

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

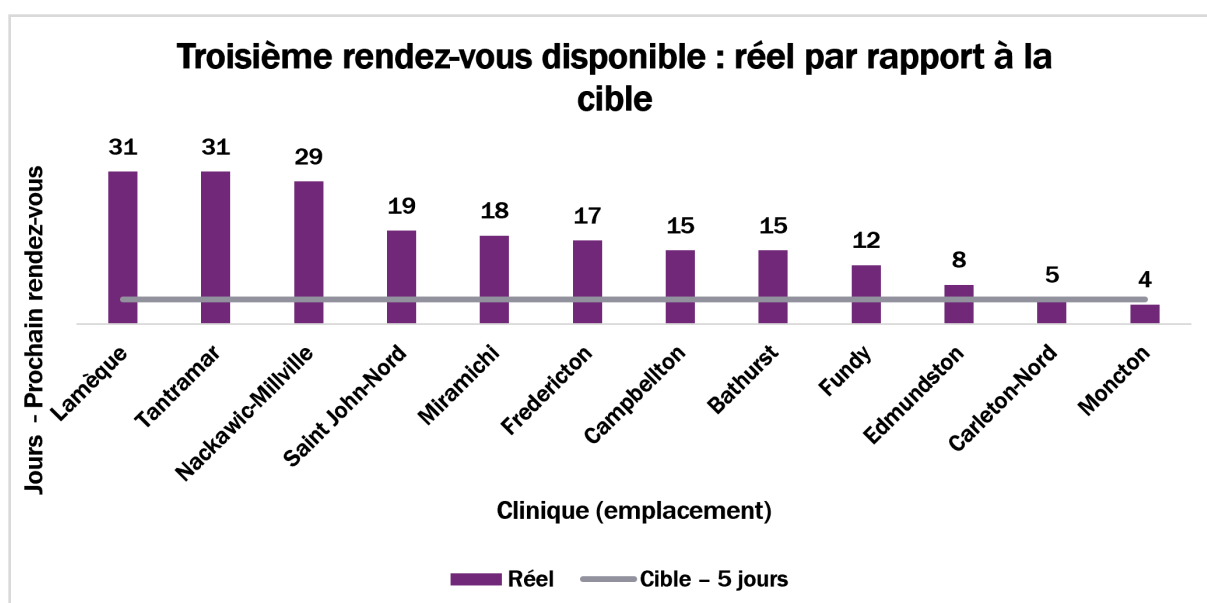
- 2.55** L'une des principales cibles de rendement pour les cliniques de soins collaboratifs est une cible annuelle de 3 680 visites de patients par médecin. Toutefois, nous avons constaté que :
- les rapports fournis par Horizon portent sur les cliniques et non sur les médecins
 - les rapports de Vitalité 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	établis 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	En accord Le ministère de la Santé, en collaboration avec les régies 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.