

Penser le médicament hospitalier, partie trois

Introduction

Flora Bastiani

Bonjour et bienvenue dans le podcast *Penser la santé*. Cet épisode est consacré aux questions posées par le médicament hospitalier. On parle souvent du médicament en général, mais les particularités du médicament hospitalier et du rôle très important des pharmaciens hospitaliers est rarement mis en lumière. Qui s'est déjà rendu au comptoir d'une pharmacie hospitalière ? Bien peu de personnes. Pourtant, tous ceux qui ont un jour été hospitalisé ont eu affaire à des produits de santé préparés par une pharmacie hospitalière.

En effet, dans chaque service d'un hôpital, le médicament n'est pas seulement acheminé : il est fabriqué, contrôlé, délivré, transporté et scrupuleusement évalué. Contrairement à la pharmacie de ville qui répond à des prescriptions simples et aux demandes d'auto-médication, la pharmacie hospitalière gère des préparations complexes sur mesure, adaptées à chaque patient et à chaque service. C'est par exemple le cas des anticancéreux, des radiopharmaceutiques ou des médicaments utilisés dans le cadre des thérapies innovantes qui font l'objet de préparations magistrales, c'est-à-dire sur mesure. Les pharmaciens hospitaliers sont également impliqués dans les essais cliniques, la recherche pharmacothérapeutique, et ils peuvent participer aux réunions de concertation pluridisciplinaire où se discute le choix des traitements pour chaque patient.

Mais leur rôle ne s'arrête pas là. Ils gèrent aussi la distribution de matériel médical implantable, comme les simulateurs cardiaques ou cérébraux, les pompes à insuline, les prothèses de hanche, les implants mammaires. Ils assurent la stérilisation des instruments utilisés en bloc opératoire et ils sont responsables des gaz médicaux essentiels au traitement anesthésique et respiratoire.

Les différentes activités de la formation hospitalière sont au cœur du soin et elle pose d'importantes questions. Comment garantir l'accès aux traitements dans un contexte de pénurie de médicaments ? Que faire face aux effets secondaires qui affectent la qualité de vie des patients ? Comment équilibrer la sécurité du médicament et la recherche d'innovation ?

Pour réfléchir à ces questions, j'ai le plaisir d'accueillir Marion Bourdoncle, qui est praticien hospitalier, pharmacien gérant au centre hospitalier de Condom,

Philippe Cestac, qui est pharmacien hospitalier, chef du pôle pharmacie au Centre hospitalier universitaire de Toulouse et professeur de pharmacie clinique à la faculté de pharmacie de Toulouse. Et Frédéric Eyvrard, qui est pharmacien hospitalier au sein du pôle pharmacie au CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Toulouse.

Bonjour à vous trois. Nous nous retrouvons pour la troisième partie de l'épisode consacré aux questions posées par le médicament hospitalier.

Impact des nouvelles technologies

Flora Bastiani

Ma question porte plutôt sur les nouvelles technologies. C'est un champ qui s'est beaucoup développé dans les dernières années. Aujourd'hui, en pharmacie hospitalière, vous utilisez le numérique et la robotisation, peut-être l'impression 3D, peut-être l'intelligence artificielle, peut-être la blockchain. Je ne sais pas exactement si c'est le cas pour vos pharmacies, mais ce sont des changements qui peuvent avoir un impact sur la manière de travailler et aussi la manière de contrôler les médicaments, j'imagine.

Philippe Cestac

Il y a plusieurs évolutions.

La première révolution a été l'avènement de l'informatisation du circuit médical, avec l'accès aux données cliniques, aux données biologiques à l'échelon des établissements de santé. Cela a moins de vingt ans. L'informatisation de la prescription a révolutionné la prise en charge thérapeutique et a permis de déployer tous les termes dont on vous a parlé précédemment, notamment la pharmacie clinique. Quand vous êtes dans un hôpital de trois-mille lits, vous ne pouvez pas être dans quatre-cent services en même temps. L'informatisation ne règle pas tout, mais elle aide à véritablement avoir accès aux prescriptions, à pouvoir être dans ce qu'on appelle du *workflow*, c'est-à-dire de véritablement intervenir dans le circuit de médicaments, de faire des propositions d'intervention pharmaceutique. On reçoit de la data et on en renvoie.

Flora Bastiani

D'accord, c'est un échange.

Philippe Cestac

Bien évidemment, cela ne se substitue pas à l'humain, et on sait très bien d'ailleurs que si on ne fait que de l'analyse pharmaceutique de façon dématérialisée, on n'a pas les mêmes impacts cliniques sur l'acceptation des prescriptions que si on est dans les unités de soins. Donc il faut panacher les deux. En tout cas, c'est une révolution qui a été bienfaitrice, d'abord pour les patients et ensuite pour le déploiement de l'activité de pharmacie clinique dans les services de santé.

La robotisation est aussi un outil qui très important. Et là, la mutation n'est que débutante, notamment pour nos activités de production. Aujourd'hui, on a des robots pour la délivrance des boîtes de médicaments, ce qu'on appelle la distribution globale. Aujourd'hui, vous avez des machines qui permettent de préparer des dotations pour les différents services.

Flora Bastiani

Pour une pharmacie de service par exemple, un stock de service ?

Philippe Cestac

Tout à fait. Sur commande, etc. Avec aujourd'hui des débits qui augmentent et qui permettront très certainement d'améliorer y compris l'approvisionnement de petites et moyennes structures, parce que les équipements coûtent cher. Par exemple, on a acheté un robot il y a trois ans, c'est un million et demi d'euros d'investissement. Donc tout le monde ne peut pas...

Flora Bastiani

C'est un très gros investissement.

Philippe Cestac

Aujourd'hui, les cadences permettent à un groupe hospitalier de pouvoir travailler pour un territoire par exemple, voire plus. Les activités de production aujourd'hui se prêtent à l'automatisation. C'est vrai pour cette activité, c'est vrai pour les chimiothérapies, on l'imagine moins. Par exemple, aujourd'hui, sur le site de l'Oncopole, ils vont faire l'acquisition de trois robots pour préparer les postes de chimiothérapie. Ces robots amènent deux éléments, en général. Si on essaye de généraliser les choses : plus de productivité et plus de sécurité. Y compris sur une poche préparée par chimiothérapie, on est beaucoup plus précis que lorsqu'on peut le faire à la main. Bien évidemment, tout cela nécessite de la supervision humaine. C'est très important de dire cela. En tout cas, cette robotisation, aujourd'hui, elle est de plus en plus importante pour notre métier

dans la pharmacie hospitalière.

Ensuite, dans les mots-clés que vous avez avancés, l'impression 3D. Effectivement, la période Covid a été une période importante sur ça, parce qu'on était tellement parfois en difficulté à la fois pour la fabrication de certains médicaments, la fabrication de certains dispositifs médicaux, des implants, etc. On peut avancer sur ce terrain. On est plutôt encore dans le champ de la recherche, de l'innovation, mais cela va arriver de plus en plus et notamment en Occitanie. On a une structure au CHU de Nîmes qui travaille pas mal sur ces sujets-là.

Intelligence artificielle, oui. On est au début mais cela ne va pas révolutionner que la pharmacie hospitalière. Cela va révolutionner la pharmacie hospitalière sur plein d'aspects, les plus prégnants pour le soin ou en tout cas pour l'innovation. C'est tout ce qui va concerner deux choses. D'une part, l'analyse de la littérature. Par exemple, aujourd'hui, on va pouvoir, en quelques minutes, passer cinquante, cent articles en anglais et puis assez rapidement avoir des synthèses en français pour faire le point sur telle prise en charge thérapeutique. C'est quand même assez révolutionnaire, c'est le début. Il va falloir là aussi superviser tout cela. Cela va véritablement être quelque chose de très très important.

Ensuite, il y a tout ce qui est la conduite de nos processus, des réunions entre collègues, des RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) où les outils vont être en capacité de faire des comptes-rendus d'hospitalisation. Sur Montpellier, par exemple, j'ai assisté il y a peu à une présentation où il y avait en direct un médecin qui discute avec une patiente. Bien sûr, l'outil reconnaît les propos des différentes personnes et à la fin, la synthèse est confrontée par exemple aux indicateurs des principaux essais cliniques dont dispose le professionnel de santé, avec les critères d'inclusion. Et au regard de tout ce qui a été dit pendant la séance, il va pouvoir confronter ces essais cliniques qui sont à disposition des professionnels de santé et proposer au patient qui est en consultation le ou les essais cliniques dans lesquels ils pourraient rentrer.

Flora Bastiani

C'est un facilitant.

Philippe Cestac

Un gros facilitant. Cela va accélérer beaucoup de prises en charge et les sécuriser.

Flora Bastiani

C'est assez intéressant. On voit que le rôle des nouvelles technologies est un rôle d'assistance dans des tâches déjà existantes. Avec leur développement, cela va faciliter ces tâches. Est-ce que ces nouvelles technologies peuvent réduire le risque d'erreur ?

Diminution du risque d'erreur

Philippe Cestac

Par définition, s'il y a la bonne supervision humaine, oui. Par contre, il ne faut pas être non plus complètement angélique par rapport à ces outils parce que tout dépendra de la source de la data. Et donc se pose aussi beaucoup de questions. Par exemple, à un moment donné, si vous avez dans un système de la donnée complotiste, si on prend la vaccination, et qu'on va taper dans des bases de données où il y a une sur-représentation des données complotistes, forcément, l'intelligence artificielle fera la synthèse de cet état-là. Aujourd'hui, comme dans tout sujet innovant, il faut ne pas en avoir peur, mais il faut encadrer le risque. Et pour encadrer le risque, il faut en avoir la connaissance.

Flora Bastiani

Il faut se former et rester vigilant sur les données qu'on exploite.

Innovations des formes galéniques

Flora Bastiani

Les pharmaciens hospitaliers participent donc aux essais thérapeutiques et au développement d'innovations en termes de traitement. Frédéric, je me tourne plutôt vers vous pour cette question parce que ces innovations peuvent concerner de nouveaux médicaments, mais aussi de nouvelles formes galéniques, c'est-à-dire la forme sous laquelle un médicament est présenté aux patients. Alors, cela peut être des patchs, des implants, une libération prolongée ou des nanoparticules. Et puis, il peut y avoir aussi, ce que j'ai lu récemment et qui m'a semblé très surprenant car je ne savais pas que c'était possible, des biocapteurs qui transmettent des données en temps réel. Cela existe vraiment ?

Frédéric Eyvrard

Il y a beaucoup d'innovations dans la galénique des médicaments. Par exemple, maintenant, il y a certains vaccins qu'on va pouvoir prendre par voie orale alors

que ce n'était pas envisageable jusqu'à présent. On cherche à améliorer certains médicaments qu'on injecte par voie intraveineuse hyper régulièrement avec des libérations prolongées pour les administrer. Je pense notamment à certains médicaments qui ont été révolutionnaires dans l'hémophilie. On les administre toutes les deux semaines, voire tous les mois.

Flora Bastiani

Cela change vraiment la fréquence d'administration, c'est beaucoup plus de confort pour le patient.

Frédéric Eyvrard

Surtout pour les capiteux veineux qui sont amoindris avec le temps puisqu'on va, par définition, les perfuser toute leur vie. Maintenant, dans la prise en charge du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) il y a des médicaments qu'on ne prend plus par voie orale quotidiennement, mais injecté tous les deux mois, voire bientôt, peut-être tous les six mois. Toute cette recherche, effectivement, elle fait vraiment avancer la qualité de vie des patients et aussi l'observance, puisqu'on est sûr que le médicament est efficace six mois, tandis que si on le prend tous les jours, il y a un risque qu'il ne soit pas pris tous les jours.

Pour les biocapteurs, je n'ai pas eu d'essais cliniques. Hélas, je ne peux pas vous répondre.

Flora Bastiani

D'accord.

Philippe Cestac

On est en train d'avancer sur ces sujets. Si on prend la diabétologie par exemple, on va vers ce qu'on appelle l'équivalent d'un pancréas artificiel, c'est-à-dire d'arriver à avoir la lecture de la glycémie en continu. Et face à cette lecture de la glycémie, le fait de pouvoir injecter en temps réel l'insuline qui permettra de réguler le taux de glucose dans le sang.

Flora Bastiani

À dose ajustée à la situation du patient.

Philippe Cestac

Donc on est en train de réfléchir et c'est en train d'arriver, à avoir des boucles de rétro contrôle entre une valeur qui va être lue, la valeur de glucose dans le sang, et la capacité à un moment donné... On y est pas tout à fait, mais en tout cas, on est pas très loin d'obtenir ce genre de révolution.

Simulation de patients

Flora Bastiani

Là on voit que ce dont vous parlez c'est à visée de soins, mais aussi à visée de confort et de sécurité pour le patient. J'étais en train de me demander si cela vous arrivait d'utiliser un patient simulé pour voir ce que vont donner les molécules ou ce genre de choses ?

Frédéric Eyvrard

C'est toute la question de ce qu'on appelait aussi les « jumeaux numériques ». On en entend beaucoup parler à l'heure actuelle. Dans ma pratique, je n'ai pas eu l'occasion de le voir, mais ce sont des choses qui arrivent, notamment grâce à l'aide de l'IA (Intelligence Artificielle). L'idée de ne plus avoir besoin de faire un essai clinique in fine à l'avenir et d'avoir des données sur des jumeaux numériques, c'est hyper intéressant.

Flora Bastiani

Toutes ces recherches dont on parle, ont-elles lieu dans les laboratoires de la pharmacie hospitalière ou à l'université, dans des laboratoires de recherche séparés et distincts ?

Frédéric Eyvrard

Pour ce qui est de la recherche galénique, cela peut se faire dans des laboratoires de faculté. Pour ce qu'on va appeler la « recherche clinique », c'est-à-dire le fait d'éprouver l'efficacité et la sécurité d'emploi des nouveaux médicaments, elle se fait vraiment au sein de services cliniques, particulièrement d'unités dans nos établissements, qui sont dédiés à cette recherche clinique. Ce sont des centres d'investigations cliniques, des centres de recherche clinique qui vont accueillir ces patients sur certaines thématiques et qui sont référés par des médecins d'établissement, et qui vont déployer des protocoles de recherche clinique qui leur sont proposés par ce qu'on appelle des « promoteurs ». Ce sont soit des promoteurs industriels, des laboratoires

Penser la santé : Penser le médicament hospitalier, partie trois

pharmaceutiques de différentes tailles, des très gros ou des plus petites boîtes, soit des promoteurs institutionnels. Cela peut être un établissement de santé qui déploie un médicament déjà connu, mais dans une nouvelle indication et qui cherche à savoir quels bénéfices et quels risques il y a.

Flora Bastiani

Un suivi avec des observations.

Prescriptions non conventionnelles

Flora Bastiani

Je reviens vers vous Marion pour cette question : est-ce que cela arrive de devoir délivrer un médicament qui est prescrit en-dehors du cadre conventionnel, c'est-à-dire un médicament qui n'a pas été conçu pour ce traitement, mais le médecin a décidé de l'utiliser par exemple pour un effet secondaire ou quelque chose qui a été observé secondairement ?

Marion Bourdoncle

Oui, tout à fait. Il peut très bien arriver qu'un prescripteur décide de prescrire un médicament dans une situation qu'on appelle « hors autorisation de mise sur le marché » parce qu'il estime que le bénéfice-risque, le fameux rapport dont parlait à Philippe tout à l'heure, est bénéfique pour le patient dans une indication donnée. Par contre, il va devoir argumenter pourquoi il le fait, etc.

Flora Bastiani

Il argumente auprès de vous ?

Marion Bourdoncle

Il argumente dans le dossier patient, cela peut être une décision partagée. Puis il existe des statuts dérogatoires qui vont encadrer cet usage hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché). Par exemple, on va avoir les recommandations temporaires d'utilisation, où ce sont des médicaments qui sont autorisés pour d'autres indications, sur lesquels il y a un suivi particulier, justement pour évaluer le rapport bénéfice-risque dans des indications hors AMM, mais qui sont usuellement utilisés.

Flora Bastiani

C'est usuel, mais en-dehors des prescriptions habituelles.

Marion Bourdoncle

Tout à fait. Certaines sociétés savantes ou même des organisations de patients peuvent saisir l'Agence nationale de sécurité du médicament pour étudier un usage en-dehors de l'AMM, mais dont on connaît l'existence.

Flora Bastiani

D'accord. Dans ce cas-là, on va retourner à la question de la clinique et faire des essais ? Peut-être pour étendre la possibilité de prescription.

Frédéric Eyvrard

C'est possible qu'il y ait un essai clinique qui soit déployé plutôt par des institutions, des établissements pour évaluer l'effet d'un médicament en-dehors de l'autorisation de mise sur le marché qu'il a. Pour autant, il y a aussi tout un pan entre la recherche clinique, les essais cliniques et la mise à disposition d'un médicament au titre de son AMM. Ce dont parlait Marion, c'est tout le champ des accès dérogatoires. Ce sont des médicaments qui ont pu bénéficier d'essais cliniques avant leur mise sur le marché à grande échelle et principalement à vocation dans les pharmacies d'officine. Les autorités peuvent encadrer la mise à disposition de ces médicaments, et auquel cas ce sont les pharmacies hospitalières qui vont être amenées à délivrer ces médicaments aux patients intra-hospitaliers mais aussi ambulatoires via la rétrocession.

Plus précisément, il y a deux typologies de médicaments qu'on va retrouver dans ce qu'on appelle les médicaments en accès dérogatoire. Il y a les médicaments en accès précoce. Un industriel développe le médicament dans telle indication et donc il cherche à avoir une autorisation de mise sur le marché. Avant que celle-ci soit pleinement efficace, cela prend plusieurs centaines de jours avant qu'il soit mis sur le marché, on permet à ces patients, qui sont en impasse, de bénéficier du traitement via les pharmacies hospitalières. Donc il est délivré dans le cadre d'un accès précoce. On va demander une autorisation nominative aux laboratoires pour pouvoir ensuite commander et dispenser ce médicament. Il y a une autre tranche de produits, qui eux n'ont pas vocation par l'industriel à être commercialisés en France. Pour autant, on identifie des patients qui en ont besoin en France. Ces médicaments n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché en France. C'est ce qu'on appelle des accès compassionnels. Nominativement, un prescripteur va demander à l'Agence

Penser la santé : Penser le médicament hospitalier, partie trois

nationale de sécurité du médicament de renouveler périodiquement l'autorisation pour pouvoir instaurer et poursuivre ce traitement chez son patient, et auquel cas il sera commandé par les pharmacies hospitalières et délivré par les pharmacies hospitalières. Il y a tout un tas de recueil de données qui encadre la mise à disposition de ces médicaments.

Flora Bastiani

Donc c'est une démarche du médecin qui va faire ses recherches et puis après il va vous consulter ? C'est quand même en collaboration, j'imagine ?

Frédéric Eyvrard

Oui, dans le cadre de l'accès compassionnel particulièrement, ne serait-ce que pour savoir comment accéder à la molécule. Ce sont des choses assez spécialisées, et du coup, savoir par quel canal on va faire un accès compassionnel, un accès précoce, si on va faire de l'autorisation d'importation ou un accès direct... Il y a tout un tas de processus réglementaires qui sont à notre disposition, et le pharmacien a sa place pour aiguiller le médecin et savoir comment on va pouvoir accéder à ce médicament.

Philippe Cestac

Tous ces dispositifs sont importants parce que l'autorisation de mise sur le marché est quelque chose qui est très lourd.

Flora Bastiani

Et long.

Philippe Cestac

Aujourd'hui, pour un médicament, il faut une dizaine d'années entre le moment où on commence à *screener* la molécule et le moment où on va vraiment pouvoir en bénéficier sur le plan clinique. Or, dans certaines disciplines, notamment l'oncologie, il y a des temps qui sont plus courts. On revient toujours à ce rapport bénéfice-risque. Lorsqu'on est sur un risque vital, on doit avancer plus vite. Dans le domaine de l'oncologie, aujourd'hui, il y a trente à quarante pourcents des prescriptions qui peuvent être hors AMM. Ce qu'il faut bien entendre, c'est que la hors AMM est légitime, mais doit être encadrée pour éviter certaines écueils qui se sont passés, notamment pendant la période de Covid. Du moment que l'on trouve des preuves dans la littérature et qu'on commence à

avoir une agrégation d'informations, cela pose moins de problèmes que lorsqu'on part d'une page blanche. C'est là tout ce que doit porter le pharmacien hospitalier, c'est-à-dire de s'assurer de ce qu'on appelle l'*evidence medicine*, même dans la phase d'innovation. Oui, avancer sur l'innovation, mais pas à n'importe quel prix et pas en faisant les cobayes.

Flora Bastiani

C'est ce que vous disiez Marion tout à l'heure. Il faut argumenter ce choix thérapeutique. Est-ce une argumentation qui doit être faite aussi par le pharmacien ? Est-ce qu'il y participe ? J'imagine que ses recherches sur la littérature vont aider le médecin à faire son choix.

Frédéric Eyvrand

Dans le cadre d'un accès compassionnel, un accès précoce par exemple, la demande est formulée par le médecin, mais elle est validée par le pharmacien qui la transmet aux autorités. Au préalable, bien sûr, il y a eu des échanges avant que la demande soit vraiment matérialisée sur des plateformes diverses et variées, selon les typologies de produits. Donc c'est une collaboration entre médecin et pharmacien qui aboutit à cela.

Positions face à la proposition de loi sur le suicide assisté

Flora Bastiani

J'ai une dernière question qui n'est pas très facile. La dernière version du projet de loi sur le suicide assisté en France n'a toujours pas été adoptée, évidemment, les discussions n'ont même pas encore repris pour l'instant. Dans cette version, la dernière qu'on a connue, le pharmacien avait une place particulière. Il devait être chargé de la préparation de la solution létale et de sa délivrance. Il devait aussi avoir la responsabilité de récupérer la solution qui n'aurait pas été utilisée. Comment avez-vous perçu cette proposition ? Préparer une solution létale, sans doute, ne peut pas être anodin pour un pharmacien. Est-ce que vous considérez que cette responsabilité du pharmacien correspond ou non au prolongement des fonctions que vous assurez aujourd'hui ? Est ce que c'est demander un changement dans vos fonctions, dans vos missions ?

Philippe Cestac

D'abord, on va recontextualiser les éléments. Le premier, c'est que cette demande est liée à des difficultés dans l'accès aux soins palliatifs.

Flora Bastiani

Oui, bien sûr.

Philippe Cestac

C'est le premier élément. En tant que pharmaciens et en tant que professionnels de santé, ce que l'on recommande en premier lieu, c'est d'améliorer en France l'accès aux soins palliatifs. Il y a différents types d'études, mais vingt à trente pourcents des patients auraient des difficultés à accéder à ce service. C'est la première recommandation : que tout un chacun puisse être certain qu'il pourra être pris et accompagné dans ce type de structure. C'est la base.

Flora Bastiani

Là aussi, il y a un accompagnement par les pharmacies hospitalières qui est particulier.

Philippe Cestac

Dans ces services-là, toujours pareil, il y a la même dimension : approvisionner les services avec des produits particuliers, y compris avec des produits qui vont vers la sédation profonde, etc. Bien évidemment, ces produits sont mis à disposition par les pharmaciens hospitaliers. De même, il y a toute une stratégie sur la prise en charge pendant les dernières semaines, les derniers jours, avec des stratégies thérapeutiques qui sont différentes par rapport à une prise en charge classique.

Flora Bastiani

Bien sûr.

Philippe Cestac

On va commencer à arrêter certains produits. On revoit finalement quelle est l'utilité et le bénéfice dans les derniers jours. Ce n'est pas du tout le même, donc il y a des médicaments qu'on va arrêter. Par contre, il y a des médicaments que l'on va renforcer pour assurer véritablement que le patient ne souffre pas et ait l'aisance la plus importante jusqu'au dernier moment.

Flora Bastiani

Penser la santé : Penser le médicament hospitalier, partie trois

Dans ce cas, vous donnez la priorité comme les médecins le font à ce moment-là à des aspects de « confort », comme on dit dans le milieu du soin, c'est-à-dire de ne pas souffrir.

Philippe Cestac

Exactement. C'est le premier élément qu'il faut rappeler.

Le deuxième, pour des cas particuliers, comme la maladie de Charcot, ou bien d'autres maladies, il y a cette réflexion qui est enclenchée sur le fait de pouvoir accéder à un geste qui pourrait être plus anticipé, pour éviter la dégradation du patient. Là, on voit bien qu'on rentre dans une dimension éthique...

Flora Bastiani

Qui est tout à fait différente.

Philippe Cestac

Tout à fait différente.

Il y a plusieurs éléments aussi dans la réflexion. En tant que professionnels de santé, on appliquera la loi qui sera mise en place. C'est un premier élément. En revanche, aujourd'hui, il y a un gros débat sur la clause de conscience. En l'état actuel, cette clause de conscience n'est pas forcément attribuée aux pharmaciens. Or, c'est un véritable problème.

Flora Bastiani

C'est très surprenant.

Philippe Cestac

C'est très surprenant parce que le pharmacien n'est pas simplement celui qui pourra préparer la fameuse solution létale, mais c'est aussi quelqu'un qui participe à la prise en charge. Au même titre qu'un médecin, qu'un personnel infirmier, cette clause de conscience nous paraît capitale. Sur le plan national, c'est un sujet qu'on porte auprès de l'Assemblée nationale, du Sénat, etc. En tout cas, les pharmaciens hospitaliers sont de fervents défenseurs de cette clause de conscience, si le dispositif est mis en place.

La troisième question, c'est qu'en tant que professionnel de santé, on est plutôt là pour accompagner le patient dans une prise en charge du soin et pas sur une solution qui pourrait devenir létale. La définition du médicament ne permet pas

Penser la santé : Penser le médicament hospitalier, partie trois

d'englober cette préparation létale.

Flora Bastiani

Et oui, ce serait un cas à part.

Philippe Cestac

Ce serait un cas à part. Cela va interpeller sur cette nouvelle destination du produit qui ne peut pas être un médicament.

Le quatrième élément, c'est que si cette activité devait être mise en place, par définition, on imagine... Ce sera fait dans des pharmacies à usage intérieur, dans des PUI, et pas dans des pharmacies d'officine. Y compris dans ces pharmacies à usage intérieur, il y aura un agrément. On parlait tout à l'heure des missions obligatoires et optionnelles : ce sera certainement les plus grosses structures qui auront cette mission à accomplir.

Ensuite, la dernière question par rapport à tout cela, c'est : est-ce que ce suicide assisté fait partie du soin ? Est-ce qu'il pourrait être délégué à d'autres acteurs ? Là, on voit bien que la dimension éthique est majeure. Quand on met un groupe de médecins, un groupe de pharmaciens, un groupe de professionnels, là on dépasse ce qui peut nous rassembler. Et c'est l'intime qui va s'exprimer. On est au cœur de l'éthique. Chacun peut avoir ses propres opinions et sensibilités par rapport au sujet. C'est un sujet très complexe.

En tout cas, il y a les soins palliatifs à renforcer, la clause de conscience pour les pharmaciens, si cela doit se faire, cela nous paraît indispensable. Et puis ensuite, il y a beaucoup d'éléments qui relèvent de l'intime.

Flora Bastiani

Oui, qui posent vraiment des questions.

Tout à l'heure, on parlait de la balance bénéfice-risque qu'il y a toujours dans la production du médicament et dans la réflexion qui est menée autour de la prescription. J'étais en train de me dire que produire un médicament létal, même si ces deux termes sont contradictoires, on est bien d'accord... En produisant une solution létale plutôt, on s'engage sur des questions de sécurité aussi. En l'ayant dans son stock, comment encadrer la délivrance ? C'est assez complexe aussi, pas simplement du point de vue éthique, mais aussi comment gérer une substance de ce type.

Philippe Cestac

Penser la santé : Penser le médicament hospitalier, partie trois

Exactement. Aujourd'hui, on n'y est pas. Donc les réflexions ne sont pas engagées. Mais vous avez entièrement raison sur la sécurisation, ne serait-ce que du circuit de la production jusqu'à la destination des produits. On imagine y compris les circuits logistiques, les risques de détournement, etc. Beaucoup de questions sur un sujet de cet ordre-là pour lequel aujourd'hui tout n'est pas du tout défini.

Flora Bastiani

Oui, bien sûr, je posais une question qui ouvre d'autres questions... C'est une discussion qu'on pourra peut-être avoir à nouveau si la situation se pose un jour. Je vous remercie beaucoup tous les trois : Frédéric Eyvrard, Philippe Cestac et Marion Bourdoncle.

Frédéric Eyvrard

Merci à vous.

Marion Bourdoncle

Merci à vous.

Philippe Cestac

Merci à vous.

Flora Bastiani

C'était Flora Bastiani pour *Penser la santé*, le podcast du réseau de recherche Penser la santé de l'Université Toulouse Jean-Jaurès.