

ESPACE ETHIQUE MEDITERRANEEN

Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

Année 2002-2003

**MEMOIRE DU DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE
D'ETHIQUE MEDICALE.**

Professeur Jean-Robert HARLE

**LE PHARMACIEN CLINICIEN,
ENTRE LA LIBERTE INDIVIDUELLE ET
L'INTERET COLLECTIF**

Présenté par Michel JUSTE

TABLE DES MATIERES

1. Introduction.	1
2. La pharmacie clinique et le soin pharmaceutique.	3
2.1 La pharmacie clinique	3
2.2 Le soin pharmaceutique	4
2.3 Un nouveau mode d'exercice	5
2.4 Nouveaux dilemmes	6
3. Principes et bases de l'éthique du pharmacien clinicien.	8
3.1 Le patient et la santé	8
3.2 Codes, principes et théories éthiques	10
3.3 Conséquentialisme et principes kantien, utilitarisme, individualisme, intuitionnisme.	16
3.4 Critiques, non malveillance et contre productivité	18
4. Choix éthiques pour le pharmacien clinicien.	21
4.1 Base scientifique et formation	21
4.2 Maîtrise des dépenses de santé	22
4.3 Rationnement de produits coûteux	24
4.4 Déontologie et évolution de l'éthique	29
4.5 Futilité et protection des patients	30
4.6 Malveillance et surcoût des évènements indésirables	34
4.7 Médecine basée sur les preuves et évaluation	37
4.8 Engagement du pharmacien clinicien	39
5. Conclusion	42

1. Introduction

Les problèmes éthiques développés dans la littérature sont le plus souvent liés à l'exercice médical et le pharmacien s'estime parfois non directement concerné par ces problèmes en les considérant trop éloignés ou en ne voulant pas s'interposer dans une relation soignant/soigné. Il arrive aussi que le pharmacien ne souhaite pas appréhender ces questions en cantonnant sa prestation à une relation commerciale.

Il existe pourtant des vérités qui doivent heurter les consciences professionnelles quand on s'aperçoit, par exemple, que environ la moitié des patients des pays développés (Europe, Amérique du nord, Japon) ne prennent pas correctement leur traitement médicamenteux. Il est indéfendable de se limiter à une délivrance de médicaments en oubliant un rôle d'éducateur en santé publique.

La pharmacie hospitalière est un mode d'exercice particulier de la pharmacie, à la fois plus restreint mais aussi plus ouvert vers certaines spécialisations scientifiques. Passer d'un exercice fonctionnarisé, confortable, à une forme d'exercice de praticien a été un enjeu du changement de statut du pharmacien hospitalier. A l'image de ses collègues américains ou canadiens, il a compris que sa nouvelle position est devenue clinique et qu'il doit quitter un monde de certitudes pour entrer dans un monde où la variabilité (celle des problèmes des patients) est la règle.

Longtemps, on a opposé la rationalité scientifique du pharmacien à l'art du médecin comme si deux mondes coexistaient sans véritablement se rejoindre ou se comprendre.

Aujourd'hui, il faut parler de « soin pharmaceutique » ou de pharmacie clinique, ce dernier terme étant plus consensuel mais moins directement parlant. Cette nouvelle forme d'exercice ou ce nouvel esprit professionnel est une petite révolution qui nécessite la remise en question de situations et d'attitudes jugées auparavant simples et logiques.

Historiquement, un premier questionnement s'est posé pour la délivrance des contraceptifs oraux, jugée « non morale » par certains pharmaciens officinaux.

La nouvelle position professionnelle du pharmacien hospitalier fait de lui un pharmacien « clinicien » qui va devoir se bâtir une nouvelle cohérence éthique. Longtemps il s'est positionné comme un défenseur des intérêts collectifs, charge difficile, parfois ingrate et souvent mal comprise. À présent, il va devoir se situer sur une nouvelle frontière : entre la liberté individuelle du patient qu'il doit aider de façon personnelle, et la responsabilité collective qui se décline de 2 façons : au niveau de l'institution et au niveau de la société.

Problème éternel du praticien qui se base sur des situations concrètes et individuelles pour juger et décider face à des règles, économiques et juridiques, basées sur des principes généraux pour le bien collectif.

Entre logique intuitive et philosophie morale, il faudra distinguer l'éthique de la déontologie, parce que l'éthique ne se limite pas à des principes (interdits ou devoirs) et parce qu'elle demande une implication personnelle du professionnel en tant qu'individu. Enfin, la description des nouvelles orientations professionnelles servira de base pour situer la place de l'éthique dans les rôles confiés au pharmacien clinicien.

2. La pharmacie clinique et les soins pharmaceutiques

2.1 La pharmacie clinique

Le concept de Pharmacie clinique est né aux Etats-unis il y a maintenant une quarantaine d'années, et il s'est imposé peu à peu aux pharmaciens hospitaliers américains et à leurs collègues canadiens avant de séduire les praticiens anglo-saxons (australiens, britanniques) puis européens. Ce concept a plus de difficultés à s'imposer en France alors qu'il semble mieux adopté par certains pays méditerranéens. Les raisons profondes de cette lenteur à modifier nos pratiques sont nombreuses, et à la base plus culturelles ou sociales que budgétaires même s'il est indéniable que la pratique de la pharmacie clinique nécessite un investissement en ressources humaines.

Définir la pharmacie clinique est un exercice délicat et je reprendrais une définition parmi d'autres en insistant sur certains points :

« La pharmacie clinique est l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients »

Charles Walton. Université du Kentucky, 1960.

Dans cette définition, largement répandue, il faut relever et pointer certains termes : jugement, responsabilité, efficacité, sécurité et économie.

Jugement signifie que le pharmacien va exercer personnellement son activité et va être amené à prendre des décisions en fonction d'éléments qui ne seront peut-être pas toujours démontrés.

Responsabilité, terme qui va de pair avec le premier pour le légitimer. Mais ceci traduit une nouvelle pratique d'importance capitale : la responsabilité personnelle du pharmacien vis à vis du patient.

Efficacité, sécurité et économie : triade bien connue des pharmaciens dont les définitions se recoupent mais dont le symbole est très fort : efficacité des produits dispensés qu'il faut garantir, sécurité des thérapeutiques qu'il faut assurer, et économie

générale vis-à-vis de la collectivité qui donne ce pouvoir au pharmacien. L'économie peut difficilement se concevoir sans efficacité et sécurité, un manque de l'un des deux derniers critères étant souvent un signe de surdépense voire de gâchis.

En pratique, le pharmacien va mettre en œuvre ses compétences pour optimiser la thérapeutique médicamenteuse mise en place pour le bien du patient. Il agit donc dans le cadre d'un ensemble de prescriptions médicales dont il va augmenter l'efficacité et la sécurité par une plus-value pharmaceutique (61).

2.2 Le soin pharmaceutique

Le soin pharmaceutique (appelé aussi suivi pharmaceutique) est un concept plus novateur (34). Le patient va être encore plus le point central de l'activité du pharmacien. Celui-ci va donc agir pour le bien-être du patient en analysant ses problèmes (61) et en établissant une relation personnelle et durable avec lui.

Une des définitions possibles est la suivante : « la dispensation responsable de la thérapeutique médicamenteuse, dans le but d'atteindre des objectifs définis qui améliorent la qualité de vie du patient ».

Les principes de ce type d'activité sont basés sur des relations plus étroites avec les patients, sur l'information, la communication avec les autres professionnels de santé et sur le bon usage des thérapeutiques.

Vaste programme qui est devenu peu à peu l'objectif des pharmaciens hospitaliers et aussi de certains pharmaciens officinaux français.

Il apparaît, après analyse, que ce concept de pharmacie clinique (élargi à celui de soin pharmaceutique, je garderai le même terme pour les deux concepts) représente un changement de paradigme pour la profession pharmaceutique (40). Il s'agit véritablement d'une révolution culturelle où les professionnels voient leur point de focalisation habituel qui était le médicament, être remplacé par celui de patient.

Cette situation n'est pas anodine. Les changements culturels profonds vécus par les sociétés occidentales vont dans le sens d'une individualisation de la personne ou plutôt d'une plus grande autonomie. Les anciens schémas paternalistes, longtemps décriés mais sécurisants, sont, certes, dépassés, mais les professionnels de santé ne peuvent pas tirer un trait sur leur responsabilité et la rejeter simplement sur l'usager.

On serait également tenter de faire un parallèle entre cette révolution culturelle pharmaceutique (51) et la « troisième vague » (celle de l'information) décrite par Toffler (64).

2.3 Un nouveau mode d'exercice

Le pharmacien clinicien va donc se trouver confronté à un nouveau mode d'exercice où règne l'incertitude et non plus la rassurante précision des mesures , chiffres et évaluations. Le mesurable devient difficile à appréhender et les nouveaux actes ont une composante probabiliste. La singularité du patient remplace les éléments statistiques et épidémiologiques.

A l'opposé de la démarche réductionniste scientifique habituelle, le pharmacien clinicien va devoir inverser sa pratique et maîtriser une approche globale ou approche systémique du patient. Ceci montre bien que le patient est au centre du système. La pharmacie clinique peut se modéliser comme un système complexe (47).

Afin de préciser concrètement l'activité du pharmacien clinicien, on peut décliner ses activités en 5 points (20, 36).

- ✓ Conseil patient
- ✓ Monitoring des médicaments
- ✓ Information
- ✓ Choix thérapeutiques
- ✓ Pharmacocinétique

Les conséquences professionnelles à court et moyen terme sont capitales :

- ✓ Une obligation de baser l'exercice professionnel sur une base scientifique solide
- ✓ La prise en compte essentielle de la formation des étudiants dans cette nouvelle optique
- ✓ La maîtrise incontournable des pratiques d'évaluation
- ✓ La nécessité d'une reconnaissance institutionnelle de cet exercice

La non réalisation d'un de ces quatre points signerait un échec patent.

Reste la réalité. C'est à dire la nécessité pour le pharmacien de participer à la maîtrise des dépenses de santé, avec ses obligations, ses contraintes et ses aberrations et la nécessité d'établir de nouvelles relations professionnelles avec les médecins et les autres professionnels de santé (personnel de santé notamment mais aussi le personnel administratif).

2.4 Nouveaux dilemmes

Pendant longtemps le pharmacien hospitalier a été le professionnel de l'économie médicamenteuse. Ou bien considéré comme tel, et trop souvent limité à cette fonction. Ce rôle n'a rien de désobligeant et le pharmacien a prouvé que son action était utile et même qu'il était nécessaire non seulement d'allier qualité et coût dans la recherche du meilleur rapport coût/ qualité, mais aussi de faire appréhender par tous les professionnels de santé la maîtrise des dépenses médico-pharmaceutiques.

Dans sa nouvelle dimension clinique, le pharmacien retrouve le même dilemme : rechercher le meilleur coût pour une prestation de la plus haute qualité possible.

Avedis Donabedian a bien conceptualisé ce principe: ce pionnier de la qualité en santé montre bien que si le coût est exponentiel, le bénéfice atteint un maximum. Il convient donc de trouver le meilleur bénéfice pour un coût acceptable (19).

Cette difficulté est représentée par ce qui est appelé aujourd'hui la maîtrise des dépenses de santé. Autant la notion de rationnement est rejetée, autant la nécessité d'une maîtrise est considérée par presque tous les professionnels comme une nécessité. Mais en passant d'une fonction technique (le choix et la dispensation de produits pharmaceutiques au meilleur rapport qualité/coût) à une fonction clinique (aider le patient à recevoir la meilleure thérapeutique), le pharmacien se trouve confronté à un nouveau dilemme : comment accorder l'intérêt individuel du patient et l'intérêt collectif ? La pratique actuelle montre trop souvent qu'il y a sinon opposition, du moins divergence et que certains choix réalisés dans un sens sont à contre courant de l'intérêt de l'autre. Ce dilemme n'est pas seulement pharmaceutique : les médecins prescripteurs le connaissent très bien, mais ils ont, soit évité le problème, soit plutôt

contourné ce qui pour eux n'allait pas dans le sens de l'intérêt premier du patient, intérêt qui est le fondement des valeurs éthiques médicales.

Il serait très dangereux pour le pharmacien clinicien de ne pas trouver sur ce sujet une attitude pratique cohérente dans l'esprit professionnel de la pharmacie clinique. Dangereux pour la reconnaissance de cette nouvelle pratique et dangereux aussi pour sa pérennité et pour l'avenir de cette profession (33).

Cette nouvelle frontière à tracer entre liberté individuelle et responsabilité collective (60) doit tenir compte de trois problèmes actuels :

- ✓ L'exigence de sécurité croissante
- ✓ L'absence de débat démocratique
- ✓ Une lacune dans la formation initiale

Le pharmacien clinicien va devoir établir de nouvelles relations avec les professionnels de santé (médecins et personnel infirmier), avec les patients, et aussi promouvoir une culture d'évaluation et de maîtrise qui soit comprise, acceptée et reprise par ses partenaires.

Les problèmes éthiques soulevés par la problématique intérêt individuel/responsabilité collective vont rapidement prendre une importance majeure si le pharmacien ne se forge pas une éthique pour lui permettre de défendre une attitude cohérente.

3. Principes et bases de l'éthique du pharmacien clinicien

3.1 Le patient et la santé.

Le patient devient donc un nouveau paradigme pour le pharmacien hospitalier qui va devenir clinicien. Cette dimension n'est pas nouvelle pour la profession car elle est bien connue des pharmaciens officinaux qui ont depuis longtemps une approche du patient. Le cadre professionnel est pourtant tout à fait différent, même si l'on peut argumenter sur la différence entre approche de pharmacie clinique et approche de pharmacie d'officine. En pharmacie d'officine, la relation de base est une relation commerciale ce qui modifie le fondement même du rapport soignant/soigné, même si l'on peut espérer que le résultat final est en premier au bénéfice du patient .

Dans le cadre de la pharmacie clinique (et surtout du soin pharmaceutique), la finalité de la relation patient/pharmacien est le bénéfice du patient en dehors de toute logique économique.

On retrouve les principes fondamentaux communs avec les médecins :

- ✓ Liberté du professionnel
- ✓ Liberté du patient
- ✓ Secret professionnel

L'évolution actuelle de la pharmacie fait que la base de la relation peut devenir autre que commerciale ou purement économique. Pour cela il faudrait baser la rétribution de la plus-value pharmaceutique sur des actes et non sur un produit. Pour les pharmaciens d'officine du Québec, une rémunération de certains actes de pharmacie clinique (les « Opinions pharmaceutiques ») est déjà en place, ce qui montre bien l'évolution positive du concept et le changement de l'image du pharmacien.

Un bémol est aussi à placer sur la notion d'actes. Doit-on tout baser sur des actes ? Ne risque t-on pas de galvauder la relation patient-pharmacien en la faisant rentrer dans une liste d'actes mesurables, évaluables et justifiables (26) ?

Pour François Dagognet (18), la base fondamentale de l'acte médical – et par conséquent celui de l'acte pharmaceutique – reste le respect de la liberté du patient. C'est donc le patient qui doit être à l'origine des actes dans la mesure où il peut évaluer lui-même son état et formaliser clairement sa demande. Or le patient est souvent le plus mal placé pour comprendre ce qui lui arrive. Pourtant l'appréhension par le patient de son propre état évolue.

D'un stade passif, subissant des soins, le « malade » est devenu un patient qui, peu à peu se libère d'un certain paternalisme. Il devient de plus en plus un consommateur et sa place va devenir celle d'un citoyen usager acteur, qui va devoir faire acte de responsabilité et d'autonomie. Malheureusement, il peut rester aussi uniquement un consommateur dépourvu d'indépendance.

Cette notion d'autonomie du patient est importante. Retrouvée sous d'autres formes chez Cornelius Castoriadis (12), cette autonomie implique une expertise personnelle du patient sur lui-même avec un droit à l'information.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (46) a formalisé ce droit à l'information (69) et elle consacre la protection du patient ainsi que l'importance de l'information fournie par les professionnels de santé. Cette évolution présente un danger qui est celui du désengagement médical, avec la fourniture d'informations, obligatoires certes, mais standardisées. L'enjeu est ici de garantir, pour le médecin et le pharmacien, une qualité de relation basée sur la communication écrite et orale.

Quelle santé pour le patient ? La notion de santé a aussi évolué avec le temps. En passant d'une remise à niveau de normes biologiques et physiologiques, la notion de santé s'est enrichie par la notion de qualité de vie (reprise par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1947).

Pour René Dubos la santé est « Un état physique et mental relativement exempt de gêne et de souffrance qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé ».

La notion de qualité de vie est très à la mode, très médiatisée et très liée à un certain consumérisme. Ici encore, la notion d'économie, sinon de restrictions va nous

ramener à la réalité. Certaines visions utopistes ne sont pas viables même à moyen terme, et si l'on doit s'interroger sur la santé et son coût, il faudrait le faire non pas seulement de façon longitudinale (pour un même patient) mais surtout de façon transversale. Un des gros problèmes actuels est celui de la répartition générale des moyens en santé, sachant que le Sida n'est pas soigné partout de la même façon, que les handicapés ne disposent pas d'une prise en charge suffisante, que les personnes âgées semblent mises en marge d'un système qui pourrait devenir exclusif d'une partie de la population.

Le patient demande des soins, une prise en charge, des informations. Il souhaite objectiver sa maladie et il demande des médicaments. Il arrive encore que la longueur de l'ordonnance soit à la hauteur de la confiance que le patient porte à sa relation avec le médecin, même si ce dernier a maintenant bien compris que sa complaisance cache parfois un manque de diagnostic ou la volonté de satisfaire son patient. Nous reviendrons sur ce problème qui n'est pas anodin, la rationalisation des prescriptions posant réellement un problème éthique pour le patient (26). Je limiterai ici ma remarque sur l'importance que le patient donne au remède dans une relation qui tient parfois plus du magique que du rationnel. Le médicament se trouve fétichisé par le patient (18, 30) et le pharmacien va devoir trouver une possibilité d'action (rationnelle ?) sur la thérapeutique sans « casser » cette vision mais en la faisant évoluer (51).

Le pharmacien clinicien devra donc associer un discours scientifique sur le médicament sans trahir l'aura du remède en le rabaissant à un objet thérapeutique d'action purement pharmacologique.

3.2 Codes, principes et bases pour l'éthique.

- ✓ Evolution des éthiques médicales et pharmaceutiques.

L'éthique pharmaceutique est un concept récent. Le besoin de la maîtrise d'une démarche éthique pour la profession pharmaceutique s'est

révélé peu à peu à travers des codes d'éthique (1890, et 1995 aux Etats Unis) (1) puis avec le code de déontologie (1995 en France) pour ne citer que ces deux pays (48). Cette éthique est fondée sur les principes médicaux qui, jusque dans les années 1975 étaient un reflet de l'exercice médical : une éthique individuelle, basée sur des relations médecin-patient essentiellement paternalistes, fondée à partir du principe de bienfaisance (60, 67).

L'évolution du monde de la santé a fortement modifié ces bases : les normes sont maintenant fixées par la collectivité, et le maître mot est la maîtrise des dépenses de santé. Ce changement est aussi marqué par une évolution technologique majeure qui modifie les fondements mêmes de la pratique médicale (18).

L'éthique individuelle doit laisser une (la ?) place à l'éthique collective. Les professions de santé sont dans l'obligation de passer d'un modèle de pratique paternaliste à un modèle autonome dans lequel le patient devient acteur, demandeur d'information, et dans lequel la société (représentée par les mondes économique et juridique) a un regard.

L'éthique de conviction fait donc place à une éthique de responsabilité. L'éthique de conviction liée au modèle paternaliste n'a pu résister aux contraintes des restrictions budgétaires. Le sentiment de frustration ressenti par les professionnels de santé est compréhensible et il est d'autant plus marqué qu'il se surajoute à un sentiment d'état de crise du monde de la santé.

- ✓ Une problématique historique, actuelle et fondamentale.

La maîtrise des dépenses de santé est un véritable défi lancé aux professionnels de santé, mais aussi aux économistes et juristes. La construction d'une éthique pour le pharmacien clinicien, qui est une partie de cette nouvelle éthique « collective », doit éviter d'aborder de front ce problème que l'on retrouve à plusieurs niveaux dans les pratiques professionnelles médicales et pharmaceutiques.

Il a existé, et il existe encore, une crainte de rationnement et de divergence forte entre exercice professionnel éthique et réalité économique : la crainte de l'exclusion de certains patients pour certains soins inquiète le monde de la santé.

« Notre époque vit une crise profonde de l'idéologie du progrès ».

Cornelius Castoriadis (12).

« La notion de marché a substitué à la pluralité des valeurs une seule valeur, et cette valeur n'est pas fondée sur une notion métahistorique ou éthique, mais sur l'utilité ». Octavio Paz (12).

Si les professionnels de santé veulent à tout prix éviter de tomber dans la passivité générale et d'être à la merci d'une technologie devenue incontrôlable, ils ont le devoir de proposer d'autres solutions qui ne porteraient pas atteinte aux principes de leur éthique.

Le conformisme décrit par Octavio Paz et Cornelius Castoriadis (12) explique la disparition des individus véritables devant un conformisme généralisé, dans une société paradoxalement taxée d'individualisme mais où la notion de masse est devenue prépondérante.

L'éthique des professionnels de santé doit aussi être un guide de référence pour mettre en place cette maîtrise des dépenses de santé (21) : elle doit nous montrer à la fois l'acceptable et l'inacceptable pour marquer les limites de cette maîtrise que l'on dit médicalisée.

✓ Références éthiques.

« L'éthique ne peut venir que d'ailleurs. Et elle vient, en effet, d'ailleurs ».

Henri Atlan (4).

Il convient d'expliciter les bases de réflexion nécessaires à la mise en place d'une démarche éthique, et par delà, en donner les principales références pour étayer une véritable éthique professionnelle et personnelle pour le pharmacien clinicien.

Les dilemmes posés par les situations rencontrées en pratique professionnelle amènent souvent plusieurs possibilités de solution. Se donner une méthode de réflexion est sûrement un premier pas fort utile (65).

Pour Veatch (65), les évaluations éthiques ont trois caractéristiques. :

- Elles sont ultimes : car fondamentales , elles ne peuvent être remises en cause car elles font appel à un standard de référence. Ces standards peuvent être théologiques, empiriques (« loi de la nature »), intuitif (le vrai et le faux sont intuitivement évidents), rationnels (dictés par la raison).
- Elles possèdent l'universalité, à l'instar des affirmations scientifiques et toutes les personnes arrivent au même résultat à un moment donné (même si ce n'est pas le cas au début).
- Elles prennent en compte le point de vue de toutes les parties en cause en leur donnant un poids équivalent.

Cette approche permet de passer progressivement d'un niveau de réflexion simple (intuition morale), à des règles morales plus élaborées mais toujours générales (sur lesquelles sont basés les codes de déontologie) puis à des niveaux supérieurs qui sont les principes éthiques, et enfin les théories. Cette méthode, certes un peu réductionniste dans sa méthodologie, a le mérite de clarifier la démarche et de favoriser une réflexion éthique par étapes.

La résolution d'un problème éthique est souvent posée d'emblée en terme de dilemme ou d'alternative. Cette approche est sûrement un peu trop rapide et elle s'apparente à mettre la charrue avant les bœufs (39), c'est à dire à brûler une étape préalable de clarification des objectifs. La bonne méthode est de passer d'un premier niveau logique à un niveau logique supérieur pour ouvrir d'autres issues. Il ne faut jamais oublier non plus que derrière un dilemme préexiste souvent un objectif non ou mal identifié.

Veatch (65) nous propose quatre niveaux ou étapes successives pour la réflexion éthique :

1. La compréhension des faits et des problèmes.
2. Les règles morales
3. les principes éthiques

4. Les théories éthiques

La première étape fait appel à la notion d'intuition morale qui est souvent suffisante pour régler des problèmes simples une fois bien décrits et compris.

Dans la seconde étape, il est fait appel à des règles morales telles que celles trouvées dans les codes de déontologie. On pourra prendre l'exemple d'un problème de confidentialité ou du droit du patient à refuser un traitement par non-consentement. Il n'existe pas de liste exhaustive des règles possibles, et il peut déjà y avoir des interprétations différentes de ces règles souvent par appréciation variable des conséquences.

La troisième étape décrit 2 positions : le conséquentialisme et le non-conséquentialisme. Ces principes fondamentaux seront développés plus en détail par la suite avec leurs critiques et leurs évolutions.

La quatrième et dernière étape est celle des théories. En effet, au delà du principe éthique conséquentialiste ou non, il y a encore des débats possibles qui seront aussi décrits plus loin.

L'éthique telle que je souhaite la proposer pour le pharmacien clinicien va au delà des codes moraux habituels que l'on trouve dans le code de déontologie. Les principes éthiques ne sont pas toujours évoqués dans ces codes. Notons toutefois une évolution remarquable du code de déontologie pharmaceutique américain (Code of Ethics for Pharmacists) (1) entre les années 1989 et 1995, qui prend en compte des principes éthiques alors que les versions précédentes étaient plus centrées sur la pratique professionnelle et plus paternalistes (67).

Ce nouveau « code d'éthique » américain n'a plus rien de spécifiquement pharmaceutique et il pourrait s'appliquer à n'importe quelle profession de santé.

Les professions de santé, au travers des prestations de serments tels que celui d'Hippocrate (et celui de Galien pour les pharmaciens), ont une vision

essentiellement conséquentialiste car allant dans le sens du bien-être du patient comme fondement, tout en fixant des interdits liés à une morale issue de la philosophie d'E.Kant.

Certains principes moraux dits de base sont, et doivent être le point de départ de la réflexion (53).

- Respect de la dignité de la personne, égalité
- Respect de la connaissance et des compétences
- Refus du lucre

Le respect de la dignité de la personne : Principe incontournable issu de la morale kantienne qui donne la primauté à la personne et qui doit pouvoir aussi assurer l'égalité entre les personnes et l'universalité de l'accès au soin. Pourtant ce principe de dignité est très flou (13). Ce concept est très souvent mis en avant, mais il est l'objet de bien des interprétations (voir le cas de N. Perruche). Il s'oppose par principe à l'instrumentalisation ou à la réification de la personne, mais certaines théories ont modifié cette approche. A ce principe, il faut rapporter le principe d'autonomie et la liberté de choix du professionnel. Reste que ce principe est vraiment à la base de l'éthique médicale et pharmaceutique (41).

Le respect de la connaissance et des compétences : concept auquel on attache la nécessité d'une formation continue du professionnel. Celui-ci établit une « convention » avec la société en s'obligeant à une mise à niveau permanente en échange d'une autorité et d'une indépendance professionnelle.

Le refus du lucre : le professionnel agit et prend des décisions dans l'intérêt de la personne qui en a besoin. Il s'agit d'une relation particulière entre soignant et soigné : on pourrait parler de covenant (terme français issu de l'anglais et de l'ancien français utilisé aux Etats Unis pour définir cette nouvelle relation) (54, 57). Ce covenant, ou convention, n'est pas vraiment un contrat, dont la base

économique est trop prégnante : le terme contrat laisse imaginer une forme de prestation basée sur une relation purement économique teintée de libéralisme.

3.3 Conséquentialisme et principes kantien, utilitarisme, individualisme, intuitionnisme.

On a vite opposé philosophie téléologique (action mesurée par le résultat) et philosophie déontologique (action évaluée pour elle-même). Il est vrai qu'il y a une opposition radicale entre les deux concepts, mais qu'il est beaucoup trop simpliste d'opposer les deux pour développer sa réflexion.

Le conséquentialisme base les actions en vue d'un résultat (conséquence) qui soit favorable pour la personne ou pour le plus grand nombre. Morale plus adaptée a priori au monde moderne où l'intérêt individuel ou général peut prévaloir sur les principes. Ce concept s'appuie sur des notions déjà évoquées: le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance (ne pas nuire), la justice (50). Le positivisme tend à rationaliser et à adapter les principes moraux. L'intervention de l'état est souhaitable pour certains cas, ce qui a permis à d'autres auteurs de moduler cette théorie (18).

Le non-conséquentialisme, sous la forme de la morale kantienne, fait reposer ses principes sur la notion de dignité de la personne et sur le principe d'universalité. Cette morale est une morale de conviction basée sur des impératifs moraux. Il est nécessaire de faire évoluer cette morale vers des principes prenant mieux en compte les réalités culturelles et économiques actuelles.

Une dérive du conséquentialisme est l'utilitarisme. Morale téléologique également mais plus proche du libéralisme et prônant la non-intervention de l'état. Développée par Jeremy Bentham puis par John Stuart Mill, cette philosophie repose sur un premier principe : ce qui est utile (le résultat) doit tenir compte d'un calcul des plaisirs et des peines (maximisation des plaisirs et minimisation des peines).

La notion de personne tend à s'effacer encore un peu plus devant l'intérêt général ; ce qui est utile étant ce qui apporte le bonheur au plus grand nombre possible. Cette philosophie est aussi celle du sacrifice (principe du détour). On admet donc de sacrifier un individu pour l'intérêt général. En cela l'utilitarisme est totalement opposé aux principes kantien (23).

Cette philosophie a été à la base de principes économiques et ce jusque dans les années 1970, elle a aussi imprégné la politique, la sociologie et la biologie. Elle est l'objet de nombreuses critiques et controverses (mouvement MAUSS par exemple).

Un principe incontournable est de permettre un accès égal aux soins pour tous. La conception de John Rawls (appelée égalitarisme libéral) est particulièrement intéressante.

La liberté, la qualité et l'égalité des soins sont les bases de cette philosophie, controversée car jugée difficile à mettre en application. Cette difficulté a été soulignée dans cette phrase :

« Aucune formule mathématique ne détermine le lieu géométrique de ces trois vecteurs : liberté, qualité et égalité des soins » Louis Dubouis (21).

Ce concept relativement nouveau (1975) a inspiré plusieurs systèmes de santé (10) et apporte des éléments de réflexion utiles pour le pharmacien clinicien. Elle se base sur un accès égal de tous aux droits fondamentaux (liberté, expression, croyance) et elle admet une certaine inégalité qui sera acceptée quand il en résulte un avantage pour tous.

François Dagognet a une approche plus originale. Sur une base conséquentialiste, il défend des principes absolus (par exemple le respect de la liberté de l'individu) ce qui peut sembler assez paradoxal, puisque pour lui, l'état peut prendre des mesures allant à l'opposé de l'individu. Il se situe lui-même comme proche d'un modèle hégélien en défendant ce rôle de l'état. Ceci s'oppose clairement à certaines doctrines conséquentialistes néolibérales et pourrait se définir comme un « libéralisme intelligent » où l'état doit pouvoir intervenir pour défendre certaines finalités en cas de besoin (18).

Cette position associe une défense des valeurs fondamentales par l'individu avec une justification du principe du détour défendu par l'état. Dagognet lui-même rapproche cette position de celle de Hans Jonas et de son principe de responsabilité. Il doit donc y avoir responsabilité partagée entre l'individu et l'état. Le rapprochement avec Hans Jonas s'arrête là, puisque Dagognet fait confiance à la science pour faire évoluer l'humanité.

La proposition de Dagognet retient aussi notre attention car son analyse de l'évolution de la médecine est aussi un modèle pour la pharmacie.

Une dernière théorie appliquée dans le milieu de la santé est celle de W.D. Ross. Dénommée intuitionnisme éthique ou moral, cette philosophie est très critique pour les théories conséquentialistes et notamment l'utilitarisme (28). Elle est basée sur une application de la morale stricte et universelle sauf si le résultat auquel l'action conduit est manifestement déraisonnable. Les recommandations morales de Ross (ou « prima facie duties ») ne sont pas exhaustives (volontairement). Fidélité, respect d'une promesse, réparation, gratitude, justice, bienfaisance, autovalorisation, non malveillance sont les principales recommandations. Il évoque les oppositions entre les principes moraux, très souvent à la base des critiques, et il propose de se référer au principe prioritaire qui doit avoir la meilleure conséquence.

3.4 Critiques, non malveillance et contre productivité .

✓ Critiques philosophiques

L'opposition entre les théories non conséquentialistes et les théories conséquentialistes est une opposition entre le principe de légitimité des actes (ou des moyens utilisés) et les conséquences de ces actes (résultats ou fins).

Même si dans la pratique, l'opposition radicale conséquentialisme – non conséquentialisme est une erreur grossière ou une simplification trop rapide, il semble primordial d'adopter une doctrine sur laquelle baser ses principes professionnels.

L'autonomie est une doctrine morale forte : elle consiste à limiter son individualité en se donnant à soi-même une loi ou règle impartiale, transcendante et fixe, et à s'y tenir, donc faire l'impasse sur l'évaluation des conséquences (23).

La littérature est riche de débats sur cette opposition entre principe kantien et principe orienté vers le résultat. Ce débat peut s'appliquer à la vérité (le droit de mentir), la promesse, le choix du patient et le droit de disposer d'un traitement.

Ce principe kantien qui se justifie par son universalisation est opposé à la doctrine conséquentialiste qui permet aux moyens de trouver leur justification dans les fins. Cette dernière doctrine peut aussi tendre à transgresser des interdits et à se soustraire à des obligations morales.

A l'inverse, la doctrine conséquentialiste est très proche de la théorie du choix rationnel, qui représente la rationalité économique. D'où la tentation de dire que la morale traditionnelle de Kant peut être considérée comme irrationnelle, voire anti-économique.

Seule la logique économique serait vraiment rationnelle et elle est basée sur le principe de sacrifice. Le pharmacien clinicien ne peut échapper à cette réflexion, mais celle-ci se situe à un autre niveau. On peut néanmoins se poser des questions sur le principe du rationnel bénéfice/avantage (23) et certaines applications médicales discutables (44).

Ce renversement est aussi un raccourci facile, bien que parfois utilisé pour rejeter certaines théories qui se sont opposées au conséquentialisme comme la théorie de Rawls.

Les théories conséquentialistes ont des atouts indéniables. Proches des théories économiques, elles reflètent bien le principe de la rationalité ou ce que l'on a appelé la théorie du choix rationnel.

Quel décideur de notre époque ne serait pas séduit par cette démarche ?

Cette philosophie morale est orientée vers l'intérêt général avant l'intérêt individuel et elle admet dans son principe le fameux principe du détour ou du sacrifice individuel. Par contre, le principal reproche est celui d'une certaine perversion de ce principe du détour, les moyens devenant une fin en soi avec une perte de vue de la fin véritable.

- ✓ Principe de non-malveillance et contre productivité.

Tel que décrit par Veatch (65), ce principe est lié à la théorie développée par W.D. Ross (28) et il implique la nécessité de ne pas porter atteinte aux patients ainsi que de leur apporter protection. Ce point mérite une attention particulière étant donné son importance dans le milieu de la santé et surtout en pharmacie.

Dans le contexte conséquentialiste, la non malveillance est considérée comme un objectif qui entre lui-même en conflit avec l'objectif général de bienfaisance ou « bénéficience ». On peut s'interroger sur l'apparente juxtaposition des deux principes mis à un même niveau. Ceci n'est possible que si l'on comprend que la malveillance est intimement liée à la finalité recherchée, comme le principe du détour peut l'être dans les théories conséquentialistes. En fin d'analyse nous retrouvons la critique précédente où l'emprise du principe du détour risque de faire oublier l'objectif réel. Ceci se traduit trivialement par le risque de prendre les moyens pour des fins, avec un déplacement des véritables objectifs de productivité.

Ivan Illich a très bien isolé et décrit ce problème en prenant plusieurs exemples dans les milieux des transports et de la santé (23). L'énergie dépensée à faire le détour devient un objectif en soi, et parfois même un objectif recherché pour lui-même.

Une critique courante des principes moraux kantien est aussi celle de la relativité de ces principes, ce problème ayant été revu par Ross pour y rechercher une application de certains choix prioritaires.

4. Choix éthiques pour le bon usage du médicament

4.1 Base scientifique et formation.

L'ouverture des pharmaciens à des fonctions plus orientées vers le patient peut les détourner de leurs activités scientifiques. En effet, la base scientifique de la pharmacie est essentiellement technique et il pourrait être tentant de limiter l'apport scientifique pur pour laisser place à d'autres types de formations. La nuance à apporter est très importante : autant certaines disciplines scientifiques ont une place qu'il faut revoir et diminuer, autant la place de nouvelles disciplines est capitale (éthique, communication), autant la base scientifique du pharmacien (et sa maintenance) doit rester un pilier pour l'exercice de la profession.

Les justificatifs sont les suivants :

- ✓ La pharmacie a toujours été la science du médicament, de sa découverte, sa fabrication et sa délivrance au patient. La connaissance du médicament reste la base de l'exercice pharmaceutique et elle doit continuer à se faire de la meilleure façon possible. Ceci implique une vision nouvelle de la formation : enseignement de synthèse et orientation vers la bonne utilisation du médicament et moins celle de sa fabrication.
- ✓ L'apparition du paradigme patient dans le monde de la pharmacie pousse le pharmacien à découvrir de nouvelles responsabilités. Le covenant établi entre lui et le patient lui donne une responsabilité qu'il peut mal apprécier. Une formation éthique est absolument nécessaire dès le début des enseignements et elle doit être confortée par la suite. Le rapport Cordier (15) développe un projet intéressant qu'il convient d'étudier de près car tout à fait pertinent. La responsabilisation du pharmacien envers un patient (son patient !) va remettre en cause son pouvoir et ses connaissances : l'étudiant doit s'y préparer et il doit pouvoir commencer à forger sa propre éthique. La communication fait aussi

partie des formations nécessaires, car l'approche relationnelle avec un patient n'est pas forcément innée et certaines clés doivent être maîtrisées.

- ✓ D'autres disciplines doivent également être développées : maîtrise de la qualité, pratique de l'évaluation.

4.2 Maîtrise des dépenses de santé

Peut-on refuser à un patient un médicament bien indiqué et régulièrement commercialisé uniquement pour des raisons financières ?

Autre façon de poser la question : Est-ce que deux pharmaciens peuvent avoir des positions opposées sur le principe de délivrance d'un médicament coûteux ?

Gardien des remèdes, le pharmacien hospitalier a aussi été chargé du rôle de gardien des budgets, rôle inapproprié car impossible à pratiquer sans la maîtrise des budgets d'amont ou des volumes de prescription en aval .

Malheureusement le pharmacien s'est plié à ce rôle délicat car mesurable et facteur de pouvoir.

Actuellement la pharmacie clinique a du mal à se faire reconnaître, et le pharmacien est un praticien qui ne fait aucun acte. Sa seule reconnaissance vient de son pouvoir d'interception sur les flux médicamenteux (en termes financiers, physiques ou informatifs).

Le patient hospitalisé est parfois très loin de connaître l'existence même de ce praticien.

Loin du patient, la gestion du médicament revient à une gestion de produits sensibles et coûteux. Sensibles car destinés à soigner, et donc gérés à partir d'un ensemble de critères scientifiques. Cette activité liée à l'achat, l'approvisionnement, la dispensation a été monopolisée par les pharmaciens parfois au détriment, soit des préparateurs, soit d'autres professionnels, ce qui

limitait la disponibilité des pharmaciens pour des fonctions cliniques auxquelles ils prétendent aujourd'hui.

L'évolution actuelle du marché des médicaments (hospitaliers mais aussi en dehors de l'hôpital) ne semble pas vouloir laisser plus de disponibilité au pharmacien. Entre substances innovantes et coûteuses et dépassements budgétaires, l'activité pharmaceutique tient plus du rôle de pompier que de celle d'un véritable praticien.

La problématique de la maîtrise des dépenses de santé pourrait se poser en termes relativement simples : l'offre et la demande :

La demande a évolué, en un sens ontologique, du médecin vers le patient avec les incertitudes liées aux multiples influences que ce dernier peut recevoir. L'offre est encore en grande partie – et théoriquement – maîtrisable par les prescripteurs dans la mesure où ils peuvent contenir les pressions de certains patients. Avec les patients, j'inclus les médias et les associations impliquées dans le monde de la santé.

Le problème se complexifie avec deux autres acteurs majeurs :

- ✓ L'état qui détient les ressources financières pour la maîtrise de l'offre.
- ✓ L'industrie pharmaceutique qui recherche des moyens de profit à plusieurs niveaux.

Quelle position doit avoir le pharmacien hospitalier devant des demandes – justifiées – de produits coûteux (médicaments ou dispositifs médicaux) ?

Dans la mesure où l'indication est bien posée et le patient pris en charge par un médecin prescripteur, la marge de manœuvre est inexistante.

Il est bien clair que son rôle de pharmacien est ici d'évaluer et de prévoir les coûts mais non de s'y opposer.

Je dirais même que le pharmacien est éthiquement obligé de promouvoir l'utilisation de thérapeutiques innovantes à haute valeur ajoutée (ASMR =

Augmentation du Service médical rendu), sans tenir compte de leur coût à priori.

4.3 Rationnement de produits coûteux.

Le problème du rationnement sur les produits coûteux se pose de façon régulière et ce d'autant plus que de nombreuses thérapeutiques sont qualifiées de « palliatives » («halfway technologies»), c'est à dire permettant une augmentation de la durée et de la qualité de vie mais sans effet curatif (52, 56).

Le rationnement se définit comme un déni systématique et délibéré de certaines ressources même si elles sont bénéfiques car jugées trop coûteuses (52).

Ce type de problème est un dilemme éthique dans la mesure où les ressources utilisées pour un patient pourraient être reportées pour le traitement d'autres patients. Ceci est du moins l'argument principal mis en avant pour justifier le rationnement.

Le choix décisionnel de traiter ou non, et donc d'engager des dépenses, est lourd de conséquences et il me semble qu'il ne peut revenir ni au seul prescripteur ni au pharmacien ni au directeur d'établissement (43).

Il est important que les praticiens – médecins et pharmaciens – consolident leur position éthique par une stratégie correcte :

- Le patient va-t-il retirer un bienfait de la thérapeutique, ou bien est-ce que le bénéfice restera marginal ?
- Est-on sûr que les ressources épargnées par la prescription seront bien réutilisées ?
- A-t-on bien évoqué toutes les alternatives possibles ?

Poirier et coll. ont colligé quelques principes éthiques applicables à l'utilisation rationnelle des thérapeutiques (52).

Principe éthique	Définition du principe
Autonomie	Droit de personnes compétentes à prendre des décisions en soins de santé. Ceci implique un consentement formalisé, qui demande une information claire du patient sur les risques et bénéfices des interventions médicales.
Bénéficence	Il crée une obligation de la part du praticien de santé à faire ce qui est dans l'intérêt du patient indépendamment d'un gain personnel ou institutionnel.
Justice de répartition	Il demande aux professionnels de santé d'agir avec honnêteté et équité dans la répartition des biens et services.
Non-malveillance	Il demande au clinicien de limiter les préjudices pour le patient.
Moyens médicaux extraordinaires	Il soutient qu'il n'existe pas d'obligation pour un traitement si celui-ci est contre ce que le patient demande, s'il n'offre pas d'espoir raisonnable d'augmenter la durée ou la qualité de vie, s'il est accompagné par des souffrances excessives ou inutiles, et s'il induit des coûts et des charges qui dépassent largement les bénéfices.
Futilité médicale	Il soutient qu'il n'y a pas d'obligation de proposer ou de poursuivre un traitement lorsqu'il existe moins de 1 pour 100 de chance de succès, lorsqu'il n'y a pas de bénéfice physiologique pour le patient, ou si l'intervention se limite à préserver une vie inconsciente ou une dépendance vis à vis de soins médicaux.

Tableau I: Principes éthiques appliqués à l'utilisation rationnée des médicaments (d'après Poirier et coll., 52)

Ce cas nécessite une confrontation avec les méthodes de réflexion évoquées par Veatch (65) pour une prise de décision éthiquement fondée.

L'objectif du rationnement est clairement celui du détour, voire du sacrifice. L'objectif est bien de permettre à un plus grand nombre d'accéder à des soins nécessaires qui ne pourraient être prodigués sans un sacrifice et donc une épargne de ressources sur un autre cas. Nous nous trouvons dans une logique conséquentialiste en s'opposant par une décision au soin d'un patient. Ce choix est évidemment contraire aux principes hippocratiques et au principe kantien de respect de la personne. Mais il vient à l'évidence pour tout le monde que les ressources limitées actuelles nous mettent quasi systématiquement et parfois quotidiennement, dans cette situation de choix :

- ✓ Choix d'un anticancéreux innovant grevant un budget.
- ✓ Choix d'une prothèse coûteuse.
- ✓ Introduction d'un médicament nouveau dans un formulaire thérapeutique
- ✓ Décision de poursuivre un traitement palliatif
- .../...

Les exemples sont nombreux pour illustrer ce problème de plus en plus fréquent qui demande une identification claire des objectifs et des éléments disponibles.

- ✓ Définir le coût réel de la thérapeutique
- ✓ Exposer les alternatives
- ✓ Faire la balance entre avantages et inconvénients.

Je pense qu'aucun praticien ne peut éthiquement choisir un rationnement sans une ou plusieurs raisons hautement valables et justifiées.

Ce type de choix est difficile à faire quand il s'agit d'un patient connu, pour lequel on sait qu'il sera impossible de fournir la thérapeutique souhaitée et utile, le cas est moins « gênant » dans le cas d'une décision plus lointaine sans identification nominative du patient, mais le dilemme éthique reste le même.

Pour le pharmacien hospitalier, le non accord d'une thérapeutique coûteuse sans connaître le patient est plus facile que pour le pharmacien clinicien qui connaît le patient, sa pathologie et qui devra se justifier (ne serait-ce qu'à lui-même).

Ce même problème peut se déplacer au niveau administratif si un directeur refuse ou limite l'achat de certaines thérapeutiques coûteuses. L'ignorance et l'éloignement peuvent faire ici bon ménage avec les décisions arbitraires.

Pour le pharmacien clinicien qui a choisi de s'occuper directement des patients, cette décision d'achat ne doit pas être le problème fondamental : ce n'est pas au pharmacien de décider si une thérapeutique est indiquée ou non pour un patient (en fonction de son état), ni si le médicament peut être acheté sans mettre en péril les finances de l'établissement (et les relations avec les fournisseurs). Si l'indication est bien faite et si le médicament possède une AMM (autorisation de mise sur le marché) adéquate, le rôle du pharmacien est de permettre cette prescription et cette utilisation.

Le problème éthique ne se situe pas, pour lui, à ce niveau.

Le pharmacien a trois obligations éthiques :

- ✓ Fournir aux autres professionnels toutes les informations utiles à l'étape de prescription et de choix thérapeutique : identification des coûts, des alternatives, analyse prospective des résultats.
- ✓ Faire un suivi strict de la bonne utilisation.
- ✓ Rapporter les éléments utiles en amont : prévision et évolution des budgets, évaluation des résultats.

Il ne s'agit pas – à aucun moment – de rejeter la responsabilité d'un choix coûteux (ou son non-choix) à un autre professionnel ou un personnel administratif. Chaque professionnel a ici sa place et la prise de ce type de décision ne peut se prendre de façon isolée.

La communication entre professionnels est capitale dans ce type de cas. Rappelons à ce niveau, le rôle d'une instance hospitalière encore mal située et

mal utilisée qui est la Commission du médicament et des dispositifs médicaux implantables stériles dont le rôle devrait être de définir certains choix locaux et d'aider les médecins à étayer leurs choix spécifiques (22, 62).

Le pharmacien, clinicien et hospitalier, ne peut omettre sa responsabilité dans l'approvisionnement de l'établissement en produits pharmaceutiques. Il est clair que ceci se traduit par une maîtrise comptable à un moment ou un autre. Là encore, ne fuyons pas les responsabilités. Même si l'on peut regretter la rareté des ressources, notre rôle est d'en avertir les gestionnaires en amont (avec toutes les preuves nécessaires), mais non d'occulter le problème !

L'importance de ce dilemme nous oblige à passer à des niveaux de réflexion éthique plus élevés que le code de déontologie, par exemple.

L'égalitarisme libéral de John Rawls nous apporte une aide pour la défense de ce point de vue : le principe de justice doit nous faire faciliter l'accès des patients aux soins existants, disponibles et nécessaires. Et ce, en garantissant un droit égal pour tous les patients. Il est donc impensable de choisir un patient qui pourra bénéficier de la thérapeutique, tout comme il est injuste de vouloir limiter l'accès aux soins à un nombre défini de patients (que dira-t-on aux autres ?).

La conception conséquentialiste, voire utilitariste, qui pourrait justifier le sacrifice de certains patients en faveur d'autres patients par le choix d'un type de soins au détriment d'un autre peut évidemment admettre une justification purement économique. Mais elle reste éthiquement incompatible avec le rôle que la société a donné au praticien hospitalier, qu'il soit médecin ou pharmacien.

Ceci n'empêche nullement de faire certains choix de politiques de santé, dont la visée économique n'échappe à personne, à un niveau administratif supérieur pour donner telle ou telle possibilité thérapeutique et à en refuser d'autres (29).

4.4 Déontologie et évolution de l'éthique

Depuis 1995, les pharmaciens disposent d'un code de déontologie (48) dont le contenu reste proche cependant des règles morales (interdictions) et des règles de gestion des relations entre les professionnels et avec le public.

Cette conception reste encore assez paternaliste et elle pérennise une attitude qui reste un obstacle majeur au développement des modèles interprofessionnels (66). Les relations avec le patient (et non la notion de « public » qui est trop impersonnelle) sont insuffisamment développées. L'évolution professionnelle du pharmacien, hospitalier mais aussi officinal, vers la pharmacie clinique et le soin pharmaceutique feront évoluer les choses. Il a été dit que le patient doit pouvoir choisir son pharmacien, et que celui-ci doit pouvoir suivre son patient à travers un dossier pharmaceutique. Ceci traduit aussi bien l'évolution des droits et responsabilités du patient et l'évolution d'un modèle paternaliste vers un modèle citoyen.

En passant d'une vision essentiellement gestionnaire et économique à une vision plus orientée patient le pharmacien va faire le chemin éthique le menant d'un concept essentiellement conséquentialiste (dans un sens économique avec la notion coût avantage) à un concept toujours conséquentialiste (dans le sens hippocratique) mais plus fondé sur les notions de justice et d'égalité.

Ceci ne veut pas dire que le pharmacien va tout d'un coup découvrir que les produits qu'il délivre sont destinés à des patients, mais sa démarche nouvelle va le repositionner et faire évoluer son approche éthique.

Un dernier aspect éthique à noter est celui du regard que le praticien doit porter sur sa propre activité.

Cette analyse de nos pratiques est une nécessité et une sécurité pour défendre des principes éthiques de base – non conséquentialistes – qui fondent la profession pharmaceutique. Ce regard critique est aussi une remise en cause permanente des applications pratiques qui découlent de ces principes mais qui, eux, peuvent être analysés selon un rapport coût-utilité. L'éthique du pharmacien clinicien doit le pousser à rechercher la performance (59).

4.5 Futilité et protection des patients

Le concept de futilité est né dans les années 1980 et s'est développé surtout entre 1987 et 1996.

La définition de ce concept est délicate et a amené certains auteurs (32, 58) à proposer une double définition : qualitative et quantitative.

La futilité quantitative correspond à l'observation que, si dans 99% des cas d'une utilisation thérapeutique, aucune utilité n'a pu se dégager, le traitement est alors déclaré « futile ».

La futilité qualitative correspond à un traitement qui ne fait que maintenir un état d'inconscience ou qui ne peut arrêter une dépendance médicale totale d'un patient à des soins intensifs.

Certains auteurs (58) ont proposé qu'il n'y avait aucune obligation éthique à poursuivre un traitement jugé futile.

Ce raccourci a été critiqué, d'autant plus qu'il y a une ambiguïté entre effet sur le patient et bénéfique pour le patient. Ce problème s'est encore approfondi avec l'élargissement du concept au rationnement (52, 56) et à la non preuve pharmacologique d'activité thérapeutique.

Le débat comporte beaucoup de points mal éclaircis dont le principal est la subjectivité de certaines valeurs. Ce débat s'est d'ailleurs éteint essentiellement par manque de consensus entre les professionnels.

La futilité est vite réduite à un verdict de non retour (mort, maladie incurable) avec bien sûr une frustration des thérapeutes acculés à un aveu d'impuissance.

Ce concept a été d'abord utilisé en milieu de réanimation où l'on a vu se développer des systèmes de pronostic prédictif (scores APACHE).

Autant ces études sont utiles pour évaluer les pronostics au niveau de groupes de patients ou au niveau de pathologies, autant il devient très délicat et éthiquement difficilement défendable de s'en servir pour un patient précis (32).

Il y a une opposition entre autonomie du patient et autonomie du médecin qui doit décider de la poursuite du traitement. Le débat pourrait être largement développé.

La seconde utilisation du concept de futilité est celle rencontrée en milieu gériatrique (42). Existe-t-il une futilité liée à l'âge du patient ? Ce problème est important bien sûr, d'autant plus que les patients soignés et admis en réanimation sont de plus en plus âgés et que l'on pourrait rencontrer une certaine discrimination liée à l'âge (définie par le terme d' « âgisme »). Sans rentrer dans le débat du rationnement, mais en restant concret, quels sont les moyens à mettre en œuvre pour quel résultat ?

Le débat actuel est comparable à celui du rationnement : une place en réanimation occupée par un patient âgé est une place de moins pour un autre patient plus jeune qui pourrait mieux bénéficier de la structure de soin. Là aussi le débat mérite d'être développé.

Laszlo différencie deux concepts clés pour expliquer la futilité en gériatrie (42) :

- ✓ L'effet thérapeutique qui est objectivé par un impact sur l'organe cible, la littérature pouvant nous fournir des données sur la probabilité de réussite. Il faut encore déterminer la limite qui définit la futilité. Cette limite est régulièrement située à 1 pour 100.
- ✓ Le bénéfice pour le patient est difficile à évaluer : la subjectivité revient en force dans un contexte social important où les soignants et la famille ont leur place ainsi que le patient lui-même bien sûr. Laszlo dit que les médecins ont tendance à sous-estimer la qualité de vie de leur patient, ce qui fait qu'un traitement utile pourrait être trop rapidement déclaré futile (52).

Il serait utile de pouvoir disposer de recommandations pour mieux cerner cette notion et aider à la décision, mais on a vu qu'aucun consensus n'a pu être dégagé.

Les objectifs ne doivent pas être mis de côté : éviter au patient un traitement inutile et permettre une meilleure répartition des ressources tout en garantissant l'intégrité professionnelle des soignants.

La place du pharmacien clinicien n'est pas simple : l'intégration à une équipe gériatrique est très riche et permet d'aborder de nombreuses questions éthiques qui sont essentiellement pour lui le choix de traiter ou non avec l'éternel rapport coût avantage. Les chiffres proposés par Poirier et coll. fournissent une orientation mais ne peuvent fournir la réponse. Celle-ci doit être collective, transparente et éthiquement basée sur les principes d'autonomie du patient. La responsabilité prend un relief particulier pour la lourdeur des conséquences, alors que le principe d'égalité s'efface devant la variété des situations. L'incertitude est grande et la décision doit aussi se baser sur des principes kantien qui n'ont plus rien à voir avec le résultat.

La mise sur le marché en 1987 d'un nouvel antithrombotique (alteplase : Actilyse®) a surpris un certain nombre de professionnels médecins et pharmaciens par le libellé de l'indication retenue par l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) : Thrombolyse à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde (moins de six heures) chez les patients de moins de 75 ans.

Ceci « condamne » les patients plus âgés à ne pas être traités. La sentence est surprenante mais a été justifiée par l'absence de mise en évidence d'un effet bénéfique pour les patients d'un âge supérieur à 75 ans. Cette restriction a été levée quelques années plus tard (en 1993) après une étude clinique de grande envergure.

Sans polémiquer sur la méthodologie de l'étude qui a permis une telle conclusion, cet exemple soulève le problème des essais cliniques en gériatrie. Les études incluant ce type de patient étaient peu nombreuses il y a quelques années, du fait des critères de non-inclusion retenus qui limitaient la participation de ce type de patient mais aussi du fait d'un certain désintérêt pour les traitements des populations gériatriques. On serait autorisé à parler d'eugénisme latent dans ce type de cas.

L'évolution démographique a modifié les mentalités et l'on voit maintenant des études à la méthodologie plus souple permettant l'inclusion de personnes âgées, voire des études spécifiques dédiées à cette population. Les

caractéristiques physiologiques de ces populations (qui varient parfois selon les tranches d'âge) justifient pleinement cette évolution. Le pharmacien a aussi un rôle éthique à jouer en tant que partenaire et acteur dans les essais cliniques (68).

Il peut être membre d'un CCPPRB (Comité Consultatif de Protection des Personnes en Recherche Biomédicale) ou acteur dans la recherche elle-même (35). Sa position éthique doit être orientée dans la défense de ces populations particulièrement fragiles : protection vis à vis des risques cliniques de cette tranche d'âge plus fragile et surveillance vis à vis de leurs consentement et information.

A l'opposé de la gériatrie, la pédiatrie est aussi une discipline où les pharmaciens ont pris position pour défendre l'accès aux soins. De trop nombreux médicaments n'ont pas d'indication en pédiatrie, essentiellement pour des raisons économiques car le « marché » n'est pas rentable.

Les praticiens se retrouvent souvent démunis en face de situations cliniques où il n'existe pas de possibilité thérapeutique évaluée et disponible. La situation est parfois limite et elle entraîne certains « bricolages » qui en restant scientifiquement défendables entraînent une frustration légitime des pédiatres et pharmaciens.

Ici encore, le pharmacien clinicien doit défendre la mise en place d'études cliniques en milieu pédiatrique et il doit promouvoir le développement de présentations médicamenteuses spécifiques à la pédiatrie.

Il existe encore de nombreux médicaments non indiqués en gériatrie ou en pédiatrie par manque d'évaluation dans ces populations. Le pharmacien clinicien a le devoir éthique de ne pas souscrire à un respect strict des indications et de se référer aux données actuelles de la science, c'est à dire aux données publiées qui peuvent orienter certains choix.

4.6 Malveillance et surcoût des évènements indésirables.

Le problème de l'exigence sécuritaire croissante a déjà été évoquée, essentiellement comme un facteur modifiant la demande de soin. Cette exigence est aussi un des principes de base décrit par W.D. Ross (principe de non malveillance) et il est de plus en plus repris et décrit par divers rapports (OMS : qualité des soins : sécurité des patients :49).

Les études sont à la fois suffisamment nombreuses et cohérentes pour rendre le problème on ne peut plus visible (8). Longtemps oublié, voire caché, le problème de l'iatrogénie – médicamenteuse dans le cas présent – est une véritable épine placée dans la qualité des systèmes de santé.

Le problème peut être analysé de deux façons :

- Les évènements indésirables médicamenteux imprévisibles qui sont liés à des interactions entre le terrain (le patient et ses caractéristiques propres souvent mal connues) et les médicaments.
- Les évènements indésirables médicamenteux prévisibles qui sont connus et bien décrits liés à des réactions qui sont évitables ou gérables.

Le cas des évènements médicamenteux gérables se traduit par des effets indésirables liés à des thérapeutiques connues et que le prescripteur va gérer dans le cadre d'un rapport bénéfice/risque. Le cas de certains effets indésirables liés à des chimiothérapies anticancéreuses est caractéristique de ce type d'évènements.

Il est par contre beaucoup plus fréquent – malheureusement – de rencontrer des évènements indésirables médicamenteux connus et non désirés pour des thérapeutiques habituellement bien maîtrisées. Ces effets sont un peu la partie immergée de l'iceberg des effets indésirables et ils sont d'autant plus inacceptables qu'ils ont la caractéristique d'être évitables.

Cette description pourrait être une illustration édifiante du principe de contre-productivité d' Ivan Illich, le système de santé ayant généré par son activité un ensemble d'effets néfastes qui s'opposent à l'objectif de départ et qui entraînent eux-mêmes des activités contre productives.

Ceci se traduit bien sûr par des dépenses importantes qui sont évaluées en surcoût d'hospitalisations, préjudices temporaires ou définitifs et décès.

Il y a aussi absence de productivité, ou dérive sécuritaire, si l'on considère la non prise en compte de ces risques connus par rapport à des risques mal connus mais ayant bénéficiés de moyens de prévention que l'on peut juger disproportionnés (60). La prévention des infections nosocomiales par les ATNC (maladie de Creutzfeld-Jacob et encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles) est certes une nécessité, mais qui a mobilisé des ressources surévaluées en regard des besoins sécuritaires globaux de la santé. La résolution de ce problème est plus facile que la résolution de l'iatrogénie médicamenteuse, car la cible est plus circonscrite. Mais il y a là un problème de responsabilité politique qui dépasse le professionnel.

Les chiffres avancés par divers auteurs font état d'environ 100 000 décès annuels aux Etats-Unis dus aux erreurs médicales (8). Ce problème est de plus en plus décrit en France avec des chiffres comparables Les coûts sont exorbitants, car il faut tenir compte des hospitalisations supplémentaires, des handicaps et des thérapeutiques adjuvantes.

Le pharmacien clinicien est bien placé pour connaître ce problème car il s'agit trop souvent de dysfonctionnements dans les circuits du médicament, allant de l'erreur de prescription à l'erreur d'administration. Son rôle est d'optimiser ce circuit et il doit être le garant de la qualité finale (8, 14, 16). Rôle imposant mais capital : d'un point de vue éthique, le pharmacien clinicien doit mobiliser son activité dans ce but en associant plus-value pharmaceutique au choix et à l'utilisation du médicament et assurance de qualité appliquée au circuit physique du médicament (55).

Ce rôle est d'autant plus important que certaines populations de patients, comme les personnes âgées, présentent des risques majorés du fait de leur fragilité (24, 45).

Dans le modèle du Soins Pharmaceutique, le pharmacien clinicien a également une place dans l'information et le conseil patient pour expliquer les effets indésirables possibles liés à la thérapeutique.

Le modèle paternaliste a longtemps laissé de côté cet aspect négatif de la thérapeutique, la rangeant parfois dans la fatalité. Actuellement, les professionnels sont moins réticents à reconnaître le problème même s'il existe encore des problèmes culturels à ne voir dans ces incidents que des erreurs humaines alors qu'il s'agit essentiellement de problèmes de dysfonctionnements dans un système de soins.

Le patient doit être informé de ces problèmes : la révélation au patient d'un incident le concernant n'est pas encore une pratique courante mais elle est souvent mieux acceptée que les professionnels ne peuvent le penser. Cette révélation au patient est bien une décision éthique d'une équipe où le pharmacien a sa place.

Pour l'équipe elle-même, la révélation des événements indésirables et les erreurs observées est très important (31, 63) :

- ✓ Elle est une forme de respect pour les patients et leur famille.
- ✓ Elle permet d'apprendre le mécanisme de l'erreur ou du dysfonctionnement.
- ✓ Elle peut prévenir un préjudice au patient ou à d'autres patients
- ✓ C'est un devoir professionnel.
- ✓ Elle peut être thérapeutique pour les professionnels concernés.

La responsabilité du professionnel est bien sûr directement engagée, dans la survenue de l'événement, mais peut-être plus encore dans l'obligation qu'il a de révéler le problème rencontré et de proposer des mesures correctives et préventives. Ce point rejoint celui de la déclaration des effets indésirables observés (rôle de pharmacovigilance).

4.6 Médecine basée sur les preuves et évaluation du bon usage du médicament.

Symbole d'une nouvelle médecine basée sur des concepts probabilistes, le concept de « médecine basée sur les preuves » ou médecine factuelle ou encore « Evidence-based Medicine » pour les anglo-saxons, est né du développement et de l'utilisation de nouvelles données pour la prise de décision médicale.

Une définition peut en être donnée (37) : la médecine factuelle signifie une utilisation systématique, consciente, judicieuse et explicite des données actuelles de la science dans les décisions visant le soin des patients.

Cette pratique est basée sur une utilisation critique des données épidémiologiques et scientifiques fournies par les études cliniques (17). Elle doit nous permettre de mieux juger de l'intérêt et de l'efficacité d'un traitement. Il s'agit donc d'une rationalisation de l'évaluation des traitements, et d'une reconnaissance de l'intérêt de l'épidémiologie clinique.

L'« Evidence-based Medicine » est un exemple pratique de conséquentialisme (38) et elle souffre des mêmes critiques que cette proposition philosophique (28) :

- Difficulté à mesurer certains résultats difficilement objectivables (2)
- Impossibilité de définir clairement pour quels intérêts les résultats sont recherchés.
- Possibilité d'arriver à des conclusions considérées comme non éthiques pour d'autres points de vue (cas de méta-analyses utilisant des résultats non publiés ou issus de recherche non éthiques).

Il paraît normal d'associer des compétences personnelles et des méthodes scientifiques solides pour pratiquer la médecine. L'un n'exclut pas l'autre. Donabedian allie deux éléments pour décrire la performance des praticiens : des compétences techniques et des compétences interpersonnelles (19).

Le pharmacien hospitalier, clinicien de surcroît, a une place particulière dans cette approche. Ses compétences lui permettent de bien maîtriser les

techniques liées aux études cliniques et épidémiologiques et il doit pouvoir apporter une plus-value importante.

Cette position est néanmoins délicate, car elle revient à replacer le pharmacien clinicien en scientifique, voire en technicien, bien loin à nouveau du patient pour se projeter dans un monde où la population est la base de raisonnement.

Ce problème doit être considéré non comme une opposition mais comme une complémentarité : le pharmacien, tout comme le médecin, ne peut évaluer ses décisions et l'évolution du cas de son patient qu'à la lumière de données objectives (27). Et cela même si la relation interpersonnelle joue un rôle primordial. Il ne faut donc pas tomber dans un manichéisme opposant technique et prise en charge du patient.

L'optimisation de la prise en charge du patient - et l'humanisation de cette prise en charge - passe par une certaine technicisation, mais l'essence du rôle du praticien est justement de maîtriser le risque de dérive scientifique. Il doit exercer un rôle critique vis à vis des études pharmacoéconomiques qui sont souvent trop ciblées sur la notion d'utilité (2), mais il doit aussi savoir les utiliser (6).

L'évaluation de la bonne utilisation du médicament est aussi une suite logique de cette médecine basée sur les preuves. Il faut mesurer mais tout n'est pas mesurable et l'essentiel est parfois ailleurs. Mais on ne pourra respecter cette approche globale que si le praticien apporte les preuves de la maîtrise des moyens mis à sa disposition.

Le pharmacien ne maîtrise ni le volume des prescriptions ni les ressources disponibles mais il doit apporter des éléments pour vérifier que le médicament est bien utilisé : sa mauvaise utilisation représentant de fait l'essentiel des surcoûts et des gaspillages.

Cette évaluation de la bonne utilisation du médicament et des dispositifs médicaux est donc un enjeu professionnel et éthique majeur pour l'avenir, mais elle ne doit pas devenir un instrument de contrôle.

4.7 Engagement du pharmacien clinicien.

L'opposition entre tendance scientifique et tendance clinique est présente dans beaucoup de volets de la profession de pharmacien hospitalier. Cette opposition doit évoluer vers un équilibre : le pharmacien a pour avenir de devenir clinicien, sans perdre ses compétences techniques sur le médicament mais en apportant une dimension humanisée à son rôle de spécialiste de la thérapeutique appliquée. Il doit échafauder de nouvelles relations avec le patient et participer pleinement au fonctionnement des unités de soin en tant que professionnel à part entière et non en tant que correspondant.

Il s'agit clairement d'un engagement éthique avec prise de responsabilité, vis à vis des autres professionnels de santé et vis à vis des patients eux-mêmes pris isolément ou de façon globale dans une approche collective.

Les principes éthiques décrits par Rawls et Ross sont des pistes, sinon de bon sens ou de raison, pour décrire la base morale que doit s'approprier chaque praticien. Egalité et justice dans la distribution des soins, liberté du patient, respect de la dignité, indépendance professionnelle sont souvent des mots pour ceux qui découvrent cet aspect de la vie professionnelle : ils deviennent vite des principes incontournables.

Le code d'éthique des pharmaciens hospitaliers américains présente un intérêt (1) car décrivant ces principes de base. Il mérite une traduction (traduction aménagée et non littérale permettant une interprétation immédiate):

	Principe	Interprétation
1	Le pharmacien respecte la relation basé sur un covenant établi entre lui et le patient	Considérer la relation patient-pharmacien comme un covenant signifie que le pharmacien a des obligations morales en réponse de la confiance que lui témoigne la société. En retour, le pharmacien promet d'aider les individus à obtenir un bénéfice optimal de leur thérapeutique (médicamenteuse), de s'impliquer pour leur bien-être, et de maintenir leur confiance.
2	Le pharmacien promeut le bien de chaque patient d'une façon bienveillante, compatissante et confidentielle	Le pharmacien place le bien-être du patient au centre de sa pratique professionnelle. De cette façon, le pharmacien considère les besoins du patient en plus de ceux définis par la science. Le pharmacien se dévoue pour protéger la dignité du patient. Avec une attitude bienveillante et un esprit compatissant, le pharmacien focalise son activité sur le patient d'une manière privée et confidentielle.
3	Le pharmacien respecte l'autonomie et la dignité de chaque patient.	Un pharmacien soutient le droit à l'autodétermination et reconnaît la valeur individuelle en encourageant les patients à participer aux décisions concernant leur santé. Un pharmacien communique avec les patients avec des termes qui leur sont compréhensibles. Dans tous les cas, un pharmacien respecte les différences personnelles et culturelles des patients.
4	Le pharmacien agit avec honnêteté et intégrité dans ses relations professionnelles	Le pharmacien a le devoir de dire la vérité et d'agir avec la conviction de sa conscience. Un pharmacien bannit les pratiques discriminatoires, les comportements ou conditions de travail qui limitent le jugement professionnel, et les actions qui empêchent de se consacrer aux meilleurs intérêts des patients.
5	Le pharmacien maintient ses compétences professionnelles	Le pharmacien a le devoir de mettre à jour ses connaissances au fur et à mesure que les médicaments, dispositifs médicaux et technologies apparaissent et que l'information de santé se met en place.
6	Un pharmacien respecte les valeurs et les capacités de ses collègues et des autres professionnels de santé	En cas de besoin, le pharmacien demande les conseils de ses collègues ou d'autres professionnels de santé, ou s'en réfère au patient. Le pharmacien reconnaît que ses collègues ou d'autres professionnels de santé peuvent avoir des croyances et des valeurs différentes qu'ils mettent en pratique pour le soin du patient.

7	Le pharmacien doit servir les besoins des individus, des institutions et de la société	La première obligation d'un pharmacien concerne le patient en tant qu'individu. Toutefois, les obligations d'un pharmacien peuvent parfois s'étendre à l'institution et à la société. Dans ce cas, le pharmacien reconnaît les responsabilités qui accompagnent ces obligations et agit en conséquence.
8	Le pharmacien recherche la justice dans la répartition des biens de santé.	Lorsque des ressources sont réparties, le pharmacien est juste et équitable dans l'équilibrage des besoins des patients et de la société.

Tableau II : Code d'Éthique proposé pour les pharmaciens selon l'ASHP (American Society of Health-System Pharmacists) (1).

5. Conclusion

Les problèmes rencontrés aujourd'hui par les professionnels de santé dans la prise en charge des patients peuvent devenir autant de blocages si une réflexion n'est pas engagée collectivement et aussi personnellement par chaque praticien.

Le pharmacien clinicien a plusieurs orientations :

- ✓ Relativiser, donc hiérarchiser les problèmes
- ✓ Exercer un esprit critique, parfois vis à vis de lui-même
- ✓ Utiliser ses connaissances et compétences de façon optimale.
- ✓ Enfin se donner une philosophie morale qui lui serve de guide.

On a tendance à dire que la période actuelle est un passage obligé où le rationnement est nécessaire, en attendant des jours meilleurs où l'on maîtrisera les moyens et les résultats pour la satisfaction des patients et de la collectivité.

Ce paradis est forcément utopique et il faut dès maintenant imaginer et mettre en œuvre des solutions nouvelles. Le contexte est celui d'une société qui a égaré certaines valeurs et où le consommateur a remplacé le citoyen.

Dans son article, « The soul of Pharmacy » (70), Zellmer a décrit des barrières qui sont autant de défis à relever pour les pharmaciens cliniciens :

- Les patients sont encore trop « appartenant » à un médecin (ou ressenti de cette façon).
- Le pharmacien a une activité encore trop orientée vers l'institution et la réglementation et non vers les besoins de santé du patient. Le covenant du pharmacien s'est fait avec l'hôpital, pas avec le patient.
- La pharmacie clinique (à la différence du Soins pharmaceutique) est orientée vers un cadre prescriptif et non directement vers le patient. Le covenant s'est fait alors avec le médecin.
- L'activité liée à la dispensation est trop monopolisée par les pharmaciens et pas assez confiée aux préparateurs. En fait, en France, l'activité des pharmaciens est encore trop liée à des activités de distribution, de contrôle et d'approvisionnement qui restent

monopolisées par les praticiens au lieu de les confier à d'autres professionnels.

- La pharmacie hospitalière a défini son activité en compétences techniques et non en terme de soin pharmaceutique pour les patients.

Deux messages sont aujourd'hui de première importance :

- ✓ l'orientation scientifique du pharmacien : elle doit rester une base pour son activité qui doit s'orienter vers la gestion de la qualité, la recherche de la performance (5) et l'évaluation (27).
- ✓ La formation des étudiants et la formation continue (3, 9, 11)
 - « Tell me and I will forget,
 - Show me and I will remember,
 - Involve me and I will understand.

Anonyme (66)

Cette formation doit comprendre bien sûr une composante éthique orientée vers le soin (15).

Enfin, une proposition d'éthique pour le pharmacien clinicien pourrait être celle-ci :

Agir pour le bien-être du patient, dans une optique conséquentialiste, mais en évitant de se référer aveuglément à des principes coût/avantage. L'évolution de la profession de pharmacien clinicien doit prendre en compte et utiliser les facilités actuelles données par la science mais en se projetant dans un paradigme patient qui exclut de facto la primauté du scientisme sur la relation humaine.

Redécouvrir la notion de personne ou d'individu, donc aussi la notion de fraternité.

Dépasser la valeur de bonheur, trop individuelle, pour atteindre celle de justice .

Conserver une relation de confiance avec le patient sans tomber dans un rapport contractuel qui traduirait cette perte de confiance.

En appeler à une notion d'éthique interprofessionnelle (7) pour ne pas enfermer l'éthique professionnelle dans un raisonnement corporatiste.

Arriver à conjuguer résultats patient et gains de productivité (la perfection introuvable), sans tomber dans un malthusianisme qui serait délétère à long terme.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Society of health-System pharmacists.
Code of Ethics for Pharmacists.
Am. J. Health-Syst. Pharm., 1995, 52, 2131
2. Arnesen T., Nord E.
The value of DALY life : problems with ethics and validity of disability adjusted life years.
BMJ, 1999, 319, 1423-1425
3. Arnold R.M., Nissen J.C., Campbell N.A.
Ethical issues in a drug information center.
Drug Intell. Clin. Pharm., 1987, 21, 1008-1011
4. Atlan H.
A tort et à raison. Intercritique de la science et du mythe.
Seuil, Paris, 1986
5. Barker K.N.
Pseudopharmacy practice and the future.
Am. J. Hosp. Pharm., 1982, 39, 257-265
6. Beresniak A., Bouvenot G.
De l'intérêt de la pharmacoéconomie.
Presse Med., 2000, 29, 1299-1300
7. Berwick D., Hiatt H., Janeway P., Smith R.
An ethical code for everybody in health care.
BMJ, 1997, 315, 1633-1634
8. Bond C.A., Raehl C.L., Franke T.
Clinical pharmacy services, hospital pharmacy staffing, and medication errors in United States Hospitals.
Pharmacotherapy, 2002, 22(2), 134-147
9. Boyce E.G., Montagne M., Reinsmith W.A., Hennessy S., Knowlton C.H.
Cross-sectional study of the ethics of pharmacy students.
DICP, 1989, 23, 590-592
10. Brock D.W., Daniels N.
Ethical foundations of the Clinton administration's proposed health care system.
JAMA, 1994, 271, 1189-1196
11. Broeseker A.E., Jones M.M.
An interdisciplinary mock trial involving pharmacy, law, and ethics.
Ann. Pharmacother., 1999, 33, 850-858

12. Castoriadis C.
Dialogue.
Editions de l'Aube, 1999
13. Cayla O.
Dignité humaine, le plus flou des concepts.
Le Monde, 31/04/2003
14. Classen D.
Medication safety. Moving from illusion to reality.
JAMA, 2003, 289,
15. Commission éthique et professions de santé.
Ethique et professions de santé.
Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Mai 2003.
16. Conseil de l'Europe. Comité des ministres.
Résolution ResAP(2001)2 sur le rôle du pharmacien dans le cadre de la sécurité sanitaire.
Adoptée le 21 mars 2001 lors de la 746^{ème} réunion des ministres.
17. Cucherat M., Dürr F.
Evidence-based medicine. 2. Contexte de la médecine factuelle.
Med.Hyg., 2000, 58, 850-855
18. Dagognet F.
Pour une philosophie de la maladie.
Textuel, Paris, 1996
19. Donabedian A.
The quality of care. How can it be assessed ?
JAMA, 1988, 260, 1743-1748
20. Dooley M.J., McLennan D.N., Galbraith K.J., Burgess N.G.
Multicentre pilot study of a standard approach to document clinical pharmacy activity.
Aus. J. Hosp. Pharm., 2000, 30, 150-156
21. Dubouis L.
Ethique professionnelle et maîtrise des dépenses de santé.
Bulletin Ordre des Pharmaciens, 1997, (357), 391-396
22. Duchane J., Hsu I., Veatch R.M.
Ethical opinion in a formulary recommendation.
Am. J. Health-Syst. Pharm., 1995, 52, 1564-1568
23. Dupuy J.P.
Pour un catastrophisme éclairé.
Seuil, Paris, 2002

24. Field T.S., Gurwitz J.H., Avorn J., McCormick D., Jain S., Eckler M., Benser M., Bates D.W.
Risk factors for adverse drug events among nursing home residents.
Arch. Intern. Med., 2001, 161, 1629-1634
25. Foppa C.
Erreurs médicales, éthique et droit.
Med. Hyg., 2001, 2342, 859-860
26. François I., Moutel G., Bertrandon R., Hervé C.
L'éthique médicale, un contre-poids à la logique de l'arrêt Perruche.
Presse Med., 2002, 31, 1157-1162
27. Gardner D.M.
New series – Evidence-based pharmacotherapy : case reports.
J. Clin. Pharm. Ther., 2000, 25, 77-79
28. Garrett J. (Page consultée le 24 août 2003).
« A simple and usable (although incomplete) ethical theory based on the ethics of W.D.Ross » (En ligne).
Adresse URL : <http://www.wku.edu/jan.garrett/ethics/rosethc.htm>
29. Gilioli C.
Ethique et poitique de santé.
Gestions Hosp., 2003, 281-283
30. Hamonet C., Magalhaes T.
La notion de santé.
Presse Med., 2001, 30, 587-590
31. Hebert P.
Disclosure of adverse events and errors in healthcare. An ethical perspective.
Drug Safety, 2001, 24, 1095-1104
32. Helft P.R.
The rise and fall of the futility movement.
New Engl. J. Med., 2000, 343, 293-296
33. Hepler C.D.
Unresolved issues in the future of pharmacy ;
Am. J. Hosp. Pharm., 1988, 45, 1071-1081
34. Hepler C.D., Strand L.M.
Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care.
Am. J. Hosp. Pharm., 1990, 47, 533-543
35. Holdsworth M.T.
Ethical issues regarding study designs used in serotonin-antagonist drug development.
Ann.Pharmacother., 1996, 30, 1182-1184

36. Hutchinson R.A., Schumock G.T.
Need to develop a legal and ethical base for pharmaceutical care.
Ann. Pharmacother., 1994, 28, 954-956
37. Jenicek M., Haynes B.
Médecine factuelle. Naissance du concept, historique et définition.
Med.Hyg., 2000, 58, 688-691
38. Kerridge I., Lowe M., Henry D.
Ethics and evidence based medicine.
B.M.J., 1998, 316, 1151-1153
39. Kourilsky-Beliard F.
Du désir au plaisir de changer.
Dunod, Paris, 1999
40. Kuhn T.S.
La structure des révolutions scientifiques.
Flammarion, 1983
41. Lamsam G.D.
Human dignity and pharmaceutical care.
Am. J. Health-Syst. Pharm., 1997, 54, 2733-2735
42. Laszlo A., Pautex S
La futilité en médecine gériatrique, un véritable enjeu.
Presse med., 2002, 31, 446-448
43. Le Mevel B., Fumoleau P., Le Henaff A.
Le financement des molécules nouvelles pour le traitement des cancers.
Gestions Hosp., 2002, 154-157
44. Le Pen C.
L'éthique médicale au risque de la gestion de la santé.
Thérapie, 2001, 56, 157-161
45. Lesser G.T., Boockvar K., Polsky I.
Underestimation of adverse drug events in nursing home residents.
Arch. Intern. Med., 2002, 162, 609-610
46. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
Journal officiel, 5 mars 2002, 4118-4159.
47. Maire P., Dumarest C., Gallezot J., Courpron P.
La pharmacie clinique : un paradigme de la science des systèmes en pharmacie.
Pharm.Hosp.Fr., 1990, (91), 1169-1175
48. Ordre National des pharmaciens.
Code de déontologie, mars 1995.

Décret n° 95-284 du 14 mars 1995 portant code de déontologie des pharmaciens et modifiant le code de la santé publique.
Journal officiel, 16 mars 1995, 4161

49. Organisation mondiale de la santé.
Qualité des soins : sécurité des patients.
23 mars 2002, A55/13
50. Oulès A., Blond M., et coll.
Qualité et éthique.
Gestions Hosp., 2001, 653-658
51. Piguet V., Cedraschi C., Desmeules J., Allaz A.F., Kondo-Oestreicher M., Dayer P.
Prescription médicamenteuse : les attentes des patients.
Med. Hyg., 2000, 58, 814-817
52. Poirier T.I., Giannetti V.J.
Clinical and ethical perspectives on rationing of high-cost drugs.
Ann.Pharmacother., 1995, 29, 78-81
53. Pompidou A.
Ethique et pharmacie.
J. Pharm. Clin., 1992, 11, 167-168
54. Rappaport H.M.
A payment paradigm for pharmaceutical care.
Ann.Pharmacother., 2002, 36, 721-725
55. Redman B.K.
The ethics of leaderships in pharmacy.
Am. J. Health-Syst.Pharm., 1995, 52, 2099-2104
56. Rothman D.J.
The rising cost of pharmaceuticals : an ethicist's perspective.
Am. J. Hosp. Pharm., 1993, 50(S4), S10-S12.
57. Sargos P., David G.
Droit, médecine et société (1/2). Le devoir de science au risque de la science.
Presse Med., 2002, 31, 945-952
58. Schneiderman L.J., Jecker N.S., Jonsen A.R.
Medical futility : its meaning and ethical implications.
Ann. Inter. Med., 1990, 112, 949-954
59. Schumacher G.E., Barr J.T.
Therapeutic drug monitoring . Do the improved outcomes justify the costs ?
Clin.Pharmacokinet., 2001, 40, 405-406
60. Sicard D., Proust B., Questiaux N.
Ethique, économie et choix collectifs de santé.

Gestions Hosp., 2001, 211-219

61. Strand L.M., Morley P.C., Cipolle R.J., Ramsey R., Lamsam G.D.
Drug-related problems : their structure and function.
DICP Ann.Pharmacother., 1990, 24, 1093-1097
62. Swartwood D.E., Jonsen A., Haddad A., Helling D.K., McAllister III J.C.
Ethics and managed care formularies.
Am. J. Health-Syst., Pharm., 2000, 57, 851-859
63. Thompson C.A.
Communicating medication risk.
Am. J. Health-Syst., Pharm., 1995, 52, 1407
64. Toffler A.
La troisième vague.
Denoël, 1980
65. Veatch R.M.
Hospital pharmacy : What is ethical ?
Am. J. Hosp. Pharm., 1989, 46 , 109-115
66. Vogt E.M.
Effective communication of drug safety information to patients and the public.
Drug Safety, 2002, 25, 313-321
67. Vottero L.D.
The code of Ethics for Pharmacists.
Am. J. Health-Syst. Pharm., 1995, 52, 2096
68. Wermeling D.P., Selwitz A.S.
Current issues surrounding women and minorities in drug trials.
Ann.Pharmacother., 1993, 27, 904-911
69. Wils J.
Les relations avec les usagers.
Rev.Hosp. Fr., 2002, (487), 13-17
70. Zellmer W.A.
Searching the soul of pharmacy.
Am. J. Health-Syst. Pharm., 1996, 53, 1911-1916