

PANDÉMIE DE COVID-19

Les gériatres opposés à l'auto-isolement des aînés

Cette proposition formulée par cinq membres du conseil scientifique est jugée discriminatoire

Faut-il inciter les personnes âgées à se confiner volontairement, pour permettre aux autres catégories d'âge, moins touchées par les formes graves du Covid-19, d'envisager un relâchement des mesures de restriction ? Cette idée, déjà formulée par certains spécialistes à différents stades de l'épidémie, est de nouveau débattue depuis la publication dans la revue *The Lancet Public Health*, jeudi 18 février, d'une lettre rédigée par cinq membres du conseil scientifique – dont son président, Jean-François Delfraissy – prônant un nouveau « contrat social », dans lequel les plus âgés et fragiles accepteraient de s'auto-isoler.

Cette proposition, qui pose des questions éthiques aussi bien qu'organisationnelles, a provoqué un tollé parmi les gériatres, qui réagissent à travers un texte signé des huit organisations qui composent le Conseil national professionnel (CNP) de gériatrie, adressé au conseil scientifique et auquel *Le Monde* a eu accès.

Le texte rejette l'idée d'« un auto-confinement sur un seul critère d'âge ». « Pourquoi les plus âgés plutôt que les autres ? », interroge le professeur Claude Jeandel, président du CNP. « Si le confinement généralisé reste envisagé, c'est faute d'avoir su faire appliquer les mesures de protection », affirme le responsable du pôle de gériatrie au centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier, pour qui « l'autoprotection doit s'appliquer à tous ». Les gériatres appellent ainsi « à rétablir un contrat social inclusif ». Pour ces professionnels des maladies dues au vieillissement, « un confinement sélectif(...) ne serait ni tenable socialement, ni scientifiquement pertinent ».

Le président Emmanuel Macron s'est du reste déjà exprimé à plusieurs reprises contre ce scénario, comme plusieurs membres du gouvernement. Le ministre des solidarités et de la santé, Olivier Véran, a jugé cette mesure très « discutable », aussi bien au niveau de sa « faisabilité » que de la « solidarité entre les générations qu'elle emporte ». « Aucun gouvernement n'a osé expliciter une politique sanitaire qui discriminerait sur la base de l'âge », remarque l'économiste Christian Gollier, directeur de la Toulouse School of Economics.



Une coordinatrice de l'Ehpad Cantou du Lizon et un pensionnaire à Lavans-lès-Saint-Claude (Jura), le 2 février.
AXELLE DE RUSSÉ
POUR « LE MONDE »

« Sans le dire, beaucoup l'ont fait lors de la deuxième vague de la pandémie. Laisser les écoles et les entreprises ouvertes tout en accordant une attention particulière aux Ehpad [établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes], n'est-ce pas mettre en œuvre une telle politique ? », s'interroge M. Gollier. Mais en cas de rebond de l'épidémie de Covid-19 ou de ses variants, faut-il aller plus loin, comme le suggère M. Delfraissy ? « On vaccine en priorité les personnes âgées au nom de leur fragilité, alors pourquoi ne pas leur demander de faire un effort supplémentaire, de se confiner si nécessaire, plutôt que de sacrifier les jeunes et le pouvoir d'achat ? », acquiesce l'économiste.

Le conseil scientifique a plusieurs fois formulé cette hypothèse de l'auto-isolement dans ses avis remis au gouvernement. Mais comment évaluer l'efficacité d'une telle mesure ? Pour Pierre-

Louis Druais, représentant des médecins généralistes au conseil scientifique, « la majorité des personnes à haut risque se protègent déjà et restent chez elles ». « Il s'agit d'une mesure supplémentaire qui n'aurait d'impact qu'à la marge de l'épidémie », estime M. Druais, pour qui l'« important, c'est d'isoler les personnes infectées ».

Notion de fragilité

« Globalement, les personnes âgées s'isolent déjà depuis un an », approuve Aline Corvol, médecin gériatre au CHU de Rennes. Et « les plus vieux en Ehpad ont déjà été sacrifiés pour les plus jeunes : on ne leur a pas laissé le choix, même à ceux qui étaient prêts à prendre le risque d'attraper le Covid pour voir leurs enfants ». Ce n'est donc pas par eux que se fait la circulation du virus aujourd'hui. Pour ce qui est de la saturation des hôpitaux, si les plus de 75 ans occupent 60 % des lits, ils ne sont plus que 25 %

dans les services de réanimation. « Cette mesure reviendrait à faire reposer sur les épaules d'une catégorie d'âge l'échec d'une stratégie d'endiguement de l'épidémie », explique M^{me} Corvol.

Mais de quelles personnes vulnérables parle-t-on ? Si l'âge est un facteur de risque, il n'explique pas tout. « On sait qu'il y a une corrélation entre l'âge et la pathologie ou la mortalité de cette maladie, mais le fait que cette corrélation existe ne signifie pas que la totalité de la population âgée est vulnérable », souligne Jean-Philippe Viriot Durandal, sociologue spécialiste du vieillissement. Il y a un grand écart physique et mental entre les personnes de 75 ans et celles de 90 ans, que cette catégorie fourre-tout de « personnes âgées » ne saurait représenter. « Nous ne sommes pas tous égaux devant le vieillissement, renchérit Olivier Henry, président de la Société de gériatrie et de gérontologie en Ile-

« LA MAJORITÉ DES PERSONNES À HAUT RISQUE SE PROTÈGENT DÉJÀ ET RESTENT CHEZ ELLES »

PIERRE-LOUIS DRUAIS
médecin généraliste, membre
du conseil scientifique

de-France. Toutes les personnes de 75 ans ne relèvent pas forcément de la gériatrie, cela dépend des pathologies associées. » C'est pourquoi il semble nécessaire de s'interroger collectivement sur la notion de fragilité et sur la manière dont elle a été systématiquement accolée à une certaine catégorie d'âge.

Pour inciter les plus fragiles à s'autoconfiner, il faudrait que les instruments de mesure de cette vulnérabilité existent. Or, ils sont balbutiants. La région Occitanie

expérimente depuis avril le programme « soins intégrés pour les personnes âgées », mis au point par l'Organisation mondiale de la santé : une application qui permet aux plus de 70 ans de tester leur mobilité, mémoire, vue, audition, appétit et humeur. Quand l'une de ces capacités diminue, le médecin traitant est informé.

L'arme principale, la vaccination

Rien n'empêcherait que l'application envoie un message de prudence face au Covid-19, mais l'outil n'a pas été conçu pour cet objectif. Il a au contraire « été mis en œuvre rapidement en Occitanie pour en prévenir les effets », souligne Bruno Vellas, responsable du gérontopôle du CHU de Toulouse. Le gouvernement envisage d'étendre ce dispositif à toute la France. Il y a urgence, selon ce praticien. « La crise du Covid a révélé la fragilité de notre système de santé en matière de prévention », insiste-t-il. Le gériatre met ainsi en garde contre les dangers d'un autoconfinement des plus vulnérables qui « peut encore fragiliser les plus fragiles, si on ne met pas en place des mesures pour évaluer ses conséquences ». « On imagine que la dépendance est inéluctable, alors qu'un cas de dépendance sur deux pourrait être prévenu », rappelle-t-il.

Dans sa tribune, le CNP milite aussi pour cette médecine participative qui permettrait d'« identifier les personnes les plus vulnérables, souvent en situation d'isolement et pas toujours repérées dans nos registres ». Mais pour les gériatres, l'arme principale reste la vaccination. « Il faut accélérer le pas, insiste Claude Jeandel. En ciblant les plus âgés, mais aussi les plus fragiles », quelle que soit leur année de naissance. « Il y a une certaine cruauté à envisager que les plus âgés doivent encore se confiner au moment où ils s'accrochent au vaccin comme à un passeport pour la liberté », réagit Michèle Delaunay, ancienne ministre déléguée chargée des personnes âgées (2012-2014). Jusqu'à présent, personne ne nous a dit que les vaccins étaient inefficaces face aux variants. Alors soit l'alerte du professeur Delfraissy est fondée et il doit le dire, soit elle ne l'est pas et il ne faut pas nous décourager ! » ■

BÉATRICE JÉRÔME
ET DELPHINE ROUCAUTE

Des entreprises du secteur de l'eau se mettent à traquer les variants

La recherche publique, avec le réseau Obépine, mesure déjà la présence du SARS-CoV-2 dans les eaux usées de 120 stations d'épuration

Depuis le début de la pandémie de Covid-19, la recherche du SARS-CoV-2 dans les eaux usées connaît un véritable engouement. Cette quête a fait ses preuves : elle permet de détecter une recrudescence locale de la maladie plusieurs jours avant qu'apparaissent les premiers symptômes chez les patients atteints, sans avoir à recourir à des campagnes massives de tests. La circulation accélérée de variants résultant des mutations du virus relance donc encore l'intérêt pour cet outil de surveillance épidémiologique. Start-up et grandes entreprises du secteur de l'eau y voient un créneau, tandis que la recherche publique y travaille depuis des mois.

« Dans l'offre commerciale que nous mettons sur le marché depuis une dizaine de jours, nous proposons de quantifier la présence des variants avec une méthodologie PCR », annonce Stanislas Pouradier Duteil, directeur

technique chez Veolia France. Nous sommes les premiers opérateurs de l'environnement à le faire. Actuellement nous mesurons la présence des variants britannique, sud-africain et bientôt californien et japonais. Puis d'autres pourront suivre, au fur et à mesure de la mise au point de sondes supplémentaires correspondant à de nouvelles mutations séquencées. » Ce nouveau service démarre plutôt bien : le géant du secteur de l'eau l'a vendu à sept ou huit collectivités locales, et une dizaine d'autres seraient prêtes à signer.

Comme les autorités de santé, Veolia a notamment constaté une très forte augmentation de la circulation du variant britannique : une présence multipliée par deux dans les eaux usées d'Ile-de-France entre le 15 et le 22 février. Quelle part cela représente-t-il parmi les souches de SARS-CoV-2 détectés ? « Environ 40 %, mais c'est la tendance qui compte », répond le directeur technique. La

COMME LES AUTORITÉS DE SANTÉ, VEOLIA A CONSTATÉ UNE TRÈS FORTE AUGMENTATION DE LA CIRCULATION DU VARIANT BRITANNIQUE

détection de virus spécifiques est complexe : le contenu des stations d'épuration, « ce n'est pas de l'eau de rose », comme le résume M. Pouradier Duteil.

L'opérateur a recours aux techniques de séquençage de l'Institut de pharmacologie moléculaire et cellulaire (IPMC, unité liant CNRS et université Côte d'Azur) pour cette tâche. Puis il envoie les échantillons à une société montpelliéraine spécialiste de l'analyse biologique environnementale, Iage, en association avec le laboratoire Phytocontrol pour la quantification. Dans sa commu-

nication, le groupe met aussi en avant sa collaboration avec l'Observatoire épidémiologique dans les eaux usées, le réseau Obépine.

Pérenniser le réseau Obépine

« Veolia est notre partenaire pour la collecte des échantillons, l'entreprise assiste à nos réunions, utilise nos données, nos protocoles, mais nous ne sommes pas associés, rappelle Vincent Maréchal, professeur de virologie à Sorbonne-Université (Centre de recherche Saint-Antoine) et l'un des initiateurs d'Obépine. Nous avons besoin de clarifier nos positions respectives : nous, nous sommes la recherche publique. » Peut-être l'avenir sera-t-il à un partenariat public-privé pour pérenniser le réseau Obépine, qui s'est progressivement structuré à partir de mars 2020 ? Mais pour l'heure celui-ci est soutenu par le ministère de la recherche, qui lui a accordé 3,5 millions d'euros de subventions pour développer ses études.

« Prétendre qu'on peut « quantifier les variants » n'est pas exact, précise le chercheur. Vous pouvez juste dire que vous avez trouvé telle mutation du variant dit britannique, une sur les vingt-trois identifiées. Utiliser la technologie PCR permet de repérer seulement ce que l'on cherche, cela ne suffit pas. » L'analyse de souches contenues dans des eaux usées – soit un mélange chimique et bactériologique en constante évolution – n'est pas comparable à celle d'un patient unique présentant une forte charge virale. « Il est nécessaire de compléter par un séquençage exhaustif, comme une enquête flash, dans 50 à 100 stations d'épuration pour obtenir des résultats fiables. Nous sommes en train de l'organiser », annonce Vincent Maréchal.

Depuis fin janvier, Obépine publie sur son site les résultats des analyses bihebdomadaires effectuées par neuf laboratoires dépendant de différentes tutelles (CNRS, Eau de Paris, etc.), à partir

de 120 stations d'épuration – il en existe plus de 22 000 en France, de toutes tailles –, mais pas encore d'indication sur les variants. Ces données se présentent sous la forme d'un indicateur de présence du virus, corrélée à plusieurs autres paramètres comme la pluviométrie ou la composition chimique de l'eau. Elles dessinent un historique du développement de l'épidémie riche d'enseignements pour une cinquantaine de villes ou d'agglomérations.

Par exemple, avant que Nice ne se retrouve dans la situation explosive actuelle, ses stations d'épuration ont montré un taux élevé de traces du SARS-CoV-2 dès le mois de septembre 2020. Puis celui-ci a grimpé en flèche mi-janvier 2021. Les courbes d'Obépine permettent aussi de comparer l'impact territorial des périodes de confinement ou de couvre-feu, qui ne produisent pas les mêmes effets partout. ■

MARTINE VALO