



RAPPORT DU

Vérificateur général du Nouveau-Brunswick

Audit de performance

Publié par :
Le Bureau du vérificateur général
Province du Nouveau-Brunswick

Septembre 2026

ISBN: 978-1-4605-4813-4 (Édition imprimée bilingue)

ISBN: 978-1-4605-4814-1 (Version anglaise en ligne)

ISBN: 978-1-4605-4815-8 (Version française en ligne)

ISSN: 0382-1420



Présidente de l'Assemblée législative
Province du Nouveau-Brunswick

Madame la Présidente,

Conformément au paragraphe 15(1) de la *Loi sur le vérificateur général*, j'ai l'honneur de soumettre le volume II du rapport 2026 de mon bureau à l'Assemblée législative.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments respectueux,

Paul Martin, FCPA, FCA
Vérificateur général

Fredericton (N.-B.)
Septembre 2026

Table des matières

Chapitre 1 : Commentaires du vérificateur général	1
Chapitre 2 : Expansion des cliniques de soins collaboratifs	2
Chapitre 3 : Supplément de l’avenant tarifaire	35

RAPPORT DU

Vérificateur général du Nouveau-Brunswick

VOLUME II 2026 : AUDIT DE PERFORMANCE

Commentaires du vérificateur général



Notre rapport 2026, volume II, comprend deux rapports :

- Expansion des cliniques de soins collaboratifs – ministère de la Santé
- Supplément de l'avenant tarifaire – Énergie NB

Expansion des cliniques de soins collaboratifs

Entre avril 2025 et mars 2026, le ministère de la Santé a annoncé la création de 14 cliniques de soins collaboratifs dans le cadre de sa réforme des soins primaires. Nous avons constaté que le ministère ne disposait pas d'informations suffisantes pour démontrer que ces cliniques amélioreraient l'accès aux soins primaires là où le besoin était le plus grand. L'expansion des cliniques n'a pas été guidée par une évaluation provinciale documentée des besoins communautaires. Les coûts complets et l'abordabilité à long terme n'ont pas été évalués, et les cibles de rendement ainsi que leur suivi étaient incohérents. Il n'a pas été possible de démontrer de manière fiable l'augmentation du nombre de patients rattachés ni la réduction de la liste d'attente, car les données clés et les rapports publics étaient incomplets ou inexacts. Des recommandations ont été formulées afin de renforcer la planification axée sur les besoins, l'analyse financière, le suivi du rendement, la qualité des données et la responsabilisation.

Supplément de l'avenant tarifaire

Au 31 mars 2026, les soldes des comptes d'écart devant être recouvrés auprès des clients par l'entremise du supplément lié à l'avenant tarifaire s'élevaient à 384 millions de dollars. Les comptes d'écart réglementaires d'Énergie NB servent à reporter les différences entre les coûts d'approvisionnement réels et prévus ainsi que les ventes d'électricité réelles et prévues. Depuis 2022, la période de recouvrement est passée de deux à huit ans, et les ajouts ont dépassé les recouvrements au cours de deux des trois dernières années, ce qui a entraîné un report accru des coûts sur les futurs abonnés. La viabilité à long terme de ce cadre dépend de l'amélioration des rendements d'exploitation et de la limitation de la croissance des soldes reportés.

Remerciements

Nous tenons à remercier le personnel des ministères et des sociétés de la Couronne pour l'aide qu'il nous a apportée dans l'élaboration du présent rapport. Je tiens également à remercier mon équipe pour le dévouement et le professionnalisme dont elle a fait preuve dans l'accomplissement du mandat du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick.

A handwritten signature in black ink that reads "Paul Martin".

Paul Martin, FCPA, FCA
Vérificateur général

Expansion des cliniques de soins collaboratifs

Chapitre 2

Volume II : Audit de performance

Rapport d'assurance indépendant

Table des matières

Faits saillants du chapitre 2	3
Aperçu des résultats	4
À propos de l'audit	5
Contexte	7
Aucun plan provincial pour répondre aux besoins non satisfaits lorsque les médecins n'adoptent pas volontairement le modèle	9
Le modèle de soins en collaboration a été mis en œuvre sans une analyse financière exhaustive	10
Pratiques incohérentes en matière d'établissement des cibles	12
Les rapports publics n'ont pas mesuré avec précision le nombre de patients nouvellement rattachés	14
Le suivi du rendement doit être amélioré	16
Aucune donnée fiable sur la liste d'attente ni aucun plan visant à répondre aux besoins non satisfaits n'ont été établis	19
Le ministère ne suit pas si les nouveaux patients ont été retirés de la liste d'attente	21
Le suivi du rendement n'a pas utilisé de date de début opérationnelle bien définie	22
Les ententes ne comportaient pas de dispositions relatives au recouvrement des fonds	23
Les leçons tirées ne sont pas systématiquement identifiées ni mises en application	25
Annexe I : Recommandations et réponses	27
Annexe II : Objectif et critères d'audit	33
Annexe III : Rapport d'assurance indépendant	34

Ministère de la Santé

EXPANSION DES CLINIQUES DE SOINS COLLABORATIFS



EXPANSION DES CLINIQUES DE SOINS COLLABORATIFS

Faits saillants du chapitre 2

Aucun plan pour répondre aux besoins non satisfaits	Les coûts complets et l'abordabilité à long terme n'ont pas été évalués	Les cibles de rendement et leur suivi étaient incohérents
Il n'a pas été possible de démontrer de manière fiable l'augmentation du nombre de patients rattachés ni la réduction de la liste d'attente		La liste d'attente et les rapports publics étaient incomplets ou inexacts

CONCLUSION GÉNÉRALE :

Le ministère de la Santé ne disposait pas d'informations suffisantes pour démontrer que les cliniques de soins collaboratifs amélioraient l'accès aux soins primaires là où le besoin était le plus grand. Des lacunes dans l'analyse des coûts, le suivi de rendement et les données sur le rattachement des patients ont également limité la capacité du ministère à évaluer les résultats, à répondre aux besoins non satisfaits et à démontrer l'optimisation des ressources.

Aperçu des résultats

EXPANSION DES CLINIQUES DE SOINS COLLABORATIFS

Le modèle a été étendu sans s'appuyer sur des renseignements fiables



CONSTATATIONS	
	L'expansion des cliniques n'a pas été guidée par des besoins communautaires documentés ni par un plan visant à combler les lacunes restantes
	L'évaluation des coûts complets et de l'abordabilité à long terme n'a pas été réalisée
	Le suivi n'a pas fourni d'information complète, fiable ou en temps opportun
	Les cibles de rendement n'ont pas été appliquées de manière uniforme
	Absence de seuils d'intervention
	La réduction des listes d'attente et le nombre de nouveaux patients rattachés n'ont pas pu être démontrés de manière fiable

À propos de l'audit

INTRODUCTION À L'AUDIT

- 2.1** La *Loi sur les régies régionales de la santé* définit la fourniture et l'administration des services de santé, précisant que le ministre de la Santé est chargé de l'orientation stratégique du système de soins de santé et qu'il peut :
- établir des buts, des objectifs et des normes relatifs à la prestation des services de santé dans la province ou dans certains de ses secteurs
 - établir des mesures de rendement et des cibles pour promouvoir l'utilisation efficace des services de santé
 - mener la planification des finances, des ressources humaines et des technologies de l'information du système de soins de santé
- 2.2** Au Nouveau-Brunswick, les cliniques de soins collaboratifs sont des cabinets de soins primaires fonctionnant en équipe, où des médecins de famille, des infirmières et d'autres professionnels de la santé travaillent ensemble pour offrir des soins coordonnés et continus à un groupe de patients inscrits. Ce modèle vise à améliorer l'accès aux soins, la continuité des soins et l'utilisation efficace de l'expertise de chaque professionnel.
- 2.3** Le gouvernement s'est engagé à établir 30 cliniques de soins collaboratifs sur une période de quatre ans à compter du 1^{er} avril 2025. Entre le 1^{er} avril 2025 et le 31 mars 2026, le ministère de la Santé a annoncé la création de 14 cliniques de soins collaboratifs à travers toute la province.

POURQUOI AVONS-NOUS CHOISI CE SUJET

- 2.4** La mise en œuvre et l'expansion des cliniques de soins collaboratifs représentent un changement important dans la façon dont les soins de santé primaires sont organisés et dispensés au Nouveau-Brunswick. Cette initiative nécessite des ressources publiques considérables et vise à remédier aux difficultés persistantes en matière d'accès aux soins primaires.
- 2.5** Un audit à ce stade est opportun, car de nombreuses cliniques viennent d'être créées ou sont encore en cours de développement. Un examen précoce permet de cerner les faiblesses en matière de planification, de gouvernance et de mesure du rendement avant que le modèle ne soit pleinement mis en œuvre et que des ressources supplémentaires ne soient engagées.

ENTITÉ AUDITÉE

- 2.6 L'entité auditée était le ministère de la Santé (le ministère). Nous avons également mené des enquêtes et recueilli des preuves d'audit auprès des deux régies régionales de la santé (RRS).

ÉTENDUE DE L'AUDIT

- 2.7 Aux fins de notre audit, notre étendue d'audit comprenait les 14 cliniques de soins collaboratifs qui ont été annoncées au cours de notre période d'audit, soit du 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026. Des renseignements en dehors de cette période ont également été recueillis et examinés lorsque cela a été jugé nécessaire. Dans le cadre de nos travaux, nous avons examiné la législation pertinente, les ententes avec les médecins, les politiques, les rapports annuels et les ensembles de données. Nous avons également mené des entrevues auprès de divers membres du personnel du ministère.
- 2.8 L'Annexe II et l'Annexe III fournissent de plus amples informations sur l'objectif, les critères, l'étendue et l'approche de l'audit que nous avons utilisés pour réaliser notre audit.

OBJECTIF DE L'AUDIT

- 2.9 Notre objectif d'audit était de déterminer si l'expansion des cliniques de soins collaboratifs au Nouveau-Brunswick, menée par le ministère de la Santé, avait été planifiée, mise en œuvre, et suivie de manière à améliorer l'accès aux soins primaires là où les besoins sont les plus grands.

CONCLUSION

- 2.10 Le ministère ne disposait pas d'informations suffisantes pour démontrer que les cliniques de soins collaboratifs amélioreraient l'accès aux soins primaires là où les besoins étaient les plus grands. Des lacunes dans l'analyse des coûts, le suivi du rendement et les données sur le *rattachement des patients¹ ont également limité la capacité du ministère à évaluer les résultats, à répondre aux besoins non satisfaits et à démontrer l'optimisation des ressources.

1 ***Rattachement d'un patient** désigne le lien officiel entre un patient et un fournisseur de soins primaires ou une clinique de soins collaboratifs qui a accepté la responsabilité d'assurer et de coordonner les soins de santé primaires continus du patient.

Contexte

- 2.11** Les soins primaires constituent généralement le premier point de contact avec le système de santé et comprennent la prévention, le diagnostic, le traitement, la gestion des maladies chroniques et la coordination avec d'autres services. Des soins primaires efficaces peuvent améliorer les résultats en matière de santé et réduire le recours évitable aux services d'urgence et aux hôpitaux.
- 2.12** Il est important d'avoir un médecin de famille ou un personnel infirmier praticien, toutefois, le rattachement à un médecin ne garantit pas nécessairement un accès aux soins en temps opportun. Un rapport du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick a indiqué que 73 % des répondants au sondage avaient un médecin de famille ou un personnel infirmier praticien en 2025, tandis que seulement 34 % ont déclaré pouvoir consulter un fournisseur dans un délai de cinq jours.
- 2.13** Dans le cadre de l'ancien modèle du médecin, les médecins exerçaient généralement de façon indépendante et étaient rémunérés principalement par un salaire ou selon des ententes de rémunération à prestation. Le modèle de clinique de soins collaboratifs rassemble les médecins et d'autres professionnels de la santé au sein de cliniques fonctionnant en équipe, avec des ententes de financement et de prestation de services visant à favoriser la coordination des soins, l'élargissement des groupes de patients et un meilleur accès aux soins primaires.
- 2.14** La province a fait des soins en collaboration en équipe un élément central de la réforme des soins primaires. L'Entente sur les services de médecin 2025–2029, signée par le ministre de la Santé en mars 2026, établit les cliniques de soins collaboratifs comme un élément central de la stratégie de soins primaires du Nouveau-Brunswick. En 2025-26, les dépenses du ministère consacrées aux cliniques de soins collaboratifs se sont élevées à 34,2 millions de dollars. Ce montant ne comprend pas les dépenses liées à la rémunération à prestation ni les financements approuvés pour les coûts ponctuels et d'infrastructure.

2.15 Le ministère nous a informés que les emplacements des sept premières cliniques de soins collaboratifs avaient été choisis conformément aux engagements annoncés par le gouvernement et que les RRS avaient proposé les emplacements des sept prochaines cliniques. Le financement a été fourni par le ministère.

2.16 Les emplacements des cliniques sont les suivants :

Engagements du gouvernement déjà annoncés (sept premières)	Cliniques recommandées par les RRS (sept suivantes)
Fredericton (Zone 3)	Edmundston (Zone 4)
Lamèque (Zone 6)	St. Stephen (Zone 2)
Tantramar (Zone 1)	Bathurst (Zone 6)
Carleton-Nord (Zone 3)	Saint John-Nord (Zone 2)
Miramichi (Zone 7)	Charlotte-Est (Zone 2)
Campbellton (Zone 5)	Nackawic-Millville (Zone 3)
Moncton (Zone 1)	St. Andrews (Zone 2)

Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère

Aucun plan provincial pour répondre aux besoins non satisfaits lorsque les médecins n'adoptent pas volontairement le modèle

- 2.17** L'Entente sur les services de médecin permet aux médecins admissibles de choisir de participer ou non au modèle de cliniques de soins collaboratifs et n'exige pas que les cliniques soient établies dans des communautés sélectionnées par le ministère en fonction des besoins relatifs. Par conséquent, le ministère n'a pas un contrôle total sur l'emplacement des cliniques.
- 2.18** Toutefois, le ministère demeure responsable de la planification et de la mise en œuvre du modèle, du financement relatif aux cliniques, de l'affectation des ressources de soutien et de l'évaluation de l'efficacité du modèle pour améliorer l'accès aux soins primaires à travers toute la province. Nous nous attendions à ce que le ministère s'appuie sur les besoins de santé communautaires documentés et sur les lacunes en matière d'accès pour éclairer ces décisions et pour déterminer comment les besoins non satisfaits seraient pris en charge dans les communautés où les médecins n'adoptaient pas volontairement le modèle.
- 2.19** Nous avons constaté que le ministère n'avait pas documenté la manière dont les besoins relatifs des communautés avaient guidé la mise en œuvre, le financement, l'ordre de priorité ou l'affectation des ressources des cliniques de soins collaboratifs. Le ministère n'avait pas établi de plan provincial pour répondre aux besoins importants dans les régions qui pourraient ne pas bénéficier de l'expansion volontaire du modèle.

Recommandation

- 2.20** Nous recommandons que le ministère de la Santé élabore et mette en œuvre un plan provincial qui s'appuie sur les besoins de santé communautaires et les lacunes en matière d'accès documentés pour orienter la mise en œuvre, le financement et la dotation en ressources des cliniques de soins collaboratifs, et qui précise comment les besoins non satisfaits seront pris en charge dans les régions où les médecins n'adoptent pas volontairement le modèle.

Le modèle de soins en collaboration a été mis en œuvre sans une analyse financière exhaustive

- 2.21** La nouvelle Entente sur les services de médecin prévoit une rémunération accrue des médecins et un soutien opérationnel substantiel, y compris le financement du personnel administratif et infirmier, des *services paramédicaux² et des frais généraux des cliniques de soins collaboratifs. En contrepartie, les cliniques participantes doivent accueillir davantage de patients (provenant principalement de la liste d'attente provinciale), améliorer l'accès aux rendez-vous, offrir des soins primaires complets et rendre compte régulièrement de leurs résultats par rapport à des indicateurs de rendement établis.
- 2.22** Le tableau ci-dessous présente le montant maximal annuel des coûts supplémentaires par médecin (en plus de ce que les médecins recevraient s'ils exerçaient en pratique individuelle).

Dépenses admissibles supplémentaires annuelles maximales par médecin	
Catégorie de dépenses	Montant annuel
Honoraires de coordination des soins interdisciplinaires	45 000 \$
Frais généraux du médecin	68 994 \$
Adjoints en cabinet médical	188 127 \$
Personnel infirmier auxiliaire autorisé/personnel infirmier immatriculé	313 385 \$
Services paramédicaux	125 000 \$
*La capitation ³	54 000 \$
Total	794 506 \$

Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère

2 ***Services paramédicaux** peuvent comprendre travailleur social, conseiller thérapeute agréé, diététiste, physiothérapeute, ergothérapeute, thérapeute respiratoire, pharmacien, travailleur paramédical en soins avancés/communautaires et intervenant-pivot.

3 ***La capitation** est un modèle de financement selon lequel un médecin, une clinique ou un organisme de soins de santé reçoit un paiement fixe pour chaque patient inscrit ou rattaché au cours d'une période déterminée, quel que soit le nombre de services utilisés par ce patient (entrée en vigueur le 1^{er} avril 2026).

2.23 Ces montants excluent les coûts ponctuels, les coûts d'infrastructure ainsi que les salaires normaux ou les rémunérations à prestation.

2.24 L'Entente sur les services de médecin établit les exigences en matière de financement et de services pour une période initiale de quatre ans. Toutefois, le ministère n'a pas effectué d'évaluation des besoins à long terme en matière de services, des coûts ou de la viabilité du modèle de soins en collaboration au-delà de cette période.

2.25 Nous avons demandé au ministère de nous fournir l'analyse des coûts qui a été réalisée pour justifier le coût total de l'initiative relative aux cliniques de soins collaboratifs et nous avons relevé ce qui suit :

- les coûts prévus ne comprenaient que le salaire des médecins, les avantages sociaux et la capitation
- les prévisions n'incluaient pas les coûts suivants, auxquels les cliniques sont admissibles en vertu de l'Entente sur les services de médecin et de l'offre commune :
 - o frais généraux du médecin
 - o adjoints en cabinet médical
 - o personnel infirmier auxiliaire autorisé et personnel infirmier immatriculé
 - o services paramédicaux
 - o coûts liés au système de dossiers médicaux électroniques
- les projections ont été établies en se basant sur 1 100 patients par médecin plutôt que sur la cible minimale de 1 400 patients
- aucune analyse de sensibilité n'a été réalisée pour différentes *tailles du groupe de patients⁴ (les ressources disponibles varient en fonction du nombre de patients)

2.26 Sans analyse approfondie, le gouvernement ne peut pas réaliser une évaluation complète de l'abordabilité, démontrer l'optimisation des ressources ou de la viabilité à long terme du modèle, ni prendre de décisions éclairées quant à son renouvellement ou à son expansion.

Recommandation

2.27 Nous recommandons que le ministère de la Santé réalise et mette à jour régulièrement une analyse financière exhaustive du modèle de soins collaboratifs couvrant à la fois la durée actuelle de l'entente de quatre ans et la période qui suivra. L'analyse devrait inclure l'ensemble des coûts liés au soutien opérationnel, à l'infrastructure et à la mise en œuvre, et réaliser l'évaluation de l'incidence financière de différentes tailles de groupes de patients et de différents taux de participation des médecins.

⁴ ***La taille du groupe de patients** correspond au nombre de patients officiellement rattachés à un médecin ou à une équipe de soins primaires pour des soins continus.

Pratiques incohérentes en matière d'établissement des cibles

2.28 Une mise en œuvre efficace nécessite des objectifs, des points de référence, des indicateurs de rendement et des cibles clairement définis. Les mesures devraient permettre au ministère de déterminer si elles améliorent l'accès, l'équité, la qualité, la productivité et les résultats pour les patients.

2.29 Les communications publiques ont fait état des éléments suivants :

- nombre de cliniques établies
- nombre de patients nouvellement rattachés
- réductions prévues de la liste d'attente

2.30 Ces mesures sont pertinentes pour évaluer l'activité et le rattachement des patients, mais le rattachement à lui seul ne permet pas de démontrer que les patients reçoivent des soins en temps opportun, continus et complets. Le plan d'action de la province elle-même reconnaît que des taux de rattachement élevés ont historiquement coexisté avec des difficultés à obtenir des rendez-vous et un accès limité en dehors des heures d'ouverture.

2.31 Les indicateurs de rendement clés suivants et les cibles connexes ont été établis par le ministère :

Indicateur de rendement	Cible
Nombre de consultations par médecin par année	3 680
Nombre de patients par médecin	1 400
Nombre de jours avant le troisième rendez-vous disponible	5 jours

Source : Préparé par le VGNB à partir des données du ministère

2.32 Le ministère nous a informés que les cibles établies sont documentées soit dans des ententes de responsabilisation (pour les médecins rémunérés à prestation), soit dans des contrats de travail (pour les médecins salariés).

2.33 Nous avons examiné six ententes de responsabilisation des médecins rémunérés à prestation et avons constaté qu'aucune d'entre elles ne comportait les trois cibles.

2.34 Nous avons examiné deux contrats de travail des médecins salariés et avons constaté que :

- un prévoyait une cible de seulement 1 004 patients par équivalent temps plein (ETP)
- un prévoyait une cible de 1 120 patients pour 0,9 ETP (ce qui équivaut à 1 244 patients par 1,0 ETP)
- aucun des deux ne comportait de cible concernant le nombre total de consultations par année

2.35 Le personnel du ministère nous a indiqué qu'il était conscient des disparités régionales en matière de fixation de cibles, mais qu'il ne pouvait pas nous fournir de documents justifiant ces différences.

Recommandation

2.36 Nous recommandons que le ministère de la Santé assure l'application cohérente des cibles de rendement établies à tous les médecins participant au programme de soins collaboratifs. Toute dérogation approuvée doit être justifiée par des critères et une justification documentée.

Les rapports publics n'ont pas mesuré avec précision le nombre de patients nouvellement rattachés

2.37 Le ministère utilise les données transmises par les RRS pour préparer des rapports mensuels sur le rendement des cliniques de soins collaboratifs. Ces rapports servent également à étayer les annonces publiques concernant les progrès du modèle.

2.38 Le 29 avril 2026, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a signalé que les 14 cliniques de soins collaboratifs annoncées avaient rattaché 6 853 patients supplémentaires et devaient en rattacher 22 204 au total d'ici 2028.

2.39 Nous avons examiné le rapport du progrès du 22 avril 2026 du ministère à l'appui de cette annonce et avons constaté :

- des inexactitudes dans six des 14 rapports de cliniques, notamment :
 - o des erreurs arithmétiques
 - o des valeurs incorrectes utilisées dans les calculs
- des nombres négatifs de patients supplémentaires (réductions) dans six cliniques, allant de neuf à 261 patients de moins
- 12 des 14 cliniques ont été jugées en bonne voie, bien que les cibles liées aux indicateurs de rendement clés n'aient pas été atteintes

2.40 Le ministère nous a informés qu'il tenait généralement compte de facteurs tels que la dotation en personnel et l'infrastructure lors de l'évaluation des progrès des cliniques. Toutefois, il n'avait pas établi d'exigences officielles ni de critères mesurables pour effectuer cette évaluation.

2.41 La méthodologie utilisée par le ministère pour calculer et déclarer le nombre de nouveaux patients rattachés est la suivante :

Nombre total de patients – base de référence = nombre de patients nouvellement rattachés

- 2.42** La base de référence correspondait aux patients déjà rattachés auprès des médecins participants avant leur adhésion au modèle de soins en collaboration.
- 2.43** Le ministère a calculé l'augmentation déclarée de 6 853 patients en soustrayant le nombre de patients de référence de chaque clinique de son nombre actuel de patients.
- 2.44** Ce calcul mesure la variation nette du nombre de patients enregistrés dans une clinique. Cela ne permet pas nécessairement de mesurer combien de patients nouvellement rattachés ont obtenu un fournisseur de soins primaires grâce au modèle.
- 2.45** L'exemple hypothétique ci-dessous montre pourquoi la méthodologie actuelle du ministère pour calculer le nombre de nouveaux patients n'est pas exacte :

Élément de calcul	Nombre de patients
Nombre de base de patients	5 000
Nombre actuel de patients	5 300
Patients nouvellement rattachés déclarés	300

Source : Exemple hypothétique préparé par VGNB à titre illustratif

- 2.46** Toutefois, cette augmentation de 300 patients pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs :

Variation du nombre de patients enregistrés	Impact
Patients nouvellement rattachés	+150
Patients ajoutés à la suite d'ajustements des données (p. ex. omission erronée antérieure, nouveau médecin, mise en œuvre du dossier médical électronique)	+200
Patients retirés de la liste en raison de leur décès	-50
Variation nette du nombre de patients enregistrés	+300

Source : Exemple hypothétique préparé par VGNB à titre illustratif

- 2.47** Dans cet exemple, le ministère aurait déclaré 300 patients nouvellement rattachés alors qu'il n'y en avait que 150.
- 2.48** En l'absence d'une méthode fiable pour identifier et vérifier les patients nouvellement rattachés, le ministère ne peut pas réaliser une évaluation précise ni rendre compte publiquement de l'impact du modèle sur le rattachement des patients.

Recommandations

- 2.49** Nous recommandons que le ministère de la Santé établisse et applique une méthodologie documentée permettant d'identifier, de valider et de rendre compte avec précision du nombre de patients nouvellement pris en charge par les cliniques de soins collaboratifs.
- 2.50** Nous recommandons que le ministère de la Santé établisse des critères clairs permettant d'évaluer si les cliniques sont en bonne voie et qu'il vérifie l'exactitude des données relatives à leur rendement.

Le suivi du rendement doit être amélioré

- 2.51** Nous comprenons que les cliniques disposent généralement de 12 à 24 mois pour atteindre leurs cibles fixées et que la plupart d'entre elles ne sont pas encore en activité depuis aussi longtemps. Par conséquent, il ne serait pas raisonnable de s'attendre à ce que toutes les cibles soient pleinement atteintes dès les premières étapes de la mise en œuvre.
- 2.52** Toutefois, le ministère devrait suivre régulièrement les progrès de chaque clinique par rapport aux jalons établis et aux trajectoires prévues.
- 2.53** Un suivi opportun permettrait au ministère d'identifier les cliniques qui accusent un retard, de comprendre les raisons de ces retards et d'intervenir rapidement en mettant en place des mesures correctives ou un soutien approprié, plutôt que d'attendre la fin de la période de mise en œuvre pour déterminer si les cibles n'ont pas été atteintes.
- 2.54** Le ministère reçoit des rapports mensuels des RRS présentant les progrès réalisés par rapport à certaines cibles de rendement. Une partie de cette information sur le rendement est utilisée par le ministère pour produire son rapport d'étape mensuel sur les cliniques de soins collaboratifs en soins de santé primaires.

INCAPABLE DE DÉTERMINER LE NOMBRE DE VISITES PAR MÉDECIN

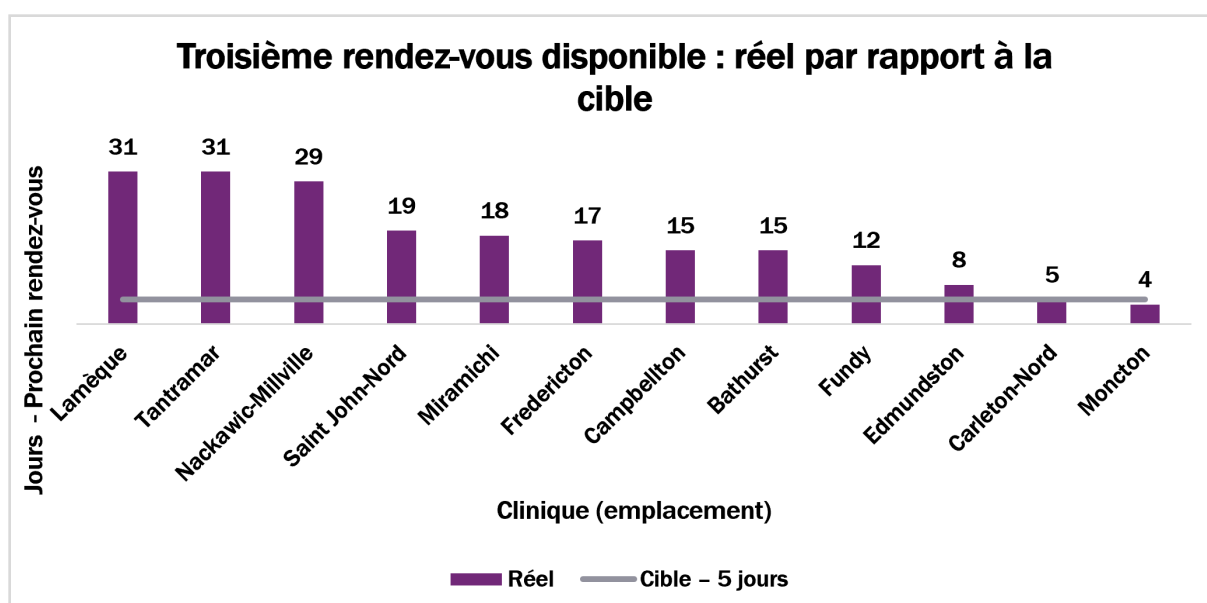
- 2.55** L'une des principales cibles de rendement pour les cliniques de soins collaboratifs est une cible annuelle de 3 680 visites de patients par médecin. Toutefois, nous avons constaté que :
- les rapports fournis par Horizon portent sur les cliniques et non sur les médecins
 - les rapports de Vitalité n'incluent pas le nombre réel de consultations de patients
- 2.56** Le ministère n'inclut pas les données de rendement relatives à cette cible dans ses rapports mensuels de rendement.

Recommandation

- 2.57** Nous recommandons que le ministère de la Santé exige que les régies régionales de la santé fournissent des données complètes et fiables sur les consultations, par médecin. Le ministère devrait comparer régulièrement les résultats réels aux cibles fixées.

CIBLE NON SATISFAITE CONCERNANT LE TROISIÈME RENDEZ-VOUS DISPONIBLE

- 2.58** Un autre indicateur de rendement clé pour les cliniques de soins collaboratifs est le troisième rendez-vous disponible. Le Collège des médecins de famille du Canada considère cet indicateur comme une mesure clé de l'accès aux soins primaires. Il représente le nombre moyen de jours entre la demande de rendez-vous d'un patient et le troisième rendez-vous régulier disponible auprès d'un fournisseur de soins primaires.
- 2.59** On se base sur le troisième rendez-vous disponible, car le premier ou le deuxième créneau libre peut résulter d'une annulation récente ou d'une autre lacune inhabituelle dans l'horaire. Le recours au troisième rendez-vous disponible fournit une indication plus fiable du temps d'attente général des patients pour obtenir un rendez-vous régulier.
- 2.60** Le ministère a fixé à cinq jours la cible pour le troisième rendez-vous disponible. Parmi les cliniques de soins collaboratifs qui ont ouvert leurs portes au cours de notre période d'audit, seules deux sur les 12 ont atteint cette cible, comme indiqué ci-dessous :



Source : Préparé par le VGNB sur la base du rapport d'étape sur les cliniques de soins collaboratifs en soins de santé primaires du 22 avril 2026

- 2.61** Bien que les cliniques puissent avoir besoin de temps pour atteindre leurs cibles de rendement au cours des premières étapes de la mise en œuvre, le ministère devrait établir des jalons intermédiaires et des trajectoires de rendement attendues afin d'effectuer une évaluation du fait que chaque clinique progresse comme prévu. Le ministère devrait également définir des seuils d'intervention permettant de déterminer à quel moment le rendement nécessite un examen plus approfondi, un plan d'amélioration, un soutien supplémentaire ou d'autres mesures correctives.

Recommandation

2.62 Nous recommandons que le ministère de la Santé renforce sa surveillance des cliniques de soins collaboratifs en :

- établissant des étapes intermédiaires et des trajectoires de rendement prévues pour chaque clinique
- obtenant des renseignements complets et fiables sur le rendement, y compris le nombre de consultations par médecin
- définissant des seuils qui déclenchent un examen plus approfondi, des plans d'amélioration ou des mesures correctives
- évaluant régulièrement les résultats des cliniques par rapport aux cibles fixées et prenant des mesures en temps opportun lorsque le rendement est inférieur aux attentes

Aucune donnée fiable sur la liste d'attente ni aucun plan visant à répondre aux besoins non satisfaits n'ont été établis

- 2.63** Le ministère a reconnu que la liste d'attente de Lien Santé Nouveau-Brunswick repose sur l'auto-inscription des personnes et, par conséquent, ne fournit pas une mesure complète ou fiable du nombre de résidents du Nouveau-Brunswick n'ayant pas de fournisseur de soins primaires. Au 10 juin 2026, Lien Santé faisait état de 126 576 personnes sur la liste d'attente.
- 2.64** Afin d'établir une estimation plus complète, le ministère a comparé le nombre de personnes possédant une carte d'assurance-maladie valide à ses dossiers de patients attribués à un fournisseur de soins primaires. Bien que l'analyse fût encore à l'état d'ébauche au moment de notre audit, elle estimait qu'environ 271 703 Néo-Brunswickois n'avaient pas de fournisseur de soins primaires, soit plus du double du nombre déclaré par Lien Santé.
- 2.65** Nous avons demandé les données à l'appui de cette analyse et avons constaté qu'elles ne précisaient pas la localisation des résidents sans médecin de famille par zone de santé ou par région de la province.
- 2.66** L'ébauche de l'analyse indiquait également que l'ampleur des besoins non satisfaits pourrait dépasser la capacité d'accueil supplémentaire de patients attendue du modèle de soins en collaboration. La planification du ministère partait du principe que 45 % des médecins participeraient à ce modèle. Même si la participation prévue et la cible de 1 400 patients étaient atteintes, on ne s'attendait pas à ce que le modèle, à lui seul, permette d'affecter tous les résidents identifiés par l'analyse du ministère.
- 2.67** Le ministère n'avait pas documenté l'ampleur de la lacune de capacité prévue ni la manière dont elle serait comblée par d'autres initiatives de soins primaires.

2.68 En l'absence d'informations précises sur le nombre et la répartition géographique des résidents non rattachés, et sans une compréhension claire de la part de ces besoins pouvant être comblés par les cliniques de soins collaboratifs, le ministère ne peut pas effectuer une évaluation efficace de la demande, allouer les ressources, établir des cibles de rattachement ni planifier la prise en charge des besoins restants non satisfaits en soins primaires.

Recommandation

2.69 Nous recommandons que le ministère de la Santé :

- finalise et mette en œuvre un processus fiable permettant d'identifier et de rendre compte régulièrement du nombre et de la répartition géographique des résidents du Nouveau-Brunswick sans fournisseur de soins primaires
- évalue la contribution attendue du modèle de soins collaboratifs à la réduction du nombre de résidents sans fournisseur de soins primaires
- identifie comment les besoins non satisfaits en matière de soins primaires seront pris en charge grâce à d'autres initiatives et ressources

Le ministère ne suit pas si les nouveaux patients ont été retirés de la liste d'attente

- 2.70** L'Entente sur les services de médecin stipule que les médecins sont censés accepter des patients supplémentaires provenant principalement de la liste d'attente provinciale officielle.
- 2.71** Les annonces du gouvernement ont également établi un lien entre le modèle de clinique de soins collaboratifs et la réduction de la liste d'attente. Le 8 décembre 2025, le gouvernement a indiqué que les 10 cliniques confirmées en 2025 devaient permettre de retirer plus de 14 000 personnes de la liste d'attente pour les soins primaires. Le 23 mars 2026, le gouvernement a indiqué que la clinique de St. Andrews devrait rattacher les 603 personnes figurant sur sa liste d'attente locale dans un délai de six à 12 mois.
- 2.72** Malgré ces attentes, le ministère n'analysait pas les nouveaux patients rattachés afin de déterminer s'ils figuraient auparavant sur la liste d'attente provinciale. Dans le cadre de notre audit, nous avons tenté de déterminer combien de nouveaux patients inscrits provenaient de la liste d'attente; toutefois, le ministère n'a pas été en mesure de fournir les données nécessaires pour mener à bien cette analyse.
- 2.73** Sans ces informations, le ministère ne peut pas déterminer si les cliniques de soins collaboratifs répondent à l'attente consistant à accorder la priorité aux patients inscrits sur la liste d'attente provinciale ni réaliser une évaluation précise de l'incidence du modèle sur la réduction du nombre de personnes en attente d'un fournisseur de soins primaires.

Recommandation

- 2.74** Nous recommandons que le ministère de la Santé suive et vérifie si les patients nouvellement pris en charge par les cliniques de soins collaboratifs étaient auparavant inscrits sur la liste d'attente provinciale, et utilise ces informations pour évaluer et rendre compte de l'impact du modèle sur la réduction de cette liste d'attente.

Le suivi du rendement n'a pas utilisé de date de début opérationnelle bien définie

- 2.75** Le ministère nous a informés qu'il utilise la date d'annonce publique d'une clinique comme point de référence pour mesurer le rendement. Toutefois, les cliniques peuvent faire l'objet d'une annonce avant de commencer à fonctionner ou avant que le personnel supplémentaire, les services et la capacité d'accueil des patients ne soient en place. Par conséquent, la date d'annonce peut ne pas refléter le moment où le modèle de soins en collaboration est devenu opérationnel.
- 2.76** Nous avons constaté que le ministère n'avait pas établi de processus standardisé pour déterminer la date de début opérationnelle de chaque clinique ni le moment où le suivi du rendement devrait commencer. Cela revêt une importance particulière, car certaines cliniques sont nouvellement créées, tandis que d'autres relèvent de l'expansion ou de la conversion de cabinets existants.
- 2.77** En l'absence d'une date de début opérationnelle et d'une base de référence clairement définies et appliquées de manière uniforme, le ministère pourrait ne pas être en mesure de mesurer de façon fiable les changements au niveau du rattachement des patients, de l'accès aux soins, de la capacité de service et des coûts attribuables au modèle de soins en collaboration. Les comparaisons de rendement entre les cliniques et les évaluations de l'impact global du modèle pourraient donc s'avérer incohérentes ou trompeuses.

Recommandation

- 2.78** Nous recommandons que le ministère de la Santé établisse et applique de manière uniforme une date de début opérationnelle documentée ainsi qu'un niveau de référence en matière de rendement pour chaque clinique de soins collaboratifs. Ces éléments doivent refléter le moment où les effectifs, les services et la capacité des patients supplémentaires de la clinique sont devenus opérationnels, et doivent servir à mesurer et à comparer le rendement de la clinique.

Les ententes ne comportaient pas de dispositions relatives au recouvrement des fonds

- 2.79** Le financement des cliniques de soins collaboratifs comprend plusieurs éléments directement liés à la taille des groupes de patients pris en charge par les médecins ou les équipes, notamment le soutien aux frais généraux, aux adjoints du cabinet médical, aux services infirmiers et aux professionnels de la santé paramédicaux. À mesure que les seuils de taille des groupes de patients augmentent, les cliniques peuvent devenir admissibles à des niveaux plus élevés de financement et de soutien en matière de dotation en personnel.
- 2.80** L'Entente sur les services de médecin prévoit que les calculs de financement doivent être fondés sur la taille des groupes de patients, ajustée annuellement. Cela permet au ministère d'augmenter ou de réduire le financement futur lorsque la taille des groupes de patients change.
- 2.81** Toutefois, ni l'Entente sur les services de médecin ni les ententes individuelles conclues avec les cliniques de soins collaboratifs ne prévoyaient de mécanisme explicite permettant de récupérer les fonds déjà versés lorsqu'une clinique ne respectait plus les seuils de nombre de patients justifiant le niveau de financement initial.
- 2.82** En l'absence de dispositions claires en matière de recouvrement, le ministère pourrait se trouver dans l'impossibilité de récupérer les fonds qui dépassent le niveau justifié par la taille réelle des groupes de patients. Cela accroît le risque que le financement public ne soit pas systématiquement aligné sur les services fournis, les exigences du programme ou la capacité prévue de la clinique.

Recommandation

2.83 Nous recommandons que le ministère de la Santé renforce ses ententes de financement des cliniques de soins collaboratifs en :

- établissant un processus formel permettant de suivre et de valider régulièrement la taille des groupes de patients pris en charge par les médecins et leurs équipes
- ajustant le financement et les effectifs lorsque les seuils applicables aux groupes ne sont pas respectés
- précisant clairement les circonstances dans lesquelles un excédent de financement peut faire l'objet d'un recouvrement

Les leçons tirées ne sont pas systématiquement identifiées ni mises en application

- 2.84** Étant donné que la mise en œuvre de cliniques de soins collaboratifs se poursuit, le ministère devrait disposer d'un processus officiel pour identifier, documenter et appliquer les leçons tirées de chaque mise en service de clinique. Des examens réguliers des défis liés à la mise en œuvre, des pratiques efficaces, des coûts et des résultats de rendement aideraient le ministère à améliorer son approche, à éviter de répéter les mêmes problèmes et à améliorer la planification et l'efficacité des futures cliniques.
- 2.85** Le ministère nous a informés qu'il avait tiré des leçons des modèles de soins antérieurs et des recherches menées dans d'autres juridictions. Toutefois, nous n'avons pas pu obtenir de preuves documentées démontrant comment ces leçons avaient été évaluées, intégrées à la planification ou appliquées aux ouvertures de cliniques ultérieures.
- 2.86** L'Entente de responsabilisation relative aux cliniques de soins collaboratifs prévoit la tenue de réunions trimestrielles entre les parties à l'entente afin d'évaluer les progrès de la clinique par rapport aux cibles convenues et de se concentrer sur les possibilités d'amélioration. Le ministère nous a informés que, bien que ces réunions aient lieu, il n'existait aucun mécanisme formel permettant d'évaluer les résultats et de s'en servir pour améliorer le programme.

Recommandation

2.87 Nous recommandons que le ministère de la Santé établisse et mette en œuvre un processus formel visant à :

- identifier et documenter les enseignements tirés de la mise en place des cliniques de soins collaboratifs, notamment les difficultés rencontrées, les bonnes pratiques, les coûts et les résultats en termes de rendement
- évaluer les résultats des réunions trimestrielles d'évaluation des cliniques et des autres expériences de mise en œuvre
- attribuer les responsabilités et fixer les échéanciers pour traiter les problèmes identifiés
- appliquer les enseignements pertinents à la planification, au financement, au déploiement et à l'amélioration continue des cliniques de soins collaboratifs existantes et futures

Annexe I :

RECOMMANDATIONS ET RÉPONSES

N° du par.	Recommandation	Réponse de l'entité	Date cible de mise en œuvre
------------	----------------	---------------------	-----------------------------

Nous recommandons que le ministère de la Santé :

2.20	élabore et mette en œuvre un plan provincial qui s'appuie sur les besoins de santé communautaires et les lacunes en matière d'accès documentés pour orienter la mise en œuvre, le financement et la dotation en ressources des cliniques de soins collaboratifs, et qui précise comment les besoins non satisfaits seront pris en charge dans les régions où les médecins n'adoptent pas volontairement le modèle.	En accord Le ministère de la Santé demandera aux régies régionales de la santé (RRS) de documenter la manière dont elles utilisent les évaluations des besoins en santé communautaire pour identifier les lacunes en matière d'accès, et comment ces informations guident la planification, l'établissement des priorités et la prise de décisions. De plus, le ministère demandera aux RRS de soumettre leurs plans pour répondre aux besoins non comblés dans les communautés.	2027-06-30
2.27	réalise et mette à jour régulièrement une analyse financière exhaustive du modèle de soins collaboratifs couvrant à la fois la durée actuelle de l'entente de quatre ans et la période qui suivra. L'analyse devrait inclure l'ensemble des coûts liés au soutien opérationnel, à l'infrastructure et à la mise en œuvre, et réaliser l'évaluation de l'incidence financière de différentes tailles de groupes de patients et de différents taux de participation des médecins.	En accord Le ministère réalisera et mettra régulièrement à jour une analyse financière complète du modèle de soins collaboratifs, couvrant à la fois la durée actuelle de l'entente de quatre ans et la période qui la suit.	2027-06-30

N° du par.	Recommandation	Réponse de l'entité	Date cible de mise en œuvre
2.36	assure l'application cohérente des cibles de rendement établies à tous les médecins participant au programme de soins collaboratifs. Toute dérogation approuvée doit être justifiée par des critères et une justification documentée.	En accord Le ministère de la Santé demandera l'application uniforme des cibles de rendement établies pour tous les médecins et infirmières et infirmiers praticiens des soins collaboratifs. Par exemple : si la cible de rendement d'un médecin est fixée sous la norme de 1 400 patients par équivalent temps plein (ETP), le ministère exigera une documentation justificative précisant l'engagement approuvé de l'ETP par le médecin.	2026-09-30
2.49	établit et applique une méthodologie documentée permettant d'identifier, de valider et de rendre compte avec précision du nombre de patients nouvellement pris en charge par les cliniques de soins collaboratifs.	En accord Le ministère de la Santé, tel qu'indiqué dans le rapport, a mis en œuvre une nouvelle méthode pour le suivi des patients pris en charge, en vigueur à compter du 1 ^{er} avril 2026. Les médecins et les infirmières et infirmiers praticiens devront gérer leurs listes de patients par l'entremise du système de facturation d'entrée des demandes de remboursement de l'Assurance-maladie. Cela permettra au ministère de suivre les patients pris en charge et servira à valider l'exactitude des rapports sur les données de rendement à l'avenir.	2027-01-01
2.50	établit des critères clairs permettant d'évaluer si les cliniques sont en bonne voie et qu'il vérifie l'exactitude des données relatives à leur rendement.	En accord Le ministère de la Santé, en partenariat avec les régies régionales de la santé (RRS), établira et surveillera des critères clairs pour évaluer si la clinique progresse conformément aux attentes en matière d'inscription.	2026-09-30
2.57	exige que les régies régionales de la santé fournissent des données complètes et fiables sur les consultations, par médecin. Le ministère devrait comparer régulièrement les résultats réels aux cibles fixées.	En accord Le ministère exigera des régies régionales de la santé (RRS) qu'elles fournissent des données complètes et fiables sur les visites au niveau des médecins et comparera régulièrement les résultats réels aux cibles établies. Un suivi sera effectué auprès des RRS pour les médecins qui n'atteignent pas les cibles.	2027-01-01

N° du par.	Recommandation	Réponse de l'entité	Date cible de mise en œuvre
2.62	renforce sa surveillance des cliniques de soins collaboratifs en : • établissant des étapes intermédiaires et des trajectoires de rendement prévues pour chaque clinique • obtenant des renseignements complets et fiables sur le rendement, y compris le nombre de consultations par médecin • définissant des seuils qui déclenchent un examen plus approfondi, des plans d'amélioration ou des mesures correctives • évaluant régulièrement les résultats des cliniques par rapport aux cibles fixées et prenant des mesures en temps opportun lorsque le rendement est inférieur aux attentes	En accord Le ministère de la Santé travaillera en collaboration avec les régies régionales de la santé (RRS) pour : • Établir des étapes intermédiaires et des trajectoires de rendement attendues pour chaque clinique de soins collaboratifs afin de soutenir le suivi continu et la reddition de comptes; • Obtenir des renseignements complets et fiables sur le rendement, y compris les visites des patients par médecin, pour permettre une évaluation précise des activités des cliniques; • Définir des seuils qui déclencheront des examens approfondis, des plans d'amélioration ou des mesures correctives en cas de préoccupations liées au rendement; • Évaluer régulièrement le rendement des cliniques par rapport aux cibles établies et prendre des mesures en temps opportun lorsque les résultats sont inférieurs aux attentes.	2027-06-30

N° du par.	Recommandation	Réponse de l'entité	Date cible de mise en œuvre
2.69	- finalise et mette en œuvre un processus fiable permettant d'identifier et de rendre compte régulièrement du nombre et de la répartition géographique des résidents du Nouveau-Brunswick sans fournisseur de soins primaires - évalue la contribution attendue du modèle de soins collaboratifs à la réduction du nombre de résidents sans fournisseur de soins primaires - identifie comment les besoins non satisfaits en matière de soins primaires seront pris en charge grâce à d'autres initiatives et ressources	En accord - Le ministère de la Santé élabore un processus pour identifier et communiquer régulièrement le nombre et la répartition géographique des résidents du Nouveau-Brunswick qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires. - Comme indiqué dans le rapport, le ministère de la Santé a mis en œuvre une nouvelle méthode pour le suivi des patients pris en charge, en vigueur à compter du 1^{er} avril 2026. Cette méthode sera utilisée pour identifier les résidents pris en charge à une clinique de soins collaboratifs. - Le ministère de la Santé, en collaboration avec les régies régionales de la santé (RRS) et les partenaires du système de santé, analysera les besoins non comblés en soins par région afin d'identifier les zones de plus forte demande et de déterminer les stratégies et les allocations de ressources les plus appropriées pour combler efficacement les lacunes dans les services.	2027-04-01
2.74	suive et vérifie si les patients nouvellement pris en charge par les cliniques de soins collaboratifs étaient auparavant inscrits sur la liste d'attente provinciale, et utilise ces informations pour évaluer et rendre compte de l'impact du modèle sur la réduction de cette liste d'attente.	En accord Le ministère de la Santé reprendra la supervision du registre des patients du programme Lien Santé NB et élaborera un processus pour suivre et vérifier si les patients nouvellement pris en charge dans les cliniques de soins collaboratifs figuraient auparavant sur la liste d'attente provinciale.	2027-09-30

N° du par.	Recommandation	Réponse de l'entité	Date cible de mise en œuvre
2.78	établit et applique de manière uniforme une date de début opérationnelle documentée ainsi qu'un niveau de référence en matière de rendement pour chaque clinique de soins collaboratifs. Ces éléments doivent refléter le moment où les effectifs, les services et la capacité des patients supplémentaires de la clinique sont devenus opérationnels, et doivent servir à mesurer et à comparer le rendement de la clinique.	En accord Le ministère de la Santé, en collaboration avec les régies régionales de la santé (RRS) et les fournisseurs de soins primaires, établira une date de début opérationnelle uniforme ainsi que des bases de référence de rendement pour chaque clinique de soins collaboratifs afin de soutenir une mesure précise.	2026-10-30
2.83	renforce ses ententes de financement des cliniques de soins collaboratifs en : • établissant un processus formel permettant de suivre et de valider régulièrement la taille des groupes de patients pris en charge par les médecins et leurs équipes • ajustant le financement et les effectifs lorsque les seuils applicables aux groupes ne sont pas respectés • précisant clairement les circonstances dans lesquelles un excédent de financement peut faire l'objet d'un recouvrement	En accord Le ministère travaillera avec les régies régionales de la santé (RRS) pour renforcer les ententes de financement des cliniques de soins collaboratifs.	2027-04-01

N° du par.	Recommandation	Réponse de l'entité	Date cible de mise en œuvre
2.87	établisser et mettre en œuvre un processus formel visant à : • identifier et documenter les enseignements tirés de la mise en place des cliniques de soins collaboratifs, notamment les difficultés rencontrées, les bonnes pratiques, les coûts et les résultats en termes de rendement • évaluer les résultats des réunions trimestrielles d'évaluation des cliniques et des autres expériences de mise en œuvre • attribuer les responsabilités et fixer les échéanciers pour traiter les problèmes identifiés • appliquer les enseignements pertinents à la planification, au financement, au déploiement et à l'amélioration continue des cliniques de soins collaboratifs existantes et futures	En accord Le ministère de la Santé, en collaboration avec les régions régionales de la santé (RRS), élaborera un processus formel pour documenter les leçons apprises, évaluer les résultats trimestriels des cliniques et consigner les mesures prises pour résoudre les problèmes.	2027-04-01

Annexe II :

Objectif et critères d'audit

L'objectif et les critères de notre audit du ministère de la Santé sont présentés ci-dessous. Le ministère de la Santé et sa haute direction ont examiné et approuvé l'objectif et les critères connexes.

Objectif	Déterminer si l'expansion des cliniques de soins collaboratifs au Nouveau-Brunswick, menée par le ministère de la Santé, avait été planifiée, mise en œuvre et suivie de manière à améliorer l'accès aux soins primaires là où les besoins sont les plus grands.
Critère 1	Le ministère de la Santé a planifié et mis en œuvre les cliniques de soins collaboratifs en se fondant sur les besoins de santé communautaires et les lacunes en matière d'accès documentés.
Critère 2	Le ministère de la Santé s'est appuyé sur les enseignements tirés des cliniques déjà en place pour éclairer ses décisions concernant l'expansion des cliniques de soins collaboratifs.
Critère 3	Le ministère de la Santé utilise des indicateurs de rendement, des cibles et des rapports pour mesurer le rattachement et l'accès aux fournisseurs de soins primaires, ainsi que l'incidence des cliniques de soins collaboratifs sur cet accès.
Critère 4	Le ministère de la Santé a démontré que les cliniques de soins collaboratifs ont eu un impact sur le rattachement des patients et l'accès en temps opportun aux soins primaires, conformément aux résultats attendus.

Annexe III :

Rapport d'assurance indépendant

Ce rapport d'assurance indépendant a été préparé par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick (VGNB) concernant le ministère de la Santé et l'expansion des cliniques de soins collaboratifs. Notre responsabilité consistait à fournir des renseignements objectifs, des conseils et une assurance pour aider l'Assemblée législative à examiner le ministère de la Santé en ce qui a trait à l'expansion des cliniques de soins collaboratifs.

Tous les travaux effectués dans le cadre du présent audit ont été réalisés à un niveau d'assurance raisonnable, conformément à la Norme canadienne de missions de certification (NCMC) 3001 – Missions d'appréciation directe de comptables professionnels agréés du Canada (CPA Canada) qui est présentée dans le manuel de CPA Canada – Certification.

Le VGNB applique la Norme canadienne de gestion de la qualité 1 – Gestion de la qualité pour les cabinets qui réalisent des audits ou des examens d'états financiers, ou d'autres missions de certification ou de services connexes. Cette norme exige que notre Bureau conçoive, mette en place et fasse fonctionner un système de gestion de la qualité, y compris des politiques ou des procédures concernant le respect des exigences éthiques, des normes professionnelles et des exigences légales et réglementaires applicables.

En effectuant le travail d'audit, nous nous sommes conformés aux exigences en matière d'indépendance et aux autres exigences éthiques des Règles de déontologie des comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du Code de déontologie du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Les Règles de déontologie et le Code reposent sur les principes

fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de comportement professionnel.

Conformément à notre procédure d'audit habituelle, nous avons obtenu les informations suivantes de la part de la direction :

- la confirmation de la responsabilité de la direction pour l'objet de l'audit
- la reconnaissance de l'adéquation des critères utilisés pour l'audit
- la confirmation que toutes les informations connues qui ont été demandées ou qui pourraient avoir une incidence sur les constatations ou les conclusions de l'audit ont été fournies
- la confirmation que les conclusions du présent rapport sont fondées sur des faits

PÉRIODE COUVERTE PAR L'AUDIT

L'audit a porté sur la période allant du 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026. C'est à cette période que s'applique la conclusion de l'audit. Toutefois, afin d'acquérir une compréhension plus complète de l'objet de l'audit, nous avons également examiné certaines questions en dehors de cette période, lorsque nous l'avons jugé nécessaire.

DATE DU RAPPORT

Nous avons obtenu des éléments probants appropriés en quantité suffisante sur lesquels repose notre conclusion le 31 août 2026, à Fredericton, au Nouveau-Brunswick.

ÉNERGIE NB

2026

Supplément de l'avenant tarifaire

Chapitre 3

Volume II : Rapport d'information indépendant

Table des matières

Faits saillants du chapitre 3	36
Aperçu des résultats	37
Introduction	38
Contexte et cadre réglementaire	39
Résultats financiers non atteints	43
Les risques liés aux comptes de report se concrétisent	46
Conclusion	51
Annexe I : Calendrier résumé	52
Annexe II : Exemple de facture résidentielle	53
Annexe III : Rapport d'information indépendant	54

Énergie NB

SUPPLÉMENT DE L'AVENANT TARIFAIRE

Faits saillants du chapitre 3

Le risque lié aux prévisions s'est déplacé d'Énergie NB vers les abonnés	Les défis financiers sous-jacents persistent	Les coûts continuent de s'accumuler
Le recouvrement est reporté aux futurs abonnés		

CONCLUSION GÉNÉRALE :

Le cadre du compte d'écart a protégé les résultats financiers d'Énergie NB en transférant le risque lié aux prévisions aux abonnés; toutefois, les soldes reportés continuent d'augmenter, les périodes de recouvrement s'allongent et les défis financiers sous-jacents demeurent sans solution.

Aperçu des résultats

SUPPLÉMENT DE L'AVENANT TARIFAIRE

Les abonnés assument de plus en plus de risques financiers alors que les défis financiers sous-jacents persistent



CONSTATATIONS	
	Les modifications apportées à la <i>Loi sur l'électricité</i> en 2021 garantissent que certaines différences entre les prévisions et les résultats réels soient recouvrées
	Modifications réglementaires demandées par Énergie NB
	Le solde du compte d'écart net a atteint 384 millions de dollars en 4 ans
	Les comptes d'écart ont augmenté le bénéfice net déclaré de 384 millions de dollars
	Les cibles relatives au bénéfice net et au pourcentage de la dette nette dans la structure du capital n'ont pas été atteintes au cours des années qui ont suivi la mise en œuvre
	La période de recouvrement a prolongé le report des coûts aux futurs abonnés de 2 à 8 ans
	Les ajouts au solde du compte d'écart ont dépassé les montants recouvrés auprès des abonnés au cours de 2 des 3 années

Introduction

- 3.1 Énergie NB est une société de la Couronne provinciale chargée de la production, du transport, et de la distribution d'électricité au Nouveau-Brunswick. À ce titre, ses prévisions et son contrôle des coûts liés à la production d'électricité ont une incidence directe sur son rendement financier, sa planification à long terme et le coût de l'électricité pour les Néo-Brunswickois.
- 3.2 Le présent rapport examine l'avenant tarifaire d'Énergie NB, soit un supplément ou un crédit prévu par la loi qui s'applique aux factures des abonnés et qui reflète les différences entre les coûts et les ventes prévus et réels.
- 3.3 Au 31 mars 2026, le solde du compte d'écart net devant être recouvré auprès des clients par l'entremise de l'avenant tarifaire s'élevait à 384 millions de dollars.
- 3.4 Le *Règlement sur les comptes d'écart réglementaires et le compte de report 2022-17* (le règlement), pris en vertu de la *Loi sur l'électricité*, établit comment et quand les écarts sont recouverts auprès des abonnés ou leur sont remboursés. Le présent rapport examine le cadre de l'avenant tarifaire, notamment l'évolution des soldes des comptes d'écart, des périodes de recouvrement et les progrès accomplis vers l'atteinte des résultats escomptés.

TRAVAUX EFFECTUÉS

- 3.5 Le présent rapport est de nature informative et ne fournit aucune assurance d'audit. Notre travail a consisté à examiner la documentation fournie par Énergie NB à la Commission de l'énergie et des services publics du Nouveau-Brunswick (CESP), ainsi que la documentation interne, et à mener des entrevues avec le personnel et les dirigeants d'Énergie NB et du ministère de l'Énergie.
- 3.6 Bien que le présent rapport se concentre sur les clients résidentiels à des fins d'illustration, toutes les catégories de clients sont touchées par des mécanismes d'ajustement tarifaire similaires.

Contexte et cadre réglementaire

ÉTABLISSEMENT DES TARIFS D'ÉLECTRICITÉ (AVANT LES COMPTES D'ÉCART)

- 3.7** Les tarifs d'électricité des clients sont établis en fonction des coûts prévisionnels annuels liés à la prestation du service. Énergie NB estime les coûts futurs, notamment ceux liés à l'approvisionnement en énergie, à la production, au transport et à la distribution, et ces coûts prévisionnels servent de base à l'établissement des tarifs.
- 3.8** Ce processus est supervisé par la CESP dans le cadre de la demande générale de tarifs. L'objectif de cette surveillance est d'approuver le recouvrement des coûts prudents et nécessaires tout en maintenant la stabilité financière.
- 3.9** Par conséquent, les frais d'électricité à percevoir auprès des abonnés sont fondés sur les coûts futurs prévus au moment de la demande générale de tarifs.
- 3.10** Énergie NB indique que la complexité de son environnement d'exploitation fait en sorte qu'une part importante de ses bénéfices nets échappe au contrôle de la direction, ce qui peut entraîner des écarts d'une année à l'autre. Les principaux facteurs de variabilité ont été identifiés comme suit :
- demande des clients
 - phénomènes météorologiques
 - débits hydroélectriques
 - conditions du marché externe
 - rendement de la production nucléaire
- 3.11** Il a été rapporté qu'entre 2016 et 2020, l'écart budgétaire total s'élevait à environ 300 millions de dollars dépassant le budget prévu. L'incidence de ces écarts a été comptabilisée dans les résultats d'Énergie NB au cours de l'exercice où ils se sont produits.
- 3.12** Il n'existait aucun mécanisme prévu par la loi permettant de recouvrer les écarts historiques par rapport aux prévisions. Le recouvrement dépendait de la création d'autres sources de revenus ou de l'amélioration du rendement de l'entreprise afin de maîtriser les coûts.

- 3.13** Dans ce cadre, Énergie NB a d'abord absorbé les écarts par rapport aux prévisions dans ses résultats, assumant ainsi les conséquences financières et conservant une incitation directe à améliorer ses prévisions.

MODIFICATIONS LÉGISLATIVES CONCERNANT LES COMPTES D'ÉCART ET LES AVENANTS TARIFAIRES

- 3.14** En 2019, avant les modifications législatives, Énergie NB a proposé un compte de report pour les coûts liés à la gestion de la demande. La CESP a rejeté la proposition, estimant qu'elle n'était pas dans l'intérêt public, car elle pourrait :
- permettre aux coûts reportés et aux frais de portage de s'accumuler au fil du temps
 - déplacer les coûts sur les futurs abonnés
 - entraîner une hausse des tarifs à long terme malgré un lissage des tarifs à court terme
- 3.15** Une équipe de projet dirigée par Énergie NB et l'ancien ministère des Ressources naturelles et du Développement de l'énergie a élaboré des options pour un cadre législatif de compte d'écart pour les années 2020 et 2021.
- 3.16** Le 10 novembre 2021, un amendement à la *Loi sur l'électricité* a établi deux comptes d'écart réglementaires afin de comptabiliser les différences entre les ventes d'électricité et les coûts d'approvisionnement réels et prévus, à compter du 1^{er} avril 2022.
- 3.17** La demande relative à ces comptes d'écart réglementaires n'a pas été adressée à la CESP et l'amendement a par la suite été approuvé par le gouvernement provincial par le biais du projet de loi n° 77, le 17 décembre 2021.
- 3.18** Les comptes d'écart réglementaires visent à protéger le bénéfice net contre les écarts de revenus et de coûts d'approvisionnement découlant de l'environnement d'affaires complexe et imprévisible d'Énergie NB. Les deux comptes créés sont les suivants :
- le compte des ventes d'électricité et des marges d'écart
 - le compte d'écart des coûts de l'approvisionnement énergétique
- 3.19** Le compte des ventes d'électricité et des marges d'écart enregistre la différence entre les ventes d'électricité intraprovinciales réelles et prévues, ainsi que la marge brute hors province.
- 3.20** Le compte d'écart des coûts de l'approvisionnement énergétique comptabilise la différence entre les coûts réels et les coûts prévus liés au combustible et à l'électricité achetée encourus pour approvisionner les clients de la province.

3.21 Le solde net de ces deux comptes d'écart est combiné pour déterminer l'avenant tarifaire. Un solde net se traduit soit par une surtaxe, soit par un crédit pour les abonnés :

	Solde net positif (Coûts supérieurs ou ventes inférieures aux prévisions)		Solde net négatif (Coûts inférieurs ou ventes supérieures aux prévisions)
Les abonnés paient un supplément pour combler la différence		Les abonnés reçoivent un crédit pour rembourser la différence	

3.22 Les comptes d'écart reportent leur solde d'une année à l'autre. Chaque année, Énergie NB dépose une demande auprès de la CESP afin de déterminer :

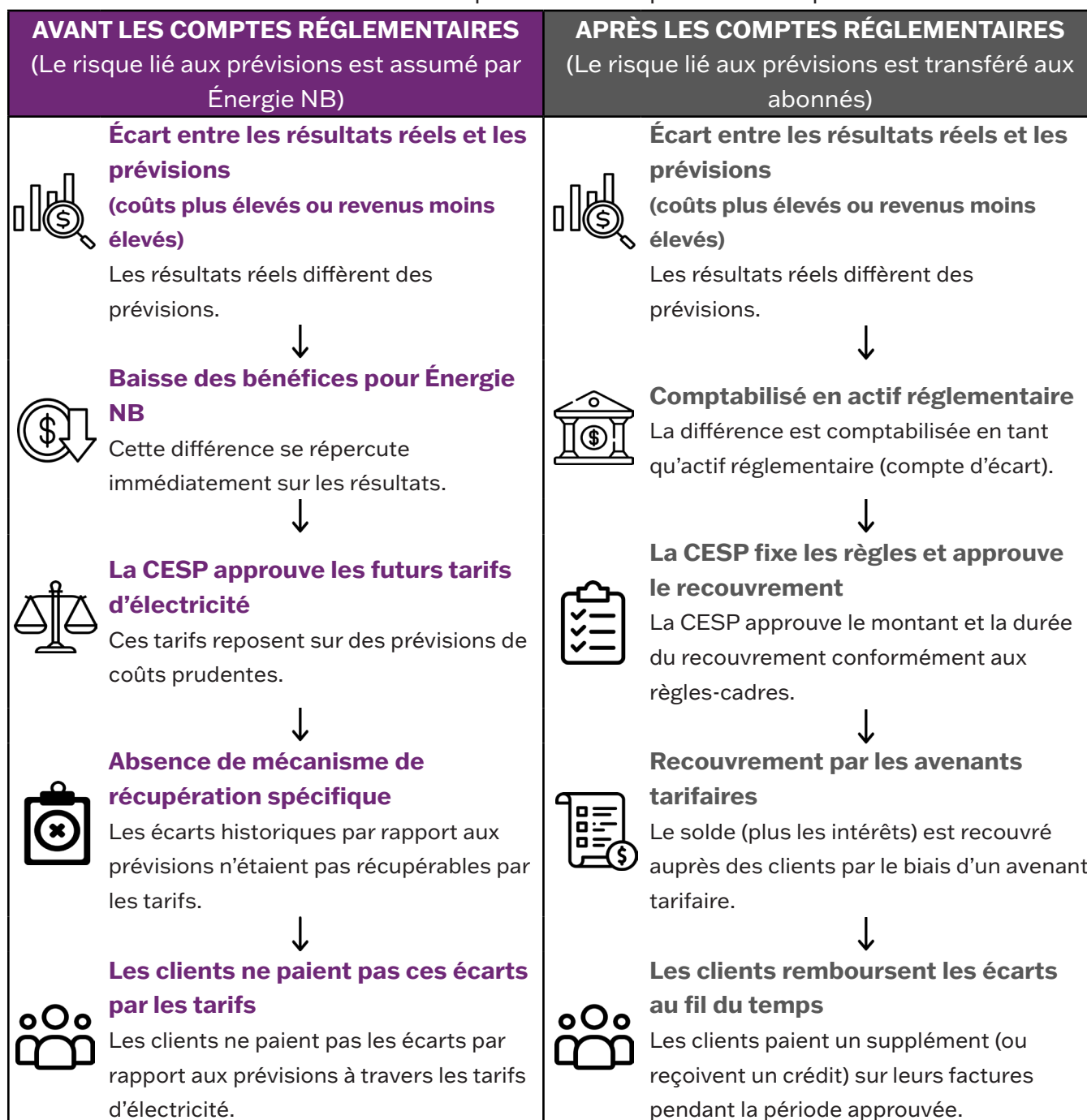
- le montant à recouvrer ou à rembourser au cours de l'année
- les années sur lesquelles s'étalera le recouvrement ou le remboursement
- l'avenant tarifaire (centimes/kWh) appliqué aux factures des clients

3.23 La législation limite le pouvoir discrétionnaire de la CESP quant aux montants pouvant être inscrits dans les comptes d'écart. Le paragraphe 117.4(6) de la *Loi sur l'électricité* considère que les écarts calculés en vertu de la Loi et de la réglementation sont prudents et nécessaires.

3.24 Par conséquent, les montants inscrits au compte d'écart sont effectivement approuvés aux fins de recouvrement auprès des abonnés ou de remboursement à ceux-ci, sans autre examen de prudence par la CESP.

3.25 Dans ce cadre, lorsque des écarts défavorables apparaissent entre les ventes et la marge ou les coûts réels et ceux prévus, le montant de l'écart est reporté et, par la suite, recouvré auprès des abonnés. Ce mécanisme protège le bénéfice net d'Énergie NB contre l'écart associé à ces coûts et transfère aux futurs abonnés le risque financier lié à des prévisions.

3.26 Les organigrammes suivants illustrent comment les écarts entre les coûts prévus et les coûts réels sont traités avant et après la mise en place des comptes d'écart :

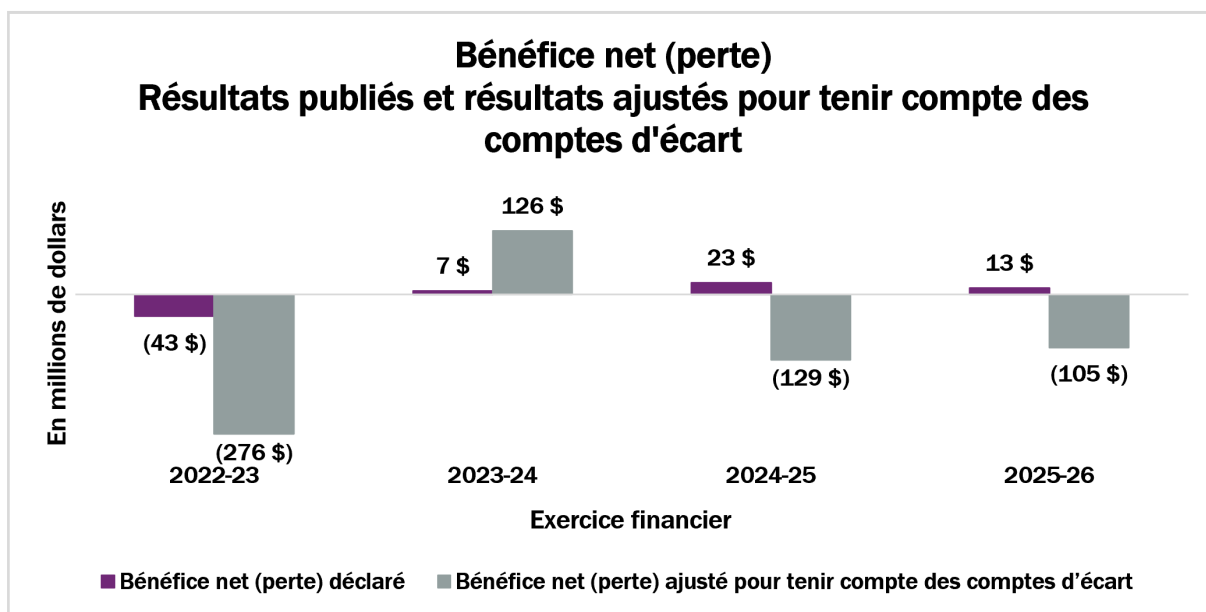


3.27 Ces changements modifient le moment et la localisation du risque, réduisant ainsi l'incidence des écarts de prévision sur les bénéfices d'Énergie NB tout en augmentant, au fil du temps, la dépendance à l'égard du recouvrement auprès des abonnés.

Résultats financiers non atteints

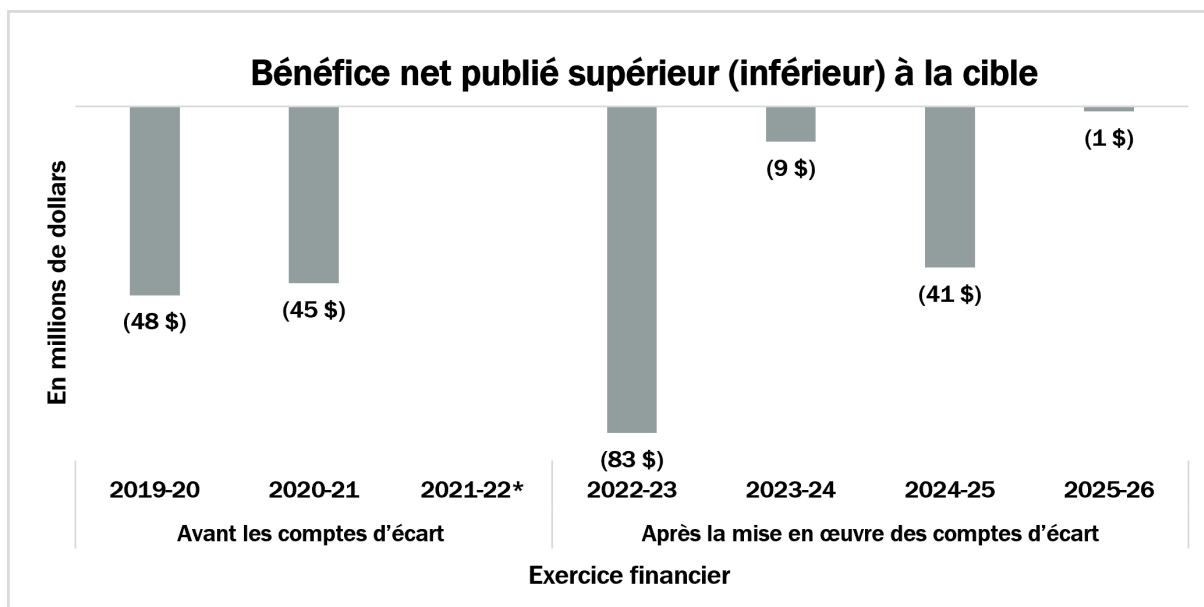
3.28 Énergie NB a indiqué que les modifications apportées à la législation régissant le cadre du compte d'écart permettront de réduire la variabilité du bénéfice net et favoriseront l'atteinte constante des cibles financières, telles que le bénéfice net et le pourcentage de la dette nette dans la structure du capital.

3.29 Depuis sa mise en œuvre, le cadre du compte d'écart a permis d'augmenter le bénéfice net de 384 millions de dollars. Le graphique suivant illustre l'incidence sur le bénéfice net déclaré, en fonction de l'écart annuel des soldes du compte d'écart et des recouvrements comptabilisés au moyen d'avenants tarifaires :



Source : Préparé par VGNB à partir des données tirées des états financiers annuels d'Énergie NB (non auditées)

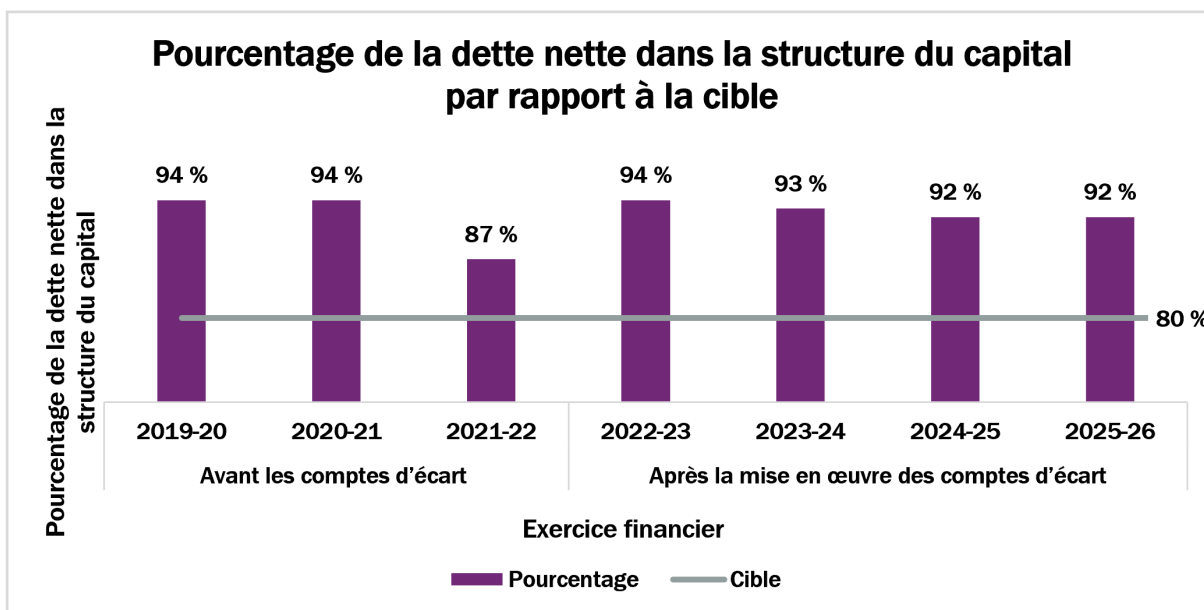
3.30 Bien que le cadre du compte d'écart ait eu une incidence significative sur le bénéfice net déclaré, Énergie NB n'a atteint aucune de ses cibles fixées au cours des quatre exercices financiers qui ont suivi sa mise en œuvre. Le bénéfice net (perte) est tombé sous la cible, de montants variant de 1 million de dollars, à 83 millions de dollars :



Source : Préparé par VGNB à partir des données tirées des états financiers annuels d'Énergie NB (non auditées)

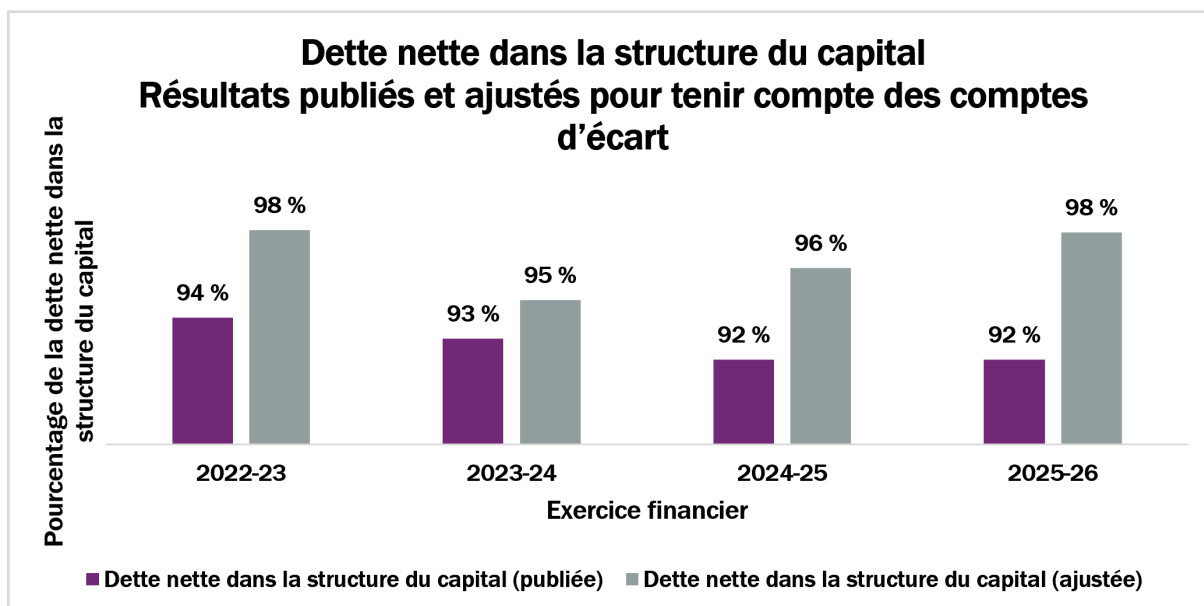
*Au cours de l'exercice 2021-22, Énergie NB n'a pas fixé de cible de bénéfice net, mais a plutôt rendu compte des bénéfices par rapport à une cible de résultat d'exploitation.

3.31 De même, le pourcentage de la dette nette d'Énergie NB dans la structure du capital est resté supérieur à sa cible de 80 % au cours de toutes ces années :



Source : Préparé par VGNB à partir des données tirées des états financiers annuels d'Énergie NB (non auditées)

3.32 Le cadre du compte d'écart a augmenté le bénéfice net déclaré d'environ 384 millions de dollars depuis sa mise en œuvre. En préservant les bénéfices non répartis, ce cadre a également amélioré de six points de pourcentage la proportion déclarée de la dette nette dans la structure du capital d'Énergie NB en 2025-26. Le graphique suivant compare le pourcentage déclaré de la dette nette dans la structure du capital à un pourcentage indicatif ajusté en fonction des comptes d'écart réglementaires :

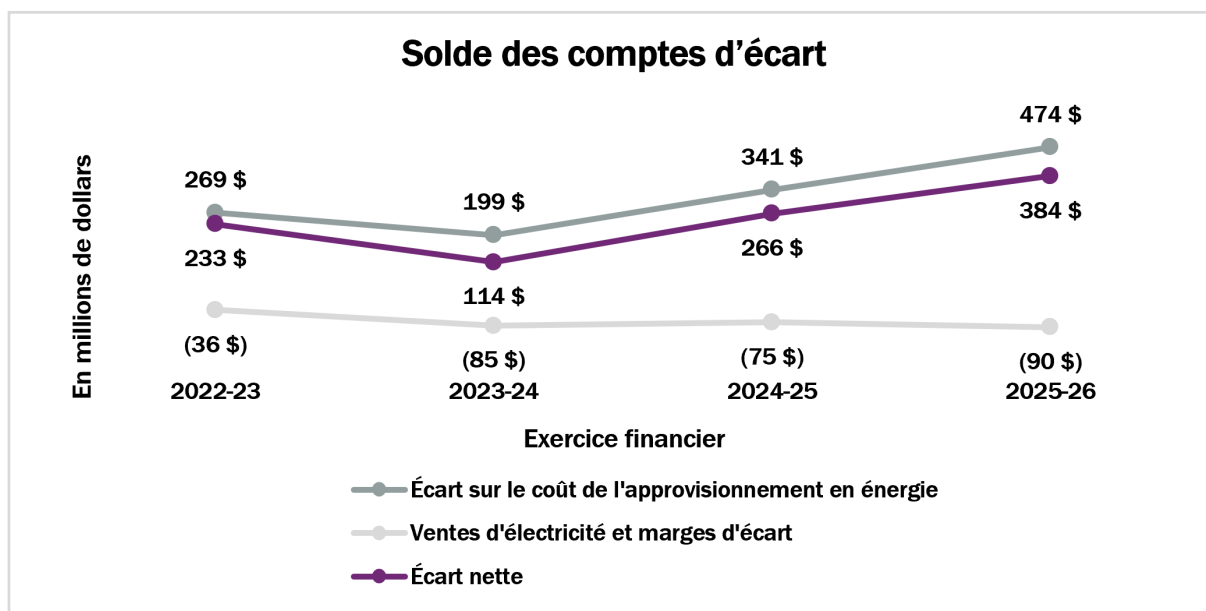


Source : Préparé par le VGNB à partir des données tirées des états financiers annuels d'Énergie NB (non audités)

Les risques liés aux comptes de report se concrétisent

LA CROISSANCE DU COMPTE D'ÉCART MONTRE QUE LES COÛTS S'ACCUMULENT AU FIL DU TEMPS

3.33 Depuis la mise en place des comptes d'écart, le solde total a atteint 384 millions de dollars. Le graphique suivant illustre l'évolution des soldes depuis la mise en œuvre :



Source : Préparé par VGNB à partir des données d'Énergie NB (non auditées)

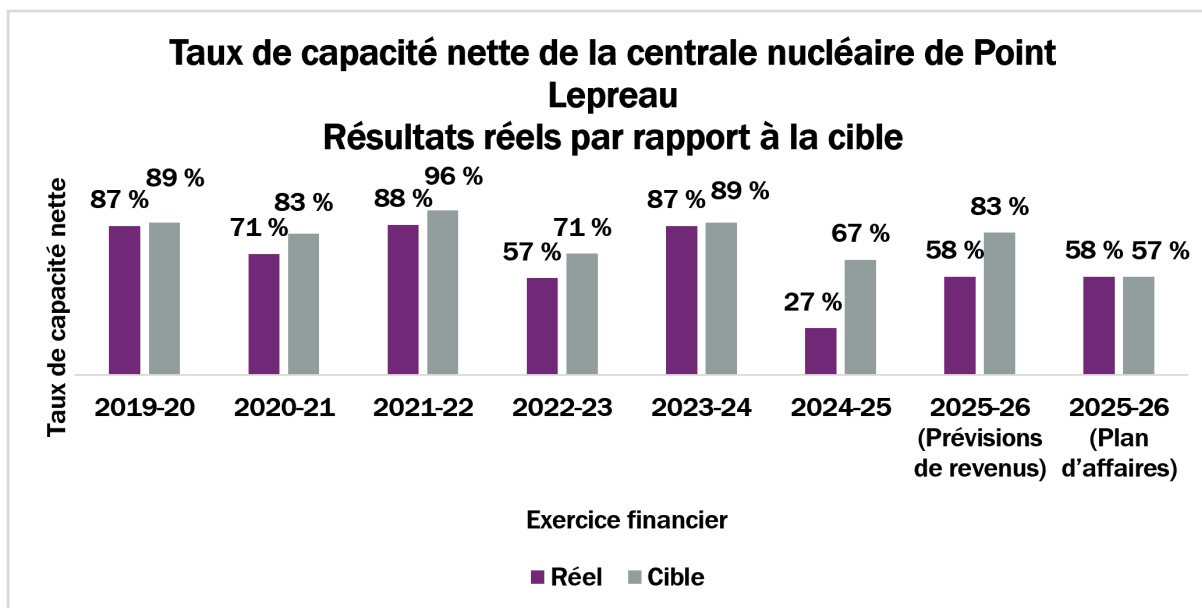
3.34 Bien que le compte des ventes d'électricité et des marges d'écart soit resté relativement stable, la croissance du solde total a été tirée par les écarts enregistrés dans le compte d'écart des coûts d'approvisionnement énergétique.

3.35 Les rapports annuels d'Énergie NB relatifs au compte d'écart permettent d'identifier les principaux facteurs à l'origine des hausses enregistrées dans le compte d'écart des coûts de l'approvisionnement énergétique :

- 4/4 des dépôts ont mis en évidence des pannes à la centrale nucléaire de Point Lepreau
- 2/4 des dépôts ont mis en évidence une baisse de la production hydroélectrique

3.36 Énergie NB indique que ces facteurs clés ont entraîné des dépassements de coûts, car ils l'ont obligée à se procurer du combustible et de l'électricité de remplacement à un coût plus élevé.

3.37 La performance de la centrale nucléaire de Point Lepreau est régulièrement citée pour son incidence sur le bénéfice net. Le graphique suivant montre qu'au cours des sept derniers exercices financiers, la cible de facteur de capacité nette n'a systématiquement pas été atteinte :



Source : Préparé par le VGNB à partir des données tirées des états financiers annuels d'Énergie NB (non audités)

Remarque : 2025-26 (prévisions de revenus) correspond à la cible initialement fixée sur la base d'une prévision sur deux ans. 2025-26 (plan d'affaires) correspond à la cible fixée par la suite dans le plan d'affaires annuel d'Énergie NB.

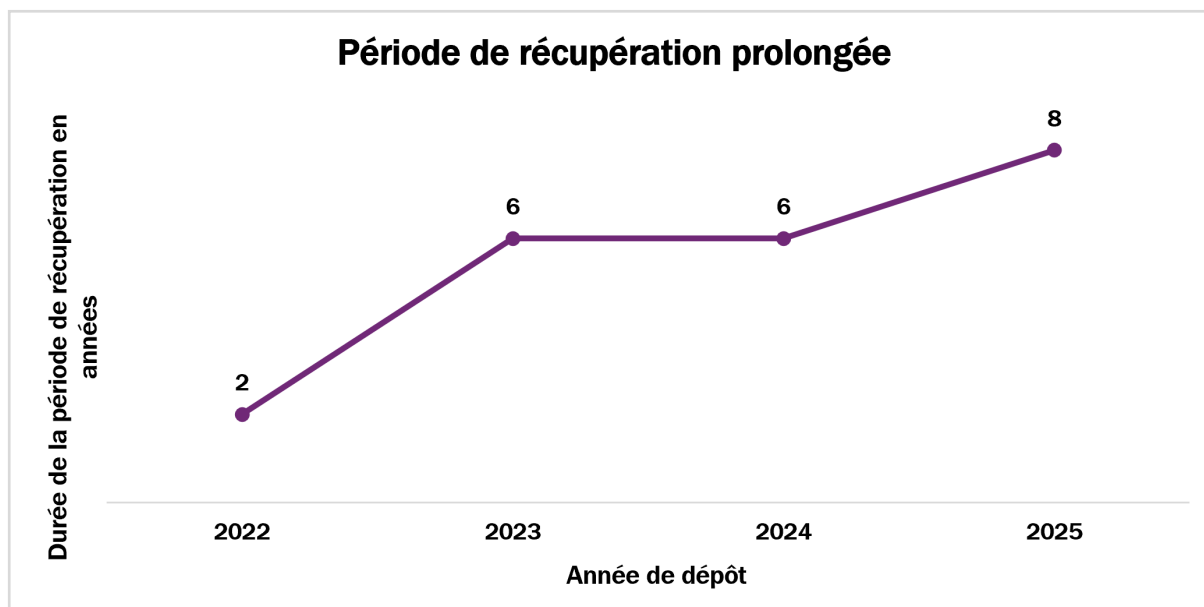
3.38 Selon Énergie NB, les pannes survenues à la centrale nucléaire de Point Lepreau entraînent une hausse des coûts en raison de la nécessité de se procurer de l'énergie de remplacement à un coût plus élevé.

3.39 La panne imprévue de la centrale nucléaire de Point Lepreau en 2024-25 a entraîné des coûts supplémentaires estimés à 143 millions de dollars pour l'énergie de remplacement.

ALOURDISSEMENT DE LA CHARGE FINANCIÈRE POUR LES FUTURS ABONNÉS

3.40 La période de recouvrement du solde du compte d'écart approuvée par la CESP repose sur les calculs de recouvrement ou de remboursement prévus dans la réglementation. Le paragraphe 12(4) limite les recouvrements annuels à un maximum de 3 % des revenus provinciaux prévus. Au cours de chacune des trois années où un recouvrement a été approuvé, celui-ci correspondait au montant maximal autorisé en vertu de la réglementation.

3.41 À mesure que le solde du compte d'écart a augmenté, la période de récupération s'est également allongée. Le graphique suivant montre que la période de recouvrement annuelle approuvée pour les montants du compte d'écart à percevoir auprès des abonnés est passée de deux à huit ans :



Source : Préparé par le VGNB à partir des données fournies par Énergie NB (non auditées)

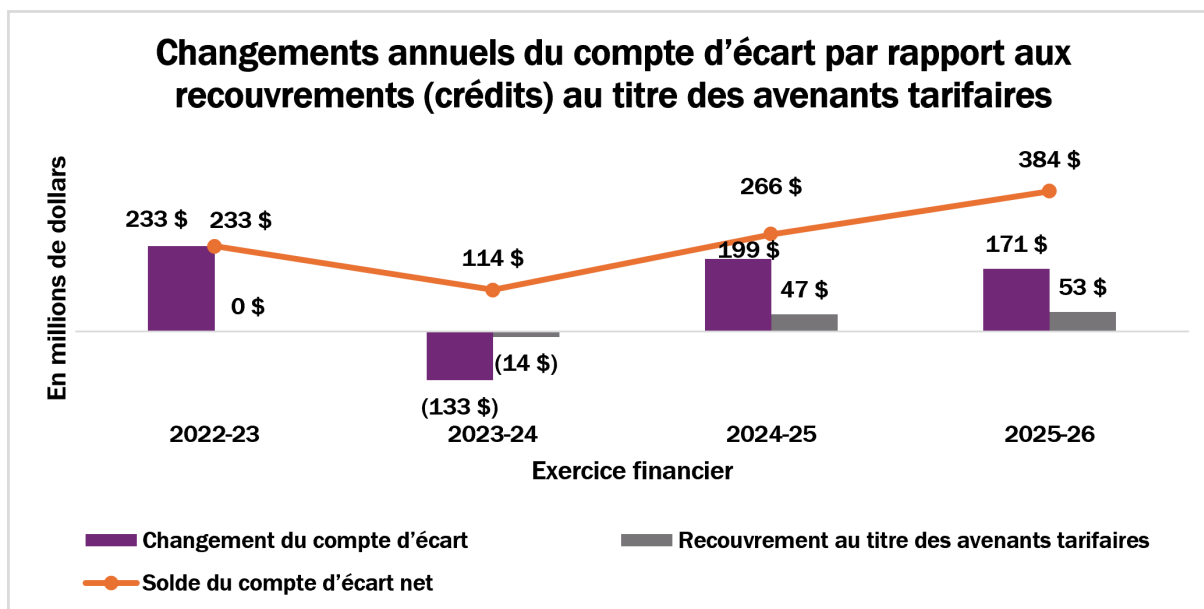
3.42 Au 31 octobre 2025, le solde devrait être recouvré sur une période de huit ans, soit jusqu'à l'exercice 2033-34. Toutefois, la loi ne limite pas la durée de la période de recouvrement.

3.43 La croissance tant du solde du compte d'écart que de la période de recouvrement accroît la mesure dans laquelle les montants ajoutés au solde sont reportés et transfère le fardeau financier aux futurs abonnés.

LA CROISSANCE DU COMPTE D'ÉCART DÉPASSE LE RECOUVREMENT

3.44 Au 31 mars 2026, les ajouts nets de 437 millions de dollars et les intérêts connexes de 33 millions de dollars ont été compensés par des recouvrements de 86 millions de dollars depuis la mise en œuvre. Par conséquent, le solde du compte d'écart a atteint 384 millions de dollars en quatre ans. Cette croissance soulève des inquiétudes quant à savoir si les recouvrements, assujettis au plafond de 3 % prévu par la réglementation, suivent le rythme des ajouts continus au solde.

3.45 Le graphique suivant compare les changements annuels du solde du compte d'écart, intérêts compris, aux montants recouvrés auprès des abonnés (ou leur restitués) par le biais d'avenants tarifaires :



Source : Préparé par le VGNB à partir des données fournies par Énergie NB (non auditées)

3.46 Au cours de deux des trois exercices financiers, les augmentations annuelles du solde du compte d'écart ont dépassé les montants recouvrés auprès des abonnés. En 2025-26, les ajouts ont dépassé les recouvrements de 118 millions de dollars.

3.47 Par conséquent, le solde du compte d'écart a continué d'augmenter malgré les recouvrements continus par le biais des avenants tarifaires. Lorsque les ajouts annuels dépassent les recouvrements, les soldes continueront de s'accumuler, ce qui prolongera les périodes de recouvrement et augmentera le montant des coûts reportés aux futurs abonnés.

3.48 Au 31 octobre 2025, le solde du compte d'écart devrait être recouvré sur une période de huit ans. Bien qu'Énergie NB s'attende à un recouvrement complet dans le cadre législatif actuel, la croissance continue du solde pourrait prolonger davantage les périodes de recouvrement.

3.49 Des soldes plus importants maintenus sur des périodes plus longues pourraient accroître le recours d'Énergie NB à l'emprunt ou à d'autres modes de financement pour couvrir les coûts non encore récupérés auprès des clients, ce qui entraînerait des intérêts et des frais de financement supplémentaires.

INCIDENCE SUR LES ABONNÉS RÉSIDENTIELS

3.50 Les clients résidentiels peuvent repérer le supplément lié à l'avenant tarifaire sur leurs factures, dans la section intitulée « Montant du compte d'écart pour l'électricité consommée », comme l'indique l'Annexe II.

- 3.51** Le supplément lié à l'avenant tarifaire est distinct des frais standards de consommation d'électricité et s'applique sous la forme d'un supplément en centimes par kilowattheure (c/kWh).
- 3.52** D'après l'exemple de facture de février 2025 figurant à l'Annexe II, le tarif d'électricité résidentielle était de 13,46 c/kWh, tandis que le supplément mensuel lié à l'avenant tarifaire s'élevait à environ 0,38 c/kWh. Le supplément lié à l'avenant tarifaire a augmenté le montant facturé pour la consommation d'électricité de 2,82 %.
- 3.53** Le client présenté à l'Annexe II a payé 11,10 \$ en frais liés aux avenants tarifaires pour le mois. Si la consommation d'électricité restait la même pour l'année, cela représenterait un total annuel d'environ 133,20 \$.
- 3.54** Si le solde du compte d'écart continue d'augmenter, les abonnés pourraient se retrouver confrontés à des suppléments de plus en plus élevés au fil du temps, ce qui contribuerait à une hausse des coûts globaux de l'électricité.

Conclusion

- 3.55** Le cadre du compte d'écart a considérablement réduit l'incidence des écarts de coûts et de revenus sur les résultats financiers annuels d'Énergie NB en permettant de reporter ces montants et de les récupérer auprès des abonnés au fil du temps.
- 3.56** Depuis sa mise en œuvre, le cadre du compte d'écart a augmenté le bénéfice net déclaré d'environ 384 millions de dollars et amélioré les indicateurs financiers déclarés. Cependant, Énergie NB continue de ne pas atteindre ses cibles financières établies, ce qui suggère que les défis financiers et opérationnels sous-jacents demeurent non résolus.
- 3.57** Le solde net des coûts reportés a augmenté plus rapidement que les recouvrements, ce qui a prolongé la période de recouvrement de deux à huit ans.
- 3.58** Bien que le cadre législatif prévoie le recouvrement de ces soldes auprès des abonnés, il limite le pouvoir discrétionnaire de la CESP d'examiner le caractère prudent des montants inscrits dans les comptes.
- 3.59** Le recouvrement des soldes des comptes d'écart est limité par le plafond de recouvrement de 3 % prévu par le règlement. La viabilité à long terme du cadre dépend donc du rendement d'exploitation futur d'Énergie NB et de sa capacité à limiter l'ajout de nouveaux montants dans les comptes.

Annexe I : Calendrier résumé

Date	Événement marquant
16 juillet 2019	La CESP rejette la demande d'Énergie NB visant la création d'un compte de report réglementaire.
2020 - 2021	Énergie NB et l'ancien ministère des Ressources naturelles et du Développement de l'énergie élaborent des options pour un cadre législatif de compte d'écart réglementaire.
10 novembre 2021	Dépôt du projet de loi 77, proposant des amendements visant à établir des comptes d'écart réglementaires.
17 décembre 2021	Le projet de loi 77 reçoit la sanction royale.
1^{er} avril 2022	Les modifications législatives établissant le cadre du compte d'écart réglementaire entrent en vigueur.

Annexe II : Exemple de facture résidentielle

Page 1



Énergie NB Power

Service delivered to/Service livré à
JAMES SAMPLE
555 UTILITY WAY, METERVILLE, NB X1X 1X1

Joint customer
Client conjoint
SOPHIE SMART-SAMPLE

Summary of Charges/Sommaire des frais

Amount due last month/Montant dû du mois dernier	605.87
Less payment - Thank you/Moins le paiement - Merci received on Feb 09, 2025/reçu le 09 févr. 2025	-605.87
Your balance/Votre solde	0.00
Current charges for Jan 14, 2025 - Feb 11, 2025 Frais courants du 14 janv. 2025 au 11 févr. 2025	
Monthly service charge/Frais de service mensuels	29.57
Charges for electricity you used/Vos frais d'utilisation d'électricité on the 2922 kilowatt-hours you used pour les 2922 kilowatt-heures utilisés @ 13.46 ¢ /kWh	393.30
Variance account amount for electricity you used Montant du compte d'écart pour l'électricité consommée	11.10
Dusk-to-dawn lighting charges/Frais - lumière sentinelle 1-100W/LED Light only/Lumière uniquement	17.49
Variance account amount for lighting charges Montant du compte d'écart pour les frais d'éclairage	0.06
SureConnect/ConnexSûre (1-30 Amp)	25.99
Water heater service/Service de chauffe-eau (1-180 Litre)	8.99
HST/TVH #11924 6924	72.98
GNB 10% Rebate/Remise de 10 % du GNB	-40.44

Continued on next page/Suite à la prochaine page

Your electricity bill

Votre facture d'électricité

Your account number
Votre numéro de compte
1234567-0

Bill date/Date de facturation
Feb 13, 2025/13 févr. 2025

Bill number/Numéro de facture
12345678909

Rate category/Catégorie de tarif
Residential Rural/Domestique - Rural

Meter number/Numéro du compteur
1233567

Your electricity use this period

Électricité consommée pendant la période	
Meter reading on Feb 11, 2025	16296
Relevé du compteur au 11 févr. 2025	16296
Previous reading/Relevé précédent	-13374
Equals current use of Soit une utilisation de	2922 kWh

Your electricity use at a glance

Aperçu de votre utilisation d'électricité			
Meter read date Date de relevé du compteur	Billing days Jours de facturation	Electricity Électricité (kWh)	Cost Coût (\$)
Feb/févr. 11, 2025	29	2922	433.97
Jan/janv. 13, 2025	33	3283	483.94
Feb/févr. 08, 2024	28	2335	310.66

How to contact us/Pour nous joindre
For service and bill inquiries
Questions sur le service ou la facture

Variance account amount for electricity you used Montant du compte d'écart pour l'électricité consommée	11.10
--	-------

Annexe III :

Rapport d'information indépendant

Ce rapport d'information indépendant a été préparé par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick (VGNB) au sujet d'Énergie NB et de ses comptes d'écart réglementaires. Ce rapport ne constitue pas une vérification et n'exprime pas d'opinion de vérification. Notre responsabilité était de fournir des renseignements objectifs afin d'aider l'Assemblée législative dans son examen d'Énergie NB en ce qui concerne ce projet. Pour assurer la crédibilité du présent rapport, nous avons obtenu d'Énergie NB la confirmation de l'exactitude de l'information présentée.

Ces travaux ont été réalisés sous l'autorité de la *Loi sur le vérificateur général*. Le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick applique la Norme canadienne de gestion de la qualité 1 – Gestion de la qualité pour les cabinets qui réalisent des audits ou des examens d'états financiers, ou d'autres missions d'assurance ou de services connexes. Cette norme exige que notre bureau conçoive, mette en œuvre et exploite un système de gestion de la qualité, y compris des politiques ou des procédures concernant le respect des exigences éthiques, des normes professionnelles et des exigences légales et réglementaires applicables.

Dans l'exécution de notre travail, nous nous sommes conformés aux exigences en matière d'indépendance et aux autres exigences éthiques des Règles de déontologie des comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du Code de déontologie du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Les Règles de déontologie et le Code reposent sur les principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de comportement professionnel.

DATE DU RAPPORT

Nous avons terminé notre travail sur Énergie NB et ses comptes d'écart réglementaires le 31 août 2026, à Fredericton, au Nouveau-Brunswick.