

Tous les génériques ne sont pas équivalents

Dans sa volonté de maîtriser l'augmentation des coûts de santé et de réduire les primes maladie exceptionnellement élevées de l'année prochaine, le Parlement fédéral discute actuellement d'une proposition qui prévoit de ne plus rembourser à l'avenir que le générique le meilleur marché. Michel Buchmann, pharmacien notamment très engagé dans l'assistance pharmaceutique des homes, sait d'expérience qu'il ne s'agit pas toujours de la solution la plus appropriée et certainement pas la plus avantageuse.

Michel Buchmann, vous vous opposez fermement à l'idée de ne rembourser que le générique le meilleur marché. Pouvez-vous nous expliquer à l'aide d'un exemple concret pour quelle raison le générique le meilleur marché n'est pas forcément le mieux adapté?

Régulièrement, dans notre pratique officinale, nous gérons des patients sortant d'un séjour hospitalier. Ils disposaient avant leur admission stationnaire d'un traitement associant différents génériques qui ne sont pas nécessairement dans la liste des médicaments de l'hôpital concerné. Pendant le séjour hospitalier, un switch est donc mis en place pour traiter avec les médicaments choisis par les médecins de l'hôpital, mais contenant le même principe actif. Il s'en suivra donc une ordonnance de sortie d'hôpital, composée de médicaments de la liste de l'hôpital et qui ne sont pas les mêmes que le patient possède déjà à la maison, quoique composés des mêmes principes actifs. De façon très prudente, il faut donc, avec le patient, analyser la situation et renoncer à certains génériques prescrits par l'hôpital pour continuer d'utiliser les médicaments identifiables par le patient qui, maintenant, est seul et sans aide à la maison. Pour lui, un médicament a une forme et une couleur. Il ne peut pas se souvenir de noms ésotériques comme «Tamsulosin-FabricantX-Depocaps 0.4 mg». Non il sait qu'il doit prendre «une capsule allongée beige un peu difficile à avaler». Ce travail de triage de produits, nécessaire pour garantir la sécurité des traitements et des surdoses, est long et indispensable.

Il correspond assez bien aux situations que nous devrions gérer si la décision de toujours fournir le générique le meilleur marché tombait un jour ou l'autre. Cela me paraît impossible à réaliser faute de temps. Et comme les patients, à la maison, n'ont pas tous une infirmière pour les aider, je suis certain que les hospitalisations dues à des accidents thérapeu-

tiques iraient en augmentant. En effet, comment garantir que tous les «comprimés de forme et de couleur différentes» à disposition des patients à la maison contiennent le même principe actif?

Je ne peux donc pas accepter des économies qui sont loin d'être démontrées mais qui ont pour effet certain de créer de l'insécurité thérapeutique.

Bon marché ne signifie pas forcément avantageux. Pourquoi le Parlement ne fait-il à votre avis pas cette différence avec les génériques?

Parce que les parlementaires sont obnubilés par la seule nécessité d'économiser. Et l'on ne peut pas leur demander de comprendre à la fois la galénique, la clinique et la thérapeutique, en plus de la maîtrise d'au minimum deux langues nationales. La sagesse d'un politicien réside dans le fait de ne décider que dans l'intérêt général prépondérant. Il est d'intérêt public d'avoir des soins de santé économiquement supportables pour tous, mais pas au point de créer de l'insécurité en matière thérapeutique qui va augmenter les coûts. Nous avons là le seuil à ne pas franchir.

Vous avez non seulement de longues années d'expérience en tant que pharmacien d'officine, mais aussi dans le domaine de l'assistance pharmaceutique en EMS. Dans ce genre d'établissements, le traitement médicamenteux est à la fois confié aux médecins, aux pharmaciens et au personnel soignant. Qui devrait à votre avis décider en dernier ressort quel générique doit être remis?

C'est la sécurité du patient, dans le cadre du rapport coût/efficacité le meilleur, qui définit le choix des génériques dans le cadre de l'assistance pharmaceutique en EMS. Au tout début de la prise en charge de cette activité en EMS, les génériques n'étaient pas utilisés dans les établissements fribourgeois. Actuellement 30% des emballages en EMS sont des génériques que les infirmières ont dû apprendre à connaître. Il a fallu trois années pour arriver à introduire tous ces nouveaux médicaments, dans le cadre de discussions avec les médecins concernés. Des habitudes nouvelles ont maintenant été mises en place, signe de sécurité pour les patients. Il faudra, à l'avenir, qu'un nouveau générique fasse la démonstration d'une sérieuse modification du rapport coût/efficacité pour que l'on décide ensemble de l'introduire dans la thérapie. Il faut absolument rappeler que tout changement augmente le risque d'erreurs, même chez les professionnels. Alors, pouvez-vous



Michel Buchmann

imaginer des changements continus de médicaments, sans erreurs, chez les patients, surtout lorsqu'ils sont âgés et seuls?

Depuis de nombreuses années, vous animez également des cercles de qualité au sein desquels les médecins et les pharmaciens collaborent très efficacement. L'expérience a montré leur capacité à diminuer les coûts. Est-ce que l'obligation de remettre le générique le meilleur marché ne risque pas de considérablement restreindre le travail des cercles de qualité voire de le réduire à néant?

Le travail en CQ ne se résume pas à mettre en place des déplacements thérapeutiques de médicaments originaux vers les génériques. Non! Le travail principal consiste à analyser, dans chaque groupe thérapeutique, l'innovation proposée par l'industrie, sur la base des publications scientifiques les plus récentes. Il s'agit de mettre en lumière chez le prescripteur les pseudo-innovations qui ne méritent pas de supplanter les anciens traitements bien connus et largement documentés. Nous travaillons donc surtout sur des substitutions non pas génériques mais thérapeutiques. Mais il est évident que nous présentons systématiquement tous les génériques nouveaux apparaissant sur le marché et qui apportent réellement un plus en matière thérapeutique, ce qui n'est pas toujours le cas.

Peut-on en conclure que les objectifs d'économies brisent toute initiative qui contribue efficacement à réduire les coûts déjà aujourd'hui?

Lorsque l'on parle de baisser les coûts globaux des médicaments, il ne faut pas oublier que le coût est un multiple du prix/unité par le nombre d'unités utilisées par le patient. Si par exemple, il est prescrit à un patient un hypolipémiant à fr. 1.– par comprimé pour une année, le coût de l'hypolipémiant sera de fr. 365.–. On peut réduire ce coût en proposant au médecin de prescrire en première intention un hypolipémiant à fr. 0.7/cpr s'il est aussi efficace que le premier (preuve apportée dans les cercles de qualité). A ce moment le coût annuel sera de fr. 255.50. Ce même coût pourra être atteint si le premier patient n'utilise les cpr à fr. 1.– que pendant 255 jours.

L'on parlera alors d'un médecin qui prescrit bon marché; mais en fait, il prescrit cher à un patient peu compliant. L'on constate donc qu'une variation de coûts de médicaments cache des situations totalement différentes. Et ce n'est pas parce que l'on baisse le prix des médicaments que l'on va automatiquement baisser les coûts des traitements.

D'autant plus que si nous considérons les pratiques de deux médecins, l'un en prescrira à 5% de sa clientèle et l'autre à 14%, ce qui augmentera d'autant

les coûts globaux. Qui a tort et qui a raison n'est pas simple à décider. Toutefois, ces paramètres peuvent être discutés en cercle de qualité. Ce qui est sûr, c'est que la baisse du prix des produits n'aura aucune influence sur le nombre de patients recevant la thérapie.

Avez-vous une proposition concrète sur la façon dont le Parlement pourrait régler la question des coûts dans le système de santé?

La seule façon de réduire réellement les coûts des médicaments consiste à travailler en cercle interdisciplinaire, dans la discrétion et la confiance, en l'absence d'incitations économiques allant à contresens. Nos résultats des cercles de qualité pharmaciens-médecins sont là pour le démontrer, indépendamment de la politique de l'OFSP en matière de prix. Mais qui est prêt à nous entendre? Il s'agit vraiment d'une voie sur laquelle pourrait s'engager le Parlement. ■

Interview: Christa Rüedi

E-mail: christa.rueedi@pharmasuisse.org