

# Recouvrement des coûts des soins de santé découlant d'accidents

## Contexte

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (ministère) a le pouvoir légal de recouvrer les coûts des soins médicaux et d'hospitalisation encourus pour traiter les personnes blessées dans des accidents causés par quelqu'un d'autre. Ces montants sont habituellement recouverts par un mécanisme de « subrogation », un terme juridique propre au droit des assurances. Ce mécanisme accorde au ministère le droit de recouvrer les coûts engagés en raison d'une blessure subie par un assuré à la suite de la faute ou de la négligence d'une autre personne. Dans un cas de subrogation, l'avocat de la personne blessée est tenu d'agir au nom du ministère, libérant ainsi la Couronne de l'obligation d'engager son propre conseiller juridique.

Jusqu'en 1990, le droit de subrogation du ministère s'appliquait également aux blessures subies dans des accidents d'automobile où un conducteur assuré en Ontario était en faute. Mais en vertu des modifications apportées cette année-là à la *Loi sur les assurances*, qui réformait l'industrie de l'assurance automobile en Ontario, ce droit a été éliminé. La province n'a recouvré aucun coût de santé découlant d'accidents d'automobile depuis 1996,

lorsque la *Loi sur les assurances* et les règlements connexes ont été modifiés pour obliger les compagnies d'assurance automobile à payer une cotisation annuelle en vue de compenser les coûts relatifs au système de santé (cotisation). La province perçoit la cotisation au lieu de procéder à des demandes individuelles d'indemnité en subrogation auprès des conducteurs fautifs. Le ministère des Finances administre la *Loi sur les assurances* alors que la Commission des services financiers de l'Ontario (Commission) est responsable de percevoir la cotisation annuelle des compagnies d'assurance automobile. Depuis 1996, cette cotisation a permis à la Commission de recueillir chaque année environ 80 millions de dollars.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a un droit de subrogation à l'égard de tous les services assurés dispensés aux victimes d'accidents autres que des accidents d'automobile en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, et de tous les services et avantages rendus conformément aux dispositions de la *Loi sur les soins de longue durée*. En général, ces accidents comprennent les chutes, les fautes professionnelles médicales, la responsabilité du fait du produit et la responsabilité générale. Les coûts sont recouverts par l'Unité de subrogation (Unité) de la Direction de l'approvisionnement et des services financiers du ministère. L'Unité compte 21 employés

et dépense environ 2,5 millions de dollars par an pour traiter en moyenne 13 000 dossiers de cas actifs, recouvrant ainsi environ 12 millions de dollars par année (après déduction des frais juridiques). Le montant total des cotisations et les autres recouvrements par subrogation sont demeurés stables au cours des huit dernières années, comme le montre la figure 1.

## Objectif et portée de la vérification

Notre vérification visait à évaluer si des politiques et des procédures satisfaisantes étaient en place pour repérer et recouvrer le coût des services de santé fournis aux personnes blessées en raison de la négligence de quelqu'un d'autre.

Notre vérification a été accomplie dans le respect des normes relatives aux missions de certification, englobant l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, et comprenait, en conséquence, les sondages et autres procédures que nous jugeons nécessaires dans les circonstances. Avant d'entamer nos travaux, nous avons défini les critères de vérification que nous appliquerions pour répondre à l'objectif de la vérification. La haute direction du ministère les a examinés et approuvés.

La portée de notre vérification comprenait un examen et une analyse des données disponibles à l'Unité de subrogation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et à la Commission des services financiers de l'Ontario du ministère des Finances. De plus, nous avons interrogé le personnel responsable de l'administration des activités de recouvrement des coûts de soins de santé. Nous avons également examiné les programmes de recouvrement par des tiers dans d'autres territoires de compétence, ainsi que les projets de recherche et les rapports connexes de spécialistes du domaine

**Figure 1 : Recouvrements annuels des coûts des soins de santé**

Source des données : Comptes publics de l'Ontario

Exercice	Revenus – Cotisations <sup>1</sup> (en millions de dollars)	Revenus – Subrogation (en millions de dollars)	Total (en millions de dollars)
1995-1996	–	5,3	5,3
1996-1997	32,9	9,7	42,6
1997-1998	78,3	9,2	87,5
1998-1999	79,1	12,8	91,9
1999-2000	81,1	10,4	91,5
2000-2001	83,9	12,3	96,1
2001-2002	77,1	10,7	87,8
2002-2003	82,2	13,3	95,5
2003-2004	80,2	11,7	91,9
2004-2005	80,3	12,0	92,3

<sup>1</sup> Les revenus liés aux cotisations annuelles varient par rapport au montant total requis de 80 millions de dollars, principalement en raison du moment où les paiements des compagnies d'assurance ont été reçus.

du recouvrement du coût des soins de santé découlant d'une faute ou d'une négligence.

Notre vérification ne comprenait pas un examen des politiques et procédures de recouvrement des coûts des soins de santé par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario dans le cas de personnes assurées blessées au lieu de travail. Nous n'avons pas examiné non plus le processus utilisé par la Commission des services financiers pour évaluer les dépenses dans le domaine de la santé et percevoir la cotisation auprès des différentes compagnies d'assurance automobile, puisque le montant total est établi par règlement et est simplement attribué aux compagnies d'assurance automobile en fonction de leur revenu-primaires connexe.

Le Service de vérification interne du ministère n'a effectué récemment ni vérifications ni examens portant sur les activités de l'Unité de subrogation ou sur la cotisation perçue pour compenser les coûts relatifs au système de santé pouvant influencer sur la portée de notre vérification.

## Résumé

Les ministères de la Santé et des Finances n'avaient pas mis en place des politiques et des procédures satisfaisantes pour repérer et recouvrer le coût des services de santé financés par la province et dispensés à des personnes blessées par la faute de quelqu'un d'autre. Nous croyons que les ministères pourraient potentiellement recouvrer des montants deux fois plus élevés que ce qui est recouvert à l'heure actuelle, peut-être un montant additionnel de 100 millions de dollars par année. Toutefois, pour atteindre ce résultat, les ministères devront avoir accès à des données plus précises sur les coûts de santé recouvrables encourus à l'heure actuelle par la province.

Le ministère des Finances n'a pas modifié la cotisation annuelle de 80 millions de dollars facturée à l'industrie de l'assurance automobile depuis son introduction en 1996. Le ministère des Finances a indiqué qu'il a entrepris des examens informels périodiques de la cotisation annuelle payée par les assureurs pour compenser les coûts qu'entraînent les accidents d'automobile pour le système de santé. Dans chacun de ces cas, il a été décidé de maintenir le niveau de cotisation actuel en raison de l'instabilité des taux d'assurance automobile et de l'effet négatif potentiel sur les primes. Toutefois, puisque le prélèvement par véhicule immatriculé en Ontario est parmi les moins élevés au pays et que les coûts de santé en Ontario ont augmenté de 70 % depuis 1996, des arguments convaincants ont été évoqués en faveur d'un examen formel du montant actuel de la cotisation de 80 millions de dollars. Les revenus découlant de la cotisation annuelle augmenteraient de plus de 56 millions de dollars si la province recouvrait une proportion des coûts des soins de santé équivalente à ce qui était recouvert en 1996. Une telle augmentation se traduira également par un montant de cotisation par véhicule

plus comparable à celui qui est observé dans la plupart des autres provinces.

Des données complètes sur les coûts des services de santé dispensés aux personnes blessées dans des accidents de la route n'étaient pas accessibles. Mais notre examen des données accessibles, et des comparaisons avec la situation dans d'autres territoires de compétence, nous a amenés à conclure que les coûts de santé réels encourus par la province sont considérablement plus élevés que ce qui est actuellement recouvert au moyen de la cotisation annuelle et que le total des recouvrements en Ontario est proportionnellement moins élevé que dans la plupart des autres provinces.

Les politiques et procédures de subrogation du ministère de la Santé et des Soins de longue durée à l'égard des cas d'accidents autres que les accidents d'automobile ne permettaient pas d'assurer que tous les coûts admissibles étaient repérés et recouverts comme ils devraient l'être. En particulier, nous avons constaté les points suivants :

- Aucune étude ni analyse n'a porté récemment sur les coûts réels des services de santé dispensés à des personnes blessées dans un accident. L'absence de système d'information ou de processus de collecte et d'analyse des données sur les coûts des soins de santé et des données sur l'industrie de l'assurance a limité la capacité du ministère à quantifier le nombre et le coût des cas non signalés.
- Même si le ministère avait mis en place certaines procédures en vue de repérer et de signaler de façon proactive les poursuites judiciaires et les règlements, de nombreuses mesures additionnelles pourraient être prises pour repérer les cas non signalés qui pourraient justifier une subrogation. Les employés du ministère ont reconnu que de nombreux cas qui pourraient avoir un intérêt pour eux ne sont pas signalés. Les hôpitaux à eux seuls ont encouru des coûts de plus de 500 millions de dollars en 2004 pour traiter plus de 38 000 personnes qui s'étaient blessées en tombant, mais seulement environ 2 800 de

ces cas faisaient annuellement l'objet d'une subrogation par le ministère. Il est donc fort probable que des montants plus élevés puissent être recouverts, même si aucune étude n'a montré quelle proportion de ces accidents est attribuable à la négligence d'une tierce personne.

- Chaque entente conclue par les membres du personnel devait être approuvée par la direction, quel que soit le montant, pour s'assurer que les ententes conclues étaient appropriées dans les circonstances. Les documents justifiant les ententes de règlements étaient insuffisants et n'avaient pas été périodiquement examinés par un niveau d'autorité approprié.
- Dans le calcul des recouvrements des coûts d'hospitalisation, le ministère n'a pas utilisé les tarifs des services hospitaliers facturés aux non-résidents non assurés recevant un traitement dans la province, comme l'exige la loi. Il a plutôt utilisé les tarifs de facturation interprovinciale des services hospitaliers, normalement facturés aux autres Canadiens blessés en Ontario. Les tarifs facturés aux patients non assurés sont, en moyenne, de 77 % plus élevés que les tarifs de facturation interprovinciale actuellement utilisés par le ministère. Bien que d'autres provinces utilisent également les tarifs de facturation interprovinciale des services hospitaliers, celles-ci tiennent compte du coût en capital de 25 % à 30 %, ce qui n'est pas le cas de l'Ontario.
- Le ministère ne disposait pas des systèmes de collecte de données nécessaires pour lui permettre de s'acquitter de façon proactive de sa responsabilité en matière de surveillance des compagnies d'assurance automobile pour s'assurer qu'elles s'acquittent de leurs responsabilités à l'égard du paiement des services de santé non professionnels dispensés aux personnes blessées dans des accidents d'automobile.

Le ministère doit également examiner la faisabilité et la rentabilité d'autres méthodes de recouvrement, telles que les ententes de subrogation en bloc conclues avec des compagnies d'assurance

responsabilité semblables à la cotisation versée par les compagnies d'assurance automobile, dans le but d'augmenter les recouvrements des coûts de santé découlant d'accidents autres que les accidents d'automobile.

## Constatations détaillées de la vérification

### COTISATION VISANT À COMPENSER LES COÛTS RELATIFS AU SYSTÈME DE SANTÉ

Avant l'adoption des modifications apportées à la *Loi sur les assurances* en 1990, le ministère de la Santé avait un droit complet de subrogation contre les défendeurs en cas de litige découlant d'un accident d'automobile. Entre 1978 et 1990, le ministère a conclu des ententes volontaires individuelles, couramment appelées des « ententes de subrogation en bloc », avec l'industrie de l'assurance automobile. En vertu de ces ententes, les assureurs payaient un montant forfaitaire au ministère pour les coûts des soins de santé afin d'éviter la subrogation au cas par cas. Ces montants étaient fondés sur un pourcentage des primes de responsabilité civile de l'assureur, jusqu'à un maximum de 2,4 %. Au cours de la dernière année des ententes, le ministère a recouvré 52 millions de dollars auprès de l'industrie de l'assurance. Depuis l'adoption des modifications apportées à la *Loi sur les assurances* en 1990, le droit de subrogation et les ententes de subrogation en bloc ont été éliminés, et la province ne recouvrait plus auprès des compagnies d'assurance automobile une partie des coûts des soins de santé.

En 1996, la *Loi sur les assurances* a été modifiée pour inclure une cotisation annuelle des compagnies d'assurance automobile pour compenser les coûts des soins de santé encourus par le ministère. Ce montant, appelé « cotisation pour les coûts relatifs au système de santé » (cotisation), a été fixé à

80 millions de dollars par année et visait à aider à défrayer les coûts encourus en vertu des lois ou des programmes administrés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Selon le ministère des Finances, depuis la création de la cotisation, le montant de celle-ci a fait régulièrement l'objet d'examen informels, mais aucun examen formel n'a été entrepris. Depuis, dans chacun de ces cas, il a été décidé de maintenir le niveau actuel de cotisation, et le montant est demeuré le même. Les négociations tenues au départ pour déterminer le montant de la cotisation reconnaissaient que ce nouveau coût entraînerait une hausse des primes facturées par les assureurs. Depuis, le public a manifesté de nombreuses préoccupations à l'égard du coût croissant des primes d'assurance automobile. Par conséquent, le ministère des Finances s'est efforcé de trouver des façons de réduire les coûts encourus par les automobilistes et les assureurs. Par exemple, la taxe de vente de 4 % sur les primes d'assurance a progressivement été éliminée en quatre ans, à compter de 2001. Depuis sa mise en œuvre, cette mesure a permis aux conducteurs assurés d'économiser au moins 800 millions de dollars et près de 380 millions de dollars seulement au cours de l'exercice 2004-2005.

Des réformes ont également été introduites pour contrôler la hausse des coûts des soins de santé. Par exemple, on a élaboré des lignes directrices sur le traitement des blessures mineures, telles que le coup de fouet cervical, pour que les personnes blessées reçoivent un traitement approprié couvert par leur police d'assurance plutôt que d'être prises en charge par le système de soins de santé.

Dans le cadre de notre vérification, nous avons fait une comparaison entre le montant de la cotisation et les variations des coûts pour le système de santé provincial et des primes de responsabilité civile automobile depuis 1996. Les résultats de notre analyse ont indiqué que, même si les coûts des services hospitaliers et médicaux ont augmenté de près de 70 %, la cotisation a été maintenue à 80 millions de dollars. Pour recouvrer aujourd'hui

un montant proportionnel à ce qui était perçu en 1996, il faudrait que le montant de la cotisation soit augmenté de 56 millions de dollars. En outre, nous constatons que la cotisation fondée sur un pourcentage des revenus des compagnies d'assurance liés aux primes de responsabilité civile automobile a diminué d'environ 4 % à approximativement 2 %.

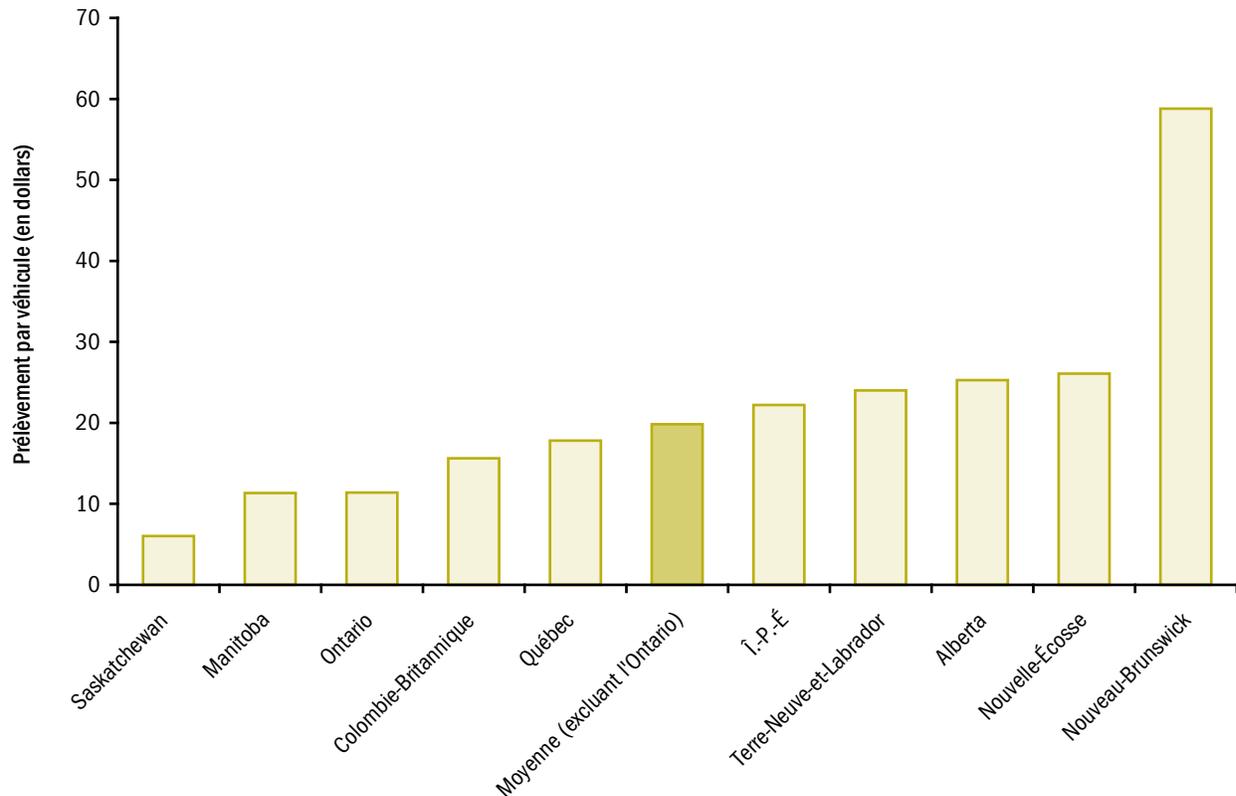
Nous avons également comparé la cotisation en Ontario et les montants perçus dans d'autres territoires de compétence et avons constaté que le taux par véhicule immatriculé en Ontario était parmi les plus bas au Canada, comme l'illustre la figure 2. Si la cotisation par véhicule immatriculé de l'Ontario était haussée pour correspondre à la moyenne nationale, le montant de la cotisation augmenterait de 60 millions de dollars, soit environ 8 dollars par véhicule immatriculé.

Compte tenu des différences au chapitre du nombre d'habitants et de véhicules immatriculés, les autres provinces semblent réussir à recouvrer un pourcentage considérablement plus élevé de leurs coûts de santé découlant d'accidents auprès de l'industrie de l'assurance. En Alberta, dans un rapport présenté en juillet 2003 préparé par un groupe d'étude indépendant, parrainé et financé conjointement par le Bureau de l'assurance du Canada et le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta, on estimait que le coût annuel du traitement des personnes blessées dans de tels accidents pour le système de santé de l'Alberta s'élevait à plus de 150 millions de dollars. L'estimation était fondée sur les résultats d'une étude menée sur un échantillon de 32 000 blessures subies dans cette province en 2001. Le groupe a également estimé qu'environ les deux tiers de ces coûts, soit environ 100 millions de dollars, étaient le résultat d'une négligence. L'Alberta recouvrait environ 60 % de ces coûts (60,3 millions de dollars) auprès de l'industrie de l'assurance.

Les cotisations perçues par d'autres provinces peuvent être proportionnellement plus élevées puisque la plupart des autres territoires de compétence obligent leur ministère de la Santé respectif à

## Figure 2 : Comparaison du montant des cotisations versées par l'industrie de l'assurance automobile pour compenser les coûts de santé encourus par les provinces, 2004

Source des données : Conférence interprovinciale de 2004 sur la responsabilité civile et *Enquête sur les véhicules au Canada* (Statistique Canada, 2004)



examiner et à évaluer chaque année si l'impôt-santé permet de recouvrer les coûts de santé provinciaux découlant d'une négligence. Dans le cadre de ces processus d'examen, les ministères provinciaux de la Santé tentent de quantifier les coûts réels des services de santé dispensés à des personnes blessées dans un accident de la route. Nous avons constaté que les sommes perçues au titre de l'assurance-maladie dans deux autres provinces qui avaient un processus plus formel avaient augmenté en moyenne de 45 % depuis 1996.

En Ontario, ni le ministère des Finances ni celui de la Santé n'ont formellement étudié le coût des services de santé dispensés aux personnes blessées dans un accident d'automobile. Il est difficile de faire des estimations fiables en l'absence de telles études. Quoiqu'il en soit, puisque le nombre de blessures subies dans des accidents de la route est nettement plus élevé en Ontario qu'en Alberta (plus

de 84 000 blessures en 2003 selon les données du ministère des Transports de l'Ontario), les coûts de santé connexes devraient également être nettement plus élevés que les coûts encourus par l'Alberta. Il est donc probable que l'Ontario recouvre beaucoup moins que 60 % de ses coûts de santé réels découlant d'accidents d'automobile causés par d'autres personnes.

### RECOMMANDATION

Pour aider à s'assurer que la cotisation annuelle en vue de compenser les coûts relatifs au système de santé atteint son objectif d'origine, le ministère des Finances, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, doit déterminer si le montant actuel de la cotisation est suffisant pour recouvrer le coût des services de santé financés par la province et

dispensés aux personnes blessées dans un accident d'automobile.

## RÉPONSES DES MINISTÈRES

### Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le ministère souscrit pleinement à la recommandation du vérificateur général au sujet de l'examen de la pertinence de la cotisation annuelle en vue de compenser les coûts relatifs au système de santé. En consultation avec le ministère des Finances, le ministère procédera à une analyse appropriée pour s'assurer que la cotisation est conforme à l'esprit du règlement de 1996. En prévision de cet examen conjoint anticipé, le ministère cherchera des sources de données pour déterminer les coûts complets réels associés aux blessures subies dans des accidents d'automobile et les coûts potentiellement recouvrables au cours des dix dernières années.

### Ministère des Finances

Le ministère est d'accord avec cette recommandation et examinera la cotisation, en tenant compte des coûts des soins de santé découlant d'accidents d'automobile et de l'incidence d'une hausse de la cotisation sur les primes d'assurance automobile en Ontario.

## COÛT DE LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ AUX VICTIMES D'UN ACCIDENT

Depuis 1990, aucune étude ni analyse définitive n'a été entreprise pour déterminer le coût réel des services de santé associés au traitement de blessures subies dans un accident. Des dossiers médicaux permettent de retracer uniquement les victimes d'un accident qui se présentent au service des urgences ou qui sont hospitalisées, et non celles qui reçoivent un traitement directement d'un médecin ou dans une clinique. En vertu du processus actuel

de facturation du RASO, un médecin n'est pas tenu d'indiquer si les services sont fournis pour traiter une blessure découlant d'un accident, sauf dans le cas d'accidents de travail couverts par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. De même, les données relatives aux accidents routiers et les rapports d'accidents des services de police ne sont pas liés au système de santé. Par conséquent, il est difficile d'obtenir directement des renseignements sur les accidents.

Dans le cadre de notre vérification, nous avons tenté d'estimer le coût des soins hospitaliers dispensés à des personnes blessées dans un accident d'automobile et à la suite d'une chute. En utilisant les bases de données statistiques du ministère pour l'exercice 2003-2004, nous avons obtenu un rapport sur le nombre d'hospitalisations signalées attribuées à ces types d'accidents et les coûts d'un échantillon de ces cas. Les données sur les cas particuliers ont été préparées en utilisant les codes de la Classification internationale des maladies (codes CIM-10). Élaborés par l'Organisation mondiale de la santé, ces codes de diagnostic clinique permettent de classer les cas par maladie, par blessure et par cause de la mort. Les résultats de notre analyse sont résumés à la figure 3. Bien que seulement une portion de ces accidents ait été le résultat d'une négligence, les données montrent l'importance des coûts potentiels pour le système de santé. D'autres études devront être menées dans ce domaine. L'expérience acquise par les autres provinces qui ont mené de telles études pourrait être utile pour mener les études qui s'avèrent nécessaires en Ontario.

Il est essentiel qu'une analyse des coûts associés aux services de santé dispensés aux personnes blessées à la suite d'une négligence soit menée pour s'assurer que les futures négociations avec l'industrie de l'assurance seront fondées sur des renseignements fiables sur les coûts réels de la prestation de ces services. Par exemple, il serait utile de connaître

**Figure 3 : Estimation des coûts d'hospitalisation attribuables à des accidents, 2003-2004**

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, bases de données de l'initiative de détermination des coûts par cas de l'Ontario

Type d'accident	Nombre de cas au service des urgences	Coût des services – Service des urgences (en millions de dollars)	Nombre de cas hospitalisés	Coût d'hospitalisation (en millions de dollars)	Estimation des coûts totaux des services hospitaliers (en millions de dollars)
Accidents d'automobile	74 890	24,3	6 865	94,1	118,4
Chutes	344 360	76,8	38 780	451,4	528,2
<b>Total</b>	<b>419 250</b>	<b>101,1</b>	<b>45 645</b>	<b>545,5</b>	<b>646,6</b>

la proportion de chutes attribuables à la négligence d'autres personnes.

### RECOMMANDATION

*(Cette recommandation et toutes les recommandations subséquentes ont été présentées au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.)*

Pour aider à déterminer les montants recouvrables pour compenser les coûts des services de santé dispensés à des personnes blessées à la suite d'une négligence de quelqu'un d'autre, le ministère doit élaborer une méthode rentable qui lui permettra de recueillir périodiquement les données sur les coûts nécessaires pour être en mesure d'estimer de façon fiable le coût pour le système de santé.

### RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère souscrit pleinement à la recommandation du vérificateur général et examinera les bases de données ministérielles qu'il pourrait utiliser en vue d'obtenir des renseignements plus précis sur le coût du traitement des victimes d'accidents et participera avec le ministère des Finances aux examens futurs des cotisations visant à compenser les coûts des soins de santé. Dans le cadre de l'analyse et de l'évaluation des coûts des soins de santé visant à établir la pertinence de ces cotisations, le ministère élaborera

un mécanisme (tel que la préparation de rapports statistiques) pour aider à déterminer les coûts recouvrables.

### DÉTERMINATION DES CAS POTENTIELS DE SUBROGATION

Pour que l'Unité de subrogation puisse bien faire son travail, il faut que les demandeurs, leurs avocats et les assureurs des défendeurs respectent une exigence législative selon laquelle ils sont tenus d'aviser le ministère des poursuites en cours, des demandes d'indemnisation en vertu des polices d'assurance et des règlements dans les cas de négligence. Toutefois, l'Unité n'a pas les ressources ni une méthode systématique lui permettant de retracer de façon proactive les cas où elle n'a pas été avisée d'une poursuite judiciaire ou d'un règlement qui aurait pu donner lieu à des recouvrements.

Selon les résultats d'un examen interne mené en 1996, les membres du personnel de l'Unité ont indiqué qu'ils n'étaient avisés que de 60 % des cas potentiels de recouvrement des coûts des soins de santé. Ils ont mentionné que le problème s'aggraverait inévitablement à mesure que les représentants juridiques repéreront les failles de la législation existante. Par exemple, de nombreuses grandes organisations disposent de leur propre régime d'assurance ou ont une franchise élevée et préfèrent

rent souvent régler directement le différend avec la partie lésée pour éviter la publicité ou la hausse des primes d'assurance. Les exigences de signalement prévues par la loi ne visent pas les organismes qui disposent de leur propre régime d'assurance. Par conséquent, l'Unité croit que de nombreux cas potentiels de responsabilité civile ne sont toujours pas repérés ni signalés au ministère.

Les assureurs devraient remplir un rapport d'accident standard pour chaque demande d'indemnisation, fournissant ainsi au ministère les détails de la demande d'indemnisation, incluant des renseignements sur l'assureur et la partie lésée. Au moment de notre vérification, la direction du ministère estimait que seulement 2 % de ses cas actuels de subrogation étaient le résultat de renseignements fournis par les assureurs. Selon les juristes, si les assureurs de responsabilité civile signalaient volontairement tous les règlements à l'amiable, les revenus de subrogation du ministère augmenteraient de 25 %, ou de 3 millions de dollars.

Le ministère doit également avoir accès à des renseignements plus précis pour l'aider à surveiller le processus de signalement des demandes d'indemnisation par les assureurs. Par exemple, le ministère doit recueillir des renseignements pour comparer le nombre de cas signalés par les assureurs et leur part du secteur de l'assurance de responsabilité civile et les données sur leurs antécédents du risque. Les compagnies dont le nombre de notifications est inférieur à la moyenne si l'on tient compte du nombre de polices souscrites ou des pertes encourues pourraient devoir fournir des explications. Dans une province, le ministère de la Santé fait le suivi des cas signalés par les compagnies d'assurance aux fins d'analyse.

Une façon de retracer de façon proactive les cas potentiels de subrogation à la source consiste à recueillir périodiquement des renseignements sur les cas contenus dans les bases de données des hôpitaux qui utilisent les codes CIM-10. Dans le cadre de notre vérification, nous avons demandé au ministère d'utiliser ces codes pour préparer une

analyse de tous les patients recevant des traitements à l'hôpital pour des blessures subies à la suite d'une chute au cours de l'exercice 2003-2004. Cette analyse nous a révélé qu'environ 38 000 personnes avaient été hospitalisées cette année-là en raison d'une blessure consécutive à une chute, ce qui correspond à un coût d'environ 530 millions de dollars pour le système hospitalier de la province. En comparaison, l'Unité de subrogation recouvre annuellement les coûts associés à environ 2 800 cas de blessures consécutives à une chute, soit moins de 7 % des hospitalisations pour cette raison. Même s'il est peu probable que la majorité des chutes soient attribuables à la négligence d'une tierce partie, le très faible taux de notification laisse croire que les assureurs de responsabilité civile n'avisent peut-être pas le ministère de tous les règlements négociés.

Les données provenant d'un échantillon de 11 hôpitaux ontariens indiquaient également que 50 patients ont subi des blessures graves à la suite d'une chute accidentelle, entraînant dans chaque cas des coûts d'hospitalisation de plus de 100 000 dollars. Ces coûts ne comprennent pas les montants payés par le RASO pour les services médicaux ou tout autre service fourni par des établissements de soins de longue durée ou d'autres fournisseurs de services. Nous avons fourni ces données à l'Unité et, en mai 2005, elle menait toujours une enquête sur les cas en vue de déterminer si l'un de ceux-ci pourrait faire l'objet d'une subrogation.

Une autre façon d'inciter les assureurs et les avocats à signaler un plus grand nombre de règlements consiste à leur rappeler périodiquement leur responsabilité en vertu de la loi d'informer le ministère de la conclusion de tous les règlements de ce type. Pour ce faire, le ministère pourrait publier des articles dans les périodiques de l'industrie de l'assurance et des professions juridiques, prendre la parole dans le cadre de conférences appropriées ou travailler avec les associations de l'industrie pour préciser les responsabilités respectives dans ce domaine.

## RECOMMANDATION

Pour améliorer l'efficacité du processus de notification dans les cas potentiels de subrogation, le ministère doit :

- évaluer le potentiel de l'utilisation des données contenues dans les systèmes d'information sur les soins de santé pour retracer les demandes d'indemnisation non signalées pouvant faire l'objet d'une subrogation;
- élaborer un processus efficace de collecte et d'analyse des données sur les demandes d'indemnisation soumises aux compagnies d'assurance;
- élaborer une stratégie d'éducation des intervenants pour sensibiliser davantage les avocats et les assureurs à leurs obligations en vertu de la loi de signaler les accidents découlant de la négligence de quelqu'un d'autre.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère est d'accord avec le vérificateur général quant à l'existence d'un certain nombre de possibilités qui permettraient d'améliorer l'efficacité du processus de notification des cas potentiels de subrogation. Dans le cadre de l'examen de la pertinence d'utiliser les données contenues dans les bases de données ministérielles pour établir les coûts encourus dans le traitement des victimes d'accidents d'automobile, le ministère évaluera également la pertinence d'utiliser les données pour retracer les demandes d'indemnisation des victimes d'accidents d'automobile non signalées pour lesquelles le ministère pourrait avoir un droit de subrogation. De plus, le ministère continuera à chercher d'autres sources de données potentielles qui existent déjà ou sont en cours d'élaboration au ministère ou dans d'autres ministères.

Le ministère a reconnu la nécessité d'établir différentes exigences en matière de signale-

ment, incluant la nécessité de saisir des données non disponibles à l'heure actuelle. Le ministère créera une base de données interne qui fournira des données essentielles telles que le rapport entre le nombre d'accidents signalés par chaque assureur privé de risques divers de la province et le volume d'activités signalé par les assureurs dans leur rapport statistique annuel. Lorsqu'un écart important est observé entre le nombre de cas d'accidents signalé au ministère et les pertes signalées par l'assureur, l'assureur fera l'objet d'un suivi.

Par le passé, le ministère a publié un avis dans l'Ontario Report (une publication en série qui contient, entre autres, des avis gouvernementaux à l'intention des juristes) pour rappeler aux conseillers juridiques leur obligation en vertu de la loi d'inclure une réclamation au nom du ministère dans la demande d'indemnisation de leur client (personne assurée) pour un accident corporel. Le ministère déterminera le moment approprié pour la publication future d'un avis à l'intention des sollicitateurs. En outre, dans le cadre d'une stratégie d'éducation des intervenants, le ministère continuera à tenir des séances d'information dans les conférences et les salons commandités par l'industrie, où son public cible sera les spécialistes des réclamations d'assurance privée, les avocats et les professionnels de la santé. De plus, d'autres stratégies seront évaluées et mises en œuvre selon leur efficacité prévue. Ces stratégies pourraient comprendre la publication d'articles dans des publications de l'industrie et l'obtention de l'engagement des sociétés d'avocats des demandeurs à présenter les exigences du ministère à des occasions précises, telles que les séminaires de l'Ontario Trial Lawyers Association.

## EXAMEN DES DOSSIERS DE SUBROGATION

Le directeur et les agents de l'Unité de subrogation ont la responsabilité d'évaluer les cas potentiels pour s'assurer d'optimiser le droit du ministère, reconnu par la loi, à recouvrer des fonds. Chaque année, l'Unité ouvre et ferme environ 5 000 dossiers de cas. Les agents de subrogation profitent d'une grande autonomie pour conclure des ententes avec les demandeurs, leurs représentants juridiques et les estimateurs d'assurance.

Dans le cadre de l'examen d'un échantillon de dossiers de subrogation, nous avons observé les points suivants :

- En vertu de la politique actuelle de l'Unité, un agent de subrogation n'est pas tenu d'obtenir l'approbation du directeur de l'Unité avant d'accepter une offre de règlement. À l'heure actuelle, les agents de subrogation ont le pouvoir complet, quel que soit le montant en dollars en jeu dans un cas, d'accepter ou de rejeter une offre de règlement ou de la renvoyer à la haute direction.
- Même si, en vertu de la politique de l'Unité, les dossiers des agents de subrogation doivent être examinés par le directeur ou le chef d'équipe, nous n'avons pas trouvé de documents ou de rapports formels sur les résultats de ces examens ni aucune recommandation à cet égard. Les dossiers de cas que nous avons examinés ne contenaient généralement pas les documents nécessaires pour appuyer le règlement conclu. Dans un cas portant sur des coûts de santé passés et futurs de 700 000 dollars, l'agent de subrogation a accepté une offre de 200 000 dollars présentée au téléphone par l'avocat. Toutefois, le dossier ne présentait pas les calculs ayant servi à établir la prévision des coûts de santé futurs ni les raisons expliquant pourquoi l'offre de règlement avait été jugée acceptable.

Nous avons constaté que les politiques et procédures d'au moins une province exigeaient l'approbation par la haute direction des règlements de plus

de 50 000 dollars. En outre, le directeur du programme de cette province a indiqué qu'un processus standard était utilisé pour vérifier périodiquement la conformité des dossiers aux politiques et aux procédures en matière de documentation.

Un tel examen indépendant des dossiers fermés donne à la haute direction du ministère une certaine assurance que les décisions et les mesures sont correctement documentées, sur le plan tant administratif que juridique, et qu'un règlement raisonnable est conclu dans les circonstances. Étant donné la complexité du processus de subrogation, un examen périodique par des experts indépendants pourrait être une occasion d'offrir une formation au personnel et d'aider à uniformiser davantage le processus de recouvrement.

### RECOMMANDATION

Pour aider à s'assurer que les décisions relatives aux règlements sont appropriées et étayées par la documentation nécessaire, le ministère doit :

- mettre à jour ses politiques pour exiger que les règlements d'une valeur dépassant un montant déterminé soient approuvés par la direction;
- mener périodiquement un examen indépendant des dossiers de cas et documenter les résultats, incluant les mesures prises pour corriger les lacunes, le cas échéant.

### RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère est d'accord avec les conclusions tirées par le vérificateur général à la suite de l'examen et de l'évaluation des politiques et procédures opérationnelles actuelles en matière de subrogation. Pour l'heure, les agents de subrogation qui sont responsables de l'élaboration des dossiers et de la négociation de règlements de subrogation du ministère ont le contrôle complet des dossiers qui leur sont confiés. Les dossiers de subrogation sont renvoyés ou communiqués aux cadres supérieurs ou au directeur en

raison de leur complexité ou pour des raisons exceptionnelles (telles qu'une variation de la jurisprudence), et non en fonction de la valeur du droit de subrogation potentiel. Même si toutes les mesures prises à l'égard d'un dossier doivent être documentées, le ministère reconnaît que cette exigence n'est pas respectée dans certains cas.

Pour s'assurer que les décisions relatives aux règlements sont appropriées, le ministère :

- effectuera un examen de ses politiques et procédures actuelles;
- mettra à jour les procédures opérationnelles pour tenir compte d'un nouveau système automatisé de gestion des tâches;
- exigera que la direction approuve les règlements d'une valeur dépassant un montant déterminé;
- élaborera un processus normalisé d'examen périodique de la conformité des dossiers de cas aux politiques et aux procédures de documentation fondé sur les pratiques exemplaires adoptées dans les autres territoires de compétence.

## CALCUL DES COÛTS HOSPITALIERS

La *Loi sur l'assurance-santé* définit, aux fins de subrogation, le coût d'un service rendu à une personne assurée – un résident de l'Ontario – dans un hôpital ou un établissement de soins de santé. En vertu de la *Loi*, le ministère est tenu, en particulier, d'utiliser les tarifs hospitaliers qui s'appliquent aux personnes non couvertes par un régime provincial d'assurance-santé. Ces tarifs sont considérablement plus élevés que les tarifs de facturation interprovinciale des services hospitaliers facturés aux autres Canadiens recevant un traitement en Ontario.

Au cours d'un examen d'un échantillon de dossiers de subrogation, nous avons observé que le ministère n'utilisait pas les tarifs requis facturés aux

patients non assurés dans la préparation des sommaires de paiements. Il appliquait plutôt les tarifs de facturation interprovinciale tant aux services aux patients hospitalisés qu'aux services de consultation externe. Même si l'Unité maintient les tarifs facturés aux patients non assurés pour tous les hôpitaux ontariens et les met à jour chaque année, la direction n'a pas été en mesure d'expliquer la raison de l'utilisation des tarifs moins élevés de facturation interprovinciale plutôt que les tarifs plus élevés facturés aux patients non assurés requis en vertu de la loi dans le calcul des coûts des services de santé aux fins de subrogation.

Pour évaluer l'incidence de la différence de tarifs, nous avons obtenu auprès de 11 hôpitaux un échantillon de cas plus graves et avons comparé leurs tarifs quotidiens facturés aux patients non assurés et leurs coûts moyens réels encourus par jour en appliquant les tarifs de facturation interprovinciale à la fois aux services aux patients hospitalisés et aux services de consultation externe. Selon notre échantillon, les tarifs de facturation interprovinciale utilisés dans les demandes d'indemnité en subrogation ne correspondent pas de façon réaliste au coût réel des services hospitaliers et étaient nettement inférieurs aux tarifs quotidiens actuels des services hospitaliers facturés aux patients non assurés.

Les tarifs facturés aux patients assurés utilisés par l'Unité sont en moyenne de 77 % inférieurs aux tarifs facturés aux patients non assurés. En présumant qu'environ la moitié des revenus de subrogation annuels actuels de 12 millions de dollars sont liés aux coûts hospitaliers, le ministère pourrait recouvrer un montant additionnel de 4 millions de dollars s'il utilisait les tarifs requis en vertu de la loi ou de 1,6 million de dollars en tenant compte des coûts réels. Les montants réels recouverts dépendraient de différents facteurs, tels que la jurisprudence, le montant des indemnités et les limites de responsabilité des assureurs.

Nous avons constaté que même si d'autres ministères provinciaux de la Santé utilisaient les tarifs

de facturation interprovinciale des services hospitaliers, ils tiennent compte du coût en capital de 25 % à 30 % dans l'établissement de leurs tarifs quotidiens des services hospitaliers. En Ontario, aucune indemnité n'est ajoutée aux tarifs de facturation interprovinciale pour compenser les coûts en capital.

## RECOMMANDATION

Pour aider à s'assurer que les coûts des soins de santé sont recouverts conformément à la loi, le ministère doit cesser d'utiliser les tarifs de facturation interprovinciale des services hospitaliers pour calculer les coûts des demandes d'indemnité en subrogation.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère est d'accord avec les conclusions du vérificateur général et examinera le taux de recouvrement des coûts hospitaliers. Pour ce faire, le ministère devra procéder à une vaste consultation auprès des assureurs privés de risques divers qui pourraient devoir modifier ou ajuster leurs pratiques d'établissement des polices ou des primes pour tenir compte de cet effet sur les coûts.

## AUTRES APPROCHES DE RECouvreMENT DES COÛTS

Il existe une variété d'autres méthodes de recouvrement des coûts de santé encourus à la suite de la négligence de quelqu'un d'autre. Ces méthodes comprennent une poursuite directe en justice, également connue sous le nom de droit de recouvrement indépendant, et la cotisation annuelle perçue auprès de l'industrie de l'assurance.

Dans d'autres territoires de compétence, en Alberta par exemple, la subrogation a été remplacée par une méthode fondée sur le droit de recouvrement indépendant, en vertu de laquelle la province

intente sa propre poursuite en justice indépendamment de la personne lésée.

Au cours de l'examen des activités de subrogation du ministère, nous avons observé que l'Unité continue à traiter un nombre important de dossiers pour lesquels la subrogation pourrait sembler assez peu digne d'intérêt. Même si le montant recouvrable dans chaque dossier n'est pas très important, sur une base cumulative, l'ensemble des montants représente un revenu considérable qui justifie les efforts déployés.

Le personnel de l'Unité a indiqué qu'une partie importante du coût administratif de la subrogation est associée à la collecte des données sur les coûts de santé encourus. Après avoir obtenu ces données, ils présentent une demande d'indemnisation relativement à presque tous les cas examinés parce qu'il y a peu de coûts additionnels. Plus des deux tiers de tous les dossiers fermés en 2004-2005 ont donné lieu à des recouvrements de moins de 1 000 dollars, comme on l'indique à la figure 4.

Avant l'introduction en 1996 de la cotisation annuelle en vue de compenser les coûts relatifs au système de santé, le ministère négociait des « ententes de subrogation en bloc » avec les principales compagnies d'assurance automobile en Ontario. En échange du renoncement à ses droits de subrogation, le ministère a accepté des assureurs un paiement fondé sur un pourcentage de leurs revenus-

Figure 4 : Recouvrement par dossier de subrogation fermé, 2004-2005

Source des données : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Unité de subrogation

Montant recouvré	Nombre de dossiers fermés	% des dossiers totaux	% du recouvrement annuel
Moins de 1 000 \$	3 524	68	8
1 001 \$ - 5 000 \$	1 288	25	24
5 001 \$ - 10 000 \$	225	4	12
10 001 \$ - 100 000 \$	166	3	34
Plus de 100 000 \$	14	<1	22
<b>Total</b>	<b>5 217</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

primes. Le principal avantage de cette approche était une réduction des coûts administratifs et juridiques du traitement distinct de chaque demande d'indemnité en subrogation.

Des ententes semblables conclues avec l'industrie de l'assurance pourraient être examinées pour des cas de blessures subies dans des accidents autres que les accidents d'automobile. Les ententes fondées sur des cotisations annuelles seraient plus économiques à administrer et favoriseraient une plus grande certitude et prévisibilité à la fois pour le ministère et l'industrie de l'assurance. Toutefois, avant de conclure de telles ententes, le ministère doit avoir accès à des données plus précises sur les coûts des services de santé qu'il dispense aux victimes d'accidents.

La réduction de la charge de travail découlant de la mise en œuvre de ces ententes permettrait potentiellement au ministère de redistribuer les ressources vers d'autres secteurs, y compris la surveillance du recouvrement des coûts des soins de santé auprès des parties auto-assurées et non assurées ou la surveillance accrue des cas plus importants non couverts par les nouvelles ententes en bloc.

Depuis 1996, le ministère a élaboré les modifications législatives nécessaires pour permettre le recouvrement d'autres coûts de services de santé non assujettis à la législation actuelle sur la subrogation. Ces coûts comprennent le coût des prestations pharmaceutiques et des accessoires fonctionnels, tels que les fauteuils roulants. Dans le cadre de notre examen des programmes de recouvrement des autres provinces, nous avons constaté que quatre des plus grandes provinces incluent actuellement le coût des médicaments d'ordonnance dans leurs processus de recouvrement. Dans son analyse de rentabilisation, l'Unité a estimé que l'ajout des prestations pharmaceutiques et des accessoires fonctionnels permettrait de recouvrer un montant additionnel de 5 millions de dollars par année.

## RECOMMANDATION

Pour aider à s'assurer que les coûts des soins de santé sont recouverts d'une façon efficace et efficiente, le ministère doit analyser formellement d'autres méthodes de recouvrement des coûts et mettre en œuvre les initiatives déjà identifiées qui permettraient d'augmenter le montant des coûts recouverts.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère souscrit à la recommandation du vérificateur général au sujet de l'analyse formelle d'autres méthodes de recouvrement qui permettraient de simplifier les opérations et le processus de recouvrement des coûts.

Pour atteindre cet objectif, le ministère :

- continuera l'élaboration de ses plans visant à étendre le droit de subrogation à d'autres programmes financés par le ministère, tels que le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) et le Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF), pour lesquels des modifications législatives doivent être adoptées pour éliminer les obstacles qui limitent le droit du ministère à recouvrer des coûts;
- mettra à jour et validera l'analyse antérieure du recouvrement potentiel des coûts d'autres programmes financés par le ministère (le PMO et le PAAF en particulier);
- analysera les répercussions financières de ces modifications législatives (élimination des obstacles) sur le recouvrement des coûts;
- quantifiera la valeur du recouvrement potentiel des coûts des soins de santé associés à toutes les demandes d'indemnisation pour un accident pouvant faire l'objet d'un recouvrement, et qui ne sont pas signalées à l'heure actuelle en utilisant les renseignements et les données recueillies dans le cadre de l'examen des sources de données pour retracer

les demandes d'indemnisation pour accident non signalées.

La réalisation de ces étapes pourrait être nécessaire en vue d'optimiser le montant des coûts recouverts en utilisant une autre méthode de recouvrement, incluant la conclusion d'ententes avec les assureurs privés de risques divers.

### OBSTACLES JURIDIQUES AU PROCESSUS DE SUBROGATION

Par le passé, la législation régissant le droit de subrogation du ministère a fait l'objet de contestations judiciaires qui tendaient à affaiblir la capacité de l'Unité à recouvrer les coûts des soins de santé. Selon le personnel, ces contestations, qui sont devenues plus nombreuses et créatives au cours des dernières années, ont fait jurisprudence et ont donné lieu à des interprétations de la loi qui ont diminué ou éliminé la capacité du ministère à recouvrer les coûts dans certaines circonstances.

D'autres provinces ont connu des difficultés semblables. Toutefois, la plupart des provinces dont nous avons examiné les activités de recouvrement ont soit modifié leur loi, soit proposé des modifications stratégiques pour réduire les effets des précédents jurisprudentiels. Par exemple, l'Alberta a cessé ses activités de subrogation et a opté pour la méthode de recouvrement direct. L'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse ont modifié leur législation pour réduire les effets de certains précédents jurisprudentiels sur leurs programmes de subrogation.

Selon la documentation du ministère, depuis 1995, l'Unité a proposé des modifications à la législation visant à préciser les droits de subrogation du ministère et à réduire les effets des décisions judiciaires. Par exemple, des modifications ont été recommandées pour renforcer les exigences en matière de notification auxquelles sont assujettis les

avocats, les compagnies d'assurance et les personnes auto-assurées, et pour imposer des sanctions plus sévères à ceux qui omettent d'aviser le ministère.

Le ministère nous a informés qu'il prévoyait que les modifications nécessaires à la *Loi sur le ministère de la Santé* seraient apportées durant la session du printemps 2006.

### SURVEILLANCE DE LA CONFORMITÉ DES ASSUREURS À L'ÉGARD DE LEUR RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE DE PAIEMENTS

En vertu des modifications apportées à la *Loi sur les assurances* en 1990, les compagnies d'assurance automobile sont dorénavant responsables de payer le coût des services de santé non professionnels dont leurs clients ont besoin à la suite d'un accident d'automobile. Ces services comprennent les services de soutien à la personne, les soins auxiliaires et l'aide ménagère. Ces services peuvent être dispensés par le personnel des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) financés par le ministère ou d'établissements de soins de longue durée ou par d'autres fournisseurs de services qui facturent l'assureur. Par ailleurs, les compagnies d'assurance automobile peuvent prendre des dispositions pour que leurs clients reçoivent ces services et pour payer directement le fournisseur de services.

Dans le cadre d'un examen interne mené en 1996, l'Unité a estimé que la province, par l'intermédiaire des CASC, déboursait environ 10 millions de dollars par année pour des soins auxiliaires et des services ménagers qui auraient dû être payés par les assureurs.

L'Unité avait la responsabilité de s'assurer que les assureurs s'acquittaient de leurs responsabilités en matière de paiements. Mais elle n'a jamais eu accès aux systèmes de collecte de données nécessaires pour être en mesure de remplir efficacement son mandat. À l'Unité, aucun processus systématique n'est en place pour surveiller ou retracer les assu-

reurs qui omettent d'effectuer les paiements appropriés. Par conséquent, elle ne peut demander à un assureur un remboursement complet qu'après avoir été informée que la province avait payé les coûts de services non professionnels qui étaient la responsabilité de l'assureur en question.

Dans un effort visant à aider à préciser les responsabilités respectives de toutes les parties, l'Unité a entrepris un programme d'éducation et de sensibilisation. Les employés de l'Unité ont assisté à des rencontres parrainées par des hôpitaux, des assureurs et des fournisseurs de services communautaires pour expliquer les rôles respectifs des parties quant aux responsabilités en matière de prestation de services.

Toutefois, nous avons observé que l'Unité disposait de données limitées sur l'efficacité de ces programmes d'éducation et de sensibilisation. En outre, l'Unité ne reçoit pas régulièrement des données provenant des assureurs ou des CASC indiquant le nombre de victimes d'accidents d'automobile qui ont été dirigées par les CASC vers leurs assureurs ou le nombre de victimes gravement blessées dans un accident d'automobile qui reçoivent des services dans un CASC en raison d'une protection d'assurance insuffisante. Ces données fourniraient à l'Unité une indication de l'importance des paiements effectués à l'heure actuelle par l'industrie de l'assurance et du potentiel de recouvrements additionnels.

## RECOMMANDATION

Pour aider à s'assurer que l'Unité de subrogation remplit efficacement son mandat qui consiste à s'assurer que les assureurs s'acquittent de leurs responsabilités en matière de paiements, le ministère doit élaborer :

- un plan de communications formel pour sensibiliser davantage le public et le secteur privé aux responsabilités respectives de la province et des assureurs à l'égard de cer-

tains services de santé dispensés aux victimes d'accidents d'automobile;

- des processus de collecte de données auprès de l'industrie de l'assurance et des fournisseurs de services pour aider à établir les coûts de santé qui devraient être assumés par les assureurs.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère est d'accord avec les conclusions du vérificateur général. Pour s'assurer que les compagnies d'assurance automobile effectuent les paiements et fournissent certains avantages sociaux en matière de soins de santé requis à la suite d'un accident de la route, le ministère mettra en place une structure formelle dans le but d'améliorer les communications avec les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et leurs intervenants. Le plan comprendra les activités suivantes :

- tenir des séances d'information dans tous les CASC de la province;
- élaborer une trousse d'information à l'intention de tous les CASC et de tous les membres de l'industrie de l'assurance;
- communiquer les exigences des compagnies d'assurance automobile dans toutes les séances d'information, toutes les conférences et tous les forums à l'intention des intervenants;
- en consultation avec les CASC, élaborer des processus de collecte de données sur l'efficacité des stratégies de communication et des séances d'information;
- chercher d'autres méthodes qui pourraient être disponibles ou élaborées pour recueillir des données auprès de l'industrie de l'assurance ou d'autres secteurs, tels que les groupes de fournisseurs de soins de santé ou le ministère des Finances.

## MESURE ET DÉCLARATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME

L'information pertinente sur le rendement est essentielle si l'on veut pouvoir prendre des décisions éclairées et faire la preuve que les objectifs du programme sont atteints. À l'heure actuelle, l'Unité de subrogation poursuit deux buts distincts :

- recouvrer le coût des services de santé découlant d'une blessure subie par une personne assurée par la faute de quelqu'un d'autre lorsque la loi permet un tel recouvrement;
- s'assurer que les assureurs s'acquittent de leur responsabilité à l'égard du paiement de certains avantages sociaux en matière de soins de santé requis par une personne assurée à la suite d'un accident d'automobile.

Le ministère n'a pas établi d'objectifs spécifiques assortis de résultats mesurables en vue de permettre à la haute direction d'évaluer dans quelle mesure l'Unité atteint ses objectifs et obtient des résultats spécifiques de façon efficace. Au moment de notre vérification, l'Unité fournissait à la haute direction des données mensuelles de base sur ses activités de subrogation, incluant le nombre de dossiers ouverts et fermés, et les montants recouverts. En ce qui concerne la surveillance des paiements effectués par l'industrie de l'assurance, l'Unité n'était pas en mesure de fournir de données sur ses activités.

D'autres données statistiques, telles que le rapport entre les montants recouverts et les coûts réels des soins de santé encourus, pourraient fournir une meilleure indication de l'efficacité des activités de recouvrement des coûts de l'Unité. Elles permettraient également à la direction de repérer les tendances qui doivent faire l'objet de plus amples investigations et de mesures correctrices.

## RECOMMANDATION

Pour aider à montrer que le ministère atteint efficacement ses objectifs de recouvrement des coûts des soins de santé et qu'il veille à ce que les assureurs s'acquittent de leurs responsabilités en matière de paiements, et pour soutenir le processus décisionnel connexe, le ministère doit établir des objectifs mesurables et des cibles de rendement permettant de suivre les progrès réalisés quant à l'atteinte de ces objectifs.

## RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère souscrit à la recommandation du vérificateur général au sujet de la nécessité d'établir des objectifs et des cibles mesurables. L'Unité de subrogation fournit des prévisions de cinq ans sur le recouvrement des coûts par subrogation fondées sur les montants recouverts au cours des années antérieures et les indicateurs actuels, tels que les répercussions de la jurisprudence.

En 2005, l'Unité de subrogation a mis en œuvre un nouveau système automatisé de gestion des tâches. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce système automatisé, le ministère élaborera des indicateurs pertinents pour appuyer un système d'information de gestion (SIG). Ce SIG contiendra des mesures de rendement individuelles et collectives permettant d'évaluer les processus de gestion des dossiers et la rentabilité du traitement de certains types de dossiers.

Le ministère établira des objectifs mesurables en utilisant des renseignements et des données recueillis auprès d'autres sources de données au cours d'activités visant à établir les coûts des services de santé dispensés aux victimes d'accidents d'automobile et à retracer d'autres sources de demandes d'indemnisation non signalées.