

Chapitre 5

Ministère de la Santé et du Mieux-être - Plan de médicaments sur ordonnance

Contenu

Contexte	95
Étendue	96
Conclusions et résumé des résultats	97
Gestion du programme	98
Choix et coût des médicaments	112
Rapport à l'Assemblée législative	116

Ministère de la Santé et du Mieux-être - Plan de médicaments sur ordonnance

Contexte

5.1 La *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance* a été proclamée le 1^{er} octobre 1975. Cette loi a établi le Plan de médicaments sur ordonnance, qui prévoit le paiement des services assurés nécessaires aux fins de prévention, de diagnostic ou de thérapie pour les bénéficiaires admissibles de la province.

5.2 Le Plan de médicaments sur ordonnance (PMO) est un programme du ministère de la Santé et du Mieux-être. Au moment de notre travail de vérification sur le terrain, le PMO faisait partie de la Division de la santé publique et des services médicaux. Depuis, le ministère nous a informés que le PMO fait maintenant partie de la Division des services en établissements.

5.3 L'objet du PMO est d'améliorer et de maintenir le bien-être des gens du Nouveau-Brunswick en mettant certains médicaments à la disposition de groupes cibles choisis. Le PMO est constitué de plusieurs plans à l'intention des groupes cibles admissibles à des avantages pour les médicaments sur ordonnance. Les groupes de bénéficiaires sont les suivants :

1. Les résidents du Nouveau-Brunswick âgés de 65 ans ou plus qui reçoivent la Sécurité de la vieillesse ou le Supplément de revenu garanti, ou qui sont admissibles à des avantages en raison de leur revenu annuel.
2. Les pensionnaires des foyers de soins.
3. Les clients du ministère des Services familiaux et communautaires qui détiennent une carte valide d'assistance médicale les rendant admissibles à des médicaments sur ordonnance, groupe qui comprend les bénéficiaires d'une aide

financière, les adultes qui vivent dans un établissement résidentiel et les enfants pris en charge par le ministre des Services familiaux et communautaires.

4. Les personnes atteintes de fibrose kystique, les receveurs d'organes, les personnes qui ont une déficience de l'hormone de croissance, les personnes séropositives et les personnes atteintes de sclérose en plaques qui sont inscrites au PMO et jugées admissibles aux avantages.

5.4 Depuis 1975, le ministère fait affaires, en vertu d'un contrat, avec Service Croix Bleue de l'Atlantique (qui est devenu Croix Bleue Medavie en mars 2005) pour administrer le Plan de médicaments sur ordonnance à titre non lucratif. Tout au long du chapitre, Croix Bleue Medavie sera appelée le fournisseur de services ou la Croix Bleue, comme la compagnie est couramment appelée. En plus d'administrer le programme, la Croix Bleue s'occupe de traiter les demandes de remboursement des médicaments sur ordonnance pour les bénéficiaires du PMO. En 2003-2004, la Croix Bleue a facturé au ministère un peu plus de 2,3 millions de dollars pour ses services.

5.5 Au cours de l'exercice 2003-2004, un Néo-Brunswickois sur sept était un bénéficiaire admissible au PMO. Le total des dépenses du programme pour l'exercice a atteint près de 114 millions de dollars, soit une augmentation de 42 % depuis 2000-2001. Selon le plan provincial de la santé de 2004-2008, les dépenses en matière de médicaments augmentent plus rapidement que tous les autres éléments des coûts des soins de santé au Nouveau-Brunswick. L'augmentation des dépenses s'explique tant par un volume accru que par des coûts à la hausse. Ainsi, de 2000 à 2004, le nombre moyen de prescriptions par bénéficiaire a augmenté de 16 %, tandis que le coût moyen des prescriptions a augmenté de 29 %. La baisse de 4 % dans le nombre des bénéficiaires actifs durant la même période a quelque peu compensé ces hausses.

5.6 En 2003, les vérificateurs législatifs de plusieurs provinces du Canada ont décidé de mener une vérification du programme de médicaments sur leur territoire en suivant un plan de vérification similaire. La présente vérification découle de notre participation à cet effort commun. Les autres provinces ont publié leur rapport de vérification en 2004 ou en 2005.

Étendue

5.7 Les objectifs de la présente vérification sont les suivants :

Évaluer si le ministère de la Santé et du Mieux-être a adopté des procédures adéquates pour gérer le rendement du Plan de médicaments sur ordonnance.

Évaluer si le ministère a adopté des procédures adéquates pour veiller à ce que le processus d'évaluation des médicaments en vue de leur inscription au formulaire et les sommes versées pour les médicaments et les services des pharmacies sont gérés en tenant compte du rapport coût-efficacité.

Évaluer si le rendement du Plan de médicaments sur ordonnance fait l'objet de rapports adéquats.

5.8 Pour centrer davantage nos efforts de vérification, nous avons retenu un certain nombre de critères de vérification. Les vérificateurs législatifs participants avaient mis au point des objectifs et des critères de vérification collectifs pour faciliter la planification et la réalisation des vérifications des plans de médicaments sur ordonnance. Certains ont été adaptés à nos propres objectifs de vérification. Les objectifs et les critères de vérification retenus pour la présente vérification ont fait l'objet de discussions avec le ministère, qui a convenu qu'ils étaient raisonnables.

5.9 Notre vérification a suivi les normes établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés pour les missions de certification, ce qui englobe l'optimisation des ressources et la conformité, et a donc consisté dans des contrôles par sondages et autres procédés que nous avons jugé nécessaires dans les circonstances.

Conclusions et résumé des résultats

5.10 Le ministère n'a pas adopté des procédures adéquates pour gérer le rendement du Plan de médicaments sur ordonnance. Le programme n'a pas de mission clairement établie ni d'objectifs mesurables. Bien que nous ayons constaté que le ministère surveille de manière adéquate le rendement du fournisseur de services, d'autres domaines ont besoin d'améliorations. L'information devrait être analysée et faire l'objet d'un suivi. Le ministère a accès à une quantité appréciable d'information, et pourtant les données ne font pas l'objet d'analyses régulières et systématiques. Enfin, il n'y a pas de normes visant les aspects non financiers du rendement du programme.

5.11 Le ministère a des procédures adéquates pour assurer une gestion qui tient compte du rapport coût-efficacité en ce qui a trait

au processus d'évaluation des médicaments et des sommes versées pour les médicaments et les frais d'ordonnance.

5.12 Les buts et les objectifs, la pertinence du programme, l'atteinte des objectifs et l'accueil par les groupes de clients ne font pas l'objet de rapports adéquats. Faire rapport dans ces domaines est nécessaire pour fournir aux députés de l'Assemblée législative et au grand public de l'information en quantité suffisante sur l'efficacité du programme. En revanche, le ministère fait rapport de manière satisfaisante sur le rendement financier du Plan de médicaments sur ordonnance.

Gestion du programme

Mission du programme

5.13 Notre premier critère était le suivant :

La mission du Plan de médicaments sur ordonnance devrait être clairement énoncée.

5.14 Nous avons examiné le plan stratégique de l'Assurance-maladie et du Plan de médicaments sur ordonnance daté de 1999 (révisé en 2002). Ce document donne les grandes lignes de la vision, de la mission, des principes, des valeurs et des buts de l'Assurance-maladie et du Plan de médicaments sur ordonnance.

5.15 La mission précise que :

Pour réaliser la vision établie, il est essentiel que l'équipe de l'Assurance-maladie et du Plan de médicaments sur ordonnance atteigne des résultats acceptables dans les domaines suivants :

- 1. Programmes et services fondés sur les besoins de la population.*
- 2. Satisfaction du public à l'égard des programmes et des services.*
- 3. Prestation de services rentable et appropriée.*
- 4. Information de qualité sur la santé.*
- 5. Attitudes et moral du personnel.*

5.16 Un énoncé de mission modèle est clair et concis. Il est courant d'y indiquer ce qu'on fait, pourquoi on le fait et pour qui on le fait. Il devrait illustrer ce qu'est le service unique au programme, qui est le principal bénéficiaire ou groupe cible visé et pourquoi le service est un avantage.

5.17 L'énoncé de mission du PMO ne précise pas ce que le programme fait, qui sont les bénéficiaires visés ni pourquoi le service

est un avantage. Il serait difficile d'établir des buts et des objectifs valables sur la base de la mission actuelle, car les éléments essentiels d'une mission ne s'y trouvent pas. L'énoncé s'attarde plutôt sur l'équipe que sur le programme et ne mentionne pas le principal service que le programme offre. Nos discussions avec le personnel du ministère montrent qu'aucune révision de la mission actuelle n'est prévue dans un avenir immédiat.

5.18 Une autre faiblesse de la mission actuelle est qu'elle vise deux programmes distincts : le régime d'Assurance-maladie et le Plan de médicaments sur ordonnance. Or, ces programmes ne servent pas les mêmes bénéficiaires. De plus, la structure du PMO a changé depuis que la mission a été rédigée, alors que la responsabilité des deux programmes était confiée au même directeur. L'organigramme actuel affiché sur le site Web du ministère montre clairement qu'on a partagé la responsabilité des deux programmes entre la Division de la santé publique et des services médicaux (PMO) et la Division de la planification et des services de l'Assurance-maladie (Assurance-maladie). La mission actuelle ne tient pas compte de cette modification de la structure. (Depuis la conclusion de notre vérification, le personnel du ministère nous a informés que le PMO fait maintenant partie de la Division des services en établissements, les opérations de l'Assurance-maladie font partie de la Division de l'administration et des finances, et les services de l'Assurance-maladie font partie de la Division de la planification et des services de l'Assurance-maladie).

5.19 Une mission de programme claire est la pierre angulaire qui permet d'élaborer des objectifs mesurables et bien définis pour un programme. Si, au départ, la mission n'est pas claire, de nombreuses difficultés surgiront pour l'établissement d'objectifs valables, les rapports et la gestion de rendement.

Conclusion

5.20 Il n'est pas satisfait au critère. La mission commune ne reflète pas les principales activités du programme.

Recommandation

5.21 **Nous avons recommandé que le ministère établisse une mission de programme claire pour le Plan de médicaments sur ordonnance.**

Objectifs

5.22 Notre deuxième critère était le suivant :

Les objectifs du programme devraient englober la mission du programme dans son ensemble. Ces objectifs devraient être bien définis, mesurables et examinés périodiquement.

5.23 Le plan stratégique de l'Assurance-maladie et du Plan de médicaments sur ordonnance établit les buts suivants :

- Accroître la rentabilité et la gestion de cas appropriée.
- Accroître la satisfaction du public à l'égard des programmes et des services.
- Améliorer la viabilité du programme.
- Maintenir un environnement qui favorise des attitudes et un moral positifs parmi le personnel.
- Améliorer les attitudes et les comportements du public et des intervenants en ce qui concerne les services reliés à la santé.
- Accroître l'utilisation d'informations de qualité.

5.24 Aucun objectif n'est établi pour le Plan de médicaments sur ordonnance. Les buts définissent les résultats généraux à atteindre, tandis que les objectifs précisent un résultat particulier à atteindre sur une période définie. Les buts et les objectifs sont des outils importants pour établir l'orientation du programme et atteindre les résultats escomptés. Ils constituent également une base pour les comparaisons d'une année à l'autre.

5.25 Avoir des objectifs mesurables ne signifie pas nécessairement que les objectifs doivent être exprimés par un chiffre unique. L'objectif peut être exprimé par rapport à l'atteinte d'un niveau, par exemple sur une échelle d'accomplissement (bon, moyen, médiocre), les attributs de l'échelle étant clairement définis.

5.26 En l'absence d'objectifs précis, le ministère ne sait pas où il se situe par rapport aux buts fixés, ce qui fait qu'il est alors difficile d'évaluer si ses résultats dans un domaine ou un autre s'améliorent ou se détériorent.

Conclusion

5.27 Il n'est pas satisfait au critère. Le ministère n'a pas établi d'objectifs mesurables pour le Plan de médicaments sur ordonnance.

Recommandation

5.28 Nous avons recommandé que le ministère établisse des objectifs bien définis et mesurables pour le programme. Ces objectifs devraient faire l'objet d'un examen périodique pour vérifier s'ils demeurent pertinents.

Information sur le rendement

5.29 Notre troisième critère était le suivant :

L'information sur le rendement devrait être suffisante pour permettre d'évaluer la mesure dans laquelle la mission et les objectifs du programme sont atteints.

L'information est connue

5.30 Au cours de notre vérification, nous avons constaté que l'information sur le rendement dont dispose le ministère aux fins d'analyse ou d'examen est abondante et que cette information est recueillie de façon régulière. Nous avons trouvé des rapports financiers mensuels portant sur les frais de remboursement et le montant des demandes de remboursement ainsi que de l'information budgétaire sur l'administration du programme. Nous avons aussi trouvé des rapports mensuels sur le rendement portant sur les niveaux de service par le fournisseur de services. Enfin, nous avons examiné quelques-uns des rapports statistiques préparés par un agent de programme du PMO.

5.31 Les rapports statistiques, qui sont préparés à partir de données fournies par le fournisseur de services, présentent l'information sous forme de diagrammes et de graphiques faciles à utiliser. Ces rapports contiennent de l'information dans des domaines tels que les demandes d'autorisation spéciale, les remplacements, les dénombrements de bénéficiaires, les indicateurs relatifs à l'utilisation par région et par groupe de médicaments, des comparaisons entre les plans et les coûts annuels des médicaments les plus populaires. Les données peuvent aussi servir à réaliser des analyses ponctuelles plus précises.

5.32 Bien que les données en question fournissent une grande somme d'information, la mesure du rendement du programme est une tâche difficile en raison de l'absence d'objectifs. Cela étant dit, l'information financière pourrait servir à mesurer les buts généraux que sont la rentabilité de la gestion et peut-être la viabilité du programme. (En fait, nous avons découvert que la rentabilité de la gestion du programme fait l'objet d'une surveillance régulière, ce qui est discuté plus loin dans le chapitre.) Il ne semble pas que les données puissent être utilisées pour mesurer d'autres buts du programme, par exemple la satisfaction du public, les attitudes et le moral du personnel ou les attitudes des intervenants à l'égard des services de santé.

Analyses limitées

5.33 En examinant les données produites par le personnel du ministère, nous nous sommes rendu compte que les rapports statistiques ne sont pas utilisés pour gérer le programme de manière active. Aucune analyse cohérente, régulière et systématique des données n'est effectuée. Certains des rapports produits pourraient servir à cerner les aspects qui posent problème ou les domaines qui nécessitent une enquête plus poussée. Par exemple, les rapports sur les indicateurs relatifs à l'utilisation montrent l'utilisation par genre de médecin (omnipraticien ou spécialiste) et par région de santé, y compris le nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire par année, le nombre moyen d'ordonnances remplies par médecin, le coût par bénéficiaire, et le coût par médecin. Notre examen de ces rapports pour

2003-2004 fait ressortir des faits intéressants à propos de l'utilisation des médicaments sur ordonnance au Nouveau-Brunswick. Par exemple :

- Le coût moyen par ordonnance a atteint 42,38 \$ dans une région, alors qu'il a été d'aussi peu que 29,73 \$ dans une autre.
- Bien que les médecins en région rurale aient rédigé un plus grand nombre d'ordonnances par patient (23,3) que les médecins en région urbaine (19,0), le coût moyen par ordonnance était moins élevé, soit 33,07 \$ comparativement à 38,36 \$ pour les médecins en région urbaine.

5.34 Bien que ces faits soulèvent d'intrigantes questions pour les gestionnaires du programme, celles-ci demeurent sans réponse. Une information de bonne qualité est connue pour le programme, mais elle n'est pas pleinement exploitée.

5.35 Des analyses sont effectuées lorsqu'une question particulière survient ou au besoin durant l'examen d'un médicament en vue de son inclusion dans le formulaire. Mais il y a peu d'analyses régulières de ces données. Il se peut que le ministère rate ainsi des possibilités de cerner les secteurs problématiques ou d'évaluer l'efficacité du programme. Le personnel du ministère a déclaré ne pas avoir les ressources voulues pour effectuer le genre d'analyse requise. Une proposition sur la dotation préparée par le personnel du ministère montre que le personnel affecté au PMO est considérablement moindre que dans les provinces avoisinantes. Ainsi, la Nouvelle-Écosse a affecté 11,5 postes à l'assurance-médicaments, tandis que Terre-Neuve-et-Labrador a affecté 10 postes. En comparaison, le PMO a 4,3 postes, et un poste, celui d'agent en informatique de la santé, est vacant depuis plusieurs mois.

Conclusion

5.36 Il est partiellement satisfait au critère. Bien qu'une quantité appréciable d'information soit disponible, celle-ci n'est pas pleinement exploitée. En d'autres termes, l'information n'est pas analysée et n'a pas de suites. Une partie du problème réside dans l'absence d'objectifs, ce qui fait qu'il est difficile de mesurer le degré de réalisation des buts de la mission. Un autre problème est l'insuffisance des ressources pour analyser les données recueillies, comme semble l'indiquer la comparaison avec d'autres provinces et la surveillance limitée qui est exercée à l'heure actuelle.

Recommandations

5.37 Une fois que des objectifs auront été établis, nous avons recommandé que le ministère veille à ce que l'information

recueillie permette de mesurer le rendement par rapport aux objectifs.

5.38 Nous avons aussi recommandé que le ministère surveille les données et effectue régulièrement des analyses pour s'assurer que les problèmes et les questions sont cernés.

Cadre de responsabilité

5.39 Notre quatrième critère était le suivant :

Un cadre de responsabilité adéquat devrait être en place avec le fournisseur de services externe pour permettre l'évaluation de ses services.

5.40 Le ministère a conclu un contrat avec le fournisseur de services en 1975. Le contrat définit les fonctions de la Croix Bleue. Il prévoit des exigences limitées en matière de rapports, et celles-ci ont toutes trait aux rapports financiers, dont la présentation d'un budget de dépenses, des rapports mensuels sur les paiements effectués pour des services assurés et la présentation d'états financiers vérifiés.

5.41 Au cours des dernières années, des ententes sur les niveaux de service se sont ajoutées au contrat. Les niveaux de service, établis par le ministère, exigent un rendement à un certain niveau, ou selon une certaine norme, de la part du fournisseur de services. La Croix Bleue doit régulièrement faire rapport au ministère sur son rendement en ce qui concerne son respect des normes relatives aux niveaux de service. Les normes relatives aux niveaux de service visent les principaux aspects de l'administration du programme et sont suivies par la Croix Bleue. L'ajout des ententes sur les niveaux de service ont renforcé la relation entre le ministère et le fournisseur de services sur le plan de la reddition de comptes.

5.42 Nous avons prélevé un échantillon de rapports de l'année civile 2004 afin de déterminer si la Croix Bleue faisait rapport au ministère tel qu'il est exigé. Nous avons examiné les normes et les exigences et évalué si le ministère s'occupe de surveiller et d'évaluer le rendement du fournisseur de services. Notre discussion s'articule autour de deux principaux domaines de rapports financiers et de rapports sur les niveaux de service. Nos résultats sont résumés à la pièce 5.1.

Pièce 5.1

Exigences en matière de rapports et normes relatives aux niveaux de service

Type de rapport	Exigence/norme	Constatations
Financier	États financiers vérifiés	Des états financiers ont été présentés, mais seulement 11 mois après la fin de l'année en 2004.
	Rapports mensuels sur tous les paiements de services Voir la note 1)	<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs rapports ont été présentés : <ul style="list-style-type: none"> Analyse des charges administratives, y compris les écarts budgétaires Factures du fournisseur de services Analyse des demandes de remboursement États de rapprochement Tous les rapports ont été systématiquement présentés chaque mois.
	Budget des charges administratives	Le budget a été présenté. Voir la note 2).
Norme relative aux niveaux de service – Demandes d'autorisation spéciale	<ul style="list-style-type: none"> Normes : 5 normes sur le délai de réponse aux demandes et le nombre de demandes à traiter quotidiennement par le personnel. Rapports : rapports hebdomadaires exigés pour 3 des normes; 2 sont des rapports uniquement sur demande. 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les rapports devant être présentés l'ont été. Les rapports étaient complets. Aucun rapport « sur demande » n'a été demandé durant la période vérifiée par sondages. La norme fait l'objet d'une surveillance. Pour la majorité des semaines en 2004, les normes n'ont pas été respectées; toutefois, une explication raisonnable a été fournie, montrant que l'évaluation des services avait lieu.
Norme relative aux niveaux de service – Demandes de renseignements	<ul style="list-style-type: none"> Normes : 5 normes sur le temps de réponse aux appels entrants; réponse aux messages; appels à traiter quotidiennement. Rapports : 2 rapports hebdomadaires; 2 rapports uniquement sur demande. 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les rapports devant être présentés l'ont été. Les rapports étaient complets. Aucun rapport « sur demande » n'a été demandé durant la période vérifiée par sondages. La norme fait l'objet d'une surveillance. Les normes n'ont pas été pleinement respectées pour la majorité des semaines en 2004; toutefois, une explication raisonnable a été fournie.
Norme relative aux niveaux de service – Vérification du fournisseur	<ul style="list-style-type: none"> Normes : 6 normes ont trait au nombre de vérifications sur le terrain à effectuer chaque année dans les pharmacies; vérification interne des demandes de remboursement. Rapports : 7 exigences en matière de rapports ayant trait à des rapports d'étape mensuels. 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les rapports devant être présentés l'ont été. Les rapports étaient complets. La norme fait l'objet d'une surveillance. Toutes les normes relatives à la vérification du fournisseur ont été respectées.

Notes :

- Le contrat ne précise pas expressément les rapports à présenter. Dans notre analyse, nous avons pris en compte si les rapports portaient sur les paiements versés durant le mois en contrepartie de services.
- Le document budgétaire a été signé par un agent de programme, ce qui indique son approbation. Bien que la demande de crédits budgétaires ait été présentée avant le début de l'exercice, nous n'avons pas pu déterminer quand le budget a été approuvé ni quand l'approbation a été communiquée au fournisseur de services.

Conclusion

5.43 Il est satisfait au critère. Nos discussions avec le personnel du ministère ainsi que notre examen des ententes sur les niveaux de service et les rapports fournis au ministère montrent qu'un cadre de responsabilité adéquat a été établi avec le fournisseur de services. Des normes adéquates ont été établies pour surveiller et évaluer le fournisseur de services, et le PMO exerce une surveillance.

Surveillance et évaluation du rendement du programme

5.44 Nos deux derniers critères pour cet objectif avaient trait à l'évaluation du rendement du Plan de médicaments sur ordonnance. Les voici :

Le ministère devrait avoir des normes adéquates pour surveiller et évaluer le rendement du Plan de médicaments sur ordonnance.

L'évaluation d'aspects clés du rendement du programme devrait avoir lieu régulièrement, et les mesures correctives qui s'imposent devraient être prises.

5.45 Dans notre rapport de 2004, nous discutons longuement de l'enquête que nous avons effectuée à l'échelle du gouvernement sur l'évaluation de programmes dans les ministères. Notre enquête avait défini l'évaluation de programme comme une démarche méthodique qui consiste à poser des questions cruciales, à recueillir de l'information pertinente et à analyser, à interpréter et à utiliser l'information de façon à améliorer les programmes et à rendre compte de résultats positifs et équitables et des ressources investies.

5.46 Nous avons déclaré que l'évaluation de programme peut toucher :

- les besoins de la clientèle ciblée par le programme (c.-à-d. la pertinence du programme);
- la logique de la conception du programme;
- l'efficacité et l'efficacé avec lesquelles les activités du programme sont réalisées et les services sont fournis;
- la mesure dans laquelle le programme atteint ses objectifs (c.-à-d. avec un accent mis à la fois sur la mesure des résultats et sur le degré auquel ces résultats sont attribuables au programme).

5.47 L'évaluation de programme permet de cerner les faiblesses d'un programme, lesquelles peuvent diminuer la pertinence du programme, sa rentabilité et la mesure dans laquelle il réussit à atteindre ses objectifs. Cette information est très importante pour les décideurs et, souvent, elle n'est pas facile à obtenir. L'information fournie par l'évaluation de programme peut aussi servir à la haute

direction, aux législateurs et au public pour tenir les décisionnaires responsables de l'atteinte de résultats positifs et équitables et des ressources qui leur sont affectées.

5.48 Malgré les avantages de l'évaluation de programme, nous observons dans notre rapport qu'il n'existait pas de lignes directrices officielles à cet égard pour définir des marches à suivre types à l'intention des ministères en ce qui a trait à l'évaluation de leurs programmes. En l'absence de lignes directrices, les deux facteurs clés du processus décisionnel semblent être l'information financière et la mesure dans laquelle les plans stratégiques du programme et du ministère ou du gouvernement sont liés. La situation n'est pas différente pour le Plan de médicaments sur ordonnance.

Évaluation limitée d'aspects clés du rendement

5.49 Le personnel du ministère a déterminé que l'indicateur clé du rendement du Plan de médicaments sur ordonnance est le respect du budget. Le ministère fait une surveillance efficace des dépenses réelles par rapport au budget. Un examen des comparaisons entre le budget et les résultats réels pour les quatre derniers exercices montrent que le PMO fait des progrès constants pour ce qui est du respect de son budget, comme démontrée à la pièce 5.2.

Pièce 5.2

Comparaisons entre le budget et les résultats réels

Exercice	Budget (en milliers \$)	Résultats réels (en milliers \$)	Écart
2003-2004	115 549,0 \$	113 752,8 \$	Sous-utilisation de 1,6 %
2002-2003	102 549,0 \$	102 878,9 \$	Surutilisation de 0,3 %
2001-2002	90 135,0 \$	92 032,4 \$	Surutilisation de 2 %
2000-2001	72 426,0 \$	79 887,7 \$	Surutilisation de 10,3 %

5.50 Le respect du budget est le seul aspect qui est mesuré. Nous convenons qu'il s'agit d'un aspect important. Mais cette information nous indique simplement que le programme a dépensé les fonds qui lui étaient affectés, non pas si le résultat escompté a été atteint.

5.51 D'autres aspects du rendement du Plan de médicaments sur ordonnance ne peuvent être évalués uniquement à partir de l'information financière sur le rendement. Certains exemples viennent à l'esprit lorsqu'on considère les énoncés de la mission tels que « programmes fondés sur les besoins de la population » ou « satisfaction du public à l'égard des programmes ». Dans un sens plus large, le programme soutient l'engagement du ministère de la Santé et

du Mieux-être de favoriser le bien-être de la population du Nouveau-Brunswick, et il joue un rôle dans l'état de santé des résidents du Nouveau-Brunswick.

5.52 Les bénéficiaires du Plan de médicaments sur ordonnance comptent parmi les citoyens les plus vulnérables de la province; il s'agit de personnes à faible revenu, de pensionnaires dans les foyers de soins, d'enfants pris en charge, d'adultes handicapés qui vivent dans des établissements résidentiels et de personnes ayant de graves problèmes de santé. À elles seules, les personnes âgées représentent 50 % des bénéficiaires du programme. Le ministère doit évaluer les aspects non financiers du rendement du Plan de médicaments sur ordonnance, par exemple la satisfaction des besoins de la population, l'utilisation appropriée des médicaments, la satisfaction à l'égard du programme et des services fournis, l'accès aux médicaments, et la pertinence des prescriptions.

5.53 Pour ce faire, d'autres normes sont nécessaires pour évaluer des aspects du programme tels que les résultats prévus. Par exemple, un délai de 11 mois s'écoule entre le moment où l'inclusion du médicament à titre de service assuré est recommandée et le moment où il est ajouté au formulaire. Une norme pourrait être établie sur cet aspect pour le programme; le ministère pourrait déterminer ce qu'il considère comme un délai raisonnable, établir une norme et surveiller le rendement pour déterminer si la norme est respectée. La direction prendrait des mesures correctives lorsque les résultats obtenus le justifient.

Surveillance des principaux éléments de coûts

5.54 Bien que le ministère surveille de près les résultats réels par rapport au budget pour ce qui est du PMO, cela ne suffit pas pour assurer la rentabilité. Selon le Conference Board du Canada, les prix des médicaments et les taux d'utilisation sont les deux principaux facteurs qui sous-tendent la croissance des dépenses au chapitre des médicaments sur ordonnance.

5.55 Lorsque de nouveaux médicaments remplacent des médicaments plus vieux, ils sont généralement plus chers que les produits qu'ils remplacent, ce qui entraîne des hausses de prix. L'augmentation de l'utilisation est attribuable à un certain nombre de facteurs, dont les suivants :

- une société vieillissante (plus susceptible de prendre des médicaments).
- la portée croissante de la pharmacothérapie (traitement, maintien et prévention).

- une demande davantage dictée par les consommateurs (accès à de l'information grâce à Internet, publicité directe à l'intention des consommateurs dans les médias).
- un marketing plus direct auprès des médecins par les compagnies pharmaceutiques qui tentent de faire connaître leurs médicaments les plus récents.¹

5.56 Selon le personnel du ministère, deux moyens s'offrent pour influencer la croissance du programme; l'un est de payer pour les médicaments qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité et l'autre est d'influencer les pratiques des médecins en matière d'ordonnances. Nous voulions déterminer si le ministère surveille l'utilisation des médicaments et les pratiques d'ordonnance.

Utilisation des médicaments

5.57 La surveillance de l'utilisation des médicaments est un moyen important pour influencer les coûts. Le personnel du ministère prépare un rapport sur l'utilisation des médicaments, mais, comme il a été mentionné, les données sont très peu analysées.

5.58 La tâche de surveiller l'utilisation des médicaments par les bénéficiaires a été confiée au fournisseur de services, qui effectue des examens de l'utilisation des médicaments afin de repérer les cas où une utilisation anormale pourrait indiquer un recours abusif ou inapproprié au programme. L'examen vise à assurer le contrôle, la diminution ou la détection des utilisations de médicaments qui sont potentiellement dangereuses; on compte sur les prescripteurs et les fournisseurs pour exercer leurs responsabilités professionnelles en matière de contrôle.

5.59 Un rapport mensuel produit par le fournisseur de services relève les bénéficiaires qui répondent à l'un des critères établis par le ministère pour signaler un problème potentiel. Une enquête plus poussée est alors menée et peut donner lieu à l'envoi d'une lettre au médecin du bénéficiaire. L'examen porte sur différentes catégories de médicaments telles que sédatifs, narcotiques et antidépresseurs, et il permet de déterminer si une lettre devrait être envoyée. En 2004, le système a repéré 24 364 cas potentiels d'utilisation anormale. Après une enquête plus poussée, 1 906 lettres ont été envoyées à des médecins. En janvier 2005, on venait tout juste de commencer à comptabiliser le taux de réponse à ces lettres. Le suivi de ce genre d'information améliorera le processus; il pourra servir à déterminer si les résultats attendus de l'examen sont obtenus.

1. Source : *Understanding Health Care Cost Drivers and Escalators*, Conference Board du Canada, mars 2004.

5.60 La surveillance de l'utilisation pourrait aussi être exercée en fonction d'autres éléments que le bénéficiaire – par région, par exemple. Les données recueillies actuellement par le ministère montrent que, en 2003-2004, le nombre moyen de prescriptions par bénéficiaire variait entre aussi peu que 18 dans certaines régions et jusqu'à 29 dans d'autres pour la même période. Nous avons appris que le ministère avait déjà effectué ce type d'analyse pour un groupe de médicaments en particulier. De concert avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, le ministère avait fourni aux médecins un profil régional sur la prescription des antibiotiques. Le profil comparait la consommation d'antibactériens dans chaque région de santé à la moyenne néo-brunswickoise et à des pays chefs de file dans l'utilisation appropriée des antimicrobiens. Le rapport a été remis aux médecins en 2002. Nous avons été heureux de voir cette initiative et incitons le PMO à poursuivre dans cette veine.

Pratiques d'ordonnance

5.61 Bien que le ministère surveille certains aspects de l'utilisation des médicaments, nous n'avons rien trouvé pour indiquer qu'une surveillance régulière et uniforme est exercée sur les pratiques d'ordonnance, qui constituent l'autre élément permettant d'influencer les coûts croissants du programme.

5.62 Pendant un certain temps, des bulletins d'information étaient préparés sur les nouveaux médicaments ajoutés au formulaire; ces bulletins décrivaient, par exemple, les différences entre le nouveau médicament ajouté au formulaire et les médicaments déjà inscrits. Ces bulletins ne sont plus publiés. Comme nous l'avons déjà mentionné, le ministère a distribué aux médecins un profil de la prescription des antibiotiques. Le ministère a aussi mis à l'essai un outil qui met à la disposition des médecins, au moyen d'un appareil portatif, de l'information sur le formulaire provincial des médicaments. L'outil permettra aux médecins d'avoir accès, au moment de rédiger une ordonnance, à de l'information sur d'autres choix de médicaments et les coûts de ceux-ci afin de prescrire à leurs patients les médicaments ayant le meilleur rapport coût-efficacité. Ces plus récents projets pourront éventuellement contribuer à la surveillance.

5.63 Le principal moyen actuel pour influencer la prescription de médicaments est le processus d'autorisation spéciale, qui limite le paiement de certains médicaments. Par exemple, si un médecin prescrit un médicament pour lequel il existe un autre médicament tout aussi efficace mais moins cher, une autorisation spéciale doit être obtenue pour que le coût du médicament soit payé. Le médecin doit envoyer une demande écrite qui explique pourquoi un médicament en particulier est requis pour le bénéficiaire. Parmi les 3 600 médicaments

qui étaient inscrits au formulaire au 31 mars 2004, 287 d'entre eux, soit 8 % du formulaire, nécessitaient une autorisation spéciale.

5.64 Comme il est mentionné précédemment, le ministère produit des rapports statistiques sur les prescriptions par région de santé et par type de médecin. Une analyse de telles données pourrait aider à repérer les tendances néfastes dans les pratiques d'ordonnance. Un rapport préparé par le personnel du ministère sur les indicateurs d'utilisation selon le type de médecin et la région de santé pour 2003-2004 a mis en lumière des faits intéressants qui pourraient justifier une étude plus poussée :

- La région dans laquelle le nombre moyen de prescriptions par bénéficiaire est le plus élevé au Nouveau-Brunswick (soit 28,8 prescriptions) dépasse de 62 % la région dans laquelle ce nombre moyen est le plus faible (17,7 prescriptions). Pourtant, la différence dans le coût moyen par bénéficiaire pour ces deux régions n'est que de 25 %.
- Le rapport montre également que les bénéficiaires des régions rurales reçoivent en moyenne 18 % plus de prescriptions que les bénéficiaires des régions urbaines. De plus, le coût annuel moyen par bénéficiaire est de 6 % plus élevé dans les régions rurales, soit 770,01 \$ par bénéficiaire, comparativement à 727,77 \$ par bénéficiaire dans les régions urbaines.

5.65 Un autre rapport, qui porte celui-là sur l'utilisation par région de santé, offre d'autres informations tout aussi intéressantes qui pourraient justifier un examen :

- L'augmentation régionale la plus élevée (en pourcentage) dans le nombre de prescriptions de 1997-1998 à 2002-2003 a été de 50,45 %. L'augmentation régionale la plus faible pour la même période a été de 11,38 %.
- L'augmentation régionale la plus élevée (en pourcentage) dans le nombre moyen annuel de prescriptions par bénéficiaire pour la période de cinq ans allant de 1997-1998 à 2002-2003 a été de 48,22 %, et la plus faible, de 31,64 %.

5.66 Le PMO pourrait analyser ces informations et d'autres, mais il ne le fait pas en raison de ressources insuffisantes. Il s'ensuit que le ministère rate peut-être des possibilités de déterminer des améliorations à apporter ou des économies potentielles à réaliser.

Conclusion

5.67 Il est partiellement satisfait aux deux critères. Les aspects administratifs du programme sont surveillés et évalués, de même que le respect du budget du programme. Bien que le respect du budget soit un aspect important du rendement d'un programme, d'autres aspects importants devraient être surveillés et évalués. Le ministère n'a pas établi de normes pour les aspects non financiers du rendement du programme. De plus, on constate que l'information nécessaire pour surveiller les buts du programme est insuffisante, ce qui a aussi une incidence sur le rendement du programme; il n'y a aucun moyen de savoir si les buts du programme sont atteints.

Recommandations

5.68 Nous avons recommandé que le ministère détermine les aspects non financiers du Plan de médicaments sur ordonnance qui ont une incidence sur le rendement, qu'il établisse des normes en conséquence pour assurer une surveillance et une évaluation régulières du rendement du programme et qu'il prenne les mesures correctives qui s'imposent.

5.69 Nous avons recommandé que le ministère s'assure que l'information requise pour évaluer les buts et les objectifs du programme soit accessible.

5.70 Nous avons recommandé que le ministère exploite pleinement les données qu'il possède déjà.

Commentaires du ministère au sujet de la gestion de programme

5.71 *Comme il est noté dans le rapport, le Plan de médicaments sur ordonnance était combiné à l'Assurance-maladie, mais il s'agit maintenant de deux programmes distincts. Cette modification de la structure organisationnelle a évolué au cours des dernières années et est devenue officielle en avril 2004. La modification de la structure est l'occasion d'établir une mission ainsi que des buts et des objectifs distincts pour le Plan de médicaments sur ordonnance.*

5.72 *La collecte et l'analyse des données ont lieu dans le cours des activités régulières. Nous convenons qu'une analyse régulière et systématique des données sur l'utilisation des médicaments est nécessaire pour cerner les problèmes potentiels reliés à l'utilisation qui nécessitent la prise de mesures ou une enquête plus poussée. Nous examinerons les exigences du travail et déterminerons les ressources additionnelles qu'il faudrait pour assurer une exploitation des données à leur plein potentiel. [Traduction.]*

Choix et coût des médicaments

Évaluation des médicaments

5.73 Notre premier critère était le suivant :

Les médicaments inscrits au formulaire devraient faire l'objet d'une évaluation adéquate pour assurer un bon rapport coût-efficacité.

5.74 Les médicaments pouvant être un service assuré en vertu du Plan de médicaments sur ordonnance sont inscrits dans le *Formulaire du Nouveau-Brunswick* des médicaments sur ordonnance. En 2003-2004, le formulaire contenait environ 3 600 médicaments.

5.75 En 2002, le processus commun d'examen des médicaments de l'Atlantique a été établi pour examiner les nouveaux médicaments sur ordonnance et formuler des recommandations sur l'ajout de médicaments au formulaire à l'intention des ministres de la Santé des provinces de l'Atlantique, ce qui améliore l'efficacité et la qualité du processus. Un processus commun d'examen des médicaments national a vu le jour en 2003 et a remplacé une partie des modalités du processus de l'Atlantique.

5.76 Le processus national couvre tous les nouveaux médicaments qui sont mis sur le marché, tandis que le processus de l'Atlantique examine uniquement des médicaments déjà approuvés mais qui ont, par exemple, de nouvelles concentrations ou utilisations. Dans les deux cas, des comités d'experts procèdent à un examen et formulent des recommandations concernant l'ajout du médicament au formulaire. Il revient alors au ministre de la Santé et Mieux-être de décider si le médicament sera inscrit au formulaire du PMO du Nouveau-Brunswick.

Évaluation de l'efficacité des médicaments par rapport à leur coût

5.77 L'évaluation des médicaments comprend un examen du rapport coût-efficacité du médicament. Aucun critère précis n'a été établi pour évaluer ce rapport coût-efficacité, à l'instar d'autres provinces et territoires au Canada.

5.78 Le coût joue toutefois un rôle important dans l'examen des médicaments. Nous avons trouvé des éléments probants qui montrent que l'examineur s'est demandé si le coût de la thérapie justifie les résultats cliniques et les résultats relatifs à la qualité de vie (comparativement à une thérapie similaire déjà inscrite comme service assuré). Au Nouveau-Brunswick, après la recommandation par le processus commun d'examen des médicaments de l'Atlantique d'inclure un médicament, un document d'approbation ministérielle préparé par le PMO à l'intention du ministre de la Santé et du Mieux-être comprend des considérations liées au coût par jour de la thérapie, le coût par année et les conséquences budgétaires

(estimations des économies ou des coûts annuels) à prendre en compte par le ministre dans sa décision d'approuver ou non le médicament à titre de service assuré.

5.79 Nous avons examiné les documents justificatifs concernant un échantillon de médicaments dont l'inclusion était recommandée dans le formulaire de 2002-2003 et constaté que le processus fonctionnait comme il se devait. Les évaluations étaient approfondies et complètes. De plus, notre examen a montré qu'il s'était écoulé plus de 11 mois entre le moment où le processus d'examen de l'Atlantique a recommandé que le médicament devienne un service assuré et le moment où le médicament a été ajouté au formulaire du Nouveau-Brunswick. Dans son rapport de décembre 2004, le vérificateur général de la Nouvelle-Écosse a observé un délai similaire dans sa province. Ce que nous trouvons préoccupant dans la situation est qu'elle pourrait entraîner la perte d'économies de coûts pour le programme ou limiter l'accès des bénéficiaires à des thérapies assurées par le PMO, puisque le bénéficiaire n'a peut-être pas les moyens de payer le coût du médicament sans l'aide du PMO.

Conclusion

5.80 Il est satisfait au critère. Nous avons constaté que l'évaluation des médicaments prend en compte de nombreux facteurs, dont le rapport coût-efficacité.

Examen régulier du formulaire

5.81 Notre deuxième critère était le suivant :

Les médicaments inscrits devraient régulièrement faire l'objet d'une évaluation pour déterminer s'ils doivent être conservés, supprimés ou limités dans leur utilisation, et des mesures correctives devraient être prises au besoin.

5.82 Les médicaments qui figurent au formulaire comme service assuré ne font pas régulièrement l'objet d'un examen officiel. Des examens ont toutefois lieu en raison du processus d'examen qui est appliqué dans le cas d'un nouveau médicament; de tels examens exigent la comparaison du nouveau médicament aux médicaments déjà inscrits au formulaire. Par exemple, la comparaison pourrait montrer que le nouveau médicament coûte moins cher ou entraîne moins d'effets secondaires que le médicament actuellement assuré. De telles questions pourraient nécessiter le retrait d'un médicament ou une limite de son utilisation. Un examen a aussi lieu si une question surgit concernant un médicament en particulier. Par exemple, l'état du médicament Ciprofloxacine est passé d'un avantage régulier à un médicament qui exige une autorisation spéciale en raison d'une augmentation de la résistance aux antibiotiques venant d'une

consommation accrue. Dans ce cas, le médicament est encore disponible, mais le bénéficiaire doit répondre à des critères précis pour recevoir ce service assuré.

5.83 Pour les autres médicaments qui sont actuellement inscrits comme avantage dans le formulaire mais qui ne sont pas visés par un examen, aucun processus d'examen régulier n'est prévu. Le personnel du ministère a déclaré que le processus d'examen des médicaments est axé sur les nouveaux médicaments présentés par les fabricants.

Conclusion

5.84 Il est satisfait au critère dans la mesure où nous considérons pratique de le faire. Les médicaments font l'objet d'un examen dans le cadre du processus d'examen en vigueur.

Acquisition de médicaments et frais d'ordonnance

5.85 Notre dernier critère pour cet objectif était le suivant :

Il devrait y avoir en place des directives et des pratiques qui assurent l'acquisition au coût le plus bas possible des médicaments inscrits sur le formulaire et des frais d'ordonnance.

5.86 Lorsqu'un bénéficiaire du PMO fait remplir sa prescription, la pharmacie est remboursée pour le coût du médicament et reçoit des frais d'ordonnance pour chaque prescription remplie. Les frais d'ordonnance sont fondés sur un barème à 10 niveaux en fonction du coût des ingrédients du médicament que la pharmacie délivre. Ces frais sont généralement négociés et convenus entre la New Brunswick Pharmacists' Association et le ministère; cependant, les deux parties n'ont signé aucune nouvelle entente depuis l'expiration de la dernière entente en 1995. Les frais sont les mêmes depuis 2001.

Contrôle des coûts des médicaments

5.87 Comme le ministère n'achète pas de médicaments directement des fabricants ou des vendeurs en gros, il doit chercher à exercer un contrôle sur les coûts d'autres manières. Le ministère a mis en œuvre plusieurs moyens pour influencer les dépenses reliées aux médicaments pour le Plan de médicaments sur ordonnance :

1) Prix admissible maximum (PAM)

Le prix admissible maximum (PAM) établit un contrôle des prix entre le produit original et les marques génériques interchangeables. Le PAM est fondé sur le prix le plus bas du fabricant pour le médicament dans sa catégorie.

2) Coût réel d'acquisition (CRA)

Les pharmacies achètent les médicaments qui sont délivrés aux bénéficiaires du PMO, et le ministère les rembourse par l'entremise de la Croix Bleue. Le montant remboursé est le montant que la pharmacie paie pour les médicaments, à moins qu'un PAM s'applique. Au cours des vérifications faites dans les pharmacies par la Croix Bleue, ces montants sont vérifiés. En d'autres termes, les pharmacies ne sont pas remboursées pour toute majoration par rapport au coût d'acquisition.

3) Médicaments dont le paiement est limité

Le bénéficiaire doit obtenir une autorisation spéciale pour recevoir certains médicaments à titre de service assuré. Le bénéficiaire doit satisfaire aux conditions et aux critères établis pour le médicament afin que le coût des médicaments soit payé. Parmi les 3 600 médicaments inscrits au formulaire, 287 exigent une autorisation spéciale (8 %). Un exemple de médicament dont le paiement est limité est le Travoprost, des gouttes ophtalmologiques utilisées dans le traitement du glaucome. Dans ce cas, le médicament est limité aux patients qui ne réagissent pas aux autres médicaments ou qui ne les tolèrent pas.

Comparaison avec d'autres entités

Coûts des médicaments

5.88 Au cours de notre vérification, nous avons comparé le prix versé par le Nouveau-Brunswick pour un échantillon de médicaments à celui payé par d'autres entités. L'échantillon était composé des 20 médicaments qui ont été le plus souvent prescrits au Canada en 2002-2003 tel que déterminé par IMS Health Canada. Nous avons comparé le Nouveau-Brunswick à six autres entités : des programmes fédéraux (par exemple : Défense nationale, Anciens Combattants, GRC), la Nouvelle-Écosse, le Manitoba, la Saskatchewan, la Colombie-Britannique et Terre-Neuve-et-Labrador.

5.89 Nous avons trouvé que le Nouveau-Brunswick se compare favorablement à ces entités. En fait, le Nouveau-Brunswick avait les troisièmes coûts les plus faibles de l'échantillon. Certaines de ces entités ont recours à d'autres moyens pour le paiement des médicaments, dont les listes de prix fixes et les prix forfaitaires.

5.90 Comme autre contrôle de vraisemblance, nous avons comparé les coûts des médicaments du PMO avec les coûts engagés par les hôpitaux de la province pour le même échantillon de médicaments. Au Nouveau-Brunswick, les régies régionales de la santé appartiennent à deux groupes d'achat nationaux qui négocient les prix avec les

fabricants de médicaments. Nous avons communiqué avec deux régies de la santé, chacune appartenant à l'un des groupes d'achat, afin de déterminer s'il y a des écarts importants dans les prix payés. Nous avons découvert que, dans l'ensemble, le PMO paie moins cher que les régies de la santé pour notre échantillon de médicaments.

Frais d'ordonnance

5.91 Nous avons comparé les frais d'ordonnance versés par le PMO en 2002-2003 pour l'échantillon de médicaments décrit dans la section qui précède aux frais payés ailleurs. Les frais d'ordonnance représentent environ 20 % du total des dépenses du programme. Les provinces avec lesquelles nous avons comparé le PMO du Nouveau-Brunswick sont la Nouvelle-Écosse, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique. Nous avons exclu Terre-Neuve-et-Labrador de notre comparaison parce que les frais d'ordonnance des médicaments composant notre échantillon n'ont pas été fournis.

5.92 Pour la majorité des médicaments de l'échantillon, le PMO verse en moyenne des frais d'ordonnance légèrement supérieurs aux autres provinces examinées. Notons cependant que certaines provinces versent un supplément (majoration fondée sur les coûts des ingrédients) en plus des frais d'ordonnance, ce dont ne tient pas compte notre analyse. Il n'en reste pas moins que d'autres provinces paient moins.

Conclusion

5.93 Il est satisfait au critère. Le PMO a établi des directives et des pratiques qui ont permis au programme d'obtenir des médicaments et de verser des frais d'ordonnance au plus bas coût possible dans le modèle de prestation actuel du programme.

Rapport à l'Assemblée législative

Directive sur les rapports annuels

5.94 Notre critère était le suivant :

L'information communiquée devrait satisfaire aux exigences de la directive sur les rapports annuels du gouvernement provincial.

5.95 Selon la directive sur les rapports annuels du gouvernement provincial, le rapport annuel vise avant tout à permettre aux ministères de rendre compte de leurs activités à l'Assemblée législative et à la population en général, et il est l'élément clé qui relie les objectifs et les plans d'action d'un ministère aux résultats obtenus.

5.96 La directive sur les rapports annuels précise les exigences relatives au contenu, à la présentation et à la date de publication du rapport. Bien que la directive s'applique à l'ensemble du rapport annuel d'un ministère, certaines des exigences ont trait expressément aux programmes. Pour les exercices 2000-2001 à 2003-2004, nous

avons examiné la section des rapports annuels qui portent sur le Plan de médicaments sur ordonnance. Nos constatations sont résumées à la pièce 5.3.

Pièce 5.3

Résumé des constatations découlant de l'examen des rapports annuels

Exigences de la directive sur les rapports annuels qui s'appliquent au PMO	Le rapport annuel (année) répond à l'exigence			
	2003-2004	2002-2003	2001-2002	2000-2001
1. Exposition claire des buts et objectifs et des indicateurs du rendement.	Non	Non	Non	Non
2. Mesure dans laquelle un programme demeure pertinent.	Non	Non	Non	Non
3. Rendement du ministère pour ce qui est d'atteindre ses objectifs.	Non	Non	Non	Non
4. Accueil que le groupe cible a réservé au programme.	Non	Non	Non	Non
5. Tableaux exposant l'information relative aux réalisations et au budget, avec un texte expliquant les écarts.	Oui	Oui	Oui	Oui
6. Langage clair et simple.	Oui	Oui	Oui	Oui
7. Emploi de tableaux, de diagrammes et de graphiques.	Oui	Oui	Oui	Oui

5.97 Au cours de notre examen, nous avons constaté que, même si le ministère considère le respect du budget comme un aspect clé du rendement du programme, le texte sur le programme dans le rapport annuel ne le mentionne pas, alors que, en 2003-2004, le PMO a respecté son budget pour la première fois en plusieurs années.

5.98 Comme on le voit, le ministère ne répond pas aux exigences de la directive sur les rapports annuels dans plusieurs secteurs clés. Le manque d'information dans ces secteurs est préoccupant, car ceux-ci touchent à la reddition de comptes.

5.99 Le non-respect des exigences en matière de rapports annuels n'est pas une situation unique au ministère de la Santé et du Mieux-être. Nous continuons à observer des déficiences à cet égard dans le rapport annuel de nombreux ministères.

Conclusion

5.100 Il est partiellement satisfait au critère. Le rapport annuel du ministère répond à certaines exigences de la directive sur les rapports annuels, mais pas à toutes.

Recommandation

5.101 Nous avons recommandé que le ministère se conforme aux exigences de la directive sur les rapports annuels en ce qui

concerne le contenu pour ce qui est du Plan de médicaments sur ordonnance.

***Commentaires du ministère
sur les rapports à
l'Assemblée législative***

5.102 *Nous constatons que la section sur le Plan de médicaments sur ordonnance du rapport annuel répond à une partie des exigences de la directive sur les rapports annuels. Nous examinerons les exigences pour veiller à ce que les autres points soient conformes. [Traduction.]*