

Réflexions sur les traitements pour les patients Covid

Adressées au « Groupe de réflexion sur les conduites thérapeutiques hors protocoles COVID-19 » du CHU de Tours

Faut-il absolument traiter le patient qui me fait face, qui va mal, va peut-être mourir, avec des médicaments dont je ne connais pas l'efficacité, qui vont peut-être l'améliorer, peut-être l'aggraver?

Ou vaut-il mieux faire quelque chose de rigoureux, les essais se mettant rapidement en place, et savoir ensuite quel traitement est vraiment efficace pour pouvoir traiter le plus grand nombre?

Plusieurs arguments sont en faveur de traiter rapidement : le médecin fait face au patient, il ne peut pas ne pas répondre à sa demande, le médecin est là pour le traiter, il ne peut pas ne rien faire s'il a la possibilité de faire. Cela incite à soigner, à traiter, sans avoir de validation d'un traitement, actuellement aucun traitement n'étant valide. C'est le devoir du médecin, de soulager, sans attendre.

Il faut bien sûr respecter 2 critères principaux :

- le consentement de la personne : dans cette situation de détresse respiratoire, bien sûr le malade peut refuser, auquel cas on ne fera rien de plus, mais il est fort probable qu'il va accepter la proposition
- ne pas nuire, ne pas prendre de risque ou alors un risque minime largement inférieur à l'efficacité attendue : cela est essentiel. S'il s'agit d'un médicament connu, dont les effets secondaires et les risques peuvent être maîtrisés et contrôlés, pourquoi ce pas prendre ce risque ? Les bénéfices potentiels peuvent être bien supérieurs aux risques

On peut aussi penser que dans les situations extrêmes, d'urgence, il est possible d'oser transgresser des procédures certes essentielles et bien établies, (contrôle ANSM, obligation d'AMM) dont la temporalité n'est pas bien compatible avec l'urgence du moment.

Le principe de précaution qui vise à l'abstention de traiter, et opte pour la validation d'une recherche, laisse les soignants impuissants.

Mais d'autres arguments invitent à temporiser.

Concernant la situation singulière du patient, ce qui doit pousser le médecin, ce n'est pas le « besoin de faire quelque chose » pour échapper au sentiment d'impuissance. Il n'est pas responsable de la situation, mais il est responsable des effets de ce qu'il prescrit, quand ce qu'il prescrit n'est pas validé officiellement. Il y a peut-être une erreur fréquente du médecin qui consiste à se sentir personnellement responsable de ce qu'il fait - le plus souvent, il ne l'est pas tant qu'il suit ce qu'il est censé suivre.

Le médecin ne doit pas sous-estimer les risques d'effets indésirables. Ce n'est

pas parce qu'un traitement est bien connu, qu'il n'aura pas des effets de toxicité inédits dans un nouveau contexte, notamment, en interaction avec d'autres traitements.

Le fait d'administrer un traitement dont l'efficacité n'est pas connue, ni tous les risques, à des personnes déjà fragilisées n'est pas forcément anodin. Peut-on dire que de toute façon le médicament est sans effet secondaire et que puisque les personnes vont mourir on peut leur donner un autre médicament qui peut éventuellement précipiter leur mort ?

Quelle est l'information éclairée que peut recevoir le patient sur ce médicament, sachant que les informations que possèdent les médecins eux-mêmes ne sont que parcellaires ?

Il y a aussi la problématique du plus grand nombre. En effet si on veut le plus rapidement possible savoir quels traitements sont efficaces, et pourront soigner, voire guérir le plus grand nombre, il faut faire des études rigoureuses. Mais cela signifie que ce sera au détriment des personnes malades actuellement, que ce soit ceux qui n'auront pas de traitement, ou ceux qui seront dans des bras placébos. Situation dramatique où certains vont mourir, pour pouvoir traiter ensuite le plus grand nombre, et ceux qui seront malades dans les mois à venir. C'est une équation terrible, pour les personnes qui n'auront pas de traitement efficace, pour les médecins qui seront « impuissants » vis-à-vis de ces situations. Cela ne peut se faire sans validation collective, et donc protocoles validés par les circuits officiels, en les accélérant, peut-être procédures dégradées, mais absolument validées en pluridisciplinaires. Il s'agit là aussi d'une question de solidarité, mais dramatique pour les personnes qui vont décéder. Mais cela signifie considérer le collectif avant l'individuel, ce qui est probablement indispensable en période d'épidémie.

Concernant plus spécifiquement la problématique de la l'hydroxychloroquine. Vous êtes davantage spécialistes que moi, cependant quelques réflexions : L'efficacité d'un médicament ne peut être établie sur un ou quelques cas particuliers. Elle s'établit plus lentement, sur plusieurs études cliniques menées scientifiquement, sur un nombre suffisant de patients. Prendre pour la cause ce qui n'est qu'un antécédent, c'est-à-dire prétendre que si un événement suit un autre alors le premier doit être la cause du second, est un raccourci, et a besoin d'être validé. L'erreur peut être de conclure en se basant seulement sur l'ordre des événements, plutôt que de tenir compte d'autres facteurs qui pourraient exclure le lien de cause à effet. D'où l'importance de l'étude qui va démarrer.

Par l'intermédiaire du Pr Didier Raoult qui outre son titre et sa renommée est aussi devenu depuis quelques jours maintenant le visage d'un autre récit social : un récit de résistance et d'espoir véhiculé par nombre d'anonymes sur

les réseaux sociaux notamment. Ceux-ci se sont emparés de la position iconoclaste de Raoult dans un contexte d'angoisse, d'intimidation autoritaire et de zigzags de la gestion de crise. Face à l'urgence de la pandémie, les carences sanitaires et la temporalité de la recherche médicale sont apparues comme autant d'obstacles incompréhensibles.

Tours, 29 mars 2020

Dr Béatrice Birmelé

Directrice Espace de réflexion éthique région Centre Val de Loire