

Covid et personnes âgées : liaisons dangereuses

Frédéric BALARD et Aline CORVOL

Rédacteurs en chef

La revue *Gérontologie et société* pouvait-elle se passer d'un éditorial évoquant la « crise » liée au Covid-19 ?

Tant de choses ont déjà été dites et écrites à ce propos qu'il nous apparaissait difficile de ne pas être redondant, d'éviter les poncifs ou les polémiques stériles. En outre, les choses évoluant vite, tant au rythme de l'épidémie que de son « traitement » scientifique, politique et médiatique, ces propos, que nous rédigeons en avril 2020, risquent fort d'être obsolètes au moment où paraîtra cet éditorial.

Cependant, ne rien écrire aurait pu laisser penser que la revue et les personnes qui y collaborent (coordination éditoriale, membres des comités de rédaction et de lecture, auteurs, relecteurs, lecteurs) n'auraient pas été touchées. Évidemment, il n'en est rien puisque nous sommes tous et toutes atteints par le Covid-19, que nous soyons malades (c'est le cas de certains de nos collègues, patients, étudiants), aidants de malades et/ou de personnes âgées confinées (nous en connaissons tous parmi nos proches), en charge de mettre en œuvre des soins aux personnes âgées ou de travailler dans un secteur jugé « stratégique », ou simplement confinés. Quant à la thématique de ce numéro, les inégalités¹, il va de soi que l'épidémie actuelle leur confère une teneur toute particulière que les coordinateurs du numéro ne manquent pas d'évoquer dans leur avant-propos.

Sans espoir de pouvoir rendre compte de toutes ces expériences hétérogènes, de tous ces enjeux, nous avons fait le choix de nous exprimer simplement à partir de nos expériences singulières, pour l'une un peu trop « proche » du sujet pour avoir suffisamment de recul et pour l'autre trop éloigné du « terrain » pour en saisir toute la complexité.

¹ Elsie Mégret et Thibaud Pombet ont d'ailleurs rédigé une tribune dans le *Huffington Post* dénonçant le renforcement des inégalités liées à la gestion de cette crise : https://www.huffingtonpost.fr/entry/coronavirus-les-pauvres-paident-la-crise-plus-cher-que-les-riches-qui-en-sont-responsables_fr_5e987437c5b6ead14009263e?utm_hp_ref=fr-homepage

Âge et Covid-19, liaisons dangereuses

Depuis le lancement de la revue en 1972, de nombreux articles ont souligné que l'âge est devenu, dans nos sociétés modernes, un critère central dans la gestion des populations et qu'en cela il peut conduire à des formes de discriminations. Les chiffres de l'épidémie et de sa mortalité, dont nous sommes inondés depuis plus de deux mois, soulignent que plus des trois quarts des décès (au moment où nous écrivons ces lignes) concernent des personnes âgées de plus de 75 ans avec un taux de létalité qui s'élève avec l'âge. L'âge médian des décès est de 84 ans et près de la moitié des décès concernent des résidents d'Ehpad². Portés par des associations implicites entre âge chronologique, âge biologique et comorbidités, des discours âgistes ont prospéré à l'occasion de l'épidémie (Fraser *et al.*, 2020). La crainte de situation d'engorgement des services de réanimation a conduit à envisager de prioriser certains patients en fonction de leur chance de survie^{3,4}. Dans ce contexte, et alors que les données manquaient pour définir des critères objectifs de sélection, l'âge a pu apparaître comme le moyen le plus simple de « trier » les patients à réanimer. Une hypothétique et temporaire nécessité de priorisation a conduit à mettre en exergue les réflexions usuelles relatives à l'utilité et à la futilité d'un traitement très invasif chez un patient polypathologique au prisme de divers paradigmes tels que celui des bénéfiques/risques ou de la qualité de vie. Des échelles de fragilités comme la « *clinical frailty scale* » ont pu être diffusées en dehors de la communauté gériatrique au risque d'être mal comprises⁵ et mal utilisées, de l'avis même de leur concepteur (Hubbard *et al.*, 2020). Si certaines voix⁶ se sont élevées pour rappeler l'égalité entre les citoyens quel que soit leur âge, les patients très âgés ont pu apparaître aux yeux du grand public comme des « sacrifiés prioritaires », avec une prise de conscience de la gravité de l'épidémie liée au fait que le virus ne tuait pas « que des vieux ».

Présentées également comme des « victimes potentielles » qu'il faut protéger, les personnes âgées ont fait l'objet de discussions – semble-t-il dépassées au moment où nous écrivons – relatives à des mesures de confinement spécifiques. En effet, certains médias ont rapporté des scénarios de déconfinement différenciés en fonction de l'âge qui soulevèrent immédiatement de vives réactions des

² <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-hospitalieres-relatives-a-lepidemie-de-covid-19/>

³ https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/reanimation_decision_7.04.20_.pdf

⁴ White, D. B. et Lo, B. (2020). A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. JAMA, <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5046>

⁵ Voir par exemple https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-03/010_ARSIdF-CRAPs_2020-03-19_Doctrine_Criteres-admission_Soins-Critiques.pdf

⁶ On peut notamment se référer à l'interview de Jürgen Habermas publiée le 10 avril dans *Le Monde*, https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/04/10/jurgen-habermas-dans-cette-crise-il-nous-faut-agir-dans-le-savoir-explicite-de-notre-non-savoir_6036178_3232.html ainsi qu'à l'avis du CCNE du 13/03/2020, https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf. Voir aussi Sarah Fraser, Martine Lagacé, Bienvenu Bongué, Ndatté Ndeye, Jessica Guyot, Lauren Bechard *et al.* (2020). Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us?, *Age and Ageing*, 6 mai, [afaa097](https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097), <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>; Ruth E. Hubbard, Andrea B. Maier, Sarah N. Hilmer, Vasi Naganathan, Christopher Etherton-Beer et Kenneth Rockwood (2020). Frailty in the Face of COVID-19, *Age and Ageing*, 6 mai, [afaa095](https://doi.org/10.1093/ageing/afaa095), <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa095>

représentants d'associations de seniors ou encore de l'Académie de médecine pointant l'iniquité d'une telle hypothèse. Néanmoins, les seniors investis dans des associations se trouvent aujourd'hui confinés et renvoyés à leur statut de personnes à protéger. À ce jour, il semble qu'il ne soit plus question de « confiner plus longtemps que les autres » les septuagénaires et leurs aînés. Pour autant, l'idée n'a pas complètement disparu et c'est à la responsabilité individuelle – avec les inégalités interindividuelles que cela suppose – qu'est renvoyée la décision de sortir, et d'aucuns plaident pour que les seniors restent au maximum chez eux.

Le confinement, au rythme de l'incongruité quotidienne

« J'ai tenté d'expliquer à un patient, malade d'Alzheimer hospitalisé depuis mi-février, qu'à son retour il devrait rester confiné chez lui et risquait une amende s'il sortait. Il ne m'a pas cru. À la réflexion, mon histoire de virus et d'attestation de déplacement dérogatoire n'était tout simplement pas crédible ! »

Les mesures actuelles sont d'autant plus difficiles à respecter par les personnes vivant avec des troubles cognitifs que celles-ci ne parviennent pas toujours à les comprendre ni à les retenir. De ce fait, ces mesures sont sources non seulement de frustration mais aussi d'angoisse, de révolte, et font naître des sentiments de persécution ou de culpabilité : « Pourquoi suis-je puni, enfermé ? Pourquoi vous cachez-vous le visage en ma présence ? Pourquoi ma fille n'aurait-elle pas le droit de venir me voir ? Vous mentez ! »

Ce sentiment d'absurdité, nous l'éprouvons aussi, comme si nous étions brutalement tombés dans une pièce de théâtre d'Ionesco. Ce n'est pas une corne qui nous pousse sur le nez, mais un masque, et il faudrait tout continuer comme si de rien n'était, alors que rien ne le permet. À l'Université, il faut continuer les cours à distance, évaluer les étudiants et décerner des diplômes (feignant de ne pas voir et savoir les inégalités de « réussite » que cela génère⁷). Les stages peuvent bien se faire en télétravail ! Il faut également continuer la recherche car le Covid-19 n'attend pas, les financements des précaires engagés suivront... peut-être. Il est urgent de publier, pour les auteurs comme pour les éditeurs, et cette rapidité dans l'écriture et l'expertise des articles n'est pas sans conséquences sur leur qualité...

Les soignants ont depuis longtemps l'impression, chaque hiver, d'être en guerre. Il suffit d'entrer dans un service d'urgence et de constater les brancards qui s'entassent, les patients qui appellent, la salle d'attente bondée. Des chefs de service parisiens s'étaient émus cet hiver de devoir transférer des bébés dans des services de réanimation à 200 km de chez eux, faute de place. C'était juste l'épidémie « normale » de bronchiolite... Mais cette fois, la guerre est officiellement déclarée au sommet de l'État, la population applaudit les soignants, des chefs

⁷ <https://academia.hypotheses.org/22705>

leur mitonnent de bons plats, les enfants leur envoient des dessins. Eux font leur travail du mieux possible dans des circonstances difficiles... comme d'habitude.

Les « scientifiques » sont aussi sur le devant de la scène, les rapports du Conseil scientifique rythmant et précédant les annonces politiques. Alors que les données manquent cruellement, ils sont enjoins à éclairer les choix des décideurs et à expliquer à la population l'intérêt des mesures préventives. Difficile d'expliquer que la validation de l'efficacité d'un traitement médicamenteux demande du temps, que l'efficacité d'un masque dépend de la façon dont il est porté, ou que les tests tant attendus « ratent » un patient positif pour trois testés⁸... Difficile, pour ces scientifiques de conserver une quelconque crédibilité lorsque des messages contradictoires, qu'ils soient politiques ou médiatiques, sont diffusés de manière massive dans un temps court.

L'épidémie de Covid-19, du fait de sa nouveauté et de sa gravité, a entraîné une transformation rapide et complète de l'ensemble de l'activité hospitalière. L'urgence sanitaire a permis de lever certains blocages institutionnels, d'innover sur le plan organisationnel et de créer de nouvelles collaborations dépassant la fragmentation habituelle de notre système de soins. L'avenir dira si ce n'est qu'une parenthèse ou si la crise actuelle servira de levier pour une organisation plus efficiente.

La situation des Ehpad attire en effet particulièrement notre attention. Dans ces « lieux de vie » soudain transformés de fait en « lieux de soins », un confinement souvent strict a été imposé aux résidents. Certains ont pu se sentir piégés dans des établissements dont ils n'avaient plus le droit de sortir, ni de façon temporaire ni de façon définitive, alors que le risque d'être infecté y était maximal et leurs proches tenus à distance. Les soignants se sont retrouvés tout à la fois applaudis, culpabilisés d'être potentiellement responsables de l'entrée du virus dans leur établissement⁹, responsables de faire respecter une interdiction de visite qu'ils n'avaient pas décidée. Les médecins coordonnateurs ont vu leur mission transformée par cette crise, et les établissements dans lesquels ce poste n'était pas pourvu se sont trouvés en difficulté. L'intervention de très nombreux médecins libéraux différents dans un même établissement est apparue inadaptée à cette gestion de crise. Alors que l'épidémie met en lumière les limites du modèle organisationnel actuel des Ehpad, elle est également un révélateur des solidarités et des capacités de mobilisation et de réactivité dont ces acteurs (professionnels du soin, paramédicaux, bénévoles...) ont su faire preuve à l'égard de leurs collègues, des résidents et des familles de ces derniers. En effet, face à la pénurie de matériel et de consignes claires, le système « D » a souvent permis d'éviter le pire.

⁸ Kokkinakis, I., Selby, K., Favrat, B., Genton, B., Cornuz, J. (2020). Performance du frottis nasopharyngé-PCR pour le diagnostic du Covid-19. Recommandations pratiques sur la base des premières données scientifiques. *Rev Med Suisse*, (16), 699-701.

⁹ Certains médias relaient depuis quelques jours les démarches de certains proches saisissant la justice suite à la mort de leur parent. Pour la majorité, il s'agit de plaintes contre X qui ne visent pas directement les professionnels mais qui peuvent le vivre comme tel : <https://www.charentelibre.fr/2020/05/01/hecatombe-dans-les-ehpad-des-familles-saisissent-la-justice,3593303.php>

Faire rimer le *care* et la distanciation sociale

Avec la distanciation sociale érigée en vertu cardinale, le rapport aux soins a changé. Les nouvelles technologies ont parfois été présentées comme « la » solution à l'isolement, comme si l'homme du XXI^e siècle n'avait plus de corps et pouvait, tel un esprit, se satisfaire de ces relations distanciées. N'entrez pas dans une chambre si votre visite n'est pas indispensable, restez le moins longtemps possible, le plus loin possible, ne touchez pas la personne sauf motif impératif ! La burka n'a pas sa place dans l'espace public, mais le malade du Covid-19 ne verra plus que les yeux de soignants derrière des lunettes, entre un masque et une charlotte, le corps enveloppé d'une surblouse. Et ce pendant au minimum 24 jours. Pourtant, ainsi que le rappelait Pascale Molinier¹⁰, « le soin, ce n'est pas la guerre ». Accompagner des personnes âgées en perte d'autonomie, en établissement ou à domicile suppose plus que de « fournir un soin », il s'agit d'un travail du corps qui soulève des incertitudes sur le savoir-faire et le savoir-être pour ne pas risquer de contaminer et d'être contaminé tout en conservant l'enjeu de lien social inhérent à cette relation. Au sein des Ehpad, le choix des soignants qui se rendront auprès des résidents malades du Covid-19 n'est pas aisé. Il est souvent un choix par défaut où les soignants « fragiles » (c'est-à-dire ayant un ou plusieurs facteurs de risque) sont préservés. Les proches, qui sont aussi – on a tendance à l'oublier – des aidants, n'ont pas été autorisés durant plusieurs semaines à visiter leurs parents âgés pour des raisons qui ont aussi à voir avec la pénurie de matériel (masques et blouses) et le manque de temps soignant. Cela n'est évidemment pas sans conséquence sur l'isolement et le sentiment de solitude comme certains témoignages l'ont montré¹¹. Dans ce contexte, le Comité Consultatif National d'Éthique a rappelé quelques évidences^{12,13} : que le respect de la dignité humaine inclut le droit au maintien d'un lien social ; que les mesures contraignantes restreignant les libertés doivent être limitées dans le temps et proportionnées, même en établissements médico-sociaux ; que l'hommage rendu à chaque personne décédée est une marque d'humanité précieuse qui ne peut être abolie par décret...

À domicile, les conséquences du Covid-19 et des mesures de confinement ne sont pas moindres. L'isolement des personnes âgées vivant seules se trouve de fait renforcé, parfois de manière critique lorsque trop de professionnels (pas seulement ceux du *care*) sont malades ou confinés et que les visites et les soins se font plus espacés, que le portage de repas est menacé et que les proches demeurent éloignés. Pour celles et ceux de nos aînés qui vivent avec un (c'est plus souvent « une ») proche, le confinement pèse de manière accrue. Alors que le soutien à un parent âgé peut déjà être vécu comme un confinement résigné, les difficultés

¹⁰ https://www.liberation.fr/debats/2020/03/17/coronavirus-le-soin-n-est-pas-la-guerre_1782052

¹¹ https://www.huffingtonpost.fr/entry/ehpad-visites-abandon-solitude_fr_5e9e9acdc5b6b2e5b8376fdc

¹² https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_reponse_a_la_saisine_du_26.03.20_reforcement_des_mesures_de_protection_en_ehpad_et_usld_0.pdf

¹³ https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/fichier_communiques_presse/position_ccne_-_decret_2020-384_1er_avril_2020_-_17.04.20.pdf

à faire venir des aidants professionnels ou à envisager, à court terme, une entrée en établissement viennent cristalliser les tensions. Les menaces que fait peser cette crise sur le lien social ne se limitent pas seulement à son délitement mais relèvent également de sa transformation et de certaines formes d'intensification dangereuses liées au confinement.

Mourir vieux pendant le Covid-19

Les mesures de distanciation sociale ne concernent pas que les vivants mais s'appliquent aussi aux défunts. L'hypermédiatisation de la mortalité liée au Covid-19 a rappelé à tous (en tout cas à ceux qui semblaient l'avoir oublié) qu'il y a eu 612 000 morts en France en 2019 et que les deux tiers étaient des personnes âgées de plus de 75 ans. Les personnes âgées meurent, plus que les autres, et plus particulièrement en cette période. Et même si toutes ne meurent pas du Covid-19, c'est à toutes et tous que s'appliquent les mesures relatives aux fins de vie. Un seul proche autorisé à une ultime visite après des semaines de séparation, pas d'exposition du corps en cas de suspicion d'infection, un enterrement avec quelques personnes s'interdisant tout geste d'affection les unes envers les autres... au-delà du décès, les circonstances de l'adieu risquent de laisser des cicatrices.

Notre rapport à l'autre, à la vie et à la mort semble s'en être trouvé changé. Alors que nous écrivons ces lignes, il est encore bien trop tôt pour tirer quelques leçons de cette crise, pour comprendre ce qui s'est passé, ce qui a lieu et ce qu'il advient. L'heure du bilan viendra, et nous souhaitons que *Gérontologie et société* y participe, à sa place de revue multidisciplinaire croisant l'expertise des chercheurs et des professionnels de la gérontologie. Pour traiter ces questions, pour en traiter d'autres qui ne manqueront pas de surgir, la revue a lancé dès le mois de juin un appel à articles sur ces questions.

Portez-vous bien !

