

Rapport de vérification définitif

**Vérification des services de santé non assurés
Transport pour raison médicale**

Octobre 2010

Table des matières

Sommaire	ii
Introduction	1
Contexte	1
Objectif	2
Portée et méthode.....	3
Conclusions, recommandations et réponses de la direction	3
Cadre de contrôle de gestion.....	3
Orientation stratégique et gouvernance	4
Conception des politiques et des programmes.....	5
Gestion des risques	6
Systèmes d'information	7
Gestion des ententes de contribution	11
Conformité des ententes aux lignes directrices du Programme	12
Surveillance des ententes	12
Prestations gérées par les secteurs opérationnels.....	16
Admissibilité des clients et vérification des demandes de remboursement.....	16
Conclusion	19
Annexe A – Dépenses par bureau régional	20
Annexe B – Détails des dépenses des ententes de contributions et des prestations gérées par les secteurs opérationnels par bureau régional – Exercice financier 2008-2009	21
Annexe C – Secteurs d'intérêt et critères de vérification	22
Annexe D – Choix de l'échantillon	23

Version traduite. La version anglaise de ce rapport doit prévaloir en cas d'incohérence.

Sommaire

Pour aider les Premières nations et les Inuits à atteindre un état de santé général comparable à celui des autres Canadiens, le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada offre une protection pour une vaste gamme de services, qui sont offerts à tous les Indiens inscrits et Inuits reconnus, sans égard au revenu ou au lieu de résidence au Canada, quand ils ne sont pas assurés par les provinces et les territoires ou autres plans d'assurance privés. Le transport pour raison médicale est l'un des services remboursés par le programme. Pendant l'exercice 2008-2009, les dépenses totales associées au Programme étaient fixées à 275 millions de dollars.

Les prestations de transport sont gérées par deux groupes à Santé Canada. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, par l'intermédiaire de sa Direction des services de santé non assurés, est responsable d'élaborer des politiques, de concevoir des programmes et d'assurer la coordination du programme à l'échelon national, et la Direction générale des régions et des programmes (DGRP), grâce à son personnel situé partout au Canada, est responsable d'exécuter le programme.

L'objectif de la vérification consistait à déterminer si le Programme des services de santé non assurés possède un cadre de contrôle de gestion efficace pour appuyer les activités liées aux prestations de transport pour raison médicale. Les trois secteurs d'intérêt suivant ont été évalués :

- le cadre de contrôle de gestion global en place pour le Programme;
- la gestion des ententes de contribution (c.-à-d. l'offre des services gérés par les collectivités);
- la gestion des prestations gérées par les secteurs opérationnels (c.-à-d. l'offre des services gérés par le personnel régional de Santé Canada).

Les Régions de l'Ontario et du Manitoba ont été incorporées à la portée de la vérification pour le deuxième et le troisième secteur d'intérêt.

Le Bureau de la vérification et de la responsabilisation a mené la vérification selon les *Normes relatives à la vérification interne au sein du gouvernement du Canada*, et a examiné suffisamment de données pertinentes et obtenu assez d'explications et d'information pour fournir un niveau raisonnable d'assurance à l'appui des conclusions de la vérification.

Le Programme des services de santé non assurés a un cadre de contrôle de gestion en place pour appuyer l'offre des services, dans les deux domaines suivants: celui de la gouvernance et l'orientation stratégique, de même que celui de la conception des politiques et des programmes. Cependant, des possibilités d'amélioration ont été identifiées dans les domaines de la gestion des risques et des systèmes d'information.

En ce qui concerne la gestion des ententes de contribution dans les régions, celle du Manitoba a mis en place de bons contrôles de surveillance. Par contre, dans la Région de l'Ontario, les vérificateurs ont découvert que les contrôles, dans le domaine des rapports financiers, de la consignation des visites sur place et des interventions précoces en cas de problèmes importants, sont insuffisants.

En ce qui concerne les prestations gérées par les secteurs opérationnels, le processus de vérification des demandes de remboursement n'a pas permis de dégager les rôles et responsabilités, ainsi que les documents afférents aux étapes de la vérification, dans la Région de l'Ontario. En ce qui concerne la Région du Manitoba, les vérificateurs jugent que les procédures de vérification des comptes sont efficaces.

Le présent rapport contient sept recommandations qui portent sur les domaines d'amélioration susmentionnés.

La direction est en accord avec les recommandations et ses réponses démontrent son engagement à prendre les mesures requises.

Introduction

Contexte

Les provinces et territoires sont responsables d'offrir des services de soins de santé, selon les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Cependant, il existe un certain nombre de produits et de services de santé qui ne sont pas assurés par les provinces et les territoires. Pour aider les membres des Premières nations et les Inuits à atteindre un état de santé global comparable aux autres Canadiens, le Programme des services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada offre une protection pour une gamme précise de services, dont l'assurance-médicaments, les soins dentaires, les soins visuels, le transport pour raison médicale, les fournitures médicales et le matériel médical, les interventions à court terme en situation de crise, le counselling en santé mentale et le paiement des primes d'assurance-maladie provinciales en Colombie-Britannique pour les clients admissibles aux prestations de SSNA. Ces prestations sont offertes à tous les Indiens inscrits et Inuits reconnus, sans égard au revenu ou au lieu de résidence au Canada, à moins qu'ils profitent d'un autre régime d'assurance-maladie ou d'une entente intergouvernementale distincte (p. ex. une entente d'autonomie gouvernementale).

Les prestations de transport pour raison médicale comprennent le transport qui vise à aider les bénéficiaires admissibles à accéder à des services de santé nécessaires qu'ils ne peuvent obtenir dans la réserve ou dans leur collectivité. Les prestations de transport pour raison médicale sont gérées par deux groupes à Santé Canada. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), par l'intermédiaire de sa Direction des services de santé non assurés (DSSNA), est responsable d'élaborer des politiques, de concevoir des programmes et d'assurer la coordination du programme à l'échelon national, et la Direction générale des régions et des programmes (DGRP), grâce à son personnel situé partout au Canada, est responsable d'exécuter le programme.

Prestations de transport médical

- Déplacements par voie terrestre (véhicule, taxi, autobus, train, motoneige et ambulance)
- Déplacements par voie aérienne
- Déplacements par voie maritime
- Frais de subsistance
- Coûts du transport des professionnels de la santé

Deux modèles ont été mis en place pour l'offre de services de transport pour raison médicale. Le Ministère, qui s'est fixé le but de donner aux collectivités des Premières nations et des Inuits un meilleur contrôle sur leurs services de santé, dans la mesure du possible, utilise des ententes de contribution pour offrir des prestations de transport pour raison médicale. Dans ces situations, les autorités de santé ou des organisations des Premières nations et des Inuits, ou les gouvernements des territoires, offrent les prestations de transport pour raison médicale. Santé Canada a élaboré un ensemble de critères pour déterminer l'admissibilité des bénéficiaires au financement par contribution pour le transport pour raison médicale, comme la capacité des bénéficiaires de gérer et d'offrir divers services, et leur expérience de l'offre et de l'administration de ces services. Le modèle est aussi utile aux collectivités qui sont situées dans des régions éloignées et

qui ont davantage besoin du transport aérien. Au 31 mars 2009, 473 ententes de contribution étaient en place pour l'offre de services de transport pour raison médicale.

Le deuxième modèle est géré par les agents de programme de Santé Canada et est désigné en tant que "prestations gérées par les secteurs opérationnels". Ce modèle sert aux personnes qui vivent hors des réserves et aux collectivités qui ne sont pas admissibles parce qu'elles ne respectent pas les critères liés aux prestations précises ou les critères des ententes de contribution, ou parce qu'elles n'ont pas manifesté l'intérêt de conclure une entente de contribution avec le Ministère. Les demandes d'approbation préalable de prestations de transport sont acheminées aux unités de transport régionales de la DSSNA. Les demandes de remboursement sont ensuite soumises au paiement ou au remboursement une fois que le transport est terminé.

Pour les deux modèles d'offre de services, la responsabilité première de la vérification des comptes individuels incombe aux agents qui ont le pouvoir de confirmer et de certifier le bien-fondé de la demande de paiement conformément à l'article 34 de *Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP), et de ce fait, ils sont responsables du caractère légitime du paiement et des procédures de la vérification des comptes. De plus, les agents financiers ayant le pouvoir de payer conformément à l'article 33 de la LGFP sont responsables du système de vérification des comptes et de contrôles financiers associés. En conséquence, les agents financiers appliquant l'article 33 de la LGFP doivent offrir l'assurance de la pertinence de la vérification des comptes de l'article 34 de la LGFP et être en mesure de déclarer que le processus est en place et qu'il est appliqué correctement et consciencieusement. La Direction générale du contrôleur ministériel est responsable d'établir des pratiques et des contrôles de gestion pour assurer la conformité à l'intention et aux exigences des articles 33 et 34 de la LGFP.

Au cours de l'exercice 2008-2009, les dépenses liées au transport pour raison médicale de la DSSNA se chiffraient à 275 millions de dollars. Les prestations gérées par les secteurs opérationnels représentaient 144,7 millions, soit 52,7 % du montant total des prestations, et les ententes de contribution, 130,3 millions de dollars (47,3 %) (consulter l'**Annexe A** et l'**Annexe B**).

Objectif

L'objectif de la vérification consistait à déterminer si le Programme des services de santé non assurés possède un cadre de contrôle de gestion efficace pour appuyer les activités liées aux prestations de transport pour raison médicale.

Portée et méthode

Le Bureau de la vérification et de la responsabilisation a mené la vérification, selon le Plan de vérification axé sur les risques de Santé Canada, qui a été approuvé pour l'exercice 2009-2010. La vérification a aussi été menée selon les *Normes relatives à la vérification interne au sein du gouvernement du Canada*, et a examiné suffisamment de données pertinentes et obtenu assez d'explications et d'information pour fournir un niveau raisonnable d'assurance à l'appui des conclusions de la vérification.

La vérification a porté sur la gestion des programmes de la DSSNA, dont la gouvernance et l'orientation stratégique, la conception des politiques et des programmes et la gestion des risques, ainsi que le cadre de contrôle interne qui entoure à la fois la gestion des ententes de contribution et la gestion des prestations gérées par les secteurs opérationnels dans les bureaux régionaux. Les critères de vérification, pour lesquels l'accord de la direction fut obtenu, sont tirés de ces contrôles (consulter l'**Annexe C**).

La vérification englobait les activités menées au cours des exercices 2007-2008 et 2008-2009. Deux bureaux régionaux (Manitoba et Ontario) ont été choisis, en plus de l'unité du transport pour raison médicale de la DSSNA à Ottawa. Les vérifications sur place ont été menées d'avril à octobre 2009.

La méthode utilisée pour évaluer l'efficacité du cadre de contrôle de gestion en place pour appuyer l'offre de prestations de transport pour raison médicale ont inclus des entrevues auprès du personnel de l'administration centrale et des régions, des examens des politiques, processus et rapports pertinents et une analyse d'un échantillon de 20 ententes de contribution et de 65 demandes de remboursement (présentées pour obtenir des prestations gérées par les secteurs opérationnels) traitées dans deux bureaux régionaux (consulter l'**Annexe D**).

Conclusions, recommandations et réponses de la direction

Cadre de contrôle de gestion

Critères de vérification

Le Programme des SSNA a mis en place un cadre de contrôle de gestion efficace à l'appui des prestations de transport pour raison médicale. Le cadre porte sur la gouvernance et l'orientation stratégique, la conception de politiques et de programmes, la gestion des risques et les systèmes d'information.

Orientation stratégique et gouvernance

La vérification a révélé que l'orientation stratégique et la structure de gouvernance des prestations de transport pour raison médicale sont efficaces.

L'orientation stratégique de la composante du transport pour raison médicale du Programme des SSNA se trouve dans le *Plan opérationnel triennal du transport pour raison médicale*. Le Plan vise à uniformiser, à l'échelle nationale, la mise en œuvre des politiques, un accès efficace aux prestations et leur rentabilité. Au nombre des principaux éléments du plan figurent la vision, les objectifs stratégiques, les facteurs de réussite essentiels et les stratégies élémentaires. Les trois principales priorités suivantes ont été dégagées :

- créer un cadre politique qui prévoit l'offre uniforme, efficace et rentable de prestations de transport pour raison médicale aux Premières nations et aux Inuits;
- appuyer la collecte et l'analyse des renseignements sur les prestations de transport pour raison médicale à l'échelon régional et national, ainsi que cerner les besoins nouveaux et futurs du programme et les combler;
- créer une infrastructure technique et administrative qui améliore les rapports sur les dépenses liées au transport pour raison médicale et la gestion des prestations.

Les priorités et les objectifs opérationnels sous-jacents font l'objet de communications au moyen de l'intranet de Santé Canada et de communiqués au personnel, à la direction de la DSSNA et aux collectivités des Premières nations et des Inuits. Ils sont examinés régulièrement pour que leur pertinence soit confirmée.

En ce qui concerne la structure de gouvernance, comme il a déjà été mentionné, les prestations de transport pour raison médicale sont gérées en collaboration par la Direction des SSNA et les régions.

Le rôle de la Direction des SSNA consiste à orienter et à coordonner le programme d'une perspective nationale. Elle travaille avec les régions pour entre autres : clarifier des aspects particuliers du Programme dans le but de favoriser des pratiques uniformes dans toutes les régions, déterminer le besoin d'apporter des changements au Programme, élaborer des cadres de vérification de l'administration des prestations de transport pour raison médicale et recueillir et analyser des données à l'appui de la prise de décisions.

Les régions sont responsables d'exécuter le Programme. Elles gèrent l'offre des prestations de transport pour raison médicale au moyen d'ententes de contribution et de prestations gérées par des secteurs opérationnels. Comme il a déjà été mentionné, la détermination du modèle à utiliser dépend de certains facteurs, comme l'expérience du bénéficiaire de la gestion et de l'administration de services communautaires, l'isolement de la collectivité et la volonté d'une collectivité de conclure une entente de contribution. Une gestion décentralisée des prestations permet aux régions, qui connaissent davantage les bénéficiaires, les clients, les fournisseurs et les associations professionnelles régionales, de négocier les tarifs et de mettre sur pied des processus, des pratiques et des

structures administratives qui répondent aux besoins précis de chaque région. Ce modèle de gouvernance s'applique à toutes les régions.

La Région de l'Ontario est plus décentralisée que les autres; elle se divise en quatre zones. Le bureau régional, situé à Ottawa, est responsable des transports médicaux pour la zone du Sud de l'Ontario et de gérer tous les appels, les changements aux communications du Programme et les systèmes de cette région. Les services de transport pour raison médicale des deux zones du Nord sont gérés dans deux bureaux de zone situés à Thunder Bay et à Sioux Lookout. Les directeurs de zone de ces bureaux relèvent du directeur régional, Santé des Premières nations et des Inuits, tandis que la direction des programmes relève du bureau régional. Dans la quatrième zone, soit la zone de Moose Factory, le transport pour raison médicale est géré par une organisation des Premières nations pour six collectivités situées le long de la côte de la Baie James.

À Santé Canada, la Direction des SSNA et les gestionnaires régionaux de SSNA se réunissent régulièrement pour discuter de divers aspects du Programme, dont des changements et des défis récents afférents à sa gestion.

Il existe divers outils pour encourager le suivi sur les décisions et identifier les domaines où des progrès ont été faits relativement à des cibles précises, comme l'ajout de ces cibles aux ententes de rendement, aux interactions quotidiennes sur les enjeux et les forums de la haute direction de la Santé des Premières nations et des Inuits.

Le *Forum des gestionnaires des SSNA* est l'un des principaux organismes de régie. Le Forum est composé de directeurs et des gestionnaires de SSNA en provenance de chaque région, ainsi que de membres de la direction de l'administration centrale. Ces personnes se réunissent tous les mois par téléconférence et en personne deux fois par année. Quelques groupes de travail ont également été constitués à divers niveaux, où les membres du personnel font part de leçons apprises et de pratiques exemplaires (p. ex. un groupe de travail sur le transport pour raison médicale et des téléconférences des directeurs de SSNA). Les cadres de la DGSPNI et de la DGRP peuvent aussi être mis à contribution si certains enjeux doivent être abordés aux échelons supérieurs.

Conception des politiques et des programmes

Les vérificateurs estiment que les politiques et les programmes des prestations de transport pour raison médicale sont efficaces.

La DSSNA et les régions élaborent les politiques en se consultant. Les bureaux régionaux peuvent aussi concevoir des lignes directrices régionales visant à appuyer la mise en œuvre des politiques nationales.

Le *Cadre de travail sur le transport pour raison médicale des Services de santé non assurés* définit les politiques et les prestations selon lesquelles le Programme de SSNA finance l'accès à des services de santé nécessaires aux clients admissibles, à la fois grâce à des ententes de contribution et à des prestations gérées par des secteurs opérationnels.

Les bureaux régionaux sont responsables d'intégrer et de coordonner les changements au cadre stratégique et aux politiques et procédures opérationnelles sous-jacentes. Ces documents ont été conçus par la Direction des SSNA en consultation avec le *Forum des gestionnaires des SSNA*.

En consultant ces divers groupes de travail, la Direction des SSNA, en collaboration avec les régions, consigne toutes les décisions issues de leçons apprises et de pratiques exemplaires et les applique dans l'ensemble des régions. Le *Guide des opérations concernant le transport pour raison médicale* contient l'ensemble de ces décisions.

Selon des entrevues menées dans les régions vérifiées, les employés comprennent bien le cadre stratégique. Les bénéficiaires sont aussi au courant des politiques et lignes directrices applicables (p. ex. coûts admissibles) et se renseignent par divers moyens de communication.

Gestion des risques

Les risques rattachés aux prestations de transport pour raison médicale n'ont pas été analysés récemment. De plus, les stratégies d'atténuation de ces risques ne sont pas clairement articulées.

La DGSPNI a défini certains risques rattachés au transport pour raison médicale et les a indiqués dans le document intitulé "*Services de santé non assurés – Cadre de vérification axé sur les risques*", qui remonte au 1^{er} avril 2005. Ce document contient les facteurs de risque directement associés aux prestations de transport pour raison médicale, dont l'accès du client, l'admissibilité aux prestations, la satisfaction du client et les coûts du transport pour raison médicale. Il mentionne aussi d'autres facteurs de risque, comme la croissance de la population, le vieillissement de la population, la continuité du leadership dans les collectivités des Premières nations ou des Inuits, la viabilité financière du Programme des SSNA et la mise en place de nouveaux médicaments. De plus, la DGSPNI a relevé un risque à la conformité associé aux conditions des ententes. Les risques ont été définis à la fois pour les ententes de contribution pour les prestations de transport pour raison médicale et les prestations gérées par des secteurs opérationnels.

Malgré qu'elles ne sont pas adaptées pour réagir aux principaux risques inhérents aux prestations de transport pour raison médicale, la DGSPNI mène tout de même des vérifications (désignées en tant que "vérifications ministérielles") de bénéficiaires qui reçoivent des contributions de la Direction générale, dont du financement pour le transport pour raison médicale. La Direction des SSNA a aussi conçu un *Cadre de travail sur le transport pour raison médicale* qui cerne et évalue les risques afférents aux processus et aux contrôles, et qui examine l'uniformité des politiques et des pratiques.

Bien que la Direction des SSNA a noté certains risques afférents au Programme, le cadre de vérification axé sur les risques des SSNA remonte à 2005, et ne tient pas compte d'autres types de risques, comme les risques juridiques, les risques liés aux sources d'approvisionnement (p. ex. faillite d'un fournisseur), les risques liés à l'observation de diverses règles (p. ex. la *Loi sur la gestion des finances publiques*) et politiques (p. ex. la *Politique sur les paiements de transfert*), les risques liés à des événements naturels (p. ex. les inondations, les tempêtes de verglas, les éclosions de pandémies) et les risques liés aux dépendances et liens mutuels entre les gouvernements provinciaux et les parties à l'extérieur du gouvernement. De plus, la Direction des SSNA n'a pas encore orchestré de stratégie exhaustive pour gérer les risques associés au transport pour raison médicale, dont l'élaboration de stratégies d'atténuation et d'activités de surveillance.

Recommandation no. 1

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, en collaboration avec le sous-ministre adjoint de la Direction générale des régions et des programmes, s'assure de la mise à jour de la liste des risques et de la méthode d'évaluation des risques pour le Programme des SSNA, et élaborent et mettent en œuvre des stratégies d'atténuation pour donner suite aux risques dégagés.

Réponse de la direction

La direction est d'accord avec la recommandation.

Le profil de risque du programme des SSNA sera mis à jour afin d'identifier clairement les risques des services de transport pour raison médicale ainsi que les stratégies d'atténuation.

Le Programme des SSNA continuera d'utiliser la gamme de mécanismes de gestion des risques en place telles qu'elles sont décrites dans le rapport de vérification, conformément au profil de risque (p. ex., le *Cadre de travail sur le transport médical*, le *Guide des opérations concernant le transport médical des SSNA*, le Forum sur la gestion du programme des SSNA et le comité de gestion des risques des SSNA).

Systèmes d'information

Cueillette de renseignements à l'appui de la prise de décision

Les systèmes d'information à l'appui de l'offre de prestations de transport pour raison médicale ne permettent pas de recueillir des renseignements complets, fiables et pertinents pour la prise des décisions. Certains contrôles des trois systèmes (deux systèmes nationaux et un système ontarien) doivent être renforcés.

La Direction des SSNA a indiqué dans son plan opérationnel triennal que l'un des principaux défis de la Direction consiste à obtenir la capacité de recueillir et d'analyser des renseignements uniformes à l'échelon national sur l'utilisation (opérations) et les dépenses.

Les renseignements qui se rapportent aux prestations gérées par un secteur opérationnel font l'objet d'une surveillance dans les régions, qui se servent du Système de rapports sur le transport pour raison médicale, sauf pour ce qui est de l'Alberta et de l'Ontario, qui ont leurs propres systèmes.

En ce qui concerne les services offerts au moyen d'ententes de contribution, ce sont les bénéficiaires qui font la collecte de données. Cependant, la majeure partie de ces données sont communiquées dans des tableurs dont les contrôles sont limités. Par conséquent, ces renseignements sont souvent incomplets ou se contredisent.

En 2005, un nouveau système, le Système de données sur le transport pour raison médicale, a été mis en place pour recueillir des données sur le transport pour raison médicale à l'échelon national. Ce système est un dépôt pour des données opérationnelles choisies, ainsi que des données recueillies d'ententes de contribution et des systèmes de données des ambulances. La direction se sert des renseignements consolidés pour produire des rapports d'analyse et de surveillance des dépenses de transport pour raison médicale. La plupart des données sur les dépenses sont saisies dans le Système de données sur le transport pour raison médicale, par des moyens informatisés. Étant donné que les données transférées dans le Système de données sur le transport pour raison médicale sont extraites des systèmes qui sont utilisés par les régions, le caractère complet et l'exactitude des données utilisées à des fins de rapport pour le transport pour raison médicale dépendent directement de la qualité de la saisie de données au niveau régional.

Bien que certains progrès aient été réalisés au cours des trois dernières années, les renseignements sur le transport pour raison médicale sont encore peu fiables, ce qui limite la capacité du Programme des SSNA de mener des activités de surveillance et d'évaluation justes et opportunes des prestations de transport pour raison médicale. Par conséquent, les rapports sont principalement limités au nombre de déplacements et à l'admissibilité des clients et aux services. De plus, les rapports contiennent très peu de données sur les évaluations de l'efficacité du Programme et des résultats pour les bénéficiaires.

Recommandation no. 2

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits veille à ce que les systèmes d'information qui sous-tendent l'offre de prestations de transport pour raison médicale permettent de recueillir des renseignements complets, fiables et opportuns en vue de la prise de décisions, et que le sous-ministre adjoint de la Direction générale des régions et des programmes assure

la collecte de données de qualité et opportunes pour les ententes de contribution et les prestations gérées par des secteurs opérationnels.

Réponse de la direction

La direction est d'accord avec la recommandation.

Le programme des SSNA reconnaît que l'information de qualité aide à la prise de décisions politiques efficaces et à évaluer la rentabilité des options variées de transport pour raison médicale. Des progrès significatifs ont été réalisés dans l'intégration de l'information opérationnelle provenant de systèmes ministériels et les travaux se poursuivront pour améliorer la saisie des données et l'analyse du transport pour raison médicale.

Les systèmes opérationnels qui gèrent le transport médical en régions sont conçus pour saisir un ensemble commun d'indicateurs, en assurer le suivi et les charger dans une base de données nationale. Certains problèmes d'intégrité des données restent à régler, mais on travaille actuellement avec chaque région pour résoudre les problèmes non réglés. Le plan à long terme est d'intégrer tous les systèmes de TM.

En plus de questions des limitations de système, identifiées ci-dessus, la collecte et l'intégration de l'information sur le transport pour raison médicale, lorsque le service est fourni en vertu d'un accord de contribution, est confrontée à des problèmes de capacité en termes de ressources humaines et de connectivité au sein des collectivités des Premières nations. Malgré des modèles standardisés, un guide de l'utilisateur et la formation fournie aux bénéficiaires, les problèmes relatifs à la conformité et à l'assurance de la qualité subsistent.

Grâce à l'élaboration de modèles standardisés, un guide de l'utilisateur et de la formation, la DGSPNI et la DGRP ont déjà commencé à travailler en collaboration avec les communautés pour améliorer la qualité des renseignements déclarés par les bénéficiaires des Premières nations qui gèrent le transport médical en vertu d'accords de contribution.

Contrôles de l'accès au système de données

Les contrôles de l'accès au système de données sur le transport pour raison médicale ont aussi fait l'objet d'un examen. Ce système est assorti de divers contrôles qui limitent l'accès des utilisateurs à divers modules fonctionnels et aux données sur le transport pour raison médicale. Cependant, aucun registre n'est en place pour enregistrer l'accès des utilisateurs au système.

Dans le cas de l'Ontario, quelques faiblesses ont été relevées dans le système de contrôle du système régional, désigné en tant que "*Système de données sur le transport pour raison médicale de l'Ontario*". La faiblesse la plus importante permet des changements manuels aux lots de dossiers créés dans le système avant que les renseignements ne soient

transférés au système financier du Ministère en vue du traitement des paiements. Un examen de transactions choisies a révélé que de nombreux lots avaient été modifiés ou annulés. Cette situation augmente le risque que les fonds affectés au transport pour raison médicale servent à des fins autres que celles prévues ou que les contrôles d'approbation ne soient pas efficaces.

Recommandation no. 3

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et le sous-ministre adjoint de la Direction générale des régions et des programmes songent à renforcer les contrôles rattachés aux registres d'accès dans le système de données sur le transport pour raison médicale et les lots de dossiers dans le système de données sur le transport médical de l'Ontario.

Réponse de la direction

La direction est d'accord avec la recommandation.

Les sous-ministres adjoints de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et de la Direction générale des régions et des programmes veilleront à ce que les faiblesses relevées dans la présente vérification soient examinées et que les mesures de contrôle soient évaluées.

Les résultats de cette vérification ont été partagés avec tous les gestionnaires régionaux des SSNA pour assurer que les leçons apprises et les meilleures pratiques soient envisagées et appliquées.

Un certain nombre de mesures, telles que l'amélioration des contrôles sur la gestion du changement et l'accès aux données, ont déjà été mises en œuvre afin de résoudre les questions de contrôles financiers et de systèmes identifiés dans la région de l'Ontario. Des modifications additionnelles au système pourraient être mises en œuvre suite à une évaluation de la faisabilité et de la rentabilité des mesures proposées en regard d'autres priorités.

En outre, les deux directions générales se sont engagées à suivre les protocoles améliorés du système de gestion du changement, tel que promu par la DGSG. Ces mesures ont déjà été intégrées dans le Système de consignation des transports pour raison médicale (SCTRM).

En ce qui a trait à la protection des renseignements personnels, il est important de noter que le Programme des SSNA comporte un code de protection des renseignements personnels et offre une formation obligatoire sur la protection des renseignements personnels aux employés avant de leur donner accès aux systèmes de transport médical de la DGSPNI.

Gestion des ententes de contribution

Établissement du niveau de financement

Critère de vérification

On se sert de critères définis pour déterminer le niveau de financement des bénéficiaires.

La vérification a révélé que les politiques de financement que la Direction des SSNA mises en place établissent actuellement le montant du financement selon le total des dépenses du transport pour raison médicale au lieu d'une répartition des coûts absorbés par l'entente de contribution, à moins d'un important changement aux besoins de transport pour raison médicale par rapport à ceux prévus par l'entente de financement. Par conséquent, certains bénéficiaires doivent uniquement déclarer les fonds utilisés en tant que poste budgétaire d'une seule ligne, ce qui fait que les causes à l'origine des déficits sont difficiles à déterminer et qu'il est impossible de prendre les mesures correctives qui s'imposent.

Au cours de l'exercice 2008-2009, les ententes de contribution se chiffraient à 130,3 millions de dollars, soit 47,4 % des dépenses de transport pour raison médicale, et de ces dépenses, 20,3 millions étaient attribuables à la Région de l'Ontario et 18,0 millions, à celle du Manitoba.

Le montant du financement offert à tout bénéficiaire chaque année demeure relativement constant, à moins d'un changement important dans la nature de la protection. Si un bénéficiaire reçoit du financement adéquat et n'est pas touché par des changements dans l'accessibilité des services, de petites augmentations annuelles sont prévues, pour compenser l'inflation. Si des facteurs peuvent moduler la capacité d'une collectivité des Premières nations d'offrir les prestations admissibles tout en respectant les niveaux de financement, il faut "prouver l'existence d'un besoin". De même, si les niveaux de financement actuels sont jugés "supérieurs aux besoins", le financement est réduit l'année suivante. Cela signifie que la justification du montant de financement offert est inscrite au dossier uniquement si le niveau de financement est modifié.

Recommandation no. 4

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits fasse en sorte qu'une nouvelle exigence soit ajoutée au Cadre stratégique du transport pour raison médicale pour veiller à ce que les rapports sur les dépenses soient classés par catégorie de coûts dans toutes les ententes de contribution.

Réponse de la direction

La direction est d'accord avec la recommandation.

Les responsables du Programme des SSNA examineront les lignes directrices relatives à la gestion des accords de contribution contenues dans le Guide des opérations concernant le transport médical relatif aux SSNA pour s'assurer que la procédure établie est suivie dans l'établissement d'un niveau de financement et que la consignation de l'information financière et non financière est conforme aux exigences du Programme, y compris les 21 éléments de données obligatoires sur le transport médical.

Conformité des ententes aux lignes directrices du Programme

Critère de vérification

Les ententes de contribution signées avec les bénéficiaires suivent les lignes directrices établies pour le Programme des SSNA.

L'examen d'un échantillon de dossiers a montré que les ententes de contribution signées avec les bénéficiaires respectent les lignes directrices établies pour le Programme des SSNA.

Les conditions des ententes de contribution pour le transport pour raison médicale, dont celles qui servent aux rapports sur les bénéficiaires, sont établies par la Direction des SSNA. Les bureaux régionaux se servent d'un modèle standard d'entente de contribution. S'il faut dévier considérablement du modèle, il faut au préalable demander l'approbation de la Direction. Ces mesures sont en place pour veiller à ce que les ententes de contribution s'harmonisent aux politiques du Programme des SSNA.

Surveillance des ententes

Critère de vérification

Des activités de surveillance sont mises en place, dont un examen des rapports sur les bénéficiaires pour vérifier l'exactitude et la conformité avec les conditions de l'entente et la présence de documents à l'appui acceptables pour les dépenses des bénéficiaires.

La fréquence des rapports que doivent produire les bénéficiaires ne correspond pas à leur profil de risque. Malgré que la Région du Manitoba a mis en place de bons contrôles de surveillance, en ce qui concerne la Région de l'Ontario, les vérificateurs ont découvert que les contrôles, dans le domaine des rapports financiers, de la documentation des visites sur place et des interventions hâtives en cas de grave problème, sont insuffisants.

La Direction des SSNA a défini des exigences minimales en matière de rapport pour les bénéficiaires au moyen du modèle d'entente obligatoire. Les rapports des bénéficiaires contiennent des renseignements non financiers (renseignements sur les activités) et des renseignements financiers. Les renseignements non financiers comprennent des renseignements détaillés sur les clients et les prestations offertes, dont des

renseignements sur le nombre de services de transport offerts. Les renseignements financiers requis sont restreints au montant total dépensé pour le transport pour raison médicale pendant la période dans la mire du rapport. Les vérificateurs jugent que ces exigences ne suffisent pas à assurer que les dépenses ont été réellement engagées et qu'elles respectent les conditions de l'entente de contribution.

Au cours de l'exercice 2008-2009, les exigences applicables aux bénéficiaires quant à la fréquence des rapports sont passées de quatre à trois fois par année. Le premier rapport porte sur la période d'avril à septembre, et les deux autres rapports sont présentés aux trois mois. Bien que les régions peuvent demander que la fréquence des rapports présentés par un bénéficiaire en particulier augmente selon les risques perçus, ce qui correspond aux règles prévues par la nouvelle *Politique sur les paiements de transfert* du Conseil du Trésor qui est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2008, il n'existe aucune directive claire qui aiderait les régions à déterminer s'il faut faire une telle demande. Cette question est particulièrement importante, étant donné que le premier rapport doit être présenté sept mois après le début d'un exercice financier.

Recommandation no. 5

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits fasse en sorte que les lignes directrices du Programme des SSNA soient clarifiées en ce qui concerne la fréquence des rapports que doivent présenter les bénéficiaires, selon leur profil de risque.

Réponse de la direction

La direction est d'accord avec la recommandation.

Les responsables du Programme des SSNA exigent que les bénéficiaires déclarent toutes les opérations au moins trois fois par année. Toutefois, les gestionnaires des contributions sont habilités à accroître le niveau de gestion, ainsi que les exigences relatives à la surveillance et aux obligations de rendre compte basé sur le niveau de risques évalués pour les bénéficiaires, conformément aux exigences de la nouvelle *Politique sur les paiements de transfert*. Lorsque nécessaire, l'importance d'exercer un tel pouvoir, sera rappelé aux directeurs régionaux et aux gestionnaires.

Pratiques de surveillance mises en place dans les deux régions qui ont fait l'objet de la vérification

D'autres observations sont présentées ci-dessous relativement aux pratiques de surveillance mises en place dans les deux régions qui ont fait l'objet de la vérification.

Région de l'Ontario

Les activités de surveillance mises en œuvre pour la Région de l'Ontario prévoient en général que les rapports des bénéficiaires sont présentés à temps et que le total des coûts correspond au total qui figure dans d'autres sources d'information (comme les états financiers du bénéficiaire ou des rapports comparables). Cette pratique s'harmonise avec les lignes directrices du Programme susmentionnées.

Le bureau régional a adopté la bonne pratique de produire un rapport annuel pour chaque bénéficiaire, qui présente un survol de la qualité des rapports financiers et non financiers du bénéficiaire, mais cette pratique n'est malheureusement pas appliquée de manière uniforme par les agents de programme.

La DGSPNI a élaboré une politique d'intervention qui présente les mécanismes et les procédures requis pour venir en aide aux bénéficiaires qui éprouvent des difficultés. Cependant, on a découvert que le personnel ne connaît pas assez bien cette politique. Une bonne compréhension de la politique est essentielle pour que le personnel soit en mesure de cerner et de régler les problèmes rapidement.

Dans un cas particulier, un bénéficiaire qui gère les services de six collectivités éloignées de Premières nations, essayait un déficit budgétaire depuis 2001-2002. Selon toute apparence, cette situation tire son origine de l'incapacité du bénéficiaire de vérifier le statu des clients avant de fournir des services, et du fait que le bénéficiaire effectuait des paiements à des clients qui n'étaient pas admissibles. Au cours de l'exercice financier 2005-2006, la Région a réagi en effectuant des vérifications de l'état de la situation pour tous les clients servis par ce bénéficiaire. Cependant, le bénéficiaire a encouru un déficit annuel plus substantiel encore pendant les exercices suivants. Ses dépenses déclarées étaient en effet considérablement supérieures au financement de base approuvé, un montant de 4,5 millions de dollars. Par exemple, pour les exercices 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010, les dépenses déclarées se chiffraient à respectivement 8,4 millions de dollars, 9,8 millions de dollars et 9,4 millions de dollars. Il convient de noter que tous les déficits annuels essayés par le bénéficiaire ont été compensés par des modifications au budget ou des approbations postérieures des dépenses.

Au cours de l'exercice 2008-2009, dans le but d'obtenir des renseignements plus pertinents sur la source des augmentations des dépenses, la Région a demandé au bénéficiaire de soumettre des pièces justificatives complètes pour chaque demande de remboursement associée à un déplacement. En janvier 2010, on a ajouté des exigences en matière de rapport à l'entente de contribution et resserré les règles sur la surveillance des dépenses. Les progrès du bénéficiaire pour ce qui est de contrôler les coûts et d'améliorer son système de rapports seront évalués de nouveau en septembre 2010, auquel moment on décidera s'il y a un risque persistant de déficits annuels récurrents. Si tel est le cas, la Région se chargera de la gestion des services.

Cette faiblesse est perçue ultimement en tant que produit d'une surveillance insuffisante par la Région de l'Ontario sur les activités des bénéficiaires et les dépenses engagées par les bénéficiaires.

La Région de l'Ontario mène des visites sur place tous les ans, selon la capacité opérationnelle et budgétaire. Cependant, les vérificateurs ont découvert que les documents qui portent sur les objectifs liés aux déplacements, les sujets de discussion et les résultats ne sont pas toujours consignés au dossier.

Recommandation no. 6

Il est recommandé que le sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits demande à la Région de l'Ontario de renforcer ses activités de surveillance dans le domaine des rapports financiers, de la documentation des visites sur place et des interventions hâtives en cas de problème majeur, comme des déficits.

Réponse de la direction

La direction est d'accord avec la recommandation.

La Direction générale des régions et des programmes veillera à ce que la Région de l'Ontario renforce ses activités de surveillance dans les domaines de la présentation de l'information financière et de la documentation des visites aux collectivités de bénéficiaires et continue de suivre les politiques en matière d'intervention dans les cas où des problèmes importants se posent.

Pour adresser les problèmes de déficit récurrents rencontrés par un bénéficiaire dans le nord de l'Ontario, un processus d'examen et des contrôles renforcés ont été mis en œuvre au printemps 2010 basé sur la politique d'intervention de la DGSPNI. Santé Canada et le bénéficiaire entreprennent conjointement un examen opérationnel de la transition du service de TM. Le bureau régional de l'Ontario de Santé Canada sera responsable de l'approbation préalable des voyages et des demandes de paiement et le bénéficiaire mettra l'accent sur la coordination du service tel que les relations avec le client. La date cible pour l'implémentation du nouveau plan opérationnel est le 1^{er} janvier 2011.

Région du Manitoba

La Région du Manitoba a mis en place une pratique exemplaire pour prévoir et surveiller les dépenses des bénéficiaires. Au début de chaque exercice, on prépare des budgets ventilés par catégories générales de coûts du transport pour raison médicale, comme l'essence, l'assurance des véhicules, le salaire du conducteur et l'entretien. Une ventilation des niveaux de financement est transmise aux bénéficiaires, et on convient que les dépenses seront comparées à ces catégories de financement. Si un bénéficiaire a

besoin de plus de ressources, les dépenses par catégorie seront examinées minutieusement pour que l'on détermine le bien-fondé du financement et du modèle en place. Bien que ces renseignements ne soient pas obligatoires, la plupart des bénéficiaires les fournissent tout de même, et ils se sont révélés un outil efficace pour surveiller l'utilisation des fonds. Dans certains cas, ils ont même été essentiels pour que les agents de programme puissent déceler des coûts inadmissibles engagés et mettre en place des mesures correctives sans tarder.

Prestations gérées par les secteurs opérationnels

Admissibilité des clients et vérification des demandes de remboursement

Critères de vérification

On relève des signes qu'un mécanisme rigoureux de confirmation et d'approbation de l'admissibilité des clients est en place et qu'il s'harmonise au *Cadre stratégique du transport pour raison médicale* et que les dépenses de transport dont on demande le remboursement sont étayées de manière satisfaisante et approuvées avant le paiement.

Dans la Région de l'Ontario, le processus de vérification des demandes de remboursement n'est pas assez bien défini en ce qui concerne les rôles et responsabilités, ainsi que la consignation par écrit des étapes de la vérification. Au Manitoba, les vérificateurs ont jugé les procédures de vérification des comptes efficaces.

Au cours de l'exercice 2008-2009, les prestations gérées par des secteurs opérationnels représentaient 144,7 millions, soit 52,6 % des prestations totales, et de ce montant, 64,4 millions provenaient du Manitoba et 24,8 millions, de l'Ontario. Les examens des dossiers et les entrevues ont confirmé une application uniforme des politiques du Programme pour l'approbation et le paiement des prestations, et pour la gestion des processus décisionnels généraux du programme.

Les prestations de transport pour raison médicale sont gérées dans les bureaux régionaux. À la réception d'une demande de transport pour raison médicale, le personnel évalue chaque demande à la lumière de l'admissibilité du client et des services, ainsi que la protection de la politique décrite dans le *Cadre stratégique du transport pour raison médicale*. Après le déplacement, les clients ou les fournisseurs de service présentent leur demande de remboursement. Le personnel examine ensuite chaque élément de coût et les pièces justificatives pour voir s'ils correspondent aux approbations déjà accordées, et pour voir s'ils respectent le cadre stratégique.

Dans le cadre des pratiques de surveillance qui entourent la vérification des demandes de remboursement, il faut tenir des dossiers pour justifier chaque demande et fournir une piste de vérification. L'examen des dossiers a révélé que les preuves des références des clients (dont on se sert pour obtenir des services médicaux à l'extérieur de la collectivité) et de la confirmation des présences à des rendez-vous médicaux ne sont pas toujours au

dossier. Il convient aussi de noter que le paiement du transporteur pour raison médicale ne requiert pas la réception d'une preuve de la présence du client.

Dans la Région de l'Ontario, on a découvert que les rôles et responsabilités des employés en cause dans le processus de vérification des demandes de remboursement et ceux de l'article 34 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP) ne sont pas clairement définis. Un examen des documents à l'appui n'a pas permis d'obtenir des preuves suffisantes que le personnel avait bel et bien mené des vérifications des demandes de remboursement. De plus, dans le bureau de zone situé à Thunder Bay, des preuves vérifiables, comme la date et le nom des personnes qui ont vérifié les comptes, étaient absentes.

Au Manitoba, les vérificateurs ont jugé efficaces les procédures de vérification des comptes en vertu de l'article 34. Les factures payées sont étayées au moyen des approbations correspondantes, et des signes de pièces justificatives et de la tenue d'examens ont été relevés.

Recommandation no. 7

Le sous-ministre adjoint de la Direction générale des régions et des programmes devrait s'assurer que, dans la Région de l'Ontario, la procédure de vérification des demandes de remboursement est clarifiée, en ce qui concerne les rôles et responsabilités et la consignation des étapes de vérification menées par le personnel.

Réponse de la direction

La direction est d'accord avec la recommandation.

La Direction générale des régions et des programmes est d'accord avec les conclusions des vérificateurs et reconnaît qu'il y a place à amélioration en ce qui a trait aux liens relatifs à la consignation des demandes de remboursement aux obligations de rendre compte qui existent entre le Bureau régional de l'Ontario et ses deux bureaux de zones de Thunder Bay et Sioux Lookout.

La Région de l'Ontario renforcera et documentera le rôle actuel du directeur du Programme des SSNA de l'Ontario (orientation de la politique régionale, responsabilité du SDTMO, déclaration, appels, exceptions etc.) et intégrera une orientation fonctionnelle marquée ainsi qu'une surveillance des prestations gérées par des secteurs opérationnels et des accords de contribution dans les descriptions de travail dans les deux zones.

De plus, la Région de l'Ontario restructurera la gestion des programmes des deux zones de transport médical du Programme des SSNA sous un seul gestionnaire de programme,

ce qui permettra d'assurer une meilleure cohérence à l'échelle des deux zones par le bureau régional de l'Ontario.

La région de l'Ontario examinera également les rôles et les responsabilités directement liées au processus de vérification des demandes de remboursement pour diminuer les risques de double emploi ou d'oubli et adopter des mesures correctives, au besoin.

En outre, on entreprendra un examen de l'absence d'éléments de preuves vérifiables en vertu de l'article 33 de la LGFP, tel que mis en lumière au bureau de zone de Thunder Bay.

Conclusion

Le Programme des services de santé non assurés a un cadre de contrôle de gestion en place à l'appui de l'offre des prestations, dans les deux domaines suivants : celui de la gouvernance et de l'orientation stratégique, de même que celui de la conception des politiques et des programmes. Cependant, des possibilités d'amélioration ont été identifiées dans les domaines de la gestion des risques et des systèmes d'information.

Pour ce qui est de la gestion des ententes de contribution dans les régions, si la Région du Manitoba a mis en place de bons contrôles de surveillance, dans la Région de l'Ontario, les vérificateurs ont découvert que les contrôles, dans le domaine des rapports financiers, des documents à l'appui des visites sur place et des interventions hâtives en cas de grave problème, sont insuffisants.

En ce qui concerne les prestations gérées par des secteurs opérationnels, dans la Région de l'Ontario, le processus de vérification des demandes de remboursement n'est pas assez clair en ce qui concerne les rôles et les responsabilités, ainsi que les documents à l'appui des étapes de vérification. Pour le Manitoba, les vérificateurs jugent que les procédures de vérification des comptes sont efficaces.

Le présent rapport contient sept recommandations qui portent sur les domaines d'amélioration susmentionnés.

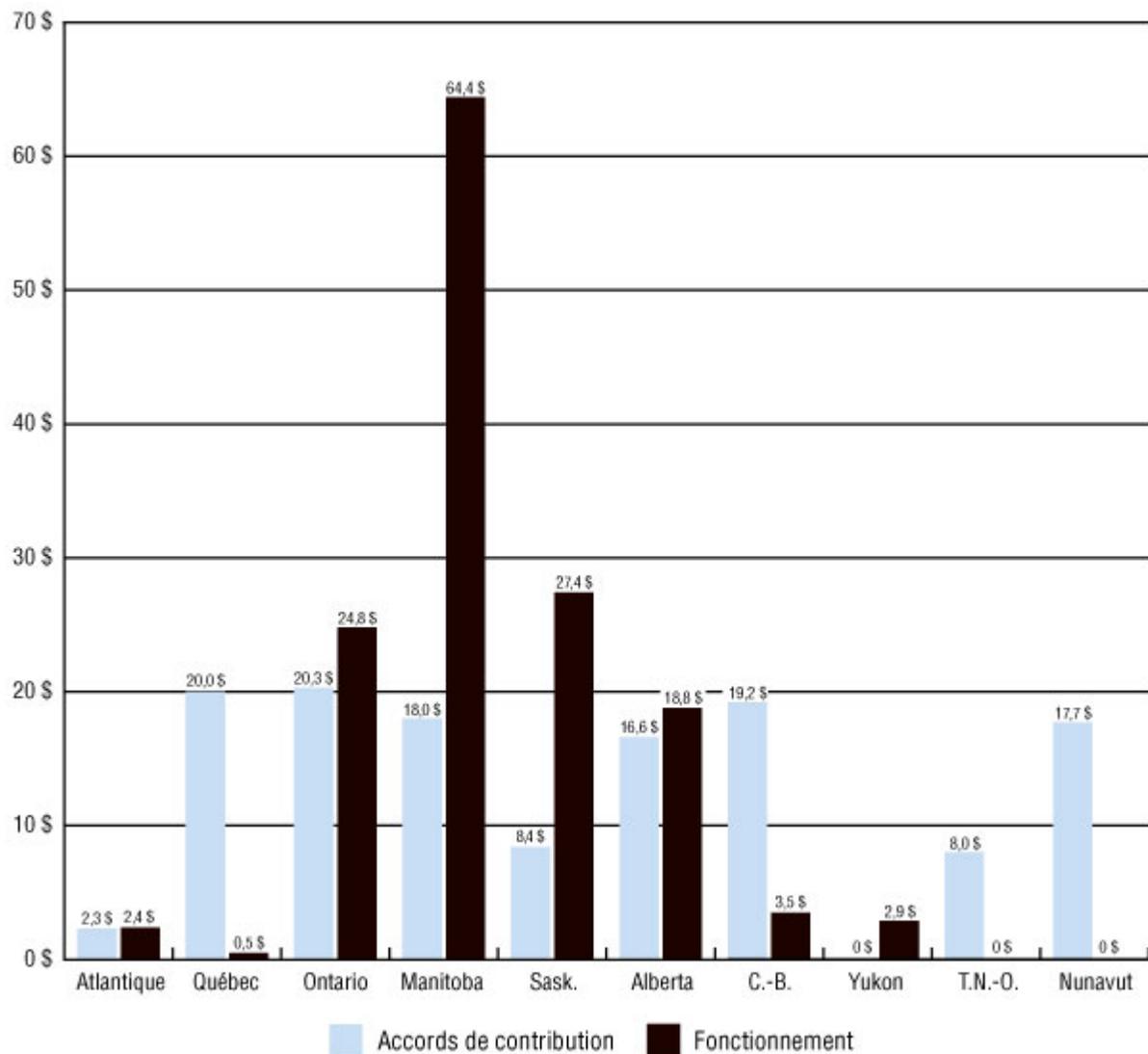
Annexe A – Dépenses par bureau régional Exercices 2004-2005 à 2008-2009

Bureau régional	Transport Médical						Dépenses totales liées aux SSNA		Population admissible
	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09		M \$	%	
	M \$	M \$	M \$	M \$	M \$	%			
Manitoba	55.9	63.3	69.0	76.1	82.4	29.9%	183.5	19.6%	131,363
Ontario	35.3	38.6	40.6	45.6	45.1	16.4%	165.2	17.7%	176,401
Alberta	29.7	30.7	32.2	32.1	35.4	12.9%	133.6	14.3%	103,716
Saskatchewan	26.8	28.8	31.8	36.1	35.8	13.0%	131.7	14.1%	129,315
Colombie-Britannique	17.3	16.9	20.3	21.6	22.7	8.3%	124.5	13.3%	121,053
Québec	17.3	17.9	18.5	20.1	20.5	7.5%	71.1	7.6%	58,028
Nunavut	14.0	14.8	15.3	16.2	17.7	6.4%	34.5	3.7%	29,140
T.N.-O.	7.4	6.7	7.1	6.9	8.0	2.9%	23.6	2.5%	24,644
Atlantique	6.1	5.6	4.4	4.6	4.7	1.7%	31.6	3.4%	34,141
Yukon	1.8	2.1	2.4	2.9	2.9	1.1%	9.2	1.0%	7,999
Administration centrale (*)							26.2	2.8%	
Total	211.5	225.4	241.6	262.3	275.0	100.0%	934.6	100%	815,800

* L'Administration centrale n'encourt pas de dépenses opérationnelles pour les Services de santé non assurés. Les coûts ci-dessus proviennent du Système de rapports sur le transport pour raison médicale, c.-à.-d. pour la conversion des données et le développement et la déploiement de mises à jour du système, et du Système de données sur le transport pour raison médicale, c.-à.-d pour la conversation des données et leur chargement. Ces coûts varient annuellement selon les exigences correspondantes.

Source : Services de santé non assurés – Rapport annuel 2008-2009

Annexe B – Détails des dépenses des ententes de contributions et des prestations gérées par les secteurs opérationnels par bureau régional – Exercice financier 2008-2009 (millions de dollars)



Note: Le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut sont regroupés ensemble au sein de la Région du Nord. Son bureau régional est situé à Ottawa.

Source: Services de santé non assurés - Rapport annuel 2008-2009

Annexe C – Secteurs d'intérêt et critères de vérification

Secteur d'intérêt 1 : Cadre de contrôle de gestion mis en œuvre pour appuyer l'offre des prestations de transport pour raison médicale

Critères de vérification

- Gouvernance et orientation stratégique
- Conception des politiques et des programmes
- Gestion des risques
- Systèmes d'information

Secteur d'intérêt 2 : Cadre de contrôle interne mis en place pour appuyer la gestion des ententes de contribution

Critères de vérification

- Des critères précis servent à déterminer le niveau de financement des bénéficiaires.
- Les ententes de contribution signées avec les bénéficiaires suivent les lignes directrices établies pour le Programme des SSNA.
- Des activités de surveillance sont mises en place, dont un examen des rapports sur les bénéficiaires pour vérifier l'exactitude et la conformité avec les conditions de l'entente et la présence de documents à l'appui acceptables pour les dépenses des bénéficiaires.

Secteur d'intérêt 3 : Cadre de contrôle interne mis en place relativement aux prestations de transport pour raison médicale gérées par les secteurs opérationnels

Critères de vérification

- On relève des signes qu'un mécanisme rigoureux de confirmation et d'approbation de l'admissibilité des clients est en place et qu'il s'harmonise au *Cadre stratégique du transport pour raison médicale* et que les dépenses de transport dont on demande le remboursement sont étayées de manière satisfaisante et approuvées avant le paiement.

Annexe D – Choix de l'échantillon

Cette vérification a porté sur deux bureaux régionaux : le Manitoba et l'Ontario. Le choix de l'échantillon pour chaque région reposait sur le jugement professionnel des vérificateurs. L'objectif de la vérification n'était pas de fournir une opinion de vérificateur sur les données financières, mais bien sur les processus et les contrôles internes qui gravitent autour de ces données.

Transport pour raison médicale géré au moyen d'ententes de contribution

Un échantillon de 10 ententes de contribution a été choisi pour chaque bureau régional, ce qui représente vingt échantillons au total. L'échantillon portait sur les exercices 2007-2008 et 2008-2009. Des ententes de contribution qui représentent des montants faibles et élevés ont été vérifiées, dans le but d'assurer l'uniformité dans la gestion et les contrôles, sans égard à leur valeur totale. Pour chaque type de description d'activité et de dépense rattachée aux ententes, on a obtenu les renseignements sur la protection. Les montants irréguliers et la représentation des zones faisaient partie des autres critères.

Transport pour raison médicale géré par des secteurs opérationnels

Un échantillon de 65 demandes de remboursement de frais de transport a été choisi (35 pour l'Ontario et 30 pour le Manitoba). Les critères de sélection ont incorporé les postes de grande valeur et des vendeurs d'envergure. Un tiers de l'échantillon a été prélevé de l'exercice 2007-2008, et l'autre deux tiers, de l'exercice 2008-2009.