

Redéfinir la gouvernance des groupes d'approvisionnement en commun

**Mémoire présenté dans le cadre des consultations sur le projet
de loi n° 130, *Loi modifiant certaines dispositions relatives à
l'organisation clinique et à la gestion des établissements de
santé et de services sociaux***

Février 2017

Table des matières

Sommaire	3
Présentation de MEDEC.....	4
Les technologies médicales : une industrie très importante	5
La nécessaire réforme de la gouvernance des groupes d'approvisionnement en commun.....	7
Les limites de l'approche gouvernementale actuelle en approvisionnement	9
L'obsession du prix le plus bas conforme : distinguer bas prix et bas coûts.....	11
Parfaire la mission des GAC.....	13
Mission, organisation et reddition de comptes	13
Article 435.1	13
Article 435.2	13
Articles 435.4 et 435.5.....	14
Assujettir clairement les GAC au cadre juridique et normatif du secteur public	15
La possible fusion des GAC.....	16
Le problème des ristournes obligatoires	17
Liste des recommandations.....	20

Sommaire

MEDEC est l'association de l'industrie canadienne des technologies médicales, qui regroupe 150 entreprises actives au Canada. Elle représente le secteur auprès de ses partenaires en plus d'être la principale source d'information et d'éducation pour ses membres, le milieu des soins de santé et le grand public.

Ce mémoire présente donc aux parlementaires de la Commission de la santé et des services sociaux l'analyse du projet de loi de MEDEC et des commentaires constructifs quant à certains sujets porteurs pour le développement du marché des technologies médicales, secteur d'importance et d'avenir pour l'économie québécoise.

Devant le projet de loi n° 130, MEDEC se positionne en appui sur le principe de la réforme de la gouvernance des groupes d'approvisionnement en commun (GAC). Par contre, MEDEC suggère fortement au gouvernement de profiter de l'occasion de revoir en profondeur les pratiques et stratégies d'approvisionnement qui ont cours dans le système de santé québécois et de permettre à la fonction d'approvisionnement de jouer le rôle qu'elle devrait pour contribuer à le transformer dans l'intérêt public.

MEDEC en profite donc pour mettre de l'avant certaines propositions en faveur de l'amélioration globale de l'approche actuelle du gouvernement. En effet, le mémoire présente les grandes lignes de l'approvisionnement fondé sur la valeur, approche qui améliore les perspectives de pérennité du réseau de la santé et dont les GAC devraient en être les porteurs de premier plan.

Par ailleurs, MEDEC énonce ses observations sur l'encadrement légal des GAC, qui sera transformé par l'adoption du présent projet de loi. La question de l'assujettissement des GAC au cadre normatif et juridique des organismes publics et aux exigences de reddition de comptes applicables sera ainsi mise de l'avant.

De plus, le mémoire revient sur la problématique toujours existante des ristournes obligatoires exigées de fournisseurs en liant cet enjeu aux dispositions du projet de loi concernant le financement des activités des GAC.

Enfin, le mémoire se conclut sur une liste de recommandations que nous portons à l'attention des autorités. Elles visent à favoriser la saine gestion des deniers publics quant à l'approvisionnement du réseau de la santé, la transparence et la bonne gouvernance des GAC comme entités administratives publiques et l'atteinte de l'efficacité, non seulement dans l'administration des appels d'offres publics, mais également dans la valeur des biens et services ainsi acquis.

Présentation de MEDEC

Depuis plus de 40 ans, MEDEC travaille et collabore avec les gouvernements, les prestataires et les patients afin de contribuer à l'amélioration de la santé des Canadiens et à la pérennité du système de soins de santé.

Les membres de MEDEC offrent des dispositifs, des instruments, des équipements, des fournitures, des applications et de nombreuses autres innovations qui, chaque jour, servent à diagnostiquer, à traiter et à rehausser la qualité de vie des patients au pays et partout dans le monde. Pour les établissements de santé qui ont recours aux biens et services des entreprises que MEDEC regroupe, ces technologies se traduisent par de nombreux avantages tels que des diagnostics précoces et plus précis ou encore des interventions moins invasives, qui assurent un rétablissement plus rapide, réduisent les séjours à l'hôpital, enrichissent les options de traitement et diminuent les temps d'attente. En plus de donner lieu à des résultats supérieurs en matière de santé, ces technologies apportent une valeur appréciable, en faisant des contributions notables qui participent au développement du système de soins de santé du Canada.

En tant qu'acteur incontournable du système de santé au Québec, nous travaillons donc concrètement à améliorer la performance des soins de santé pour le mieux-être des patients. Nous misons pour ce faire sur l'accès à une technologie éprouvée et sûre ainsi que sur l'innovation médicale, mise au point souvent ici même par nos sociétés membres. En ce sens, nous cherchons également à favoriser continuellement la saine croissance de notre industrie au Canada et au Québec.

MEDEC se veut donc l'allié du réseau de la santé dans l'atteinte de sa mission de « maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec. »¹

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Mission*, <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/mission.php> [consulté le 2 février 2016]

Les technologies médicales : une industrie très importante

Le marché mondial de l'industrie médicale est estimé à 350 milliards de dollars. L'industrie canadienne est principalement implantée au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique². À lui seul, le marché de technologies médicales est évalué à 6,4 milliards de dollars au Canada, ce qui représente un peu moins de 2 % du marché mondial.

Le Québec, quant à lui, représente le tiers de l'industrie médicale canadienne. Plus de 30 % des technologies médicales canadiennes approuvées par la *Food and Drug Administration* américaine proviennent du Québec³. On estime que la taille du marché des technologies médicales au Québec représente environ le quart de la valeur canadienne, soit 1,5 G\$ par an. À l'échelle mondiale, le Québec représente donc 0,5 % du marché.

Le secteur des technologies médicales est donc majeur pour l'économie québécoise. Il représente ici plus de 6 200 emplois et est en croissance⁴. L'industrie compte 146 entreprises dont près des trois quarts sont des PME. Son essor dépend surtout de la capacité à innover, à fabriquer et à distribuer efficacement des produits qui font appel à des technologies complexes et variées incluant des dispositifs, des équipements, des fournitures et des technologies de l'information et des communications en santé (applications, logiciels et technologies de communication). Le secteur fait d'ailleurs partie des secteurs stratégiques ciblés par le gouvernement.

Selon la typologie du ministère de l'Économie, des Sciences et de l'Innovation (MÉSI), l'industrie des technologies médicales est un des trois sous-secteurs qui forment ensemble le secteur des *sciences de la vie*. Avec près de 28 % du total des entreprises en sciences de la vie, le secteur des technologies médicales du Québec est celui qui comprend le plus grand nombre d'entreprises. C'est également le secteur qui a été le plus actif en création d'entreprises et d'emplois dans les dernières années, entre 1996 et 2014.

Il faut noter que, si on projette qu'en 2030 les dépenses publiques en santé au Québec atteindront 61,1 G\$, soit 13,5 % du PIB et 68,9 % des revenus totaux du gouvernement du Québec⁵, les dépenses en technologies médicales au Québec et au Canada ne représentent actuellement que 3,41 % de ces dépenses, soit 0,37 % du PIB, et sont en recul sur une base par habitant⁶. Cette faible intensité du recours aux technologies de la

² Industrie Canada, *Profil de l'industrie des appareils médicaux 2013*, https://www.ic.gc.ca/eic/site/lsg-pdsv.nsf/fra/h_hn01736.html [consulté le 2 février 2016]

³ MEDEC, *Profil de l'industrie des technologies médicales au Québec*, 2014

⁴ SECOR/KPMG, *Valeur économique de la chaîne d'innovation en SVTS, actualisation de l'analyse de 2011*, rapport à Montréal InVivo, mai 2015

⁵ CIRANO, Clavet et al. *Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants*, 2013

⁶ MEDEC *Profil de l'industrie des technologies médicales au Québec*, 2014

santé place le Canada au 34^e rang sur 66 pays dont les membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Ce portrait de l'utilisation des ressources de technologies médicales démontre que la réduction des dépenses qui y sont associées n'est en rien une piste de solution aux défis financiers du système de santé.

En somme, l'industrie des technologies médicales s'avère non seulement majeure pour la vigueur économique du Québec, elle est en plus une partie incontournable de l'offre de soins de qualité dans le réseau de la santé québécois. En ce sens, toute révision de l'organisation clinique et de la gestion des établissements de santé doit tenir compte des impacts sur la contribution de ce partenaire du réseau.

La nécessaire réforme de la gouvernance des groupes d'approvisionnement en commun

D'entrée de jeu, MEDEC salue la reconnaissance par le gouvernement que la réforme de la gouvernance des GAC est nécessaire. Nous avons d'ailleurs souligné et développé cet enjeu particulier pour notre secteur dans notre mémoire au sujet du projet de loi n° 108, *Loi favorisant la surveillance des contrats des organismes publics et instituant l'Autorité des marchés publics*. Si ce projet de loi n'en est toujours pas arrivé à l'étape de l'étude détaillée, nous sommes heureux de constater que le gouvernement a choisi de ne pas attendre pour revoir la fonction d'approvisionnement du réseau de la santé.

Au-delà des préoccupations propres à MEDEC relativement aux GAC, leur fonctionnement représente un enjeu objectivement très important dans le réseau de la santé. En effet, les 34 établissements de santé au Québec issus de la réorganisation de 2015 disposent d'un budget d'environ 17 milliards de dollars (excluant les honoraires médicaux) et on estime que 4,1 milliards de dollars sont consacrés à des approvisionnements divers, excluant la construction. De ces montants totaux, les trois GAC négocient 37 % des achats, soit environ 1,5 milliard de dollars. Ces sommes considérables témoignent donc on ne peut plus clairement de l'importance de ces trois organismes (SigmaSanté, Groupe d'approvisionnement en commun de l'Est du Québec – GACEQ et Groupe d'approvisionnement en commun de l'Ouest du Québec – GACOQ) dans l'organisation du réseau.

En l'absence de données spécifiques publiées à ce sujet, mais en se basant sur l'analyse des rapports annuels publiés par ces organismes, MEDEC estime que près de 500 millions de dollars d'achats de technologies médicales passent par les GAC annuellement. Les membres de MEDEC sont notamment appelés à traiter quotidiennement avec ces entités administratives particulières. On peut donc dire que pour notre association, tout ce qui touche de près ou de loin à la mission et la gestion des GAC revêt une importance primordiale. Ces organismes publics ont en effet un impact considérable dans notre secteur, d'où l'importance qu'ils agissent selon une gouvernance solide et imposant une reddition de comptes adéquate.

C'est pourquoi le plus clair de notre mémoire porte sur le nouveau chapitre I.0.1 qui, par l'article 37 du projet de loi n° 130, s'ajoutera à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L4S). Avec ce chapitre, le gouvernement reconnaît que des problématiques inhérentes aux GAC existent et méritent d'être évitées. MEDEC est donc en appui sur le principe ainsi avancé. Le développement d'une section de la L4S propre à la gouvernance des GAC vient d'ailleurs pertinemment compléter l'application des articles 267, 383, 472.1, 485 et 436 de la L4S.

Parmi ceux-ci, nous soulignons que l'article 436 donnait déjà des pouvoirs intéressants au ministre pour assurer que l'action des GAC soit conséquente de leur impact sur l'industrie :

« **436.** Le ministre établit des politiques relatives à l'approvisionnement de biens et de services, incluant l'approvisionnement par les groupes d'approvisionnement en commun. Il voit à leur mise en œuvre et à leur application par les agences et à leur évaluation. Les politiques doivent tenir compte de leur impact sur l'économie régionale de même que du respect des accords de libéralisation des marchés publics.

Le ministre peut prendre toute mesure nécessaire, incluant la mise en place d'un mécanisme provincial, pour accroître l'efficacité et l'efficience des établissements et restreindre leurs dépenses relativement à l'acquisition des biens et des services qu'il détermine. »

Il reste qu'en créant le chapitre I.0.1., le ministre vient se donner la capacité réelle d'agir sur le fonctionnement des GAC. Cela permettra notamment de mettre fin à une gestion quelque peu *ad hoc* de l'approvisionnement en commun et des GAC qui pouvaient jusqu'à maintenant se targuer de leur indépendance par rapport au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). MEDEC souligne à cet effet qu'une telle modification législative arrive à point et reconnaît la volonté du gouvernement d'enfin prendre acte concrètement de l'existence des GAC et d'en faire des entités à part entière du système de santé québécois. La décision ainsi prise a le mérite d'être claire et répond certainement aux principes de « l'unité de direction et de commandement » préconisés entre autres par le théoricien du management Fayol.

Bien que MEDEC entretienne un dialogue constant avec les GAC, dans le cadre ou non de la Conférence provinciale des achats en commun (CPAC Santé), notre regroupement considère qu'elle sera en mesure de mieux faire affaire avec les GAC dorénavant encadrés par une gouvernance plus claire et plus susceptible de mener à des politiques et pratiques plus cohérentes et constantes entre eux. Cela étant dit, MEDEC n'entend pas s'immiscer dans les droits de gérance du ministre et laisse la direction des GAC commenter au besoin ses intentions.

Notons enfin que nos commentaires reflètent notre expérience sur le terrain et puisent aussi dans notre capacité à comparer et contraster l'approche québécoise avec celle qui a cours en la matière ailleurs au Canada et dans le monde. Le Québec n'est pas la seule juridiction qui cherche à moderniser sa stratégie d'approvisionnement, mais c'est probablement celle qui a le plus de chemin à parcourir pour y parvenir. Fort de cette connaissance unique, nous nous inscrivons volontiers dans une perspective de partenariat visant l'efficacité et l'efficience du système de santé et c'est dans cet esprit que MEDEC offre ses commentaires.

Les sections suivantes analyseront donc les nouvelles dispositions proposées pour permettre aux GAC de s'acquitter de leur mission en accord avec l'esprit de l'article 436 qui demeure en vigueur.

Les limites de l'approche gouvernementale actuelle en approvisionnement

Si les intentions poursuivies par le projet de loi n° 130 sont bien reçues par notre regroupement, il importe de rappeler les limites de l'approche gouvernementale actuelle en matière d'approvisionnement. Au cours des dernières années, nous constatons comme tout le monde que l'encadrement contractuel des approvisionnements s'avère être un secteur d'activité de l'administration publique très sensible. Lorsqu'on traite de gestion des marchés publics, tous sont particulièrement soucieux, désormais, d'afficher leurs bonnes intentions et le respect des procédures.

Cela dit, il faut certes continuer de faire preuve de transparence dans ce domaine, mais alors que l'approche en matière d'approvisionnement du gouvernement se précise, MEDEC souhaite souligner avec insistance un constat particulièrement pertinent pour le secteur de la santé : la fonction approvisionnement est malheureusement trop souvent considérée comme accessoire ou secondaire alors qu'elle **peut et doit** jouer un rôle stratégique pour assurer la meilleure qualité des soins possibles, dans le respect des capacités financières de l'État.

Or, la méthode à adopter afin de parvenir à atteindre cet objectif est de **miser sur la valeur des technologies** choisies par le réseau de la santé et la modernisation des processus d'approvisionnement sous-jacents. Il est primordial que les organismes responsables de ses approvisionnements soient non seulement dotés des ressources nécessaires pour procéder avec rigueur, mais soient également évalués en fonction de la valeur qu'ils génèrent pour le secteur.

Ce besoin d'excellence dans les approvisionnements en santé nous paraît encore plus important dans le contexte où la technologie évolue par bonds quantiques. Nous ne pouvons pas nous permettre comme société de rester à la traîne des avancées de la science et de la médecine parce que notre vision des approvisionnements dans le domaine se limite à rechercher « les prix plus bas conformes ».

Il importe de faire remarquer que ce principe est non seulement bien présent dans la culture et les pratiques qui ont cours à l'échelle du gouvernement et pas seulement en santé. Peut-être parce qu'il est si simple à appliquer, mais aussi peut-être parce qu'il fait office de mode d'attribution de contrat de base dans le *Règlement sur certains contrats d'approvisionnement des organismes publics* de la *Loi sur les contrats des organismes publics* (chapitre C-65.1, a. 23), aux articles 10 et 13 qui stipulent :

10. Un organisme public sollicite uniquement un prix pour adjuger un contrat d'approvisionnement.

13. L'organisme public adjuge le contrat au fournisseur qui a soumis le prix le plus bas.

Convenons que ces dispositions n'encouragent pas les organismes publics à rechercher nécessairement la plus grande valeur.

Par ailleurs, il faut reconnaître que les modifications récentes aux règlements applicables de la LCOP permettent maintenant plus de latitude aux organismes publics pour tenir compte d'autres facteurs que le prix, par exemple, un ajustement pour la qualité et le coût total d'acquisition. Force est d'admettre que malgré une certaine ouverture du cadre réglementaire, bien peu d'organismes publics s'en prévalent, d'où l'importance de donner aux GAC les bons objectifs pour les inciter à adopter les meilleures pratiques.

Ainsi, au-delà du souci de procéder à un approvisionnement efficace et au meilleur prix des biens et services, la fonction d'approvisionnement gouvernemental que les GAC portent dans le secteur de la santé devrait viser un approvisionnement efficace et fondé sur la valeur, plutôt que sur son prix plus bas, ce qui ne signifie pas toujours le meilleur coût. Cette observation vaut d'ailleurs autant pour les approvisionnements assurés directement par les établissements de santé.

L'obsession du prix le plus bas conforme : distinguer bas prix et bas coûts

L'adhésion des établissements aux processus d'approvisionnement regroupés est une problématique qui existe depuis l'introduction des « achats de groupe » dans le système de santé québécois, il y a plus de 25 ans.

Mandat après mandat, les ministres de la santé successifs ont rivalisé de créativité pour augmenter la « part de marché » des GAC afin de consolider les volumes d'achats au maximum afin de bénéficier des meilleurs prix, de telle sorte qu'aujourd'hui, il est estimé que la part de marché des GAC en technologies médicales se situe quelque part entre 50 % et 60 % et varie en fonction des catégories de produits et des régions.

Malgré des efforts de persuasion considérables, des dispositions législatives (art. 383 de la L4S) ou par le biais de Circulaires ministérielles assorties de conséquences pour les établissements récalcitrants (la dernière en date du 14 octobre 2015), le ministre de la Santé et des Services sociaux ressent le besoin d'ajouter l'article 436.0.1 au projet de loi, lui donnant des pouvoirs d'obliger un établissement à se joindre à l'approvisionnement en commun. Nous soumettons respectueusement qu'il s'agit là d'un signal à l'effet que la limite effective de la part de marché des groupes est déjà atteinte, et non d'une quelconque résistance mal inspirée.

En effet, faire consensus parmi des besoins parfois très différents entre les établissements et les cliniciens n'est pas facile et, surtout, pas toujours désirable. Les compromis nécessaires pour y arriver sont parfois contre l'intérêt public et l'intérêt des patients.

Mentionnons au passage que malgré que son expertise et sa rigueur scientifique et méthodologique soient largement reconnues, la contribution de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) aux processus d'évaluation et de choix technologiques dans le cadre des projets d'approvisionnement est aujourd'hui très marginale sinon inexistante concrètement. On préfère apparemment s'en remettre à la collaboration plus ou moins formelle de médecins délégués par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), un syndicat professionnel en négociation perpétuelle avec le gouvernement.

Bien qu'en principe, plus on consolide les volumes, plus on peut s'attendre à extirper des concessions de la part des fournisseurs, encore faut-il que ces derniers y trouvent leur compte pour accepter de répondre à ces appels d'offres. Or, de manière concrète, les dossiers menés par les GAC comportent trop souvent des clauses irritantes pour les fournisseurs, ou sont structurés de manière maladroite en ne tenant pas compte de la réalité du marché. Cette incapacité à bien s'adapter à l'environnement économique dans lequel ils naviguent empêche parfois les GAC d'arriver à susciter réellement les meilleures offres.

Qui plus est, cette obsession à rechercher le « prix plus bas conforme » ne permet certainement pas aux établissements de santé et aux cliniciens de maximiser la valeur offerte par les technologies médicales. Économiser, certes, mais à quel prix? D'autant plus que dans bien des cas, des meilleurs choix fondés sur la valeur coûteraient moins cher, au calcul final, que ceux fondés uniquement sur le prix.

Cette stratégie comporte des désavantages patents en termes d'intégration de nouvelles technologies dans le réseau et d'accès au marché, notamment pour les PME québécoises innovantes, qui font pourtant l'objet d'attention et d'investissements significatifs par le bras économique du gouvernement, particulièrement en région. Il est temps que cette incohérence entre les politiques en santé et économiques soit résolue.

MEDEC mène une action proactive depuis longtemps en ce sens et commence heureusement à être entendue par les gestionnaires du MSSS, du réseau, des GAC et même du Conseil du trésor. Nous espérons que la gouvernance renouvelée des GAC permettra bientôt d'adopter d'autres bases pour les approvisionnements dans notre secteur.

Dans l'intervalle, nous recommandons donc au ministre de recadrer ses attentes quant à la possibilité de consolider davantage les achats de technologies médicales au Québec et de miser plutôt sur des achats fondés sur la valeur.

Nous soulignons aussi que de donner des cibles d'économies significatives (plus de 100 millions de dollars) mais arbitraires aux GAC, comme on l'a vu au cours des derniers exercices financiers, ne peut qu'encourager des décisions difficilement réconciliables avec la qualité des soins, l'accès à l'innovation et l'intérêt public.

Par ailleurs, l'article 10 du projet de loi démontre bien que la recherche d'économies et d'efficacité ne cible pas nécessairement les bonnes pistes d'améliorations. Le Ministre se donne en effet le pouvoir d'exiger l'usage d'actifs informationnels spécifiques par les établissements. MEDEC souhaite que cette décision soit non seulement guidée par les impératifs de qualité, d'efficacité et de performance du système québécois de santé, mais aussi par le souci de favoriser l'adoption des innovations. À cet égard nous mettons en garde le Ministre contre la volonté de trop vouloir centraliser et consolider les solutions informatiques plutôt que de miser sur leur interopérabilité.

Parfaire la mission des GAC

Afin de maximiser le rendement d'une organisation il importe bien sûr de s'assurer qu'on lui confie la bonne mission et que les objectifs qu'on lui fixe soient conséquents avec.

À notre sens, la mission des GAC devrait être bonifiée dans le projet de loi en l'élargissant pour mettre davantage l'accent sur la bonne marche des marchés publics.

Qui plus est, les objectifs de performance énumérés en principe dans le projet devraient aussi couvrir des paramètres plus larges que strictement budgétaires.

Par souci de transparence et d'imputabilité, MEDEC souhaite aussi que les obligations des GAC en la matière soient élargies.

Mission, organisation et reddition de comptes

L'ajout d'un chapitre à la L4S discuté précédemment contient donc tout le potentiel pour améliorer la performance de l'approvisionnement effectué, au sens de la qualité et de l'efficience des biens et services qui en sont retirés.

Cela dit, selon les articles, qui dans les prochains paragraphes renvoient tous à la L4S, nous souhaitons indiquer certaines préoccupations de MEDEC ou encore certaines occasions à saisir au passage, au moment de la mise en place de ce nouveau pan de la Loi qui sera porteur pour l'avenir du réseau de la santé.

Article 435.1

Cet article permettra aux GAC d'« avoir des objets complémentaires ou accessoires » à ceux de sa mission centrale de « gérer l'approvisionnement en commun de biens ou de services conformément aux orientations du ministre prises en application de l'article 435.2 [de la L4S] ».

MEDEC souhaite obtenir des précisions quant à la nature potentielle de ces « objets complémentaires et accessoires », en espérant que l'on n'y induira pas de risques de dédoublement ou de chevauchement avec la mission d'autres organismes publics. Encore une fois, tout objet complémentaire ou accessoire en question devrait s'orienter sur la recherche de valeur dans l'approvisionnement et dans la quête d'efficience non seulement dans les processus d'approvisionnement, mais dans les biens et services acquis pour le compte des établissements.

Article 435.2

Considérant que le Ministre reconnaît les GAC comme étant requis pour assurer un approvisionnement efficient et efficace, nous suggérons fortement qu'il en profite pour reconnaître aussi leur rôle pour favoriser, par leur action, l'accès à l'innovation, la qualité des soins à la population et la valeur pour le système de santé.

Par ailleurs nous nous opposons fortement à ce que les GAC puissent desservir d'« autres types de personnes ou d'organismes », du moins en ce qui touche les approvisionnements de technologies médicales. En effet, nous constatons que les GAC ont déjà des défis suffisamment importants pour bien desservir les besoins des CISSS et des CIUSSS et leur demander de couvrir d'autres types de clientèle risque de miner leur performance, d'autant plus si on espère réaliser des appels d'offres touchant des types de clientèles multiples. C'est là une erreur potentielle facilement évitable.

Articles 435.4 et 435.5

Ces articles décrivent les fonctions confiées aux GAC et les grandes lignes de l'entente de gestion et d'imputabilité qu'ils doivent conclure avec le Ministre.

Bien qu'on puisse y deviner la notion de performance sous-jacente, nous croyons opportun d'indiquer spécifiquement au nombre de leurs fonctions et d'engagements la nécessité d'agir en accord avec les principes de la *Loi sur les contrats des organismes publics* (LCOP) et les autres orientations et programmes gouvernementaux visant à soutenir les entreprises.

Il nous apparaît requis d'au moins indiquer dans leurs fonctions **la nécessité de travailler en collaboration avec les fournisseurs et, naturellement, de travailler dans l'intérêt public.**

Nous profitons de l'occasion pour souligner que l'évaluation de la performance des GAC, même si elle était limitée aux aspects financiers et budgétaires, doit impérativement se faire sur la base d'une méthodologie solide et de calculs rigoureux qui tiennent compte des cycles contractuels négociés et de la consommation réelle des établissements-clients.

Par exemple, comparer le prix d'un article au début d'un nouveau contrat à celui du même article acheté au prix d'un contrat échu dont le terme a débuté il y a 5 ans peut montrer un gain appréciable, mais si cet article est désuet et n'est plus utilisé au profit d'un nouvel article, lui aussi à contrat, mais plus cher, il est faux de parler d'économie.

L'article 435.5 propose que chaque GAC doit préparer un rapport annuel de gestion contenant les renseignements et documents prévus à l'article 182.7 de la L4S, et le transmettre au ministre. Nous exhortons donc le Ministre à faire preuve de rigueur et de discernement pour exiger les éléments réellement pertinents afin d'évaluer la réelle contribution des GAC aux objectifs des établissements et du réseau. Nous rappelons en ce sens les obligations actuelles des établissements, qui deviendront également des obligations des GAC à la faveur de ce projet de loi:

« **182.7.** Un établissement doit préparer un rapport annuel de gestion.

Ce rapport doit notamment comprendre:

1° une présentation des résultats en lien avec les objectifs prévus au plan stratégique et à l'entente de gestion et d'imputabilité convenu avec l'agence;

2° une déclaration du directeur général de l'établissement attestant la fiabilité des données contenues au rapport et des contrôles afférents;

3° tout autre élément ou renseignement déterminé par le ministre.

Un établissement transmet à l'agence son rapport annuel de gestion. »

Nous saluons par ailleurs l'obligation de publier le rapport annuel sur le site Internet du GAC et nous encourageons le Ministre à exiger plus de transparence envers les fournisseurs, *a fortiori* si l'on continue à leur imposer une ristourne de 1 % sur leurs ventes comme contribution au financement des GAC. Nous reviendrons sur cet élément.

Assujettir clairement les GAC au cadre juridique et normatif du secteur public

Comme tous l'auront saisi, l'article 435.3 du projet de loi remet effectivement les GAC, à toutes fins pratiques, sous le contrôle ultime du ministre, au même titre que les défuntés agences l'étaient avant la restructuration du réseau.

Par contre, MEDEC s'interroge à savoir si cette prise de contrôle sur la destinée et les actions des GAC par le Ministre n'en fait tout simplement pas des Organismes Publics (OP) au sens large. Plus précisément, nous nous interrogeons à savoir si les GAC seront dorénavant pleinement assujettis au cadre normatif applicable normalement aux OP. Citons par exemple :

- La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics;
- La Loi sur le vérificateur général;
- La Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme;
- La future Autorité des marchés publics (AMP).

À l'évidence, le projet de loi n° 130 crée donc un certain flou qu'il faudra nécessairement éclaircir en déterminant si les GAC deviennent bel et bien des OP de nature ministérielle, de par l'application des nouveaux éléments légaux en question.

MEDEC est d'avis que dans ces circonstances, le Ministre qui exerçant autant d'autorité sur leurs activités, les GAC devraient être traités comme des OP au même titre que leur clientèle de CISSS et CIUSSS, et ne pas bénéficier d'un statut ambigu leur permettant de s'afficher tantôt comme des OP tantôt comme des OBNL indépendants, et de retirer ainsi les avantages des deux statuts sans devoir s'affranchir des obligations et responsabilités liées.

De plus, pour tenir compte du fait de leur importance dans le marché du secteur de la santé et donc des marchés publics, MEDEC s'attend à ce que les GAC soient aussi couverts par les programmes gouvernementaux visant à dynamiser les secteurs économiques stratégiques du gouvernement, qui incluent notamment le secteur des technologies de la santé et des technologies de l'information en santé.

Par exemple, MEDEC souhaite ardemment que Passeport Entreprises, le Plan d'action gouvernemental en matière de contrats publics annoncé en 2015, priorise la santé le plus vite possible et que les GAC y jouent un rôle central dans sa mise en œuvre.

Bien évidemment, le projet de loi devrait aussi rappeler aux GAC que, puisqu'ils sont bel et bien assujettis à la *Loi sur les contrats des organismes publics* (comme stipulé par l'article 52), le respect de ses principes devrait prendre une place centrale dans leurs valeurs de gestion. Citons à cet effet l'article 2 de cette loi :

« 2. Dans le respect de tout accord intergouvernemental applicable aux organismes publics, les conditions déterminées par la présente loi visent à promouvoir:

0.1° la confiance du public dans les marchés publics en attestant l'intégrité des concurrents;

1° la transparence dans les processus contractuels;

2° le traitement intègre et équitable des concurrents;

3° la possibilité pour les concurrents qualifiés de participer aux appels d'offres des organismes publics;

4° la mise en place de procédures efficaces et efficientes, comportant notamment une évaluation préalable des besoins adéquate et rigoureuse qui tienne compte des orientations gouvernementales en matière de développement durable et d'environnement;

5° la mise en œuvre de systèmes d'assurance de la qualité dont la portée couvre la fourniture de biens, la prestation de services ou les travaux de construction requis par les organismes publics;

6° la reddition de comptes fondée sur l'imputabilité des dirigeants d'organismes publics et sur la bonne utilisation des fonds publics.

Pour l'application de la présente loi, on entend par « accord intergouvernemental » un accord de libéralisation des marchés publics conclu entre le Québec et un autre gouvernement ou auquel le Québec, en application de la Loi sur le ministère des Relations internationales (chapitre M-25.1.1), s'est déclaré lié. »

Nous encourageons d'ailleurs le Ministre à s'en inspirer pour fixer les objectifs et suivre la performance des GAC.

La possible fusion des GAC

Cet autre aspect du projet de loi n° 130 pose certains problèmes qui ont certes été abordés précédemment dans ce mémoire, mais sur lesquels il faut nécessairement revenir. À l'article 436.0.2 (ajouté à la L4S par l'article 38 du projet de loi), non seulement le Ministre se dote-t-il d'un autre levier pour obliger les établissements à adhérer aux approvisionnements de groupe, mais il se donne également la capacité légale de fusionner les GAC.

Cette intention appréhendée n'est pas nouvelle; un projet de loi à cet effet ayant même été présenté par le Dr Yves Bolduc en novembre 2011 (projet de loi n° 36)⁷. Bien que ce projet mourût au feuillet, les 11 GAC de l'époque se sont éventuellement fusionnés volontairement pour qu'il n'en résulte que les 3 actuels.

MEDEC ne peut qu'appuyer toute mesure visant à augmenter l'efficacité des services publics et il est possible qu'une rationalisation menant à la fusion vers un seul GAC provincial soit effectivement un pas dans cette direction. Par contre, il importe de distinguer entre fusion administrative et opérationnelle. En effet, un GAC unique pourrait très bien lancer des appels d'offres régionaux.

MEDEC souhaite donc mettre en garde le Ministre, comme développé précédemment, contre des attentes trop radicales sur la consolidation des volumes à l'échelle provinciale. Il n'est pas dit que la fusion des GAC permette effectivement de créer les économies d'échelle espérées. Les impacts d'un mouvement administratif dans ce sens pourraient également s'avérer néfastes pour la qualité de l'offre de biens et services accessible, de même que pour le marché des technologies médicales qui, rappelons-le, emploie près de 6 200 personnes au Québec.

Cela dit, bien que des dossiers provinciaux aient déjà été menés au Québec, certains avec succès, d'autres avec plus de difficultés, MEDEC observe que dans les provinces où on a tenté de *provincialiser* le marché en un contrat unique d'approvisionnement, on a généralement fait marche arrière pour éviter de tuer la concurrence, de trop restreindre les choix cliniques et de limiter l'accès aux innovations.

En effet, c'est une situation économique où la recherche d'économies d'échelle crée l'apparition d'un monopsonne (client unique), où une entreprise, parce qu'elle ne peut soumissionner à un appel d'offres dont elle considère les termes et conditions comme abusifs, irréalistes ou simplement mal adaptés au marché, peut perdre le seul contrat qui lui est potentiellement accessible pour une période considérable. Théoriquement, l'entreprise réduit alors ses effectifs dans la province, désinvestit et se consacre à développer d'autres marchés. Dans le cas d'une PME québécoise, cela implique éventuellement la fermeture de l'entreprise, ainsi privée d'une source de revenus importante. C'est un scénario qu'il faut certainement tâcher d'éviter.

Le problème des ristournes obligatoires

Enfin, à l'article 436.0.4, on stipule que « le ministre détermine les modalités générales relatives au financement des activités des groupes d'approvisionnement en commun ». Pour MEDEC, cela ouvre la porte à la discussion d'une problématique du fonctionnement des GAC qui a été dénoncée à de nombreuses reprises et qui, encore aujourd'hui, cause des soucis pour nos membres.

⁷ <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-36-39-2.html>

En effet, à l'heure actuelle, certains contrats d'approvisionnement en technologies médicales sont frappés de l'obligation de verser une ristourne obligatoire, du fournisseur vers le client, allant jusqu'à 12 % des ventes pour certaines catégories de produits spécialisés, notamment la cardiologie, l'orthopédie et l'ophtalmologie, ce à quoi s'ajoute à l'occasion une ristourne de 1 % versée au GAC. Ces ristournes sont aussi appelées des « contributions au partenariat », un euphémisme pour désigner la même exigence. On estime que le total de ces ristournes atteint près de 10 M\$ par année, sans la transparence requise sur l'usage de ces fonds publics et certainement pas pour les fournisseurs qui eux ont l'obligation de connaître à quelles fins les ristournes qu'ils versent sont utilisées.

MEDEC a déjà pris position contre l'imposition de ristournes obligatoires, notamment à l'occasion de l'étude du projet de loi n° 108. À notre avis, ces demandes soulèvent des enjeux éthiques et juridiques tels, que certains fournisseurs, notamment ceux assujettis à la *Foreign Corrupt Practices Act* américaine, pourraient refuser de prendre le risque d'accepter ces conditions pour un marché aussi petit que le Québec. Puisque ces ristournes s'appliquent à tous les fournisseurs dès le premier dollar de vente, on peut aussi imaginer qu'elles seront incluses au moins en partie dans les prix, comme une taxe. On peut donc affirmer qu'au Québec, on surtaxe les technologies médicales, nous amenant ainsi à payer nos équipements et instruments médicaux possiblement jusqu'à 13 % trop cher.

De plus, l'usage de ces sommes échappe à la bonne gestion et à la saine gouvernance auxquelles on peut s'attendre dans le secteur public puisque nous ignorons ce qui est fait concrètement avec cet argent, malgré les assurances informelles qu'on nous donne. En plus de représenter un potentiel problème d'éthique et de gouvernance, le gouvernement du Québec se prive d'économies additionnelles potentielles d'au moins 10 M\$ par an en refusant de mettre fin une fois pour toute à cette pratique. Rappelons finalement qu'en 2010 le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) a publié un Bulletin d'interprétation des marchés publics interdisant de telles contributions obligatoires comme condition pour obtenir un contrat public⁸.

À l'heure actuelle, nous relevons que certains GAC imposent encore des ristournes de leurs fournisseurs dans le but de financer en partie leurs activités. Comme stipulé clairement par l'énoncé MEDEC sur les valeurs ajoutées dans les appels d'offres, publié en mai 2016, les ristournes obligatoires sont inacceptables.

Nous incitons fortement le Ministre à renoncer à toute ristourne obligatoire exigée des fournisseurs, qu'elle soit payable aux GAC ou aux établissements.

⁸ <http://www.tresor.gouv.qc.ca/faire-affaire-avec-letat/publications/bulletin-dinterpretation-des-marches-publics/2010-04-12-rcarcsrctc-5-1/>

Cela étant dit, il ne s'agit pas ici de renoncer à mettre le secteur privé à contribution pour le financement de recherche et de développement scientifique ou d'activités de soutien clinique légitimes. Il faut le faire selon les bases éthiques et juridiques reconnues et qui respectent le code de conduite de MEDEC et ses lignes directrices. L'obligation de financer de telles initiatives n'est pas acceptable.

Liste des recommandations

1. Adopter le principe du projet de loi n° 130.
2. Mettre en place, en collaboration avec le Conseil du trésor, des normes d'approvisionnement fondées sur la valeur, enchâssées à même le chapitre I.0.1. inscrit dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.
3. Qualifier les pouvoirs du ministre aux articles 436.0.1, 436.0.2 et 436.0.3 de la L4S, ajoutés par l'article 38 du projet de loi, de manière à ce que le recours aux appels d'offres provinciaux soit précédé d'une analyse d'impact sectoriel et sur la concurrence en ayant démontré l'intérêt public.
4. Revoir l'alinéa b de l'article 10 du projet de loi en ajoutant la notion d'accès à l'innovation et d'interopérabilité au nombre des éléments devant être tenus en compte avant d'imposer un actif informationnel spécifique à un établissement.
5. Préciser les « objets complémentaires ou accessoires » mentionnés à l'article 435.1, ajoutés par l'article 37 du projet de loi, de manière à éviter les doublons ou chevauchements avec d'autres organismes publics.
6. Retirer les dispositions de l'article 435.2 prévoyant que les GAC peuvent desservir d'« autres types de personnes ou d'organismes », pour éviter de leur imposer des défis supplémentaires et inutiles.
7. Enchâsser dans la Loi le rôle crucial des GAC pour favoriser l'accès à l'innovation, la qualité des soins à la population et la valeur des approvisionnements pour le système de santé.
8. Préciser dans la Loi que les fonctions des GAC incluent la nécessité de travailler en collaboration avec les fournisseurs et de travailler dans l'intérêt public.
9. Rehausser l'imputabilité des GAC en assurant que les éléments exigés dans leur rapport annuel de gestion soient pertinents et permettent réellement l'évaluation objective de leur performance.
10. Clarifier dans le projet de loi le statut d'organisme public des GAC en les assujettissant au cadre normatif général et aux lois applicables.
11. Préciser l'application de l'article 436.0.4 de la LSSSS, ajouté par l'article 38 du projet de loi, de manière à exclure les ristournes obligatoires exigées des fournisseurs, qu'elles soient payables aux GAC ou aux établissements, des modalités générales relatives au financement des activités des GAC.