

Projet de loi n° 81 : Loi visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d'appel d'offres

Mémoire de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.)

Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

Le 25 février 2016



Association des pharmaciens
des établissements de santé du Québec

AVANT-PROPOS

L'A.P.E.S. est un syndicat professionnel constitué en personne morale en vertu de la Loi sur les syndicats professionnels (L.R.Q., chapitre S-40). Elle s'assure de la valorisation et de l'avancement de la pratique pharmaceutique en prenant appui sur les initiatives et les réalisations innovatrices de ses membres. L'A.P.E.S. a également la responsabilité de défendre et de faire progresser les intérêts professionnels et économiques de ses membres auprès des autorités compétentes.

L'A.P.E.S. représente un peu plus de 1 500 pharmaciens répartis dans les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de même qu'au sein d'établissements non-fusionnés. La majorité des membres de l'A.P.E.S. œuvrent en mission de soins aigus.

Tous les membres de l'A.P.E.S. détiennent un diplôme universitaire de premier cycle obtenu au terme de quatre années d'études universitaires. En outre, la très grande majorité d'entre eux détient une formation de second cycle, soit une maîtrise en pharmacothérapie avancée ou en pharmacie d'hôpital. Certains pharmaciens, de plus en plus nombreux, détiennent également un certificat de spécialiste dans un domaine spécifique (pharmacothérapie, oncologie, psychiatrie, etc.) d'un organisme américain, le *Board of Pharmacy Specialties*.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	i
TABLE DES MATIÈRES.....	iii
1. INTRODUCTION	1
2. HISTORIQUE DES REGROUPEMENTS D'ACHATS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AU QUÉBEC.....	2
3. AVANTAGES LIÉS AUX APPELS D'OFFRES POUR LES MÉDICAMENTS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.....	3
3.1. Prix concurrentiels.....	3
3.2. Obligations du fabricant.....	3
4. RISQUES LIÉS AUX APPELS D'OFFRES POUR LES MÉDICAMENTS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	4
4.1. Ruptures d'approvisionnement.....	4
4.2. Érosion de l'arsenal thérapeutique.....	5
4.3. Effet rebond.....	6
5. ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	7
5.1. Nombre de fournisseurs.....	7
5.2. Durée des contrats et modalités.....	7
5.3. Caractéristiques des produits.....	8
5.4. Usage optimal.....	9
6. IMPACTS POTENTIELS SUR LES FORMULAIRES HOSPITALIERS	9
6.1. Le choix des médicaments au formulaire.....	9
6.2. Les inventaires.....	10
7. CONCLUSION	11
ANNEXE : LISTE DES PROPOSITIONS DE L'A.P.E.S.	12

1. INTRODUCTION

L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) tient à remercier les membres de la Commission de la santé et des services sociaux de lui permettre d'exprimer ses commentaires dans le cadre des auditions prévues pour le projet de loi n° 81, Loi visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d'appel d'offres.

Ce projet de loi vise à utiliser la mécanique des appels d'offres pour les médicaments inscrits au Régime général d'assurance médicaments (RGAM), un système qui est en place dans les établissements de santé depuis quelques décennies déjà.

En tant que professionnels de la santé, plus spécifiquement à titre d'experts du médicament, les pharmaciens d'établissements de santé ont été au cœur de l'instauration des appels d'offres concernant les médicaments. Les commentaires présentés par l'A.P.E.S. porteront donc principalement sur cette dimension, ce qui permettra d'apporter un éclairage propre aux apprentissages des dernières années.

Nous présenterons les avantages et les risques liés aux appels d'offres pour les médicaments et tenterons également d'évaluer les impacts potentiels de ce projet de loi sur les formulaires de médicaments hospitaliers.

2. HISTORIQUE DES REGROUPEMENTS D'ACHATS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AU QUÉBEC¹

La préoccupation liée aux coûts des médicaments n'est pas nouvelle. Bien que plus imposants aujourd'hui, les coûts de médicaments préoccupaient déjà l'État dans les années 1960.

À cette époque, la croissance des coûts de médicaments menaçait l'accessibilité aux médicaments. C'est alors que deux mesures visant un meilleur contrôle des coûts ont été mises en place, soit l'introduction de balises fixées par le gouvernement pour donner accès à certains médicaments puis la conception de listes de médicaments au niveau provincial et dans les établissements de santé. En 1971, le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP) est créé. Relevant alors de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), le CCP produit une liste de médicaments approuvée par le gouvernement. En 1972, à la suite de pressions exercées par les pharmaciens d'établissements, une liste distincte est publiée pour les établissements de santé.

Les premiers groupes d'achats sont apparus dans le réseau hospitalier dans les années 1960. En 1969, un premier regroupement d'achats pour les médicaments s'intègre à Hop-Bec, un groupe formé de certains hôpitaux de la région de la Capitale-Nationale membres de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ). En août 1970, l'AHQ lance une vaste opération visant à étendre les comités d'achats régionaux à l'échelle de la province, si bien qu'en 1972, six comités régionaux sont répertoriés au Québec. Dès la première année de leur existence, des économies estimées à plus d'un million de dollars sont obtenues sur un volume d'achats de dix millions de dollars.

Dès le début et encore aujourd'hui, les pharmaciens d'établissements ont intégré les comités portant sur les achats de médicaments étant donné la nature particulière des médicaments et les risques associés à leur utilisation. C'est ainsi qu'ils peuvent encore aujourd'hui s'assurer notamment de la qualité des produits sélectionnés, d'un étiquetage limitant les risques d'erreurs, de formulations stables, pratiques et compatibles avec les technologies liées au circuit du médicament.

¹ Les informations contenues dans cette section sont tirées de l'ouvrage suivant : Bussières, Jean-François et Marando, Nancy. De l'apothicaire au spécialiste, Histoire de la pharmacie hospitalière au Québec. Chapitre 8 : De l'industrie aux achats groupés. A.P.E.S.; 2011. [en ligne] <http://www.apesquebec.org/sites/default/files/lapes/histoire/histoire-de-la-pharmacie-hospitaliere-au-quebec/6446.pdf>.

3. AVANTAGES LIÉS AUX APPELS D'OFFRES POUR LES MÉDICAMENTS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

3.1. Prix concurrentiels

Les établissements de santé bénéficient de prix extrêmement concurrentiels. Pour le constater, il suffit de comparer, pour les mêmes produits, le prix du contrat en établissement de santé à celui inscrit à la liste du Régime général d'assurance médicaments (RGAM). Les appels d'offres permettent de regrouper des quantités plus grandes d'un même médicament et de les proposer à différents fabricants (ou fournisseurs) qui entrent alors en compétition les uns avec les autres.

Toutefois, il importe de retenir qu'en matière de médicaments, le prix ne peut jamais constituer le seul critère décisionnel. À cause de la nature même des médicaments et de la complexité du circuit du médicament en établissement de santé, d'autres caractéristiques (voir section 5.3) doivent être prises en compte. Les fabricants de médicaments qui seront alors considérés devront répondre aux critères spécifiques du produit en plus d'offrir le meilleur prix².

Cette approche a permis aux établissements de santé de bénéficier d'un contrôle important des coûts de médicaments qui, bien que toujours croissants, ont été pendant de nombreuses années, toutes proportions gardées, bien en deçà des augmentations observées dans le RGAM. Les pharmaciens d'établissements ont donc été en mesure d'exercer un contrôle des coûts tout en maintenant un circuit du médicament qui soit hautement sécuritaire.

3.2. Obligations du fabricant

Les appels d'offres permettent de définir précisément les besoins des établissements de santé et contraignent, jusqu'à un certain point, les fabricants à s'y conformer. Cela garantit un approvisionnement uniforme, au meilleur prix et pour une durée déterminée. Si le fabricant faillit à l'une ou l'autre des dispositions du contrat, il subit alors des pénalités visant à dédommager les établissements de santé pour les conséquences subies par ce bris de contrat. En cas de rupture d'approvisionnement par exemple, le fabricant concerné devra combler la différence de prix que l'établissement aura eu à

² Bourassa Forcier, Mélanie et Foucher, Alexandra. Processus d'appels d'offres relatif à l'approvisionnement en médicaments au sein des centres hospitaliers du Québec. Rapport de projet par Cirano; janvier 2016, page 26. [en ligne] <http://www.cirano.qc.ca/files/publications/2016RP-01.pdf>.

payer pour s'approvisionner ailleurs. Le risque est donc assumé en grande partie par le fabricant.

Il importe de mentionner toutefois que ces pénalités s'exerceront dans les cas où le produit provient de multiples sources. Dans le cas d'un produit unisource, une telle emprise sur le fabricant n'est pas possible et l'effet de l'appel d'offres sur le coût du médicament est nettement moins concluant. Il est utile de rappeler que les fabricants n'ont pas l'obligation de participer aux appels d'offres lancés par les groupes d'achats des établissements de santé, ce qui constitue une lacune du système actuel.

4. RISQUES LIÉS AUX APPELS D'OFFRES POUR LES MÉDICAMENTS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

4.1. Ruptures d'approvisionnement

Les pénuries de médicaments existent depuis de nombreuses années, mais elles se sont accrues considérablement au fil des ans. Cette situation affecte les patients, qu'ils soient à domicile ou traités en établissement de santé. L'Ordre des pharmaciens, conjointement avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, le Collège des médecins du Québec et l'A.P.E.S. publiaient en 2012 un document³ d'analyse sur les ruptures de médicaments, incluant une série de recommandations en vue de les réduire.

Les causes des ruptures d'approvisionnement sont multiples (diminution de la disponibilité de la matière première, augmentation de la demande, défaut de qualité, etc.). Cependant, la réduction de la concurrence en concentrant le marché autour d'un fournisseur unique constitue très certainement un risque de premier ordre pouvant mener à des ruptures de médicaments.

En 2012, les établissements de santé faisaient face à une rupture de plusieurs médicaments injectables produits par la compagnie Sandoz⁴, dont l'usine de production se situe à Boucherville. Cette crise, devenue la « crise Sandoz », a amené les pharmaciens d'établissements à revoir leur mode d'approvisionnement de même que les quantités de médicaments gardés en inventaire. Depuis, les comités de pharmaciens des

³ Les ruptures d'approvisionnement en médicaments, un enjeu de santé publique qui nécessite des actions concertées; avril 2012. [en ligne] http://www.apesquebec.org/sites/default/files/1233_38_fr-ca_0_rapport_ruptures_approvisionnement.pdf.

⁴ Barthélémy, Isabelle et Bussièrès, Jean-François. Un an après la crise des pénuries Sandoz : peu d'avancées. JCPH 2013; vol 66 (no 4). [en ligne] <http://www.cjhp-online.ca/index.php/cjhp/article/view/1275/1780>.

regroupements d'achats ont fait des modifications importantes aux appels d'offres afin de sécuriser le plus possible les quantités mandatées auprès de l'industrie pharmaceutique.

En mars 2014, l'A.P.E.S. menait une enquête⁵ auprès de ses membres qui révélait que le temps passé par le personnel technique ou par les pharmaciens eux-mêmes à gérer les ruptures d'approvisionnement et leurs conséquences représentait une dépense annuelle approximative de cinq millions de dollars. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre critique en pharmacie, il s'agit là d'un gaspillage de temps clinique qui est difficilement justifiable. À l'heure actuelle, près de 800 produits sont en rupture d'approvisionnement au Canada⁶. Cette situation, manifestement, ne s'améliore pas.

Les comités de pharmaciens des trois groupes d'achats québécois tentent par différentes méthodes de réduire les risques liés aux ruptures d'approvisionnement, en procédant, par exemple, à une double adjudication de contrats pour certains médicaments vitaux. Cette méthode se révèle complexe et ne semble pas encore atteindre les résultats escomptés. Pour certains médicaments unisources jugés critiques, les groupes d'achats exigeront que le distributeur conserve de 3 à 4 mois de stocks en inventaire. Il s'agit là de démarches probantes qui démontrent la rigueur et l'esprit d'initiative des pharmaciens d'établissements.

4.2. Érosion de l'arsenal thérapeutique

Depuis plusieurs années déjà, les pharmaciens d'établissements constatent, impuissants, la disparition de formulations pharmaceutiques, de concentrations spécifiques de certains médicaments, quand ce n'est pas l'arrêt complet de la production d'une molécule. Les pharmaciens d'établissements doivent alors trouver des solutions de remplacement pour des médicaments qui ne sont plus disponibles, ou encore reconditionner eux-mêmes la formulation requise à partir de formats plus concentrés. Les risques associés à de telles pratiques ne sont pas négligeables, en plus du temps requis pour parvenir à une solution et la produire.

Tout comme pour les ruptures d'approvisionnement, il n'y a pas que les appels d'offres qui provoquent ces conséquences malheureuses. Il faut néanmoins être conscient qu'ils

⁵ Révision des programmes : propositions de l'A.P.E.S., septembre 2014. [en ligne] http://www.apesquebec.org/sites/default/files/20140923_msss-comm_revision_prog.pdf.

⁶ Site Web Canadian drug shortage database, consulté le 18 février 2016. [en ligne] <http://www.penuriesdemedicaments.ca/drugshortages.asp>.

y contribuent. Lorsqu'un fabricant n'a plus suffisamment de marché pour garder active la production d'une molécule spécifique, il en arrête tout simplement la fabrication. Lorsque tout un marché, comme le Canada par exemple, octroie ses contrats de médicaments à quelques fournisseurs seulement, il élimine nécessairement des joueurs de l'échiquier et contribue à réduire l'arsenal thérapeutique dont disposent les médecins et les pharmaciens pour soigner leurs patients.

Les pathologies rencontrées en établissement de santé sont de tous ordres, mais il s'agit généralement de situations aiguës voire même critiques parfois pour lesquelles le plan de soins comporte dans la majorité des cas un traitement pharmacologique. Ce caractère aigu commande un accès immédiat à un médicament qui doit être disponible.

Le projet de loi à l'étude concerne des appels d'offres pour le RGAM. L'A.P.E.S. considère que ces appels d'offres doivent demeurer distincts de ceux déjà en cours dans les établissements de santé pour les raisons évoquées plus haut.

Proposition n° 1

L'A.P.E.S. recommande que le gouvernement maintienne les trois regroupements d'achats existants pour les établissements de santé, distinctement du RGAM, afin de conserver une saine concurrence sur le marché québécois et de permettre un approvisionnement par plusieurs fournisseurs ayant tous accès à une part de marché satisfaisante, le tout en vue de garantir aux patients québécois hospitalisés l'accès aux médicaments essentiels à leur traitement.

4.3. Effet rebond

La concentration du marché autour d'un ou deux fournisseurs tue la concurrence et mène tout droit vers un effet rebond d'augmentation éventuelle des coûts des médicaments, contrecarrant du même coup les objectifs poursuivis au départ.

Par exemple, lorsqu'un fabricant « A » de médicaments cesse la production d'un produit particulier en raison d'un manque à gagner ou parce qu'il a perdu le contrat, un autre fabricant « B » peut prendre le relais et produire la molécule. Toutefois, si ce dernier subit des difficultés de production, le fabricant « A » ne peut pas contribuer à régler cette pénurie puisqu'il ne produit plus le médicament en question. Les cliniciens sont alors aux prises avec un problème important à régler afin de poursuivre le traitement des patients touchés par la rupture.

S'il s'agit d'un médicament se situant dans un créneau pour lequel aucune alternative n'est vraiment possible, il se peut qu'un fabricant « C » reprenne la production du médicament, mais en décuple le prix. On se retrouve alors devant une conséquence qui produit l'effet contraire de ce qui était souhaité à l'origine, soit une augmentation significative du prix d'un médicament plutôt qu'une réduction des coûts.

5. ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

5.1. Nombre de fournisseurs

À la lumière de l'expérience concrète des établissements de santé en matière d'appels d'offres pour les médicaments, il nous apparaît utile de recommander que le projet de loi prévoit l'octroi de contrats pour chaque médicament à plusieurs fournisseurs afin de limiter les risques de ruptures de médicaments d'une part, et de permettre à plusieurs fournisseurs de demeurer actifs sur le marché québécois d'autre part.

Proposition n° 2

L'A.P.E.S. recommande que l'octroi des contrats par appels d'offres pour le RGAM vise plusieurs fabricants et ne se limite pas à un seul fournisseur.

5.2. Durée des contrats et modalités

En établissement de santé, les contrats ont une durée de 3 ans. Cela permet de bénéficier de prix avantageux sans toutefois se compromettre pour une trop longue durée, puisque le marché peut changer sensiblement au cours d'une telle période. Aussi, les trois regroupements d'achats ont pris la décision de lancer leurs appels d'offres tour à tour, à intervalle d'une année entre chacun. Encore une fois, cela permet de bénéficier des mouvements du marché, par exemple l'arrivée d'une nouvelle formulation ou encore la fin d'un brevet suivi de la mise en marché d'un nouveau générique. Cette mécanique offre la possibilité, à l'intérieur d'un petit marché comme le Québec, de maintenir plusieurs fournisseurs actifs et donne accès à un plan de relève en cas de difficultés vécues par l'un d'entre eux.

Notons aussi que les groupes d'achats se gardent le droit de retourner en appel d'offres si un nouveau fabricant arrive sur le marché. Il y a alors coordination avec le distributeur pour le produit ajouté.

Proposition n° 3

L'A.P.E.S. recommande que la durée des contrats octroyés pour le RGAM soit d'un maximum de trois ans et que les appels d'offres soient lancés à différents moments pour certains médicaments et non pas tous à la même date, en intégrant des modalités permettant de retourner en appels d'offres si un nouveau fabricant arrive sur le marché québécois.

5.3. Caractéristiques des produits

Tel que mentionné précédemment, le prix ne constitue qu'un seul des éléments à considérer au moment de lancer un appel d'offres. De nombreux autres critères doivent être évalués pour garantir un approvisionnement de qualité et limiter le risque d'erreurs médicamenteuses.

Par exemple, les produits biologiques ultérieurs (PBU) ne doivent pas être assimilés à de simples génériques. Un examen attentif doit être fait pour éviter de placer les patients à risque en considérant comme interchangeables des molécules qui ne le sont pas. De même, tous les médicaments à index thérapeutique étroit doivent être évalués à la lumière des risques importants qu'ils peuvent comporter pour certains patients qui peuvent être débalancés de manière significative par une mauvaise substitution (par exemple des patients psychiatriques ou encore des patients épileptiques).

Les formulations, les concentrations, la présence de latex, les risques d'allergies liés au médicament ou aux excipients, la stabilité, la chaîne thermique, la compatibilité avec les automates, la conservation, la conformité de l'emballage unitaire, l'étiquetage des fioles, le code à barres, le risque pour les manipulateurs sont autant de considérations qui vont bien au-delà du coût et qui doivent impérativement être évalués par des experts.

L'A.P.E.S. considère que les pharmaciens doivent être intégrés au processus visant à préparer et à évaluer les appels d'offres. Il serait périlleux de confier à des gestionnaires non cliniciens le mandat d'octroyer des contrats pour des médicaments puisqu'il s'agit d'un bien qui diffère des autres de par sa nature même et des risques qu'il comporte.

Proposition n° 4

L'A.P.E.S. recommande que des pharmaciens siègent au sein d'éventuels comités d'experts qui seront chargés de bâtir les appels d'offres et d'évaluer les propositions reçues.

5.4. Usage optimal

Au-delà des appels d'offres en vue d'obtenir le meilleur prix possible pour un médicament donné, l'usage optimal doit être un concept intégré à l'approche générale du gouvernement s'il désire obtenir un contrôle réel des coûts de médicaments.

Les médicaments génériques se vendent déjà à une fraction du coût des produits novateurs. Réduire la facture des médicaments génériques permettra en effet de recouvrer des sommes significatives pour le réseau de la santé québécois. Toutefois, l'arrivée massive de médicaments biologiques ou encore de thérapies ciblées feront exploser les coûts du système de santé.

Il importe de mettre en place des solutions permettant de s'assurer que chaque dollar dépensé pour un médicament apporte un bénéfice au patient qui le prend. Il faut valider les résultats des études cliniques, intégrer les données probantes aux décisions de remboursement prises par l'État et établir des balises pour l'utilisation de tous les médicaments, qu'ils soient dispendieux ou non. Des mécanismes de suivi de l'utilisation des médicaments doivent être développés (revues d'utilisation de médicaments, études prospectives) et mis en place afin de garantir la conformité avec les balises fixées et le respect des décisions prises⁷.

Les pharmaciens d'établissements de santé peuvent contribuer significativement à la mise en œuvre de tels mécanismes puisqu'ils détiennent une expertise spécifique dont bénéficient les établissements de santé depuis longtemps.

6. IMPACTS POTENTIELS SUR LES FORMULAIRES HOSPITALIERS

6.1. Le choix des médicaments au formulaire

À première vue, il n'y a pas de liens directs entre le RGAM et les formulaires hospitaliers (liste de médicaments disponibles dans un établissement de santé). Toutefois, la mécanique des appels d'offres visant à inscrire un seul fournisseur par médicament pour le RGAM et à classifier le médicament d'origine comme médicament d'exception pourrait avoir des conséquences sur le fonctionnement des établissements de santé.

⁷ Révision permanente des programmes : consultation des partenaires. Mémoire de l'A.P.E.S.; septembre 2014. [en ligne] http://www.apesquebec.org/sites/default/files/20140923_msss-comm_revision_prog.pdf.

D'abord, il faut comprendre que le comité de pharmacologie des établissements de santé fait une évaluation rigoureuse de chacune des classes de médicaments afin de déterminer quels médicaments seront inscrits à sa liste en vue de répondre aux besoins propres de sa clientèle. Ce processus permet du même coup d'assurer un contrôle de l'utilisation et des coûts des médicaments dans l'établissement.

Le patient qui séjourne dans un établissement de santé peut avoir des besoins très spécifiques. Il faut à tout prix éviter que ce même patient se voie prescrire un médicament durant son épisode de soins auquel il n'aura plus accès lorsqu'il recevra son congé. De même, le recours à un médicament d'exception peut signifier l'alourdissement de la tâche des médecins et des pharmaciens d'établissements qui devront s'assurer d'avoir rempli la demande avant la sortie du patient. À cause du caractère aigu des soins qui sont prodigués en établissement de santé, il faut éviter que le RGAM dicte, directement ou indirectement, les choix de l'établissement pour son propre formulaire, puisque cela ne lui permettra plus de satisfaire les besoins spécifiques de sa clientèle.

6.2. Les inventaires

Les quantités de médicaments conservées en inventaire dans les départements de pharmacie sont au plus bas possible afin de limiter les coûts inutiles. La plupart du temps, seuls les médicaments génériques sont gardés lorsque disponibles. Il y a donc très peu de médicaments d'origine en inventaire dans les établissements de santé sauf s'il s'agit d'un médicament qui conserve toujours son brevet ou pour des situations exceptionnelles. Encore là, bien souvent un seul médicament par classe sera conservé pour des médicaments jugés similaires.

L'inscription de certains médicaments d'origine au RGAM ne doit pas contraindre les établissements de santé à conserver ces produits en inventaire puisque cela créera des coûts importants inutilement, en plus de générer une complexité accrue dans la gestion du circuit du médicament.

7. CONCLUSION

L'A.P.E.S. a souhaité partager avec les membres de la Commission de la santé et des services sociaux l'expertise particulière que détiennent ses membres sur les processus d'appels d'offres pour les médicaments au sein des regroupements d'achats dans les établissements de santé. Au cours des 40 dernières années, les pharmaciens d'établissements ont à la fois bénéficié, et subi les conséquences, de cette pratique. Ils demeurent toutefois convaincus de l'utilité de cette approche et veulent continuer à y apporter des améliorations.

Il y a très certainement des gains à obtenir avec le projet de loi à l'étude. Toutefois, l'A.P.E.S. a cru utile de faire quelques propositions et d'émettre des mises en garde visant à contrer d'éventuels effets pervers. Pour l'A.P.E.S., le processus d'appels d'offres des établissements de santé doit demeurer distinct de celui qui sera créé pour le RGAM. De même, la présence des pharmaciens au sein de tout le processus devant mener aux appels d'offres de médicaments et à l'octroi des contrats est incontournable pour garantir un approvisionnement de qualité sans risque pour les patients et ce, au meilleur coût possible.

Finalement, l'A.P.E.S. est d'avis que le contrôle du coût des médicaments passe avant tout par un usage optimal, soit un choix de traitement basé sur des données probantes auquel s'ajoutent des balises claires. Cet usage optimal ne saurait être complet sans que soient menées régulièrement des revues d'utilisation des médicaments pour en valider les résultats. Les pharmaciens d'établissements apportent déjà une contribution significative à cet égard au sein des établissements de santé du Québec.

ANNEXE : LISTE DES PROPOSITIONS DE L'A.P.E.S.

Proposition n° 1

L'A.P.E.S. recommande que le gouvernement maintienne les trois regroupements d'achats existants pour les établissements de santé, distinctement du RGAM, afin de conserver une saine concurrence sur le marché québécois et de permettre un approvisionnement par plusieurs fournisseurs ayant tous accès à une part de marché satisfaisante, le tout en vue de garantir aux patients québécois hospitalisés l'accès aux médicaments essentiels à leur traitement.

Proposition n° 2

L'A.P.E.S. recommande que l'octroi des contrats par appels d'offres pour le RGAM vise plusieurs fabricants et ne se limite pas à un seul fournisseur.

Proposition n° 3

L'A.P.E.S. recommande que la durée des contrats octroyés pour le RGAM soit d'un maximum de trois ans et que les appels d'offres soient lancés à différents moments pour certains médicaments et non pas tous à la même date, en intégrant des modalités permettant de retourner en appels d'offres si un nouveau fabricant arrive sur le marché québécois.

Proposition n° 4

L'A.P.E.S. recommande que des pharmaciens siègent au sein d'éventuels comités d'experts qui seront chargés de bâtir les appels d'offres et d'évaluer les propositions reçues.