

Partenariat public-privé et pilules à 1 sou : paradoxe ou contradiction?

Jean-François Bussières, Francine Lussier-Labelle

La publication *Artère* de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) titre dans son édition de juin 2003 : « Le gouvernement ouvre la porte au partenariat public-privé dans le réseau de la santé »¹. On y cite notamment la présidente du Conseil du Trésor, qui déclare : « [...] je comprends les fonctionnaires de ne pas avoir de plan d'affaires et de se fixer des objectifs uniquement à partir des budgets disponibles. Il faudra un peu de temps pour les sensibiliser mais nous prendrons les moyens nécessaires pour y arriver [...] ». Nous comprenons que ce préjugé ne s'adresse pas aux chefs de départements de pharmacie qui gèrent la technologie du médicament en ayant pour priorité les patients et les résultats cliniques tout en tenant compte des ressources limitées. Cette édition d'*Artère* rapporte les faits saillants du congrès annuel de l'AHQ tenu en mai 2003. On y décrit notamment le fonctionnement du système de santé français mixte privé-public, lequel a été primé par l'Organisation mondiale de la Santé, et on fait l'état des lieux en matière de partenariat public-privé en santé. Cette discussion tombe à point nommé alors que le comité des médicaments d'Approvisionnement Montréal doit prendre position à l'égard d'une offre d'AstraZeneca concernant l'ésoméprazole (Nexium[®]) à 0,01 \$/comprimé! Cette offre est-elle le fruit d'un partenariat et peut-elle le favoriser?

Les pharmaciens ont reçu, dans leur courrier de juin, une brochure du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi que du Conseil du médicament sur une « Entente concernant les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) : un plan d'action en partenariat! »². Cette publicité choque à plusieurs égards. On n'y retrouve que de l'information vague qui renseigne peu : Quelle est l'incidence de la dyspepsie, du reflux gastro-œsophagien ou des ulcères? Quels sont les coûts des IPP versus les autres molécules utilisées dans ces indications au Québec? Que veut-on dire par partenariat? Est-ce applicable en établissement de santé? Y a-t-il un lien entre la pratique hospitalière et communautaire? La brochure parle d'un plan d'action propre à cette classe de médicaments et d'investissements totalisant 1,8 million de dollars, une somme importante. La stratégie comporte un atelier interactif, deux brochures et un outil d'information destiné aux représentants. On nous dit que « le plan d'action sur l'utilisation optimale et coût efficace des IPP constitue une première en fait de mesures novatrices et de collaboration entre les principaux partenaires visés par une meilleure utilisation des médicaments ». Bref, quatre pages mais peu d'information pour le coût d'une

brochure quatre couleurs sur papier glacé, une qualité d'impression qu'on n'a pas vraiment les moyens de se payer en établissement, pour influencer les prescripteurs hospitaliers! Avez-vous remarqué que des quatre images utilisées pour illustrer les professionnels impliqués, trois représentent des médecins en grand format et une petite, au bas du document, semble représenter un pharmacien? Paranoïaque, direz-vous? Lisez plutôt ce qui suit!

Alors qu'il est populaire et sans doute recevable d'envisager sérieusement des partenariats public-privé, alors que le gouvernement a signé de telles ententes au niveau des médicaments, alors que l'opinion publique est à l'écoute des situations conflictuelles entre professionnels et fabricants, l'offre à 0,01\$/comprimé étonne pour le moins dans ce contexte. Le processus d'achats regroupés au Québec repose sur une véritable compétition entre les différents fabricants, au niveau tant des prix que du positionnement de leur molécule. Dans le cas où un médicament est fabriqué par plus d'une société (on dit communément qu'il y a des compagnies génériques présentes au moment de l'appel d'offres), le prix est un facteur de décision important et le soumissionnaire proposant le prix le plus bas est susceptible de l'emporter, toutes choses étant égales par ailleurs. Dans le cas où un médicament est fabriqué par une seule société, la compétition est possible car ce médicament comporte souvent des solutions de rechange thérapeutiques au sein de la même classe. Le choix revient davantage aux comités de pharmacologie qui favoriseront le meilleur traitement selon les preuves et les coûts. Ainsi, dans ce cas-ci, l'ésoméprazole (Nexium[®] d'AstraZeneca) est en compétition avec l'oméprazole (Losec[®] d'AstraZeneca dont le brevet vient à échéance au cours des prochaines années – nous invitons le lecteur à consulter le site de l'Office de protection intellectuelle pour tenter de déterminer la date d'échéance applicable à l'oméprazole – difficile quand quelques dizaines de brevets semblent s'appliquer à la molécule³), le pantoprazole (Pantoloc[®] d'Altana), le lansoprazole (Pravacid[®] d'Abbott) et, dans une certaine mesure, avec les anti-H₂.

Quel est donc le problème? L'offre de 0,01 \$/comprimé d'AstraZeneca est également présentée par Altana et Abbott dans un ou plusieurs autres groupes d'achats au Canada. À partir des mandats d'achats (c'est-à-dire les prévisions d'achats des chefs de départements de pharmacie pour 2003-2004), on note que le marché des IPP est d'au moins 1 million de dollars canadiens par année

pour le groupe représentant les régions de Montréal-Laval-Estrie; l'offre à 0,01 \$ suggère *a priori* une économie de près de 1 million de dollars. Mais est-ce véritablement une économie pour le système de santé? Payer 0,01 \$/comprimé en établissement mais vendre aux patients le même comprimé jusqu'à 2,00 \$/unité en pharmacie communautaire ne laisse-t-il pas perplexe? Cette offre est-elle le fruit du partenariat évoqué plus tôt? Permettez-nous d'en douter pour les motifs suivants. Nous avons d'abord sollicité l'avis du MSSS et du Conseil du médicament quant à l'opportunité, pour notre groupe d'achats, de signer cette offre. Force est de constater que cette offre à 0,01 \$ ne fait pas partie des stratégies de bonnes utilisations convenues dans le partenariat. Les interlocuteurs du MSSS se disent étonnés de cette offre dont ils n'ont pas entendu parler officiellement auparavant! Vendre l'ésoméprazole à 0,01 \$/comprimé et l'oméprazole à 0,45 \$/comprimé n'est-il pas susceptible de réduire considérablement l'utilisation d'une molécule éventuellement générique au profit d'une molécule détenant un brevet pour plusieurs années, nonobstant les évidences?

Dans le cadre de la négociation 2003-2006 de l'entente médicament-établissement à Approvisionnement Montréal, quelques fabricants unisources de médicaments ont protesté à l'égard de certaines clauses de l'appel d'offres et ont refusé, dans un premier temps, de soumettre des prix! Le refus de participer pleinement à la négociation publique est-il un signe de partenariat? Pour le comité des médicaments, le respect des clauses d'une entente publique financée à partir des impôts des Québécois nous semble nécessaire. L'utilisation responsable des deniers publics s'impose alors que l'actualité suggère plus que jamais des situations conflictuelles entre les professionnels et l'utilisation du médicament. Relisez l'éditorial *Soigner sans cadeaux*⁴. Octroyer un contrat à 0,01\$/comprimé peut-il laisser croire à des ristournes quand on se doute que le coût réel de fabrication, de production et de vente est sans doute supérieur à ce prix? Faut-il rappeler aux lecteurs que cette offre à 0,01 \$ n'est pas un précédent, les dérivés nitrés sous plusieurs formes ayant fait l'objet à un moment ou à un autre de ce type d'offre? Le contexte d'aujourd'hui diffère compte tenu de la croissance des coûts et de la perspective plus sociétale et globale qu'ont les pharmaciens du réseau de la santé. Ce type d'offre à 0,01 \$ contrevient-il à la *Loi sur la concurrence* du Canada? À l'éthique professionnelle? À une utilisation optimale des IPP dans le réseau de la santé? Que prescrira un médecin en établissement s'il sait qu'un IPP est à un 0,01 \$ et un anti-H₂ à 10 ou 20 fois ce prix?

En somme, il est tentant d'accepter une offre qui réduit sensiblement les coûts hospitaliers, quand on sait que le gouvernement indexe le régime général d'assurance médicaments à un taux voisin de sa croissance réelle, tandis que le budget médicament des établissements de santé n'est indexé qu'à une fraction de son coût réel (indexation attendue de moins de 3 % jusqu'à maintenant pour 2003-2004 en établissement contre une croissance réelle des coûts de médicaments de 10 % à 15 %). Une curieuse façon de récompenser l'effort soutenu et vérifiable de la bonne utilisation des médicaments encouragée sous l'influence des pharmaciens d'établissement!

L'exemple est parfait pour poursuivre notre réflexion! Si le gouvernement désire véritablement établir des partenariats public-privé, ces partenariats doivent reposer sur des principes directeurs éthiques, préalablement discutés avec les intervenants, qui respectent le cadre actuel de négociations des groupes d'achats et qui reposent sur

une vision à plus long terme. Pour reprendre les termes d'*Artère*, afin d'éviter de se fixer des objectifs uniquement à partir des budgets disponibles! Les pharmaciens d'établissements sont très conscients des coûts inhérents à l'utilisation des médicaments et jouent un rôle clé. En refusant, au moment de mettre sous presse, l'offre d'AstraZeneca, le comité des médicaments d'Approvisionnement Montréal veut signifier la nécessité pour le MSSS et le Conseil du médicament d'agir avec cohérence, en regardant l'utilisation des médicaments dans son ensemble, en assurant les établissements de financer adéquatement les coûts des soins et services pharmaceutiques, en cessant de travailler en silo et en négociant de véritables partenariats! Pour que plus jamais la main gauche n'ignore ce que signe trop facilement la main droite! Pour que les partenariats public-privé, qui reposent pour chacun des joueurs sur des objectifs distincts, ne soient pas des occasions faciles d'économies à court terme qui remettent en question le fondement d'une pratique éthique, fondée sur des évidences scientifiques et pas seulement des dollars! Sans remettre en question les partenariats public-privé, nous réclamons des principes directeurs à ces ententes!

Références

1. Marcil F. Le gouvernement ouvre la porte au partenariat public-privé dans le réseau de la santé. *AHQ* 2003; 21 (5) : 1-6.
2. MSSS – Conseil du médicament. L'entente sur les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP). Publipostage aux professionnels de la santé. Juin 2003.
3. Office de la protection intellectuelle du Canada. Base de données sur les brevets. http://patents1.ic.gc.ca/cgi-bin/patquery_fo_el (site visité le 7 juillet 2003).
4. Pratte A. Soigner sans cadeaux. Éditorial. *La Presse*. 23 juin 2003.