



Cédric Rat^{1,2}, Benoît Tudrej^{1,3},
Anne-Laurence Penchaud^{1,4},
et le comité d'éthique du Collège national
des généralistes enseignants

1. Comité d'éthique du Collège national des
généralistes enseignants, Paris, France.

2. Département de médecine générale,
Faculté de médecine de Nantes, France.

3. Collège lyonnais des généralistes
enseignants, Lyon, France.

4. Département de sciences humaines,
Faculté de santé d'Angers, France.

cedric.rat@univ-nantes.fr

exercer 2020;162:165-7.

→ Mots-clés : éthique ; pandémie ;
ressources en santé.

→ Keywords: ethics; pandemics;
health resources.

Enjeux éthiques associés à la crise sanitaire du Covid-19

Une perspective de médecine générale

Ethical issues associated with the COVID-19 health crisis. A general practice perspective

La crise liée à la pandémie de Coronavirus Sars-CoV-2 (Covid-19) constitue un défi inédit pour les systèmes de santé de tous les pays du monde. Elle génère de nombreux questionnements éthiques, notamment au regard des principes de non-malfaisance et de bienfaisance. La question de l'allocation des ressources est posée dans un contexte de manque de matériel généralisé, de même que la possibilité d'exercer une médecine scientifique basée sur les preuves alors que les données sont manquantes. Cette crise réinterroge également le principe de justice entre professionnels, entre nos patients, entre les territoires. Ces questions se posent dans la pratique quotidienne des médecins généralistes.

LA QUESTION DES MASQUES

Pour les médecins généralistes, l'épidémie de Covid-19 a commencé de façon étrange : les médecins qui signalaient un cas suspect voyaient débarquer dans leur cabinet des équipes portant combinaison, masque et visière. Depuis, chacun doit s'organiser à l'échelle de son lieu d'exercice. Le témoignage la semaine dernière de confrères américains dans le *British Medical Journal* confirme qu'aucun pays ne s'était réellement préparé¹. Chacun s'efforce de réunir quelques masques, blouses, parfois visières, en comptant largement sur les réseaux et sur un élan de solidarité de la population². En France, le gouvernement

a convenu de doter en masques les médecins généralistes, infirmières et pharmaciens.

Quid des autres professionnels ? Le médecin généraliste est sollicité par les professionnels qui travaillent comme lui en première ligne : des confrères médecins indispensables mais non prioritaires (radiologues, biologistes) mais aussi de nombreux autres professionnels (préparatrices en pharmacie, aides-soignantes, auxiliaires de vie, ambulanciers, qui ne sont pas équipés par l'État). Comment comprendre que les niveaux de protection soient différents alors que ces professionnels interviennent auprès des mêmes patients ?

Quid des patients, malades ou simplement fragiles ? Dans un contexte de pénurie, et alors qu'il n'y a pas de masques en pharmacie, les médecins sont amenés à donner sur leur dotation personnelle des masques à des patients suspects d'être atteints de Covid-19 pour protéger l'entourage. Pour Feng *et al.*, les patients fragiles, comorbides, devraient aussi porter des masques, plus particulièrement si l'une des personnes du foyer est malade mais même de façon systématique dès lors que les proches peuvent tout à fait être porteurs asymptomatiques³. Aussi, les médecins généralistes se trouvent-ils confrontés au dilemme de garder les masques de leur dotation pour se protéger eux-mêmes ou de les donner à leurs patients.

Quid de l'ensemble de nos patients ? Beaucoup d'entre eux consultent en portant un masque.

Liens et conflits d'intérêts :

CR est président du comité d'éthique du CNGE.

Les auteurs déclarent n'avoir
aucun conflit d'intérêts en relation
avec le contenu de cet article.

Les liens d'intérêts éventuels de chacun
des auteurs sont disponibles sur le site :
www.transparence.sante.gouv.fr



Les recommandations sur le port de masque en population générale varient d'un pays à l'autre. Alors que l'augmentation de la demande des populations depuis le début de l'épidémie crée une tension majeure sur les marchés mondiaux, l'OMS a appelé à une augmentation de 40 % de la production mondiale d'équipement de protection. Dans un contexte où la compétition sur la demande se fait notamment au détriment des professionnels de première ligne, les recommandations allemandes ou de l'OMS rappellent qu'il existe peu de preuves d'un bénéfice à porter un masque en population générale⁴. Toutefois, il est très difficile pour un médecin généraliste d'affirmer l'absence d'un quelconque bénéfice. Les médecins généralistes sont aussi interpellés par leurs patients qui, dans cette situation de pénurie, expérimentent des solutions alternatives : certains fabriquent eux-mêmes des masques en tissu, d'autres réutilisent des masques chirurgicaux à usage unique. En l'absence de données scientifiques, comment conclure sur les bénéfices et les risques ? Le médecin généraliste, guidé par le principe de non-malfaisance, ne peut promouvoir le recours à ces dispositifs, car le risque d'effets adverses et l'éventualité d'un risque augmenté d'infection ne peuvent être exclus⁵. Dans ce contexte, un objectif pour les chercheurs en soins primaires serait d'évaluer l'intérêt de tels dispositifs de protection dans le cadre de cet usage en population⁶.

LA QUESTION DES TESTS

Les médecins généralistes voient depuis plusieurs jours arriver les tests dits RT-PCR. La question de l'allocation des ressources dans un contexte où celles-ci sont limitées a été durement illustrée par la parution de recommandations définissant une liste d'indications alors même que les retours des territoires faisaient état d'une totale inadéquation avec la capacité des laboratoires à réaliser ces tests⁷.

Comment choisir entre les patients, quand il n'est possible de faire que 15 tests par jour pour un bassin de 50 médecins généralistes ? Qu'en est-il du principe de justice quand les tests semblent accessibles à certaines élites politiques, alors que les soignants en première ligne ne peuvent pas en bénéficier lorsqu'ils sont malades eux-mêmes ?

L'égalité d'accès au test selon les territoires suscite aussi de nombreuses interrogations. Si la variabilité entre les régions françaises est difficile à décrire, une illustration des inégalités de recours au test entre les pays est apportée par Iacobucci *et al.* : 550 tests par million d'habitants en France, contre 1 300 au Royaume-Uni, 6 590 en Australie, et 7 000 en Corée du Sud⁸.

THÉRAPEUTIQUE : RESTER RATIONNEL, PRINCIPE DE BIENFAISANCE, NON-MALFAISANCE

Le monde est confronté à une pandémie pour laquelle il n'existe pas de traitement spécifique, sinon des soins de support. En Chine, en Italie, en Espagne et en France, de nombreux patients reçoivent des traitements à base de chloroquine, hydroxychloroquine, azithromycine, lopinavir-ritonavir, favipiravir, remdésivir, ribavirine, interféron, inhibiteurs de l'IL-6, sur la base d'un effet antiviral ou de propriétés anti-inflammatoires décrites *in vitro*. Les promoteurs de l'utilisation de ces thérapeutiques se réfèrent à une approche compassionnelle, convenant qu'il n'existe pas d'autres traitements. Ces expérimentations, faites sans recours à un bras témoin, posent un problème éthique qui a été décrit récemment dans le *JAMA*, en se référant à la gestion de l'épidémie d'Ebola en 2014⁹. Alors que 30 000 personnes avaient contracté le virus, de nombreux essais de thérapeutiques avaient eu lieu afin d'identifier une modalité de traitement. Malheureusement, aucune molécule

n'a finalement montré son efficacité. Pourquoi ? Les auteurs rapportent que l'ensemble des études ne comportaient qu'un seul bras intervention, et qu'il n'y avait pas de bras témoin. Les promoteurs du recours à des thérapeutiques nouvelles argumentent que l'utilisation d'un médicament n'ayant pas fait la preuve de son efficacité est légitime « *en dernier ressort* ». Selon eux, dans cette situation, les bénéfices ne peuvent être que supérieurs aux effets adverses. Une interprétation consiste à penser qu'en cas d'utilisation dans un tel cadre compassionnel, si le patient décède, c'est qu'il décède de la maladie, alors que s'il survit, c'est grâce au traitement. Ce n'est pas vrai.

Est-il éthique, dans le cadre d'une épidémie comme le Covid-19, de donner au patient un placebo ? La réponse à cette question repose sur deux remarques. D'abord, dans les essais randomisés, le groupe contrôle reçoit le traitement de référence, de sorte que réduire la prise en charge des patients dans le groupe contrôle à la prise d'un placebo est probablement inapproprié. Par ailleurs, dès lors que la maladie n'amène pas au décès dans 100 % des cas, et dès lors qu'on ne sait pas si un traitement sera plutôt source de bénéfices ou d'effets adverses chez un patient, le groupe placebo est toujours plus sûr (au regard des effets indésirables) que le groupe intervention !

LA QUESTION DE LA TÉLÉMÉDECINE : BÉNÉFICE COLLECTIF, BÉNÉFICE INDIVIDUEL ?

Dans de nombreux pays, l'opportunité de recourir à la télémedecine pour soigner les patients en évitant de déplacer les populations a été largement mise en avant dans le cadre de la crise actuelle^{10,11}. Si l'on comprend les motivations, ces pratiques présentent toutefois deux limites majeures. D'abord, les décideurs publics ne peuvent ignorer qu'un grand nombre de nos patients n'ont pas la culture de

ces outils, soit parce qu'ils sont en situation sociale précaire, soit parce qu'ils sont âgés, ou encore parce qu'ils vivent dans des territoires où les connexions sont mauvaises. Dans toutes ces situations, le téléphone est certainement la modalité de télémedecine la plus adaptée. Ensuite, les medecins généralistes font face à un dilemme lié aux bénéfices et aux risques de ces pratiques : dois-je faire déplacer à mon cabinet la patiente de 72 ans qui a une fièvre à 38,2 °C et des symptômes ORL, ou dois-je me contenter d'une évaluation à distance ? En conformité avec le principe de bienfaisance, j'évitais de faire venir un patient atteint de Covid au cabinet pour qu'il ne contamine pas d'autres patients. Au nom du principe de non-malfaisance, je privilégiais l'examen physique de la patiente. La télémedecine expose à un risque d'évaluation clinique de moindre qualité : elle ne permet pas le contrôle de saturation ni l'auscultation. Les medecins y sont peu aguerris, la sémiologie à distance est encore mal décrite. Ceci constitue potentiellement une perte de chance pour la patiente, dont l'évaluation à distance ne permettra pas forcément de repérer des signes de gravité. Pour proposer une autre formulation à cette problématique, doit-on privilégier le bénéfice collectif et la télémedecine, ou le bénéfice individuel d'une évaluation clinique plus complète lors d'une consultation physique ? Au moment où les gouvernements font la promotion de la télémedecine, les medecins généralistes auraient grandement besoin d'études scientifiques permettant d'évaluer les bénéfices, les limites, et les effets adverses.

CONFINEMENT, DISPARITION DES PATHOLOGIES « HORS COVID-19 », ET MORBIMORTALITÉ

Le confinement de l'ensemble de la population au nom de la santé publique est inédit. Les medecins généralistes, professionnels des soins

primaires, sont inquiets des répercussions à court terme de cette mesure sur de nombreuses populations. Certaines d'entre elles, intrinsèquement vulnérables, seront sans doute les premières à souffrir de toute situation altérant la qualité des soins : sans-abri, migrants, personnes placées en institution, en foyer, en incarcération¹². Plus largement, le constat du moindre recours aux soins observé dans les cabinets de medecine générale depuis l'instauration d'un confinement strict pose la question des retards dans le recours aux soins et de potentielles pertes de chance. Pour ne pas prendre le risque d'attraper le virus en consultant son medecin ou ne pas surcharger celui-ci de travail, combien de renoncements aux soins, combien d'infarctus à bas bruit, de phlébites non diagnostiquées, de rechute de conduites addictives ? *Quid* des violences conjugales ? Des situations de maltraitance ? De la prise en charge difficile des patients ayant besoin d'un suivi psychologique ? Au regard de l'impact majeur des mesures de confinement, les décideurs politiques comme les chercheurs s'intéressant aux soins primaires en France devraient s'attacher à en évaluer les bénéfices et effets négatifs. Un enjeu sera de communiquer de façon transparente sur des faits documentés scientifiquement.

Les medecins généralistes, professionnels des soins primaires, anticipent aussi les effets sur la santé des populations d'une inévitable crise économique d'envergure, les états de santé étant étroitement liés à de nombreux déterminants sociaux¹⁴.

Plus généralement, la prise en charge de la crise du Covid-19 amène à porter un regard nouveau sur la capacité des décideurs politiques à faire réellement de la santé un enjeu prioritaire. Dans le cadre de la crise du Covid-19, les décideurs ont fait un choix clair, inédit, passant l'activité économique du pays au ralenti au nom de la santé publique. L'objectif, clair, est de réduire la mortalité. Si le nombre de décès liés à

l'épidémie est difficile à anticiper à l'échelle des semaines à venir, l'attention particulière de la société et des médias devrait amener à rappeler que les causes de mortalité évitable les plus importantes ne changent pas année après année. Parmi les près de 580 000 décès annuels recensés en France chaque année, 72 000 sont imputables au tabagisme et 41 000 décès sont imputables à la consommation d'alcool¹⁵... ♦

Références

1. Kamerow D. Covid-19: Don't forget the impact on US family physicians. *BMJ* 2020;368:m1260.
2. <https://www.faisuneblouse.com/> [consulté le 31 mars 2020].
3. Feng S, Shen C, Xia N, et al. Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. *Lancet Respir Med* 2020 pii:S2213-2600(20)30134-X.
4. World Health Organization. Advice on the use of masks in the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak: interim guidance. Geneva : WHO, 2020.
5. MacIntyre CR, Seale H, Dung TC, et al. A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers. *BMJ Open* 2015;5:e006577.
6. Leung CC, Lam TH, Cheng KK. Mass masking in the COVID-19 epidemic: people need guidance. *Lancet* 2020;395:945.
7. Avis du 14 mars 2020 relatif à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères et aux indications prioritaires du diagnostic par RT-PCR.
8. Iacobucci G. Covid-19: What is the UK's testing strategy? *BMJ* 2020;368:m1222.
9. Kalil AC. Treating COVID-19-Off-Label drug use, compassionate use, and randomized clinical trials during pandemics. *Jama* 2020. doi: 10.1001/jama.2020.4742.
10. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_teleconsultation-fiche-medecin.pdf [consulté le 31 mars 2020].
11. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ* 2020; 368:m1182.
12. Berger ZD, Evans NG, Phelan AL, et al. Covid-19: control measures must be equitable and inclusive. *BMJ* 2020;368:m1141.
13. Lewnard JA, Lo NC. Scientific and ethical basis for social-distancing interventions against COVID-19. *Lancet Infect Dis* 2020 pii:S1473-3099 (20)30190-0.
14. Maslow A. A theory of human motivation. *Psychological Review* 1943;50:370-96.
15. Boulat T, Ghosn W, Morgand C, Falissard L, Roussel S, Rey G. Principales évolutions de la mortalité par cause sur la période 2000-2016 en France métropolitaine. *Bull Epidemiol Hebd* 2019;29-30:576-84.