



MEDEC

CANADA'S MEDICAL TECHNOLOGY COMPANIES

LES SOCIÉTÉS CANADIENNES DE TECHNOLOGIES MÉDICALES

MÉMOIRE

Approvisionnement stratégique

*Ou comment favoriser l'efficience
en maximisant l'impact des technologies médicales
dans le réseau de santé québécois*

Septembre 2011

Présentation de MEDEC

Les technologies médicales transforment le système de santé par leur vaste gamme de dispositifs médicaux et de technologies de l'information et des communications. Ces incontournables représentent désormais des impératifs critiques pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et la réadaptation ainsi que l'organisation et la livraison de services.

Les activités portant sur l'approvisionnement en matière de technologies médicales représentent un enjeu important. Il nous fait donc plaisir de vous transmettre le mémoire de MEDEC relatif au Projet de loi no. 16 (« PL16 »), particulièrement en ce qui concerne les articles portant sur l'approvisionnement en commun du Réseau de la santé et services sociaux (le « Réseau »).

MEDEC est l'Association canadienne des compagnies de technologies médicales, créée par et pour cette industrie. Elle est la principale source de défense des droits, d'information et d'éducation au sujet du secteur des technologies de la santé pour ses presque deux cents membres, pour la communauté élargie des soins de santé, pour les partenaires de l'industrie et pour l'ensemble du public. Nos buts sont d'améliorer les résultats des soins de santé pour les patients et de soutenir la croissance et l'épanouissement de notre secteur d'activités au Québec et au Canada. Nos mots d'ordre sont : innovation, sécurité, efficacité et interopérabilité.

Notre industrie regroupe tous les supports technologiques reliés à la santé à l'exception des médicaments. Souvent associées aux produits pharmaceutiques, les technologies de la santé se distinguent, entre autres, par un cycle de vie plus court et d'avancées technologiques graduelles et continues.

Le secteur des technologies médicales représente au Québec plus de 10 000 emplois. Cette industrie est surtout représentée par quelques grandes entreprises et plusieurs petites et moyennes sociétés dont l'essor dépend surtout de leur capacité d'innover, de fabriquer et de distribuer efficacement leurs produits qui font appel à des technologies complexes et variées. Les deux tiers des entreprises du secteur comptent moins de 100 employés.

Sommaire exécutif

Les membres de MEDEC assument entièrement leur rôle dans la chaîne d'approvisionnement du réseau de la santé et reconnaissent que les efforts pour améliorer les pratiques en cette matière peuvent procurer des bénéfices importants. C'est pourquoi MEDEC appuie en principe cet objectif mais rappelle que pour réunir les conditions de succès cette démarche doit obligatoirement s'inscrire dans une perspective *stratégique*.

Le présent mémoire décrit les éléments devant être inclus dans une telle stratégie selon MEDEC et propose des modifications au PL16 tel que rédigé.

- Le PL16 vise à forcer une plus grande centralisation des achats pour fins d'économies. MEDEC comprend l'objectif visé mais souligne **la nécessité de maintenir une perspective élargie en matière d'approvisionnement pour tenir compte du fait que les technologies médicales ne sont pas des commodités**. Il faut donc aussi:
 - Considérer la valeur et non pas seulement le prix d'une technologie;
 - Optimiser et standardiser l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement;
 - Reconnaître l'importance de l'accès à l'innovation technologique et de son adoption;
 - Permettre l'offre de propositions alternatives dans les dossiers d'approvisionnement;
 - Assurer la gestion du changement afin de mieux concrétiser les retombées de l'innovation.
- Il est impératif que **le rôle des établissements dans le processus décisionnel reste important** pour favoriser et maximiser l'apport des technologies médicales sur le réseau de santé. Les cliniciens et les administrateurs locaux comprennent les besoins de leurs établissements et devraient jouer un rôle central dans le processus, demeurant ainsi responsabilisés vis-à-vis toute décision. Cependant, **les Agences, de concert avec le ministère, devraient jouer un rôle particulier au niveau de l'appréciation des avantages « système » qui peuvent être apportés par les technologies médicales et contribuer à l'identification de métriques en la matière.**
- **Le plan pluriannuel d'approvisionnement en commun devrait traiter spécifiquement des technologies médicales et** comprendre un volet décrivant le potentiel d'économies, d'amélioration de performance, de capacité et d'efficience pouvant être réalisés par leur intermédiaire. Le plan doit aussi couvrir la gestion du changement (revue des pratiques cliniques, formation...) requise pour leur mise en œuvre et décrire les indicateurs qui seront utilisés pour mesurer la réalisation des bénéfices anticipés.

Les maillons de la chaîne d'approvisionnement du Réseau

L'industrie des technologies médicales est consciente de l'efficacité économique que recherche le Réseau par l'approvisionnement en commun. L'utilisation judicieuse des ressources administratives est un effort nécessaire pour une meilleure gestion de cette organisation complexe. De plus, l'effort de normalisation des processus d'approvisionnement exigés par la *Loi sur les contrats des organismes publics* (« LCOP ») doit être souligné, bien que son application sur le terrain demande à être raffinée.

Il est opportun de rappeler les limites de tels outils législatifs : on ne peut s'attendre que ce type de mesure solutionne, à lui seul, les défis du financement du système de santé. En effet, l'analyse de l'expérience internationale¹ démontre qu'il est mal avisé de voir dans le contrôle des coûts d'acquisition des technologies médicales le moyen privilégié pour contenir les dépenses en santé. Ces attentes doivent être réalistes et mises en perspective puisque ces actions ne portent que sur une fraction des coûts du système. L'attention doit être portée sur l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement et non sur un seul maillon.

Favoriser exclusivement une telle approche ne peut que réduire l'impact des technologies médicales sur la qualité des soins et sur la productivité du système de santé et peut affecter la capacité du personnel à s'impliquer de manière active et positive dans l'amélioration des performances.

Depuis quelques années, la méthode *Lean* est de plus en plus appliquée dans le Réseau. Cette vision de la qualité totale peut avoir des impacts positifs sur une organisation complexe qui prodigue des services critiques. Selon l'AQESSS² :

« L'idée maîtresse véhiculée par le *Lean Thinking* est relativement simple et se résume de la façon suivante : une organisation doit viser de façon obsessionnelle à n'appliquer que les moyens les plus efficaces pour produire ses biens ou ses services. Les notions d'utilité (*value*) et de gaspillage (*waste*) sont au cœur de cette préoccupation et l'on doit habiliter le personnel à s'impliquer dans le processus d'amélioration continue. »

Tout en travaillant à contenir les dépenses destinées aux soins de santé, le Réseau doit rester sensible au coût de non-qualité et des risques à moyen terme d'une pratique qui pourrait le priver de l'innovation dont il a besoin afin de livrer les services à la population avec une plus grande efficacité.

MEDEC est d'avis que les cibles d'amélioration de l'efficacité en matière d'approvisionnement des technologies médicales ne peuvent être atteintes si l'on ne mise que sur l'approvisionnement en commun.

¹Conference Board of Canada, Innovation Procurement in Health Care, Juillet 2011

² AQESSS, Dossier LEAN : http://www.aqesss.qc.ca/1842/Methode_Lean_%28Approche_Toyota%29.aqesss

Les technologies médicales, un créneau distinct

MEDEC utilise le terme « technologie médicale » pour désigner les solutions et les produits suivants : dispositifs médicaux, équipement de diagnostic (imagerie, équipement de laboratoire, médecine personnalisée etc.) et technologies de l'information et des communications appliquées en santé.

En matière d'approvisionnement du Réseau, la nature des technologies médicales est très différente de celle des autres catégories de biens et services. Alors que certains produits peuvent sembler interchangeables, la grande majorité des technologies médicales comporte des attributs cliniques marqués qui résistent à la non différenciation courante pour d'autres catégories de produits plus éloignés des soins aux patients.

On retrouve d'ailleurs les définitions suivantes dans certains appels d'offres émis par le réseau de la santé du Québec :

- Produit de commodité

Un produit de commodité est un produit connu, d'utilisation courante, pour lequel une multitude de produits alternatifs sont possibles sur le marché, l'incidence du produit en lien avec le traitement de la pathologie est mineur.

- Produit de spécialité

Un produit de spécialité est un produit utilisé dans l'exercice de la médecine. Ce produit est d'utilisation ponctuelle ou spécifique à une pathologie, les indications cliniques du produit sont très pointues et s'adressent aux médecins, seules quelques alternatives sont possibles. L'utilisation de ce produit de traitement ou de diagnostic dans le cadre de l'exercice de la médecine peut demander une dextérité propre à l'utilisateur; une dirigeabilité; une souplesse et une flexibilité propre aux besoins spécifiques de la pathologie rencontrée. Les résultats des études cliniques et de laboratoire du produit sont parfois limités ou peu nombreux.

La complexité et la diversité des technologies médicales ainsi que leur impact direct sur les soins de santé, sur les protocoles cliniques et sur le personnel du réseau, forcent une adaptation des processus qui soutiennent le choix de ces produits et leur intégration au sein des établissements. Il est impératif que les pratiques d'approvisionnement impliquant ces produits prennent en considération leur spécificité pour mieux les évaluer et éventuellement en retirer toute la valeur possible.

En effet, l'évaluation de l'impact global des technologies médicales innovantes sur le système de santé au sens large et sur la société en général ne peut se baser uniquement sur la réduction de dépenses. Une approche qui tient compte de l'impact global de ces produits sur la qualité des soins et des résultats cliniques pour les patients québécois est à privilégier.

Réduire la durée d'une hospitalisation ou le risque de complications, proposer une plus grande convivialité aux cliniciens et au personnel de soutien ou améliorer leur environnement, offrir une meilleure qualité de vie aux patients sont autant d'exemples d'impacts qui sont souvent non quantifiés lors des appels d'offres traditionnels, mais qui devraient être pris en considération

dans l'évaluation du coût de la technologie puisqu'ils affectent la performance et la pérennité du système de santé québécois à court, moyen et long terme.

Les exemples suivants illustrent clairement l'impact positif de la contribution de technologies sur la qualité des soins, l'accès pour les patients et la convivialité du travail pour le personnel soignant :

- L'Institut de cardiologie d'Ottawa a diminué de 54 % les réadmissions pour insuffisance cardiaque grâce à la télésurveillance à domicile de patients³.
- L'introduction de la multidisciplinarité et l'utilisation de technologies de l'information peuvent se traduire par un gain de 20 % en temps pour les médecins selon l'AMQ. Appliqué aux médecins de famille de la région de Montréal, ce gain équivaldrait à 250 généralistes de plus et ce, sans un seul dollar supplémentaire dépensé en formation⁴.
- L'évaluation d'Inforoute Santé du Canada sur l'efficacité des systèmes PACS démontre que la productivité des spécialistes en radiologie a été améliorée en moyenne de 27 % suite à leur implantation, ce qui permet aux Canadiens de bénéficier de l'équivalent de 450 à 540 spécialistes supplémentaires effectuant 9 à 11 millions d'examen chaque année⁵.
- Des technologies émergentes facilitent la chirurgie minimalement invasive (endochirurgie, laparoscopie...), réduisent la durée d'hospitalisation⁶ et augmentent ainsi l'accès aux soins.

Approvisionnement stratégique en santé

Il y a consensus quant à la nécessité d'optimiser les ressources en logistique et en approvisionnement et quant au potentiel d'économies à réaliser⁷. Si l'approvisionnement en commun constitue un des moyens qui contribue à l'atteinte de cet objectif, **nous sommes d'avis que dans le cas spécifique des technologies médicales ce n'est ni le seul, ni nécessairement le plus efficace.**

En effet, considérant les spécificités de cette catégorie de produits et leur lien direct avec la qualité des soins, il semble nécessaire d'adopter une approche plus *stratégique* pour concilier les besoins cliniques, opérationnels et budgétaires en matière d'approvisionnement de fournitures et technologies médicales.

³ Communiqué de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa du 9 juillet 2009.

⁴ Communiqué de presse du 9 avril 2009, AMQ

⁵ Évaluation des avantages en imagerie diagnostique Rapport final, Inforoute santé du Canada, 2008.

⁶ Laparoscopic Surgery for Endometrial Cancer: A Review, J Obstet Gynaecol Can 2010;32(6):570–579

⁷ Beaulieu et Landry, Réflexion sur la gestion de la logistique et de l'approvisionnement dans le réseau québécois de la santé : pistes de solutions et conditions de succès, document déposé à l'AQESS, Octobre 2010

Traditionnellement au Canada (et au Québec), les pratiques d'approvisionnement sont conditionnées par le contrôle des coûts plutôt que par la génération de valeur⁸. Il faut énoncer clairement la nécessité d'adopter une approche fondée sur la valeur, donc axée sur les compétences, les processus et les systèmes de gestion, faute de quoi le risque de se priver de réelles opportunités d'efficience reste grand.

De plus, en mettant l'accent sur les achats en commun, on se trouve à hiérarchiser les moyens à considérer pour rechercher l'efficience en priorisant la négociation avec l'industrie fondée sur les volumes. Par ailleurs, il ne faut pas confondre le **prix** (la portion visible du coût total) avec le **coût total** d'un produit (comprenant le coût d'acquisition et d'utilisation). La priorisation des coûts au lieu de la valeur envoie un message à la limite contradictoire avec les concepts *Lean Healthcare* privilégiés par le MSSS dans ses échanges avec le Réseau et ses fournisseurs.

La recherche d'innovation, d'amélioration de la chaîne logistique globale (patients, personnel, biens et services...) et d'optimisation des processus mérite pourtant une attention au moins équivalente sinon plus grande que la recherche d'économies via l'approvisionnement en commun. Nous reconnaissons que la *Loi sur les contrats des organismes publics* comporte des modalités liées à l'évaluation de la valeur. Cependant, ces dernières sont invoquées de façon optionnelle et variable par les membres du réseau de la santé. **Il serait pertinent que ces modalités soient privilégiées de façon aussi systématique que celles portant sur l'optimisation des coûts.**

Implication et responsabilité locale

Le PL16 attribue un pouvoir de coercition aux Agences qui pourraient contraindre l'adhésion des établissements aux projets d'approvisionnement en commun. Bien que nous comprenions que le gouvernement donne suite ainsi au *Vingt et unième rapport sur l'imputabilité des sous-ministres et des dirigeants d'organismes public*, ceci pourrait ne pas être sans conséquence si on applique ce pouvoir sans égard aux particularités des régions et des établissements.

C'est pourquoi nous estimons essentiel de préserver le rôle central des établissements dans l'approvisionnement stratégique du Réseau malgré l'intention et la volonté d'accroître la contribution des groupes d'achat en commun. Et comme il est essentiel de maintenir l'intérêt des patients au cœur des orientations et des actions du réseau, nous recommandons qu'un clinicien ou un DSP fasse partie du CA des corporations d'achat.

Une enquête américaine⁹ estime que plus de 80% des économies potentielles pouvant être générées dans les systèmes de santé proviendraient de la standardisation des pratiques cliniques, de l'élimination du gaspillage et de l'harmonisation des produits. Or, le personnel clinique et les administrateurs des soins dans les établissements sont les mieux habilités à réaliser ces fonctions. L'approvisionnement en commun risque de les écarter et même de les exclure des processus décisionnels en la matière.

⁸Conference Board of Canada, *Innovation Procurement in Health Care*, Juillet 2011

⁹ Governance Committee, *Richest Sources of Savings*, 1997, cité par Beaulieu et Landry.

Les établissements doivent donc demeurer au cœur de l'amélioration du système de santé et du processus décisionnel relatif aux outils et aux solutions à privilégier. L'ajout de nouveaux intervenants avec de nouveaux pouvoirs sur l'échiquier décisionnel risque de rompre l'équilibre entre la reddition de comptes et la transformation organisationnelle. Il ne faudrait donc pas confondre la finalité avec les structures et le cadre juridique.

L'expérience du Royaume-Uni montre qu'il est possible de fonder la transformation du système de santé en misant sur l'innovation¹⁰. Or, à force de privilégier une vision concentrée sur le contrôle des coûts à court terme et non sur une perspective systémique, on force les partenaires industriels dans une logique de réduction des coûts d'opération. Des impacts sur l'innovation et sur l'apport économique de l'industrie pourraient alors se faire sentir, ce qui à long terme constitue un frein au développement du Réseau et de sa mission de recherche et nuit à la qualité des soins.

Cycle d'innovation et d'adoption

L'approvisionnement centralisé n'est pas une panacée et si les attentes de bénéfices ne sont pas réalistes, la pression sur les acteurs du marché peut être contre-productive.

L'innovation en matière des technologies de la santé est continue et d'une rapidité qui défie parfois la capacité d'absorber et d'intégrer ces développements dans le processus d'attribution des contrats publics. L'effet prend de l'ampleur avec la croissance des volumes demandés par les appels d'offres publics (« AOPs »), d'autant plus importants lorsqu'il s'agit de groupes d'achats, la durée des contrats octroyés ainsi que la complexité technologique des produits médicaux visés. La préparation d'AOPs de grande taille et de grande complexité augmente le temps de mise en place d'un exercice d'acquisition ainsi que l'exécution du mandat.

La rédaction d'AOPs traditionnels, qui invitent les fournisseurs à soumettre des propositions de prix sur des items « ligne par ligne » risque de ne pas tenir compte des nouvelles technologies offertes par l'industrie.

La prise en considération du résultat désiré de la thérapie, de l'intervention, ou du traitement pour lequel on demande des propositions est nécessaire. Un processus décisionnel stratégique complet ne doit pas se limiter à une simple requête de proposition de prix basée sur les produits couramment ou historiquement utilisés pour obtenir ce résultat.

Il existe une approche qui permet d'inscrire des innovations dans un processus complexe d'acquisition : une proposition alternative est une offre de produits et/ou services par un fournisseur qui permet d'atteindre un résultat équivalent ou supérieur grâce à de nouveaux moyens qui n'auraient peut-être pas (encore) été contemplés par le réseau.

Les alternatives peuvent porter sur de nouvelles solutions technologiques permettant de réduire les coûts par procédure, de réaliser des économies dans des centres d'activité autres que ceux

¹⁰Conference Board of Canada, Innovation Procurement in Health Care, Juillet 2011

qui font l'acquisition, d'anticiper des économies sociales indirectes à plus ou moins long terme, d'offrir une qualité de soins supérieure ou encore de permettre une qualité de vie accrue pour le patient. **MEDEC recommande ainsi l'ouverture des achats regroupés aux propositions alternatives innovatrices.**

Mécanique de l'approvisionnement et impacts

MEDEC salue les efforts déployés par le gouvernement dans le but d'assainir, de formaliser et de rendre transparent et équitable le processus d'approvisionnement du Réseau par le biais de la LCOP, malgré que l'application de cette loi pose certains défis et présente des irritants substantiels pour l'ensemble des intervenants et parties prenantes du Réseau. L'augmentation des achats regroupés pourrait intensifier ces défis.

Valorisation du rôle des agences dans la transformation du système de santé

L'implication des Agences dans les activités d'approvisionnement ne doit pas alourdir et complexifier le processus décisionnel en multipliant les intervenants dans les projets. Par ailleurs, **les Agences, de concert avec le ministère, devraient jouer un rôle particulier au niveau de l'appréciation des avantages « système » qui peuvent être apportés par les technologies médicales et contribuer à l'identification de métriques en la matière.**

Nécessité de privilégier la concurrence

La volonté de porter la proportion des achats en commun au-delà de 50 % signifie de **doubler** la proportion actuelle dans le cas des fournitures et technologies médicales. Ceci risque de créer des monopoles de demande, ce qui aurait sans doute pour effet de réduire la concurrence dans certaines catégories de produits. En effet, on peut imaginer des situations où certains fournisseurs pourraient se retrouver à toute fin pratique exclus d'une partie significative sinon complètement du marché québécois pour la durée d'une période contractuelle. Ceci permettrait à d'autres joueurs de profiter d'une position dominante contraire aux intérêts du Réseau. Il faut donc être très prudent en visant la consolidation de la demande pour éviter cette situation.

En augmentant les coûts transactionnels, administratifs et en consolidant la demande sans égard aux particularités des marchés spécialisés, on risque de réduire l'offre et de décourager l'innovation et l'investissement, ce qui à terme comporterait des effets néfastes sur le Réseau. **C'est pourquoi MEDEC propose certaines modifications au PL16, exposées en détail dans la section 5.**

Transparence et équité d'accès pour les petites et moyennes entreprises (PMEs)

Une proportion importante des technologies médicales innovantes provient des PME, essaimées de R-D universitaire ou encore d'améliorations conçues sur le terrain. Plusieurs PME québécoises et canadiennes font partie d'une cohorte internationale d'entreprises qui

développent et livrent au marché clinique des nouveautés pertinentes et bénéfiques pour les patients et pour les organisations de soins. Il faut également noter que nos gouvernements visent une partie importante du développement économique par leur succès.

Les pratiques d'approvisionnement doivent donc assurer l'accès de ces entreprises au processus d'achat. Une très grande concentration d'approvisionnement en technologies médicales par des achats en commun peut avoir pour effet l'exclusion des PME des appels d'offres, éliminant ainsi la possibilité d'acquérir leurs solutions innovantes. Plusieurs raisons peuvent provoquer ce résultat : complexité des AO, mises de fonds exigées, délais prolongés des processus, capacité de livrer, dépendance trop grande sur un seul donneur d'ordre... **Les achats en commun doivent donc reconnaître l'enjeu de l'innovation apporté par ces entreprises et s'assurer de la participation des PME aux appels d'offres.**

Plan pluriannuel d'acquisition

La chaîne de valeur du système de santé commence avec les besoins des patients. Elle comprend l'évaluation des soins et des outils requis et se rend jusqu'à la réingénierie des processus. Dans ce contexte, nous reconnaissons le mérite des processus d'acquisition qui se veulent efficaces et qui visent l'efficacité du système.

Nous désirons toutefois souligner l'importance fondamentale de la gestion du changement, exercice sans lequel la valorisation de toutes ressources acquises : cliniques, administratives ou technologiques, n'est pas optimisée. Le volet investissement relatif aux solutions qui peuvent transformer le système de santé de façon constructive et efficace se réalise uniquement lorsque les changements nécessaires sont effectués. C'est là que se réalise la pleine concrétisation des bénéfices anticipés.

Le Projet de loi 16 prévoit un « plan pluriannuel d'approvisionnement en commun comprenant les orientations stratégiques, les objectifs poursuivis en matière d'approvisionnement en commun, les résultats attendus au terme de la période couverte par le plan ainsi que les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte de ces résultats. » **MEDEC recommande que ce plan pluriannuel comprenne également un volet décrivant le potentiel d'économies, d'amélioration de performance ou de capacité et de l'efficacité pouvant être réalisés par l'intermédiaire des technologies médicales; les paramètres de mise en œuvre et d'intégration du plan de gestion de changement de ces projets; et les métriques et indicateurs qui seront utilisés pour mesurer la réalisation des bénéfices anticipés.**

Nous proposons aussi que ce plan tienne compte de ce que peut apporter l'industrie en termes d'information scientifique et clinique, d'options de mise en œuvre et de formation. Une telle collaboration permettrait la mise en commun de données de pointe et des perspectives internationales pertinentes pour le Réseau québécois.

Recommandations

MEDEC suggère les modifications suivantes au PL16 tel que rédigé ou aux règlements qui pourraient en découler.

Art. 24 portant sur l'article 383 de la *Loi sur la santé et les services sociaux* :

(Remplacement du dernier paragraphe.)

« Elle peut, si nécessaire et dans la mesure où elle estime que les besoins d'un établissement le justifient, **dans le respect des missions particulières de chacun, notamment en matière de recherche, d'enseignement et d'évaluation**, obliger cet établissement à utiliser les services d'un groupe ou à participer à un processus particulier d'appel d'offres mené par un tel groupe. »

Art. 25, ajoutant l'article 435.1 à la *Loi sur la santé et les services sociaux* :

435.1

(Ajout suite à la dernière phrase du premier paragraphe.)

« **De plus, le plan doit tenir compte des particularités des technologies médicales et comprendre un volet décrivant le potentiel d'économies, d'amélioration de performance, de capacité et d'efficience pouvant être réalisés par leur l'intermédiaire. Le plan doit aussi couvrir la gestion du changement (revue des pratiques cliniques, formation...) requise pour leur mise en œuvre et décrire les indicateurs qui seront utilisés pour mesurer la réalisation des bénéfices anticipés.**

En outre, les projets d'achats en commun doivent refléter les principes décrits dans le plan et favoriser la concurrence, notamment en évitant la sélection de fournisseurs uniques pour un marché, en rendant le processus d'approvisionnement accessible aux PME et en permettant les propositions alternatives.»

435.4

(Ajout au sein de l'article 2.)

2° des directeurs généraux ou des cadres supérieurs des établissements du ou des territoires desservis par le groupe, désignés par l'ensemble des directeurs généraux de ces établissements, **un de ces cadres supérieurs devant être un cadre supérieur clinique ou un DSP d'établissement**; le nombre de directeurs généraux ainsi désignés doit être plus élevé que celui des cadres supérieurs.

435.5

(Ajout à la fin de l'alinéa 1.)

« **en s'assurant de tenir compte des impératifs cliniques, d'accessibilité et de qualité des soins.** »

(Remplacement de l'alinéa 5.)

« d'assurer la coordination entre les agences et les établissements à qui il offre des services **et de maintenir la contribution des établissements et de leurs professionnels** aux fins d'optimiser la performance de ses actions; »

Conclusion

Les membres de MEDEC assument entièrement leur rôle dans la chaîne d'approvisionnement du réseau de la santé et reconnaissent que les efforts déployés pour améliorer les pratiques en cette matière peuvent procurer des bénéfices importants.

Il est cependant nécessaire de maintenir une perspective élargie en matière d'approvisionnement pour tenir compte du fait que les technologies médicales ne sont pas des commodités.

De plus, le rôle des établissements dans le processus décisionnel doit rester prédominant.

Enfin, le plan pluriannuel d'approvisionnement en commun devrait traiter spécifiquement des technologies médicales pour maximiser la valeur et la contribution de cette catégorie de produits et solutions au succès du Réseau.