

Tribune du CNPG : non à un auto-confinement sur le seul critère de l'âge !

Oui pour un contrat social global et transgénérationnel. Le 19 février dernier, le journal Le Monde publiait un article intitulé "Covid-19 : demander aux personnes les plus vulnérables de s'auto-isoler, une mesure qui divise le conseil scientifique".

En réponse à cet article, le Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNPG) a souhaité exprimer son point de vue. Les huit composantes du CNPG* proposent de tenir compte des données acquises de la science pour lutter conjointement contre la pandémie de Covid-19 et la pandémie d'âgisme qui l'aggraverait, pour notre société.

Il s'appuie sur une synthèse des principales données scientifiques pour démontrer qu'un confinement sélectif à destination exclusive des personnes vulnérables ne serait ni tenable socialement ni scientifiquement pertinent et appelle donc, pour rétablir un contrat social inclusif, à des mesures justes, justifiées et dont l'efficacité peut permettre de les rendre mieux acceptées.

Même si l'âge représente un facteur de risque important, il ne constitue pas le seul facteur de risque de forme de Covid-19 grave. La Haute Autorité de Santé, dans l'établissement de sa recommandation vaccinale, comme le Haut Conseil de la Santé Publique, dans ses avis sur les facteurs de risques de formes graves font état d'une trentaine de situations exposant à un risque accru de formes graves de Covid-19.

Deux seulement de ces situations sont relatives à l'âge chronologique de la personne. On compte parmi les autres facteurs de risque l'obésité (17% de la population adulte), l'hypertension artérielle (environ 30% de la population) et la maladie cancéreuse (environ 400.000 nouveaux cas par an en France), si bien que les situations de vulnérabilités exposent en France environ 15 millions de personnes à des formes graves.

Avec à ce jour 3,7 millions de cas et un peu plus de 84.000 décès en France, les dernières données de l'Insee font état d'une surmortalité pendant les vagues épidémiques de Covid-19, globale (toute cause confondue), dès la classe d'âge 25-49 ans, avec une baisse globale de l'espérance de vie tout âge confondu. Rappelons à ce propos qu'à 80 ans, l'espérance de vie moyenne des hommes est encore de 8,9 ans et des femmes de 11 ans.

La stratégie à adopter ne peut se construire sur le seul constat d'une mortalité excessive liée à la Covid-19 chez les personnes les plus âgées. Elle doit également considérer l'ensemble des conséquences de la Covid qui ne peuvent incomber au seul groupe des plus âgés.

Les données internationales font ainsi état de 46,2 millions de cas de Covid-19 toujours actifs dans le Monde dont environ 3,3 millions en France. Environ 10 à 25% de formes prolongées et plus de 3.000 signalements par jour pour isolement sont enregistrés sur la plate-forme de l'Assurance Maladie et plus de 3 millions d'arrêt maladie.

On compte environ 40% de personnes hospitalisées âgées de moins de 75 ans, environ 3 personnes en réanimation sur 4 ont moins de 75 ans et 80% des personnes en réanimation âgées de moins de 65 ans sont porteuses d'au moins une comorbidité. Ce ne sont donc pas les personnes les plus âgées qui représentent le poids le plus lourd sur les lits de réanimation.

Enfin, en termes d'impact psychologique, la prévalence importante des troubles du sommeil, de

l'anxiété et de la dépression est élevée dans l'ensemble de la population. Les restrictions sociales ont été vécues très difficilement par toute la population, dans toutes les classes d'âge de la société. Précisons également, qu'à pyramide des âges, PIB et densité de population équivalents, les pays qui d'après l'OMS ont à ce jour le mieux affronté la crise en terme de nombre de cas et nombre de décès pour 100.000 personnes n'ont pas mis en place de mesures discriminatoires.

La réalité sociétale de l'épidémie mérite une approche davantage nuancée. La majorité des personnes âgées vivant au domicile pratiquent déjà l'auto-confinement. En EHPAD, la principale raison du nombre élevé de décès réside dans le fait de formes graves survenues chez des résidents très vulnérables parce qu'à la fois très âgés, polypathologiques et à haut niveau de dépendance et donc bien différents de la majorité des personnes âgées qui avancent en âge dans de bonnes conditions d'autonomie.

Seuls 8% des plus de 60 ans sont en effet dépendants. Cependant, les mesures prises pour protéger les résidents d'EHPAD d'une infection à Covid-19 ont généré une morbi-mortalité sans doute au moins équivalente à celle de la Covid-19.

C'est de surcroît la classe d'âge pour qui les interactions sociales ont le plus diminué : nos aînés sont déjà allés au-delà des mesures préconisées et ont été particulièrement attentifs au respect scrupuleux des gestes barrières recommandés.

Indépendamment de l'âge, les lieux de contamination semblent insuffisamment investigués : les salles de restaurant d'entreprise ou des établissements de santé (avec un risque accru de transmission quand les distances ne sont pas respectées), les transports en commun, les lieux de travail clos. En dernier lieu, les départements où les facteurs socio-économiques sont les plus défavorables sont également les plus touchés.

En ce sens, certains auteurs préconisent d'appeler la Covid-19 non pas une pandémie, mais, parce qu'elle accentue les inégalités sociales et qu'elle touche la santé dans une acception très large, une syndémie.

Soit, la situation observée dans les Alpes-Maritimes peut vraisemblablement indiquer une situation pouvant s'étendre sur le territoire. Toutefois, en se basant sur plusieurs modélisations de limitation des contacts différente en fonction des classes d'âge, le « bénéfice » de l'isolement à 100% des aînés (si tant est qu'il était possible, tant l'interdépendance intergénérationnelle est forte) serait perdu en 3 à 4 semaines par l'augmentation de la pression globale, liée à la part des variants dans les nouvelles contaminations.

De fait, une efficacité équivalente serait obtenue avec une restriction de 25% des contacts appliquée à l'ensemble de la population. Le contrat social que nous proposons se veut global et transgénérationnel et nous pensons préférables de promouvoir les actions suivantes que d'envisager un auto-confinement sur le seul critère de l'âge :

- Informer sur les lieux et les circonstances de la transmission virale actuelle : aérons les locaux le plus fréquemment possible, en utilisant, au besoin, les détecteurs de CO2, en expliquant la transmission par aérosol.
- Inverser les priorités d'approches face à la pandémie : une approche centrée uniquement sur un aspect individuel de respect des consignes de distanciation sociale doit également s'accompagner d'une approche collective, pensée à un échelon territorial (qu'il soit local, départemental ou régional).
- Mettre en œuvre des politiques de tests groupés coordonnés, y compris en utilisant des outils de détection canins qui ont fait preuve de leur efficacité pour tous les lieux de fréquentation élevée (gares, lieux de travail, commerces, ...).

- Reconnaître la vulnérabilité socio-économique de certaines catégories de personnes, comme les étudiants, pour qui des solutions spécifiques et adaptées doivent être trouvées.
- Investir dans les services non marchands (santé publique, recherche publique, enseignement) : cela permet de mieux lutter contre les effets de la pandémie et donner des outils pour éradiquer la précarité.
- Appliquer correctement les mesures de prévention à l'ensemble de la population : le besoin de revenir au confinement est un aveu d'échec de n'avoir pas su optimiser ces mesures. L'autoprotection doit s'appliquer à toute la population, sans critère d'âge.
- Rappeler la bonne utilisation et le mésusage des masques.
- Dans les départements à faible circulation virale, proposer des stratégies locales d'auto-analyse de risque résiduel épidémique et du risque de pénétration dans les établissements collectifs, de sorte d'accompagner les décisions d'assouplissement de certaines contraintes, sur la base d'indicateurs publics et expliqués.
- Assurer rapidement une couverture vaccinale de l'ensemble des personnes à risque, y compris les personnes vivant avec des maladies chroniques, sans considérer l'âge en tant que critère « chronologique » : une personne, par exemple, vivant avec une maladie d'Alzheimer mais âgée de moins de 75 ans, devrait pouvoir recevoir un vaccin en tenant compte du risque lié à la maladie et non à son seul âge.
- Augmenter au maximum le taux de couverture vaccinale des professionnels de santé : réservons de plus les vaccins à ARN messager aux personnes à risque élevé et vaccinons rapidement avec les vaccins à base d'adénovirus les personnes au risque moindre.
- Mettre en œuvre une agilité organisationnelle en adaptant nos capacités hospitalières et de soins critiques et anticipons l'avenir en envisageons des recrutements de professionnels de santé, dans l'ensemble du système de santé.
- Promouvoir les dispositifs ayant fait leurs preuves telles que les astreintes, plateformes et filières gériatriques et la coopération interprofessionnelle.
- Déployer des outils d'empowerment comme ICoPE, Vivifrail ou ESOGER1 et la démarche d' « aller vers » afin d'identifier les personnes les plus vulnérables souvent en situation d'isolement et non toujours repérées dans nos registres.
- Appliquer les 22 mesures du Manifeste des Gériatres, dont certaines ont été reprises dans les 2 Rapports Parlementaires et qui intègrent la nécessaire adaptation des EHPAD, objet d'une mission en cours.

Finalement, nous pensons que la solidarité intergénérationnelle est un des atouts pour sortir de cette crise, car elle reconnaît la souffrance qui s'exerce sur l'ensemble de la population et qu'elle n'a pas comme corollaire d'ajouter de la souffrance aux populations les plus vulnérables.