

Legislative  
Assembly  
of Ontario



Assemblée  
législative  
de l'Ontario

---

# COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

**RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DE L'ONTARIO**  
(Rapport annuel 2006 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.08)

2<sup>e</sup> session, 38<sup>e</sup> législature  
56 Elizabeth II

**Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada**

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics

Régime d'assurance-santé de l'Ontario (Rapport annuel 2006 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.08) [ressource électronique]

Publ. aussi en anglais sous le titre: Ontario Health Insurance Plan (Section 3.08, 2006 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Monographie électronique en format PDF.

Mode d'accès: World Wide Web.

Également publ. en version imprimée.

ISBN 978-1-4249-4513-9

1. Régime d'assurance-santé de l'Ontario—Audit. 2. Assurance-maladie—Ontario—Évaluation. I. Titre. II. Titre: Ontario Health Insurance Plan (Section 3.08, 2006 Annual report of the Auditor General of Ontario)

KEO679 A23 P83 2007

353.6'909713

C2007-964007-9

Legislative  
Assembly  
of Ontario



Assemblée  
législative  
de l'Ontario

L'honorable Michael A. Brown  
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

A handwritten signature in black ink that reads "Norm. Sterling".

Norman Sterling

Queen's Park  
Mai 2007

**COMPOSITION DU  
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**

2<sup>e</sup> Session, 38<sup>e</sup> Législature

**NORMAN STERLING**  
Président

**ERNIE HARDEMAN**  
Vice-président

JEAN-MARC LALONDE

RICHARD PATTEN

LISA MACLEOD

LIZ SANDALS

SHELLEY MARTEL

MONIQUE M. SMITH

JOHN MILLOY

---

Katch Koch  
Greffier du comité

Elaine Campbell  
Recherchiste

---

## TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	1
Remerciements	1
1. OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION ET PRINCIPALES CONSTATATIONS	1
2. RÉPONSE DU MINISTÈRE DEMANDÉE PAR LE COMITÉ	2
2.1 Recommandations du Comité	2
3. APERÇU	3
4. CARTES SANTÉ	4
4.1 Remplacement des cartes rouge et blanc par les cartes Santé avec photo	4
4.2 Nombre de cartes Santé en circulation	4
4.3 Surveillance des cartes Santé	8
4.4 Authentification des documents de citoyenneté	14
4.5 Traitement des demandes de carte	16
4.6 Inscription spéciale	17
4.7 Protection des renseignements médicaux personnels	18
5. FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ	19
5.1 Surveillance et contrôle des fournisseurs	19
5.2 Inscription des fournisseurs	21
5.3 Mises à jour des renseignements des fournisseurs	21
5.4 Protection des renseignements des fournisseurs	22
6. TRAITEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT POUR SOINS MÉDICAUX	23
6.1 Mises à jour des règles s'appliquant aux actes médicaux	23
6.2 Demandes de paiement rejetées	24
6.3 Traitement des demandes sur papier	25
NOTES	26

## PRÉAMBULE

Le 12 février 2007, le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences sur la vérification, effectuée par le vérificateur général en 2006, du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (l'Assurance-santé), qui relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (section 3.08 du *Rapport annuel 2006*). Le Comité a souscrit aux constatations et recommandations du vérificateur.

Le présent rapport expose les constatations et les recommandations du Comité. Les données de base sur les sections du rapport de vérification original sont suivies d'un survol des principales constatations tirées à la suite des audiences et, s'il y a lieu, de nouvelles recommandations. Pour obtenir une transcription intégrale des audiences, il faut consulter le *Journal des débats*.

## Remerciements

Le Comité adresse ses remerciements aux fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée qui ont assisté aux audiences. Il remercie également le Bureau du vérificateur général, le greffier du Comité et le personnel des Services de recherches et d'information de la Bibliothèque de l'Assemblée législative pour l'assistance qu'ils lui ont prêtée durant les audiences et les délibérations sur la rédaction du rapport.

## 1. OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION ET PRINCIPALES CONSTATATIONS

La vérification visait à déterminer si le Ministère disposait de systèmes et de procédures permettant de garantir la légitimité et l'exactitude des demandes soumises au titre des services rémunérés à l'acte et des paiements faits aux fournisseurs de soins de santé dans le cadre de l'Assurance-santé. Dans le cadre de la vérification, le Bureau du vérificateur général a examiné de la documentation, analysé de l'information, interrogé le personnel du Ministère et visité six bureaux de district de l'Assurance-santé. Le travail sur place était terminé pour l'essentiel en mai 2006.<sup>1</sup>

Le vérificateur a conclu que les demandes de paiement étaient traitées en bonne et due forme, mais que le Ministère devait renforcer ses systèmes et ses procédures dans certains domaines pour s'assurer que la totalité des demandes soumises au titre des services rémunérés à l'acte et des paiements faits aux fournisseurs de soins de santé dans le cadre de l'Assurance-santé sont légitimes. Il a notamment observé ce qui suit :

- des cartes Santé avec photo comportant des éléments de sécurité additionnels étaient délivrées en remplacement des anciennes cartes rouge et blanc depuis 1995. Le remplacement était censé prendre fin en 2000 mais le processus a été retardé. Au rythme actuel, il faudra encore 14 ans pour compléter le processus de remplacement;
- le nombre de cartes Santé en circulation dépassait de 300 000 le nombre d'habitants de la province, et la majorité des cartes excédentaires étaient

détenues par des personnes ayant une adresse à Toronto ou dans une région proche de la frontière américaine;

- le Ministère consacre peu de ressources à la surveillance de l'utilisation des cartes Santé, alors que l'analyse des demandes de paiement pour soins médicaux effectuée par le personnel de vérification faisait ressortir la nécessité d'un examen ou d'une enquête sur certains points;
- la Direction des programmes de lutte contre la fraude n'avait pas pour mandat de procéder à des vérifications anti-fraude et n'avait pas accès aux renseignements médicaux qui lui auraient permis de mener des activités de surveillance de la fraude;
- le Ministère n'avait pas encore vérifié l'authenticité des documents de citoyenneté d'environ 70 % des titulaires d'une carte Santé;
- les données reçues de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) pour mettre à jour les renseignements sur les permis d'exercice délivrés aux médecins étaient incomplètes;
- les activités du Comité d'étude de la médecine, qui était chargé d'examiner les cas des médecins soupçonnés d'avoir produit des demandes de paiement inappropriées, étaient suspendues depuis septembre 2004. En nous fondant sur les taux de recouvrement antérieurs, nous estimions que le Ministère aurait pu recouvrer jusqu'à 17 millions de dollars au cours de la période de suspension.<sup>2</sup>

## **2. RÉPONSE DU MINISTÈRE DEMANDÉE PAR LE COMITÉ**

Le Comité demande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de faire parvenir une réponse écrite au greffier du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative.

### **2.1 Recommandations du Comité**

1. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte au Comité des façons possibles d'accélérer le remplacement des cartes Santé rouge et blanc par les cartes Santé avec photo, en précisant les délais d'exécution.

Le Ministère devrait notamment envisager de prolonger la période de validité des cartes Santé avec photo et d'affecter les sommes ainsi économisées à l'accélération du remplacement des cartes Santé rouge et blanc.

2. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée mette le Comité au courant des activités entreprises par la Direction des programmes de lutte contre la fraude depuis l'élargissement de son mandat.

3. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée avise le Comité du nombre de cas en attente d'évaluation de l'admissibilité et de sa capacité à réduire sensiblement ce nombre d'ici la fin de 2007.
4. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte au Comité de l'état de ses négociations avec Citoyenneté et Immigration Canada et le Bureau des passeports du Canada.
5. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte du nombre de cas dont les données ne correspondent pas à celles de Citoyenneté et Immigration Canada et du registraire général de l'état civil de l'Ontario.
6. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte au Comité des progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations de l'expert contractuel en sécurité et du personnel du Ministère concernant le processus de demande et d'inscription pour la carte Santé.
7. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte du nombre de cas à l'étude au moment de la suspension du Comité d'étude de la médecine et des montants correspondants en dollars et confirme que ces cas ne seront pas assujettis au nouveau processus de révision.
8. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte des mesures prévues afin d'améliorer le processus de révision des demandes de paiement rejetées conformément aux recommandations des responsables du projet d'examen du contrôle de l'accès.

### **3. APERÇU**

Le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (l'Assurance-santé) est un mécanisme important de prestation des services de santé, qui permet au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de déterminer l'admissibilité aux soins et de rémunérer les médecins et autres professionnels de la santé pour les services rendus. Les services assurés comprennent les services de diagnostic, de médecine préventive et de réadaptation dispensés par les généralistes et les spécialistes, ainsi que les services fournis par les laboratoires communautaires. Le Ministère paie également les tarifs établis de l'Assurance-santé pour les soins d'urgence fournis aux résidents de l'Ontario dans une autre province ou un autre pays. En 2004-2005, le Ministère a traité quelque 180 millions de demandes de paiement représentant plus de 7,4 milliards de dollars, dont 5,5 milliards (74 %) ont été versés à des fournisseurs rémunérés à l'acte, le reste (1,9 milliard de dollars) couvrant divers services non rémunérés à l'acte tels que ceux fournis par les laboratoires communautaires.

Pour accéder aux services, les Ontariens doivent détenir une carte Santé valide. Pour être admissible à une carte, le requérant doit être citoyen canadien ou

résident permanent, avoir son domicile en Ontario et y avoir résidé pendant au moins 153 jours au cours d'une période donnée de 12 mois. Les titulaires peuvent détenir une carte rouge et blanc ou une carte avec photo. En janvier 2006, il y avait environ 12,9 millions de cartes valides, dont 7,2 millions avec photo.<sup>3</sup>

## **OBSÉRVATIONS ET RECOMMANDATIONS DU VÉRIFICATEUR**

### **4. CARTES SANTÉ**

#### **4.1 Remplacement des cartes rouge et blanc par les cartes Santé avec photo**

En 1990, le Ministère a abandonné le système d'inscription familiale en faveur d'un système d'inscription individuelle et a délivré environ 10 millions de cartes Santé personnelles rouge et blanc<sup>4</sup>. Des cartes ont été remises aux requérants qui avaient fourni un numéro de carte Santé avec le nom de famille correspondant.

Les cartes avec photo ont été introduites en 1995. Le Ministère prévoyait de réinscrire tous les résidents et d'authentifier leur admissibilité sur cinq ans. Cependant, le processus de remplacement n'était pas encore terminé au moment de la vérification. En janvier 2006, il y avait plus de 5,7 millions de cartes rouge et blanc en circulation. Le taux de remplacement des dernières années s'établissait à environ 400 000 cartes par an. (Le taux de remplacement au moment de la vérification correspondait à environ la moitié du taux de 1998.) Le vérificateur a estimé qu'à ce rythme, il faudrait au moins 14 ans pour compléter la vérification de l'admissibilité et éliminer les cartes rouge et blanc.

En 1995, le ministère des Transports (MTO) a entrepris un processus semblable pour remplacer le permis de conduire en deux parties par une carte avec photo. À la fin de ce projet, en 2000, il avait délivré plus de 7 millions de nouveaux permis. Le vérificateur a reconnu que la date d'expiration des permis de conduire avait facilité le processus, mais il voyait néanmoins dans le succès de ce projet une preuve de la possibilité de remplacer toutes les cartes Santé blanc et rouge de la province.

L'exactitude des renseignements sur les titulaires de carte rouge et blanc est douteuse. L'absence de date d'expiration signifie que l'adresse du titulaire est souvent périmée. Selon les statistiques du Ministère, environ 25 % des envois aux titulaires d'une carte rouge et blanc avaient été retournés comme non distribuables. Si l'on applique ce taux à tous les titulaires d'une carte rouge et blanc, on peut en déduire que les coordonnées d'environ 1 425 000 titulaires étaient périmées.<sup>5</sup>

#### **4.2 Nombre de cartes Santé en circulation**

D'après Statistique Canada, l'Ontario comptait 12,59 millions d'habitants en décembre 2005. En analysant les données, le personnel de vérification a découvert qu'il y avait environ 12,895 millions de cartes en circulation au moment de la vérification, soit 300 000 de plus que le nombre d'habitants. Le vérificateur a

reconnu qu'une grande partie de ces cartes pouvaient être détenues par des personnes décédées ou ayant quitté la province, mais il craignait que certaines d'entre elles ne se retrouvent entre les mains de personnes non admissibles. Un examen des données d'adresse a révélé que 263 000 (86 %) des cartes excédentaires étaient en circulation dans la région de Toronto. Il semblait également y avoir plus de 10 000 cartes excédentaires dans certaines régions attenantes à la frontière américaine.<sup>6</sup>

Le vérificateur a recommandé au Ministère d'accélérer le remplacement des cartes rouge et blanc par les cartes avec photo afin de vérifier comme il se doit l'admissibilité des détenteurs des anciennes cartes.<sup>7</sup>

### Audiences du Comité

La base de données sur les personnes inscrites contient des renseignements sur toutes les personnes admissibles qui sont inscrites au Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Elle est essentielle au fonctionnement d'un certain nombre de programmes clés.

Un projet d'intégrité des données a été lancé en août 2004 pour réduire le nombre de cartes Santé dans la base de données sur les personnes inscrites. Le Ministère a indiqué qu'en juin 2006, il avait annulé plus de 192 000 cartes rouge et blanc au titre desquelles aucune demande de paiement n'avait été présentée au cours des sept années précédentes et dont le titulaire n'avait pas répondu à la demande de visiter un bureau de l'Assurance-santé afin de la remplacer par une carte avec photo. L'annulation de 95 000 cartes additionnelles a porté le total à 287 000 au 31 décembre 2006. Le Ministère prévoyait de vérifier le reste des cartes excédentaires et d'annuler celles détenues par des personnes non admissibles avant la fin de février 2007.

(Le Ministère encourage les Ontariens à tenir leur adresse à jour. Un avis en ce sens est affiché sur le site Web du Ministère et accompagne tous ses envois. Selon le personnel du Ministère, le projet de loi 171, *Loi sur l'amélioration du système de santé*, déposé en décembre 2006, obligerait les titulaires de carte à signaler tout changement d'adresse.

Si la carte d'une personne réellement admissible à des services de santé est annulée, cette personne devra se présenter à l'un des 27 bureaux de district du Ministère pour prouver son admissibilité. Une fois cette preuve faite, la couverture sera rétablie rétroactivement et les dépenses pertinentes de la personne lui seront remboursées.<sup>8</sup>)

Un changement technologique apporté en juin 2006 a permis au Ministère d'automatiser davantage l'envoi des avis, de manière à contacter un plus grand nombre de clients en même temps et à accélérer ainsi le processus de remplacement. Le nombre d'envois hebdomadaires est passé de quelques centaines à 10 000. Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, il y avait 7,45 millions de cartes avec photo et 5,11 millions de cartes rouge et blanc dans la province.

(Les membres du Comité ont appris que 4 % (17 000) des personnes contactées dans le cadre du projet d'intégrité des données avaient visité un bureau de district. Le taux de réponse à l'invitation à se réinscrire était d'environ 60 %.<sup>9</sup> La réinscription a lieu dans toute la province mais est concentrée dans les bureaux de district, dont plusieurs sont situés près de la frontière américaine. Les bureaux envoient les invitations par lots basés sur les codes postaux. Le temps d'attente pour le processus d'inscription en personne s'établissait en moyenne à 20 minutes, dont six à huit minutes pour la transaction même.<sup>10</sup>)

D'autres processus et contrôles d'intégrité des données sont en place pour l'annulation continue des cartes rouge et blanc. Par exemple, des liens automatisés avec les systèmes du registraire général de l'état civil de l'Ontario permettent d'annuler automatiquement les cartes des personnes déclarées décédées. Le Ministère est avisé des décès survenus dans la province par les membres de la famille, et le médecin qui prononce le décès entre l'information pertinente dans le système de règlement des demandes de paiement pour soins médicaux. Dans ce dernier cas, la carte est annulée trois jours après réception du prononcé. Le Ministère échange aussi des renseignements avec les ministères de la Santé des autres provinces afin d'annuler les cartes des personnes qui ont quitté la province pour de bon et qui se sont inscrites à un autre régime provincial d'assurance-santé. Il n'est toutefois pas avisé des décès survenus en dehors de la province ou du pays.<sup>11</sup>

Les fonctionnaires du Ministère qui ont comparu devant le Comité ont convenu qu'accélérer le remplacement des cartes rouge et blanc était un objectif souhaitable. Ils ont toutefois ajouté qu'il fallait tenir compte de facteurs tels que les coûts associés au renforcement du personnel chargé d'interviewer les clients, aux locaux supplémentaires requis et à la production de la carte avec photo, et les mettre dans la balance avec les services de santé qu'ils permettraient de financer.<sup>12</sup>

Le nombre de cartes remplacées a été plus élevé en 1998, parce que les patients inscrits auprès de médecins de premier recours par le Ministère étaient réinscrits pour les cartes avec photo. L'initiative des soins primaires n'a pas connu le même succès partout de sorte que, dans certains coins de la province, tous les résidents ont été réinscrits tandis que, dans d'autres régions, le taux de réinscription était pratiquement nul. Cela a créé des pressions au moment du renouvellement des cartes, cinq ans plus tard. Le taux de remplacement s'est stabilisé depuis, et le Ministère n'exige plus des patients qu'ils présentent une demande de carte avec photo lorsqu'ils s'inscrivent auprès d'un médecin de famille pour les soins primaires.<sup>13</sup>

### **Options à envisager**

Les modifications possibles aux processus opérationnels liés aux cartes avec photo existantes étaient à l'étude, l'objectif étant d'absorber certains des coûts de remplacement. Cela permettrait au Ministère d'accélérer la réinscription des titulaires des cartes rouge et blanc qui restent.<sup>14</sup> (Le personnel du Ministère estimait qu'il en coûterait entre 110 millions et 130 millions de dollars pour les remplacer d'ici trois à cinq ans.<sup>15</sup>)

Il a également été fait référence à l'intégration gouvernementale des processus d'inscription. Le Ministère travaille en collaboration avec ServiceOntario et, depuis 1995, avec le MTO. Il reste des problèmes à régler sur le plan de la validation, de la documentation, de la protection de la vie privée et des liens entre les bases de données, mais le permis de conduire et la carte Santé utilisent la même technologie pour les photos et les signatures. Les deux ministères ont également signé le même contrat pour la production des cartes.<sup>16</sup>

Il a été envisagé de repousser la date d'expiration des cartes avec photo afin de pouvoir consacrer plus de temps au remplacement des cartes blanc et rouge. Il y a des conséquences et des coûts associés à cette option. Le Ministère essaie de synchroniser ses cycles avec ceux du permis de conduire en raison du partenariat concernant la production des cartes. Plus la période de renouvellement est longue, plus l'adresse est susceptible de changer. Les praticiens utilisent l'adresse d'une personne pour vérifier son dossier médical. (Les cartes Santé sont lues par glissement dans les bureaux au moyen d'un système de validation exploité par le Ministère.)<sup>17</sup>

Le Ministère n'a pas de réseau de prestation de services capable de faire face à une augmentation importante du nombre de personnes qui s'inscrivent afin d'obtenir une carte avec photo. Le traitement de 2,2 millions de personnes par an met à rude épreuve la capacité du système. (Les nouveaux permis de conduire du MTO ont été délivrés par un réseau d'entrepreneurs privés disséminé dans toute la province.<sup>18</sup>) Les membres du Comité se sont fait dire qu'au rythme actuel, le remplacement prendrait plus de 12 ans. Les fonctionnaires du Ministère ont toutefois admis qu'ils pouvaient probablement accroître le nombre de cartes remplacées de 100 000 cette année. Ils cherchaient également des compensations budgétaires qui leur permettraient de faire davantage en 2008.<sup>19</sup>

Au cours des deux prochaines années, il sera envisagé de permettre à certains titulaires de renouveler leur carte par la poste (p. ex. pour les plus de 80 ans) ou par Internet plutôt qu'en personne. Les fonctionnaires du Ministère ont dit espérer que, d'ici 2009, ces options et d'autres améliorations permettront au personnel au guichet de remplacer un plus grand nombre de cartes.<sup>20</sup>

#### Renseignements supplémentaires

Le 9 mars 2007, le ministre des Transports a annoncé l'introduction d'un nouveau permis de conduire. La nouvelle carte comprendra des caractéristiques technologiques et sécuritaires rehaussées qui protégeront les titulaires contre le vol de leur identité et rendront plus difficile la falsification ou la contrefaçon du permis. La production des cartes sera impartie à Giesecke and Devrient Systems Canada.<sup>21</sup>

Moins de 1 % (1 673) des 192 000 titulaires d'une carte rouge et blanc dont l'admissibilité a été annulée en juin 2006 ont vu leur admissibilité rétablie en se présentant à un bureau de district et en se soumettant au processus d'inscription fiable pour une carte avec photo. L'admissibilité d'environ 60 % d'entre eux a été rétablie après la période d'attente de trois mois. Dans la plupart des cas, la période

d'attente de trois mois a été invoquée parce que les titulaires avaient vécu en dehors de la province pendant un certain temps et qu'ils n'étaient donc pas admissibles à l'assurance-santé au moment de leur retour.<sup>22</sup>

### **4.3 Surveillance des cartes Santé**

Le vérificateur a découvert que l'utilisation individuelle des cartes Santé faisait l'objet de peu de surveillance, notamment en raison de la difficulté de maintenir un juste équilibre entre le droit à la protection des renseignements personnels et la responsabilité du Ministère de bien gérer les fonds publics.

Une entreprise d'experts-conseils a été engagée en 2004 pour mener une étude sur l'utilisation frauduleuse potentielle de la carte Santé. Elle a recommandé au Ministère d'élaborer un cadre d'évaluation de la fraude pouvant servir de référence et guider les futurs travaux. Le coût de la fraude était estimé dans une fourchette de 11 à 22 millions de dollars par an.

Les enquêtes sur l'utilisation abusive présumée des cartes sont généralement déclenchées par les appels à la Ligne antifraude du Ministère ou par les soupçons du personnel qui traite les demandes. On examine également certains actes médicaux afin de repérer les demandes de paiement non admissibles.

La Direction des programmes de lutte contre la fraude (DPLF), qui regroupe des inspecteurs-détectives de la Police provinciale de l'Ontario et des enquêteurs anti-fraude, a été établie en 1998. Au moment de la vérification, elle n'avait pas pour mandat de procéder à des vérifications anti-fraude, et elle n'avait pas accès aux renseignements qui lui auraient permis de surveiller l'utilisation des cartes Santé. Les cas de fraude présumée étaient soumis à la Police provinciale de l'Ontario. Les activités de la Direction se limitaient à aider les employés des secteurs de programme à évaluer le risque de fraude, et à repérer et atténuer les fraudes potentielles.

Le vérificateur a mentionné certains projets spéciaux qui avaient permis d'identifier des titulaires de carte non admissibles. Par exemple, les titulaires de carte ne sont pas autorisés, en général, à avoir une case postale comme adresse. Sauf de rares exceptions, ils doivent avoir une adresse municipale permanente en Ontario. En 2003, le Ministère a fait enquête sur 1 562 cartes dont les titulaires avaient comme adresse des cases postales fournies par deux entreprises offrant ce genre de service. Des lettres ont été envoyées aux détenteurs de carte. Un grand nombre de ces lettres ont été retournées parce qu'elles n'étaient pas distribuables à l'adresse indiquée, ou l'on a constaté que les titulaires de carte n'étaient pas admissibles. Le Ministère a annulé 1 157 cartes, mais le projet a été abandonné à cause des restrictions budgétaires. Les contrôles par sondage des données effectués par le personnel de vérification ont permis d'identifier près de 32 000 personnes qui avaient encore une case postale comme adresse.

À part les projets décrits par le vérificateur, le Ministère n'a pas fait grand-chose pour surveiller l'utilisation des cartes Santé afin de détecter les anomalies. Le personnel de vérification a donc effectué un certain nombre d'analyses des

données relatives aux demandes de paiement pour soins médicaux reçues entre janvier 2001 et décembre 2005.<sup>23</sup>

### **Anomalies dans l'utilisation des cartes Santé**

Il arrive souvent qu'une personne doive se déplacer à travers la province et que les demandes de paiement pour cette personne proviennent de fournisseurs établis dans différentes localités. Cependant, la présentation de telles demandes sur une courte période pourrait indiquer que la carte a fait l'objet d'un usage abusif. L'analyse effectuée par le personnel de vérification a permis de repérer 11 700 titulaires de carte pour lesquels on notait des demandes de paiement provenant des trois régions de la province sur une période de neuf mois en 2005.

On a découvert que six personnes avaient reçu de nombreux services de psychothérapie du même fournisseur, à qui le Ministère a versé un total de 800 000 \$ entre 2001 et 2005.

L'analyse a également permis de relever 4 000 cas de patients traités par un groupe de cliniques et de médecins affiliés qui, depuis 2001, avaient présenté pour 31 millions de dollars de demandes de paiement liées à un traitement précis. La fréquence des actes médicaux était beaucoup plus élevée que celle recommandée par l'OMCO. Le personnel de vérification estimait à 9,7 millions de dollars le total des paiements versés au titre de traitements excédentaires depuis 2001. La majorité des demandes réglées concernait des essais en laboratoire. Les demandes de paiement étaient soumises depuis le cabinet de médecins affiliés. Les médecins sont autorisés à soumettre des demandes de paiement pour les essais en laboratoire, mais seulement si les essais sont effectués dans leurs bureaux. Les cabinets de ces médecins étaient souvent très éloignés du lieu de résidence du patient et de la clinique où il était traité. Le Ministère a déclaré qu'une plainte avait été reçue et que ces cliniques faisaient l'objet d'une enquête depuis mai 2003. L'analyse des données indiquait toutefois que les paiements à ces cliniques avaient continué d'augmenter pendant les périodes examinées.<sup>24</sup>

### **Examen des cas potentiels de non-admissibilité**

Lorsqu'un membre du public informe le Ministère de l'utilisation d'une carte Santé par une personne qui pourrait ne pas y être admissible, le cas est consigné dans un système de suivi des renseignements sur les inscriptions. Les employés des bureaux de district utilisent ce système en cas de doute quant à l'admissibilité d'un demandeur. Lorsqu'on soupçonne une intention criminelle, l'affaire est confiée à la Police provinciale de l'Ontario. Le vérificateur a remarqué que le Ministère n'avait ni normes ni procédures documentées pour évaluer ce genre de cas. Le personnel de vérification a examiné un échantillon de cas et constaté que les méthodes d'évaluation et de décision manquaient d'uniformité.

En octobre 2005, plus de 7 000 cas étaient en attente d'examen, dont plus de 90 % remontaient à plus de six mois. Le délai de résolution moyen d'un cas était de 10 mois. Environ 40 % de ces titulaires ont fini par être déclarés non admissibles, et leurs cartes ont été suspendues. Si l'on se fie à ce taux, il pourrait y avoir quelque 2 800 personnes non admissibles dont la carte Santé est encore active.<sup>25</sup>

Le vérificateur a recommandé de revoir le mandat de la DPLF afin d'étendre ses activités à la surveillance de l'utilisation des cartes Santé et aux enquêtes sur la fraude. Il a également recommandé au Ministère d'envisager d'élargir ses activités de surveillance pour repérer les utilisations potentiellement suspectes de la carte Santé, éliminer l'arriéré de cas en attente et effectuer un suivi cohérent, rigoureux et rapide des cas potentiels de non-admissibilité.<sup>26</sup>

### **Audiences du Comité**

#### **Direction des programmes de lutte contre la fraude**

Le mandat de la DPLF a été élargi afin d'assurer une approche plus globale de la détection et la prévention des fraudes et de la réduction des pertes. Elle jouera un rôle central de coordination de toutes les activités liées à la fraude. Tous les cas soupçonnés de fraude seront soumis à la DPLF pour examen et évaluation avant d'être renvoyés à l'Équipe des enquêtes sur la fraude dans le système de santé de la Police provinciale de l'Ontario, qui compte 22 agents. La DPLF analysera les systèmes ministériels de traitement des demandes de paiement afin de détecter les activités frauduleuses possibles. Elle analysera également les tendances susceptibles d'indiquer un problème.<sup>27</sup>

Le nombre d'employés de la DPLF passera de 10 à 12 ou 13 cette année. Le personnel a d'ailleurs reçu des autorisations spécifiques concernant l'accès aux bases de données de l'Assurance-santé.<sup>28</sup> Une nouvelle procédure de renvoi des cas à la Police provinciale a été introduite au début février 2007. Certains des cas renvoyés seront repris à la Police provinciale et réévalués selon les nouveaux critères.<sup>29</sup>

Le nombre de cas réels de fraude qui ont fait l'objet de poursuites serait relativement faible. Le Ministère a laissé entendre qu'il ne s'agissait pas d'un problème majeur, mais il aura une meilleure idée de la situation une fois que la DPLF aura assumé son nouveau mandat.<sup>30</sup> Le Comité s'est également fait dire que les cas de fraude liée à la carte Santé étaient difficiles à poursuivre en justice. Le personnel du Ministère était d'avis que le nouveau mandat de la DPLF permettrait de mieux préparer les causes et d'aller plus rapidement en justice, de manière à améliorer le taux de condamnation.<sup>31</sup>

#### **Renseignements supplémentaires**

La DPLF a élaboré des critères de sélection à utiliser en cas de fraude soupçonnée de la part des consommateurs ou des fournisseurs. Les facteurs à prendre en compte sont censés guider l'examen du cas.

1. Les renseignements recueillis permettent-ils de soupçonner qu'il y a eu assertion inexacte sous forme de déclaration de fait, de dissimulation ou d'omission de divulguer?
2. L'assertion inexacte soupçonnée a-t-elle permis à un fournisseur de recevoir un paiement auquel il n'avait pas droit ou à un

consommateur de toucher des prestations auxquelles il n'était pas admissible?

3. Est-il dans l'intérêt public de renvoyer l'affaire à l'Équipe des enquêtes sur la fraude dans le système de santé de la Police provinciale de l'Ontario? Pour répondre à cette question, la DPLF doit tenir compte de toutes les circonstances pertinentes, dont les suivantes :
  - a) La conduite expose-t-elle le public à des risques?
  - b) La conduite menace-t-elle l'intégrité des données du Ministère d'une manière qui pourrait nuire à une ou plusieurs personnes inscrites?
  - c) La conduite en question pourrait-elle miner la confiance du public dans la capacité du MSSLD à protéger les ressources du système de santé?
  - d) La conduite en question pourrait-elle entraîner des pertes financières réelles ou potentielles pour le Ministère?
  - e) Y a-t-il des incidences intraministérielles, interministérielles et/ou externes à prendre en considération?
  - f) S'agit-il d'un incident isolé ou d'un phénomène répandu?<sup>32</sup>

#### **L'entreprise d'experts-conseils et les inscriptions frauduleuses**

On a demandé au personnel du Ministère si les recommandations de l'entreprise d'experts-conseils engagée en 2004 avaient été mises en œuvre.<sup>33</sup>

#### Renseignements supplémentaires

Selon les renseignements fournis par le sous-ministre après les audiences, le consultant a conclu qu'il y avait deux grands moyens de soutenir et d'améliorer le contrôle des pratiques frauduleuses visant les consommateurs.

1. Soutenir les systèmes hautement efficaces de prévention, de détection et de contrôle de la fraude actuellement en place.
- ....
2. Élaborer un cadre d'évaluation de la fraude qui servirait de référence pour mesurer les domaines à risque élevé, évaluer l'efficacité

des méthodes de prévention et de détection appliquées et orienter les mesures ultérieures visant à atténuer la fraude à l'Assurance-santé.

Le travail du consultant consistait surtout à élaborer une « méthodologie afin de repérer les secteurs vulnérables à la fraude » puis d'estimer le coût des activités frauduleuses dans ces secteurs. La méthodologie était axée sur un examen des demandes de paiement visant à « discerner les anomalies ou les tendances susceptibles d'indiquer des activités frauduleuses ».

Forte de son nouveau mandat, la DPLF emploiera une méthodologie semblable pour analyser les systèmes de règlement des demandes de paiement afin de « détecter de façon proactive les activités frauduleuses possibles ». Les efforts mettront l'accent sur « la détection précoce, la rapidité des interventions et l'évaluation de leur efficacité ». La DPLF repérera les secteurs vulnérables qui causent les plus grandes inquiétudes et mettra au point des stratégies visant à prévenir la fraude dans ces secteurs. Les pratiques exemplaires seront élaborées à partir des évaluations des projets terminés.<sup>34</sup>

#### **Projet des cases postales**

Les 32 000 titulaires de carte qui utilisent une case postale comme adresse ont été intégrés au projet d'intégrité des données. Leurs cartes seront annulées, à moins qu'ils ne se réinscrivent. Les membres du Comité ont été avisés que le système d'inscription des clients avait été remanié en 2002 de façon à empêcher l'inclusion d'une case postale dans l'adresse personnelle.<sup>35</sup>

#### **Anomalies dans l'utilisation des cartes Santé**

Le vérificateur a remarqué que beaucoup de demandes de paiement provenant de différents coins de la province avaient été soumises en peu de temps. Ces tendances seront examinées par la DPLF. Certaines personnes ont des raisons légitimes de recevoir des services dans différentes régions de la province. Mentionnons par exemple les étudiants qui fréquentent un collège ou une université loin de chez eux, les gens qui voyagent pour affaires et les patients qui doivent se déplacer pour consulter un spécialiste.<sup>36</sup>

Les cliniques traitant 4 000 patients auxquelles le vérificateur faisait référence étaient des centres de traitement de maintien à la méthadone. À l'automne 2006, la société exploitant ces cliniques a été reconnue coupable de fraude. Elle a ensuite remboursé une partie des paiements qui lui avaient été versés au ministère des Finances.

Le Ministère continue de se pencher sur les pratiques de facturation des laboratoires. Un comité s'emploie avec l'Ontario Medical Association (OMA), la Direction des services aux professionnels et la Direction des laboratoires à apporter des modifications aux barèmes des frais de laboratoire et des honoraires médicaux qui aideront les médecins à présenter des factures appropriées pour ces services.<sup>37</sup>

### Renseignements supplémentaires

La société susmentionnée s'appelait Comquest, et le groupe de médecins portait le nom « Ontario Addiction Treatment Centre ». En octobre 2006, Comquest a été accusée d'être partie à une infraction à la *Loi sur l'assurance-santé* puis condamnée à une amende de 25 000 \$. Un paiement volontaire de 250 000 \$ a été versé au ministère des Finances.

Le cas des six personnes recevant des services de counselling du même fournisseur fait l'objet d'un examen continu de la part du Ministère. Le Comité s'est fait dire que des mesures appropriées avaient été prises.<sup>38</sup>

### Examen des cas potentiels de non-admissibilité

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, le Ministère avait réglé 1 900 des 7 000 cas en attente d'évaluation de l'admissibilité notés par le vérificateur. L'admissibilité a été annulée ou confirmée. Le Ministère continue d'affecter des ressources aux évaluations et d'examiner les améliorations opérationnelles possibles à long terme.

Certains des dossiers que le vérificateur considérait comme en attente sont en cours de traitement. Étant donné la nature de l'évaluation de l'admissibilité des clients, le Ministère aura toujours environ 1 300 dossiers en cours de traitement. Au moment des audiences, le nombre de cas en attente était estimé à 3 800. Le Ministère espère réduire substantiellement l'arriéré d'ici la fin de 2007.<sup>39</sup>

Le personnel du Ministère a fait savoir au Comité qu'il ne pourra jamais réduire l'arriéré à zéro et que 1 300 cas en cours de traitement en même temps lui semblait un chiffre raisonnable. Des ressources ont été affectées à la résorption de l'arriéré; les cas sont considérés à faible risque mais ils doivent néanmoins être traités.<sup>40</sup>

L'évaluation de l'admissibilité peut prendre plusieurs mois, selon l'empressement de la personne à fournir les documents additionnels demandés et à répondre aux questions concernant ses absences de l'Ontario. Les dossiers sont parfois clos après une longue période d'inactivité. Il existe toujours un risque qu'une personne se retrouve sans carte. Les personnes ainsi touchées peuvent se réinscrire lorsqu'ils ont besoin de services de santé.<sup>41</sup>

### Renseignements supplémentaires

Après les audiences, le Comité a été informé qu'au 14 février 2007, 36 % des 1 900 dossiers clos avaient été déclarés non admissibles à l'Assurance-santé. Comme il s'agit d'une mesure ponctuelle, ce chiffre est sujet à modification. Le statut d'une personne qui fournit des renseignements additionnels prouvant son admissibilité au Ministère pourrait changer. Elle peut aussi être fait appel de la décision du Ministère au comité d'examen du directeur général ou à la Commission d'appel et de révision des services de santé. En moyenne, environ 32 % des personnes assujetties au processus d'évaluation de l'admissibilité ont été déclarées non admissibles à l'Assurance-santé.<sup>42</sup>

## Recommandations du Comité

Le Comité est bien conscient du fait qu'après l'introduction des cartes avec photo en 1995, il était prévu de remplacer les cartes Santé rouge et blanc sur une période de cinq ans. Il reconnaît également les défis qui ont empêché le ministère de la Santé et des Soins de longue durée d'atteindre cet objectif. Il reste toutefois préoccupé par l'estimation figurant dans le *Rapport annuel 2006* du vérificateur, selon laquelle il faudrait encore 14 ans ou à peu près pour compléter le processus de réinscription et éliminer les anciennes cartes.

Le Comité recommande donc fortement :

**1. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte au Comité des façons possibles d'accélérer le remplacement des cartes Santé rouge et blanc par les cartes Santé avec photo, en précisant les délais d'exécution.**

**Le Ministère devrait notamment envisager de prolonger la période de validité des cartes Santé avec photo et d'affecter les sommes ainsi économisées à l'accélération du remplacement des cartes Santé rouge et blanc.**

Le Comité recommande également ce qui suit :

**2. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée mette le Comité au courant des activités entreprises par la Direction des programmes de lutte contre la fraude depuis l'élargissement de son mandat.**

**3. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée avise le Comité du nombre de cas en attente d'évaluation de l'admissibilité et de sa capacité à réduire sensiblement ce nombre d'ici la fin de 2007.**

**Le Comité demande au Ministère de présenter des réponses écrites à ces recommandations au greffier du Comité dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.**

### 4.4 Authentification des documents de citoyenneté

Les nouvelles inscriptions, les renouvellements et les remplacements de la carte Santé ainsi que les changements apportés aux renseignements personnels sont traités dans les 27 bureaux de district de l'Assurance-santé. Les demandeurs doivent fournir une preuve de citoyenneté, de résidence et d'identité. Depuis 1995, le Ministère authentifie électroniquement certaines preuves de citoyenneté auprès de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) et les certificats de naissance de l'Ontario auprès du registraire général de l'état civil. Le personnel de vérification a découvert que seulement 54 % des cartes actives avec photo et 30 % des cartes en circulation avaient été authentifiées de cette manière.

Le Ministère entrait des données dans le système d'inscription des clients et les comparait à celles de CIC ou du registraire général de l'état civil. Les données sans correspondance devaient faire l'objet d'un suivi. Le Ministère acceptait également les cartes de citoyenneté et passeports canadiens comme preuves de citoyenneté, mais il ne les vérifiait pas auprès des ministères de délivrance.

Le personnel de vérification a constaté que les ressources consacrées au processus d'authentification étaient insuffisantes pour traiter les nouveaux cas sans correspondance repérés chaque mois. L'arriéré avait doublé depuis mai 2004. En mars 2006, il s'élevait à plus de 154 000 cas sans correspondance avec les données de CIC et 101 000 cas sans correspondance avec les données du registraire général de l'état civil. Au moment de la vérification, plus de 76 % de ces cas remontaient à plus d'un an.<sup>43</sup>

Le vérificateur a recommandé d'effectuer un suivi en temps opportun des cas en suspens pour lesquels l'authentification des preuves de citoyenneté a révélé des éléments non concordants. Il a également recommandé au Ministère d'envisager d'étendre le programme d'authentification électronique à d'autres preuves de citoyenneté d'utilisation courante comme la carte de citoyenneté et le passeport canadiens.<sup>44</sup>

### Audiences du Comité

Le Ministère examine les options qui s'offrent à lui pour automatiser davantage l'authentification des preuves de citoyenneté. Par exemple, il négocie avec CIC pour que le ministère fédéral lui permette d'authentifier la carte de citoyenneté canadienne. Ce genre de contre-vérification sera rendu possible par les modifications apportées au système, à condition que le Ministère puisse conclure un accord additionnel d'échange de données.

Le Ministère a également tenu des discussions initiales avec le Bureau des passeports du Canada. Les deux parties se sont engagées à entreprendre des travaux pour permettre au Ministère d'authentifier électroniquement les passeports canadiens. Ces travaux sont inclus dans leurs plans d'activités 2007-2008. Le Bureau des passeports commencera par partager l'information sur les passeports perdus ou volés.

Au moment des audiences, le Ministère avait authentifié les documents de citoyenneté de 64 % des titulaires de carte avec photo. L'ajout des cartes de citoyenneté et passeports canadiens porterait ce total à 84 %. Le personnel du Ministère était d'avis qu'il ne pourrait sans doute jamais atteindre 100 % parce que beaucoup de gens n'ont pas les documents nécessaires.<sup>45</sup>

### Recommandations du Comité

Le Comité recommande :

- 4. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte au Comité de l'état de ses négociations avec Citoyenneté et Immigration Canada et le Bureau des passeports du Canada.**

**5. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte du nombre de cas dont les données ne correspondent pas à celles de Citoyenneté et Immigration Canada et du registraire général de l'état civil de l'Ontario.**

**Le Comité demande au Ministère de présenter des réponses écrites à ces recommandations au greffier du Comité dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.**

#### **4.5 Traitement des demandes de carte**

Au cours des visites aux bureaux de district, le personnel de vérification a constaté qu'il était possible d'améliorer les procédures visant à garantir que toutes les opérations sont valides, complètes et traitées dans les règles. Il n'y avait aucune procédure de rapprochement entre le nombre de demandes acceptées d'inscription, de renouvellement ou de remplacement et le nombre réel d'opérations traitées et de cartes délivrées. Les renseignements sur le requérant consignés dans le système d'inscription des clients ne faisaient l'objet d'aucune vérification de supervision en regard des renseignements fournis dans les formulaires de demande ou les documents à l'appui. Les personnes dont le nom a été entré dans le système sont automatiquement admissibles à une carte Santé. Étant donné qu'on ne conserve aucune copie des documents de citoyenneté à l'appui pour consultation ultérieure, les rapprochements et les vérifications par un superviseur réduiraient le risque de traiter des opérations non autorisées, d'accepter des documents inappropriés ou de consigner des renseignements erronés dans le système d'inscription.<sup>46</sup>

Le vérificateur a recommandé de rapprocher les demandes de carte Santé reçues et les opérations traitées et d'effectuer des vérifications de supervision aléatoires en comparant les données consignées dans le système aux renseignements contenus dans les demandes et les documents à l'appui.<sup>47</sup>

#### **Audiences du Comité**

Le Ministère passera un contrat avec un expert en sécurité pour que celui-ci examine son processus de demande et d'inscription lié à la carte Santé. L'expert recommandera des moyens d'atténuer les risques de fraude en faisant référence aux pratiques exemplaires de l'industrie et aux mesures de contrôle interne mises en œuvre par d'autres organismes gouvernementaux. Le Ministère tiendra compte des conseils et des recommandations figurant dans les rapports de l'expert et prendra les mesures qui s'imposent.<sup>48</sup> Le personnel du Ministère espérait que le travail ne prendrait pas plus de trois mois pour qu'il puisse recevoir un rapport d'ici juin 2007. Certaines activités d'examen interne avaient déjà commencé. Un projet ayant trait à l'accessibilité devait être terminé avant mars ou avril 2007.<sup>49</sup>

#### **Recommandation du Comité**

Le Comité recommande :

**6. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte au Comité des progrès réalisés dans la mise en œuvre des**

**recommandations de l'expert contractuel en sécurité et du personnel du Ministère concernant le processus de demande et d'inscription pour la carte Santé.**

**Le Comité demande au Ministère de présenter une réponse écrite à cette recommandation au greffier du Comité dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.**

#### **4.6 Inscription spéciale**

##### **Inscription des sans-abri**

Dans bien des cas, les personnes sans abri ne possèdent pas les documents requis pour obtenir une carte Santé. Les organismes d'aide aux sans-abri aident ceux-ci à présenter une demande de carte Santé. La politique ministérielle exige de ces organismes qu'ils concluent avec le Ministère des ententes énonçant les rôles et responsabilités de chaque partie.

Au cours des visites aux bureaux de district, le personnel de vérification a constaté qu'il était possible d'améliorer les contrôles visant à garantir la légitimité des opérations. Les ententes réelles différaient de l'entente type élaborée par le Ministère. De plus, la signature des membres concernés de l'organisme n'était pas exigée ou l'exigence n'était pas appliquée.

Toute personne envoyée par un organisme est inscrite, qu'elle puisse fournir une preuve de citoyenneté ou non. Le Ministère compte sur les organismes pour s'occuper ensuite, avec les personnes en cause, d'obtenir et de soumettre les documents pertinents. Les bureaux de district ont indiqué qu'il arrivait rarement aux organismes de donner suite. Il était donc difficile pour le Ministère de savoir si les organismes avaient réussi à obtenir les documents requis.

Dans bien des cas, les employés des organismes ne connaissaient pas personnellement leurs clients. Depuis juillet 1995, environ 9 700 personnes sans abri avaient été inscrites sans les documents de citoyenneté requis. Le Ministère délivrait habituellement à ces personnes des cartes Santé à échéance d'un an. L'analyse des données indiquait que la carte Santé d'environ 690 de ces personnes avait été renouvelée sans que les documents pertinents aient été obtenus.<sup>50</sup>

##### **Exemption des exigences de photo ou de signature**

Certains demandeurs sont exemptés des exigences de photo ou de signature pour des raisons médicales, à condition que leur médecin fournisse un formulaire d'exemption signé. L'examen des formulaires recueillis par les bureaux de district a permis de constater que l'identité ou la légitimité du médecin n'était pas vérifiée en regard de la base de données de l'OMCO afin de valider ces exemptions.<sup>51</sup>

Le vérificateur a recommandé au Ministère de s'assurer que tous les organismes qui aident les personnes sans abri à obtenir une carte Santé ont des ententes valides avec le Ministère et obtiennent la preuve de l'admissibilité des requérants aux services de santé publics. Il lui a également recommandé de vérifier la

légitimité des fournisseurs qui signent les formulaires d'exemption de photo ou de signature.<sup>52</sup>

#### **4.7 Protection des renseignements médicaux personnels**

Les renseignements médicaux personnels sont conservés dans le système d'inscription des clients et la base de données sur l'historique des demandes de paiement pour soins médicaux (Medical Claims History Database). Le vérificateur a examiné les mesures de sécurité prises à l'égard des deux systèmes et conclu qu'il y avait plusieurs points à améliorer. L'accès au système et les profils de groupes d'utilisateurs (l'autorisation donnée aux membres d'un groupe d'utilisateurs d'accéder aux données, de les modifier ou de les supprimer) ne faisaient pas l'objet d'une surveillance adéquate. Le rapport de vérification faisait spécifiquement référence aux problèmes touchant le système d'inscription des clients, la base de données sur l'historique des demandes de paiement et le système de correction des demandes de paiement.<sup>53</sup>

Le vérificateur a recommandé au Ministère de veiller à ce que les approbations nécessaires soient obtenues avant d'établir ou de modifier les profils d'accès des groupes d'utilisateurs et d'obliger les bureaux de district à procéder à des examens périodiques visant à repérer les accès non justifiés au système. Il lui a également recommandé de renforcer l'efficacité du processus d'examen de la sécurité et des outils de surveillance, de mettre en œuvre des caractéristiques de sécurité plus rigoureuses pour contrôler l'accès au système de correction des demandes de paiement, et de réserver les fonctions d'administration de la sécurité au personnel compétent.<sup>54</sup>

#### **Audiences du Comité**

En juillet 2006, le Ministère a lancé le projet d'examen du contrôle de l'accès afin de passer en revue ses politiques et procédures de contrôle de l'accès et de formuler des recommandations visant à améliorer les exigences en matière de sécurité qui régissent l'accès du personnel à ses systèmes. Les responsables du projet étaient censés présenter des recommandations avant mars 2007. Ces recommandations porteront sur les améliorations et modifications à apporter pour respecter les recommandations du vérificateur et les exigences en matière de sécurité en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

Les données à haute sensibilité de l'Assurance-santé sont conservées dans des bases de données de l'ordinateur central d'un centre de données sécurisé. L'ordinateur central est doté de mécanismes de contrôle spécialisés et rigoureux qui limitent l'accès aux employés qui ont besoin d'accéder aux données ou aux applications particulières. Il n'est pas directement accessible à partir d'Internet afin de prévenir tout accès non autorisé.

L'information est transmise au Ministère sur des réseaux sécurisés, comme Systèmes intelligents pour la santé, qui offrent des services de chiffrement afin de rendre les flux de données inintelligibles. Les flux de données consistent en une

série de codes, comme les numéros de carte Santé, les codes de facturation et les dates, qui n'ont aucun sens pour la plupart des gens.

Des évaluations des menaces ou des risques, des évaluations des facteurs relatifs à la vie privée, des tests de sécurité et des vérifications sont entreprises sur une base continue et une surveillance constante est assurée afin de garantir que l'information est protégée.<sup>55</sup>

## **5. FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ**

### **5.1 Surveillance et contrôle des fournisseurs**

Il incombe aux fournisseurs de s'assurer que les demandes de paiement qu'ils soumettent sont conformes à la *Loi sur l'assurance-santé* et à la liste des prestations, qui constitue un règlement en application de la *Loi sur l'assurance-santé*. Les demandes de paiement sont passées en revue par l'unité de surveillance et de contrôle. Cette unité renseigne les fournisseurs sur le processus et les pratiques de soumission des demandes de paiement et prend les mesures nécessaires pour obtenir le remboursement des trop-payés découlant d'erreurs dans les demandes de paiement soumises.

Les deux types de processus de surveillance des demandes de paiement sont l'examen préliminaire avant paiement et l'examen après paiement. Les demandes de paiement reçues font l'objet d'un examen préliminaire pour en vérifier la conformité aux règles s'appliquant aux actes médicaux qui ont été programmées dans le système de règlement des demandes de paiement pour soins médicaux. Ces règles ne sont pas suffisamment détaillées pour détecter toutes les demandes inappropriées. L'examen après paiement implique l'analyse des demandes de paiement réglées afin de déterminer si elles ont été soumises dans les règles et conformément à la liste des prestations. Les cas criminels potentiels sont transmis à la Police provinciale de l'Ontario aux fins d'enquête.<sup>56</sup>

#### **Suspension du Comité d'étude de la médecine**

Les examens après paiement peuvent donner lieu à différentes mesures, notamment la formation du praticien, le recouvrement direct des montants payés en règlement des demandes contenant des erreurs, la transmission des cas de fraude présumée à la Police provinciale de l'Ontario et, jusqu'à sa suspension en septembre 2004, la transmission des demandes de paiement douteuses au Comité d'étude de la médecine (le Comité). La structure et le processus de révision du Comité étaient semblables à ceux des comités analogues des autres provinces. Ses examens pouvaient avoir différents résultats. Entre 1999-2000 et 2002-2003, 90 cas ont été soumis au Comité et 4,9 millions de dollars ont été récupérés en moyenne chaque année.

En juin 2004, des plaintes de longue date ont amené le ministre à charger Peter Cory, juge retraité de la Cour suprême du Canada, d'étudier le processus de révision. Trois mois plus tard, le ministre a suspendu le Comité et créé le Comité provisoire de vérification des honoraires de médecins. Ce comité agirait comme

organe d'appel temporaire des résultats de vérifications menées avant la suspension ou des décisions prises après la suspension qui concernent le recouvrement des paiements effectués.

M. Cory a publié son rapport final en avril 2005. Ses 118 recommandations incluaient l'établissement d'un nouveau processus de vérification de la facturation des soins médicaux et une nouvelle commission de vérification des honoraires de médecins, indépendante du Ministère et des organismes de réglementation de la profession médicale. Les assises de la vérification devaient être claires, la méthode, transparente et le processus, équitable. Le Ministère s'est engagé à élaborer un plan de mise en œuvre des recommandations du rapport avant l'été 2005. Au moment de la vérification, un plan avait été soumis au Cabinet mais les modifications législatives se faisaient toujours attendre.

Au moment de la suspension du Comité, 110 cas étaient à l'étude. Le vérificateur croyait comprendre qu'aucun de ces cas ne serait rouvert après la mise en place du nouveau processus. En se fondant sur les taux de recouvrement enregistrés entre 1999-2000 et 2002-2003, le personnel de vérification a estimé à 13 millions de dollars en date de mars 2006 les pertes potentielles attribuables à la suspension du Comité.<sup>57</sup>

Le vérificateur a recommandé d'instaurer un processus de vérification efficace dans les meilleurs délais.<sup>58</sup>

### Audiences du Comité

Les modifications à apporter pour réviser le processus de vérification médicale sont décrites dans le projet de loi 171, *Loi sur l'amélioration du système de santé*, déposé par le ministre le 12 décembre 2006. Si ce projet de loi est adopté, le nouveau système de vérification médicale comportera quatre étapes : la formation, la vérification des paiements, la vérification par une nouvelle commission, et un processus d'appel.<sup>59</sup> Des activités de formation sont déjà en cours. Elles comprennent une formation individualisée sur la facturation médicale et une formation continue dispensée par le Ministère et l'OMA sur les modalités à suivre pour facturer l'Assurance-santé.<sup>60</sup>

L'ancien système avait été jugé injuste envers les médecins. Le système proposé est conforme à la plupart des recommandations du juge Cory, sauf qu'il n'y a pas de nouvelles procédures quasi-judiciaires ou de révision. On s'emploiera à accroître les contacts directs avec les médecins afin de leur expliquer les procédures et de régler les divergences. Des efforts seront faits pour s'assurer que le Ministère signale les demandes de paiement qui le préoccupent dans des délais raisonnables. En cas de désaccord, l'affaire serait soumise à la commission de révision.<sup>61</sup>

Lorsqu'on leur a demandé si la meilleure façon d'utiliser les ressources était de s'attaquer à l'utilisation frauduleuse des cartes Santé ou aux erreurs dans les factures des fournisseurs de services, les représentants du Ministère ont répondu qu'il fallait faire face aux deux problèmes. Ils estimaient toutefois, à la lumière du

rapport du vérificateur et du nouveau processus de vérification médicale proposé par le projet de loi 171, que la fraude devrait être le point de mire à court terme. Compte tenu des rapports tels que ceux du vérificateur et des résultats des analyses de risques, les priorités immédiates pourraient changer d'une année à l'autre.<sup>62</sup>

### **Recommandation du Comité**

Le Comité recommande :

**7. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte du nombre de cas à l'étude au moment de la suspension du Comité d'étude de la médecine et des montants correspondants en dollars et confirme que ces cas ne seront pas assujettis au nouveau processus de révision.**

**Le Comité demande au Ministère de présenter une réponse écrite à cette recommandation au greffier du Comité dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.**

### **5.2 Inscription des fournisseurs**

L'Ontario compte environ 28 000 fournisseurs de soins de santé. Pour pouvoir soumettre des demandes de paiement au titre des services de santé assurés, tous les fournisseurs doivent s'inscrire auprès du Ministère et obtenir un numéro de facturation. Ils doivent aussi avoir une adresse de cabinet en Ontario et être titulaires d'un permis d'exercice en règle auprès de leur ordre professionnel. Les bureaux de district reçoivent et traitent les formulaires d'inscription et les documents à l'appui. Le vérificateur a constaté que les dossiers des fournisseurs étaient souvent incomplets.<sup>63</sup>

### **5.3 Mises à jour des renseignements des fournisseurs**

Les renseignements sur les fournisseurs sont conservés dans le système d'inscription des fournisseurs, et des mises à jour périodiques sont envoyées par les ordres professionnels. L'OMCO, par exemple, envoie des courriels hebdomadaires contenant la liste des nouveaux médecins et de ceux dont le permis d'exercice est échu ou a été résilié. Le vérificateur a toutefois constaté que seuls les permis échus à la suite d'une suspension étaient inclus. Le personnel de vérification a demandé et obtenu auprès de l'OMCO la liste de tous les médecins actifs en février 2006. En la comparant aux dossiers du Ministère, il a repéré 725 médecins non titulaires d'un permis d'exercice qui figuraient encore comme médecins actifs dans la base de données du Ministère. Les détails pertinents ont été communiqués au Ministère, qui a promis d'assurer un suivi.

Des avis ont été envoyés au Ministère pour qu'il mette à jour le statut d'autres praticiens. Le personnel de vérification a demandé et obtenu la liste des dentistes et des optométristes actifs en février 2006 auprès de leurs ordres respectifs. Il a conclu que la mise à jour de ces renseignements laissait elle aussi à désirer.

Le vérificateur a recommandé au Ministère de travailler de plus près avec les ordres professionnels concernés pour s'assurer que les renseignements sur les fournisseurs sont mis à jour en temps opportun.<sup>64</sup>

### **Audiences du Comité**

Seulement 40 des 725 médecins non titulaires d'un permis d'exercice identifiés par le vérificateur ont soumis des demandes de paiement pour services rendus après l'expiration de leur permis. Le montant total payé s'élevait à environ 81 000 \$. Tous les paiements excédentaires ont été attribués à des erreurs administratives plutôt qu'à des tentatives de fraude.

Un total de 514 \$ a été payé à trois médecins qui, d'après les dossiers de l'OMCO, étaient décédés. Dans deux des cas, les demandes de paiement avaient été soumises à quelques jours du décès et l'on a jugé qu'une erreur avait été commise au moment d'inscrire la date du service au patient. L'autre cas a été attribué à une erreur dans la demande de paiement soumise.

Dans le cas du médecin qui avait enfreint les conditions de son permis et qui avait été payé pour les services rendus à 300 patients, l'OMCO lui a annoncé en janvier 2003 que son permis avait été révoqué rétroactivement au 1<sup>er</sup> mai 2002. Dans l'intervalle, le médecin avait traité des patients en juin 2002 et facturé environ 8 000 \$ à l'Assurance-santé. Au moment du paiement, il était titulaire d'un permis valide de l'OMCO et autorisé à facturer l'Assurance-santé.

Le Ministère a eu des discussions avec l'OMCO afin d'améliorer la communication des données à compter du début septembre 2006. L'information est reçue une fois par semaine et mise à jour dans la base de données ministérielle sur les fournisseurs dans les trois jours ouvrables qui suivent. Les données incluent toutes les catégories de médecins inactifs. (Les catégories telles que les permis expirés pour cause de décès ou de retraite n'étaient pas incluses avant l'amélioration.) Les renseignements sur l'état des permis d'exercice des médecins identifiés par le vérificateur ont été mis à jour en juillet 2006.

Le Ministère s'emploie avec les ordres professionnels à créer des données de référence contenant une liste de praticiens titulaires d'un permis afin de faciliter la transmission des données électroniques dans l'avenir. (Les autres praticiens qui peuvent facturer l'Assurance-santé se limitent aux optométristes, à certains podiatres et aux cliniques de physiothérapie désignées. Des renseignements sur la facturation sont également maintenus pour les catégories telles que les infirmières praticiennes ou infirmiers praticiens qui peuvent aiguiller des patients vers des fournisseurs de services.) Entre-temps, les renseignements sur les praticiens sont tenus à jour grâce à des communications régulières avec les ordres professionnels.<sup>65</sup>

### **5.4 Protection des renseignements des fournisseurs**

Le vérificateur a examiné les procédures d'administration de la sécurité du système d'inscription des fournisseurs et conclu qu'il fallait améliorer la sécurité à

plusieurs égards (p. ex. il manquait des documents d'approbation pour l'accès au système, et des profils de groupes d'utilisateurs avaient été créés sans les approbations nécessaires).

Le vérificateur a recommandé de documenter les profils de groupes d'utilisateurs de façon appropriée et de maintenir toutes les approbations d'accès au système pour s'assurer que les droits d'accès sont réservés aux personnes qui ont besoin de savoir. Il a également recommandé d'exiger l'examen régulier des privilèges d'accès au système d'inscription des fournisseurs de façon à maintenir uniquement les privilèges nécessaires.<sup>66</sup>

Dans sa réponse initiale, le Ministère a indiqué qu'un projet avait été lancé en juillet 2006 afin de passer en revue ses politiques et procédures de contrôle de l'accès et de formuler des recommandations visant à améliorer les exigences en matière de sécurité qui régissent l'accès du personnel à ses systèmes. Un système qui recueille toutes les données d'autorisation pour l'accès à la base de données sur les fournisseurs du Ministère a été mis en œuvre en juin 2006. Ce système produit des rapports trimestriels qui permettent d'apporter les mises à jour appropriées, notamment en confirmant l'admissibilité continue des profils autorisés.<sup>67</sup>

#### **État de la mise en œuvre par le Ministère – janvier 2007**

La nouvelle base de données a produit son premier rapport, qui couvre la période terminée le 30 novembre 2006. Elle continuera de produire des rapports trimestriels.<sup>68</sup>

## **6. TRAITEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT POUR SOINS MÉDICAUX**

Les demandes de paiement soumises par les fournisseurs sont examinées pour vérifier l'admissibilité du fournisseur et du patient et évaluées en regard des règles établies pour garantir que les paiements sont effectués uniquement pour des services de santé autorisés. Le traitement des demandes de paiement se faisait correctement dans la plupart des cas, mais le vérificateur était néanmoins préoccupé par les points exposés ci-après.

### **6.1 Mises à jour des règles s'appliquant aux actes médicaux**

Lorsque la liste des prestations est modifiée, des changements doivent être apportés au système avant la date de prise d'effet pour garantir le traitement approprié des demandes et leur paiement en bonne et due forme. Le vérificateur a constaté que la mise à jour des règles s'appliquant aux actes médicaux n'était pas toujours faite avec exactitude et rapidité. Les changements requis pour se conformer à la dernière version des règles avaient été apportés à seulement 22 règles sur 68 avant la date de prise d'effet en octobre 2005. Il a fallu attendre à mars 2006 pour que le reste soit mis à jour. Il restait plus de 20 règles à corriger au moment de la vérification.

Le vérificateur a recommandé au Ministère de mettre en œuvre toutes les nouvelles règles s'appliquant aux actes médicaux et d'apporter toutes les corrections en temps opportun.<sup>69</sup>

Dans sa réponse initiale au rapport du vérificateur et à sa recommandation sous la rubrique « Traitement des demandes de paiement pour soins médicaux », le Ministère a indiqué que la plus récente entente sur les services de médecins était très complexe et qu'elle avait mis à rude épreuve l'architecture vieillissante du système de traitement des demandes de paiement. Un examen était prévu pour 2007-2008 afin de trouver des moyens d'accroître l'efficacité du traitement des demandes. Les négociateurs des futures ententes veilleraient à ce qu'il y ait une capacité technique suffisante pour appuyer la mise en œuvre des éléments négociés de l'entente.<sup>70</sup>

## 6.2 Demandes de paiement rejetées

En 2005-2006, plus de 9,5 millions de demandes ont été rejetées au départ. Les demandes rejetées dans le cadre de l'examen automatisé fondé sur les règles sont soumises à l'examen des bureaux de district. Elles peuvent alors être payées si le personnel estime que le service était légitime ou médicalement nécessaire, ou elles peuvent être retournées aux fournisseurs pour qu'ils y apportent des corrections et les présentent de nouveau. Le Bureau du vérificateur se disait préoccupé depuis 1993 par le processus employé au Ministère pour autoriser le paiement des demandes rejetées. Le personnel de vérification a constaté qu'il n'y avait ni lignes directrices, ni normes, ni procédures adéquates pour aider le personnel des bureaux de district à prendre des décisions lorsqu'il évalue les demandes rejetées. Les bureaux de district ne documentaient pas suffisamment leurs décisions d'autoriser le paiement des demandes rejetées. Certaines de ces décisions ont été examinées avec le personnel du Ministère, qui a confirmé que 10 % d'entre elles étaient erronées. Il n'y avait pas d'examen de gestion régulier des dérogations pour garantir que les décisions prises par le personnel étaient cohérentes et pertinentes.<sup>71</sup>

Le vérificateur a recommandé au Ministère d'élaborer des lignes directrices et des procédures pour aider le personnel des bureaux de district à prendre des décisions cohérentes et pertinentes en ce qui concerne le règlement des demandes rejetées, et d'examiner régulièrement un échantillon de dérogations pour garantir leur cohérence ainsi que leur conformité aux lignes directrices.<sup>72</sup>

### État de la mise en œuvre par le Ministère – janvier 2007

Les responsables du projet d'examen du contrôle de l'accès étudieront la recommandation du vérificateur. Ils devraient présenter leur rapport en mars 2007.<sup>73</sup>

### Audiences du Comité

Le Comité a demandé au personnel du Ministère si des changements avaient été apportés afin de préciser dans quelles circonstances une disposition de dérogation entrerait en vigueur. Il est parfois dérogé au rejet initial de la demande de

paiement parce que les changements requis n'ont pas été apportés au système. Les changements sont apportés par ordre de priorité, et la nécessité des dérogations diminue au fur et à mesure des progrès réalisés dans la mise en œuvre des changements. Les responsables du projet d'examen du contrôle de l'accès sont en train d'examiner ces processus, les conditions justifiant une dérogation continue et le type de surveillance nécessaire.<sup>74</sup>

### **Recommandation du Comité**

Le Comité recommande :

**8. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée rende compte des mesures prévues afin d'améliorer le processus de révision des demandes de paiement rejetées conformément aux recommandations des responsables du projet d'examen du contrôle de l'accès.**

**Le Comité demande au Ministère de présenter une réponse écrite à cette recommandation au greffier du Comité dans les 120 jours suivant le dépôt du présent rapport à l'Assemblée législative.**

### **6.3 Traitement des demandes sur papier**

Environ 750 000 demandes de paiement sont soumises sur papier et saisies manuellement dans le système chaque année. Le personnel de vérification a relevé des lacunes dans les mesures prises pour garantir que ces demandes avaient été autorisées (p. ex. les contrôles de l'accès au système de saisie des données laissaient à désirer, et il n'y avait ni suivi, ni examen, ni rapprochement).

Le vérificateur a recommandé d'établir des procédures de rapprochement du nombre et des montants des demandes sur papier, et de renforcer les contrôles de sécurité du système de saisie des données des demandes sur papier afin de garantir que l'accès au système est limité comme il se doit.<sup>75</sup>

### **État de la mise en œuvre par le Ministère – janvier 2007**

Les responsables du projet d'examen du contrôle de l'accès étudieront la recommandation du vérificateur. Ils devraient présenter leur rapport en mars 2007.<sup>76</sup>

## NOTES

- <sup>1</sup> Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006* (Toronto, le Bureau, 2006), p. 180-181.
- <sup>2</sup> Ibid., p. 181-183.
- <sup>3</sup> Ibid., p. 179-180.
- <sup>4</sup> Les cartes blanc et rouge ont été introduites après l'élimination des primes versées en vertu de l'Assurance-santé. Voir Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats (Hansard)*, 2<sup>e</sup> session, 38<sup>e</sup> législature (12 février 2007), P-214.
- <sup>5</sup> Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 183-184.
- <sup>6</sup> Ibid., p. 184.
- <sup>7</sup> Ibid., p. 185.
- <sup>8</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-212.
- <sup>9</sup> Ibid., p. P-229.
- <sup>10</sup> Ibid., p. P-211 et P-222 - P-223. Le Ministère compte également 180 centres de liaison qui servent les petites collectivités à heures fixes. Voir *ibid.*, p. P-211.
- <sup>11</sup> Ibid., p. P-208 et P-213.
- <sup>12</sup> Ibid., p. P-208.
- <sup>13</sup> Ibid., p. P-210 et P-211.
- <sup>14</sup> Ibid., p. P-208 et P-213.
- <sup>15</sup> Ibid., p. P219 – P220.
- <sup>16</sup> Ibid., p. P-216.
- <sup>17</sup> Ibid., p. P-212 – P-215.
- <sup>18</sup> Ibid., p. P-212.
- <sup>19</sup> Ibid., p. P-211 et P-217.
- <sup>20</sup> Ibid., p. P-216 et P-217.
- <sup>21</sup> Ontario, ministère des Transports, « Le gouvernement McGuinty met en place un nouveau permis de conduire », *Canada NewsWire*, 9 mars 2007.
- <sup>22</sup> Lettre du sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario au président du Comité permanent des comptes publics, 15 mars 2007, p. 4.
- <sup>23</sup> Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 185-187.
- <sup>24</sup> Ibid., p. 187.
- <sup>25</sup> Ibid., p. 187-188.
- <sup>26</sup> Ibid., p. 188.
- <sup>27</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209 et P-222.
- <sup>28</sup> Ibid., p. P-221.
- <sup>29</sup> Ibid., p. P-220.
- <sup>30</sup> Ibid., p. P-215.
- <sup>31</sup> Ibid., p. P-222.
- <sup>32</sup> Lettre du sous-ministre au président du Comité permanent des comptes publics, p. 1-2.
- <sup>33</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-221.
- <sup>34</sup> Lettre du sous-ministre au président du Comité permanent des comptes publics, p. 2-3.
- <sup>35</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-220.
- <sup>36</sup> Ibid., p. P-220.
- <sup>37</sup> Ibid., p. P-218 et P-224.
- <sup>38</sup> Lettre du sous-ministre au président du Comité permanent des comptes publics, p. 3.
- <sup>39</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209 et P-221.
- <sup>40</sup> Ibid., p. P-224.
- <sup>41</sup> Ibid., p. P-224.
- <sup>42</sup> Lettre du sous-ministre au président du Comité permanent des comptes publics, p. 3.
- <sup>43</sup> Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 188-190.
- <sup>44</sup> Ibid., p. 191.
- <sup>45</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209 et P-219.
- <sup>46</sup> Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 190.
- <sup>47</sup> Ibid., p. 191.
- <sup>48</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209.
- <sup>49</sup> Ibid., p. P-222.

- <sup>50</sup> Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 190-191.
- <sup>51</sup> Ibid., p. 191.
- <sup>52</sup> Ibid.
- <sup>53</sup> Ibid., p. 191-192.
- <sup>54</sup> Ibid., p. 192.
- <sup>55</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209.
- <sup>56</sup> Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 192-194.
- <sup>57</sup> Ibid., p. 193-194.
- <sup>58</sup> Ibid., p. 194.
- <sup>59</sup> L'annexe G du projet de loi 171 prévoit la création de la Commission de révision des paiements effectués aux médecins, du Comité mixte de la liste des prestations et du Comité de paiement des services de médecin.
- <sup>60</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209 – P-210 et P-218.
- <sup>61</sup> Ibid., p. P-225 – P-226.
- <sup>62</sup> Ibid., p. P-227.
- <sup>63</sup> Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 194-195.
- <sup>64</sup> Ibid., p. 195-196.
- <sup>65</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-210 et P-226.
- <sup>66</sup> Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 196.
- <sup>67</sup> Ibid., p. 198.
- <sup>68</sup> Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Réponse au Rapport annuel 2006 du BVGO, Section 3.08 – Régime d'assurance-santé de l'Ontario », 12 février 2007, p. 10.
- <sup>69</sup> Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 196-197.
- <sup>70</sup> Ibid., p. 199.
- <sup>71</sup> Ibid., p. 197.
- <sup>72</sup> Ibid.
- <sup>73</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Réponse au Rapport annuel 2006 du BVGO », p. 10-11.
- <sup>74</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-222.
- <sup>75</sup> Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2006*, p. 197.
- <sup>76</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Réponse au Rapport annuel 2006 du BVGO », p. 10-11.