

Projet de loi 37 : une opportunité à saisir pour améliorer les approvisionnements au Québec

**Mémoire présenté à la Commission des finances publiques
dans le cadre des consultations sur le projet de loi n°37, *Loi visant
principalement à instituer le Centre d'acquisitions gouvernementales
et Infrastructures technologiques Québec***

Octobre 2019



Sommaire

Medtech Canada est l'association nationale qui représente l'industrie canadienne des technologies médicales. Au Québec, elle compte plus de 320 entreprises d'équipements, de dispositifs et de services utilisés dans le diagnostic et le traitement des maladies et des problèmes de santé. Le secteur des technologies médicales représente près de 12 000 emplois au Québec. Mettant en valeur les nouvelles technologies dans le domaine médical depuis plus de 40 ans, Medtech Canada est particulièrement intéressée par toute modification qui peut affecter les organisations avec lesquelles elle s'associe quotidiennement pour améliorer la qualité des soins au Québec.

Ce mémoire présente aux membres de la Commission des finances publiques des pistes de réflexions et de solutions visant à faire la lumière sur l'état des pratiques d'approvisionnement au Québec et sur les éléments anticipés à l'aube de la mise sur pied d'une nouvelle structure en la matière. D'emblée, Medtech Canada tient à affirmer qu'elle appuie le principe de ce projet de loi 37, *Loi visant principalement à instituer le Centre d'acquisitions gouvernementales et Infrastructures technologiques Québec*. Ceci étant dit, nous prenons cette occasion qui nous est offerte pour proposer à la Commission des finances publiques des constats essentiels pour le succès de cette nouvelle réorganisation des approvisionnements au Québec.

Nous souhaitons donc offrir notre collaboration aux membres de la Commission afin d'aider le Centre d'acquisitions gouvernementales (CAG) à surpasser sa mission. En effet, bien que l'objectif d'optimisation des acquisitions gouvernementales soit louable, nous estimons qu'il est loin d'être assez ambitieux. Le gouvernement du Québec a la capacité de s'ouvrir à un potentiel d'innovation, d'efficacité et de qualité bien supérieure et d'améliorer l'attractivité pour le secteur s'il utilise ce projet de loi comme une opportunité pour apprendre à mieux acheter.

Plus concrètement, nous souhaitons nous assurer que les modifications au cadre actuel proposées par ce projet de loi sauront refléter la nécessité que la culture du Québec en matière d'approvisionnement soit actualisée de manière à reconnaître la spécificité du milieu de la santé et que soit intégrée la notion d'approvisionnement fondé sur la valeur, et ce, de façon à assurer la sécurité et de meilleurs résultats cliniques pour les patients et des gains d'efficience pour le réseau de la santé au Québec.

Ainsi, nos principales recommandations visent fondamentalement à s'assurer que :

- Le projet de loi 37 permette un changement de culture et d'approche dans les processus d'approvisionnement au Québec;
- L'adoption du projet de loi 37 mène à l'adoption rapide d'un nouveau règlement sur les approvisionnements en matière de santé et une réforme de la *Loi sur les contrats des organismes publics*.

Table des matières

Sommaire	2
Présentation de Medtech Canada.....	4
Présentation de l'industrie des technologies médicales au Québec	5
Portrait des approvisionnements en santé au Québec	7
Les limites de l'approche gouvernementale actuelle en matière d'approvisionnement en santé .	9
Prix plus bas vs meilleure valeur	10
Regroupements de volume vs meilleures offres.....	14
Création du CAG : une opportunité à saisir?.....	17
Appui de principe	17
Les améliorations et clarifications au projet de loi 37 proposées par Medtech Canada.....	18
Pour un règlement sur l'approvisionnement en santé.....	20
Vers une nécessaire réforme en matière d'octroi des contrats gouvernementaux.....	20
Recommandations concernant la création du CAG	24
Recommandations concernant l'approvisionnement en santé	25
Annexes.....	26
Position nationale de Medtech Canada sur la transformation et la centralisation de l'approvisionnement à l'échelle provinciale.....	26
Engagements électoraux de la Coalition Avenir Québec envers l'industrie des technologies médicales (septembre 2018).....	34

Présentation de Medtech Canada

Depuis plus de 40 ans, Medtech Canada 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 Medtech Canada 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 Medtech Canada 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.

Medtech Canada 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 Québec¹. » Nous poursuivons cette mission en concordance également avec celle du secrétariat du Conseil du trésor de veiller à une saine gestion contractuelle².

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

Site officiel du gouvernement du Québec, *Secrétariat du Conseil du trésor*, <https://www.quebec.ca/gouv/ministere/secretariat-conseil-tresor/mission-et-mandats/>

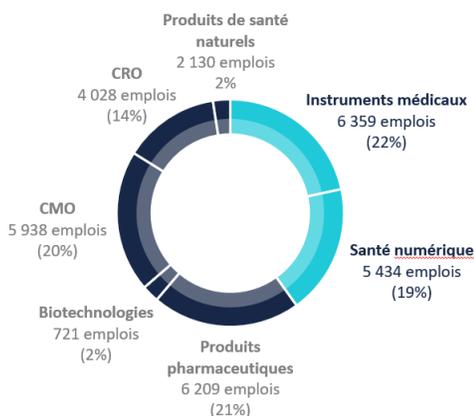
Présentation de l'industrie des technologies médicales au Québec

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-Britannique³. À lui seul, le marché des 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 et plus de 30 % des technologies médicales canadiennes approuvées par la *Food and Drug Administration* américaine proviennent du Québec⁴. 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 12 000 emplois bien rémunérés et est en constante croissance⁵. L'industrie compte 320 entreprises dont près des trois quarts sont des PME. Son essor dépend surtout de sa 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 de la santé numérique. Le secteur fait d'ailleurs partie des secteurs stratégiques ciblés par le gouvernement du Québec.

UN PÔLE DE MEDTECH EN PLEINE EFFERVESCENCE



Sources : Montréal InVivo, 2017; ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation, 2017

Les MedTech au Québec

> 40 % DE TOUS LES EMPLOIS
> 50 % DES ENTREPRISES

DU SECTEUR DES SCIENCES DE LA VIE ET DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

151
entreprises
d'instruments médicaux

~6 400
emplois

169
entreprises en santé
numérique

+5 400
emplois

³ 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]

⁴ MEDEC, *Profil de l'industrie des technologies médicales au Québec*, 2014

⁵ SECOR/KPMG, *Valeur économique de la chaîne d'innovation en SVTS, actualisation de l'analyse de 2011*, rapport à Montréal InVivo, mai 2015

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 Québec⁶, 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 habitant⁷. Cette faible intensité du recours aux technologies de la santé place le Canada au 34^e rang sur 66 pays 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.

⁶ CIRANO, Clavet et al. *Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants*, 2013

⁷ MEDEC *Profil de l'industrie des technologies médicales au Québec*, 2014

Portrait des approvisionnements en santé au Québec

Pour la période 2017-2018, la valeur totale des contrats du gouvernement (de 25 000 \$ et plus) était de 11,8 G\$. La valeur des contrats d'approvisionnement en santé s'élevait à 2,2 G\$ dont 1,7 G\$ pour la catégorie « fournitures et équipements médicaux et produits pharmaceutiques ».

3 000 contrats d'approvisionnement ont été négociés durant cette période dans le secteur santé, soit plus de 57 par semaine, dont 697 par les GAC (plus de 13 par semaine).

Les établissements de santé québécois se procurent le matériel et l'équipement médical auprès de centaines de fournisseurs (fabricants, importateurs et distributeurs), soit en négociant directement ou via des achats regroupés.

Présentement, la majorité des achats du réseau de la santé font l'objet de « contrats d'approvisionnement de groupe » adjugés par les trois *Groupes d'approvisionnement en commun* (GAC)⁸ ainsi qu'ils se décrivent :

Les groupes d'approvisionnement en commun (GAC) existent depuis plus de 30 ans au Québec. Ils ont pour objectif de regrouper et d'optimiser les acquisitions, en plus de générer des économies pour les établissements de santé au Québec grâce à un processus d'appel d'offres public et à une mise en concurrence des entreprises responsables de la fourniture des équipements dans le réseau québécois de la santé. [...]

Les GAC sont des organismes à but non lucratif incorporés en vertu de la troisième partie de la Loi sur les compagnies (L.R.Q., c. C-38). Les GAC sont reconnus par le ministre de la Santé et des Services sociaux comme des corporations sans but lucratif représentatives des établissements de santé et de services sociaux de toutes les régions du Québec. À cet effet, nous gérons et administrons l'approvisionnement des biens et des services suivant l'article 383 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S.-4.2) et les articles 15 et 16 de la Loi sur les contrats des organismes publics (LCOP).⁹

Sommaire chiffré¹⁰ :

Valeur totale des contrats gouvernementaux	11,8 G\$
Valeur des contrats en santé	4,5 G\$
Valeur des contrats d'approvisionnement gouvernementaux	4,0 G\$
Valeur des contrats d'approvisionnement en santé	2,2 G\$
Valeur des contrats d'approvisionnement négociés par les GAC	1,7 G\$
Valeur des contrats catégorie G21 (fournitures et équipements médicaux et produits pharmaceutiques)	1,8 G\$

⁸ GACEQ, GACOQ et SigmaSanté.

⁹ Extraits du mémoire des GAC présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, 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.

¹⁰ https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/faire_affaire_avec_etat/Rapport_statistiques_1718.pdf

Le cadre normatif qui régit ces transactions est la *Loi sur les contrats des organismes publics* (ou LCOP), ses règlements et la politique de gestion contractuelle des organismes publics.

De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) encadre les approvisionnements par des circulaires ministérielles obligeant par exemple les établissements à se procurer certaines catégories de produits par l'entremise des GAC.

Il faut souligner que si la LCOP permet des modes d'adjudication permettant l'ajustement des prix soumis par l'évaluation de la qualité, la grande majorité des appels d'offres dans le secteur de la santé se négocie uniquement sur la base du *prix plus bas conforme*. Nous y reviendrons à la page 10.

Rappelons, avant d'entrer dans les détails des pratiques qui ont cours dans les marchés publics en santé au Québec, que l'intégration de l'innovation est un des axes clés de la *Stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027*. La *Stratégie* reconnaît que des politiques efficaces pour favoriser l'intégration de l'innovation, comme des marchés publics plus efficaces et la mise sur pied d'un Bureau de l'innovation dynamique et proactif, contribueront à faire du Québec un milieu attractif pour l'investissement dans notre secteur.



Nous croyons que nos recommandations qui suivent appuieront le succès de la *Stratégie*.

Les limites de l'approche gouvernementale actuelle en matière d'approvisionnement en santé

Il importe de mettre en évidence les limites de l'approche gouvernementale actuelle en matière d'approvisionnement.

D'abord, Medtech Canada estime que le regroupement des achats au Québec a actuellement atteint son plein potentiel. En d'autres mots, nous estimons qu'il n'y a plus de gains à faire en consolidant davantage en santé et que d'aller plus loin dans cette direction nuira à l'attractivité du Québec pour notre secteur.

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, Medtech Canada souhaite souligner avec insistance un constat particulièrement pertinent pour le secteur de la santé : la fonction « approvisionnement » est malheureusement trop souvent considérée comme purement administrative 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, des services et des solutions 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 (résultats et efficience) 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 les plus bas conformes ».

Ce qui fait du Québec un marché singulier est l'existence d'un cadre réglementaire étroit qui s'applique à tous ses marchés publics sans permettre la souplesse nécessaire pour faire face aux besoins particuliers du secteur de la santé.

De plus, la très grande place accordée au mode d'attribution de contrats sur la base du « prix plus bas conforme », y compris en santé, place le Québec dans une catégorie marginale par rapport aux sociétés occidentales qui, pour la plupart, se donnent la latitude essentielle dans les

marchés publics pour tirer parti des innovations et de la valeur qui en découle pour les patients et le système de santé.

En ajoutant à ce contexte réglementaire très serré une volonté systématique de regrouper les achats, donc de centraliser les décisions, on obtient des dynamiques de marché plus rigides que nécessaires qui ne font pas du Québec un marché attrayant pour les fournisseurs. De plus, les exigences administratives, légales, le fardeau réglementaire non négligeable subis par les soumissionnaires sont tels que le Québec figure parmi les marchés reconnus comme les plus difficiles pour l'accès et l'intégration des innovations médicales.

Pourtant, l'industrie continue à participer aux marchés publics et à se conformer aux politiques et règlements en vigueur. En fait, elle n'a pas le choix puisque les systèmes de santé canadiens sont des « monopsones », des monopoles de demandes. Elle y participe davantage parce qu'elle n'a pas le choix, parce qu'elle y trouve son compte, ultimement.

À terme, le monopsonne fait sortir des entreprises du marché, notamment les PME qui n'ont pas les moyens de rester compétitives, crée des oligopoles et réduit l'accès à l'innovation. L'offre de produits et services s'en trouve donc réduite et les économies à réaliser sont minimisées.

Nul besoin de réitérer que Medtech Canada souhaite à tout prix éviter que le CAG se transforme en une structure susceptible d'aggraver ce phénomène.

Prix plus bas vs meilleure valeur

Le critère du *prix plus bas conforme* est 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 constitue le seul mode d'attribution de contrats 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)* (ci-après la *LCOP*), aux articles 10 et 13 qui stipulent :

« Un organisme public sollicite uniquement un prix pour adjudger un contrat d'approvisionnement.

(...)

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.

Il existe 3 principaux modes d'adjudication de contrats d'approvisionnement prévus par la LCOP et ses règlements :

Mode	Mécanisme	Résultat
Adjudication au prix plus bas	<ul style="list-style-type: none"> Les offres conformes au devis sont comparées. 	Le contrat est attribué au prix plus bas conforme.
Adjudication à la suite de l'évaluation de la qualité (conformité)	<ul style="list-style-type: none"> Les offres conformes au devis sont comparées. La qualité est évaluée en regard à un seuil minimal déterminé par l'organisme public. 	Le contrat est attribué au prix plus bas conforme. NOTE : Cela implique qu'on élimine les offres jugées insuffisantes et qu'on sélectionne l'offre au plus bas prix parmi les offres restantes .
Adjudication à la suite du calcul du rapport qualité-prix (facteur k)	<ul style="list-style-type: none"> Les offres conformes au devis sont comparées. La qualité est évaluée en regard à un seuil minimal déterminé par l'organisme public. La qualité des offres ayant franchi le seuil minimal est évaluée en regard d'une grille d'évaluation pouvant permettre d'ajuster le prix soumis jusqu'à 30 % (<i>le facteur k</i>). 	Le contrat est attribué au prix plus bas conforme ajusté pour la qualité. NOTE : Cela implique qu'on élimine les offres jugées insuffisantes et qu'on sélectionne l'offre au plus bas prix ajusté parmi les offres restantes. La méthode de calcul prescrite donne un écart effectif maximal de 23 % avec le prix plus bas.

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, de meilleurs choix fondés sur la valeur coûteraient moins cher, au calcul final, que ceux fondés uniquement sur le prix.

Quant à la qualité, Medtech Canada a mis en évidence par l'analyse de 110 dossiers d'appels d'offres dans notre secteur qu'elle n'est pas tenue en compte dans l'adjudication de 88 % des contrats :

ANALYSE SEO CATÉGORIE G21 Fourniture et équipement médicaux et produits pharmaceutiques <i>Dossiers publiés depuis juin 2018</i>		
Éléments d'analyse	N	%
Nombre de dossiers analysés	80	
Adjudication sur prix seulement	72	90%
Avec au moins un addendum	62	78%
Longueur moyenne du devis (pages)	11	
Pas de séance d'information	67	84%
ANALYSE SEO CATÉGORIE G21 <i>Dossiers publiés entre mai 2016 et février 2017</i>		
Éléments d'analyse	N	%
Nombre de dossiers analysés	30	
Adjudication sur prix seulement	25	83%
Facteur k	5	17%
Facteur k moyen (certains avec restriction)		23%

La stratégie encourageant la pratique du *prix plus bas conforme* 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, y compris en région. Cette situation a maintes fois été dénoncée par divers groupes de travail et de réflexion dont l'Institut du Québec et le Conseil consultatif sur l'économie et l'innovation¹¹. Il est temps que cette incohérence entre les politiques en santé et économiques soit résolue.

Cela étant dit, Medtech Canada reconnaît que des modifications au cadre normatif apportées au fil du temps permettent maintenant plus de latitude aux organismes publics, par exemple le facteur d'ajustement pour la qualité (*facteur k*) et le *coût total d'acquisition*. Malheureusement sur le terrain ces mécanismes sont peu utilisés.

Nous reconnaissons également le pas important qui a été franchi par le Secrétariat du Conseil du trésor par la publication récente des *Balises à l'égard des exigences et des critères contractuels dans le domaine de la santé*¹², ci-après nommées les *Balises*, identifiant un ensemble de bonnes pratiques en matière d'octroi de contrats pour le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Néanmoins, bien d'autres gestes devront être posés afin de parvenir à une amélioration soutenue, significative et concrète des pratiques en matière d'approvisionnement tant au sein de la nouvelle entité qui sera créée pour gérer les acquisitions du gouvernement du Québec que parmi les autres organismes publics.

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 le CAG sera amenée à remplir devra viser à offrir un approvisionnement efficient et fondé sur la valeur, plutôt que sur son prix plus bas, et ce, tout particulièrement en ce qui a trait au secteur de la santé.

Il est utile de constater que de telles approches affranchies de la règle du *prix plus bas conforme* ont cours non seulement ailleurs dans le monde et au Canada mais ici même au Québec dans le domaine municipal.

Pensons notamment à Terre-Neuve, dont la législation sur les marchés publics¹³ est centrée sur la notion de « meilleure valeur » :

“3. (1) The purpose of this Act is to establish a statutory framework which, through its operation, enables public bodies to **achieve best value**, transparency and accountability in procurement.

2(b) “best value” includes the best balance of cost, quality, performance and support, as achieved through a transparent, efficient and competitive procurement process using clear and fair evaluation and selection criteria;”

¹¹ https://www.institutduquebec.ca/docs/default-source/recherche/8576_innovations-sante_idq-br_.pdf?sfvrsn=2
<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201703/15/01-5078859-linstitut-du-quebec-propose-de-revoir-le-systeme-dapprovisionnement-en-sante.php>
<http://www.ccei.quebec/fr/rapport-integrateur>

¹² https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/faire_affaire_avec_etat/marches_publics/Balises_sante.pdf

¹³ <https://www.assembly.nl.ca/legislation/sr/statutes/p41-001.htm>

L'Union européenne a aussi instauré des politiques favorisant des critères de passation de marchés non exclusivement fondés sur le prix mais sur « l'offre économiquement la plus avantageuse »¹⁴ :

« (90) Le marché devrait être attribué selon des critères objectifs qui assurent le respect des principes de transparence, de non-discrimination et d'égalité de traitement, dans le but de garantir une comparaison objective de la valeur relative des offres afin de déterminer, dans des conditions de concurrence effective, quelle est **l'offre économiquement la plus avantageuse**. Il convient d'indiquer expressément que l'offre économiquement la plus avantageuse devrait être évaluée sur la base du meilleur rapport qualité/prix, qui devrait dans tous les cas comporter un élément en rapport avec le prix ou le coût. Il y a également lieu de préciser que cette évaluation de l'offre économiquement la plus avantageuse pourrait aussi être fondée exclusivement sur le prix ou le rapport coût/efficacité. Il convient par ailleurs de rappeler que les pouvoirs adjudicateurs sont libres de fixer des normes de qualité adéquates en arrêtant des spécifications techniques ou des conditions d'exécution du marché.

Pour favoriser les passations de marchés publics davantage orientées vers la qualité, les États membres devraient être autorisés à interdire ou limiter, lorsqu'ils le jugent approprié, le recours au seul critère de prix ou de coût pour évaluer l'offre économiquement la plus avantageuse. »

En Ontario, le cadre normatif donne beaucoup de latitude aux organismes publics, le prix n'étant qu'un des critères possibles¹⁵ :

"Evaluation criteria must be developed, reviewed and approved by an appropriate authority prior to commencement of the competitive procurement process. Competitive procurement documents must clearly outline mandatory, rated, and other criteria that will be used to evaluate submissions, including weight of each criterion. Mandatory criteria (e.g., technical standards) should be kept to a minimum to ensure that no bid is unnecessarily disqualified.

"Request for Proposal (RFP)" means a document used to request suppliers to supply solutions for the delivery of complex products or services or to provide alternative options or solutions. It is a process that uses predefined evaluation criteria in which **price is not the only factor.**"

C'est ainsi qu'en Ontario on peut voir des appels d'offres dont le prix ne compte que pour par exemple 20 % de la note globale.

On retrouve en fait une approche similaire dans le domaine municipal ici même au Québec :

La grille de pondération incluant le prix

Le recours à la grille de pondération incluant le prix permet l'évaluation des offres en fonction d'un nombre de points basé sur certains critères, outre le prix, comme :

- la qualité ou la quantité des biens, des services et des travaux;
- les modalités de livraison;
- les services d'entretien;
- l'expérience et la capacité financière requises de l'assureur, du fournisseur ou de l'entrepreneur;
- tout autre critère directement relié au marché.

Alors que la qualité des soumissions est soupesée avant que ne soient considérés les prix, quand l'on recourt au mode à deux étapes, l'appréciation des offres en fonction des critères de qualité prévus a lieu

¹⁴ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014L0024&from=en>

¹⁵ [https://www.doingbusiness.mgs.gov.on.ca/mbs/psb/psb.nsf/Attachments/001-BPS_Procurement_Directive/\\$FILE/BPS_Procurement_Directive.pdf](https://www.doingbusiness.mgs.gov.on.ca/mbs/psb/psb.nsf/Attachments/001-BPS_Procurement_Directive/$FILE/BPS_Procurement_Directive.pdf)

en même temps que l'évaluation des prix soumis, lors de l'utilisation de la grille de pondération incluant le prix. À la fin du processus, l'organisme municipal doit accorder le contrat au soumissionnaire conforme **dont la soumission a obtenu le meilleur pointage.**

Ce mode d'adjudication n'est pas offert aux organismes publics assujettis à la LCOP.

Regroupements de volume vs meilleures offres

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 (la catégorie G21 au tableau de la page 11) se situe à 77 %.

L'hypothèse qui sous-tend cette stratégie repose sur cette idée que la consolidation de la demande procure nécessairement un levier de négociation auprès des fournisseurs qui sont prêts à consentir des rabais en échange d'un volume plus élevé. Or, cette façon de voir a des limites :

- Volumes non garantis et incertains;
- Termes et conditions rendant l'exécution du contrat coûteuse;
- Segmentation des besoins d'un grand nombre d'établissements diversifiés au sein d'un même contrat, diminuant du même coup l'effet de consolidation et rendant les offres spécialisées inaccessibles.

Les soumissionnaires potentiels ne voient pas toujours clairement leur avantage à consentir de meilleurs prix sous ces conditions.

Qui plus est, les méthodes utilisées pour chiffrer les économies réelles réalisées par les achats regroupés manquent de rigueur.

En effet, les GAC publient des résultats dans leurs rapports annuels qui parlent « d'économies potentielles » générées par leurs activités. Exemple :



PARTICULARITÉS

Cet appel d'offres regroupe pour la première fois toutes les régions du GACEQ. Ce dossier contient 700 produits répartis dans plus de 100 différents lots d'attribution. Un des enjeux majeurs consiste au fait que les produits sont tous reliés au bloc opératoire. Ce dossier a nécessité plusieurs rencontres téléphoniques avec le comité de travail qui s'est montré très participatif et disponible notamment en ce qui concerne le processus de suivis très rigoureux pour les évaluations de produits.

RÉSULTATS

Une économie potentielle de 15 % est réalisée, ce qui représente 1 127 887 \$.

Medtech Canada n'a pas accès aux méthodes de calcul servant à produire ces estimés. Cependant, nous savons très bien que les GAC comparent les prix obtenus pour les renouvellements de contrat par rapport aux prix des contrats précédents. C'est une comparaison prospective, sans égard aux achats effectués réellement.

Pour bon nombre de contrats, en particulier ceux du type montré ci-haut, qui visent un grand nombre de produits dans des lots différents pouvant être attribués à plusieurs fournisseurs, cette méthode est simpliste. Pour tirer des conclusions sur les économies réelles, il faudrait regarder en rétrospective ce qui a effectivement été consommé dans le cadre du contrat et à quel prix.

Car il faut expliquer que certains contrats comportant plusieurs lots dont certains « ouverts » font en sorte que les établissements ne se sentent pas liés au fournisseur retenu pour le lot principal, attribué au prix plus bas conforme. Ils passent alors leurs commandes aux autres fournisseurs retenus, aussi parties au contrat, avec pour effet de payer plus cher que ce que le GAC prévoit. Résultat, le GAC atteint sa cible de regroupement quand même, le prix moyen du contrat est plus élevé que les économies présentées et le fournisseur qui a fait un effort pour obtenir le lot principal est déçu de ne pas avoir le volume pour lequel il a soumissionné.

En fait, le MSSS, les GAC et les établissements du réseau de la santé ne disposent pas encore des systèmes d'information de gestion leur permettant de faire une analyse rigoureuse des économies réalisées.¹⁶ C'est pourquoi les économies mises de l'avant pour illustrer les gains réalisés par les achats regroupés sont qualifiées de potentielles et on pourrait même dire théoriques.

Même en se basant sur les chiffres théoriques publiés par les GAC eux-mêmes¹⁷, on peut se demander quel est l'impact réel de leurs efforts. Pour ce faire, Medtech Canada a développé un indicateur, les *Économies potentielles nettes du 100 \$ négocié*. En rapportant les économies potentielles sur la valeur des contrats négociés, nettes des coûts d'exploitation des 3 GAC (plus de 15 M\$ en 2018), on arrive aux résultats suivants :

Économies potentielles nettes du 100\$ négocié 2015-2018				
	2015	2016	2017	2018
SigmaSanté	0,58 \$	4,96 \$	3,50 \$	3,24 \$
GACOQ	1,93 \$	2,26 \$	3,03 \$	0,63 \$
GACEQ	1,80 \$	1,61 \$	4,11 \$	0,61 \$
Total	1,41 \$	2,89 \$	3,63 \$	1,51 \$

En d'autres termes, en 2018 les GAC ont généré 1,51 % d'économies potentielles sur leur « chiffre d'affaires » total et 2,36 % en moyenne par année depuis 2015.

À titre de comparaison, la plupart des fournisseurs consentent des escomptes de paiement hâtif de 1 %. Ces escomptes, qui ne coûtent rien à aller chercher, ne sont généralement pas utilisés par le réseau.

Il ne fait aucun doute que le regroupement des achats fait baisser les prix. La question est à savoir si ces baisses génèrent de véritables économies, à quel coût, et si ces baisses sont uniquement en lien avec les regroupements ou si d'autres facteurs jouent un rôle important.

¹⁶ Nous prenons pour preuve de cette carence en TI le fait que les GAC exigent des rapports de vente de la part des fournisseurs pour accéder aux données de consommation.

¹⁷ GACEQ : http://gaceq.cpacsante.qc.ca/doc/201810011005270.gac_rappann2018_v8_final.pdf
 GACOQ : http://gacouest.cpacsante.qc.ca/doc/201810121451240.rapport_annuel_version_finale.pdf
 SigmaSanté : <http://sigmasante.com/wp-content/uploads/Doc/RapAnn/2017-2018/mobile/index.html>

Peut-être que le Québec réalise des économies parce que les produits sélectionnés sont de moindre qualité ou obsolètes?

Le MSSS est à ce jour incapable de faire cet estimé et utilise comme mesure de succès un indicateur de substitution, le *taux d'adhésion* aux regroupements.

Pour Medtech Canada il est essentiel que le CAG soit évalué d'une manière beaucoup plus rigoureuse et sur des critères plus proches de l'intérêt public.

Création du CAG : une opportunité à saisir?

Appui de principe

Medtech Canada ne peut qu'appuyer toute mesure visant à augmenter l'efficacité des services publics si cela permet une amélioration significative du système de santé et favorise le bien-être des Québécois.

Malgré tout, Medtech Canada souhaite mettre en garde le ministre contre des attentes trop irréalistes sur la consolidation des volumes à l'échelle provinciale, du moins dans le secteur de la santé. Il est loin d'être certain que la création du CAG permette effectivement de réaliser les économies d'échelles significatives espérées. En effet, comme montré au tableau de la page 11 du mémoire, les GAC sont déjà responsables de 77 % de la valeur des contrats d'approvisionnement en santé. Puisque la cible de regroupement est fixée à 60 %, il faut reconnaître que l'idée d'en regrouper davantage puisse devenir contreproductive.

Le gouvernement, dans son analyse d'impact réglementaire¹⁸, n'a pas divulgué la part de la santé sur les économies de 835 M\$ d'économies qu'on s'attend du CAG sur 4 ans. Il apparaît totalement irréaliste que les GAC, opérant au sein du CAG, puisse générer de nouvelles économies substantielles après en avoir apparemment produites plus de 240 M\$ depuis 2015 (voir p. 15).

À ce sujet, comme Medtech Canada a souvent déploré que les GAC étaient trop centrés sur le volume, il nous faut constater que la création du CAG nous apparaît comme une structure de gestion des approvisionnements qui comporte plus de risques que de bénéfices pour le domaine de la santé et notre économie.

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 à l'heure actuelle comportent trop souvent des clauses irritantes pour les fournisseurs, ou sont structurés de manière sous-optimale 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. Ce problème ne doit absolument pas être transféré au sein de la nouvelle entité que sera le CAG.

Medtech Canada mène une action proactive depuis longtemps en ce sens et commence heureusement à être entendue par les gestionnaires du ministère de la Santé et des Services Sociaux, du réseau, des GAC et même du Conseil du trésor. Nous espérons que la gouvernance renouvelée par la création du CAG permettra de continuer à capitaliser sur ces avancées.

18

https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/faire_affaire_avec_etat/loi_reglements_politiques/Analyse_impact_reglementaire.pdf

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, de considérer les économies et gains en efficacité réalisés par de meilleurs achats et de miser sur des achats fondés sur la valeur.

En ce sens, nous désirons soumettre à votre attention diverses propositions qui, selon nous, permettront de bonifier votre projet de loi et ainsi favoriser le sain développement de notre système de santé.

Les améliorations et clarifications au projet de loi 37 proposées par Medtech Canada

D'abord, il nous semble impératif que la structure du CAG conserve l'expertise des équipes sectorielles, particulièrement en ce qui a trait au secteur de la santé.

Aussi, Medtech Canada a obtenu, dans le cadre de l'étude du projet de loi 130 sur la gouvernance des GAC¹⁹, que la mission de ces derniers comporte la notion de « contribuer à améliorer la qualité des soins, favoriser l'innovation et préserver la valeur des approvisionnements ». Nous insistons pour que ce gain survive à la formation du CAG.

Par ailleurs, il est incontournable que la création du CAG soit utilisée comme une opportunité pour intégrer au sein des pratiques d'approvisionnement et d'acquisitions du gouvernement la notion de valeur. En effet, le Secrétariat du Conseil du trésor a ouvert la porte à la considération du critère de valeur par la publication des Balises un peu plus tôt cet automne. Il faut désormais que le Conseil du trésor consolide l'utilisation de la notion d'approvisionnements fondés sur la valeur par son intégration au sein du projet de loi 37. À notre sens, cela est nécessaire pour que les organismes publics concernés se sentent non seulement habilités mais aussi autorisés nommément à intégrer la valeur dans leurs critères d'évaluation et d'adjudication.

Nous souhaitons confirmer par ailleurs que le CAG sera soumis aux mêmes normes et exigences de transparence et d'imputabilité que les autres organismes du gouvernement et que son financement provienne exclusivement des crédits budgétaires du gouvernement, interdisant ainsi qu'il puisse exiger des ristournes obligatoires à ses fournisseurs.

En effet, bien que les GAC soient reconnus comme des organismes publics au sens de la *Loi sur les contrats des organismes publics*, ils ne le sont pas ni pour la *Loi sur la transparence en matière d'éthique et de lobbying* ni pour la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Le CAG doit impérativement être assujéti à ces différentes législations, ne serait-ce que pour la confiance du public envers cette nouvelle entité.

Par ailleurs, nous estimons également que le CAG devrait être soumis à une reddition de compte publique beaucoup plus importante, notamment en ce qui a trait aux informations portant sur sa gestion et sa performance. Afin de maximiser le rendement d'une organisation, il importe bien

¹⁹ http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2?langCont=fr#se:435_4

sûr de s'assurer qu'on lui confie la bonne mission et que les objectifs qu'on lui fixe y soient conséquents.

À cet égard, nous estimons que l'évaluation de performance du CAG devrait aller plus loin que celle à laquelle sont soumis les GAC dans leur *Entente de gestion et d'imputabilité*²⁰ (EGI) construite autour des axes suivants :

1. Maximiser les économies
2. Respect de la gestion contractuelle
3. Maximiser la performance opérationnelle
4. Qualité globale des services.

Nous souhaitons donc que le CAG soit aussi et surtout jugé en fonction de la valeur réalisée pour les patients, le système de santé et le contribuable, au-delà d'objectifs strictement administratifs. On peut penser par exemple construire des indicateurs reflétant les gains d'efficacité opérationnels et l'amélioration des résultats cliniques parmi les établissements clients du CAG.

Enfin, il nous apparaît utile d'indiquer dans le projet de loi instituant le CAG la nécessité de travailler en collaboration avec les fournisseurs. Medtech Canada tient à réitérer à nouveau sa volonté et la pertinence que notre association prenne part aux travaux qui seront réalisés dans le cadre du comité de transition instauré par le Secrétariat du Conseil du trésor. Il serait dommage que le comité se prive de l'apport et de la perspective de l'industrie dans le domaine.

²⁰ Les 3 GAC ont le même modèle d'entente, par exemple celui du GACEQ : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/Entente_gestion_Est.pdf

Pour un règlement sur l'approvisionnement en santé

Vers une nécessaire réforme en matière d'octroi des contrats gouvernementaux

Nous comprenons l'importance de doter la fonction d'approvisionnement du gouvernement de structures efficaces et optimisées qui permettront à l'ensemble de l'administration publique de tirer avantage de l'expertise et de l'expérience de succès intersectorielle. C'est pourquoi nous appuyons le projet de loi en principe.

Comme nous l'avons argumenté tout au long de ce mémoire, nous croyons que les véritables gains dans ce domaine se matérialiseront seulement si le gouvernement saisit l'occasion de revoir ses façons de faire. **Il faut maintenant s'efforcer à « mieux acheter ».**

Pour ce faire, il faut commencer par reconnaître le rôle névralgique que jouent les approvisionnements pour rendre disponible et intégrer l'innovation sur le terrain et comme vecteur de croissance économique. Il faut que les approvisionnements soient traités comme une fonction stratégique et placés sous la responsabilité du ministre ou d'un ministre délégué qui veillera à ce que l'expertise, les ressources et les pratiques en la matière soient exemplaires.

Il faut aussi profiter de la mise sur pied du CAG pour entreprendre un chantier de révision de la LCOP et introduire un « *Règlement sur les contrats d'approvisionnement en santé* » qui proposera, notamment, des « modes d'adjudication fondés sur la valeur » et même des « appels aux solutions²¹ ». Nous estimons nécessaire que ce nouveau règlement s'inspire notamment de la publication des Balises et favorise l'innovation (technologique et organisationnelle), la qualité et l'efficacité des soins offerts à la population.

Ce règlement devrait également réitérer que les patients du système de santé au Québec seront toujours priorités vis-à-vis des considérations financières.

Il est pertinent de rappeler que la LCOP date d'il y a maintenant treize ans et que malgré des mises à jour régulières, l'approche fondamentale est restée la même, c'est-à-dire minimiser les risques de malversations dans nos marchés publics. Cela étant acquis, il est temps maintenant de faire de la LCOP un vecteur d'efficacité des dépenses gouvernementales.

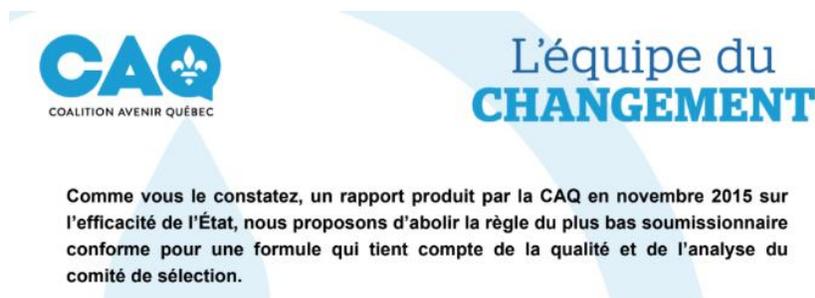
La proportion de contrats qui dérogent du cadre normatif et qui font l'objet d'une autorisation du dirigeant de l'organisme public concerné est de plus de 25 % (6 000 en 2018-2019²²). Il s'agit certainement d'un indicateur qui appuie la nécessité de revoir la loi.

²¹ Mesure d'ailleurs prévue dans la *Stratégie québécoise des sciences de la vie*.

²²

https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/faire_affaire_avec_etat/rapport_application_loi_contrats_organismes_publics.pdf

Il faut aussi rappeler que le parti gouvernemental, la Coalition avenir Québec, s'était engagé par écrit dans une lettre à Medtech Canada à donner suite à son rapport sur l'efficacité de l'État à « abolir la règle du plus bas soumissionnaire conforme ». L'occasion de réformer la LCOP permettra au gouvernement, nous l'espérons, de réaliser cet engagement.



De même, dans le contexte d'une réforme éventuelle de la LCOP, nous invitons le gouvernement à se pencher de nouveau sur ses obligations en regard de *l'Accord de libre-échange canadien*²³ et en particulier l'article 509 qui prévoit que les devis d'appels d'offres doivent éviter les critères en termes de conception et de caractéristiques descriptives :

Article 509 : Spécifications techniques et documentation relative à l'appel d'offres

Spécifications techniques

1. Une entité contractante n'établit, n'adopte ni n'applique de spécifications techniques ni ne prescrit de procédures d'évaluation de la conformité ayant pour but ou pour effet de créer des obstacles non nécessaires au commerce.
2. Lorsqu'elle prescrit les spécifications techniques pour les produits ou les services faisant l'objet du marché, une entité contractante, s'il y a lieu :
 - a) d'une part, indique la spécification technique en termes de performances et d'exigences fonctionnelles, plutôt qu'en termes de conception ou de caractéristiques descriptives;
 - b) d'autre part, fonde la spécification technique sur des normes, dans les cas où il en existe.

Medtech Canada et ses membres constatent trop souvent que la plupart des devis afférents aux appels d'offres en santé au Québec sont presque exclusivement fondés sur de longues listes de spécifications techniques le plus souvent non pertinentes et susceptibles dans les faits de restreindre le marché, tout en privant le système de santé et les québécois de solutions innovantes auxquelles l'organisme public n'aurait pas pensé en préparant le dossier.

Au surplus, afin de donner la bonne direction et les bons signaux à son administration, nous proposons que le MSSS s'engage à ne plus imposer de cibles d'économies purement administratives dans le cadre des approvisionnements en santé afin de favoriser plutôt les gains d'efficacité opérationnelle, l'amélioration des résultats cliniques et promouvoir l'intérêt public. À chaque fois que de telles coupures sont imposées au réseau de la santé, de mauvaises décisions sont prises, sans compter que cela coûte plus cher.

²³ <https://www.cfta-alec.ca/wp-content/uploads/2017/06/CFTA-Consolidated-Text-Final-Print-Text-French-.pdf>

Medtech Canada estime d'ailleurs qu'il faut prendre garde à ne pas évacuer de l'équation la question des préférences et du droit de prescription médicale. Comme nous l'exposons dans notre énoncé de position national récent²⁴, « l'approvisionnement doit être amorcé et géré par du personnel ayant des connaissances propres au secteur et prendre en compte les choix et les avis cliniques ».

En somme, il est temps que les établissements de santé du Québec et bientôt, le CAG, abordent le marché en se posant d'abord les vraies questions : « Comment pouvons-nous améliorer l'accès, la qualité des soins et les résultats cliniques des patients? » et « comment pouvons-nous faire des gains en efficience opérationnelle pour le système de santé? ».

Le gouvernement a d'ailleurs déjà pris acte de l'importance de doter le Québec de mécanismes et d'instances dédiées à mieux évaluer et intégrer l'innovation, comme l'*Institut national en santé et services sociaux* et le *Bureau de l'innovation*. Ce qui manque à notre avis c'est le lien formel entre cette expertise et ces ressources et la gestion des marchés publics. Une réforme de la LCOP assortie d'un *Règlement sur les contrats d'approvisionnement en santé* pourrait certainement permettre de faire ce lien.

Nous saluons les efforts récents et l'élargissement effectif du mandat du *Bureau de l'innovation* en faveur des « soins de santé fondés sur la valeur » et « l'approvisionnement fondé sur la valeur ». Nous y voyons une évolution des mentalités dans la direction que nous préconisons. Nous croyons fermement cependant que cette évolution sera tôt ou tard contrainte par l'approche défendue par la LCOP et qu'il est impératif de briser ce carcan pour faire réellement une différence.

Nous recommandons aussi que le cadre normatif et les pratiques associées soient organisés et gérés de manière à favoriser la saine concurrence et l'accès des petites et moyennes entreprises québécoises aux contrats publics, notamment en évitant les regroupements d'approvisionnement à outrance pouvant mener à des monopoles d'offre ou de demande et comporter un fardeau administratif tel que des fournisseurs se retirent du marché. Bien que des efforts en ce sens doivent être salués, il sera approprié de réévaluer cet aspect plus globalement en modernisant la LCOP.

Aussi, Medtech Canada a pris position récemment en faveur de modèles d'approvisionnement uniformes et cohérents au pays (voir Annexe 1). Cet énoncé comprend six recommandations visant à optimiser la fonction approvisionnement des provinces canadiennes et nous invitons la Commission à les considérer dans la perspective d'une réforme de la LCOP.

Finalement, nous devons insister de nouveau pour réclamer l'abolition complète et totale d'une pratique qui dure depuis trop longtemps au Québec : les ristournes obligatoires. Celles-ci perdurent dans le paysage des approvisionnements en santé et minent la réputation du Québec quant à l'éthique et la transparence de nos marchés publics. Malgré toutes nos démarches au

²⁴ https://cdn.ymaws.com/medtechcanada.org/resource/resmgr/position_papers/positionpaper-persp_cent_pro.pdf (aussi en annexe).

fil des ans nous n'avons pas encore eu gain de cause à ce sujet et nous espérons que la Commission prendra enfin la décision qui s'impose, leur abolition.

Recommandations concernant la création du CAG

1. Que le principe du projet de loi 37 soit adopté;
2. Que les améliorations de la gouvernance des groupes d'approvisionnement en commun réalisées lors de l'adoption du projet de loi n° 130 soient maintenues au sein du projet de loi instituant le CAG (« contribuer à améliorer la qualité des soins, favoriser l'innovation et préserver la valeur des approvisionnements »);
3. Que le projet de loi 37 intègre à la mission du CAG la notion d'*approvisionnement fondé sur la valeur* dans les processus d'acquisitions;
4. Que la gouvernance et la structure de direction du CAG prévoient des équipes sectorielles et spécialisées (expertise santé);
5. Que le CAG soit soumis aux mêmes principes de transparence que les autres organismes du gouvernement, dont une évaluation de performance plus complète que sur la base des cibles d'acquisitions et la présentation d'un rapport annuel détaillé et public, analogue aux futurs « bulletins des ministères »;
6. Que le CAG soit intégré au cadre budgétaire du gouvernement et qu'il tire donc la totalité de ses revenus des crédits budgétaires du gouvernement, interdisant ainsi la pratique des ristournes obligatoires pour les fournisseurs;
7. Que le CAG soit assujetti aux lois sur l'accès à l'information, sur le lobbying et sur le Vérificateur général;
8. Que le projet de loi énonce dans la mission du CAG la nécessité de travailler en collaboration avec les fournisseurs de l'État;
9. Que Medtech Canada soit invitée au moment opportun à échanger avec le comité de transition mis sur pied par le gouvernement pour lancer les opérations du CAG.

Recommandations concernant l'approvisionnement en santé

1. Que les approvisionnements soient traités comme une fonction stratégique et placés sous la responsabilité du ministre ou d'un ministre délégué qui veillera à ce que l'expertise, les ressources et les pratiques en la matière soient exemplaires;
2. Que soit proposé un *Règlement sur les contrats d'approvisionnement en santé*, notamment inspiré des Balises dévoilées récemment par le gouvernement et des politiques et pratiques d'autres juridictions comparables dans le monde, afin d'introduire des principes et des modes d'adjudication fondés sur la valeur qui favoriseraient l'innovation (technologique et organisationnelle), la qualité et l'efficacité des soins offerts à la population;
3. Que l'esprit du *Règlement sur les contrats d'approvisionnement en santé* affirme que les considérations budgétaires ne primeront pas sur la santé et la sécurité des patients et l'efficacité des soins;
4. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'engage à ne plus imposer de cibles d'économies purement administratives dans le cadre des approvisionnements en santé afin de favoriser plutôt les gains d'efficacité opérationnelle, l'amélioration des résultats cliniques et promouvoir l'intérêt public;
5. Que le cadre normatif et les pratiques associées soient organisés et gérés de manière à favoriser la saine concurrence et l'accès des petites et moyennes entreprises québécoises aux contrats publics, notamment en évitant les regroupements d'approvisionnement à outrance pouvant mener à des monopoles d'offre ou de demande et comporter un fardeau administratif tel que des fournisseurs se retirent du marché;
6. Que soient abolies les ristournes obligatoires imposées aux fournisseurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Position nationale de Medtech Canada sur la transformation et la centralisation de l'approvisionnement à l'échelle provinciale



Énoncé de position
Septembre 2019

Transformation et centralisation de l'approvisionnement à l'échelle provinciale Perspective de l'industrie des technologies médicales

Introduction

En soins de santé, l'approvisionnement s'appuie sur des stratégies, des processus et des outils dans le but d'acquiescer des technologies médicales ainsi que d'autres produits et services médicaux. Les hôpitaux et autres établissements de santé au Canada peuvent se procurer leurs équipements, fournitures et services individuellement ou par l'entremise d'un groupe d'approvisionnement en commun (GAC) ou d'organisations de services partagés (OSP).

À l'heure actuelle, il n'existe pas, à l'échelle du Canada, un modèle d'approvisionnement uniforme ni un ensemble de règles ou de pratiques cohérent en matière d'approvisionnement. Le paysage diffère d'une province à l'autre et il varie souvent entre les régions ou suivant les établissements (p. ex. les établissements de soins communautaires, les centres de soins de longue durée ou les hôpitaux).

Par conséquent, le paysage de l'approvisionnement en soins de santé au Canada est complexe et, de ce fait, l'agent des contribuables n'est pas dépensé de façon optimale, les patients n'ont pas droit aux meilleurs résultats possibles et le contexte économique n'est pas idéal.

Contexte

Récemment, le Québec et l'Ontario ont annoncé leur intention d'adopter un modèle de chaîne logistique et/ou d'approvisionnement « centralisé » pour toutes les institutions gouvernementales et le secteur public élargi :

Québec :

Budget de dépenses 2019-2020
(Link: <https://bit.ly/2lypl3e>)

Ontario :

Communiqué: Le gouvernement économise à la population de l'Ontario un milliard de dollars par an
(Link: <https://bit.ly/2JvivJg>)

Medtech Canada, à titre d'association nationale représentant l'industrie des technologies médicales au pays, appuie fortement les initiatives visant à améliorer et à transformer le paysage actuel de l'approvisionnement. Agissant en tant que fournisseur, mais aussi client du système d'approvisionnement, notre association a établi des principes clés qui, selon elle, assureraient la réussite de l'approvisionnement en soins de santé. Nous croyons que ces principes sont essentiels pour atteindre les objectifs clés suivants :

- Maximiser les occasions d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients et d'améliorer la qualité des soins ;
- Réduire les temps d'attente et accroître l'accès aux soins de première ligne ;
- Augmenter le rapport qualité-prix pour les contribuables, les fournisseurs et les patients ;
- Diminuer les coûts du système de soins de santé ;
- Investir dans des technologies qui permettent de faire des économies dans les soins de santé ;
- Réduire la paperasserie, le fardeau administratif et le coût de mener des affaires au Canada ;
- Créer des emplois et faire prospérer l'économie au Canada.



Principes d'optimisation de l'approvisionnement relié aux soins de santé

Pour atteindre les objectifs clés décrits ci-dessus, nous croyons qu'il faut appliquer les six principes suivants qui sont essentiels pour favoriser l'amélioration de l'approvisionnement en ce qui concerne les technologies et les solutions médicales au Canada. Comme les gouvernements provinciaux se dirigent vers diverses formes d'approvisionnement « centralisé », ces principes représentent des éléments clés de succès.

- 1 Les avis et l'expertise cliniques tout comme ceux du secteur des soins de santé sont nécessaires à l'approvisionnement relié aux soins de santé.
- 2 L'utilisation appropriée de méthodologies d'approvisionnement fondées sur la valeur est importante.
- 3 La gestion et les politiques centralisées pourraient simplifier les processus et permettre d'harmoniser les pratiques et les modalités contractuelles.
- 4 Les systèmes d'approvisionnement profiteraient d'une surveillance centralisée, effectuée de préférence par un organisme indépendant.
- 5 Les gouvernements provinciaux devraient établir des règles de gouvernance et promouvoir la transparence

- dans la gestion et les finances des groupes d'approvisionnement en commun (GAC).
- 6 Un lien devrait être établi entre le développement économique stratégique et l'approvisionnement relié aux soins de santé.

Conclusion et recommandations

Comme les gouvernements provinciaux au Canada se dirigent vers l'approvisionnement « centralisé », une excellente occasion d'amélioration se présente, particulièrement en soins de santé. En collaborant avec les principales parties prenantes, dont les fournisseurs, à la réforme de l'approvisionnement, il serait possible de mettre en œuvre des stratégies et des modèles qui rehaussent et améliorent les soins aux patients, génèrent des économies pour le système de soins de santé et font prospérer l'économie du Canada.

Medtech Canada appuie fortement l'application des recommandations suivantes qui s'harmonisent avec les six principes ci-dessus :

RECOMMANDATION 1 Pour les produits du domaine clinique destinés aux établissements de santé, l'approvisionnement doit être amorcé et géré par du personnel ayant des connaissances propres au secteur et doit prendre en compte les choix et les avis cliniques. Un engagement précoce total sur le marché et des évaluations du marché doivent se faire régulièrement pour que soient bien comprises les nouveautés cliniques et les améliorations technologiques.

RECOMMANDATION 2 Pour les produits ou solutions en soins de santé, l'approvisionnement doit se faire selon un modèle qui maximise la valeur tirée de l'utilisation des fonds publics. Idéalement, l'approvisionnement doit se faire selon différentes tactiques et approches qui favorisent les choix cliniques et les diverses répercussions des technologies médicales sur la pratique médicale. Les méthodologies fondées sur la valeur doivent être prises en considération quand les produits influent sur les résultats à court et à long terme pour les patients, sur les expériences que vivent les patients ou les soignants ou sur les coûts du système de soins de santé.

RECOMMANDATION 3 Les modèles provinciaux de chaîne logistique et d'achats reliés aux soins de santé devraient prévoir une entité centrale qui établirait et appliquerait une politique générale et aiderait à simplifier et à uniformiser les modalités contractuelles et les pratiques standards. Pourraient être incluses des grilles, des mesures visant à assurer l'utilisation judicieuse de valeurs ajoutées et/ou de financement, la réduction du dédoublement des documents, etc.

RECOMMANDATION 4 En ce qui a trait aux soins de santé, l'approvisionnement devrait comporter un mécanisme de tiers qui procurerait à toutes les parties prenantes un environnement objectif pour examiner le processus, régler les disputes, obtenir une solide rétroaction et faire le bilan des approvisionnements ainsi que pour assurer impartialité, transparence et reddition de comptes à toutes les parties.

NOTE : L'Autorité des marchés publics du Québec qui surveille l'ensemble des acquisitions du secteur public, des réseaux de la santé et de l'éducation, des sociétés d'État et des organismes municipaux de la province est un modèle de référence qui pourrait être examiné.

RECOMMANDATION 5 Chaque gouvernement provincial devrait avoir une ligne de visée sur les finances des groupes d'achats reliés aux soins de santé, soit directement, c.-à-d. par l'entremise d'un groupe d'achats qu'exploite le gouvernement, ou indirectement, c.-à-d. par des GAC/OSP/groupes d'achats hospitaliers qui fonctionnent sous la surveillance financière du gouvernement provincial. Les groupes d'achats devraient être soumis à des vérifications du vérificateur général de la province et tenus de se plier aux demandes d'accès à l'information.

RECOMMANDATION 6 En ce qui a trait aux soins de santé, l'approvisionnement devrait établir un lien stratégique entre les dépenses en soins de santé et les cibles et initiatives en matière de développement économique. Ainsi, l'important investissement des contribuables pour soutenir le système de soins de santé contribuerait à l'essor de l'industrie nationale des technologies médicales et de l'économie en général.

ANNEXE

1 Les avis et l'expertise cliniques tout comme ceux du secteur sont nécessaires à l'approvisionnement relié aux soins de santé.

Lors de l'achat de technologies qui sont utilisées pour les soins des patients et ont une incidence sur ceux-ci, nous estimons qu'il est primordial que les personnes responsables de la gestion et de la prise de décisions aient une expertise clinique et en soins de santé ou aient accès à une telle expertise. Dans tous les aspects de la vie et en affaires, nous consultons des experts pour qu'ils nous donnent des conseils et prennent des décisions d'importance pour nous. Ainsi, votre comptable vous conseille sur vos finances, votre avocat vous guide pour ce qui est des stratégies judiciaires et votre médecin détermine le traitement à suivre.

Les technologies médicales sont utilisées, en premier lieu, dans le cadre des soins aux patients et, en second lieu, dans le but de générer des gains d'efficacité dans le système de soins de santé. Ces technologies—certaines simples, mais de nombreuses autres complexes—ne devraient pas faire l'objet de contrats

sans que l'acheteur aie une très bonne compréhension de l'incidence de ces technologies sur les patients et l'ensemble du système de soins de santé. Une solide contribution clinique doublée d'une importante participation est essentielle.

Cette expertise évoluera, augmentera et se maintiendra grâce à un système où l'acquisition de technologies médicales se fait par un organisme d'achat qui a de l'expertise dans la chaîne logistique reliée aux soins de santé et qui profite de la contribution de professionnels cliniques dévoués.

Recommandation 1

Pour les produits du domaine clinique destinés aux fournisseurs de soins de santé, l'approvisionnement doit être amorcé et géré par du personnel ayant des connaissances propres au secteur et doit prendre en compte les choix et les avis cliniques. Un engagement précoce total sur le marché et des évaluations du marché doivent se faire régulièrement pour que soient bien comprises les nouveautés cliniques et les améliorations technologiques.

2 L'utilisation appropriée de méthodologies d'approvisionnement fondées sur la valeur sera importante.

Nous savons tous, en tant que consommateurs, que la voiture la moins chère sur le marché n'offre pas nécessairement la meilleure « valeur » qui soit. Si c'était vrai, n'achèterions-nous pas tous la voiture la moins chère ? Quand nous achetons une voiture, nous prenons en compte divers facteurs ajoutant de la « valeur » à la voiture, par exemple son rendement énergétique, le nombre de passagers qui peuvent y prendre place, la capacité de charge, les caractéristiques de sécurité, la fiabilité du fabricant, la qualité d'ensemble et ainsi de suite. En fait, nous analysons de nombreux critères d'évaluation puis nous les classons par ordre de priorité selon nos besoins avant de décider quelle voiture nous achèterons.

Pourquoi ne procéderions-nous pas de même en soins de santé ? Ou, n'est-il pas encore plus important de nous demander comment nous pouvons **NE PAS** procéder de la sorte pour l'achat de technologies qui ont des répercussions tant sur notre santé personnelle que sur la qualité et la durabilité de notre système public de soins de santé.

La majorité des appels d'offres actuellement émis en soins de santé au Canada sont principalement notés en fonction du seul prix ou alors le prix constitue l'élément ayant la plus forte pondération dans le résultat de l'évaluation. Il serait bénéfique que le système d'approvisionnement évalue avec justesse le marché actuel et futur et évalue les différences

établies ou potentielles entre les produits pour en déterminer la valeur sur d'autres bases que le seul prix de la soumission. Un instrument plus cher a certes un prix supérieur, mais il peut générer des économies sur le coût, notamment, des médicaments, du personnel et du séjour aux soins intensifs. Certains produits permettent de réduire la durée de l'hospitalisation, de la période de rétablissement du patient ou de son congé de maladie. Certaines technologies diminuent les risques d'infection, de douleur ou de tissu cicatriciel pour un patient. Certains produits ou solutions ne sont même pas pris en compte dans notre système actuel, car ils constituent des substituts aux produits ou aux solutions présentement utilisés ou ils ne sont tout simplement pas connus.

L'impact des technologies et des solutions sur les soins aux patients et sur le système de soins de santé est capital dans un système public et, en évaluant les scénarios et en favorisant l'approvisionnement fondé sur la valeur technique et l'expertise, il est possible d'atteindre de meilleurs résultats, sur le plan financier et clinique.

Recommandation 2

Pour les produits ou solutions en soins de santé, l'approvisionnement doit se faire selon un modèle qui maximise la valeur tirée de l'utilisation des fonds publics.

Idéalement, l'approvisionnement doit se faire selon différentes tactiques et approches qui favorisent les choix cliniques et les diverses répercussions des technologies médicales sur les cliniciens et le système en général. Les méthodologies fondées sur la valeur doivent être prises en considération quand les produits influent sur les résultats à court et à long terme pour les patients, sur les expériences que vivent les patients ou les soignants ou sur les coûts du système de soins de santé

4

3 La gestion et les politiques centralisées pourraient simplifier les processus et permettre d'harmoniser les pratiques et les modalités contractuelles.

Au Canada, les fournisseurs traitent avec de multiples groupes d'achats et font face à différents systèmes d'approvisionnement dans les groupes d'approvisionnement en commun (GAC), organisations de services partagés (OSP), établissements de soins de longue durée, organisations de soins communautaires ou autres établissements de

santé de chaque province. Chaque fois qu'une demande de propositions est émise, les fournisseurs doivent souvent réviser une modalité ou une condition qui est similaire à celle d'une demande de propositions antérieure provenant d'une autre source, mais qui comporte tout de même une légère différence. Chaque nuance exige l'intervention d'un conseiller juridique et des réponses uniques. Certaines conditions peuvent aller à l'encontre des accords commerciaux ou des politiques de vente. Bon nombre de projets d'approvisionnement incluent des valeurs ajoutées qui peuvent enfreindre les règles de conformité ou manquent de transparence. Dans certains cas, il y a dédoublement du fait que des documents sont exigés du fournisseur alors qu'il les a déjà soumis à Santé Canada à des fins d'approbation ou de certification ISO. Aucune de ces pratiques ne crée un climat sain pour les fournisseurs de petite, moyenne ou grande envergure.

Un modèle d'approvisionnement idéal devrait comprendre une plus grande cohérence et reddition de comptes dans les modalités des contrats et les pratiques, même si ce n'est que dans le cadre des compétences provinciales particulières. Un processus concerté entre les fournisseurs et les établissements de santé prévoyant une surveillance centrale pourrait constituer une excellente occasion d'examiner et de créer des grilles et des normes qui pourraient servir dans l'ensemble du territoire pour les approvisionnements futurs. Ainsi, toutes les parties en cause, y compris le gouvernement et/ou l'organisation d'achats, gagneraient du temps et économiseraient. L'argent des contribuables serait donc dépensé de façon plus responsable. Par ailleurs, fait non négligeable, ceci favoriserait un contexte commercial qui respecte les lois et encouragerait la collaboration.

Nous tenons toutefois à faire une mise en garde que nous jugeons essentielle à la réussite : le maintien d'un contexte commercial concurrentiel au Canada est des plus importants pour toutes les parties prenantes. Les initiatives d'achat des provinces, des groupes d'envergure ou centralisées devront être évaluées avec précaution et mises en œuvre de manière à éviter la création de monopoles ou de barrières empêchant l'entrée de concurrents de petite ou de grande taille.

Recommandation 3

Les modèles provinciaux de chaîne logistique et d'achats reliés aux soins de santé devraient prévoir une entité centrale qui établirait et appliquerait une politique générale et aiderait à simplifier et à uniformiser les modalités contractuelles et les pratiques standards. Pourraient être incluses des grilles, des mesures visant à assurer l'utilisation judicieuse de valeurs ajoutées et/ou de financement, la réduction du dédoublement des documents, etc

5

4 Les systèmes d'approvisionnement profiteraient d'une surveillance centralisée, assurée de préférence par un organisme indépendant.

À l'heure actuelle, certains territoires n'ont ni entité ni processus assurant la surveillance par un tiers dans le cadre des approvisionnements. La situation pose problème, car advenant, par exemple, qu'une entreprise ait des difficultés avec le processus d'appel d'offres ou ne puisse obtenir des éclaircissements adéquats, elle est obligée de s'adresser aux personnes mêmes qui ont pris la décision en premier lieu.

Un tel processus peut être très coûteux pour les entreprises en raison des frais juridiques et d'autres coûts qui pourraient être évités. De même, les fournisseurs de technologies médicales craignent souvent qu'en remettant des choses en question ou en exprimant leur insatisfaction aux GAC ou OSP, ils puissent mettre à risque leurs occasions d'affaires actuelles et futures. De l'autre côté, les établissements ou acheteurs n'ont pas la liberté de demander des conseils objectifs ou des directives si un fournisseur crée des difficultés durant le processus d'approvisionnement. Ils

doivent compter sur l'industrie pour obtenir les produits et les solutions nécessaires au système de soins de santé.

Il importe, tant pour les fournisseurs que pour les établissements de santé, de disposer d'un endroit sûr et impartial pour gérer les disputes et offrir de la rétroaction constructive. Cette entité pourrait aider à gérer la résolution des différends, à assurer l'impartialité et la transparence dans les bilans, à donner de la rétroaction et veiller à la reddition de comptes. Il importe également que les contribuables estiment qu'ils appuient un système juste et transparent pour l'achat de technologies en soins de santé.

Recommandation 4

En ce qui a trait aux soins de santé, l'approvisionnement devrait comporter un mécanisme de tiers qui procurerait à toutes les parties prenantes un environnement objectif pour examiner le processus, régler les disputes, obtenir une solide rétroaction et faire le bilan des approvisionnements ainsi que pour assurer impartialité, transparence et reddition de comptes à toutes les parties.

5 Les gouvernements provinciaux devraient établir des règles de gouvernance et promouvoir la transparence dans la gestion et les finances des groupes d'approvisionnement en commun (GAC).

Qu'un groupe d'approvisionnement en commun appartienne à un gouvernement provincial qui l'exploite directement ou qu'il soit régi par un autre mécanisme (c.-à-d. une entreprise à but lucratif comme HealthPro) ou qu'il appartienne à un regroupement d'hôpitaux qui l'exploite, comme les organisations de services partagés (OSP), il n'en demeure pas moins que toutes ces organisations sont essentiellement financées de manière directe ou indirecte par l'argent des contribuables.

Les GAC et certaines OSP se financent principalement par

les réductions consenties sur le volume obtenues des fournisseurs dans le cadre des ententes contractuelles et/ou alors à l'aide des paiements qu'ils reçoivent des hôpitaux (ou autres établissements de santé) pour leurs services. Dans bien des cas, les hôpitaux achètent des technologies par l'entremise de GAC/OSP et les GAC/OSP obtiennent en retour des rabais des fournisseurs. L'argent recueilli sert à financer les GAC/OSP et le reste de l'argent est transmis aux hôpitaux. D'autres OSP se financent grâce à la rétribution de leurs services par les hôpitaux. Peu importe le modèle d'affaires – soit par voie directe ou indirecte –, toutes les entités d'achats sont d'une façon ou d'une autre financées par l'argent des contribuables.

Il n'y a pas de transparence envers le public ou de surveillance directe sur les finances des groupes d'achats non exploités par le gouvernement au Canada. Par exemple :

- À un moment donné, les salaires d'employés d'OSP de l'Ontario figuraient, selon le cas, sur la liste de divulgation des traitements dans le secteur public en Ontario. Cette pratique n'est toutefois pas uniforme et les divulgations de traitement sont rares tout comme leur parution sur la liste.
- Pour les GAC/OSP, il n'y a pas de mécanisme de vérification provincial en place comme c'est le cas pour les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée ou les organisations de soins communautaires.
- Les finances des OSP dans certaines provinces, dont l'Ontario, ne sont pas soumises aux vérifications du vérificateur général, contrairement à celles de nombreuses autres organisations du secteur public comme les hôpitaux, les collèges et les universités, les commissions scolaires et les sociétés d'aide à l'enfance.

L'un des principaux rôles des vérificateurs généraux consiste à procéder à des vérifications de l'optimisation des ressources. Ils doivent alors évaluer si le gouvernement et l'ensemble du secteur public respectent les principes d'économie et d'efficacité dans leurs activités et ont mis en place des procédures pour mesurer l'efficacité des programmes et des organisations et en rendre compte et qu'ils voient au bon fonctionnement de celles-ci. Dans un système public de soins de santé, un tel processus de freins et de contrepoids constitue un mécanisme de surveillance déterminant quand l'argent des contribuables est en cause.

Recommandation 5

Chaque gouvernement provincial devrait avoir une ligne de visée sur les finances des groupes d'approvisionnement reliés aux soins de santé, soit directement, c.-à-d. par l'entremise d'un groupe d'achats qu'exploite le gouvernement, ou indirectement, c.-à-d. par des GAC/OSP/groupes d'achats hospitaliers qui fonctionnent sous la surveillance financière du gouvernement provincial. Les groupes d'achats devraient être soumis à des vérifications du vérificateur général de la province et tenus de se plier aux demandes d'accès à l'information.

7

6 Un lien devrait être établi entre le développement économique stratégique et l'approvisionnement relié aux soins de santé.

Malgré les milliards de dollars dépensés en soins de santé au Canada, aucune province n'a pour le moment une stratégie pour relier un tel investissement à la création d'emplois et à l'essor économique de la province.

Parfois, une entreprise aura conçu un produit au Canada — souvent en partenariat avec un hôpital canadien — mais elle sera ensuite incapable de faire adopter ce produit par le système de soins de santé canadien. En pareils cas, nous faisons piètre figure, car nous n'arrivons pas à user de stratégie pour que notre système de soins de santé constitue le « premier client » de ces entreprises, ce qui les aiderait à commercialiser plus rapidement ces technologies ailleurs.

Dans d'autres cas, une hausse des ventes de technologies médicales fabriquées au Canada peut se traduire par la création d'emplois et des occasions de développement économique pour les Canadiens. À l'heure actuelle, il n'y a pas de processus et de lien stratégique avec l'approvisionnement aux échelons provinciaux pour contribuer à la

réalisation de ces objectifs de développement économique. Par contre, certains programmes fédéraux atteignent des buts similaires dans d'autres secteurs, mais comme ce sont les provinces qui sont responsables de la prestation des soins de santé, les gouvernements provinciaux doivent s'employer à mettre en œuvre de tels programmes stratégiques et d'évaluation des technologies.

Ceci pourrait se faire dans le cadre d'un modèle d'approvisionnement fondé sur la valeur pour les soins de santé au Canada qui comporterait, parmi les critères d'évaluation pour l'approvisionnement en biens et services, la création d'emplois et l'incidence sur le développement économique. Si c'est particulièrement important pour les PME installées au Canada, c'est également pertinent pour les multinationales qui contribuent à l'essor de l'économie canadienne.

Recommandation 6

En ce qui a trait aux soins de santé, l'approvisionnement devrait établir un lien stratégique entre les dépenses en soins de santé et les cibles et initiatives en matière de développement économique. Ainsi, l'important investissement des contribuables pour soutenir le système de soins de santé contribuerait à l'essor de l'industrie nationale des technologies médicales et de l'économie en général.

Engagements électoraux de la Coalition Avenir Québec envers l'industrie des technologies médicales (septembre 2018)



L'équipe du **CHANGEMENT**

Montréal, 19 septembre 2018

Benoît Larose
MEDEC - Les sociétés canadiennes de technologies médicales

Bonjour,

La présente fait suite à la demande que vous nous avez fait parvenir dans le cadre de l'actuelle campagne électorale et concernant les enjeux qui touchent de près la santé publique. Il nous fait plaisir de vous transmettre notre réponse qui, nous l'espérons, sera à votre convenance.

L'engagement de votre parti à mettre fin au principe du plus bas soumissionnaire

Recherche clinique

Poursuivre l'action gouvernementale vers le déploiement de certaines mesures qui nous apparaissent positives pour l'amélioration constante de notre système de santé.

Déploiement du financement axé sur le patient (à l'étape de projet pilote)

Comité d'approvisionnement fondé sur la valeur, qui sera bientôt instauré au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Entreprises de technologies médicales répondant aux appels d'offres des groupes d'approvisionnements en commun sont négativement affectées par l'imposition de ristournes obligatoires sur les contrats.

Détérioration de la qualité du parc d'équipement médical utilisé dans le réseau de la santé.

Permanence de Montréal
1260, rue Mill, bureau 50
Montréal (Québec) H3K 2B4

T 514 800 6000 / 1 866 416 2960
F 514 800-0081 / 418 800-0081
info@coalitionavenirquebec.org

CoalitionAvenirQuebec.org

Comme vous le constatez, un rapport produit par la CAQ en novembre 2015 sur l'efficacité de l'État, nous proposons d'abolir la règle du plus bas soumissionnaire conforme pour une formule qui tient compte de la qualité et de l'analyse du comité de sélection.

Par ailleurs, un gouvernement de la CAQ va accélérer l'approbation des nouveaux médicaments et investir dans la recherche clinique effectuée au Québec. De nouveaux médicaments peuvent aider les patients à traiter leur maladie, à vivre mieux et plus longtemps, mais leur approbation par les gouvernements et organismes réglementaires est parfois très longue. Selon une nouvelle étude publiée en avril 2018, le délai moyen d'approbation entre le moment où les nouveaux médicaments sont approuvés par Santé Canada et celui où ils sont remboursés est de 15 mois, mais c'est parfois beaucoup plus. Par exemple, des milliers de patients Québécois atteints de cancer ou d'une maladie rare attendent ainsi impatiemment que de nouveaux médicaments soient enfin accessibles et abordables.

Un gouvernement de la CAQ croit que le processus d'examen des médicaments peut être amélioré en faveur de l'accessibilité et de l'abordabilité des nouveaux traitements. En collaboration avec le reste des autres provinces canadiennes et du gouvernement fédéral, il faut revoir les règles administratives et le processus d'approbation des nouveaux médicaments afin d'en accélérer l'approbation et l'inscription sur la liste des médicaments du Québec. De plus, il est aussi essentiel d'investir davantage dans les essais cliniques qui rendent les traitements innovateurs accessibles aux patients, permettent des économies. Un gouvernement de la CAQ poursuivra le déploiement de la stratégie québécoise des sciences de la vie 2017-2027.

Un gouvernement de la CAQ entend aussi favoriser la pluralité des fournisseurs de soins et de services de santé en faisant appel au secteur privé en respectant le principe d'universalité qui garantit la gratuité des soins. Les fournisseurs privés de soins et de services sont déjà présents dans le réseau de la santé et peuvent contribuer à l'amélioration de la performance du système. Les Québécois sont ouverts à ce que le

privé puisse jouer un rôle, pourvu que l'universalité et la gratuité des soins soient préservés. Par exemple, avec des ententes particulières, des cliniques privées de chirurgies peuvent fournir des services de qualité et moins dispendieux que dans le réseau public. Dans ces cas-là, les patients sur les listes d'attente et les contribuables sont tous deux gagnants.

La CAQ croit qu'il faut poursuivre le virage vers le financement à l'activité des établissements de santé. Encore aujourd'hui, le budget des établissements de santé et de services sociaux est basé sur l'historique des dépenses, puis simplement reconduit au fil des ans moyennant certains ajustements. Cette approche est contre-productive et n'incite pas les établissements à améliorer l'accès, la qualité ou l'efficacité des soins. Avec le système actuel, à la fin de l'année financière, les économies réalisées grâce à une meilleure organisation ne peuvent pas être reportées à l'année suivante. Et si l'hôpital décide d'acquérir un équipement qui augmente la qualité des soins, mais qui coûte plus cher, il doit couper ailleurs pour le financer.

Dans son rapport publié en 2014, le « Groupe d'experts québécois sur le financement axé sur les patients » proposait des balises pour l'implantation d'un tel mode de financement, entre autres des indicateurs de performance, l'utilisation des meilleures pratiques médicales et la mise en place de systèmes permettant de connaître les coûts détaillés de chaque activité. La CAQ est en faveur d'une révision du mode de financement des établissements de santé et de l'implantation progressive du financement axé sur les patients. Cette mesure assurerait l'attribution des ressources budgétaires en fonction des besoins réels de la population.

Il est aussi temps de propulser le réseau de la santé du Québec dans l'ère numérique en améliorant l'accès et le partage des informations et en favorisant l'utilisation de nouvelles technologies de l'information. L'accès aux données dans le réseau de la santé est difficile et le Québec accuse un retard important dans la collecte des données et dans l'utilisation des technologies de l'information. Par exemple, le ministère de la Santé et des Services sociaux ne sait pas combien de personnes attendent pour rencontrer un orthophoniste dans un CLSC et il est pratiquement

impossible pour une personne de savoir quel est le temps d'attente dans les urgences de sa région. D'autres pays facilitent le parcours des patients et partagent des informations simples comme le temps d'attente en direct dans les urgences. Dans ce contexte, il est difficile de comparer la performance entre les établissements et de partager les meilleures pratiques et de faire circuler les informations. L'information est pourtant à la base de nouvelles innovations et pourrait grandement améliorer la performance du réseau au bénéfice des patients et des contribuables. Plusieurs chercheurs et entreprises du Québec se spécialisent pourtant dans la place que devrait occuper le numérique dans le système de santé, mais pour plusieurs raisons, la machine n'est pas capable de suivre.

Un gouvernement de la CAQ poursuivra les travaux du comité d'approvisionnement fondé sur la valeur qui sera instauré au ministère de la Santé et des Services sociaux et nous analyserons l'imposition de ristournes obligatoires sur les contrats des technologies médicales, même si pour l'instant, nous n'entendons pas de revoir cette disposition.

Par ailleurs, la CAQ est consciente de la détérioration graduelle du parc d'équipement médical des établissements de santé que le gouvernement du Québec doit réfléchir à un plan de remplacement de certains appareils. Selon le Plan québécois des infrastructures 2018-2018, pour l'ensemble des appareils médicaux, les indices d'état moyens sont demeurés relativement stables, soit bon (B) ou satisfaisant (C), en raison essentiellement du programme de remplacement en continu des équipements. Selon le PQI, les appareils médicaux sont normalement remplacés à la fin de leur durée de vie utile. Ceux dont l'âge réel dépasse la durée de vie normalisée représentent des investissements prévus de 582,4 millions de dollars, soit 14,5 millions de plus que l'an dernier. Nonobstant la hausse des investissements des deux dernières années, le déficit de remplacement des équipements médicaux augmente légèrement en raison de la capacité financière annuelle qui est inférieure à la croissance des besoins. Cependant, le rehaussement des investissements significatifs prévus au cours des prochaines années devrait permettre d'inverser cette tendance. Un gouvernement



L'équipe du **CHANGEMENT**

de la CAQ surveillera donc de près si le plan actuel est suffisant pour éviter la détérioration rapide du parc d'équipement médical.

Veuillez agréer l'expression de nos considérations distinguées.

L'Équipe de la Coalition Avenir Québec