

Programmes publics de médicaments de l'Ontario

Suivi des audits de l'optimisation des ressources, section 3.09 du *Rapport annuel 2017*

APERÇU DE L'ÉTAT DES RECOMMANDATIONS						
	Nombre de mesures recommandées	État des mesures recommandées				
		Pleinement mise en oeuvre	En voie de mise en oeuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en oeuvre	Ne s'applique plus
Recommandation 1	2	1	1			
Recommandation 2	2	2				
Recommandation 3	3	2	1			
Recommandation 4	1	1				
Recommandation 5	4		4			
Recommandation 6	1		1			
Recommandation 7	2			2		
Recommandation 8	2		2			
Recommandation 9	1		1			
Recommandation 10	2		2			
Total	20	6	12	2	0	0
%	100	30	60	10	0	0

Conclusion globale

Au 28 juin 2019, le ministère de la Santé (le Ministère, auparavant appelé ministère de la Santé et des Soins de longue durée) avait pleinement mis en oeuvre 30 % des mesures que nous avons recommandées dans la **Section 3.09** de notre *Rapport annuel 2017*. Le Ministère avait réalisé

des progrès dans la mise en oeuvre d'une tranche supplémentaire de 60 % des recommandations.

Le Ministère avait pleinement mis en oeuvre des recommandations comme celle de collaborer avec d'autres administrations par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique dans le but de négocier un meilleur cadre de tarification dégressive pour les médicaments génériques et de rationaliser les processus du Programme d'accès exceptionnel (le Programme) afin d'atteindre

systématiquement les délais de réponse cibles pour toutes les demandes. Par exemple, depuis notre dernier audit en 2018, l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) a négocié des économies supplémentaires sur les médicaments génériques avec l'Association canadienne du médicament générique (l'Association). L'APP regroupe les régimes de médicaments des provinces (y compris l'Ontario), des territoires et du gouvernement fédéral afin de négocier les prix des médicaments couverts par les régimes publics. L'Association représente les entreprises qui produisent des médicaments d'ordonnance génériques. Le 1^{er} avril 2018, l'APP et l'Association ont lancé une initiative d'établissement des prix. Selon un rapport d'analyse de l'initiative par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, en décembre 2018, les prix des médicaments génériques au Canada étaient inférieurs de 5 % à la moyenne de sept pays de comparaison.

Le Ministère avait également réalisé des progrès dans la mise en oeuvre d'autres recommandations, comme la finalisation d'une politique officielle régissant le processus de remboursement et le recouvrement des paiements auprès des pharmacies pour les indemnités versées de façon inappropriée pour des personnes décédées et pour les demandes que les pharmacies avaient tenté d'annuler après les avoir soumises (parce que, par exemple, elles avaient été soumises par erreur ou que le patient n'était jamais venu chercher les médicaments prescrits), mais sans succès.

Cependant, le Ministère a fait peu de progrès dans la mise en oeuvre d'une autre tranche de 10 % des recommandations, y compris celle de déterminer s'il pouvait utiliser d'autres méthodes pour accéder aux formulaires des médecins requis avant que les demandes de remboursement puissent être réglées. Le Ministère continue plutôt de s'en remettre à des inspections manuelles exigeantes en ressources après coup pour vérifier si les formulaires se trouvent dans les locaux des pharmaciens.

L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé ci-après.

Contexte

En 2018-2019, plus de 5,2 millions d'Ontariens ont bénéficié de l'assurance-médicaments dans le cadre des programmes publics de médicaments de l'Ontario (les programmes), en hausse par rapport à environ 4 millions en 2016-2017. Le ministère de la Santé (le Ministère, anciennement appelé ministère de la Santé et des Soins de longue durée) a pour tâche d'administrer ces programmes, qui couvrent la plus grande partie du coût de plus de 4 400 produits pharmaceutiques figurant sur le Formulaire des médicaments de l'Ontario, de plus de 1 000 médicaments ne figurant pas sur le Formulaire dans le cadre du Programme d'accès exceptionnel, de certains programmes propres à certaines maladies et de différents services pharmaceutiques professionnels fournis aux Ontariens admissibles.

En 2018-2017, les dépenses de ces programmes totalisaient 7,1 milliards de dollars (5,9 milliards en 2016-2017) avant prise en compte des remises (aussi appelées « paiements contractuels ») accordées par les fabricants de médicaments. Les dépenses associées au seul Programme de médicaments de l'Ontario s'élevaient à 6,4 milliards de dollars (5,4 milliards en 2016-2017) avec les quotes-parts et les franchises. Selon les données les plus récentes, le coût des médicaments de marque représentait les deux tiers environ des dépenses totales du Programme de médicaments de l'Ontario, le tiers restant étant imputable aux médicaments génériques. L'une des principales responsabilités du Ministère consiste à mener des négociations avec les fabricants de médicaments afin d'obtenir le meilleur prix possible pour les médicaments couverts par les programmes.

En ce qui concerne les médicaments de marque, au cours des 10 années précédant notre audit de 2017, le Ministère avait mené des initiatives pour négocier des contrats avec les fabricants de médicaments, ce qui a souvent donné lieu à des

remises de leur part. Cependant, nous avons aussi observé ce qui suit :

- Le Ministère a reçu des remises totalisant 1,1 milliard de dollars des fabricants de médicaments en 2016-2017. Toutefois, il n'a pas été en mesure de comparer les prix réduits confidentiels des médicaments de marque aux prix payés par d'autres pays, car ces renseignements sont confidentiels partout dans le monde.
- Il fallait en moyenne plus de six mois au Ministère pour soumettre une facture aux fabricants de médicaments après la date où les remises pouvaient être perçues, ce qui équivalait à environ 2,2 millions de dollars en revenus d'intérêts perdus en 2016-2017. De plus, le Ministère a commis des erreurs dans le calcul des remises. Dans un cas, il a même omis d'envoyer une facture de plus de 10 millions de dollars. Le Ministère a perçu le montant en question après avoir été informé de son erreur par le fabricant.

En ce qui concerne les médicaments génériques, nous avons noté ce qui suit :

- Les prix des médicaments génériques ont diminué sensiblement au cours des 10 années précédant notre audit, mais l'Ontario continuait de payer plus pour ces médicaments que certains pays. Par exemple, notre analyse a révélé qu'en 2015-2016, l'Ontario avait payé environ 100 millions de dollars (ou 70 %) de plus que la Nouvelle-Zélande pour les mêmes médicaments.
- Nous avons comparé un échantillon de médicaments génériques courants utilisés dans les hôpitaux et en milieu communautaire, et conclu que le Ministère avait payé 271 millions de dollars (ou 85 %) de plus que certains hôpitaux de l'Ontario en 2016-2017. Il existe des possibilités de remises supplémentaires sur les médicaments génériques.

Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- En général, le Ministère payait rapidement les coûts des médicaments sur ordonnance

des bénéficiaires admissibles lorsque ceux-ci figuraient sur le Formulaire. Par contre, il y avait fréquemment des retards dans le cas des personnes nécessitant une approbation au cas par cas dans le cadre du Programme d'accès exceptionnel. Par exemple, en 2016-2017, le délai de traitement des demandes relatives aux deux médicaments biologiques ayant fait l'objet du plus grand nombre de demandes (plus de 7 800 en tout) variait en moyenne entre 7 et 8 semaines.

- En 2016-2017, le Ministère a inspecté 286 pharmacies – sur plus de 4 260 –, et il a recouvré 9,1 millions de dollars au titre de demandes de paiement inappropriées. Toutefois, notre audit a permis de repérer de nombreuses autres demandes inappropriées entraînant des paiements inappropriés de 3,9 millions de dollars qui n'ont donné lieu à aucune inspection ni à aucun recouvrement de la part du Ministère. En outre, le Ministère a omis d'informer la Police provinciale de l'Ontario en temps opportun de plusieurs cas possibles de facturation frauduleuse.
- En 2016-2017, le Ministère a engagé, par l'entremise du Programme de médicaments de l'Ontario, des dépenses de 157 millions de dollars se rapportant aux opioïdes pour environ 720 000 patients. Le Ministère avait lancé différentes initiatives pour résoudre la récente crise des opioïdes, mais il ne savait pas si les personnes avaient fait une surdose ou étaient décédées par suite de l'utilisation d'opioïdes d'ordonnance ou d'opioïdes illicites. S'il disposait de cette information, le gouvernement saurait mieux cibler l'affectation de ses ressources.

Nous avons formulé 10 recommandations préconisant 20 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

Le Ministère s'était engagé à prendre des mesures en réponse à nos recommandations.

État des mesures prises en réponse aux recommandations

Nous avons effectué des travaux d'assurance entre le 1^{er} avril 2019 et le 28 juin 2019. Nous avons obtenu du ministère de la Santé (le Ministère) une déclaration écrite selon laquelle, au 31 octobre 2019, il avait fourni à notre Bureau une mise à jour complète sur l'état des recommandations que nous avons formulées dans notre audit initial il y a deux ans.

Les remises accordées à l'égard des médicaments de marque déposée ont augmenté, mais il est difficile de comparer les prix

Recommandation 1

Pour que les remises soient versées rapidement par les fabricants de médicaments et que les montants soient exacts, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- *établir des politiques et des procédures officielles régissant le processus de remise, et surveiller le respect de ces politiques et procédures;*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de 2019.

Détails

Lors de notre audit de 2017, nous avons constaté que le montant des remises sur le prix des médicaments de marque (aussi appelées « paiements contractuels ») continuait d'augmenter, mais qu'il était possible d'améliorer le processus administratif afin d'assurer le traitement rapide et exact des remises payables par les fabricants de médicaments. Il fallait en moyenne plus de six mois au Ministère pour envoyer une facture aux fabricants après le moment où les remises devenaient payables. Nous avons aussi noté que le processus de calcul manuel des

remises utilisé à l'heure actuelle par le Ministère pour plus de 90 fabricants de médicaments et plus de 1 400 produits pharmaceutiques uniques était vulnérable aux erreurs. Lorsque nous avons demandé au Ministère quelles étaient ses politiques et procédures officielles concernant les remises, il nous a répondu qu'il était en train d'apporter des améliorations et de documenter officiellement ses processus.

Depuis notre audit de 2017, le Ministère a automatisé le processus de remise de sorte que les remises dues par les fabricants de médicaments sont calculées électroniquement. L'automatisation comprend l'uniformisation du processus pour les remises sur volume et autres, l'élimination de la nécessité de copier-coller les tableaux de données pour la facturation, et le suivi trimestriel des montants des remises. À la fin de juin 2019, le processus d'automatisation avait été mis en œuvre pour toutes les remises sur volume des fabricants, qui représentaient 90 % du montant total des remises.

Le Ministère a rédigé un manuel de procédures pour le processus d'automatisation, mais celui-ci n'avait pas encore été finalisé au moment de notre suivi. Le manuel explique le processus d'automatisation et la façon d'effectuer des vérifications de la qualité des données. Toutefois, il ne comprend pas de politiques officielles, notamment en ce qui concerne le moment et la façon de surveiller le processus de remise pour assurer la rapidité et l'exactitude des remises reçues des fabricants de médicaments. Le Ministère prévoit également établir une politique officielle régissant le processus de remise d'ici la fin de 2019.

- *faire un examen des données de traitement des remises afin de déterminer et de corriger les causes des retards dans le but d'assurer une plus grande efficacité, notamment grâce à une meilleure affectation des ressources en personnel.*

État : Pleinement mise en œuvre.

Détails

Dans notre rapport d'audit de 2017, nous faisons remarquer que le montant des remises confidentielles versées par les fabricants de médicaments avait augmenté substantiellement au cours des 10 années précédentes, mais que les ressources affectées à la gestion de ces remises restaient comparativement limitées. En 2017, le Ministère avait expliqué que certains retards étaient attribuables à la contestation des montants par les fabricants ou aux demandes de données du Ministère pour recalculer les remises de façon indépendante.

Depuis notre audit de 2017, le Ministère a apporté deux changements clés pour remédier au retard dans le traitement des remises :

- Il a affecté du personnel supplémentaire pour appuyer le traitement des données, pour mettre et tenir à jour le codage du système, et pour examiner les données. En outre, le Ministère exige désormais une surveillance administrative du rapprochement des remises avant l'approbation de la direction.
- À la fin de juin 2019, il a achevé l'automatisation du système pour toutes les remises sur volume des fabricants de médicaments (comme il est mentionné plus haut).

Les prix des médicaments génériques ont diminué sensiblement, mais l'Ontario continue de payer plus pour ces médicaments que d'autres payeurs publics

Recommandation 2

Pour que l'Ontario soit plus à même d'obtenir le meilleur prix possible des fabricants de médicaments génériques, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- mener une analyse coûts-avantages afin de déterminer si les pratiques exemplaires (comme les appels d'offres) adoptées par d'autres administrations et par certains hôpitaux de

l'Ontario pourraient être plus avantageuses dans certaines circonstances que l'actuel cadre de tarification dégressive;

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Il était ressorti de notre audit de 2017 que le Ministère avait fait des progrès importants dans la réduction des prix des médicaments génériques au cours des 10 années précédentes, mais qu'il était possible de réduire davantage les prix. De fait, les prix des médicaments génériques demeurent plus élevés en Ontario et à l'échelle nationale que dans sept pays de référence (France, Allemagne, Italie, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis). C'est particulièrement le cas des médicaments génériques agréés aux termes du cadre pancanadien de tarification dégressive. En mars 2015, les prix médians payés à l'étranger pour ces médicaments demeuraient de 28 % inférieurs aux prix canadiens, et ce, malgré la faiblesse de notre dollar.

Nous avons également observé lors de notre audit que l'absence de processus d'appel d'offres concurrentiel pour les médicaments génériques en Ontario contribuait aux différences de prix entre les programmes publics de médicaments du Canada, y compris celui de l'Ontario, et les programmes de médicaments de certains autres pays.

En 2018, l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) a négocié des économies supplémentaires sur les médicaments génériques avec l'Association canadienne du médicament générique (l'Association). L'APP réunit les provinces (y compris l'Ontario), les territoires et les régimes d'assurance-médicaments fédéraux pour négocier les prix des médicaments couverts par les régimes publics. L'Association représente les entreprises qui produisent des médicaments génériques délivrés sur ordonnance. Le 1^{er} avril 2018, l'APP et l'Association ont lancé une initiative de tarification quinquennale qui ne sera renégociée qu'après le 31 mars 2023. L'initiative porte sur 68 des médicaments génériques les plus couramment

prescrits. Au moment de notre suivi, le Ministère estimait que le ministère de la Santé et le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires réaliseraient des économies supplémentaires d'environ 200 millions de dollars en 2018-2019. Selon un rapport analysant l'initiative du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, en décembre 2018, les prix des médicaments génériques au Canada étaient inférieurs de 5 % à la moyenne de sept pays de référence (France, Allemagne, Italie, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis).

Le Ministère a indiqué que l'Ontario n'était qu'un des 12 membres provinciaux et territoriaux de l'Alliance qui se sont engagés à respecter cette entente de tarification au moins jusqu'en 2023, et qu'il ne pouvait donc pas y mettre fin unilatéralement afin d'envisager d'autres options de tarification de son propre chef.

- *collaborer avec d'autres administrations par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique dans le but d'explorer des façons de négocier un meilleur cadre de tarification dégressive pour les médicaments génériques.*
État : Pleinement mise en œuvre.

Détails

Comme il est mentionné plus haut, le 1^{er} avril 2018, l'APP et l'Association ont lancé une initiative quinquennale qui a entraîné des économies supplémentaires. En particulier, les prix de 68 médicaments génériques au Canada ont été réduits de 25 % à 40 % de plus. Par exemple, le prix de 20 mg de citalopram, un médicament utilisé pour traiter la dépression, est passé de 0,2397 \$ à 0,1332 \$. De plus, le prix de 5 mg d'amlodipine, commercialisée sous le nom de Norvasc par le fabricant du médicament d'origine, est de 1,4884 \$. En comparaison, le prix générique de 5 mg d'amlodipine est de 0,1343 \$. (L'amlodipine est utilisée pour traiter l'hypertension.) Les réductions de prix ont donné lieu à des rabais globaux pouvant atteindre 90 % sur le prix des équivalents de marque.

L'accès à la plupart des médicaments est rapide, mais des retards surviennent dans les cas d'accès exceptionnel

Recommandation 3

Pour que les patients puissent obtenir rapidement des médicaments dont la couverture peut être accordée aux termes du Programme d'accès exceptionnel, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- *rationaliser les processus existants pour répondre constamment aux délais de réponse ciblés à toutes les demandes de médicaments couverts dans le cadre du Programme d'accès exceptionnel;*
- *mener à terme la mise en oeuvre du nouveau système d'échange d'information numérique pour les demandes d'autorisation spéciale (système SADIE);*

État : Pleinement mise en œuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2017, nous avons constaté que certains retards surviennent lorsque des patients ont besoin de médicaments d'ordonnance qui ne figurent pas sur le Formulaire, mais qui peuvent être obtenus à la suite d'un examen des faits propres au cas dans le cadre du Programme d'accès exceptionnel (le Programme) du Ministère. Entre 2010-2011 et 2015-2016, le Ministère n'a pas réussi, dans la plupart des cas, à respecter les délais cibles de traitement des demandes soumises par les médecins pour leurs patients. Par exemple, en 2015-2016, le Ministère n'a pu fournir une réponse dans les délais fixés que dans 48 % des cas en moyenne alors que la cible est de 85 %.

Lors de notre audit de 2017, nous avons constaté qu'en 2015, le Ministère avait proposé un nouveau système d'échange d'information numérique pour les demandes d'autorisation spéciale (système SADIE) et avait reçu l'approbation de passer à la mise en oeuvre l'année suivante, la date d'achèvement étant prévue pour octobre 2018. Le système SADIE était censé

transformer les modes d'interaction des médecins et du personnel infirmier praticien avec le Programme d'accès exceptionnel, en plus de rationaliser le traitement administratif des demandes. L'objectif est de moderniser un processus qui demeure en grande partie manuel.

Depuis notre audit de 2017, le Ministère a pris les mesures suivantes pour rationaliser le processus du Programme :

- Le Ministère a collaboré avec les fabricants et d'autres intervenants pour mettre au point des formulaires de demande spécialement conçus pour les nouveaux produits. Ces formulaires améliorent l'efficacité en recueillant tous les renseignements nécessaires pour évaluer une demande, éliminant ainsi les demandes de renseignements manquants et améliorant l'efficacité pour les prescripteurs et le Ministère.
- Depuis novembre 2017, le Ministère a amélioré son site Web pour permettre au public de vérifier si un médicament prescrit est couvert par le Formulaire ou le Programme. De plus, le Ministère met à jour le site Web environ cinq à huit fois par année, lorsque de nouveaux médicaments sont ajoutés au Programme ou que les critères sont modifiés.
- Entre février 2017 et février 2019, le Ministère a fait passer environ 100 produits pharmaceutiques du Programme au Formulaire. Cela a permis de réduire d'environ 4 000 par année le nombre de demandes que les prescripteurs doivent présenter pour les produits du Programme.

Pour la période allant du 1^{er} avril 2019 à la mi-juin 2019, le Ministère a amélioré son délai d'exécution du Programme par rapport aux résultats que nous avons signalés en 2017. Par exemple, le délai d'exécution moyen pour les produits biologiques est passé de 23 jours en 2015-2016 à 8 jours, ce qui respecte la cible de 10 jours du Ministère. Le Ministère a également respecté le délai cible pour les autres files d'attente prioritaires : « priorité 1 » en 3 jours, « priorité 2 » en 4 jours et « chronique » (non urgente) en 27 jours.

Au moment de notre audit de 2017, le Ministère prévoyait mettre le système d'échange d'information en oeuvre en octobre 2018. Toutefois, en mars 2018, le projet a été examiné, et son élaboration a ensuite été transférée d'un fournisseur externe au Ministère.

En décembre 2018, le Ministère a invité certains prescripteurs à utiliser un nouveau prototype du système et a obtenu leurs commentaires sur la conception et le contenu. En avril 2019, le Ministère a commencé à mettre le système à l'essai et l'a mis à la disposition de 240 prescripteurs. Un mois plus tard, en mai 2019, le nombre de prescripteurs pouvant accéder au système est passé à 11 500. À la fin de juin 2019, le Ministère avait mis le système en oeuvre et l'avait mis à la disposition des 36 000 infirmières et infirmiers praticiens et médecins de l'Ontario.

- *utiliser ce nouveau système pour recueillir les données nécessaires pour éclairer les décisions en matière de politiques et d'administration des programmes, par exemple la question de savoir s'il faut financer le coût de certains médicaments dans le cadre du Programme d'accès exceptionnel, en fonction d'autres critères particuliers ou en leur accordant une couverture générale par voie d'inscription au Formulaire.*
État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de 2019.

Détails

Dans notre rapport d'audit de 2017, nous faisons observer que le nouveau système était censé permettre au Ministère d'agréger plus de données cliniques, par exemple les médicaments prescrits à chaque patient et les indications pertinentes, le problème de santé du patient, les critères remplis, les critères non remplis qui ont entraîné le rejet de la demande, le cas échéant, et les médicaments devant faire l'objet d'un examen externe.

Lorsque le système a été mis à l'essai pour la première fois en avril 2019, il a commencé à recueillir les données cliniques pouvant être utilisées pour statuer sur les demandes dans

le cadre du Programme d'accès exceptionnel. Le Ministère pourrait également utiliser les données recueillies pour éclairer les politiques et l'administration du programme. Le Ministère prévoit commencer à utiliser les données recueillies d'ici la fin de 2019.

Le faible nombre d'inspections et les retards dans le signalement de fraudes possibles ont fait en sorte qu'aucune mesure n'a été prise à l'égard des cas suspects

Recommandation 4

Pour faire en sorte que des mesures appropriées soient prises en temps utile en cas d'éventuelles demandes de paiement frauduleuses, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec la Police provinciale de l'Ontario, doit établir et respecter un protocole officiel énonçant des critères et des objectifs en vue d'assurer l'échange de renseignements en temps utile.

État : Pleinement mise en œuvre.

Détails

Dans notre rapport d'audit de 2017, nous avons noté que le Ministère et la Police provinciale de l'Ontario n'avaient établi aucun protocole officiel concernant ce qui devait être communiqué et à quel moment lorsque des inspections de pharmacies permettent de déceler des demandes suspectes. En conséquence, la Police provinciale n'a pas mené d'enquête sur certains cas parce que l'information pertinente ne lui a pas été communiquée à temps.

Depuis la fin de 2017, l'Unité de responsabilisation en matière de paiements et de contrôle de la fraude (l'Unité du Ministère) (qui relève de la Direction des services de santé du Ministère) est responsable de la coordination des flux d'information et de données entre le Ministère et l'Unité des enquêtes sur la fraude dans le système de santé de la Police provinciale de l'Ontario (l'Unité de l'OPP). Le personnel de l'Unité du Ministère a reçu une formation sur les processus

de fraude et sur la façon de suivre et d'échanger l'information en toute sécurité.

En octobre 2017, le Ministère et la Police provinciale de l'Ontario ont renouvelé une entente officielle sur les niveaux de service (l'entente) pour l'enquête sur une fraude potentielle liée à l'Assurance-santé touchant le Ministère, afin d'assurer l'échange rapide et efficace de renseignements avec l'Unité de l'OPP. Le Ministère utilise également une feuille de suivi centralisée pour consigner tous les renseignements sur les cas de fraude potentiels, y compris les mises à jour fournies par l'Unité de l'OPP en vertu de l'entente. L'Unité de l'OPP fait également le point avec le Ministère par les moyens suivants :

- des réunions semestrielles de mise à jour sur les cas en instance avec l'Unité du Ministère et avec la direction et le personnel du secteur de programme concerné;
- des rapports trimestriels sur l'état des enquêtes, des accusations ou des résultats;
- une lettre officielle à l'Unité du Ministère, au gestionnaire compétent et au personnel du secteur de programme concerné en cas de changement dans l'état d'un dossier (p. ex. lorsque des accusations sont portées), et une autre lettre officielle lorsque le dossier est clos;
- des mises à jour ponctuelles à la demande de l'Unité du Ministère pour répondre aux besoins internes du Ministère.

Recommandation 5

Pour que seules les demandes valides et appropriées donnent lieu à un paiement aux pharmacies, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) doit :

- recouvrer des paiements auprès de toutes les pharmacies au titre des demandes de paiement réglées de façon inappropriée pour des personnes décédées et des annulations ayant échoué;

État : En voie de mise en œuvre d'ici mars 2020.

Détails

Dans notre rapport d'audit de 2017, nous avons signalé que des demandes de règlement étaient parfois réglées pour des patients décédés. Le Ministère est en mesure de recouvrer systématiquement les paiements de ce genre auprès des pharmacies qu'il a inspectées, car la date de décès est enregistrée dans le Système du réseau de santé. Par contre, s'il n'y a pas d'inspection, il arrive souvent que les paiements ne soient pas recouverts. En 2015-2016, les recouvrements des sommes versées pour des patients décédés s'établissaient à seulement 42.365 \$, alors que le Ministère avait payé environ 951 900 \$ pour leurs prescriptions après le décès. Un montant approximatif de 910 000 \$ n'a donc pas été recouvert par le Ministère.

Durant notre audit, nous avons également constaté que des paiements étaient parfois effectués pour des prescriptions que les pharmacies essayaient ensuite d'annuler en ligne. En 2015-2016, les paiements recouverts pour des annulations ayant échoué s'élevaient à environ 900 000 \$ pour 130 pharmacies, ce qui représentait 19 % de l'ensemble des recouvrements pour l'exercice. Le Ministère a versé près de 3,1 millions de dollars pour régler des demandes dont l'annulation avait échoué. Il en a résulté un autre montant d'environ 2,1 millions de dollars que le Ministère n'a pas recouvert.

Depuis notre audit de 2017, le Ministère a ajouté deux nouveaux employés chargés des évaluations pour renforcer sa capacité d'examiner les données de facturation des pharmacies. Ces employés ont élaboré un plan d'évaluation des demandes qui, une fois entièrement exécuté, permettra de repérer les demandes de règlement qui se situent dans les principaux secteurs de recouvrement des trop-payés.

Au moment de notre suivi, le Ministère était en train d'élaborer un processus d'évaluation et de recouvrement des demandes de règlement non valides pouvant être suffisamment étayées aux fins de recouvrement sans inspection sur place. Le Ministère prépare une proposition officielle

sur le nouveau processus d'évaluation et de recouvrement afin de faire approuver les ressources nécessaires. Le Ministère prévoit que le nouveau processus d'évaluation, s'il est approuvé, sera lancé avant décembre 2019 et que les recouvrements commenceront en mars 2020.

- *accorder plus de temps aux pharmacies pour annuler des demandes non valides, en concordance avec la norme sectorielle en vigueur;*
État : En voie de mise en oeuvre d'ici décembre 2020.

Détails

Dans notre audit de 2017, nous avons observé que, selon la norme de l'industrie, les pharmacies ont 90 jours pour annuler une demande de paiement envoyée à une société d'assurance privée, plutôt que le délai de 7 jours fixé par le Ministère pour les demandes en ligne. Si le Ministère accordait plus de temps aux pharmacies pour annuler leurs demandes en ligne, il augmenterait les recouvrements.

Au cours de notre suivi, le Ministère a indiqué qu'il proposait de modifier son système de TI afin de faire passer le délai d'annulation des demandes de 7 à 90 jours. Cependant, la mise en œuvre de ces changements nécessite une modification réglementaire, et aucune modification n'avait été approuvée en juin 2019. Le Ministère prévoyait que, si les changements sont approuvés, il faudrait de six à neuf mois pour les mettre en œuvre.

- *chercher à savoir pourquoi certains médecins ont prescrit des médicaments à usage restreint à des patients qui ne remplissaient pas les critères qu'il a établis à l'égard de ces médicaments, et déterminer si ses critères sont à jour;*
État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de 2019.

Détails

Lors de notre audit de 2017, nous avons constaté que le Ministère avait réglé des demandes de paiement pour des bénéficiaires non admissibles relativement à des médicaments à usage restreint.

Les médicaments de cette catégorie sont couverts uniquement pour certains usages bien précis, et les patients doivent répondre aux critères établis pour y être admissibles. Nous avons obtenu des données sur les demandes de l'année civile 2016 et mené une analyse portant sur un échantillon de demandes ayant trait à des médicaments à usage restreint comportant des critères relatifs à l'âge et au sexe. Notre analyse nous a permis de déterminer que des dépenses d'environ 922 000 \$ avaient été engagées pour des patients ne répondant pas aux critères applicables. Cependant, le Ministère ignorait pourquoi les médecins avaient prescrit ces médicaments, et il ne savait pas non plus si ses critères applicables aux médicaments à usage restreint étaient désuets. Il ignorait également pourquoi les pharmaciens ne vérifiaient pas l'âge et le sexe des patients avant de soumettre une demande de paiement pour ces médicaments. Les médecins peuvent prescrire des médicaments à des fins autres que celles prévues dans les critères d'usage restreint en se fondant sur leur jugement professionnel. Ces critères doivent toutefois être respectés pour que les médicaments soient couverts par le Programme de médicaments de l'Ontario.

Durant notre suivi, le Ministère a indiqué qu'il ne pouvait pas chercher à savoir pourquoi certains médecins prescrivaient des médicaments à usage restreint à des patients qui ne satisfaisaient pas aux critères parce que les ordres de réglementation professionnels sont chargés de surveiller les pratiques des fournisseurs de soins de santé. Les médecins, le personnel infirmier praticien et les pharmaciens sont des professionnels de la santé réglementés en Ontario, et ils doivent se conformer aux normes professionnelles et éthiques de leurs ordres professionnels respectifs, comme l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Au moment de notre suivi, le Ministère était en train d'examiner les critères relatifs au sexe et à l'âge pour les médicaments à usage restreint. L'examen visait notamment à déterminer dans quelle mesure les prescripteurs et les pharmaciens respectaient les critères, et à déterminer s'il y avait lieu de prévoir

des programmes de formation ou d'autres moyens d'améliorer leur respect des critères.

Entre février 2017 et février 2019, le Ministère a apporté des modifications à environ 200 produits pharmaceutiques et à plus de 100 produits à usage restreint du Formulaire. Cette mise à jour comprenait un examen, effectué en 2018, de la pertinence des critères relatifs à l'âge pour les médicaments à usage restreint, qui a donné lieu à la révision de 28 produits pharmaceutiques. Le Ministère continuait d'examiner, pour tous les autres médicaments à usage restreint, si les critères relatifs à l'âge ou au sexe étaient à jour, et il prévoyait terminer cet examen avant la fin de 2019.

- *mettre en oeuvre des contrôles systémiques pour que les demandes ne respectant pas les critères pour les médicaments à usage restreint, comme les critères fondés sur le sexe et l'âge, soient refusées ou arbitrées au moment de la délivrance et qu'il ne soit donc pas nécessaire de procéder à une inspection.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de 2019.

Détails

Depuis notre audit de 2017, le Ministère a mis en oeuvre les contrôles systémiques suivants pour deux catégories de médicaments ou de produits :

- 1) **Timbre transdermique de fentanyl** : le 1^{er} octobre 2017, le Ministère a mis en oeuvre des règles qui permettent de traiter les demandes uniquement si elles satisfont aux critères applicables aux médicaments à usage restreint. Les règles établissent un lien avec les antécédents de délivrance des patients (à partir du Système du réseau de santé et du Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées) au cours des 180 jours précédents afin de prévenir le mauvais usage ou l'abus de ces timbres.
- 2) **Chambres de retenue à valve** : le 30 septembre 2018, le Ministère a imposé des règles systémiques supplémentaires afin d'appliquer les restrictions en matière

d'âge et de quantité pour les demandes de remboursement des chambres de retenue à valve. Ces demandes ne seront approuvées que pour les patients âgés de 12 ans et moins, et seulement une fois tous les 365 jours.

L'examen, par le Ministère, des produits pharmaceutiques à usage restreint auxquels sont associés des critères fondés sur l'âge ou le sexe s'accompagnera d'une évaluation de la pertinence des contrôles de TI. De plus, le Ministère évalue le rapport coûts-avantages de la mise en œuvre des contrôles systémiques pour assurer la conformité aux critères d'usage restreint et terminera cette évaluation d'ici la fin de 2019. Le Ministère a indiqué que lorsque l'analyse coûts-avantages se révèle favorable à l'instauration de contrôles systémiques, ceux-ci seront examinés et priorisés dans le cadre des activités d'amélioration du système.

Le Ministère pourrait exercer une surveillance plus efficace des demandes de paiement des pharmacies et des versements à ces dernières

Recommandation 6

Pour que les ressources d'inspection soient utilisées à meilleur escient et pour que les pharmacies à haut risque dont la facturation pourrait être inappropriée fassent l'objet d'inspections, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit préparer et mettre à exécution des plans d'inspection annuels détaillés, déterminer les secteurs ou les pharmacies à haut risque, et procéder à une affectation mieux fondée de ses ressources d'inspection en fonction du risque.

État : En voie de mise en œuvre d'ici décembre 2020.

Détails

Lors de notre audit de 2017, nous avons constaté que le Ministère avait préparé des plans d'inspection des pharmacies, mais que ces plans ne fournissaient que des lignes directrices et une orientation générale aux inspecteurs. Les plans n'utilisaient pas les analyses effectuées à l'échelle

provinciale pour mettre en évidence les entités à risque élevé. Nous nous attendions à ce que le Ministère dispose de plans détaillés précisant des secteurs de risque précis sur lesquels les activités d'inspection seraient axées. Il n'existait toutefois aucun plan documenté de ce genre. Nous nous attendions aussi à ce qu'il y ait des rapports d'inspection exposant en détail les causes communes des erreurs de facturation des pharmacies, ainsi que les secteurs dans lesquels le Ministère aurait intérêt à faire connaître les procédures de facturation appropriées aux pharmacies. Mais, là encore, il n'y avait aucune analyse de ce genre.

Au moment du présent suivi, la Direction de la science des données sur la santé du Ministère collaborait avec un institut de recherche subventionné par l'État à l'élaboration d'algorithmes de dépistage pour repérer les anomalies potentielles à risque élevé qui justifieraient des inspections plus rigoureuses. Le Ministère s'employait également à documenter un processus de planification des inspections annuelles axées sur le risque. Le Ministère s'attendait à ce que le plan d'inspection documente officiellement les lignes directrices et la méthodologie afin de repérer les pharmacies à risque élevé susceptibles de présenter des factures inappropriées.

Le Ministère s'attendait à terminer les algorithmes qui appuieraient son processus de planification des inspections axées sur le risque d'ici décembre 2020. Ce processus doit être mis en œuvre en 2020-2021. Il doit comprendre un processus d'examen des résultats des inspections des pharmacies afin de documenter les pratiques exemplaires et les leçons apprises qui pourraient être intégrées aux cycles subséquents de planification des inspections.

Recommandation 7

Pour faire un meilleur usage des ressources d'inspection en vue de s'assurer que seules les demandes valides

donnent lieu à un paiement, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- déterminer s'il est possible d'accéder différemment aux formulaires requis pour les ordonnances;
- effectuer les remboursements au titre des demandes seulement lorsque les formulaires requis sont fournis.

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Lors de notre audit de 2017, nous avons constaté que les inspecteurs du Ministère peuvent recouvrer les sommes versées aux pharmacies si celles-ci ne conservent pas certains documents et formulaires requis. Toutefois, ce n'est qu'en inspectant les locaux de la pharmacie qu'un inspecteur peut vérifier s'il manque des formulaires. Une grande partie du travail des inspecteurs consiste à vérifier l'existence de ces formulaires dans les locaux des pharmaciens. Si les médecins prescripteurs remplissent et conservent les formulaires d'ordonnance sous forme électronique, et que les inspecteurs disposaient d'un lien vers cette information, il ne serait pas nécessaire de recourir à ce processus manuel exigeant en ressources.

La composante existante de traitement des transactions en ligne du Système du réseau de santé, que les pharmacies utilisent pour présenter leurs demandes de paiement, ne permet pas de recueillir ni de stocker des formulaires. Le Ministère continue de se fier aux inspections pour vérifier que ces formulaires se trouvent dans les locaux des pharmaciens, au lieu de rembourser les demandes seulement lorsque les formulaires requis sont soumis. Le Ministère a indiqué qu'il envisagerait d'apporter des changements au Système du réseau de santé, y compris la fonctionnalité permettant de mettre en oeuvre cette recommandation ainsi que d'autres possibilités numériques, dans le cadre des analyses requises pour gérer l'approvisionnement du Système du réseau de santé.

Recommandation 8

Pour que les patients ayant besoin des services de MedsCheck puissent les obtenir, et pour que MedsCheck atteigne ses objectifs, notamment promouvoir une amélioration de l'état de santé des patients, de leur qualité de vie et de l'autogestion de leur maladie, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- définir des paramètres de mesure du rendement et explorer une approche pour recueillir et analyser des données et en faire le suivi, de manière à pouvoir évaluer si les services MedsCheck contribuent à améliorer l'état de santé des patients;

État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de 2019.

Détails

MedsCheck est un programme de consultation entre un pharmacien et un patient qui prend au moins trois médicaments pour le traitement de maladies chroniques (ou qui remplit certains autres critères), pour faire l'examen du profil pharmacologique du patient et déterminer et résoudre les problèmes liés au médicament. Lors de notre audit de 2017, nous avons constaté que le Ministère avait défini des objectifs précis pour le programme MedsCheck, par exemple promouvoir une amélioration de l'état de santé des patients, de leur qualité de vie et de l'autogestion de leur maladie, en plus d'aider les patients à mieux connaître, comprendre et respecter leur pharmacothérapie. Le Ministère n'avait toutefois pas déterminé les renseignements qui lui auraient permis de déterminer si ces objectifs étaient atteints. Il n'a donc pas été en mesure de prouver que le programme pouvait atteindre son but et ses objectifs de manière rentable. Le Ministère n'a pas non plus établi d'indicateurs de rendement pour mesurer le succès du programme.

En avril 2019, le gouvernement a annoncé un budget incluant des propositions visant à moderniser les politiques de remboursement des pharmacies et à établir un « système plus

intelligent, plus efficace et financièrement responsable pour offrir des prestations financées publiquement ». L'une des propositions comprenait la modernisation des critères d'admissibilité du programme MedsCheck. Le gouvernement a reçu des commentaires sur toutes les propositions et continue de collaborer avec les principaux intervenants afin de cerner les possibilités d'atteindre les objectifs énoncés. Ce travail comprend l'élaboration de mesures du rendement pour MedsCheck.

Entre-temps, un organisme de recherche financé par le Ministère travaillait à l'évaluation du programme MedsCheck, notamment en menant des sondages sur l'expérience des patients. Un rapport final sur l'évaluation devrait être terminé au cours de l'automne 2019. Le Ministère prévoit élaborer des mesures de rendement dans le cadre du remaniement du programme MedsCheck d'ici décembre 2019.

- *travailler de concert avec les pharmacies et avec l'Ontario Pharmacists Association afin de rationaliser le processus administratif entourant la présentation des demandes de remboursement dans le cadre du programme MedsCheck.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de 2019.

Détails

En octobre 2016, le Ministère a apporté des améliorations au programme MedsCheck afin d'améliorer et d'uniformiser le processus. Conformément au nouveau processus, les pharmacies doivent utiliser des formulaires normalisés et fournir plus de documents lors de la prestation des services MedsCheck pour qu'il soit possible de mesurer l'efficacité du programme. Bien que ces améliorations constituent un progrès, elles ont eu comme conséquence imprévue de réduire le nombre total d'examen des médicaments par les pharmacies.

Au moment de notre audit de 2017, le Ministère consultait l'Ontario Pharmacists Association afin de savoir quand les pharmacies se procureraient le

logiciel requis pour remplir électroniquement les formulaires MedsCheck. Nous avons appris que la plupart des pharmacies étaient censées acquérir ce logiciel, mais nous ne savons pas quand.

Au cours du présent suivi, nous avons constaté que le Ministère avait rencontré des représentants de divers groupes d'intervenants. Dans le cadre du remaniement susmentionné du programme MedsCheck, le Ministère examinera les possibilités de rationalisation et les gains d'efficacité du programme d'ici la fin de 2019.

Les frais d'ordonnance versés par le Ministère aux pharmacies de l'Ontario fournissant des services aux résidents des foyers de soins de longue durée sont beaucoup plus élevés que dans d'autres provinces

Recommandation 9

Pour s'assurer que les frais d'ordonnance versés à l'égard des résidents des foyers de soins de longue durée sont raisonnables, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit mener des analyses plus approfondies afin de déterminer les raisons expliquant les frais d'ordonnance élevés qui sont imposés pour les résidents de certains foyers, et décider s'il y a lieu de modifier la politique de délivrance de médicaments, par exemple en imposant une limite de fréquence en ce qui touche les frais d'ordonnance.

État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de 2019.

Détails

Notre audit de 2017 a révélé qu'en 2015-2016, le Ministère avait versé aux pharmacies des frais d'ordonnance moyens de 1 818 \$ par demande de paiement soumise pour les résidents des foyers de soins de longue durée. C'est près de 4 fois plus que le montant moyen des frais d'ordonnance pour les autres bénéficiaires de plus de 65 ans (422 \$). Au cours du même exercice, environ 50 pharmacies demandaient des frais d'ordonnance plus élevés que la moyenne d'environ 1 818 \$ par bénéficiaire pour

les résidents des foyers de soins de longue durée. Sur ce nombre, 15 demandaient, pour chaque résident d'un foyer de soins de longue durée, des frais d'ordonnance supérieurs à 2 500 \$; 5, des frais de près de 3 000 \$; et 1, des frais de 3 200 \$. Le Ministère ne s'est pas penché sur les raisons pour lesquelles les frais d'ordonnance de ces pharmacies étaient plus élevés que la moyenne.

Notre audit de 2017 a également révélé que les pharmacies de la Colombie-Britannique reçoivent un paiement mensuel par capitation (c'est-à-dire un paiement forfaitaire par personne) de 43,75 \$ pour chaque lit occupé qu'elles servent dans un foyer de soins de longue durée. Si l'Ontario adoptait ce modèle, le montant total des frais d'ordonnance versés aux pharmacies servant des foyers de soins de longue durée s'élèverait à environ 41 millions de dollars (43,75 \$ x 12 mois x 78 000 lits occupés dans des foyers de soins de longue durée), ce qui est à peu près inférieur de 149 millions au montant payé en 2015-2016.

Depuis notre dernier audit, le Ministère a examiné l'incidence des modifications apportées à la politique en octobre 2015 sur les frais d'ordonnance des foyers de soins de longue durée en comparant les tendances entre 2007-2008 et 2017-2018. Il a examiné les dépenses par bénéficiaire et comparé les tendances en matière d'utilisation entre les foyers de soins de longue durée et les aînés vivant dans la collectivité. Cependant, il n'a pas examiné les raisons pour lesquelles les frais d'ordonnance étaient plus élevés dans certains foyers de soins de longue durée que dans d'autres.

Le Ministère a indiqué que, dans son budget de 2019, le gouvernement proposait notamment de modifier le modèle de paiement pour les produits pharmaceutiques fournis aux résidents des foyers de soins de longue durée par les fournisseurs de services de pharmacie. Au lieu d'un modèle de rémunération à l'acte, ces fournisseurs recevraient des honoraires fondés sur le nombre de lits pour tous les services pharmaceutiques fournis à un foyer de soins de longue durée.

Le nombre de surdoses et de décès attribuables aux opioïdes continue d'augmenter

Recommandation 10

Pour réduire le risque que des opioïdes soient prescrits, délivrés et consommés de façon inappropriée, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit :

- travailler de concert avec les hôpitaux ontariens et avec le Bureau du coroner en chef de l'Ontario afin de mettre les signalements de surdoses et de décès en relation avec les données du Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées du Ministère, de façon à déterminer si les patients en question avaient obtenu leurs opioïdes de sources légales ou illicites;

État : En voie de mise en oeuvre d'ici la fin de 2019.

Détails

Lors de notre audit de 2017, nous avons constaté que, malgré la hausse du nombre de surdoses et de décès liés aux opioïdes, le Ministère ne connaissait pas les causes de ces surdoses et décès. Il ne savait pas non plus si les patients avaient obtenu les opioïdes sur présentation d'une ordonnance légitime à un pharmacien, ou auprès d'une source illicite. Les surdoses et les décès causés par des opioïdes qui sont déclarés par les hôpitaux ontariens et par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario n'ont pas été mis en relation avec les données du Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées du Ministère afin de déterminer si les opioïdes avaient été prescrits ou distribués légalement ou obtenus auprès de sources illicites. Cette information permettrait au Ministère et à d'autres intervenants gouvernementaux, notamment les services d'exécution de la loi qui sont responsables de la lutte contre le trafic de drogues, de mieux cibler l'affectation de leurs ressources.

Au cours de l'été 2018, le Ministère a achevé le couplage des données du coroner pour les années civiles 2015, 2016 et 2017 avec les données

sur les visites aux urgences du Système national d'information sur les soins ambulatoires. Les constatations initiales ont été communiquées à l'interne au sein du Ministère et au Bureau du coroner, et d'autres révisions ont été apportées en janvier 2019.

Le couplage des données sur les visites aux urgences pour une surdose d'opioïdes et des données du coroner avec les données du Système a été achevé en mars 2019. L'analyse et la validation des données sont en cours, et le rapport devrait être terminé en août 2019.

Au moment de notre suivi, le Ministère travaillait encore avec le Bureau du coroner afin de déterminer si les patients qui avaient fait des surdoses avaient obtenu leurs opioïdes auprès de sources légales ou illicites. Le Ministère a indiqué que, dans certains cas, il peut être impossible de déterminer la source des médicaments ayant causé une surdose, particulièrement en cas de mélange de drogues légales et illicites.

Le Ministère prévoit rendre compte des résultats de son analyse des données d'ici la fin de 2019.

- *regrouper, surveiller et analyser les données relatives à ses principales initiatives afin d'établir si ces dernières aident à réduire le nombre de cas de dépendance aux opioïdes ainsi que de surdoses et de décès attribuables aux opioïdes, et de rendre compte au public de la mesure dans laquelle les initiatives atteignent les objectifs prévus.*

État : En voie de mise en œuvre d'ici la fin de 2019.

Détails

Dans notre rapport d'audit de 2017, nous avons noté que le Ministère avait pris plusieurs mesures pour donner suite aux préoccupations croissantes

concernant la consommation inappropriée d'opioïdes et ses conséquences pour la santé, mais il était difficile de savoir si ces mesures avaient produit des résultats, car les surdoses et les décès continuaient d'augmenter.

Depuis notre dernier audit, le Ministère a commencé à élaborer un cadre interne de surveillance du rendement pour sa réponse à la crise des opioïdes. Le cadre lui fournira des renseignements améliorés et plus à jour sur les répercussions de ses principales initiatives de lutte contre la crise des opioïdes dans quatre domaines : les pratiques appropriées de prescription et la gestion de la douleur; la réduction des méfaits; le traitement; la surveillance et les rapports. Au moment de notre suivi, le Ministère était en train de finaliser son premier rapport sur le rendement, qui devrait être terminé d'ici la fin de 2019. Le Ministère prévoyait communiquer les rapports à intervalles réguliers aux partenaires concernés au sein du Ministère, mais aucune décision n'avait été prise quant à la diffusion publique du premier rapport de mesure du rendement.