



# Brèves du cahier n°36

Publié le 24 février 2021 par La rédaction



## Conséquences sanitaires hors Covid de la Covid 19

Les conséquences de la Covid 19 sont catastrophiques pour des milliers de malades hors Covid. À la fin du 1<sup>er</sup> confinement, 50 à 70% de l'activité de chirurgie programmée avait été reportée ou était disparue. À la fin d'année 2020, Public et Privé confondus, environ un million d'interventions programmées avaient été reportées ou supprimées faute de lits et de personnels. Cela était dû à la saturation des hôpitaux liée aux contaminations. Alors qu'en France 16 000 malades en attente de transplantation étaient comptabilisés, l'année 2020 s'est terminée avec 600 transplantations de moins qu'en 2019 ! Au mois de novembre au seul CHU de Grenoble 10 donneurs de rein "du vivant" étaient en attente du prélèvement. Qui s'intéresse aux 10 malades concernés? Et à l'issue du 1<sup>er</sup> confinement, 220 greffons rénaux ont été ainsi perdus, c'est irremplaçable. Et autant de malades restant en dialyse pour les plus chanceux... les autres sont morts. Le manque de lits en hôpital public, conséquence des politiques austéritaires est en cause.

## Fin de vie: près d'un quart des Français décèdent à domicile

De quoi et où meurent les Français ? Comment évolue le profil des patients en fin de vie en France ? Afin de décrire au mieux les enjeux et les réalités de l'accompagnement de la fin de vie et de la place des soins palliatifs dans le pays, le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie a publié en fin octobre 2020 la seconde édition de son [Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie](#). De quoi et où meurent les Français ? Cet atlas montre par ses cartes, tableaux et graphiques montrent notamment qu'une part non négligeable de Français décèdent en ville particulièrement les plus âgés. En 2018, 24% des sujets décédés ont ainsi fini leurs jours chez eux et 13% sont morts en Ehpad ou maison de retraite. « *Plus les personnes vieillissent, plus elles meurent à domicile et en EHPAD* », affirme en effet le Centre national. La médecine de ville est partie prenante dans l'accompagnement de ces patients. Un mois avant leur mort, 55% des sujets décédés en Ehpad et 65% des individus décédés à leur domicile avaient vu un médecin généraliste à 2 ou 3 reprises en moyenne. Le cancer est la 1<sup>ère</sup> cause de décès, les maladies de l'appareil circulatoire sont la 2<sup>ème</sup> cause. Au-delà de ces constats, les auteurs du rapport anticipent pour les prochaines années une augmentation importante du nombre de patients en fin de vie. En 2017, le nombre de décès a franchi la barre des 600 000 par an, soit près de 10 pour 1 000 habitants. Le nombre de décès devrait atteindre les 770 000 par an d'ici 2050. Cette augmentation de la mortalité va aller de pair avec un vieillissement de la population. Si en 2019, près de 10% de la population étaient âgés de plus de 75 ans, cette proportion « *devrait doubler d'ici 50 ans* », prévoit le Centre national des soins palliatifs. Tout ceci pour dire la nécessité d'augmenter progressivement le nombre de services de soins palliatifs alors que la politique de ces dernières années a été plutôt à la restriction.

## Une avancée dans le traitement des maladies à prions

Une équipe du Broad Institute, aux États-Unis, vient de présenter les résultats encourageants d'une méthode permettant de limiter les effets délétères de ces agents infectieux que sont les prions. Les prions appelés aussi PrP (protéines résistantes aux protéases) sont des agents transmissibles non conventionnels. Le prion n'est ni une bactérie, ni un virus, ni un champignon, c'est une protéine. Il existe deux grandes formes du prion, une forme dite sauvage ou native qui joue un rôle neuro-protecteur et anti-apoptotique et une forme malade ou «scrapie». C'est cette seconde forme, capable



d'induire des pathologies neurodégénératives, qui a récemment fait l'objet d'une publication de l'équipe dirigée par Sonia et Eric Vallabh Minikel, du Broad Institute. Toutes ces protéinopathies finissent par provoquer des encéphalopathies spongiformes transmissibles. Les maladies à prions tuent 100 à 150 personnes en France chaque année, mais le caractère infectieux de ces maladies n'est pas à prendre à la légère. À la fin des années 1980, l'Europe a ainsi subi les effets de la contagiosité de cette protéine avec l'apparition de l'encéphalopathie spongiforme bovine, médiatisée sous le nom de « crise de la vache folle ». Cette épidémie avait bien montré la capacité de la PrP<sup>Sc</sup> à contaminer des individus humains alors même que la protéine en question était issue de bovins. La barrière des espèces, si contraignante pour les agents infectieux, n'en est pas une pour le prion. Une autre forme de maladie à prion existe : la forme génétique. Sans traitement, elle provoque des démences, des maladies neuromusculaires et d'autres altérations du système nerveux, et est fatale dans 100 % des cas. C'est sur ces formes génétiques de maladies à prions que se sont penchés les chercheurs du Broad Institute. Les résultats de cette recherche qui ont été publiés récemment dans la revue *Nucleic Acid Research*. Leur approche est fondée sur l'utilisation d'oligonucléotide anti-sens (ASO) qui sont de longues séquences d'acides nucléiques conçues pour être complémentaires de l'ARN qu'elles sont censées cibler, celui de la PrP. Une fois qu'un ASO s'accroche à un brin d'ARN complémentaire, la structure qui résulte de cet appariement est un double brin d'ARN et d'ASO. Pour la cellule, tout double brin se trouvant en dehors du noyau est une aberration: elle le dégrade. C'est ainsi que l'ASO et l'ARN sont découpés par la cellule. L'ARN de la PrP une fois dégradé ne peut plus être traduit en protéine, ainsi la quantité de PrP diminue et donc offre moins de cible à la PrP<sup>Sc</sup>. Cette technique pourrait marcher sur les formes génétiques de la maladie. Un espoir.

## **Dr Thierry Lardenois, président de la Carmf, déclare: «En 2020, le Covid entraîné un surcroît de 200 décès de médecins»**

La Carmf est la Caisse autonome de retraite des médecins libéraux de France. Elle est la seule et comptabilise donc l'ensemble des décès de ces médecins. Son avis est précieux. En 2020, la Caisse a mis en place plusieurs mesures exceptionnelles et mobilisé un milliard d'euros pour soutenir la profession, bousculée par le coronavirus. Dans un entretien au Généraliste, son président revient sur l'impact de la crise sanitaire, particulièrement meurtrière pour les médecins libéraux – si 63 praticiens sont déclarés morts des suites du Covid-19, on sait aussi que 200 décès de praticiens ont été



enregistrés en plus en 2020 par rapport aux années précédentes. L'épidémie a par ailleurs entraîné la mise à l'arrêt temporaire ou prolongée d'un grand nombre de médecins libéraux. Le patron de la Carmf redoute que la crise se prolonge durablement. «*Nous ne pourrons pas ressortir tous les ans des montants d'aides comme celles versées cette année*», prévient-il. Pour l'autre moitié des médecins (les médecins salariés) nous n'avons pas encore les chiffres des décès ; de même pour les autres professions de santé. On sait qu'elles auront payé un lourd tribut.

## **Pour en finir avec l'Hydroxychloroquine: l'étude Hycovid du CHU d'Angers conclut à une absence d'effet**

Lancé en avril par le CHU d'Angers pour mettre fin «définitivement» aux débats sur l'hydroxychloroquine (HCQ), de «manière simple et rigoureuse», l'essai randomisé «Hycovid» livre ses résultats sur le site de prépublication [medRxiv](#): la molécule n'a eu «*aucun effet sur l'évolution clinique ou sur l'évolution de l'excrétion virale chez les patients atteints de Covid-19 léger à modéré et présentant un risque plus élevé d'aggravation*». Les patients inclus devaient présenter au moins un des trois facteurs de risque d'aggravation identifiés: être âgé de 75 ans ou plus, avoir entre 60 et 75 ans et présenter une maladie chronique augmentant le risque de complication en cas de Covid (hypertension artérielle, diabète, obésité) ou souffrir de problèmes respiratoires nécessitant un traitement par oxygène.

L'essai a comparé le traitement par HCQ (2 fois 400 mg le premier jour, puis 2 fois 200 mg par jour pendant 8 jours) au placebo sur l'évolution clinique à J14 et J28 et sur l'évolution de l'excrétion virale à J5 et J10. Le temps médian entre l'apparition des symptômes et le début du traitement était de 5 jours. À J14, neuf patients du groupe HCQ étaient décédés ou intubés, contre huit dans le groupe placebo. À J28, ils étaient neuf dans le groupe HCQ, contre douze patients ayant reçu le placebo. «*Aucune différence significative*» n'a ainsi été constatée, rapportent les auteurs. «*Nous n'avons observé aucun bénéfice du traitement à l'HCQ sur la durée de la positivité au test RT-PCR*», poursuivent-ils. Ces résultats vont dans le sens des essais randomisés nationaux. Si les promoteurs de l'HCQ s'étaient donné la peine de faire une étude randomisée, beaucoup de temps aurait été gagné et de faux espoirs délétères auraient été évités.

## L'UFC-Que Choisir alerte sur la pénurie de médicaments qui s'aggrave en France

Face aux nombreuses pénuries de médicaments et aux réponses jugées déficientes des laboratoires, l'association UFC-Que Choisir réclame des mesures à l'État en publiant [une étude](#) sur le sujet, lundi 9 novembre. Les tensions d'approvisionnement de médicaments ont subi une forte croissance depuis une décennie, alerte l'UFC-Que Choisir. Il y avait en effet 405 pénuries en 2016 et presque trois fois plus en 2019. En 2020, 2 400 ruptures devraient être constatées, *"six fois plus qu'il y a quatre ans"*, note l'étude, citant l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Une situation d'autant plus alarmante que ces pénuries concernent des médicaments dits "d'intérêt thérapeutique majeur", *"pour lesquels une interruption de traitement peut être susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients"*. Dans 30% des situations, les industriels renvoient vers un autre médicament, alors que *"les substitutions peuvent entraîner des effets secondaires plus importants, ou nécessiter un temps d'adaptation à la nouvelle posologie, particulièrement pour les patients âgés"*, selon l'UFC. Dans 12% des cas, les producteurs orientent *"vers des solutions de derniers recours"*, comme la diminution de la posologie. Enfin, dans près d'un cas sur cinq (18%), les laboratoires *"ne proposent tout simplement aucune solution de substitution"*. L'association souligne également que ces pénuries ne touchent que rarement les molécules récentes les plus onéreuses. Les médicaments indisponibles sont prioritairement des produits anciens (75% sont commercialisés depuis plus de 20 ans) et peu coûteux (les trois quarts coûtant moins de 25 euros).

## Cancer du col de l'utérus: l'OMS lance sa première stratégie mondiale d'éradication

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé le 17 novembre, [la première stratégie mondiale](#) d'élimination du cancer du col de l'utérus. Cette dernière s'appuie sur trois piliers : la vaccination, le dépistage et le traitement. Le rapport de l'OMS insiste sur le fait que les progrès réalisés dans ces différents domaines pourraient réduire de 40 % le nombre annuel de nouveaux cas et éviter 5 millions de décès d'ici à 2050. Le cancer du col de l'utérus est le 4<sup>e</sup> cancer le plus commun chez les femmes. Selon les projections épidémiologiques de l'OMS, le nombre annuel de nouveaux cas passera, si rien n'est fait, de 570 000 à 700 000 entre 2018 et 2030, tandis que le nombre de décès passera de 311 000 à 400 000 par an. Dans les pays à revenu faible ou moyen, son incidence est désormais le double de celle observée dans les pays riches,

et le taux de mortalité est triplé. «L'OMS presse tous les pays concernés de faire de la vaccination, des traitements et du dépistage des actions prioritaires, à poursuivre en toute sécurité», qualifiant la lutte contre le cancer du col de l'utérus de «lutte pour les droits des femmes». La résolution de l'agence onusienne a été adoptée par 194 pays. Mais la France est très en retard... Un an après que la HAS s'est prononcée en faveur de la vaccination des garçons contre le HPV, un [arrêté](#) paru au JO du 4 décembre vient d'étendre le remboursement du vaccin Gardasil 9 à la population masculine. Désormais, ce vaccin est pris en charge à 65 % dans les indications thérapeutiques de l'AMM « pour les populations (filles et garçons) recommandées suite à l'avis de la HAS de décembre 2019», stipule l'arrêté. Selon la HAS, l'élargissement de la vaccination aux garçons «devrait permettre de mieux protéger les garçons et les hommes quelle que soit leur orientation sexuelle, mais aussi les filles et les femmes non vaccinées, en diminuant la transmission du virus». Suite à l'avis de la HAS, la vaccination des garçons contre le HPV avait été introduite dans le calendrier vaccinal 2020, mais avec une mise en œuvre repoussée à début 2021, notamment pour des raisons administratives et de prise en charge. Le remboursement est désormais entériné. ça traîne vraiment!

## **Trier les malades de la Covid-19: le choix des patients prioritaires ne doit pas reposer sur l'âge, mais la perte de chance selon le Comité consultatif national d'éthique**

Début novembre, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a été saisi par le ministère de la Santé pour rendre un avis sur les problématiques d'accès aux soins pour tous dans le contexte épidémique. Dans un [avis](#) le CCNE se prononce sur les enjeux éthiques soulevés par la « priorisation » des malades ou triage des malades Covid et non Covid et formule huit recommandations. «Une situation exceptionnelle ne doit pas conduire à une éthique d'exception», insiste le CCNE qui rappelle l'exigence de respecter les principes de «non-malfaisance, non-discrimination, non-hiérarchisation des vies et de respect des droits fondamentaux d'autonomie, de dignité, d'équité et d'attention aux plus vulnérables». Le CCNE souligne que cette pandémie met en lumière les limites des capacités hospitalières et de tout le système de santé. Il explique également que l'accès aux services de réanimation n'est que «le sommet de l'iceberg» et que la tension est belle est bien présente dans tous les services hospitaliers qui doivent décider des patients à traiter en urgence ou non pour faire de la place aux patients Covid. Il critique d'ailleurs cette stratégie «très présente» lors de la première vague, et qui «a montré ses limites en



*termes de pertes de chance pour les patients non Covid*», en évoquant les excès de mortalité constatés, en particulier pour les patients souffrant de maladies coronariennes ou atteints de cancer. La règle admise étant d'allouer la ressource aux patients qui pourront en tirer le plus de bénéfices et non pas à ceux en plus grand danger de mort. En revanche, le CCNE critique la décision de certains comités d'éthique étrangers de retenir l'âge comme critère de choix. Pour l'instance, et c'est l'objet de sa recommandation numéro 8, la question de l'inadéquation des moyens au regard des besoins est «*un enjeu éthique de santé publique*». C'est bien sur cet aspect que la politique du gouvernement est principalement mise en défaut.

**Pour citer cet article :**

Brèves du cahier n°36, *Les Cahiers de santé publique et de protection sociale*, n°36, mars 2021, <https://cahiersdesante.fr/editions/36-mars-2021/breves-du-cahier-n36/>

