettent électroniquement les factures au moyen du portail pour les fournisseurs du SFTDSS. À l'aide du portail, le fournisseur consigne les renseignements sur les services offerts dans des champs précis et le paiement est versé. Les fournisseurs peuvent également présenter leur demande de paiement des services rendus en envoyant des factures papier, dont les détails sont entrés manuellement par l'entrepreneur dans le SFTDSS et le paiement est versé.

L'équipe chargée de la vérification a voulu déterminer si les gestionnaires de cas d'ACC et l'entrepreneur du SFTDSS se conformaient au processus opérationnel qui précise le processus d'autorisation des traitements en CMD. Elle a effectué des examens de dossier, a directement observé les autorisations et les paiements dans le système, et a interrogé des employés d'ACC et également l'entrepreneur du SFTDSS. En général, l'équipe a constaté qu'ACC et l'entrepreneur du SFTDSS respectaient les exigences énoncées dans le processus opérationnel. Des écarts mineurs ont été constatés et l'équipe en a avisé la direction du programme afin que des améliorations soient apportées.

3.2.1 Contrôles visant les limites des montants et le nombre d'unité des services

Anciens Combattants Canada offre une variété d'avantages médicaux (PDC 5) dont font partie les traitements en CMD. De nombreux autres avantages médicaux relèvent du PDC 12 – Services de santé connexes qui sont étroitement associés à la prestation des traitements en CMD. Les avantages du PDC 12 comprennent les traitements et les services offerts par une variété de cliniciens comme les diététiciens, chiropraticiens, psychologues, physiothérapeutes, travailleurs sociaux et massothérapeutes. Ces cliniciens peuvent également offrir des services dans le cadre de leurs fonctions dans une CMD.

Les traitements reçus dans le cadre du PDC 12 sont associés à des montants maximums remboursés par ACC et à des limites d'unités de traitement permises. Par exemple, un vétéran résident de l'Île-du-Prince-Édouard a droit à 20 visites de physiothérapie par année au taux établi de 55 \$ par séance. Par contre, les services d'une CMD sont gérés sous le PDC 5 et ils ne sont assortis d'aucune limite d'unités ou de dollars. Les coûts des traitements en CMD (en établissement, en clinique externe, et les divers rapports) varient énormément. Les gestionnaires de cas d'ACC ne peuvent se référer à aucune directive et ils ont déclaré avoir certaines difficultés lorsqu'il faut diriger les vétérans vers les CMD pour leur traitement sans avoir de directives sur le nombre d'unités ou les taux convenables.

⁶ Le Service fédéral de traitement des demandes de soins de santé (SFTDSS) est le système de l'entrepreneur du SFTDSS permettant de gérer le paiement des demandes de remboursement des avantages médicaux offerts par ACC.

Outre le fait qu'il n'y a pas de limites établies ou de directives, les pouvoirs délégués d'un gestionnaire de cas relativement à l'autorisation de ces traitements ne sont assortis d'aucune somme maximale.

Puisqu'il n'existe aucune limite établie pour les services en CMD, on pourrait s'attendre à l'existence de contrôles plus rigoureux quant au paiement et à la surveillance afin d'atténuer les risques accrus associés à ces services. Comme il est mentionné dans la section qui suit, il existe des lacunes considérables en matière de contrôles.

3.2.2 Principaux contrôles liés aux paiements des services multidisciplinaires

Après l'autorisation par le gestionnaire de cas d'ACC des avantages médicaux en CMD, le traitement est offert au vétéran par le fournisseur compétent de la CMD. Comme susmentionné, le fournisseur de la CMD présente la demande de paiement à ACC selon l'une ou l'autre des deux méthodes suivantes : une facture imprimée est présentée au centre de traitement des paiements d'un tiers ou le fournisseur soumet les détails de la demande de paiement (dans des champs précis) directement dans le portail du SFTDSS de l'entrepreneur du SFTDSS. On nous a indiqué que la majorité des fournisseurs soumettent leur demande de paiement électroniquement au moyen du portail.

La vérification portait sur les principaux contrôles qui suivent, et les constatations connexes sont données dans les paragraphes subséquents. La vérification portait sur les deux questions suivantes :

- Le fournisseur a-t-il demandé un paiement supérieur au montant autorisé par le gestionnaire de cas?
- Les processus de vérification des paiements d'ACC atténuent-ils suffisamment les risques associés à l'absence de limites pour les services en CMD?

Paiements excédant les montants autorisés

Lorsque le fournisseur de la CMD soumet sa demande de paiement du service au moyen du portail, il consigne les données directement dans des champs précis du portail du SFTDSS de l'entrepreneur du SFTDSS. Parmi ces champs, mentionnons le numéro de dossier du vétéran, le numéro d'autorisation du traitement, le nombre d'unités, la date du traitement et le montant. La demande est associée à l'autorisation qui a déjà été établie dans le SFTDSS par l'entrepreneur du SFTDSS selon les instructions du gestionnaire de cas d'ACC. L'équipe chargée de la vérification s'attendait à la présence de contrôles intégrés au système pour limiter le montant demandé à la valeur en dollars autorisée par le gestionnaire de cas. Ce contrôle est particulièrement important étant donné que les traitements liés au PDC 5 ne sont pas assortis de limites prescrites d'unités ou de dollars.

L'équipe chargée de la vérification a mené des entrevues auprès de l'entrepreneur du SFTDSS et du personnel de l'unité des finances d'ACC, et a également réalisé un examen détaillé des dossiers. L'équipe de la vérification a constaté que le système du fournisseur du SFTDSS ne comprenait aucun mécanisme pour limiter le service faisant l'objet d'une demande de paiement selon le montant en dollars autorisé par le gestionnaire de cas d'ACC. De plus, l'examen réalisé par l'équipe a révélé que dans 10,4 % (5/48) des cas, le paiement demandé excédait le montant autorisé. Le montant ne dépassait 2 500 \$ dans aucun de ces cas.

Même s'il n'y a aucun contrôle limitant la valeur en dollars des demandes, il existe des contrôles intégrés au système quant à la date du service et au nombre d'unités. La vérification par sondage a révélé que ces contrôles fonctionnaient dans une certaine mesure, mais ils ne sont pas aussi efficaces qu'ils pourraient l'être.

La cohérence est insuffisante et il manque de directives sur la facturation quand il s'agit d'établir le nombre d'unités lors de l'autorisation et du paiement selon ces unités autorisées. Par exemple, **[Rédiger]**⁷. Les fournisseurs sont en mesure de présenter une demande de paiement jusqu'à 18 mois après la date du service, ce qui laisse aux fournisseurs une longue période pour continuer à demander des paiements et entraîne également la possibilité de commettre des erreurs.

Processus de vérification des paiements

La vérification des paiements devient encore plus importante si l'environnement de contrôle ne dispose pas de contrôles suffisants pour les dépenses de paiements préalables. Deux processus principaux de vérification des paiements ont été examinés au cours de la présente vérification :

- La vérification par ACC des paiements pour les traitements individuels
- La surveillance par ACC des paiements en double éventuels.

La vérification des paiements quant aux traitements nécessite qu'une personne confirme que le service a été rendu conformément à l'autorisation et au tarif négocié. La vérification a révélé que le système de paiement n'est pas organisé pour permettre à ACC de confirmer ces détails.

Puisque les demandes de paiement sont présentées directement à l'entrepreneur du SFTDSS, **[Rédiger]**⁷.

Il existe deux niveaux d'examen après paiement pour tous les avantages médicaux des PDC : le travail mené par l'équipe de vérification de l'entrepreneur du SFTDSS et les

⁷ Protégé de toute divulgation en conformité avec les dispositions de la Loi sur l'accès à l'information» (s.16(2)(c))

analyses menées par la Direction générale des finances d'ACC. L'équipe chargée de la vérification a interrogé les principaux intervenants pour déterminer quelles tâches sont exécutées après les paiements liés aux CMD. L'équipe de la vérification a constaté que la vérification après paiement lié aux CMD est limitée. La vérification limitée est principalement due au fait que les transactions liées aux CMD sont considérées comme étant à risque faible du point de vue de la planification fondée sur le risque, puisqu'elles ne représentent qu'une petite portion de l'ensemble des dépenses pour les avantages médicaux.

Le modèle de prestation des traitements en CMD permet des paiements éventuels en double si la CMD autorisée présente une demande de paiement pour le traitement d'un vétérinaire en utilisant le numéro de fournisseur de la CMD et que le clinicien présente également une demande de paiement pour le même service en utilisant son propre numéro de fournisseur, des services habituellement offerts dans le cadre du PDC 12. L'équipe de la vérification a cherché à mener des analyses de données pour découvrir des demandes de paiement possiblement présentées en double. Il existe cependant des contraintes sur le plan des données qui ont empêché l'équipe de mener des analyses utiles. [Rédiger]⁷.

Le cadre de contrôle des services des CMD comporte des faiblesses. Il faut rehausser les contrôles avant et après paiement.

Recommandation 2

Il est recommandé que le directeur général, Gestion des programmes et de la prestation des services, en collaboration avec la Direction générale des finances, améliore le cadre de contrôle lié à l'autorisation et au paiement des services en cliniques multidisciplinaires, y compris l'établissement de limites pour les avantages médicaux, l'établissement de contrôles avant et suivant les paiements et l'utilisation d'analyses des données.

Réaction de la direction

Gestion des programmes et de la prestation des services accepte la recommandation. Les dirigeants de Gestion des programmes avaient constaté ces enjeux et, avant la vérification, avaient établi un groupe de travail chargé de définir et de traiter ces préoccupations. Un plan d'action détaillé a été fourni à la Direction générale de la vérification et de l'évaluation aux fins de suivi de la vérification.

Date cible d'achèvement : Juin 2020

3.3 Conclusion de la vérification

L'équipe chargée de la vérification a cerné le besoin d'instaurer des contrôles supplémentaires touchant l'inscription, l'autorisation et les paiements associés aux

⁷ Protégé de toute divulgation en conformité avec les dispositions de la Loi sur l'accès à l'information» (s.16(2)(c))

cliniques multidisciplinaires. La vérification a confirmé l'application des processus opérationnels, mais cela ne suffisait pas à la gestion des risques associés à l'absence de limites pour les services en clinique multidisciplinaire. Le risque de paiements incorrects ou erronés n'est pas géré à un niveau acceptable, et il faut instaurer des contrôles supplémentaires.

Annexe A – Critères et méthode de vérification

La vérification portait sur les activités du programme de CMD au cours de la période de 12 mois allant du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2018, plus particulièrement sur les points suivants :

- Les demandes d'inscription des fournisseurs de services en CMD reçu pendant la période;
- L'autorisation des services en CMD et le paiement de ces services rendus au cours de la période susmentionnée;
- L'analyse des transactions liées au PDC 12 pour déterminer les tendances, les cliniques non inscrites et les paiements en double effectués durant la période.

Objectif	Critères
1. Déterminer si les contrôles associés à l'inscription des cliniques multidisciplinaires (CMD) et des fournisseurs sont efficaces.	A. Les employés ont accès aux outils nécessaires et appropriés (p. ex. pratiques exemplaires de l'industrie, méthodes de travail et processus opérationnels) pour exercer leurs responsabilités touchant les décisions d'inscription (approbation et refus). B. Le processus d'inscription des fournisseurs de services en CMD est respecté. C. Les décisions liées à l'inscription des fournisseurs de services sont rendues en temps utile.
2. Déterminer si les contrôles liés à l'autorisation, à la surveillance et au paiement des services en cliniques multidisciplinaires existent et s'ils sont efficaces.	A. Les pouvoirs sont délégués officiellement et les pouvoirs délégués correspondent aux responsabilités des personnes. B. Le processus d'autorisation est adéquat et est convenablement respecté par les employés d'ACC. C. Le processus d'autorisation est adéquat et est convenablement respecté par le tiers entrepreneur. D. Des contrôles sont en place pour assurer l'exactitude des codes et du traitement des transactions. E. Les rapports de progrès des CMD sont soumis à ACC, ils fournissent les données suffisantes et sont codés correctement en vue de la facturation (rapports d'évaluations, rapports de progrès, rapport de fin des traitements).

* L'équipe chargée de la vérification a confirmé que tous les critères susmentionnés étaient satisfaits à moins qu'il en soit indiqué autrement dans le rapport de vérification.

Méthode

Les constatations et les conclusions de la vérification contenues dans le présent rapport sont fondées sur suffisamment d'éléments probants pertinents recueillis conformément aux procédures qui respectent les Normes internationales pour la pratique professionnelle de la vérification interne de l'Institut des auditeurs internes, comme en témoignent les résultats du programme d'assurance et d'amélioration de la qualité. Les opinions exprimées dans le présent rapport sont fondées sur les conditions qui prévalaient au moment de la vérification et s'appliquent uniquement à l'entité examinée.

Méthode	Objectif
Entrevues	<p>Des entrevues ont été effectuées auprès des intervenants qui participent au processus de traitement des demandes de prestation.</p> <p>Onze employés des bureaux régionaux d'ACC ont été questionnés pour mieux comprendre le processus d'autorisation des traitements en cliniques multidisciplinaires. Les employés de tiers chargés du traitement des demandes ont également été questionnés au sujet de l'inscription des fournisseurs, du traitement des demandes et des processus de vérification opérationnels du gouvernement.</p> <p>La haute direction d'ACC et les gestionnaires de programme ont été questionnés afin de discuter de la gouvernance, des contrôles et des défis relatifs à l'inscription des cliniques multidisciplinaires et à l'autorisation et au paiement des services offerts par ces cliniques.</p> <p>L'équipe de vérification a également questionné les employés de la section des finances d'ACC pour mieux comprendre les processus de vérification après paiement pour les services en cliniques multidisciplinaires et les paiements en double.</p>
Observation directe	<p>L'équipe de vérification a observé directement chaque étape principale du processus relatif aux services en cliniques multidisciplinaires.</p> <p>Trois employés d'un bureau régional d'ACC ont été observés utilisant le système et les processus électroniques de gestion des clients afin de créer une autorisation pour les services des cliniques multidisciplinaires. Deux employés du SFTDSS ont été observés pendant qu'ils créaient une approbation électronique et un processus de notification informant le fournisseur de service que les services précis sont approuvés.</p> <p>La dernière étape a été observée au centre de traitement du tiers où l'équipe de vérification a observé la mise en correspondance entre les demandes soumises et les traitements autorisés et l'émission des paiements.</p>
Examen de la documentation	<p>La documentation a fait l'objet d'un examen afin d'établir la gouvernance associée aux services des cliniques multidisciplinaires et de déterminer si les employés d'ACC ont accès aux formations et</p>

Méthode	Objectif
	<p>aux outils appropriés (directives, méthodes et procédures) pour traiter les demandes des cliniques multidisciplinaires, donner l'autorisation, faire le suivi et émettre les paiements aux cliniques.</p> <p>La documentation pour le processus d'inscription des fournisseurs de services en cliniques multidisciplinaires a été rassemblée, examinée et analysée. L'équipe de vérification a évalué les outils de décision utilisés pour l'inscription des fournisseurs.</p> <p>Les instruments de délégation de pouvoir et les niveaux/limites de pouvoirs ont été examinés afin de déterminer si les pouvoirs correspondaient aux responsabilités individuelles et si les processus d'autorisation de délégation du Ministère sont respectés.</p>
Examen des dossiers	<p>Trois examens des dossiers distincts ont été effectués :</p> <p>Un examen de l'ensemble des demandes d'inscription des fournisseurs des cliniques multidisciplinaires pendant la période de vérification visée (25) a été effectué afin de déterminer si les processus sont respectés et si les décisions avaient été prises en temps opportun.</p> <p>Un examen de l'ensemble des demandes d'inscription non traitées en attente en date du travail de vérification sur place (55) a été effectué afin d'évaluer la rapidité de traitement et de déterminer les raisons de tout retard.</p> <p>Un examen de quelques exemples de services autorisés des cliniques multidisciplinaires (48) a été effectué afin de déterminer si les contrôles ont été efficaces pour l'autorisation, le suivi et le paiement des services.</p>
Analyse des données	<p>L'équipe de vérification a effectué différentes analyses sur les données des PDC 5 et PDC 12 pour déterminer s'il y a eu des paiements en double.</p> <p>L'équipe de vérification a effectué différentes analyses sur les données de transaction du PDC 5 pour cerner toute tendance inhabituelle.</p>

Annexe B – Vue d'ensemble des programmes de choix⁸

1. **Aides à la vie quotidienne** : Le programme couvre les appareils et les accessoires conçus pour aider à accomplir les activités de la vie quotidienne, notamment l'aide pour la salle de bain et l'aide à la marche. Il couvre également les frais de réparations nécessaires de l'équipement.
2. **Services d'ambulance et déplacements à des fins médicales** : Le programme couvre les services d'ambulance nécessaires en situation d'urgence ou en raison d'une affection spécifique. Il couvre également les frais de déplacements si le client reçoit des avantages médicaux.
3. **Services audiologiques (audition)** : Le programme couvre les appareils et les accessoires pour déficience auditive, comme les appareils auditifs, les amplificateurs pour téléphone, les appareils infrarouges, les accessoires pour appareils auditifs et les frais d'honoraires et d'ajustement.
4. **Services dentaires** : Le programme couvre les services de base et certains soins dentaires complets autorisés au préalable, notamment les examens dentaires, les plombages et les prothèses dentaires.
5. **Services hospitaliers** : Le programme couvre les services de traitement fournis dans un hôpital de soins actifs, de soins prolongés ou de réadaptation. Étant donné que ces services sont généralement de compétence provinciale, leurs frais sont habituellement couverts par ACC uniquement s'ils sont liés à une affection pour laquelle le client bénéficie d'une prestation d'invalidité.
6. **Services médicaux** : Le programme couvre les services médicaux fournis par des médecins autorisés à exercer et liés à une affection pour laquelle le client bénéficie d'une prestation d'invalidité. Il couvre également les frais associés aux examens médicaux, aux traitements et aux rapports faisant l'objet d'une demande particulière de la part d'ACC. Pour la plupart des clients d'ACC, les services fournis par des médecins relèvent des programmes de soins de santé provinciaux.
7. **Fournitures médicales** : Le programme couvre l'équipement et les fournitures à usage médical et chirurgical généralement utilisés par une personne dans un contexte non hospitalier, par exemple, les pansements et les fournitures pour incontinence.
8. **Services de soins infirmiers** : Le programme couvre les services offerts par le personnel infirmier autorisé ou le personnel infirmier auxiliaire qualifié autorisé, par exemple, les soins des pieds, l'administration de médicaments, l'application de

⁸ Programmes de choix d'Anciens Combattants Canada

pansements et les conseils offerts aux vétérans ou aux soignants en ce qui concerne l'utilisation de fournitures médicales.

- 9. Inhalothérapie (appareils respiratoires) :** Le programme couvre les services et les accessoires d'inhalothérapie, y compris la location ou l'achat d'équipement et de fournitures respiratoires.
- 10. Médicaments sur ordonnance :** Le programme couvre les médicaments et les autres avantages pharmaceutiques offerts aux clients qui ont démontré un besoin médical et qui possèdent une ordonnance délivrée par un professionnel de la santé autorisé à rédiger une ordonnance médicale dans la province concernée. Il comprend également des avantages standards et des avantages nécessitant une autorisation spéciale.
- 11. Prothèses et orthèses :** Le programme couvre les prothèses, les orthèses et les autres accessoires connexes. La réparation des appareils est obtenue grâce à ce programme.
- 12. Services paramédicaux :** Le programme couvre les services fournis par les professionnels de la santé autorisés, par exemple, l'ergothérapie, la physiothérapie et la massothérapie. Dans de nombreux cas, le service doit être prescrit par un médecin avant qu'il ne soit approuvé par ACC.
- 13. Équipement spécial :** Le programme couvre l'équipement spécial nécessaire aux soins et au traitement des vétérans admissibles, par exemple les lits d'hôpitaux, les fauteuils roulants et les lève-personnes. Les avantages doivent être prescrits par un médecin, et dans bon nombre de cas, ils doivent être appuyés par la recommandation d'un autre professionnel de la santé. ACC peut couvrir les frais d'adaptation ou de modification du domicile (p. ex. rampes d'accès pour fauteuils roulants, élargissement des portes) pour permettre l'utilisation d'équipement spécial dans la maison.
- 14. Soins de la vue (yeux) :** Le programme couvre les examens de la vue, les verres, les montures de lunettes et les accessoires pour corriger les problèmes visuels ainsi que des aides pour malvoyants.