



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Éditorial

Comment éviter une rupture de soin pour les populations réfractaires au pass sanitaire ?



How to avoid a disruption of care for women reluctant to the French Health Pass?

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 15 septembre 2021

Accepté le 15 septembre 2021

Mots clés :

Pass sanitaire
Équité
Éthique
Organisation des soins
Inégalités sociales
Gynécologie
Obstétrique
Médecine fœtale
Assistance à la procréation médicalement assistée

Keywords:

French Health Pass
Equity
Ethics
Organization of care
Social inequalities
Gynecology
Obstetrics
Fetal medicine
Assisted reproductive technology

Les vaccins anti-COVID-19 ont une efficacité démontrée pour réduire le taux d'infection, de transmission du virus, de complications sévères et de décès en lien avec le COVID-19 avec un taux d'effets secondaires graves extrêmement faible. En raison de l'impact sociétal et économique majeur de la pandémie, une campagne de vaccination massive a été entreprise et s'est heurtée à une inertie, voire à une résistance d'une partie de la population française. Le gouvernement français a été alors l'un des premiers à imposer un « pass sanitaire » (double vaccination, ou test PCR négatif de moins de 48 heures ou certificat de rétablissement du COVID-19 de moins de six mois) pour tous, sauf les enfants de moins de 12 ans pour différentes activités considérées comme non essentielles (activités culturelles, spor-

tives, de loisirs, etc.). Du fait du succès de cette mesure (augmentation du nombre de personnes vaccinées, contrôle de la 4^e vague), le principe du pass sanitaire a été repris par de nombreux pays en particulier en Europe avec un contenu et des modalités d'application variables.

Cependant, à notre connaissance, il n'y a qu'en France que le pass sanitaire est obligatoire pour les patients non urgents dans les établissements de santé (hôpitaux, cliniques) et maisons de retraite, tant que ce dernier ne fait pas « obstacle à l'accès aux soins ».

Cette disposition a été validée par le Conseil constitutionnel, même si une source proche du Conseil constitutionnel a précisé que « La loi ne peut faire échec à l'accès aux soins et que la décision

sera laissée à “l’appréciation des soignants”. Le ministre de la Santé, Olivier Véran, a lui-même déclaré que “personne ne sera privé de soins en fonction du passe sanitaire” ».

Il faut souligner et insister sur le fait que cette dernière disposition vise à protéger du COVID-19 non seulement les soignants (la vaccination ne permettant pas une protection de 100 %), mais surtout les malades (personnes les plus vulnérables et fragiles) pris en charge dans les établissements de soins ; et, en ce sens, cette disposition est louable.

Néanmoins, elle peut poser des problèmes pratiques, éthiques et organisationnels.

En effet, la vaccination peut accentuer, au même titre que l’épidémie elle-même, les disparités sociales. Les taux de vaccination sont plus faibles dans les communes dont le revenu des habitants est le moins élevé, dans les zones rurales en comparaison aux zones urbaines, parmi les populations les moins diplômées et parmi les populations immigrées. Malheureusement, il s’agit aussi de la population la plus vulnérable et la plus à risque d’être malade (maladies chroniques, cancer, etc.). De plus, c’est celle qui a souvent le moins accès aux soins et, en particuliers, aux actes de dépistage (cancer du sein, cancer du col utérin, etc.) et de prévention (consultation de suivi gynécologique, consultations préconceptionnelles, etc.) qui font justement déjà défaut dans cette population.

Le choix de se faire vacciner ou non n’est pas seulement une question d’opinion personnelle et/ou d’acceptation individuelle, mais devient aussi un véritable marqueur social. Pour certains de ces patients défavorisés, le passe sanitaire rend alors plus difficile l’accès au soin, majorant du même coup les inégalités sociales d’accès aux soins en particulier en termes de prévention.

Certes, il existe des solutions qui semblent simples à mettre en œuvre. Certains établissements ont, par exemple, déployé à leur entrée des moyens humains et techniques pour être en mesure de proposer un test antigénique rapide à toute personne non vaccinée souhaitant se faire soigner. Néanmoins, ces moyens sont coûteux et ne peuvent être mis en place partout aisément.

D’autres proposent la télé-consultation en lieu et place de la consultation physique. Mais les populations précaires ont en général un accès limité aux télé-consultations et, surtout, cette dernière ne peut se substituer à tous les actes de soins de prévention (réalisation d’un examen sénologique, cytologique, etc.).

Il nous paraît alors fondamental, en tant que gynécologues-obstétriciens, de déterminer quels sont les actes de soins considérés comme « urgents » pouvant être réalisés sans passe sanitaire et ceux non « urgents » que nous devrions, pour respecter les recommandations du gouvernement et de nos directeurs

d’établissements, refuser de réaliser si la patiente n’a pas de passe sanitaire.

Malheureusement, pour l’instant, aucune instance n’a émis de recommandation en ce sens. Ce sont pourtant des questions essentielles que de nombreux praticiens se posent.

En se focalisant sur notre spécialité, certains soins sont indiscutables : urgences gynécologiques ou obstétricales, début de travail, soins oncologiques. De même, la grossesse pouvant être considérée comme une situation de semi-urgence, il semble important que les femmes enceintes ne rencontrent pas d’entrave dans leur suivi de grossesse ou échographique, car ces derniers ne peuvent être décalés éternellement.

Pour le reste (suivi gynécologique, post-partum, chirurgie fonctionnelle, infertilité...), l’évaluation est plus complexe et devrait nécessiter une appréciation individuelle médicale... ce qui est difficile en l’absence de passe sanitaire. En réalité, dans une grande majorité de ces situations cliniques, la crainte est de passer à côté d’un acte de prévention ou de soin dont les conséquences à plus long terme sont potentiellement graves.

Enfin, quelle politique pour les accompagnants ? S’il peut être facilement décidé qu’un accompagnant sans passe sanitaire ne peut être présent en consultation, cette décision semble contestable lors de l’annonce, au cours d’une consultation, d’une malformation fœtale ou d’un cancer et des conséquences et de la prise en charge nécessaire. De même, il semble difficile d’empêcher un futur coparent d’être présent en salle d’accouchement pour la naissance de son enfant du fait de l’absence de passe sanitaire.

La situation actuelle est donc paradoxale : elle implique de respecter les décisions gouvernementales pour protéger les patients et le personnel soignant, mais sans entraver l’accès aux soins nécessaires des patients. Il serait utile qu’une réflexion collégiale, idéalement sous l’égide du Collège national des gynécologues obstétriciens français, puisse permettre l’élaboration de « préconisations » afin d’aider les gynécologues-obstétriciens à déterminer les situations devant être prises en charge en l’absence de passe sanitaire, préconisations qui auront aussi le mérite de limiter l’arbitraire.

Loïc Sentilhes^{a,*}, Gilles Kayem^b

^aDepartment of Obstetrics and Gynecology, Bordeaux University Hospital, Bordeaux, France

^bDepartment of Obstetrics and Gynecology, Trousseau Hospital, AP-HP, Paris, France

*Auteur correspondant

Adresse e-mail : loicentilhes@hotmail.com (L. Sentilhes)