

Assurer l'efficacité des processus d'achat en santé en toute intégrité

Mémoire présenté aux auditions publiques
sur le projet de loi n° 108, Loi favorisant la surveillance
des contrats des organismes publics et instituant
l'Autorité des marchés publics

Septembre 2016



MEDEC

CANADA'S MEDICAL TECHNOLOGY COMPANIES
LES SOCIÉTÉS CANADIENNES DE TECHNOLOGIES MÉDICALES

Table des matières

Sommaire	3
Présentation de MEDEC	4
Les technologies médicales : une industrie très importante	5
Notre compréhension du projet de loi n° 108	7
Les forces du projet de loi n° 108	8
Traitement des plaintes de soumissionnaires par l'Autorité (Chapitre IV)	8
Formalisation du traitement des plaintes par les organismes publics (article 83)	9
Pouvoir d'annuler un processus d'achat (article 27)	9
Avis d'intention obligatoire pour conclure un contrat de gré à gré (article 82)	9
Consolidation des dispositions relatives à l'inadmissibilité aux contrats publics et l'autorisation préalable à l'obtention d'un contrat public	10
Aller plus loin dans la bonne direction	11
Inclure la notion de performance et clarifier la mission de l'Autorité (article 18)	11
Pour une expertise santé à l'Autorité (article 20)	12
Modalités et délais de traitement des plaintes (article 33 et suivants)	13
Intervention et résiliation : une « adjudication conditionnelle »? (articles 51 et 58) ...	13
Ne pas limiter les plaintes au contenu des documents sur SEAO (article 83)	14
Maximiser la qualité, dans l'intérêt public (article 114)	14
Pour une réforme des groupes d'approvisionnement en commun	15
La question délicate des infractions pénales (article 126)	20
10 millions \$ en ristournes obligatoires	23
Liste des recommandations	24
Recommandations favorables	24
Modifications recommandées au projet de loi n° 108	24



Sommaire

MEDEC est l'association de l'industrie canadienne des technologies médicales, qui regroupe 150 entreprises actives au Canada. Le marché des technologies médicales au Québec représente 1,5 G\$ par an. Le secteur regroupe plus de 6 200 emplois.

MEDEC reconnaît l'importance d'assurer l'intégrité des marchés publics au Québec. En ce sens, l'organisation appuie plusieurs dispositions du projet de loi n° 108. MEDEC souligne en particulier la possibilité pour tout fournisseur de porter plainte relativement à un processus d'achat auprès de l'Autorité des marchés publics, une organisation neutre à l'égard du processus en cause. Les délais pour porter plainte devraient cependant être ajustés afin de permettre la réelle application de ces dispositions.

MEDEC invite par ailleurs le gouvernement à aller encore plus loin dans la bonne direction, notamment en intégrant les notions de performance et de qualité dans la mission de l'Autorité, pour maximiser l'efficacité des fonds publics. MEDEC recommande, de façon générale, d'adopter l'approche des achats fondés sur la valeur. MEDEC recommande également une vice-présidence « santé » au sein de l'Autorité.

MEDEC porte enfin trois enjeux problématiques importants à l'attention des parlementaires qui procèdent à l'étude du projet de loi n° 108 :

- Le manque d'imputabilité, d'efficacité et de transparence des groupes d'achat en commun actifs dans le secteur de la santé;
- L'impossibilité d'appliquer, tel que rédigé, l'article 126 sur les sanctions pénales en cas de communications avec un membre d'un comité de sélection;
- La nécessité de mettre fin immédiatement à la pratique des ristournes obligatoires, dont l'ampleur est évaluée à 10 millions \$ par année.

MEDEC apporte des recommandations constructives pour chacun des enjeux soulevés.



Présentation de MEDEC

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

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

Les membres de MEDEC offrent des dispositifs, des instruments, des équipements, des fournitures, des applications et de nombreuses autres innovations qui, chaque jour, servent à diagnostiquer, à traiter et à rehausser la qualité de vie des patients au pays et partout dans le monde. Ces technologies se traduisent par de nombreux avantages dont des diagnostics précoces, plus précis et 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.

Nous voulons améliorer la performance des soins de santé pour le mieux-être des patients et souhaitons favoriser la croissance de notre industrie au Canada et au Québec. 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.

Les technologies médicales : une industrie très importante

Le marché mondial de l'industrie médicale est estimé à 350 milliards de dollars. L'industrie canadienne est principalement implantée au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique¹. Le Québec représente le tiers de l'industrie médicale canadienne et plus de 30 % des technologies médicales canadiennes approuvées par la *Food and Drug Administration* américaine provenant du Québec².

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 Québec³, les dépenses en technologies médicales au Québec et au Canada ne représentent que 3,41 % de ces dépenses, soit 0,37 % du PIB, et sont en recul sur une base par habitant⁴. Cette faible intensité du recours aux technologies de la santé place le Canada au 34^e rang sur 66 pays dont les membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Cela signifie que la solution aux défis financiers du système de santé ne réside certainement pas dans une réduction accrue des dépenses en technologies médicales.

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 0,5 % du marché.

Cela dit, le secteur des technologies médicales n'en demeure pas moins important à l'échelle du Québec. Il représente ici plus de 6 200 emplois et est en croissance⁵. L'industrie compte 146 entreprises dont près des trois quarts sont des PME. Son essor dépend surtout de la capacité à innover, à fabriquer et à distribuer efficacement des produits qui font appel à des technologies complexes et variées incluant des dispositifs, des équipements, des fournitures et de la TIC Santé (applications, logiciels et technologies de communication). Le secteur fait d'ailleurs partie des secteurs stratégiques ciblés par le gouvernement.

Les 34 établissements de santé au Québec issus de la réorganisation de 2015 disposent d'un budget d'environ 17 G\$ (excluant les honoraires médicaux) et on estime que 4,1 G\$ sont consacrés à des approvisionnements divers, excluant la construction.

Les trois groupes d'approvisionnement en commun (GAC) négocient 37 % de ces achats, soit environ 1,5 G\$. En l'absence de données spécifiques publiées à ce sujet

1 Industrie Canada Profil de l'industrie des appareils médicaux 2013, provient du site web, https://www.ic.gc.ca/eic/site/lsg-pdsv.nsf/fra/h_hn01736.html (dernière lecture le 6 mai 2015)

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

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

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



mais en se basant sur l'analyse des rapports annuels des trois GAC (SigmaSanté, GACEQ et GACOO), MEDEC estime que près de 500 M\$ d'achats de technologies médicales passent par les GAC.

Contrairement à la plupart des autres secteurs économiques, l'industrie canadienne des dispositifs et instruments médicaux a comme principal, sinon unique débouché, les marchés publics et dépend des processus d'appel d'offres qui en découlent.

Selon les plus récentes statistiques sur les contrats des organismes publics du réseau de la santé et des services sociaux⁶, 2 864 contrats d'approvisionnement de plus de 25 000 \$ ont été conclus au Québec en 2013-2014, soit plus de 55 par semaine. Le secteur de la santé et des services sociaux représente 65 % de la valeur et 44 % du nombre total des contrats d'approvisionnement de l'État⁷.

6 <http://www.tresor.gouv.qc.ca/faire-affaire-avec-letat/publications/statistiques-sur-les-acquisitions-gouvernementales/>

7 http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/faire_affaire_avec_etat/statistiques/1415.pdf

Notre compréhension du projet de loi n° 108

L'instauration de l'Autorité des marchés publics (AMP) étant la recommandation numéro un contenue dans le rapport de la *Commission d'enquête sur l'octroi et la gestion des contrats publics dans l'industrie de la construction*⁸, l'objectif principal du projet de loi est de prendre les mesures nécessaires pour doter le Québec de politiques rigoureuses d'encadrement de ses marchés publics. Bien que l'angle principal abordé par le projet de loi soit centré sur la surveillance des contrats, il faut rappeler que l'objectif ultime du gouvernement est de faire en sorte que les fonds publics soient utilisés avec efficacité et probité. De notre point de vue et selon le principe du projet de loi, cet objectif vise plus large que le seul secteur de la construction.

Le gouvernement profite aussi de l'occasion pour recentrer certaines mesures jusqu'à présent confiées à d'autres instances sous la responsabilité de l'AMP, comme par exemple la délivrance de l'autorisation de contracter, assurée par l'Autorité des marchés financiers.

Enfin, le projet de loi vient modifier certaines dispositions de la *Loi sur les contrats des organismes publics (LCOP)*.

La suite du présent mémoire soulignera les aspects positifs et à améliorer du projet de loi, selon notre association, et présentera des recommandations afin de le bonifier, notamment pour permettre à l'AMP de jouer pleinement son rôle de surveillance et d'accompagnement des organismes publics dans la saine gestion des fonds publics.

⁸ <https://www.ceic.gouv.qc.ca/>

Les forces du projet de loi n° 108

Le projet de loi n° 108 comprend de nombreuses dispositions que MEDEC appuie ouvertement.

Traitement des plaintes de soumissionnaires par l'Autorité (Chapitre IV)

Ce volet fort important du projet de loi est salué par MEDEC comme un moyen nécessaire pour rétablir l'équilibre entre les organismes publics et les fournisseurs. Il s'agit d'ailleurs d'une des mesures proposées par le Passeport Entreprises⁹, visant à leur permettre d'exercer des recours.

En effet, MEDEC est informée par ses membres presque à toutes les semaines de dossiers d'appels d'offres comportant des clauses inacceptables, des irritants importants ou d'autres exigences déraisonnables pouvant remettre en question la volonté de certains fournisseurs de présenter une soumission. Ceux-ci sont pourtant « obligés » de se conformer afin d'espérer leur part de marché, puisque la nature des biens offerts ne permet pas la vente ailleurs que dans le réseau de la santé.

D'ailleurs, il faut souligner que l'expression « contrat négocié » ne s'applique pas aux contrats d'approvisionnement découlant d'appels d'offres au Québec. Il n'y a aucune négociation possible, les offres ne sont jugées que sur la base de la conformité et du prix (ajusté ou non pour la qualité jusqu'à hauteur de 30 %) sans espace de dialogue entre les soumissionnaires et les organismes publics une fois l'appel d'offres lancé, hormis un processus de questions-réponses-addenda formel.

En effet, nos membres font trop souvent face à la fermeté et à l'intransigeance des intervenants, ce qui les oblige à se tourner vers les tribunaux de droit commun, qui n'offrent pas de résultat coercitif en temps utile et leur font engager des frais importants. Le recours à l'émission d'ordonnance de sauvegarde par les tribunaux n'est généralement pas une voie envisageable, ceux-ci ayant maintes fois exprimé que les soumissionnaires insatisfaits doivent exercer un recours en dommages plutôt que de tenter de suspendre un processus d'adjudication.

La conséquence de cette approche rigide en situation de monopsonne (client unique) est qu'une entreprise qui considère les termes et conditions d'un appel d'offres comme abusifs, irréalistes ou mal adaptés et qui, de ce fait, ne peut soumissionner, peut perdre le seul contrat qui lui est potentiellement accessible pour une période de cinq ans. L'entreprise réduit donc ses effectifs au Québec, désinvestit et se consacre à développer d'autres marchés. Dans le cas d'une PME québécoise, cela implique éventuellement la fermeture de l'entreprise, ainsi privée d'une source de revenus importante.

9 <https://www2.gouv.qc.ca/entreprises/portail/quebec/actualites?lang=fr&x=actualites&e=2567028724>

Il est donc fort intéressant pour les fournisseurs de pouvoir s'adresser à une instance qui n'est pas « juge et partie », comme éventuellement l'AMP, afin de faire valoir son droit à l'équité dans la manière dont un d'appel d'offres est mené, en autant que les délais prévus soient adéquats. Ceci permettra, on l'espère, d'éviter des situations d'impasses économiques nuisibles pour l'intérêt public.

De façon générale, les dispositions du chapitre IV du projet de loi sont donc tout à fait pertinentes.

Formalisation du traitement des plaintes par les organismes publics (article 83)

De la même manière, MEDEC estime qu'il est important que les organismes publics soient tenus de traiter les relations avec leurs fournisseurs de manière rigoureuse et respectueuse. Cette mesure est donc accueillie avec satisfaction. Un tel processus formalisé contribuera sans doute à améliorer la qualité du traitement des relations avec les fournisseurs.

Pouvoir d'annuler un processus d'achat (article 27)

L'article 27 prévoit également le pouvoir de faire modifier ou d'annuler un appel d'offres public ou une intention de conclure un contrat de gré à gré, dans certaines situations problématiques. Ce pouvoir, corollaire du mécanisme de traitement des plaintes prévu au Chapitre IV, est nécessaire pour avoir un impact concret dans le traitement des dossiers.

En effet, la situation actuelle ne permet ni au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ni au Secrétariat du Conseil du trésor (SCT), d'intervenir rapidement ou avec le pouvoir nécessaire, autre que moral, pour suspendre un appel d'offres même si un soumissionnaire estimait être lésé dans ses droits. Le seul recours est juridique, à savoir l'appel aux tribunaux, ce qui est onéreux, risqué pour la conduite des affaires ultérieures et contraire à la tendance générale à la non-judiciarisation.

MEDEC estime généralement que pour que le cadre réglementaire entourant les marchés publics fonctionne bien, il doit y avoir une instance dotée des pouvoirs nécessaires pour le faire respecter au moment opportun. Les tribunaux ne devraient jouer qu'un rôle de dernier recours.

Il faut par ailleurs s'assurer de bien concilier le rôle et les pouvoirs de l'AMP avec ceux que se réserve le SCT pour éviter des incohérences et des frictions d'administration publique.

Avis d'intention obligatoire pour conclure un contrat de gré à gré (article 82)

Cette modification à la *Loi sur les contrats des organismes publics* est bienvenue par MEDEC puisqu'elle sera susceptible de stimuler la concurrence en faisant en sorte de permettre aux fournisseurs potentiels de se manifester si des alternatives au contrat prévu sont possibles.



MEDEC note régulièrement des dossiers de gré à gré relevés par ses membres qui auraient dû faire l'objet d'un processus compétitif sans possibilité de contestation autrement que par la voie des tribunaux.

Le secteur est très diversifié mais, pour la plupart des catégories de produits, le nombre de soumissionnaires potentiels est limité. Pour les équipements spécialisés, par exemple, on peut compter au maximum trois ou quatre entreprises internationales. Comment un établissement pourrait-il justifier un gré à gré sans avoir émis d'avis d'intention pour permettre à toutes les entreprises qualifiées de se manifester? C'est pourtant une situation qui se produit toujours actuellement. Nous espérons que cette mesure aidera à stimuler la concurrence.

Consolidation des dispositions relatives à l'inadmissibilité aux contrats publics et l'autorisation préalable à l'obtention d'un contrat public

Le projet de loi comprend diverses mesures de cette nature. MEDEC est d'avis que ces mesures simplifieront le travail des soumissionnaires en réduisant le nombre d'instances impliquées dans ces vérifications administratives.

Toute mesure comme celle-ci qui vise à simplifier la réglementation et son application ne peut qu'être positive pour les entreprises, surtout pour les PME qui n'ont pas généralement accès à un service juridique interne ou les ressources administratives requises pour gérer ces exigences pas toujours nécessaires ou pertinentes pour notre secteur.

La simplification administrative étant d'ailleurs un des objectifs poursuivis par Passeport Entreprises, il va sans dire que cette disposition est essentielle au projet de loi.

Aller plus loin dans la bonne direction

En plus d'appuyer plusieurs dispositions du projet de loi n° 108, MEDEC estime que le gouvernement pourrait aller encore plus loin, dans certains cas, afin de s'assurer de saines pratiques contractuelles.

Inclure la notion de performance et clarifier la mission de l'Autorité (article 18)

MEDEC estime que le projet de loi n° 108 devrait être l'occasion de bonifier la gestion des contrats publics au Québec. Il est tout à fait légitime pour le gouvernement de se doter d'un organisme dédié à la surveillance des marchés publics qui ne soit pas lui-même partie prenante des marchés, et qui sera bien placé pour jeter un œil critique sur la manière qu'ils sont gérés par les ministères et organismes. Par contre, MEDEC est d'avis qu'il serait une erreur de limiter la mission de l'AMP à la seule surveillance de la bonne marche des marchés publics.

MEDEC estime que la fonction d'approvisionnement dans le système de santé a un rôle capital à jouer pour non seulement contenir les coûts à un niveau raisonnable mais aussi pour permettre l'accès à des technologies innovantes susceptibles de stimuler l'efficacité des soins. Ce constat est mis en évidence dans la littérature scientifique de plus en plus convaincante¹⁰.

La notion d'évaluation de performance dans les approvisionnements est non seulement essentielle, mais elle ne peut se limiter qu'au seul prix obtenu. C'est la notion de « valeur » qui doit être mesurée et on observe une tendance lourde dans cette direction, notamment en Europe¹¹.

Il nous semble donc pertinent de confier à l'AMP la responsabilité et les pouvoirs qui en découlent non seulement de surveiller la bonne marche des processus d'adjudication de contrats mais aussi d'évaluer l'efficacité des stratégies de marché et les approches retenues.

En effet, compte tenu de l'importance d'assurer une gestion saine des fonds publics et de promouvoir l'imputabilité des organismes publics à cet égard, MEDEC suggère que la mission de l'AMP soit élargie au suivi de la performance des organismes publics en cette matière.

MEDEC recommande d'étendre la mission de l'AMP en ajoutant un alinéa qui pourrait se lire comme suit :

- « de suivre et d'évaluer la performance des organismes publics sous son autorité, incluant les GAC, en termes d'efficacité de l'usage des fonds publics associés aux contrats attribués. »

¹⁰ <https://www.cirano.qc.ca/fr/sommaires/2016RP-09>

¹¹ <http://www.medtecheurope.org/node/752>

Nous croyons également que le mandat de l'AMP devrait être clarifié. Nous constatons qu'il n'apparaît pas clairement du projet de loi que l'Autorité pourrait se pencher sur le bien-fondé de la décision d'un organisme public de rejeter une soumission ou sur celle d'un comité d'évaluation quant à ses conclusions sur la qualité. Le projet de loi réfère au respect du cadre normatif, notion qui ne comprend pas nécessairement ces décisions. L'obligation des organismes publics de conclure un contrat avec un soumissionnaire conforme, ou celle d'évaluer sans arbitraire et de bonne foi les soumissions reçues, ne découlent pas du cadre normatif législatif ou réglementaire. Ces obligations découlent de la jurisprudence de nos tribunaux.

Or, si certaines doléances de nos membres concernent les exigences des documents d'appels d'offres, beaucoup de récriminations visent les décisions portant sur l'admissibilité et la conformité de leur soumission ainsi que le caractère parfois arbitraire de l'évaluation qualitative conduite par le comité. L'arrimage entre le comité et les rédacteurs des devis n'est d'ailleurs pas toujours au rendez-vous.

Pour nos membres, non seulement l'Autorité doit contrôler le contenu des documents d'appels d'offres mais doit également disposer des pouvoirs nécessaires pour s'assurer de son application avec équité, en l'absence d'arbitraire.

Pour une expertise santé à l'Autorité (article 20)

Avec près de 29 % du nombre total des contrats de l'État et 37 % de leur valeur (et 65 % du nombre et 44 % de la valeur des contrats d'approvisionnement)¹², le réseau de la santé représente un secteur important de l'activité contractuelle du gouvernement. Considérant les spécificités de l'industrie qui sert le réseau, et des particularités qui l'entourent, il nous semble important que l'Autorité se dote de l'expertise nécessaire à l'interne pour assurer sa mission avec efficacité et dans le respect des parties prenantes, et ce, pour deux grandes raisons.

D'abord, afin de juger correctement si les plaintes formulées au sujet des pratiques contractuelles des organismes publics sont fondées, et pour identifier les situations problématiques affectant la concurrence, il nous semble important que l'AMP puisse s'appuyer sur le jugement de ressources professionnelles internes pouvant faire contrepoids à l'opinion des professionnels œuvrant dans les organismes publics.

Cela est d'autant plus vrai que la grande majorité des irritants et problématiques observés proviennent des documents techniques dans les dossiers d'appels d'offres. Cet aspect est d'ailleurs le moins encadré. Il serait donc souhaitable que l'AMP puisse contribuer à augmenter la qualité des devis en obligeant une préparation et une rédaction plus rigoureuses. Une bonne expertise est requise pour ce faire.

¹² http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/faire_affaire_avec_etat/statistiques/1415.pdf

MEDEC serait donc d'avis qu'une vice-présidence en bonne et due forme soit créée au sein de son organisation et ait le mandat exclusif de traiter du secteur santé, incluant de se tenir au fait des tendances dans les marchés publics en santé ailleurs qu'au Québec pour faire des recommandations le cas échéant.

Cette vice-présidence serait aussi chargée de mesurer la performance des GAC.

MEDEC propose également qu'un comité sectoriel d'encadrement des marchés publics en santé soit organisé afin de favoriser son amélioration continue.

Modalités et délais de traitement des plaintes (article 33 et suivants)

MEDEC observe que les délais requis pour porter plainte relativement à un processus d'appel d'offres sont courts afin de ne pas nuire à l'échéancier des dossiers.

Par contre, nous notons que trop souvent, les échéanciers imposés par les organismes publics dans des dossiers d'appels d'offres parfois complexes, sont trop souvent très courts, voire trop courts pour que les soumissionnaires potentiels puissent présenter leurs offres. Nos membres se posent parfois la question si des délais très serrés ne sont pas une tactique pour réduire le nombre de soumissionnaires.

De la même façon, le délai minimal de trois jours permettant de porter plainte auprès d'un organisme public impliquera l'impossibilité pour de nombreux fournisseurs potentiels de porter plainte à temps, en particulier pour des dossiers complexes ou pour des entreprises dont le siège social peut être situé à l'extérieur du Québec. Nous recommandons donc de porter ce délai à 10 jours.

À défaut d'offrir des délais plus longs pour permettre à toutes les entreprises, incluant celles dont le siège social peut être situé à l'extérieur du Québec, de porter plainte dans les temps, MEDEC suggère de modifier la *LCOP* de manière à ce qu'un minimum de 25 jours ouvrables soient prévus entre la publication d'un appel d'offres sur le Système électronique d'appels d'offres du gouvernement du Québec (SEAO) et la date de réception des soumissions.

MEDEC suggère aussi que les réponses des organismes publics aux plaintes des soumissionnaires soient toujours communiquées par écrit, y compris par courriel.

Intervention et résiliation : une « adjudication conditionnelle »? (articles 51 et 58)

L'AMP disposera de pouvoirs d'intervention pouvant aller jusqu'à la résiliation d'un contrat. MEDEC estime qu'il faut en effet donner à l'Autorité de tels pouvoirs concrets.

Par contre, il faut bien se garder de faire en sorte qu'un tel pouvoir « rétroactif » de trois mois après l'adjudication puisse effectivement créer des « adjudications conditionnelles », susceptibles de mener à la résiliation de contrats liant l'organisme public à plusieurs fournisseurs (i.e. des contrats à commande) qui, eux, ne seraient pas impliqués par la problématique soulevée dans la plainte donnant lieu à une intervention.

Nous recommandons de mieux baliser ce pouvoir pour éviter de léser des adjudicataires ne faisant pas l'objet de plaintes.

Ne pas limiter les plaintes au contenu des documents sur SEAO (article 83)

MEDEC ne comprend pas pourquoi un soumissionnaire ne pourrait pas porter plainte sur un processus d'adjudication en cours pour des motifs portant sur d'autres éléments que le contenu des documents publiés.

En effet, les organismes publics peuvent par exemple donner des informations lors de rencontres avec les fournisseurs ou avant le lancement de l'appel d'offres et donner des signaux pouvant jeter le doute sur l'équité du processus. Au surplus, MEDEC est au fait que les questions posées par les soumissionnaires et les réponses fournies par les organismes publics ne sont pas toujours rendues publiques sur SEAO même si plusieurs soumissionnaires peuvent soulever les mêmes questions, ce qui isole les fournisseurs et mine la crédibilité du processus.

MEDEC est donc d'avis que les plaintes devraient porter sur tous les motifs pouvant les justifier, incluant les documents, discussions et directives verbales. Le contraire serait inutilement restrictif.

Maximiser la qualité, dans l'intérêt public (article 114)

MEDEC constate que le terme « qualité » n'apparaît qu'une seule fois dans le projet de loi, à l'article 114, et qu'il l'est dans le contexte de l'évaluation du rendement des contractants (fournisseurs).

Dans la perspective d'améliorer la surveillance des marchés publics, que ce soit au niveau des processus ou de l'intérêt public, il nous semble judicieux d'ajouter à la mission de l'AMP la notion de qualité dans la surveillance de la fonction contractuelle des organismes publics et, de façon plus générale, d'accorder beaucoup plus de place à la qualité dans l'évaluation des solutions offertes par les fournisseurs.

Ainsi, on veillerait non seulement à ce que les fournisseurs, dont le rendement est jugé adéquat, puissent rester en affaires avec l'État, mais on servira l'intérêt public en poussant les deux parties aux contrats à faire le nécessaire pour maximiser la valeur des contribuables.

Pour une réforme des groupes d'approvisionnement en commun

Au-delà de toutes ces recommandations, si on souhaite un impact positif global sur les marchés publics au Québec, on ne peut pas omettre les groupes d'approvisionnement en commun, qui jouent un rôle grandissant en approvisionnement dans le secteur de la santé, dans un contexte de gouvernance ambiguë et sans nécessairement démontrer la valeur de leurs services.

Bien qu'ils 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*. Bien qu'ils publient chacun leur rapport annuel sur leur site web, nous pensons qu'ils devraient rendre publique beaucoup plus d'information sur leur gestion et leur performance, y compris auprès des fournisseurs qui assurent, par un système de ristournes obligatoires, une partie de leur financement.

Il nous apparaît important de s'attaquer à cet enjeu et le projet de loi n° 108 peut offrir cette opportunité, en autant qu'on se dote de la volonté et des moyens nécessaires.

Toujours selon les rapports annuels des GAC, on apprend que les économies réalisées, calculées selon des approximations et/ou des méthodes non divulguées, hypothétiques et possiblement peu robustes car prospectives¹³, ne dépassent pas 4 % du total négocié. Ailleurs au Canada, cette difficulté d'évaluer avec justesse les économies en santé générées par les groupes d'approvisionnement a été soulevée par le Vérificateur général de la Colombie-Britannique à l'hiver 2014 dans un rapport qui fait clairement état du problème¹⁴, et tout porte à croire que la situation est exactement la même au Québec.

En sachant que la proportion représentée par l'achat de technologies médicales ne représente qu'environ 3,4 % du total des dépenses en santé¹⁵, force est de constater que tous les efforts investis à mettre en commun les approvisionnements en santé ne changent pas fondamentalement le portrait budgétaire du réseau de la santé.

13 Par exemple, dans le domaine des équipements, on demande aux soumissionnaires de divulguer le prix soumis si l'appel d'offres n'avait pas été regroupé.

14 <http://www.bcauditor.com/pubs/2014/report11/summary-report-winter-2014>

15 Canadian Health Policy, <http://www.canadianhealthpolicy.com/products/medical-devices-and-healthcare-costs-in-canada-and-66-other-countries--2014-annual-report.html>

	2006	2012	Différence
Dépenses canadiennes en santé ¹⁶	151 G\$	207 G\$	+27 %
Dépenses en technologies médicales	3,5 % ¹⁷	3,1 % ¹⁸	-0,4 %

De plus, même si les GAC peuvent rapporter des baisses de prix intéressantes pour certaines catégories de produits, rien ne prouve que ces baisses soient dues à leur intervention dans le marché. Par exemple, pour les implants médicaux, des données américaines montrent des baisses de prix normalisés entre 17 % et 34 % selon la catégorie pour la période 2007-2011¹⁹. Le marché des technologies médicales étant fortement compétitif et globalisé, rien n'indique que le Québec suit une tendance différente. Il serait surprenant que les GAC du Québec ne bénéficient pas eux aussi de cette tendance sans nécessairement en être à l'origine.

En revanche, cette stratégie ministérielle de miser sur les achats en commun, qui date des années 90 et qui a été réaffirmée en 2013 puis mise à jour cette année par voie de circulaire²⁰, comporte son lot de désavantages significatifs pour le système de santé, l'industrie et ultimement pour les patients.

L'industrie des technologies médicales comprend et appuie les efforts d'assainissement des finances publiques, notamment par une plus grande rigueur budgétaire, la lutte au gaspillage et l'accroissement de l'efficacité et de la productivité.

Les achats regroupés peuvent contribuer à cet objectif et la plupart des systèmes de santé dans le monde y ont d'ailleurs recours.

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.

16 ICIS, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012

17 CHPI - Medical devices and healthcare costs in Canada and 65 other countries, 2006 to 2011

18 Profil des instruments médicaux de l'industrie, Industrie Canada 2013

19 Recent Average Price Trends for Implantable Medical Devices, 2007-2011, September 2013, Genia Long, Richard Mortimer and Geoff Sanzenbacher Analysis Group, Inc.

20 <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/3f4763bf7e3c23a78525660f00727c27/7d5c1defaec7b66785257b1f006c93a0?OpenDocument>



On voit apparaître dans les marchés publics mondiaux des méthodologies d'adjudication fondées sur les résultats, donc sur la « valeur » des offres ou des processus à deux étapes permettant une meilleure correspondance entre les besoins et les technologies offertes. Ces approches sont beaucoup plus susceptibles de stimuler l'innovation que la norme du prix plus bas à tout prix qu'on observe généralement au Québec.

Il s'agit d'instaurer un processus d'appel d'offres à l'innovation pour amener des solutions à l'efficacité du système de santé, la qualité des soins prodigués aux patients et une valeur économique.

Par exemple, la Directive 2014/24/UE du parlement européen du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics²¹ encourage l'acceptation d'offres économiquement les plus avantageuses et incite les établissements et l'industrie à développer des méthodes d'évaluation objectives pouvant mesurer la qualité, le coût total et donc la valeur économique globalement la plus avantageuse.

Ces approches fondées sur la valeur font leur apparition au Canada²² et MEDEC croit qu'il faut faire un effort concerté pour les adopter au Québec.

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 que parce qu'elle y trouve son compte, ultimement.

Dans le monopsonne du secteur médical, le seul demandeur transige avec des offreurs multiples, PME et grandes entreprises.

Le monopsonne bénéficie d'un grand pouvoir d'achat, fait augmenter la concurrence et optimise les processus d'approvisionnement à son bénéfice. Les prix du marché et les coûts tendent à diminuer.

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.

21 <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32014L0024>

22 <http://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=7480>



À la suite des orientations ministérielles de 2013, qui renouvelaient l'intention de pousser davantage vers les achats regroupés en dotant le MSSS de divers leviers de gestion auprès des établissements de santé, on a assisté à l'inclusion de nombreuses catégories de fournitures spécialisées et d'équipements aux mandats des GAC.

Pour ce faire, il a fallu convaincre les médecins spécialistes à soutenir cette stratégie et à y collaborer. Ainsi, on a formellement demandé à la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), de déléguer des représentants à l'évaluation des offres et à agir comme conseillers technologiques auprès du MSSS et des GAC.

Si l'industrie trouve singulier le fait qu'on ait décidé de confier à l'externe l'expertise clinique et technologique nécessaire pour appuyer les décisions d'approvisionnement de technologies médicales, qui plus est à un syndicat en négociation permanente avec le gouvernement, elle comprend que la collaboration des médecins spécialistes aux mandats d'achats regroupés devait permettre en principe aux fournisseurs retenus de voir se matérialiser les parts de marché attribuées dans le processus d'appel d'offres.

Les membres de MEDEC relèvent régulièrement des cas d'appels d'offres regroupés, la plupart du temps portant sur des fournitures spécialisées, dont le processus d'adjudication connaît des ratés (annulations, allotissements incohérents, désistements d'établissements, etc.). Manifestement, les GAC ont de la difficulté à fédérer l'ensemble des cliniciens impliqués dans certains dossiers et à force de compromis et d'adaptations parfois contreproductifs, les inconvénients du regroupement dépassent les gains réalisés, et ce, uniquement pour permettre aux GAC d'augmenter leur « part de marché » dans les acquisitions globales.

C'est ainsi que certains dossiers laissent un volume « ouvert » au choix des cliniciens, à l'intérieur d'une marge de prix prévue par le mécanisme du « contrat à commandes » de la LCOP et parfois augmentée par dérogation par le Conseil du trésor. On appelle cette approche « le droit de prescription ».

MEDEC est tout à fait d'accord avec la nécessité de laisser aux cliniciens toute la latitude voulue pour choisir les meilleurs produits disponibles pour leurs patients. L'industrie sait très bien à quel point l'adhésion du corps médical est nécessaire à toute intégration des technologies dans le système de santé. Par contre, cette situation illustre parfaitement le fait que, à toutes fins pratiques, le Québec a atteint la limite de la stratégie d'approvisionnement basée sur le regroupement des achats, en particulier pour les fournitures spécialisées et l'équipement.

MEDEC constate non seulement la grande difficulté à rallier des consensus significatifs au sein des comités de sélection dans ces catégories de produits mais aussi des signes de dysfonctionnement évidents des comités, leur manque de transparence et trop souvent des indices pouvant laisser croire à des soumissionnaires qu'ils ne sont pas traités avec équité.

Pour accéder à l'expertise clinique, le MSSS ne devrait-il pas se référer à d'autres organisations que la FMSQ, par exemple l'Association médicale du Québec, qui fait un travail remarquable pour favoriser les meilleures décisions cliniques comme l'illustre son engagement dans la campagne *Choisir avec soin*?²³ De même, bien que le rôle de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) dans les approvisionnements eût été reconnu dans la circulaire concernant les achats regroupés, cet organisme pourtant bien qualifié pour offrir un soutien à la décision n'est pas du tout impliqué, même dans les dossiers d'importance. Cela semble être une occasion manquée et la question de la réconciliation du droit de prescrire avec les impératifs des marchés publics mérite d'être débattue.

Il faut d'ailleurs souligner qu'afin d'adapter la réglementation en vigueur à la réalité des projets d'appels d'offres regroupés (la *Loi sur les contrats des organismes publics* ou *LCOP*), les GAC et les organismes publics du réseau de la santé demandent – et obtiennent – de la part du Conseil du trésor, responsable de la *LCOP*, des dérogations réglementaires. Nous notons aussi nombre de dossiers amendés à répétition après leur publication sur le Système électronique d'appels d'offres du gouvernement du Québec (SEAO), voire même des changements de règles, indiquant la difficulté pour les donneurs d'ordre à lancer des appels d'offres efficacement et plus particulièrement pour les dossiers regroupés.

L'industrie comprend qu'une certaine souplesse est requise pour rendre les processus efficaces mais déplore le caractère ad hoc de ce régime qui au fond démontre l'incapacité de la *LCOP* à bien répondre aux besoins du système de santé et donne l'impression aux fournisseurs qu'il n'y a pas vraiment de règles claires. Dans ces conditions, ne vaut-il pas mieux privilégier un cadre plus souple et adapté?

En somme, MEDEC soutient que la stratégie gouvernementale actuelle concernant les approvisionnements en santé ne permet pas de maximiser l'intérêt public et, plus on monte dans l'échelle de complexité technologique, plus la confiance des fournisseurs dans le fonctionnement des marchés publics est diminuée.

Il faut donc saisir l'occasion pour revoir le système d'approvisionnement en commun en santé, y compris le nombre et la mission des GAC, voire même profiter du pouvoir d'achat que les volumes consolidés des établissements fusionnés offrent déjà comme gain d'efficacité et de flexibilité.

Enfin, compte tenu des responsabilités financières significatives qui reposent sur les trois GAC, leur impact sur le secteur des technologies médicales et vu l'importance de jeter un regard critique sur leur performance, MEDEC souhaite que le Vérificateur général leur consacre une attention accrue, notamment quant aux calculs qui sous-tendent les économies potentiellement réalisées et à la question de l'usage des ristournes obligatoires.

23 <http://www.choisiravecsoin.org/>

La question délicate des infractions pénales (article 126)

MEDEC souhaite aborder de façon distincte la question délicate des infractions pénales pour communication avec des membres de comité de sélection prévues à l'article 126 du projet de loi.

Il ne fait nul doute pour MEDEC et pour chacun de ses membres que l'intégrité des parties impliquées dans un marché public doit être irréprochable et que les gestes visant à influencer indûment le processus d'adjudication des contrats doivent être dénoncés. MEDEC s'est d'ailleurs dotée en 2005 d'un code de conduite que ses membres sont tenus de respecter²⁴.

Puisque l'industrie traite sur une base quotidienne avec les professionnels de la santé, la question de l'éthique dans ses rapports d'affaires est encore plus importante. Ce n'est donc pas un enjeu secondaire pour notre association.

Or, dans le domaine de la santé, la question des comités de sélection est un sujet complexe et sensible.

Le sujet est complexe puisque on traite de dossiers d'approvisionnement de technologies dont la composante technoclinique requiert une expertise particulière pour être bien comprise et parce que les préférences des utilisateurs, les professionnels de la santé, jouent un rôle important dans la décision, même pour les produits qui a priori ne semblent pas très complexes. On touche ici à la formation et à la pratique médicale.

Le sujet est sensible puisque dans un contexte où les achats sont de plus en plus regroupés, on tente d'harmoniser et d'uniformiser les choix de produits dans un souci de consolider les volumes et espérer de meilleurs prix. Pour y parvenir, on doit former des comités de sélection représentatifs d'un large éventail d'utilisateurs qui ne sont pas toujours disposés à faire les compromis nécessaires pour obtenir un consensus. Parfois, à cause de la différence des besoins, un consensus est impossible.

Puisque le domaine des technologies médicales est foncièrement innovant par définition, l'offre de produits évolue rapidement et les utilisateurs peinent à se garder informés des plus récentes innovations susceptibles de faciliter leur tâche et d'augmenter leur performance.

L'industrie est donc sollicitée quotidiennement pour informer, former et présenter ses nouveautés aux utilisateurs et il est inévitable que certains fassent partie de comités de sélection. De même, les représentants de l'industrie qui ont pour tâche principale de faire la promotion de leurs produits, souvent déjà à contrat, interagissent avec les utilisateurs sur une base régulière.

24 http://www.medec.org/page/Code_of_Conduct

MEDEC note par ailleurs que la Loi en matière de transparence et de lobbying s'applique au réseau de la santé et des services sociaux et que cela pose un problème déjà bien connu. De plus, la Directive concernant la gestion contractuelle des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction des organismes publics (C.T. 215340 du 13 juillet 2015) prévoit déjà des mécanismes de contrôle des communications d'influence dans les contrats (section 8). Il faut donc veiller à ne pas multiplier indûment les mesures visant à régir les échanges entre les fournisseurs et leurs clients pour ne pas introduire des frictions inutiles dans le quotidien.

Il faut aussi souligner que des mesures de contrôle des allées et venues des fournisseurs dans les établissements se multiplient et que l'industrie s'y conforme. Des exigences d'accréditation des fournisseurs font aussi leur apparition dans le réseau de la santé et dans la mesure où elles respectent la vie privée et le droit de gestion des employeurs, MEDEC ne s'y oppose pas et a même souscrit à un régime national d'accréditation des fournisseurs, la norme HSCN²⁵.

Dans le cas des médecins, il est évident que les chefs de département, par exemple, sont des membres connus de ces comités et généralement, ils le sont pour de longues périodes avec les désavantages qu'une telle « permanence » peut comporter notamment sur le plan des biais et préférences personnelles pour des techniques et produits associés en particulier. La rotation régulière de la composition de ces comités devrait d'ailleurs être la norme.

Par contre, comme on le voit dans d'autres juridictions canadiennes et ailleurs, le législateur pourrait décider d'imposer des conséquences dans les cas de tentative d'influence de membres de comités durant des périodes d'interdiction bien définies et balisées (i.e. des « *blackout periods* » par exemple entre la publication d'un appel d'offres sur SEAO jusqu'à l'adjudication du contrat).

À titre d'exemple, voici une clause de blackout tirée d'un appel d'offres canadien acceptable pour l'industrie :

« [le GAC] reconnaît que les soumissionnaires doivent se livrer à leurs activités dans le cours normal des affaires au sein des Établissements membres du GAC mais il est impératif qu'aucune communication relative au présent appel d'offres ait lieu dans ce contexte sous peine de disqualification.

Les communications et activités relatives aux produits déjà sous contrat avec l'Établissement sont permises de même que la réponse aux demandes de service et de soutien de la clientèle.

AUCUNE discussion concernant le positionnement compétitif, les aspects cliniques ou les coûts des produits faisant l'objet de l'appel d'offres n'est autorisée durant la période de négociation (blackout period).

La période de négociation débute à la publication de l'appel d'offres et se termine à l'attribution du contrat. » [Traduction et adaptation par MEDEC]

25 Healthcare Supply Chain Network



L'article 126 actuel, tel que rédigé, est donc beaucoup trop large et serait préjudiciable autant à l'intérêt des organismes publics et de l'industrie. Il nous apparaît absolument inacceptable et inapplicable de rendre passible d'une infraction pénale le fait de « communiquer ou de tenter de communiquer » avec les membres de comités de sélection avant l'adjudication de tout contrat. De plus, il ne faut pas négliger la possibilité qu'un soumissionnaire soit contacté directement par un membre de comité ou qu'une conversation spontanée ait lieu dans le contexte d'une rencontre fortuite à l'établissement.

Tout en conservant son esprit, cet article devrait donc être précisé de façon importante, par exemple, afin qu'il vise une période déterminée et une communication portant sur l'objet visé par la Loi.

De plus, le gouvernement devrait songer à obliger les membres de comités à déclarer les conflits d'intérêts et, dans le cas du corps médical, à s'arrimer avec le Code de déontologie des médecins du Québec²⁶. Des recours contre les comportements contraires à l'éthique de la part des membres des comités de sélection devraient de même être possibles.

26 <http://www.cmq.org/page/fr/code-de-deontologie-des-medecins.aspx>

10 millions \$ en ristournes obligatoires

Malgré l'atteinte de la limite possible en termes d'économies de volume pour les technologies médicales au Québec, un autre enjeu devrait interpeller directement le gouvernement du Québec, autant en termes d'efficacité que de gouvernance. En effet, à l'heure actuelle, les contrats d'approvisionnement en technologies médicales sont frappés de l'obligation de verser une ristourne obligatoire, du fournisseur vers le client, allant jusqu'à 12 % des ventes pour certaines catégories de produits spécialisés, notamment la cardiologie, l'orthopédie et l'ophtalmologie, ce à quoi s'ajoute à l'occasion une ristourne de 1 % pour le groupe d'achat. Ces ristournes sont maintenant appelées des « contributions au partenariat », un euphémisme pour désigner la même exigence. On estime que le total de ces ristournes atteint près de 10 M\$ par année, sans transparence sur l'usage de ces fonds publics.

MEDEC a déjà pris position contre l'imposition de ristournes obligatoires. À notre avis, ces demandes soulèvent des enjeux éthiques et juridiques tels que certains fournisseurs, notamment ceux assujettis à la *Foreign Corrupt Practices Act* américaine pourraient refuser de prendre le risque d'accepter ces conditions pour un marché aussi petit que le Québec. De plus, l'usage de ces sommes peut échapper à la bonne gestion/gouvernance à laquelle on peut s'attendre dans le secteur public. Puisque ces ristournes s'appliquent à tous les fournisseurs dès le premier dollar de vente, on peut aussi imaginer qu'elles seront incluses au moins en partie dans les prix, comme une taxe. On peut donc affirmer qu'au Québec on surtaxe les technologies médicales.

Ainsi, au Québec, on paie nos équipements et instruments médicaux possiblement jusqu'à 13 % trop cher en raison de cette ristourne imposée par les établissements et les groupes d'achat comme une taxe aux fournisseurs. Nous ignorons ce qui est fait concrètement avec cet argent, mais les fournisseurs n'ont d'autre choix que de payer cette taxe ou de l'inclure dans leurs prix en conséquence, tout en dénonçant cette pratique discutable en termes d'éthique et de gouvernance. Le gouvernement du Québec pourrait donc réaliser des économies additionnelles potentielles d'au moins 10 M\$ par an en mettant fin à cette pratique immédiatement et faire preuve de toute la transparence et l'éthique souhaitable dans ses marchés publics, comparable à ce qui se fait ailleurs dans le monde.

Rappelons qu'en 2010 le SCT a publié un Bulletin d'interprétation des marchés publics interdisant de telles contributions obligatoires²⁷. Nous recommandons que le projet de loi n° 108 introduise cette interdiction dans la Loi.

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

Liste des recommandations

Recommandations favorables

1. Adopter les principales dispositions du Chapitre IV et de l'article 83 du projet de loi concernant le traitement des plaintes des soumissionnaires.
2. Adopter les dispositions de l'article 27 du projet de loi permettant de faire modifier ou d'annuler un processus d'achat dans les cas où le traitement des concurrents ne semble pas intègre.
3. Adopter les dispositions de l'article 82 du projet de loi modifiant la *LCOP* de manière à ce qu'un organisme public doive émettre un avis d'intention obligatoire pour conclure un contrat de gré à gré.
4. Adopter les dispositions du projet de loi favorisant la consolidation des dispositions relatives à l'inadmissibilité aux contrats publics et l'autorisation préalable à l'obtention d'un contrat public.

Modifications recommandées au projet de loi n° 108

5. Introduire les notions de performance et de qualité dans la mission de surveillance de l'Autorité, afin de maximiser l'efficacité de l'usage des fonds publics associés aux contrats attribués par les organismes publics.
6. Créer une vice-présidence « santé » au sein de l'Autorité des marchés publics afin de s'assurer qu'elle dispose de l'expertise nécessaire pour accomplir sa mission avec efficacité en matière de contrats d'approvisionnement de technologies médicales.
7. Allonger les délais applicables pour présenter une plainte à l'Autorité des marchés publics, en vertu des articles 33 et 34 du projet de loi, pour les porter à 10 jours.
8. Prévoir, aux articles 51 et 58, des balises afin d'éviter de léser les adjudicataires non visés par une plainte.
9. Retirer la référence aux « documents d'appels d'offres », prévue à l'article 83 du projet de loi, afin d'élargir la capacité d'une partie intéressée à porter plainte sur un appel d'offres dans son ensemble.
10. Soumettre les groupes d'achat en commun (GAC) à un effort de reddition de comptes et de contrôle beaucoup plus rigoureux, notamment en les soumettant à l'Autorité des marchés publics.
11. Ajuster les dispositions de l'article 126 du projet de loi, en s'inspirant des « clauses blackouts » existantes dans d'autres juridictions, afin de mieux l'adapter au secteur médical.
12. Mettre fin à la pratique des ristournes obligatoires dans le réseau de la santé.