

## 3.09—Activité des programmes de médicaments

---

### CONTEXTE

Les programmes de médicaments de l'Ontario sont gérés par la Direction des programmes de médicaments (la Direction) qui relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. La Direction coordonne les politiques et activités du ministère qui ont pour but de mettre des médicaments d'ordonnance et produits connexes à la disposition des résidents admissibles de l'Ontario. Elle a pour mission « de jouer le rôle de chef de file afin d'obtenir les meilleurs services pharmaceutiques qui soient pour assurer la protection du public et contribuer à l'amélioration de la santé des résidents de l'Ontario ». À cette fin, elle s'emploie :

- à assurer une protection équitable aux Ontariennes et Ontariens dans le cas des médicaments qui, du fait des coûts, sont hors de leur portée;
- à comprimer les coûts grâce à des mécanismes de contrôle appropriés afin que les programmes de médicaments de l'Ontario restent abordables.

La Direction est chargée d'administrer les paiements de transfert que le ministère consacre aux programmes suivants :

*Programme de médicaments de l'Ontario* : Ce programme met des médicaments d'ordonnance à la disposition des personnes âgées de l'Ontario, des assistés sociaux, des bénéficiaires de services professionnels de soins à domicile, et des résidents de foyers de soins spéciaux ou d'établissements de soins de longue durée. Depuis 1996, ces personnes doivent prendre à leur charge une partie des coûts des médicaments d'ordonnance couverts par le programme. Le Programme de médicaments de l'Ontario représente environ 38 % des dépenses de médicaments d'ordonnance en Ontario.

*Programme de médicaments Trillium* : Ce programme vient en aide aux personnes qui ne remplissent pas les conditions d'admission du Programme de médicaments de l'Ontario et qui nécessitent des médicaments d'ordonnance dont le coût est élevé par rapport à leur revenu.

*Programme de médicaments spéciaux* : Ce programme octroie des sommes qui couvrent le coût de certains médicaments nécessaires au traitement d'affections particulières, lesquelles font l'objet de règlements pris en application de la *Loi sur l'assurance-santé*.

L'autorisation législative pour les paiements de transfert effectués dans le cadre des programmes de médicaments de l'Ontario relève de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*, de la *Loi sur l'interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation*, et de la *Loi sur l'assurance-santé*.

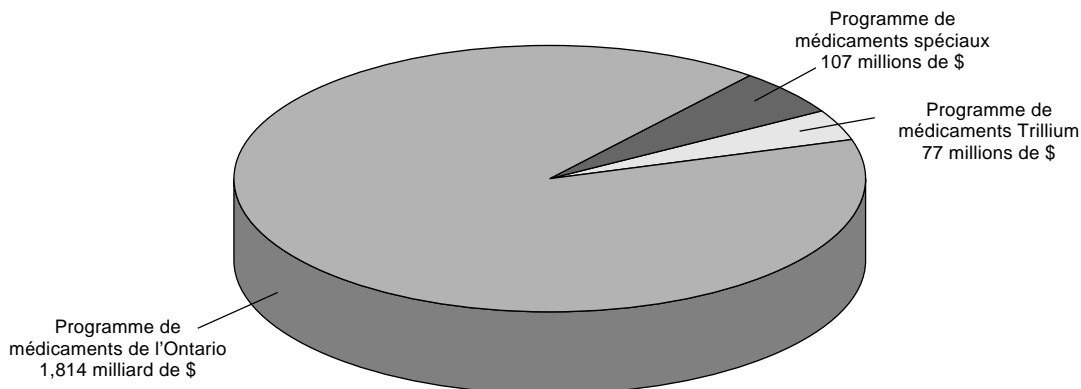
En outre, il appartient à la Direction de surveiller la mise en service, le fonctionnement et l'entretien du système du réseau de la santé (le Réseau). Il s'agit d'un système informatique qui lie la Direction à environ 2 700 pharmacies et 600 autres fournisseurs, qui donne des renseignements en direct aux pharmaciens, et qui permet la présentation des demandes de paiement de médicaments, leur étude et leur règlement. Le fonctionnement du Réseau, qui traite chaque année environ 50 millions d'ordonnances pour environ 2,7 millions de bénéficiaires admissibles, est assuré au nom de la province par un fournisseur de services du secteur privé.

Le Comité d'appréciation des médicaments et des thérapeutiques, créé en 1968 dans le cadre de la *Loi sur le ministère de la Santé*, évalue la qualité des médicaments, leur valeur thérapeutique, leur interchangeabilité et leur coût, ainsi que leur prise en charge éventuelle par le ministère.

La Direction gère la prestation des programmes de médicaments avec l'aide de comités consultatifs d'experts. En 1998, le gouvernement a créé le *Drug Utilization Advisory Committee* pour étudier les questions liées à l'usage des médicaments d'ordonnance, et l'*Ontario Program for Optimal Therapeutics Committee* pour surveiller l'élaboration de directives supplémentaires sur les ordonnances et la réalisation de projets connexes.

Pour l'exercice 2000-2001, les programmes de médicaments de l'Ontario ont affiché des dépenses de 1,98 milliard de dollars, dont 413 millions de dollars ont été recouvrés auprès du ministère des Services sociaux et communautaires au titre de frais de médicaments pris en charge pour des assistés sociaux. Outre les dépenses du ministère, les dépenses consacrées aux médicaments comprenaient la somme de 250 millions de dollars versée par les bénéficiaires en franchises et quote-parts. Le graphique ci-après montre les dépenses des trois programmes de médicaments.

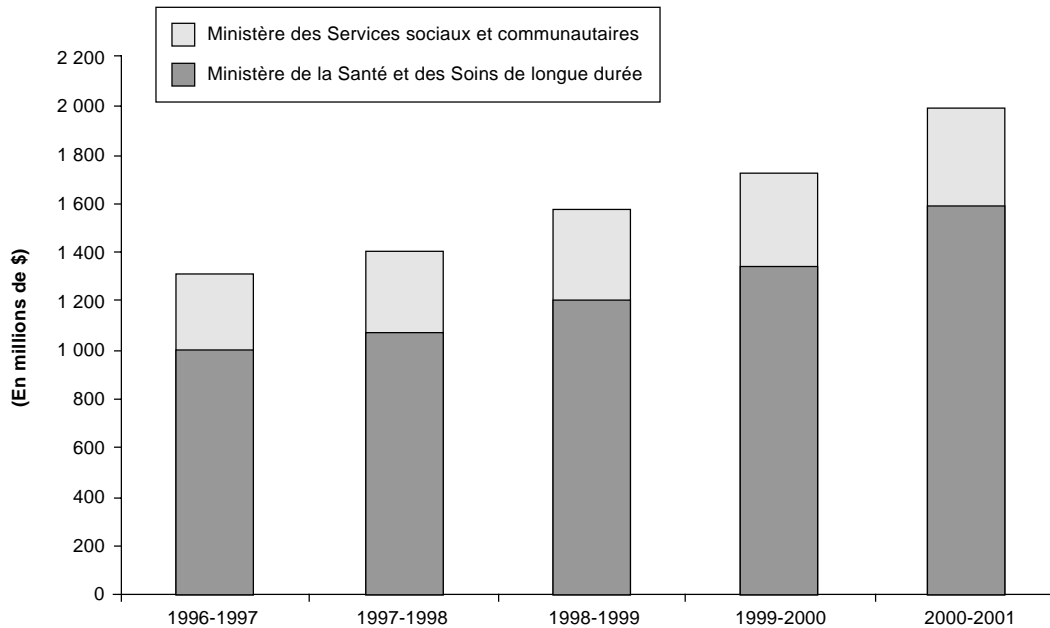
**Activité des programmes de médicaments de l'Ontario**  
**Dépenses par programme, 2000-2001**



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

Les paiements de transfert pour l'activité des programmes de médicaments ont progressé d'environ 51 % entre 1996-1997 et 2000-2001, comme on le voit sur le graphique ci-après.

### Dépenses d'activité des programmes de médicaments par ministère, 1996-1997 – 2000-2001



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

Des territoires autres que l'Ontario ont également enregistré des hausses annuelles importantes des dépenses engagées par leurs régimes publics d'assurance-médicaments d'ordonnance. Il ressort de différents rapports en matière de santé que plusieurs facteurs contribuent à ces hausses, dont :

- l'accroissement du nombre de résidents ayant 65 ans ou plus;
- l'arrivée de médicaments et de pharmacothérapies à coût plus élevé qui permettent aux malades de rester chez eux plus longtemps ou de quitter l'hôpital plus vite;
- les nouvelles pratiques de prescription.

En avril 1998, le gouvernement a approuvé six initiatives de gestion des coûts recommandées par le comité ministériel de la planification financière afin de comprimer les dépenses annuelles des programmes de médicaments. Il s'agissait des mesures suivantes : moderniser le Formulaire du Programme de médicaments de l'Ontario, imposer la conclusion d'ententes par écrit avec les fabricants, fixer une nouvelle règle d'établissement des prix des produits génériques et créer de nouvelles directives en matière d'ordonnances. Les dépenses liées à l'activité des programmes de médicaments de l'Ontario ont néanmoins continué de progresser de 7 % à 15 % annuellement.

---

# OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

Notre vérification de l'activité des programmes de médicaments visait à déterminer si le ministère avait instauré des procédures suffisantes pour :

- assurer que la gestion des ressources se faisait dans des conditions d'économie;
- garantir la conformité à la loi et évaluer si les politiques et procédures qu'il suit pour approuver, traiter et régler les demandes de paiement étaient suffisantes et respectées;
- évaluer l'efficacité de l'activité menée dans le cadre des programmes de médicaments et présenter des rapports à ce sujet.

Nous avons mené notre vérification dans le respect des normes relatives aux missions de certification, qui englobent l'optimisation des ressources et la conformité, établies par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Par conséquent, nous avons eu recours à des contrôles par sondage et à d'autres procédés de vérification jugés nécessaires dans les circonstances. Avant d'entamer nos travaux, nous avons défini les critères que nous appliquerions pour répondre aux objectifs de la vérification. La haute direction du ministère les a revus et approuvés.

Lors de notre vérification, terminée dans une large mesure en mai 2001, nous avons examiné et analysé les politiques et procédures applicables, et nous nous sommes entretenus avec le personnel du ministère à Toronto et à Kingston, et avec celui du fournisseur de services du système du réseau de la santé. En outre, nous avons examiné le fonctionnement du système du réseau de la santé et les travaux pertinents effectués par la Direction des services de vérification du ministère. Enfin, nous nous sommes réunis avec des membres du Comité d'appréciation des médicaments et des thérapeutiques et de l'*Ontario Program for Optimal Therapeutics Committee*, avec des chercheurs de l'Institut de recherche en services de santé, et avec des experts médicaux au *Centre for Evaluation of Medicines*.

# CONCLUSIONS GLOBALES DE LA VÉRIFICATION

Depuis notre dernière vérification de l'activité des programmes de médicaments, le ministère a adopté un certain nombre de mesures visant à gérer les dépenses de médicaments, dont des initiatives pour favoriser la délivrance d'ordonnances appropriées et accélérer les mises à jour du Formulaire.

Cependant, en ce qui concerne les mesures d'économie, le ministère n'a pas tenu compte suffisamment des prix qu'il payait pour les médicaments et n'a pas terminé la création d'un programme d'étude de l'usage des médicaments. Nous avons formulé des préoccupations semblables dans notre vérification de ce domaine, effectuée en 1996.

Nos principales craintes à propos des prix payés pour les médicaments sont les suivantes :

- Le ministère n'a pas maximisé les économies qu'il aurait pu tirer de l'ajout des produits génériques homologués au Formulaire, ni des réductions de prix accordées par les

fabricants. D'après un échantillon des médicaments que nous avons examinés, nous estimons que des retards enregistrés sur une période de deux ans se sont traduits par des pertes d'économies de 17 millions de dollars.

- Le ministère n'a pas contrôlé l'efficacité de ses pratiques en matière de prix des produits génériques et n'a pas fait de comparaison systématique entre les prix qu'il payait pour les médicaments et ceux que payaient d'autres territoires. Nous avons constaté ainsi, dans un échantillon de produits génériques, que les prix du régime d'assurance des médicaments sur ordonnance de la Saskatchewan étaient inférieurs, en moyenne, de 50 % à ceux de l'Ontario. Selon nos estimations, le ministère aurait économisé environ 54 millions de dollars par an s'il avait payé le même prix que la Saskatchewan pour ces produits.
- Le ministère n'a pas évalué les avantages qu'il obtiendrait en achetant les médicaments aux fabricants par une procédure d'appel à la concurrence. Ainsi, l'examen d'un échantillon de prix de médicaments payés par un autre territoire qui utilise justement cette méthode nous a permis de constater que, si les programmes de médicaments de l'Ontario pouvaient obtenir ces médicaments aux mêmes prix, ils auraient pu économiser environ 140 millions de dollars au cours de l'exercice 2000-2001. S'il est vrai que l'Ontario ne pourra peut-être pas obtenir les mêmes prix que d'autres territoires, l'importante différence de prix justifie toutefois un examen plus poussé.

Nous avons constaté, en gros, que le ministère avait instauré effectivement des procédures suffisantes pour assurer la conformité aux lois et que les demandes de paiement étaient acceptées, traitées et réglées correctement, mais qu'il devait toujours prendre les mesures suivantes :

- s'assurer que les personnes qui se sont vu accorder l'admissibilité temporaire aux programmes de médicaments sont, par la suite, reconnues comme étant admissibles – environ 335 000 personnes avaient obtenu l'admissibilité temporaire pendant l'exercice 1999-2000; pourtant, le ministère n'avait pas confirmé l'admissibilité de 180 000 d'entre elles;
- mieux détecter les facturations inexactes ou frauduleuses, et faire le suivi à ce sujet, en inspectant les pharmacies et en vérifiant les demandes de paiement auprès des bénéficiaires;
- recouvrer rapidement les versements inappropriés – en 2001, le ministère a abandonné 1,5 million de dollars à recouvrer auprès de pharmacies à la suite d'une vérification, faite en 1997, des demandes de paiement des médicaments à usage restreint;
- mettre en place des procédures pour assurer l'application correcte des franchises du Programme de médicaments Trillium – pour l'année d'assurance 1999-2000, un montant d'environ 750 000 \$ était dû au ministère au titre des franchises non réglées;
- améliorer les modalités de règlement des factures dans le cadre du Programme de médicaments spéciaux – nous avons constaté que, dans le cas d'un médicament sélectionné pour la vérification, le ministère s'était fait facturer 475 000 \$ de trop sur une période de cinq ans (le ministère était en train de récupérer cet excédent auprès du fabricant);

- 
- mieux surveiller les activités du fournisseur de services du système du réseau de la santé et s'assurer que des consignes de sécurité informatique suffisantes sont en place.

Nous sommes également arrivés à la conclusion que, pour mieux assurer la responsabilité devant le public et devant la législature, le ministère devait élaborer un ensemble complet de mécanismes d'évaluation du rendement et présenter des rapports périodiques au public sur le rendement de l'activité des programmes de médicaments.

## **CONSTATATIONS DÉTAILLÉES DE LA VÉRIFICATION**

### ***PROGRAMME DE MÉDICAMENTS DE L'ONTARIO ET PROGRAMME DE MÉDICAMENTS TRILLIUM***

#### **Étude sur l'usage des médicaments**

Utilisés correctement, les médicaments d'ordonnance constituent une forme de traitement économique : souvent, ils éliminent ou réduisent le besoin d'une hospitalisation ou de soins de longue durée en établissement. Pourtant, la hausse des dépenses en médicaments ne signifie pas forcément que les programmes de médicaments de l'Ontario réalisent leur objectif, soit celui de protéger et d'améliorer l'état de santé des résidents de la province.

Selon les experts en soins de santé que nous avons rencontrés, les ordonnances inappropriées et la non-adhésion des malades aux instructions du médecin prescripteur constituent des problèmes d'importance. Par ordonnances inappropriées, il faut entendre le fait de prescrire inutilement des médicaments, de prescrire un médicament coûteux plutôt qu'un médicament moins cher et tout aussi efficace, et de se tromper de médicament ou de posologie. En outre, ces experts ont signalé que, d'après les recherches, le fait de ne pas prescrire de médicaments dans des cas où ils auraient dû l'être risque de se répercuter sur les soins donnés aux malades et de peser sur d'autres éléments du système de soins de santé. Lorsqu'on constate un usage inapproprié, les mesures prises pour y remédier dépendent des raisons de cet usage : on pourrait notamment fournir aux médecins des renseignements sur leurs pratiques de prescription par rapport à celles de leurs collègues, et organiser des visites de formation pour discuter des pratiques de prescription suivies pour certaines affections.

Dans notre *Rapport annuel 1996*, nous avons fait valoir que le ministère avait pris un certain nombre de mesures pour favoriser l'exécution d'ordonnances appropriées. Il s'agissait, notamment, de commanditer l'élaboration de directives de prescription pour aider les médecins prescripteurs à déterminer les médicaments les mieux indiqués du point de vue clinique et les plus économiques pour certaines infections et pour l'hypertension artérielle non compliquée.

En 1998, le ministère a créé l'*Ontario Program for Optimal Therapeutics Committee*, chargé de surveiller l'élaboration de directives de prescription supplémentaires et la

---

réalisation de projets connexes. En 1999, le ministère a fourni 4,3 millions de dollars en financement au comité. Vers la fin de notre vérification actuelle, le comité avait commandé l'élaboration et la publication de sept directives de prescription portant sur le traitement de certaines affections, comme le diabète et l'arthrite. On nous a informés, cependant, que le comité n'avait pas encore décidé des stratégies de mise en application des directives.

S'il est vrai que les directives contribuent nettement à la qualité des ordonnances, toutes les études montrent que des directives, à elles seules, ne changent en rien les pratiques de prescription. Aussi avons-nous recommandé en 1996 que le ministère assure la création d'un programme d'étude de l'usage des médicaments afin de favoriser la prescription appropriée et économique de médicaments. L'examen de l'usage des médicaments est un processus permanent qui permet d'analyser les méthodes de prescription, ainsi que l'usage des médicaments par les malades, par rapport à des critères établis. Ce processus porte également sur la conception et la mise en oeuvre de mesures visant à améliorer l'usage des médicaments.

En réponse à notre recommandation, le ministère s'est déclaré en faveur de l'examen de l'usage des médicaments et nous a signalé sa collaboration avec l'*Ontario Pharmacists' Association* pour en arriver à une entente sur la réalisation d'un tel examen.

Du fait qu'il fournit aux pharmaciens des avertissements en ligne sur les interactions médicamenteuses grâce à son système du réseau de la santé, le ministère a déjà mis en place certains éléments de l'examen de l'usage des médicaments. En outre, selon des fonctionnaires du ministère, les médecins prescripteurs du réseau de soins primaires finiront par avoir accès à la base de données du Réseau pour connaître des interactions éventuelles avant de faire une ordonnance. Selon les experts de la santé, l'un des meilleurs moyens de venir en aide aux médecins prescripteurs, c'est de leur fournir des renseignements par l'intermédiaire de logiciels portant sur des traitements de deuxième ligne et sur les coûts lorsqu'ils prennent des décisions au sujet du traitement approprié.

Pourtant, malgré les recommandations présentées par le Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques, et qui remontent à 1990, le ministère n'a pas mis sur pied de programme d'examen de l'usage des médicaments. Nous constatons que certains autres territoires – dont au moins deux autres provinces canadiennes (la Saskatchewan et le Québec) et les États-Unis avec leur programme *Medicaid* – ont créé justement un tel programme.

Un examen de l'usage des médicaments ne saurait réussir, notamment, que si les renseignements utilisés pour évaluer le caractère approprié de l'usage des médicaments sont complets et exacts. Malgré la nécessité de renseignements complets et exacts, nous avons constaté qu'au cours des deux dernières années, 10 % des demandes de paiement ne faisaient pas mention du médecin prescripteur. En outre, il serait sans doute avantageux d'établir un lien entre les renseignements sur les ordonnances, enregistrés au système du réseau de la santé, et le diagnostic du malade qui figurent dans la base de données du régime Protection-santé de l'Ontario afin d'évaluer si les ordonnances sont appropriées.

## Recommandation

Pour que les programmes de médicaments de l'Ontario favorisent l'usage économique et approprié des médicaments d'ordonnance et permettent l'amélioration optimale de l'état de santé des bénéficiaires, le ministère, en collaboration avec les autres intervenants, doit :

- instaurer un programme d'examen de l'usage des médicaments;
- faire en sorte que le système du réseau de la santé fournisse des renseignements exacts et complets afin de permettre un examen de l'usage des médicaments.

## Réponse du ministère

*Le ministère met en œuvre différents moyens pour favoriser la réalisation d'examens, auprès d'autres intervenants, portant sur l'optimisation des ordonnances et de l'usage des médicaments, à savoir :*

- *Les responsables de l'Ontario Program for Optimal Therapeutics (OPOT) ont élaboré et diffusé, en janvier 2001, sept ensembles de directives qui portent sur plus de 50 % des médicaments pris en charge. Ces directives, qui traduisent le consensus actuel des experts sur des catégories thérapeutiques déterminées, ont été distribuées aux médecins et pharmaciens, et sont largement utilisées en Ontario et dans d'autres provinces. Les responsables de l'OPOT évalueront l'utilisation et la promotion des directives de prescription.*
- *Le Drug Utilization Advisory Committee a pour mandat, notamment, de favoriser l'usage approprié de ces médicaments, d'examiner l'usage des médicaments d'ordonnance et de déterminer les facteurs qui touchent l'usage et les mesures qui s'imposent pour que cet usage soit rationnel et que les changements soient prévisibles. Ce comité bénéficie de l'appui de l'industrie des médicaments d'origine et du ministère.*
- *Le ministère a soutenu différentes initiatives visant l'évaluation de l'usage des médicaments par l'entremise de travaux effectués avec l'Institut de recherche en services de santé.*

*Le ministère a consulté l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario à propos de la possibilité de fournir aux pharmacies une liste à jour des numéros d'identité des médecins. Pour que les renseignements figurant au système du réseau de la santé soient exacts et complets, les pharmacies ont reçu l'ordre d'utiliser des numéros d'identité valides, sauf dans des cas exceptionnels.*

## Formulaire des médicaments

Le Formulaire/Index comparatif des médicaments du Programme de médicaments de l'Ontario (le Formulaire) indique les quelque 3 100 produits couverts par le Programme de médicaments de l'Ontario et le Programme de médicaments Trillium, et mentionne les prix



---

que la Direction des programmes de médicaments paiera en général aux pharmaciens pour ces produits. Il indique également « les marques de médicaments qui sont interchangeables, et sert de guide d'ordonnance et de remboursement pour les médecins et les pharmaciens ».

Pour inscrire un médicament au Formulaire, le fabricant doit faire une présentation à la Direction. Le Comité d'appréciation des médicaments et des thérapeutiques étudie cette présentation : le médicament est-il efficace et est-il économique par rapport à d'autres médicaments qui produisent des résultats semblables? Le comité se fonde sur les résultats de son étude pour recommander ou non au ministre l'inscription du médicament au Formulaire.

La Direction élabore une analyse des recommandations du comité aux fins d'étude par les cadres supérieurs du ministère. Les recommandations finales – ainsi que d'autres modifications à apporter au Formulaire, comme des changements de prix – sont adressées au Conseil de gestion du gouvernement pour approbation. Les ajouts ou changements approuvés sont inclus dans le Formulaire conformément aux règlements pris en application de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*.

Depuis notre vérification de 1996, la Direction a adopté un certain nombre de mesures visant à rationaliser la présentation des médicaments, leur examen et leur évaluation. Elle a notamment supprimé des obstacles administratifs et, dans la mesure du possible, harmonisé ses processus avec ceux de Santé Canada. Ainsi, lorsque Santé Canada délivre un avis de conformité pour signifier qu'un produit générique est bioéquivalent à un médicament déterminé de marque déposée, le produit générique n'est pas soumis, depuis septembre 2000, à l'examen normal effectué en Ontario par un comité et fait l'objet directement d'une mise à jour du Formulaire.

### **MISES À JOUR RAPIDES DU FORMULAIRE**

Les retards d'inscription de médicaments au Formulaire, en particulier de médicaments génériques, peuvent coûter cher au ministère. L'inscription rapide de médicaments génériques qui sont des bioéquivalents moins chers de médicaments de marque déposée lui permet donc de faire des économies. Pendant notre vérification de 1996, le ministère nous a informés que le cycle d'examen continu suivi par la Direction pour les programmes de médicaments avait pour but, notamment, d'accélérer l'ajout de produits au Formulaire. En novembre 1998, le ministère s'est engagé à effectuer des mises à jour trimestrielles du Formulaire.

Pendant la présente vérification, nous avons examiné les recommandations faites par le Comité d'appréciation des médicaments et des thérapeutiques entre juin 1999 et novembre 2000 et avons constaté que, sur les 182 médicaments génériques et de marque déposée recommandés pour l'inscription, 142 n'étaient pas inclus dans la mise à jour suivante du Formulaire. Dans le cas de 83 de ces médicaments, le comité avait présenté ses recommandations un à trois mois avant la mise à jour suivante. Cependant, la nécessité d'une étude et d'une approbation subséquentes a retardé l'inscription de ces produits.

Selon les calculs de la Direction, l'ajout de médicaments génériques au Formulaire entre décembre 1998 et novembre 2000 a permis au ministère d'économiser 57 millions de dollars annuellement. Parmi ces médicaments, nous avons choisi un échantillon qui représentait environ 50 % des économies indiquées et avons constaté qu'en moyenne huit mois s'étaient écoulés entre la recommandation des produits et leur inscription au Formulaire, ce qui s'est traduit par des pertes d'économies d'environ 16,7 millions de dollars pour le ministère.

Dans notre *Rapport annuel 1996*, nous avons recommandé que, pour éviter de payer plus que ce qu'il ne faut pour les médicaments, le ministère doit faire en sorte que les réductions des prix pratiqués par les fabricants de médicaments soient incorporées dans le Formulaire, dans les meilleurs délais. À cette époque-là, il fallait compter six mois et demi pour appliquer les réductions. Pendant la présente vérification, nous avons constaté que les réductions de prix n'étaient toujours pas incorporées dans des délais opportuns. Entre décembre 1998 et novembre 2000, les fabricants de médicaments ont demandé volontairement des réductions de prix pour un certain nombre de produits. La Direction estime que ces réductions, une fois appliquées, permettront au Programme d'économiser environ 2,4 millions de dollars par an. Nous avons examiné des médicaments qui représentent environ 65 % des économies estimatives et constaté qu'en moyenne il fallait compter huit mois pour que la réduction du prix figure dans le Formulaire, d'où des pertes d'économies d'environ 840 000 \$ pour le ministère.

Le ministère nous a informés que, malgré la possibilité de réaliser des économies importantes, il n'existait pas de modalités pour accélérer l'inscription des médicaments recommandés par le comité ou pour mettre en œuvre les réductions de prix des fabricants devant figurer dans ce Formulaire.

### **Recommandation**

**Pour porter au maximum les économies éventuelles à réaliser pour l'activité des programmes de médicaments, le ministère doit accélérer la mise à jour du Formulaire de médicaments de l'Ontario :**

- lorsqu'il ajoute des médicaments génériques approuvés;
- lorsqu'il applique les réductions de prix des fabricants.

### ***Réponse du ministère***

***Le ministère apporte des mises à jour trimestrielles au Formulaire du Programme de médicaments de l'Ontario depuis trois ans. Neuf mises à jour ont été publiées depuis décembre 1998.***

***Le ministère s'attache à équilibrer les moyens à mettre en œuvre pour, d'une part, améliorer l'efficacité et, d'autre part, assurer que les méthodes d'examen des médicaments sont économiques et répondent aux besoins des bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario.***

***En ce qui concerne la somme de 16,7 millions de dollars déterminée par le vérificateur comme étant des économies perdues en raison des retards d'inscription de produits génériques, il faut souligner que, dans chaque cas, le produit a été indiqué dans l'édition ou la mise à jour du Formulaire selon la pratique normale. Cinq des douze produits relevés ont été approuvés avant la mise à jour du 31 décembre 1998. Il n'y a pas eu de mise à jour du Formulaire entre août 1997 et décembre 1998. Le délai moyen qui s'est écoulé avant l'inscription des sept autres produits, après décembre 1998, était de quatre mois et demi, comparativement à quatorze mois et demi avant décembre 1998.***

## **MODERNISATION DU FORMULAIRE**

Dans notre *Rapport annuel 1996*, nous avons recommandé que le ministère réévalue régulièrement tous les médicaments qui figurent au Formulaire afin que le Programme de médicaments de l'Ontario ne prenne en charge que des produits appropriés et économiques. Pour donner suite à l'une des initiatives de gestion des coûts recommandées par le comité ministériel de la planification financière, le ministère a demandé au Comité d'appréciation des médicaments et des thérapeutiques, en 1998, d'entreprendre la modernisation du Formulaire. Le comité a créé un sous-comité de la modernisation qui avait pour mission d'examiner les médicaments par catégorie thérapeutique afin d'assurer que les produits figurant au Formulaire continuaient à apporter des avantages, d'après les connaissances et pratiques cliniques en cours, et étaient économiques.

Pendant notre présente vérification, nous avons constaté que le ministère a donné suite à la plupart des recommandations du sous-comité que le Comité d'appréciation des médicaments et des thérapeutiques avait approuvées en 1998. Le sous-comité avait recommandé la radiation éventuelle de 85 médicaments après consultation avec les différents fabricants. Cependant, la Direction n'a pas fait le nécessaire pour organiser ces consultations, de sorte que les médicaments en question restent toujours inscrits au Formulaire.

Entre avril 1998 et octobre 2000, plusieurs autres sous-comités du Comité d'appréciation des médicaments et des thérapeutiques ont examiné environ 500 produits de sept catégories thérapeutiques, représentant environ 16 % des médicaments qui figurent au Formulaire. Par suite de cet examen, certains produits ont été radiés, tandis que d'autres ont été désignés comme médicaments à ne prendre en charge que pour des affections particulières.

Un examen permanent du Formulaire est important pour confirmer s'il y a lieu de radier certains médicaments, de maintenir leur inscription ou de réserver leur prise en charge à des affections particulières. Le Comité d'appréciation des médicaments et des thérapeutiques ainsi que la Direction ont reconnu l'importance des examens du Formulaire. Pourtant, on nous a informés qu'il n'existe pas de projet pour effectuer ces examens régulièrement.

### **Recommandation**

**Le ministère doit veiller à ce que les produits figurant au Formulaire des médicaments de l'Ontario soient examinés régulièrement pour que le Programme de médicaments de l'Ontario ne prenne en charge que les médicaments appropriés et économiques.**

### **Réponse du ministère**

***Au cours des trois dernières années, le Comité d'appréciation des médicaments et des thérapeutiques a effectué huit examens complets de catégories, et les résultats de ses travaux ont été mis en application dans le Formulaire des médicaments.***

***Ce comité et la Direction continueront de procéder à des examens réguliers des produits remboursés par les programmes de médicaments pour que le Formulaire reste à jour et reflète les données cliniques les plus récentes.***

---

## Prix

Dans nos *Rapports annuels 1991 et 1996*, nous avons recommandé que la Direction recueille régulièrement des données sur les prix des médicaments payés par d'autres provinces, et ce, pour pouvoir mieux négocier les prix avec les fabricants de médicaments. En 1996, le ministère a répondu qu'il y donnait suite systématiquement en se basant sur des analyses de médicaments et des politiques s'y rapportant, et sur les Formulaires d'autres provinces.

En outre, le Comité permanent des comptes publics a recommandé, dans son *Rapport annuel 1996-1997*, que, vu le nombre de bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario et le volume des ventes qui en résulte, le ministère veille à ce que les prix payés pour les produits figurant au Formulaire des médicaments de l'Ontario ne dépassent pas ceux que d'autres provinces paient pour les mêmes médicaments.

Pendant notre présente vérification, nous avons comparé les prix des médicaments que l'Ontario a payés avec ceux que le régime d'assurance-médicaments du Québec et de la Saskatchewan prend en charge. Notre comparaison portait sur un échantillon de médicaments qui représentaient une partie importante des dépenses engagées par le Programme de médicaments de l'Ontario. S'il est vrai que, de façon générale, les prix étaient semblables pour la plupart des médicaments de marque déposée, nous avons cependant constaté que, dans le cas d'un important médicament de marque déposée, tant le Québec que la Saskatchewan payaient des prix moins élevés. Si l'Ontario avait pu payer le même prix que le Québec, qui avait obtenu les prix les plus bas, le ministère aurait économisé environ 5 millions de dollars par an.

En outre, le comité ministériel de la planification financière a recommandé, en 1998, l'adoption d'une règle d'établissement des prix des médicaments génériques afin de réduire les prix payés pour ces produits. Selon la politique du ministère, le prix maximum que le Programme de médicaments de l'Ontario prend en charge pour le médicament de marque déposée et pour tous les produits génériques de chaque catégorie de médicament est habituellement le prix du produit générique le moins cher figurant au Formulaire. Aussi l'ajout de médicaments génériques moins chers se traduit-il par des économies immédiates pour le Programme.

En mai 1998, un nouveau règlement pris en application de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* imposait la condition suivante : lorsque le premier produit générique d'un médicament de marque déposée est ajouté au Formulaire, son prix doit s'élever à 60 % au maximum du prix initial du médicament de marque déposée et le prix des produits génériques subséquents doit correspondre à 54 % au maximum du prix initial du médicament de marque déposée. En novembre 1998, un règlement révisé a fixé la prise en charge du premier produit générique à 70 % au maximum du prix du médicament de marque déposée et celle des produits génériques subséquents à 63 % au maximum de ce prix.

Nous avons obtenu un rapport de la Direction au sujet des nouveaux produits génériques ajoutés au Formulaire entre décembre 1998 et novembre 2000 et avons constaté que 133 de ces produits n'avaient rapporté aucune économie pour le ministère. Cela s'expliquait principalement par le fait que les prix approuvés pour le troisième produit générique et les produits génériques subséquents d'un médicament de marque déposée s'établissaient tous à

63 % du prix initial de ce médicament. Le ministère ne réalise d'économies que si le prix des produits génériques est inférieur à 63 % de celui du médicament de marque déposée. L'intensification de la concurrence avec les fabricants de médicaments de marque déposée et entre les fabricants de produits génériques qui cherchent à accroître leur part de marché ouvre de meilleures possibilités aux grossistes de médicaments et aux pharmaciens pour obtenir un rabais chez les fabricants. En revanche, il se peut que le ministère paie toujours aux pharmaciens le prix plus élevé figurant au Formulaire.

Nous avons également fait la constatation suivante : lorsque le premier produit générique et les produits génériques subséquents étaient ajoutés au Formulaire simultanément, le prix de tous ces produits s'élevait à 70 % du prix initial du médicament de marque déposée. Nous avons également trouvé un cas où un deuxième ou même un troisième produit générique a été ajouté sans que le prix soit ramené de 70 % à 63 % du prix du médicament de marque déposée. Ainsi, le ministère ne respectait pas ses propres règlements et ne tirait donc aucun avantage de l'ajout de ces médicaments génériques.

En outre, nous avons évalué l'effet de la règle d'établissement du prix des produits génériques en comparant les prix d'un échantillon de produits génériques que paie l'Ontario avec le prix pris en charge par le Québec et la Saskatchewan. Les prix du Québec étaient légèrement inférieurs. Ceux de la Saskatchewan, dans les cas où cette province avait eu recours à un appel d'offres, étaient en moyenne inférieurs de 50 % à ceux de l'Ontario. Bien que la Saskatchewan achète une quantité moins importante de médicaments que l'Ontario, elle avait pourtant obtenu, par voie d'appel d'offres, des prix plus bas pour certains produits génériques. D'après nos estimations, l'Ontario pourrait économiser environ 54 millions de dollars par an s'il payait les mêmes prix que la Saskatchewan pour ces produits génériques.

### **Recommandation**

**Pour mieux maîtriser les dépenses de médicaments engagées par les programmes de médicaments de l'Ontario et pour permettre au ministère de mieux négocier les prix avec les fabricants de médicaments, celui-ci doit systématiquement comparer les prix qu'il paie pour les médicaments avec les prix pris en charge par les autres provinces.**

**Le ministère doit également examiner la règle d'établissement des prix des produits génériques pour s'assurer qu'elle ne l'empêche pas d'obtenir ces produits au prix le plus bas possible.**

### **Réponse du ministère**

***Les prix sont fixés au moyen d'ententes intervenues entre le ministère et le fabricant, en conformité avec la réglementation en place.***

***Dans le cadre des activités du Groupe de travail fédéral/provincial/territorial sur les prix des médicaments, une étude a été réalisée pour comparer les prix au détail de tous les médicaments dont le remboursement a été demandé au titre des programmes de six provinces : la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Cette étude a fait ressortir que :***

- *pour les médicaments brevetés, les prix de l'Ontario étaient les plus bas : en moyenne, ils étaient inférieurs de 1,5 % aux prix canadiens;*
- *pour les médicaments non brevetés, la Saskatchewan avait les prix les plus bas, suivie de l'Ontario : en moyenne, les prix de l'Ontario étaient inférieurs de 2,4 % aux prix canadiens;*
- *pour les produits génériques, la Saskatchewan avait les prix les plus bas, suivie de l'Ontario : les prix de l'Ontario étaient inférieurs, en moyenne, de 1,3 % à la moyenne canadienne.*

***Le ministère examinera la règle d'établissement de prix des produits génériques pour que l'Ontario obtienne le prix le plus bas possible.***

## **OPTIONS DE PRIX**

### **Établissement des prix d'après un médicament de référence**

Depuis 1995, la Colombie-Britannique applique le système de l'établissement des prix d'après un médicament de référence pour certaines catégories de produits afin de favoriser la prescription de médicaments moins coûteux sans que la qualité des soins donnés aux malades en souffre. Le régime d'assurance-médicaments de cette province prend en charge le coût du « médicament de référence », habituellement le produit le moins coûteux servant à traiter une affection particulière. Des experts indépendants donnent des conseils sur les catégories de produits auxquels des prix de référence peuvent être appliqués. Si, pour la plupart des malades, le médicament de référence est tout aussi efficace que d'autres produits plus coûteux, la province autorise des exceptions dans les cas où une personne, pour des raisons médicales, a besoin d'un autre médicament plus coûteux. En outre, les personnes qui préfèrent le médicament plus coûteux doivent prendre à leur charge la différence de prix.

Les responsables du programme de médicaments de la Colombie-Britannique estiment que le recours à ce mécanisme lui permet actuellement de réaliser environ 30 millions de dollars d'économies par an et, selon eux, ne s'est pas traduit par une hausse des répercussions négatives sur la santé ou par la majoration des dépenses de santé non liées aux médicaments. Au moment de conclure notre vérification, il y avait trois groupes d'experts qui faisaient de la recherche sur le prix de référence. Un de ces groupes de recherche est arrivé à la conclusion préliminaire, avons-nous appris, que, dans la catégorie des médicaments à prix de référence qu'il avait examinés en Colombie-Britannique, les dépenses avaient diminué de 14,9 millions de dollars sur trois ans et demi.

### **Conclusion de contrats pour les médicaments**

Pendant notre vérification, nous avons également examiné les pratiques d'achat de médicaments suivies par d'autres territoires. Outre la Saskatchewan, qui fait des appels d'offres pour certains produits génériques et qui obtient souvent des prix plus bas que l'Ontario, le *Department of Veterans Affairs (VA)* des États-Unis a également recours à un régime de concurrence pour obtenir certains médicaments figurant dans son formulaire. Le VA a étudié les catégories de médicaments afin de déterminer si certains ou tous les médicaments de marque déposée appartenant à une catégorie étaient évalués comme étant

équivalents du point de vue thérapeutique (à savoir le fait, pour les médicaments, d'être considérés, malgré des différences de composition chimique, comme ayant le même degré de sécurité et d'efficacité pour la plupart des malades). Dans ces cas-là, le VA a décidé de recourir à un appel d'offres pour obtenir certains de ces médicaments. Les malades qui ont besoin d'un médicament différent d'une catégorie donnée peuvent cependant l'obtenir à titre d'exception.

Nous avons choisi un échantillon des médicaments figurant au formulaire du VA obtenus par voie d'appel d'offres, dont des produits génériques et certains médicaments de marque déposée largement consommés en Ontario, et avons constaté qu'en moyenne les prix du VA étaient inférieurs de 60 % à ceux de l'Ontario. Nous reconnaissons qu'il est sans doute impossible pour le Programme de médicaments de l'Ontario d'obtenir les mêmes prix que le VA. Cependant, l'importance des différences mérite qu'on pousse plus loin l'étude de cette question. Par exemple, si le Programme de médicaments de l'Ontario avait pu obtenir les mêmes prix que le VA pour les médicaments que nous avons choisis dans la comparaison, il aurait pu économiser au moins 140 millions de dollars pendant l'exercice 2000-2001.

### **Recommandation**

**Pour optimiser ses dépenses de médicaments, le ministère doit évaluer les coûts/avantages des options d'établissement de prix qui ont produit des résultats positifs dans d'autres territoires.**

### **Réponse du ministère**

*Le ministère a régulièrement examiné les options d'établissement de prix appliquées dans d'autres territoires et continuera de le faire. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés du Canada indique que les prix pratiqués au Canada sont d'environ 10 % inférieurs à la moyenne des prix internationaux. En 2000, les prix des médicaments brevetés au Canada étaient légèrement inférieurs à ceux de la Suède, de l'Allemagne, du Royaume-Uni et de la Suisse, et légèrement supérieurs à ceux de la France et de l'Italie. Les prix de l'Ontario se comparent favorablement avec ceux d'autres provinces.*

## **Conclusions d'ententes par écrit avec des fabricants de médicaments de marque déposée**

L'une des recommandations pour maîtriser les coûts des médicaments faites par le comité ministériel de la planification financière était d'exiger que les fabricants de médicaments de marque déposée signent une entente par écrit avec le ministère. Ces ententes obligerait les fabricants à prédire combien un nouveau médicament coûterait au ministère au cours des trois années qui suivraient son inscription au Formulaire. En 1998, un règlement pris en application de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* a stipulé la conclusion d'accords par écrit pour tous les nouveaux médicaments de marque déposée ajoutés au Formulaire.

En septembre 1998, le ministère et des représentants des fabricants ont signé un protocole d'entente qui énonçait un mécanisme permettant au Programme de médicaments de l'Ontario de bénéficier d'une prévisibilité des dépenses. En outre, un *Drug Utilization Advisory Committee* a été chargé de favoriser l'usage approprié des médicaments d'ordonnance, d'examiner l'usage de ces médicaments et de déterminer les facteurs qui ont un effet sur l'usage. Ce nouveau mécanisme stipule que, si l'usage d'un médicament dépasse les prévisions figurant dans l'entente, le fabricant a l'occasion de montrer que cet usage est approprié, par exemple, si le médicament est approuvé par la suite pour des usages non prévus au début. Cependant, le protocole d'entente est muet sur les mesures que le ministère pourrait prendre si l'usage supplémentaire est considéré comme inapproprié.

Nous avons examiné une liste des montants prévus figurant dans les 113 ententes signées depuis le 1<sup>er</sup> juin 1998 et les avons comparés aux dépenses effectivement engagées par le ministère pour les médicaments en question. Nous avons constaté que, dans la plupart des cas, les dépenses effectives étaient d'au moins 10 % inférieures aux montants prévus.

En outre, nous avons sélectionné un échantillon de médicaments dont les dépenses effectives étaient très supérieures ou inférieures aux montants prévus figurant dans les ententes. Dans la plupart des cas, il nous a été impossible de déterminer comment les montants prévus stipulés aux ententes avaient été calculés, car ils étaient souvent très supérieurs aux montants prévus indiqués dans les pièces justificatives du ministère.

Dans les cas où les dépenses dépassaient les montants convenus, le personnel de la Direction a fait valoir que des mesures avaient été prises pour freiner la consommation abusive éventuelle. Ainsi, les montants figurant dans une entente donnée ont fait l'objet d'une nouvelle négociation, tandis que, dans une autre, le fabricant a manifesté son intention de demander une évaluation impartiale. La Direction a indiqué qu'elle examinerait la portée de l'évaluation impartiale pour être sûre que cette dernière respecte ses exigences.

### **Recommandation**

**Pour assurer une meilleure gestion des coûts des médicaments, le ministère doit :**

- évaluer dans quelle mesure le mécanisme actuel des ententes par écrit conclues avec les fabricants de médicaments répond à ses objectifs;
- apporter les améliorations nécessaires.

### ***Réponse du ministère***

***Le ministère a déterminé en 2000 qu'un examen du mécanisme des ententes par écrit s'imposait. Le rapport portant sur l'évaluation de ce mécanisme a été rédigé, et un certain nombre de recommandations sont en cours d'évaluation.***



---

## Système du réseau de la santé

En 1993, le ministère a lancé un appel d'offres pour la création, la mise en place et l'entretien d'un nouveau système informatisé pour le Programme de médicaments de l'Ontario. L'entreprise retenue s'est vu octroyer un contrat de 86 millions de dollars sur cinq ans afin de créer et d'entretenir le système du réseau de la santé (le Réseau).

Le Réseau est un système en direct et en temps réel qui permet l'étude, le traitement et le règlement des demandes de paiement. Il établit un lien entre le ministère et les pharmacies. Les pharmaciens utilisent le Réseau pour demander et toucher le paiement de chaque ordonnance qu'ils exécutent dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario et du Programme de médicaments Trillium. Ils entrent les détails concernant l'ordonnance et le bénéficiaire admissible, dont son numéro du régime Protection-santé de l'Ontario. Le Réseau vérifie ces renseignements à l'aide d'une série de fonctions, de règles d'étude et de codes de réponse et d'intervention.

En février 1996, le Conseil de gestion du gouvernement a diffusé un cadre de diversification des modes d'exécution pour aider les ministères à déterminer la meilleure prestation de leurs services. L'une des méthodes proposées dans ce cadre concernait l'impartition des services existants au secteur privé. Les ministères conserveraient le pouvoir de direction général sur une activité donnée, mais chargeraient une entreprise du secteur privé de fournir le service. L'objectif premier de l'impartition est de réduire les dépenses sans réduire la qualité du service.

En 1998, le ministère, évoquant les risques de la technologie de l'information liés au passage à l'an 2000, a obtenu du Conseil de gestion du gouvernement l'autorisation de reconduire le contrat du Réseau pendant deux ans. Cette reconduction a été approuvée à la condition que le montant total payé pour sept années de travail ne dépasse pas la somme de 86 millions de dollars initialement approuvée, et le contrat a fait l'objet d'un nouvel appel d'offres en juin 1999.

En janvier 2000, la Direction et ses experts-conseils ont commencé, avec l'approbation du Conseil de gestion du gouvernement, à négocier un nouveau contrat de trois ans avec le fournisseur. Ce dernier a présenté des propositions pour un contrat de trois et de cinq ans. Après étude de ces propositions, la Direction et ses experts-conseils sont arrivés à la conclusion que, d'un point de vue opérationnel et financier, le contrat sur cinq ans était préférable. Le Conseil de gestion, ayant étudié l'analyse du ministère, a approuvé un contrat de 63 millions de dollars sur cinq ans, qui a été signé en septembre 2000.

Le processus d'acquisition suivi par le gouvernement, comme le stipulent les directives du Conseil de gestion, repose sur un régime de concurrence équitable, transparent et ouvert pour tous les fournisseurs. La concurrence entre les fournisseurs fait en sorte que des services de qualité soient fournis au prix le plus avantageux. Si cette concurrence est faible ou si un ministère finit par dépendre d'un seul fournisseur, les avantages financiers et opérationnels de l'impartition risquent d'être perdus.

Nous avons constaté, après étude de la documentation du ministère sur le processus d'impartition suivi par le Réseau, que les connaissances et l'expérience importantes acquises par le fournisseur actuel risquent de gêner la concurrence en vue de contrats futurs. Ce risque est d'autant plus important que les services fournis ont de grandes répercussions sur les programmes de médicaments.

Comme la renégociation du nouveau contrat de la Direction portant sur le système du réseau de la santé ne s'est pas faite par appel d'offres, le ministère a engagé des experts-conseils, chargés d'évaluer le processus et d'assurer l'équité de l'examen des coûts et des services fait par la Direction. Cependant, les conclusions auxquelles sont arrivés les experts-conseils manquaient de clarté. Par exemple, un expert-conseil a déclaré : « vous semblez avoir négocié une proposition équitable et raisonnable avec le fournisseur » et « les effectifs prévus semblent appropriés ». On voit donc combien il est difficile de déterminer si des contrats signés sans appel d'offres représentent une optimisation des ressources.

Contrairement aux directives du Conseil de gestion, le ministère n'a pas annoncé publiquement son intention de renégocier le contrat de 2000 et n'avait pas obtenu l'approbation du Conseil de gestion pour ce faire. Il se peut donc que d'autres fournisseurs éventuels n'aient pas été au courant des intentions du ministère. Nous croyons savoir que, pendant le processus de reconduction du contrat de 1998, 17 fournisseurs éventuels ont manifesté leur intérêt de soumissionner.

### **Recommandation**

**Lorsqu'il choisit, sans appel d'offres, un fournisseur appelé à assurer des services de longue durée, le ministère doit faire en sorte :**

- **d'obtenir l'optimisation de ses ressources dans le cadre des contrats conclus avec le fournisseur; et**
- **de se conformer aux directives du Conseil de gestion du gouvernement.**

### ***Réponse du ministère***

***Avant la conclusion du contrat actuel, le ministère a chargé des experts-conseils externes d'évaluer les services du fournisseur, et il est convaincu que les opinions émises par ces derniers étaient en faveur du contrat. Le système du réseau de la santé est complexe et très spécialisé en fonction des besoins de l'Ontario, notamment sur le plan de l'admissibilité et du traitement. Comme le Réseau a tant de fonctions qui lui sont particulières, les experts-conseils ont constaté qu'aucune comparaison directe n'était possible avec d'autres systèmes ou ententes contractuelles.***

***Le contrat conclu avec le fournisseur actuel s'étend sur cinq ans. Pendant cette période, le ministère évaluera les services fournis et les solutions possibles pour les activités futures, et pour l'entretien et le perfectionnement du système du réseau de la santé. Il commandera une évaluation en profondeur du Réseau au cours de la troisième année du contrat actuel.***

***Le ministère fera en sorte de respecter toutes les directives du Conseil de gestion.***

## **TRAITEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT**

Le système du réseau de la santé maintient un certain nombre de bases de données qui servent à valider les demandes de paiement présentées par les pharmacies. Ces bases de données renferment la liste des bénéficiaires admissibles et des pharmacies agréées, les fonctions de traitement et les règles d'examen du Réseau, et le Formulaire. Lorsqu'une pharmacie entre une demande de paiement, le Réseau vérifie l'admissibilité de l'intéressé et le médicament en question et calcule la franchise ou tout autre paiement qui reste à la charge du bénéficiaire. En outre, il vérifie l'ordonnance pour déterminer d'éventuels problèmes de pharmacothérapie, comme des interactions médicamenteuses, et de chevauchement d'ordonnances.

Les données sur l'admissibilité des bénéficiaires sont mises à jour électroniquement tous les jours d'après les renseignements fournis par la Base de données sur les personnes inscrites du régime Protection-santé de l'Ontario et les renseignements sur les assistés sociaux établis par le ministère des Services sociaux et communautaires. La base de données des pharmacies est modifiée après avis par écrit d'une pharmacie, et confirmation auprès de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario.

Nous avons vérifié si les procédures du ministère de la Santé et des Soins de longue durée permettent bien de mettre à jour ces bases de données sur les bénéficiaires et pharmacies et avons essayé un échantillon de leurs fonctions de vérification. Nous avons trouvé que, de façon générale, ces fonctions marchent correctement. Cependant, nous avons aussi fait les constatations suivantes :

- Il n'y avait pas de confirmation périodique auprès de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario quant au statut des pharmacies. Nous avons également noté des cas où la documentation qui devait accompagner l'ajout ou la suppression d'une pharmacie figurant au Réseau faisait défaut.
- Un certain nombre de fichiers vérifiés par rapport à la base de données sur les bénéficiaires du Réseau, qui était mise à jour quotidiennement, ont été rejetés à cause de renseignements manquants ou non concordants, et ces cas ont fait l'objet de rapports journaliers d'exceptions. Cependant, le ministère n'a pas examiné ou réglé les cas relevés dans ces rapports d'exceptions.
- Le ministère n'a pas fait de comparaisons régulières entre les renseignements enregistrés dans la base de données du Réseau et dans celle du ministère des Services sociaux et communautaires afin de confirmer l'intégrité des données. Il se peut donc qu'il existe des fichiers manquants ou des erreurs que le ministère n'a jamais relevés ni rectifiés.

### **Recommandation**

**Pour que les données des pharmacies figurant dans le système du réseau de la santé (le Réseau) soient complètes et exactes, le ministère doit faire des vérifications périodiques des inscriptions de pharmacies auprès de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario.**

**Afin que les sommes garanties par le Programme de médicaments de l'Ontario ne soient versées qu'aux personnes admissibles, le ministère doit :**

- examiner les rapports d'exceptions qui portent sur les renseignements manquants ou non concordants qui figurent dans la base de données sur les bénéficiaires du Réseau et faire le suivi nécessaire;
- faire la comparaison régulière entre les renseignements enregistrés dans la base de données du ministère des Services sociaux et communautaires et ceux de la base de données du Réseau.

### **Réponse du ministère**

***Le service d'inscription des pharmacies du ministère communique tous les jours avec l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario afin de vérifier les renseignements sur les fermetures et la propriété des pharmacies qui lui ont été fournis directement. Le ministère continuera d'étudier des moyens d'améliorer la vérification des renseignements sur les inscriptions auprès de l'Ordre, examinera la possibilité d'en faire un élément obligatoire du contrat du Réseau et se renseignera sur une éventuelle mise à jour régulière des données auprès de l'Ordre.***

***Le ministère a procédé à un examen des rapports d'exceptions en juin, juillet et août 2001 et est convaincu que ceux-ci n'entraînent pas d'erreurs de traitement des demandes de paiement. En ce qui concerne les mises à jour des données sur les bénéficiaires, le ministère a constaté que la plupart des renseignements manquants ou non concordants étaient sans effet sur l'assurance des bénéficiaires. Il fera des examens périodiques des rapports d'exceptions.***

***Le ministère collabore avec le ministère des Services sociaux et communautaires afin que les renseignements sur les bénéficiaires soient aussi exacts et récents que possible.***

### **Admissibilité temporaire**

En raison des retards de mise à jour que présentent les fichiers d'admissibilité des bénéficiaires, les pharmaciens sont autorisés à accorder l'admissibilité temporaire aux personnes (à l'exception des personnes âgées) qui fournissent des preuves suffisantes à ce sujet, comme une carte de médicaments du ministère des Services sociaux et communautaires, ou une carte de médicaments du Programme de soins à domicile délivrée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les pharmacies sont tenues de conserver, pendant deux ans, des copies des pièces justificatives ayant servi à évaluer l'admissibilité. L'admissibilité doit par la suite être confirmée, une fois que le Réseau aura reçu une mise à jour du ministère des Services sociaux et communautaires ou du Programme de soins à domicile.

À notre demande, la Direction a fourni des données sur l'admissibilité temporaire octroyée aux assistés sociaux et aux bénéficiaires de services de soins à domicile pendant l'exercice 1999-2000. Il ressort de ces données que les pharmaciens avaient accordé l'admissibilité temporaire à environ 335 000 bénéficiaires pendant cette période. Nous avons essayé de quantifier les demandes de paiement qui restent encore à étayer par des pièces justificatives.

Le personnel de la Direction nous a fait cependant savoir qu'en raison du caractère complexe du système, il ne pouvait nous fournir qu'un échantillon de un pour cent. Nous avons déterminé que, dans cet échantillon, environ 55 % des demandes d'admissibilité temporaires n'étaient toujours pas confirmées par le Réseau. D'après les résultats de cet échantillon, l'admissibilité temporaire accordée à plus de 180 000 bénéficiaires n'était pas encore étayée par des pièces justificatives.

En 1996, nous avons recommandé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée d'instaurer des méthodes pour vérifier le bien-fondé de l'admissibilité temporaire. Il avait répondu alors qu'il s'employait avec le ministère des Services sociaux et communautaires à raccourcir les délais et à améliorer la précision des données introduites dans le système du réseau de la santé. Pendant notre vérification actuelle, le personnel de la Direction a affirmé qu'il était toujours en train d'améliorer l'introduction des données. Cette amélioration pourrait réduire la fréquence des admissibilités temporaires accordées, étant donné qu'environ 70 % de ces admissibilités octroyées pendant l'exercice 1999-2000 concernaient des assistés sociaux.

### **Recommandation**

**Pour que l'admissibilité temporaire ne soit accordée que lorsque la demande est bien fondée, le ministère doit :**

- **faire des vérifications périodiques de la validité des pièces justificatives conservées par les pharmacies lorsqu'il constate un nombre important de demandes non étayées par des pièces justificatives;**
- **accélérer, avec le concours du ministère des Services sociaux et communautaires, les améliorations à apporter à la base de données de ce dernier.**

### **Réponse du ministère**

***Le ministère des Services sociaux et communautaires conserve et met à jour les renseignements figurant dans sa base de données. Le ministère reçoit des données régulières de ce ministère afin de mettre à jour les renseignements sur l'admissibilité et les coordonnées des bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario qui figurent dans son propre système du réseau de la santé.***

***Une grande rénovation du système d'information sur l'admissibilité des bénéficiaires des programmes du ministère des Services sociaux et communautaires a été lancée en 1999. L'introduction de mises à jour quotidiennes a commencé en mai 2001 et sera terminée d'ici le mois de février 2002. Grâce aux mises à jour quotidiennes, les admissibilités temporaires se limiteront à des cas exceptionnels. Les deux ministères ont uni leurs efforts afin de continuer à améliorer l'introduction des données d'admissibilité pour que les renseignements sur l'admissibilité des bénéficiaires soient exacts et à jour. Il est prévu que le nombre de fois qu'un pharmacien devra accorder l'admissibilité temporaire sera minime.***

***La Direction surveillera les pharmacies dont le nombre de bénéficiaires ayant obtenu l'admissibilité temporaire dépasse la moyenne.***

---

## Messages d'avertissement et d'information

Lorsqu'un pharmacien entre une ordonnance dans un ordinateur lié au système du réseau de la santé, le Réseau se sert des renseignements sur la nouvelle ordonnance et sur les ordonnances précédentes de l'intéressé pour détecter d'éventuels problèmes de pharmacothérapie, comme des possibilités de graves interactions médicamenteuses ou d'ordonnances en double. Lorsque le Réseau trouve un problème qui risque d'être sérieux, il rejette la prise en charge de l'ordonnance et envoie à la pharmacie un avertissement qui est affiché à l'ordinateur de cette dernière. Dans des cas moins graves, comme le fait d'exécuter une ordonnance trop tôt après une ordonnance précédente, le Réseau accepte l'ordonnance, mais envoie au pharmacien un message d'information qui lui signale le problème.

En cas de rejet de l'ordonnance, le pharmacien peut présenter une nouvelle demande de paiement à l'aide d'un code d'intervention approprié indiquant les mesures qu'il a prises pour résoudre le problème signalé par l'avertissement. Il pourrait, par exemple, indiquer qu'il a consulté le médecin prescripteur pour confirmer qu'il faut quand même exécuter l'ordonnance.

Selon les statistiques du ministère, le Réseau a envoyé, pendant l'exercice 2000-2001, 1,6 million de messages d'avertissement aux pharmaciens portant sur de graves interactions médicamenteuses. Dans 90 % de ces cas, le pharmacien a présenté une nouvelle demande de paiement, et l'ordonnance a été traitée. Le pharmacien indiquait le plus souvent que, selon lui, l'ordonnance était appropriée. Cependant, sans procéder à une évaluation en bonne et due forme, le ministère ne peut déterminer si certains messages d'avertissement doivent être modifiés.

En outre, le Réseau a envoyé, pendant l'exercice 2000-2001, 20 millions de messages d'information qui signalaient des interactions médicamenteuses moins graves et d'autres problèmes possibles de pharmacothérapie, comme le fait pour un malade d'avoir obtenu la même ordonnance chez plusieurs médecins. Dans 5 % de ces cas, l'ordonnance n'a pas été exécutée, et le pharmacien a retiré la demande. Il est impossible de déterminer les raisons précises de ces annulations, car les pharmaciens ne sont pas tenus de présenter une explication. D'ailleurs, des explications n'ont été données que pour 30 demandes annulées. Sans une bonne évaluation, il est impossible pour le ministère d'évaluer l'effet des messages d'information adressés aux pharmaciens.

Dans notre vérification de 1996, nous avons recommandé au ministère de déterminer si les avantages prévus du système du réseau de la santé avaient été réalisés. À cette époque, le ministère avait répondu qu'il avait l'intention d'accroître la capacité du Réseau à détecter d'éventuels problèmes de pharmacothérapie.

S'il est vrai que le Réseau repère actuellement les interactions médicamenteuses, il faut souligner cependant qu'il ne vérifie pas la possibilité de chevauchement thérapeutique pour déterminer si un médicament prescrit contient des ingrédients appartenant à la même catégorie thérapeutique que d'autres médicaments prescrits à la même personne. Une telle vérification servirait à éviter l'ajout d'un nouveau médicament qui risquerait d'avoir un effet trop prononcé. Elle serait particulièrement utile dans les cas où le malade consulte plusieurs médecins prescripteurs. Les pharmaciens d'autres territoires, sondés à ce sujet, étaient d'avis que les vérifications de chevauchement thérapeutique étaient tout aussi utiles (ou presque) que les renseignements sur les interactions médicamenteuses. Un sondage dans

un territoire a permis de constater que, selon la plupart des pharmaciens, la vérification de chevauchement thérapeutique opérée par leur système a permis de détecter des problèmes qui seraient normalement passés inaperçus.

### **Recommandation**

**Pour améliorer l'efficacité des messages d'avertissement et d'information du système du réseau de la santé, le ministère doit déterminer :**

- **s'il y a lieu de modifier les messages d'avertissement et d'information existants;**
- **s'il faut ajouter au Réseau une fonction pour détecter d'autres problèmes de pharmacothérapie éventuels, comme la vérification des chevauchements thérapeutiques.**

### **Réponse du ministère**

***Le système du réseau de la santé utilise des tables d'examen de l'usage des médicaments, élaborées par un fournisseur de services externe. Ce sont les tables le plus couramment utilisées pour les interactions médicamenteuses et les avertissements. Les tables actuellement instaurées dans le Réseau constituent les versions les plus récentes qui existent sur le marché et comportent une fonction de vérification d'ingrédients thérapeutiques et une fonction de vérification de chevauchement thérapeutique qui repère les médicaments classés dans la même catégorie thérapeutique.***

***Les tables d'examen de l'usage des médicaments sont des systèmes uniformisés qui permettent au pharmacien de détecter d'éventuels problèmes liés aux médicaments. Le pharmacien décide des mesures à prendre dans le cadre de ses compétences et normes de pratique.***

***Le ministère déterminera si d'autres modules existent et s'il y a lieu de les adopter.***

## **SÉCURITÉ DU SYSTÈME**

Les directives et procédures relatives à la sécurité du système portent, le plus souvent, sur tout ce qui touche à la sécurité d'un système informatique, notamment : la responsabilité des cadres, des services chargés de la sécurité et des groupes d'utilisateurs, l'administration de l'accès (notamment la création, la modification et la suppression des comptes d'utilisateur), et la surveillance de la sécurité.

En mars 1998, le Secrétariat du Conseil de gestion a établi une directive sur la sécurité de l'information et de la technologie de l'information. Cette directive stipulait que les mesures de sécurité d'un ministère doivent relever d'un cadre supérieur chargé de la sécurité de l'information et de la technologie de l'information. À l'époque de notre vérification, nous avons constaté qu'aucun cadre supérieur chargé de la sécurité n'avait été nommé pour le système du réseau de la santé. En outre, la documentation des consignes de sécurité du

---

ministère n'était pas à jour, et c'était toujours le fournisseur de services du secteur privé qui élaborait les consignes de sécurité pour l'administration du Réseau. Vers la fin de notre vérification, le fournisseur de services n'avait toujours pas fixé de date d'achèvement pour ces consignes.

Pendant notre vérification, nous avons trouvé un certain nombre de domaines dans lesquels la sécurité du Réseau nécessitait une amélioration. Par exemple, il faut que tous les utilisateurs du Réseau soient affectés à des groupes d'utilisateurs. Pour chaque groupe d'utilisateurs, il faut réaliser une analyse de rentabilité afin de déterminer les fonctions normalisées que ces utilisateurs peuvent exercer et les données auxquelles ils auront accès. Le ministère était incapable de présenter des pièces justificatives pour 10 % des groupes d'utilisateurs que nous avons étudiés, de sorte que nous ne pouvions déterminer si l'accès au système accordé à ces groupes d'utilisateurs était approprié.

Nous avons constaté que deux groupes d'utilisateurs jouissaient de privilèges d'accès au système qui leur permettaient d'établir des comptes de pharmacie, à l'aide notamment de renseignements sur les comptes bancaires, et de traiter les demandes de paiement. Il faut normalement séparer la création des comptes et le traitement des demandes de paiement afin de réduire le risque d'acceptation de demandes frauduleuses.

Selon les consignes de sécurité du ministère, l'accès au Réseau exige l'approbation de l'administrateur de la sécurité informatique du réseau du ministère. Il faut que les changements d'accès au système soient appuyés par une documentation et une approbation en bonne et due forme avant d'être traités par le fournisseur de services. À l'époque de notre vérification, nous avons fait les constatations suivantes :

- Un petit nombre d'utilisateurs ont obtenu l'accès au système ou se sont vu modifier leur privilège d'accès par le fournisseur de services du Réseau sans une demande en bonne et due forme et sans l'autorisation du ministère. Il se peut donc que des privilèges d'accès aient été mal attribués, et que l'administrateur de la sécurité informatique du ministère n'ait pu effectuer d'examen périodiques de l'accès.
- Le fournisseur de services a créé de nouveaux comptes d'utilisateur et a fourni des mots de passe à des personnes qui n'étaient pas des utilisateurs. À notre avis, ces personnes n'avaient pas besoin de ces mots de passe pour exécuter les fonctions qui leur étaient attribuées.
- L'administrateur de la sécurité informatique n'a pas reçu l'ordre de mettre fin à l'accès au système lorsque des utilisateurs ont quitté leurs fonctions.

Nous avons également constaté qu'il y avait moyen d'améliorer la protection des données et des fichiers du système. Ainsi, des employés du fournisseur de services qui avaient un accès privilégié au système ont permis que leurs fichiers soient modifiés par d'autres employés, d'où le risque d'exposer le système et les fichiers de données à des visualisations et modifications non autorisées. En outre, le fournisseur de services ne tenait pas de dossiers suffisamment précis sur les personnes qui avaient accès au système. Nous avons trouvé des cas où des pièces d'identité d'utilisateur avaient été délivrées sans propriétaire précis.

La surveillance est un important moyen de détection des infractions à la sécurité et des abus de privilèges. Nous avons constaté que le ministère était toujours en voie d'élaborer des méthodes de surveillance de la sécurité.



## Recommandation

Pour protéger les renseignements figurant au système du réseau de la santé contre l'utilisation non autorisée, la divulgation, la modification, l'endommagement ou la perte, le ministère doit :

- attribuer la responsabilité de la sécurité du Réseau à un cadre supérieur compétent;
- mettre en place des politiques et consignes appropriées en matière de sécurité;
- examiner les fonctions du personnel afin de s'assurer que l'accès au système est approprié;
- resserrer les mesures de contrôle applicables au processus d'administration de l'accès et à la protection du système;
- veiller à ce que la sécurité du Réseau soit activement surveillée.

## Réponse du ministère

*Un cadre supérieur de la Direction est officiellement chargé de la sécurité du Réseau, et le partage des rôles quant à l'approbation des questions liées à la sécurité est clairement établi.*

*Des dispositions de sécurité strictes pour le système du réseau de la santé sont en place et sont documentées. Conformément aux modalités du contrat actuellement conclu avec le fournisseur, les règles de sécurité font l'objet d'examen réguliers pour que des politiques et consignes de sécurité efficaces soient en place et que l'accès au système soit approprié.*

*Le ministère a organisé des réunions avec le fournisseur de services et avec le service de la sécurité du Groupement des services à la personne afin d'examiner les consignes de sécurité et de donner suite aux recommandations susmentionnées. S'il y a lieu, des consignes de sécurité plus rigoureuses seront mises en oeuvre en hiver 2002. Le ministère s'est fixé pour priorité de réunir toutes les consignes de sécurité dans un seul document, lors de cet examen.*

*Le réseau des communications respecte les normes actuelles de l'industrie en matière de sécurité. Le remplacement du réseau des communications actuel est prévu pour avril 2003. Le nouveau réseau obéira à toutes les normes de sécurité fixées par les Systèmes intelligents pour la santé.*

*L'administrateur de la sécurité informatique ou son supérieur immédiat accorde les autorisations d'accès. Le ministère fera en sorte que, pendant l'examen des consignes de sécurité, il soit précisé que les titulaires des deux postes soient autorisés à approuver les demandes d'accès au système.*

*Le ministère admet qu'il est arrivé dans de rares cas que le personnel technique du fournisseur de services ne soit pas adressé à l'administrateur*

***du système pour obtenir l'approbation d'accès. Le ministère est convaincu qu'aucun accès inapproprié n'a été accordé, et les procédures s'y rapportant ont été resserrées.***

***En ce qui concerne l'obligation d'informer l'administrateur du système lorsqu'un employé quitte ses fonctions, le ministère a pris des mesures immédiates pour que l'accès des utilisateurs concernés soit supprimé en mars 2001. Actuellement, il incombe aux cadres de la Direction d'informer l'administrateur de système en cas de changement de personnel. L'obligation d'informer l'administrateur de système de ces changements fera l'objet de l'examen de sécurité susmentionné.***

## Gestion des contrats

Pour le fonctionnement d'un modèle de diversification des modes de prestation de services, il est essentiel de créer un poste de gestionnaire de contrat dont le titulaire est chargé de vérifier si le fournisseur exécute les modalités du contrat et prend les mesures de redressement qui s'imposent.

Pendant notre vérification, nous avons examiné la gestion des contrats dans deux domaines : le système du réseau de la santé et la réduction de la quote-part des personnes âgées.

### **CONTRAT DU SYSTÈME DU RÉSEAU DE LA SANTÉ**

En décembre 2000, le ministère a chargé des experts-conseils d'examiner les pratiques de gestion suivies par la Direction en ce qui concerne le contrat du système du réseau de la santé. Dans leur rapport de mars 2001, les experts-conseils ont présenté un certain nombre de possibilités d'amélioration concernant surtout le besoin de surveiller le respect des modalités du contrat par la Direction et le fournisseur. Ils ont recommandé, notamment :

- la création d'un groupe-cadre du personnel, dirigé par un gestionnaire de contrat;
- l'élaboration d'un plan de relève au cas où des employés clés affectés au système et au programme quitteraient leur emploi au ministère; et
- la mise au point d'un plan stratégique sur les mesures à prendre à l'avenir en cas de remplacement de matériel et de modification de programmes et de politiques, notamment le transfert éventuel de la prestation des services à un autre fournisseur.

Les experts-conseils sont arrivés à la conclusion que la Direction devrait évaluer ces possibilités d'amélioration et déterminer celles qui auraient les répercussions les plus importantes, et élaborer alors un plan de mise en application. Le personnel de la Direction nous a informés que le ministère avait examiné le rapport des experts-conseils et étudiait les recommandations.

### **CONTRAT DE LA RÉDUCTION DE LA QUOTE-PART DES PERSONNES ÂGÉES**

Depuis juillet 1996, les bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario doivent prendre à leur charge une partie des coûts des médicaments d'ordonnance. Cette partie est calculée d'après le revenu du bénéficiaire. Les résidents d'établissements de soins de

longue durée, les bénéficiaires de soins à domicile et les personnes âgées dont le revenu tombe sous un certain seuil peuvent prétendre à une réduction de leur quote-part.

Pour bénéficier de la réduction du montant à payer, les personnes âgées doivent faire une demande accompagnée d'une preuve de leur revenu. Depuis 1996, un fournisseur de services du secteur privé a été choisi par voie d'appel d'offres et s'est vu octroyer des contrats portant sur l'administration de ce processus.

Le ministère n'avait pas instauré de procédures pour vérifier l'exactitude du traitement des demandes, ce qui est essentiel pour déterminer si les bénéficiaires prennent à leur charge le montant juste du coût de leurs médicaments d'ordonnance. À l'époque de notre vérification, la Direction n'avait pas examiné l'exactitude des méthodes suivies par le fournisseur pour approuver les demandes et accorder les remboursements, ni évalué si les normes de rendement minimum stipulées au contrat avaient été respectées. Les normes concernent, par exemple, le temps qu'il faut pour traiter les demandes et les reçus. Le personnel de la Direction nous a informés que le fournisseur fait des vérifications périodiques de la qualité de ses activités mais, à l'époque de notre vérification, la Direction n'avait pas reçu de rapport sur le genre d'examen effectués ou sur les résultats.

### Recommandation

**Afin de rehausser la responsabilité, le ministère doit instaurer des politiques et procédures suffisantes pour veiller à ce que les services accordés dans le cadre de contrats soient exécutés conformément aux modalités et aux normes de rendement stipulées dans ces contrats.**

### Réponse du ministère

*Le nouveau contrat stipule qu'en date du 1<sup>er</sup> mai 2001 le montant payé pour les services fournis dans le cadre de contrats est établi d'après le coût par unité de travail effectué (une unité de travail étant, par exemple, le fait de traiter une demande ou un reçu ou de répondre à un appel téléphonique). Ce coût par unité de travail englobe tous les frais d'administration et de fonctionnement engagés par le fournisseur de services. Aucun paiement distinct n'est fait pour les ressources humaines. La Direction collabore avec la Direction de vérification interne du ministère pour mettre en place des procédures d'examen périodiques pendant le cours du nouveau contrat.*

## Inspections et vérification

À la fin de notre vérification actuelle, la Direction comptait dans son unité d'inspection cinq inspecteurs relevant d'un cadre chargé, entre autres, de les superviser. L'unité a principalement pour fonction de vérifier la validité des demandes de paiement réglées par le Programme de médicaments de l'Ontario et le Programme de médicaments Trillium. S'il y a soupçon de fraude, l'unité d'enquête du ministère est saisie. Pendant l'exercice 2000-2001, l'unité d'inspection a fait environ 110 inspections, repéré 575 000 \$ à recouvrer et renvoyé deux cas à l'unité d'enquête.

---

## RESSOURCES EN MATIÈRE D'INSPECTION

Dans notre rapport de vérification de 1996, nous avons recommandé que, pour assurer l'inspection en temps opportun des pharmacies, le ministère instaure un système permettant d'établir la priorité des inspections et leur calendrier, notamment un plan d'inspections annuelles approuvé par les cadres. Le ministère a fait savoir, dans sa réponse, qu'il élaborait un système de vérification pharmaceutique dans le cadre d'une mise à jour du réseau de la santé, ainsi qu'un plan d'inspections annuelles. Grâce au système de vérification pharmaceutique, il serait plus facile de fixer des priorités et d'élaborer le calendrier des inspections. En outre, ce système permettrait la tenue d'un dossier de la dernière inspection des pharmacies et de ses résultats.

Dans son *Rapport annuel 1996-1997*, le Comité permanent des comptes publics a fait valoir que :

le ministère avait recommandé la mise en application intégrale du système de vérification pharmaceutique d'ici le 30 septembre 1997. Le Comité avait demandé de recevoir un compte rendu détaillé des mesures que prendraient les responsables du système pour donner suite aux recommandations du vérificateur provincial concernant le processus d'inspection, ainsi qu'une analyse des répercussions que ce système aurait sur les ressources en matière d'inspection et sur les modifications éventuelles aux lois. (notre traduction)

En février 1998, la première phase du système de vérification pharmaceutique a été mise en oeuvre. Cependant, les inspecteurs avec lesquels nous sommes entretenus pendant notre vérification actuelle nous ont fait savoir que ce système ne répondait pas à leurs besoins. Ce système était, par exemple, incapable de produire suffisamment d'échantillons dans le cas d'un gros volume de demandes de paiement.

En outre, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de plan d'inspections annuelles pour l'exercice 2000-2001. Certains inspecteurs avaient présenté des plans au cours de l'exercice antérieur, sans toutefois indiquer les pharmacies qu'ils avaient l'intention d'inspecter. Même s'il est essentiel que les plans d'inspections annuelles puissent être adaptés en fonction des changements de priorité, comme ceux qui résultent de données recueillies ou de plaintes, ils doivent faire l'objet d'un examen et d'une approbation par les cadres pour assurer la bonne attribution des ressources en matière d'inspection. Il faut que les plans précisent les pharmacies choisies pour l'inspection et les motifs de ce choix.

L'existence de politiques, procédures et systèmes d'information de qualité permet des inspections appropriées et économiques. L'examen par les cadres garantit le respect des politiques et procédures. En 1996, nous avons constaté que la Direction n'avait pas de politiques ou de procédures officielles pour réaliser des inspections. Le ministère a déclaré, dans sa réponse, qu'un guide des politiques et procédures d'inspection était en cours d'élaboration. À l'époque de notre vérification actuelle, le guide était toujours à l'état de projet et était muet sur certaines préoccupations formulées lors de notre vérification antérieure. Ainsi, il ressort des entretiens que nous avons eus avec les inspecteurs et de l'examen d'un échantillon de fichiers d'inspection que la documentation ne permettait pas de déterminer si les procédures types étaient exécutées. En outre, les rapports d'inspection types que nous avons examinés ne permettaient pas aux cadres de déterminer les procédures suivies. Nous avons remarqué, enfin, que les périodes sur lesquelles les recouvrements ont été calculés n'étaient pas toujours les mêmes.

## Recommandation

Pour permettre l'utilisation efficace et économique des ressources en matière d'inspection, le ministère doit :

- mettre en oeuvre les améliorations nécessaires du système de vérification pharmaceutique afin de faciliter le travail des inspecteurs;
- veiller à ce que des plans d'inspection soient préparés et approuvés par les cadres de la Direction;
- prendre des dispositions pour permettre aux cadres de bien vérifier le travail des inspecteurs;
- examiner la suffisance des politiques et procédures figurant dans la version préliminaire du guide.

### *Réponse du ministère*

*La Phase II du système de vérification pharmaceutique relevant du système du réseau de la santé sera mise en oeuvre en juin 2002.*

*Des plans d'inspection, approuvés par les cadres de la Direction, seront en place d'ici la fin octobre 2001.*

*L'examen des inspections, par les cadres, a été adopté officiellement. Le guide des politiques et procédures sera examiné, et les recommandations présentées seront prises en compte. La version définitive du guide sera prête d'ici février 2002.*

## **PORTÉE DES INSPECTIONS**

À la fin de notre vérification de 1996, nous avons constaté que l'un des cinq postes d'inspecteur au sein de la Direction était vacant. On nous a informés, à cette époque, que l'approbation avait été obtenue pour combler le poste. Cependant, ce poste est resté vacant jusqu'au 30 octobre 2000. Les cadres de la Direction nous ont informés que, pendant la période où le poste était vacant (plus de quatre ans), les inspections réalisées dans le territoire concerné ne portaient que sur des plaintes – même si ce territoire représentait environ 20 % des dépenses annuelles du ministère au titre du Programme de médicaments de l'Ontario et du Programme de médicaments Trillium.

En avril 2001, plus de 3 300 établissements qui délivrent des médicaments, dont environ 2 700 pharmacies de détail, exerçaient leurs activités en Ontario. Selon les estimations des cadres de la Direction, la plupart de ces établissements n'étaient inspectés qu'une fois tous les dix ans. Partant, la plupart des facturations n'étaient pas inspectées, car les inspections courantes ne portent que sur les deux années précédentes. En outre, des inspections en profondeur, qui exigent beaucoup de temps, s'imposent dans certains cas. La Direction n'a pas évalué la fréquence à laquelle il faut inspecter ces établissements.

Étant donné les ressources en matière d'inspection qui existent, on nous a informés que les inspecteurs consacraient leurs efforts surtout aux pharmacies considérées comme

représentant un risque élevé de fraudes ou d'erreurs. Nous reconnaissons que bien des facteurs entrent en jeu pour déterminer les pharmacies qui constituent un risque élevé. Nous avons demandé un rapport sur les pharmacies qui, d'après leur facturation, pourraient constituer un risque élevé, et nous nous sommes renseignés sur les pharmaciens qui ont fait l'objet de mesures disciplinaires par l'Ordre des pharmaciens pour des infractions laissant croire à un manque d'intégrité. D'après notre examen, nous avons conclu qu'un certain nombre d'établissements auraient dû faire l'objet d'une inspection qui, cependant, n'a pas eu lieu. Les cadres de la Direction ont précisé qu'ils avaient l'intention d'en inspecter un certain nombre, l'exercice suivant. La rapidité avec laquelle les pharmacies à haut risque sont inspectées constitue un facteur important lorsqu'il s'agit de déterminer si les ressources en matière d'inspection sont suffisantes.

Il faut que les inspections, conjuguées avec des activités semblables comme les lettres de vérification, aient une portée suffisante pour permettre la détection de grosses erreurs de facturation et créer ainsi un « effet sentinelle », qui fasse comprendre aux pharmacies qu'elles risquent fort d'être détectées si elles présentent des demandes de paiement frauduleuses.

### **Recommandation**

**Pour réduire au minimum le risque de prise en charge de demandes de paiement non valides, le ministère doit faire en sorte que des ressources suffisantes soient attribuées à l'inspection des pharmacies.**

### **Réponse du ministère**

***Le ministère a adopté une politique de tolérance zéro à l'égard de la fraude et signale tous les cas de soupçon de fraude à son unité des fraudes.***

***Le ministère a examiné les activités d'inspection suivies dans d'autres provinces et territoires et continuera de le faire, afin de déterminer le moyen le plus efficace de détecter et d'inspecter les pharmacies à haut risque.***

***Le ministère examinera les ressources consacrées actuellement à l'inspection des pharmacies.***

## **LETTRES DE VÉRIFICATION**

Dans nos rapports de vérification de 1991 et de 1996, nous avons souligné qu'il était important d'avoir en place des procédures suffisantes qui permettent de vérifier, par sondage, la validité des demandes de paiement réglées par le ministère. En 1996, le ministère a affirmé que l'amélioration prévue du système de vérification pharmaceutique permettrait l'étude d'un échantillon aléatoire de demandes de paiement. Pendant nos travaux actuels, nous avons constaté que cette méthode n'était toujours pas suivie. D'ailleurs, comme ce fut le cas lors de nos travaux de 1996, des lettres de vérification n'étaient adressées aux médecins prescripteurs et aux bénéficiaires que pour vérifier les

facturations de pharmacies soupçonnées de présenter des demandes de paiement frauduleuses. Ainsi, en 2000, 570 lettres de vérification ont été adressées aux médecins prescripteurs et aux malades dans le cadre de l'inspection de deux pharmacies.

Pour nos travaux actuels, nous avons obtenu des renseignements sur le processus de vérification suivi par les régimes d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, de la Floride et de l'État de New York. Nous avons constaté que ces trois territoires adressent systématiquement une lettre de vérification aux bénéficiaires pour confirmer que les ordonnances facturées par les pharmaciens ont effectivement été reçues par le malade. Par exemple, la Colombie-Britannique a indiqué qu'elle envoie environ 18 000 lettres de vérification annuellement à des destinataires choisis au hasard. Les régimes d'assurance-médicaments de la Floride et de l'État de New York suivent des méthodes semblables, selon lesquelles les demandes de paiement à vérifier sont choisies au hasard d'après des évaluations de risque.

Pour un certain nombre d'autres programmes gérés par le ministère en Ontario, comme le régime Protection-santé de l'Ontario, le ministère envoie des lettres de vérification à des malades choisis au hasard pour obtenir confirmation que ceux-ci ont bel et bien reçu les services. De plus, en avril 2001, dans le cadre de son initiative d'optimiser la responsabilité de la fonction publique dans son ensemble, le gouvernement a fait connaître son intention d'élaborer des relevés détaillés à adresser aux malades pour s'assurer que les services facturés au régime Protection-santé de l'Ontario en leur nom ont effectivement été fournis. Les lettres de vérification peuvent s'avérer utiles pour déterminer si les produits pris en charge par le Programme de médicaments de l'Ontario et le Programme de médicaments Trillium ont été reçus. Avec un suivi adéquat, ces lettres constituent un moyen de dissuasion important aux demandes de paiement frauduleuses.

### **Recommandation**

**Pour que les programmes de médicaments ne prennent en charge que les demandes de paiement d'ordonnances valides présentées par les pharmaciens, le ministère doit instaurer des procédures adéquates pour vérifier l'exactitude des demandes de paiement auprès des bénéficiaires.**

### ***Réponse du ministère***

***Au gré de l'agent de liaison affecté aux pharmacies, des lettres de vérification peuvent être délivrées à des bénéficiaires et des médecins prescripteurs pendant une vérification des pharmacies. En outre, des lettres de vérification de l'information sont délivrées aux pharmacies par le service d'assistance du système du réseau de la santé pour obtenir des renseignements détaillés à l'appui de demandes de paiement déterminées prises en charge par le Programme de médicaments de l'Ontario.***

***La Direction examinera les activités de vérification pratiquées par d'autres provinces et unira ses efforts à ceux de la direction chargée de la lutte contre la fraude et de la Direction des services de vérification pour que ses fonctions et ressources de vérification soient suffisantes.***

---

## **VÉRIFICATION DES DEMANDES DE PAIEMENT DES MÉDICAMENTS À USAGE RESTREINT**

En mai 1996, la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* a été modifiée : certains médicaments désignés ont été ajoutés au Formulaire et ne seront pris en charge que si des critères cliniques déterminés sont respectés. Avant cette date, ces médicaments ne figuraient pas dans le Formulaire, et leur prise en charge nécessitait une approbation distincte.

En mai et juillet 1996, le gouvernement a rappelé aux pharmaciens qu'il n'accepterait les demandes de paiement des médicaments à usage restreint que si les critères étaient respectés et si la demande était accompagnée de la formule appropriée, valide et dûment remplie, signée par le médecin prescripteur. Il informait les pharmaciens qu'en cas de non-respect, il chercherait à récupérer les montants payés.

En janvier 1997, la Direction a demandé à environ 2 500 pharmacies de fournir des pièces justificatives pour environ 10 % des demandes de paiement de médicaments à usage restreint présentées entre mai et décembre 1996. Environ 1 900 pharmacies n'ont pas produit de pièces justificatives suffisantes à l'appui de leurs demandes. Par suite de cette vérification, le ministère estime qu'environ 4,5 millions de dollars pouvaient être recouvrés auprès de ces pharmacies.

En octobre 1997, le personnel du ministère s'est réuni avec des représentants de l'*Ontario Pharmacists' Association* afin de discuter des préoccupations de cette dernière au sujet des résultats de la vérification. Les fonctionnaires du ministère ont autorisé les pharmaciens à produire des documents supplémentaires pour prouver le caractère approprié de leurs demandes de paiement. En novembre 1997, des représentants de l'association se sont réunis avec le ministre, et une entente est intervenue permettant le report des recouvrements au moment où le ministère et l'association tiendraient des discussions sur d'autres initiatives. Ces discussions auraient été terminées à la fin de 1998, mais le ministère n'a rien fait pour commencer les recouvrements.

En décembre 1998, le ministère a adopté de nouvelles formules à remplir pour les médicaments à usage restreint, et a changé les critères applicables à certains de ces produits. Il a rappelé aux médecins et aux pharmaciens que les nouvelles exigences seraient appliquées.

En juin 2000, le personnel affecté au programme a informé les cadres supérieurs du ministère d'un plan visant à commencer les recouvrements repérés lors de la vérification de 1997. Selon ce personnel, il est cependant impossible de recouvrer des paiements dans les cas où les formules à remplir pour les médicaments à usage restreint reposaient sur des critères non valides, car les pharmaciens n'étaient pas tenus de conserver les pièces justificatives pendant plus de deux ans. En janvier 2001, le personnel du ministère estimait que cette situation aurait pour effet de ramener à 1,5 million de dollars le montant à recouvrer, qui représentait surtout des demandes de paiement non accompagnées de la formule à remplir ou s'appuyant sur une formule qui avait expiré.

Au début de 2001, l'association a été informée par écrit que le ministère n'exigerait pas le recouvrement des fonds repérés lors de la vérification des médicaments à usage restreint effectuée en 1997, et qu'il considérerait cette affaire comme close. Cependant, nous avons constaté que le ministère n'avait pas suivi les procédures établies lui permettant d'abandonner le recouvrement de ces fonds aux termes de la *Loi sur l'administration financière*.



### Recommandation

Pour que le coût des médicaments à usage restreint ne soit pris en charge que dans les cas justifiés, le ministère doit :

- mettre en place des procédures qui permettent de vérifier périodiquement que les demandes de paiement des médicaments à usage restreint sont accompagnées de pièces justificatives valides;
- exiger le recouvrement lorsque le pharmacien ne fournit pas de preuves suffisantes selon lesquelles les critères applicables aux médicaments à usage restreint ont été respectés.

### Réponse du ministère

*Le ministère est en voie de suivre les processus et modalités stipulés par la Loi sur l'administration financière dans le cas des recouvrement repérés lors de sa vérification des médicaments à usage restreint pour assurer la comptabilité correcte des procédures de radiation.*

*L'obtention de preuves à l'appui des demandes de paiement des médicaments à usage restreint entre normalement dans les inspections de pharmacies faites sur place, et le ministère procède au recouvrement de toutes les demandes de paiement qui ne sont pas accompagnées d'une documentation appropriée.*

*Le ministère a l'intention d'effectuer à l'avenir, dans ses bureaux, des vérifications périodiques des demandes de paiement des médicaments à usage restreint, et procédera à des recouvrements lorsque ces demandes ne seront pas accompagnées d'une documentation valide.*

## PROGRAMME DE MÉDICAMENTS TRILLIUM

Lancé en 1995, le Programme de médicaments Trillium a pour but d'accorder une aide financière aux particuliers et aux familles dont les coûts annuels de médicaments sont élevés par rapport à leur revenu. Pour pouvoir en bénéficier, le particulier ou la famille doit présenter une demande annuelle, accompagnée d'une preuve du revenu et, le cas échéant, d'une déclaration sur l'assurance privée. Le programme couvre tous les médicaments d'ordonnance figurant au Formulaire des médicaments de l'Ontario. Pour l'exercice 2000-2001, les dépenses que le ministère a consacrées au Programme de médicaments Trillium ont atteint 77 millions de dollars.

## Franchises applicables aux bénéficiaires

Le Programme de médicaments Trillium demande que le requérant prenne à sa charge une franchise calculée d'après le revenu net annuel du ménage et le nombre de personnes à charge. La franchise annuelle est le montant que le bénéficiaire ou le ménage doit consacrer aux médicaments d'ordonnance couverts pour pouvoir bénéficier du programme. À l'heure actuelle, elle représente environ 4 % du revenu net du ménage.

Depuis 1999, la franchise annuelle doit être payée par tranches trimestrielles. Les personnes dont les frais de médicaments dépassent le versement trimestriel peuvent alors bénéficier du programme pendant ce trimestre. Le bénéficiaire est tenu de prendre à sa charge 2 \$ par ordonnance exécutée après l'application de sa franchise. Lorsqu'il ne prend pas à sa charge tout le montant d'un versement trimestriel (du fait que le coût des médicaments ne dépasse pas la franchise du trimestre), la partie non payée est ajoutée au versement du trimestre suivant.

Nous avons constaté que, pour la mise en application des versements trimestriels, la Direction n'a pas suffisamment tenu compte de la possibilité, pour les bénéficiaires, de prétendre aux prestations sans régler leur franchise annuelle. Il peut arriver, par exemple, qu'une famille touche une aide importante et ne règle qu'un seul trimestre de sa franchise si tous les médicaments sont achetés pendant ce trimestre. Un rapport établi par la Direction pour l'année d'assurance 1999-2000 a fait ressortir que, pour environ 5 000 familles qui ont reçu 3,7 millions de dollars en prestations, à peu près 750 000 \$ en franchises n'avaient pas été affectés aux coûts des médicaments pour cette année. Cela tient surtout au fait que les bénéficiaires pouvaient prétendre à des prestations pendant un ou plusieurs trimestres, mais pas pendant les quatre trimestres. Le ministère n'a pas instauré de processus pour récupérer les franchises non réglées dans ces cas-là.

### **Recommandation**

**Pour mieux assurer que les avantages du Programme de médicaments Trillium sont accordés conformément aux objectifs de celui-ci, le ministère doit élaborer des politiques et procédures pour :**

- **réduire ou éliminer les paiements insuffisants à valoir sur la franchise;**
- **récupérer la fraction non réglée des franchises.**

### ***Réponse du ministère***

***Le ministère fera procéder à un examen de l'application informatisée de la franchise trimestrielle et étudiera les solutions pour réduire ou éliminer les paiements insuffisants de la franchise et pour les recouvrer.***

## **PROGRAMME DE MÉDICAMENTS SPÉCIAUX**

Lancé en 1986, le Programme de médicaments spéciaux a pour but de prendre en charge le coût des médicaments d'ordonnance nécessaires au traitement d'affections particulières, comme la séropositivité au VIH et la néphropathie au stade terminal. Pour pouvoir bénéficier du programme, il faut être résident de l'Ontario, avoir un numéro d'assurance-maladie valide, répondre aux critères cliniques, et présenter l'une des affections couvertes par le programme.

À l'époque de notre vérification actuelle, le programme prenait en charge 11 médicaments d'ordonnance. Depuis 1993, de nouveaux médicaments destinés au traitement d'affections couvertes par le Programme de médicaments spéciaux, comme les produits anti-rejet pour les greffes, ont été ajoutés au Formulaire et sont remboursés par le Programme de

médicaments de l'Ontario ou le Programme de médicaments Trillium. Pour l'exercice 2000-2001, les dépenses que le ministère a consacrées au Programme de médicaments spéciaux se sont élevées à 107 millions de dollars.

Les règlements pris en application de la *Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario* stipulent l'autorisation de financement des médicaments spéciaux et précisent les conditions s'y rapportant. Contrairement au Programme de médicaments de l'Ontario et au Programme de médicaments Trillium, le Programme de médicaments spéciaux n'impose pas de franchise ni de quote-part pour les médicaments fournis. Ces médicaments sont, au contraire, distribués gratuitement en externe dans un établissement agréé – habituellement un hôpital – que le ministère a désigné pour leur distribution.

Dans notre *Rapport annuel 1996*, nous avons recommandé que le ministère détermine si le Programme de médicaments spéciaux s'imposait dans sa forme actuelle, étant donné que le Programme de médicaments Trillium s'adressait aux personnes dont les coûts de médicaments étaient élevés par rapport à leur revenu et, dans l'affirmative, s'il était conforme à l'objectif du Programme de médicaments de l'Ontario, à savoir offrir une protection équitable. À cette époque, le ministère a admis qu'il fallait déterminer si l'objectif d'une protection équitable était appliqué de façon uniforme. Il a également indiqué son intention d'examiner les trois programmes afin d'étudier la possibilité de modifier leurs différents éléments et ainsi d'assurer l'uniformité et la compatibilité.

En janvier 1999, la Direction a chargé un expert-conseil de l'élaboration d'un plan visant à inclure le Programme de médicaments spéciaux dans le système du réseau de la santé. Au début, deux médicaments qui représentaient 67 % des dépenses engagées dans le cadre du Programme de médicaments spéciaux devaient être ajoutés à ce système, et la gestion du remboursement serait semblable à celle du Programme de médicaments de l'Ontario et du Programme de médicaments Trillium. Selon l'expert-conseil, la Direction pourrait ainsi vérifier :

- le nom du médecin prescripteur, du bénéficiaire, et de l'hôpital qui a autorisé la distribution du médicament; et
- le nom du pharmacien qui a évalué l'admissibilité du bénéficiaire en confirmant que celui-ci était un malade externe résidant en Ontario, détenait un numéro valide du régime Protection-santé de l'Ontario, et était atteint d'une affection prise en charge par le programme.

Ces renseignements permettraient à la Direction de vérifier l'existence d'éventuelles interactions médicamenteuses et d'ordonnances en double, et de surveiller l'usage des médicaments et les tendances. Aucune mesure n'a encore été prise pour donner suite au rapport de l'expert-conseil.

### **Recommandation**

**Le ministère doit examiner si le Programme de médicaments spéciaux est nécessaire dans sa forme actuelle et voir s'il est possible de combiner l'administration de ce programme avec celle du Programme de médicaments de l'Ontario et du Programme de médicaments Trillium.**

### **Réponse du ministère**

***Le ministère continuera son étude du Programme de médicaments spéciaux et fera des recommandations au gouvernement sur les mesures à prendre, s'il y a lieu, à l'avenir.***

## **Traitement des paiements**

Les hôpitaux qui distribuent les médicaments pris en charge par le Programme de médicaments spéciaux les obtiennent directement chez le fabricant. Leur coût est souvent déterminé au moyen de contrats intervenus entre le ministère, l'hôpital et le fabricant. L'hôpital adresse les factures qu'il a réglées à la Direction pour remboursement. Nous avons examiné les méthodes employées par la Direction pour régler les factures présentées par les hôpitaux et avons fait les constatations suivantes :

- Il ressort d'un examen des contrats et d'un échantillon de factures d'hôpitaux que, dans le cas d'un médicament donné, l'hôpital avait payé un prix supérieur à celui stipulé au contrat et s'était fait rembourser le même montant par le ministère. À notre demande, le personnel de la Direction a examiné toutes les factures se rapportant à ce médicament présentées au cours des cinq dernières années. À la suite de cette étude, la Direction a entrepris de recouvrer environ 475 000 \$ auprès du fabricant.
- La Direction a continué de payer à un hôpital 465 000 \$ par an pour des frais d'administration relatifs à la distribution de médicaments à d'autres hôpitaux, même si le contrat qu'elle avait conclu avec l'hôpital avait expiré en 1996. En outre, la Direction n'obligeait pas l'hôpital à présenter un budget pour les frais d'administration.
- La Direction n'a pas réuni suffisamment de renseignements statistiques pour pouvoir contrôler le caractère raisonnable du volume de médicaments pris en charge par le programme. Si le prix des médicaments couverts est resté relativement stable, selon les statistiques de la Direction, il faut souligner cependant que les dépenses totales engagées pour certains médicaments ont progressé nettement. Toutefois, n'ayant pas suffisamment de renseignements sur le nombre de malades qui recevaient le médicament, la Direction était incapable d'évaluer si ces hausses étaient raisonnables.

### **Recommandation**

**Pour que les paiements faits au titre du Programme de médicaments spéciaux soient raisonnables, le ministère doit :**

- **instaurer des procédures permettant de comparer les montants facturés aux prix stipulés dans les contrats intervenus entre les hôpitaux et les fabricants;**
- **veiller à ce que les frais d'administration payés à un hôpital soient justifiés;**
- **surveiller le volume des médicaments pris en charge par le programme.**

**Réponse du ministère**

***Il faut que toutes les factures de médicaments pris en charge par le Programme de médicaments spéciaux indiquent le prix par unité, et que ce chiffre soit comparé aux prix fixés dans le contrat applicable. C'est le prix stipulé au contrat qui est applicable.***

***Pendant son examen du Programme de médicaments spéciaux, le ministère examinera les procédures d'administration et de responsabilité.***

***Des recouvrements auprès du fabricant sont en train d'être faits et seront terminés d'ici le 31 mars 2002.***

## **ÉVALUATION DU RENDEMENT ET COMMUNICATION DE L'INFORMATION**

La Direction des programmes de médicaments a pour mission « de jouer le rôle de chef de file afin d'obtenir les meilleurs services pharmaceutiques qui soient pour assurer la protection du public et contribuer à l'amélioration de la santé des résidents de l'Ontario ». Pour réaliser cette mission, la Direction a fixé plusieurs objectifs, notamment :

- assurer une protection équitable aux Ontariennes et Ontariens dans le cas des médicaments d'ordonnance qui, du fait des coûts, sont hors de leur portée; et
- comprimer les coûts grâce à des mécanismes de contrôle appropriés afin que les programmes de médicaments d'ordonnance de l'Ontario restent abordables.

La Direction a élaboré des mesures d'évaluation de certains de ses objectifs. Ainsi, elle a fixé des cibles de charge de travail et des normes pour le traitement des demandes et des reçus présentés dans le cadre du Programme de médicaments Trillium. Pendant notre vérification, nous avons cependant constaté que la Direction n'avait pas élaboré d'ensemble complet de mécanismes d'évaluation pour ses activités, et qu'aucun rapport permettant aux cadres supérieurs du ministère d'évaluer jusqu'à quel point la Direction réalisait ses objectifs n'était produit.

La responsabilité ne saurait être efficace que si le public et la législature reçoivent des renseignements suffisants et en temps opportun au sujet du rendement d'un programme. Notre examen du plan d'activités de 2001-2002 que le ministère a publié a permis de constater que ce plan ne présente aucun renseignement financier et aucune évaluation du rendement des programmes de médicaments, qui sont des programmes de santé en pleine évolution. Par exemple, il n'existe aucun renseignement sur les initiatives prises par les responsables des programmes de médicaments pour maîtriser les coûts. Nous avons noté que certains territoires cherchaient à évaluer le rendement de leurs programmes de médicaments et diffusaient des rapports annuels au public et à d'autres intéressés.

---

**Recommandation**

**Pour améliorer la responsabilité devant le public et devant la législature, le ministère doit élaborer un ensemble complet de mécanismes d'évaluation du rendement et présenter au public des rapports réguliers sur le rendement des programmes de médicaments.**

***Réponse du ministère***

***Des renseignements seront diffusés annuellement sur les activités menées dans le cadre des programmes de médicaments, et un rapport sur les activités de 2000-2001 sera affiché au site Web du ministère dans un avenir rapproché.***

***Le ministère envisagera la possibilité d'adopter d'autres mécanismes d'évaluation du rendement pour le programme.***