



MORTALITÉS, SURMORTALITES DANS LES DIFFÉRENTS LIEUX DE VIE PENDANT LA CRISE COVID: DES ENSEIGNEMENTS ET DES MANQUES

Vanessa Wisnia-Weill

CONSEIL DE L'ÂGE

12 OCTOBRE 2021

Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie

 www.hcfea.fr

- Florence Canoui- poitrine, Antoine Rachas, Martine Thomas et I., 2021, « Magnitude, change over time, demographic characteristics and geographic distribution of excess deaths among nursing home residents during the first wave of Covid-19 in France: a nation wide cohort study », *MedRxiv*, Cold Spring Harbor Laboratory Age Ageing. 2021 Sep 11;50(5):1473-1481. doi: 10.1093/ageing/afab098
- Albane Miron de l'Espinay, Layla Ricroch, Etudes et résultats n°1196, juil 2021, Drees Insee, synthèse pluri-annuelle décès et Insee première n°1847, mars 2021 + blog Insee Enquêtes Ehpad / Encopad
- G.Pison, F. Meslé, *Population et société*, n°587, Mars 2021
- K. Modig, M. Lambre, A. Alhom, M. Ebeling, Excess Mortality for men and women above 70 according to level of care during the first wave of Covid -19 pandemic in Sweden : a population based study, *The lancet Regional Helth – Europe* (2021)
- A. Karlinsky, D. Kobak, Tracking excess mortality accross countries, june 2021, Quantifying impacts of the Covid -19 pandemic through life expectancy losses : a population-level study of 29 countries, IEA, sept2021
- Revue de littérature non exhaustive sur les facteurs de risques en Ehpad pour HCFEA (F. Canoui – Poitrine)
- R. Tamara Konetzka et al. , A systematic review of Long-term care facility characteristics associated with Covid-19 outcomes, *Journal of american geriatrics*, 2021

- **Plutôt que les comptages certificats de décès « Covid », on retient une approche excès de mortalité**
 - Déterminer la cause de décès (Covid) plus compliqué (statistiques comparables)
 - Seuls 20% des certificats de décès sont électroniques
 - Mortalité « COVID » peut être liée au COVID ou à des causes indirectes (confinement, sous-recours aux soins)
- **Quelques nuances : excès de mortalité / surmortalité Covid (brut, estimé...)**
 - Taux de croissance brut du nombre de morts vs. Période de référence / ou vs. estimé
 - Prise en compte de la structure par âge, des caractéristiques socio-démographiques et des pathologies / niveau de dépendance
 - Hypothèses de progression de la longévité
- **La mortalité des résidents Ehpad : compter les décès à l'hôpital et dans l'Ehpad**

LE COVID : UNE MORTALITÉ IMPORTANTE QUI TOUCHE PARTICULIÈREMENT LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES

- **Une hausse des décès d'environ + 9% en 2020 et 7,5% 1S 2021**
 - 2020 : 669 000 décès tte cause confondue, soit + 56 000 décès (+ 9%) par rapport à 2019 (mais 68 000 décès attribués au Covid - d'autres décès ayant été évités). Du 1er janvier au 30 juin 2021, +7,5% de plus qu'en 2019 (Insee)
 - Hausse supérieure à : canicule de 2003 et grippe de Hong-Kong de 1969

- **Des décès concentrés chez les plus de 70 ans, qui ne modifient toutefois guère la structure des décès (79% contre 78% en 2019)**
 - L'âge est un facteur déterminant mais la comorbidité / fragilité plus répandue aux âges élevés (revue de littérature US, Suède 2020) est déterminante

Surmortalité et perte espérance de vie en comparaison internationale : France en position médiane + à bonne

- Mieux que US, Espagne, Italie, Pologne (perte H 60 ans et +>1,4 an) et UK,
- Similaire Suisse ? Suède ?
- Moins bien qu'Allemagne, Israël, Finlande. ?
- Manque encore de recul / fiabilité des données
- Pas encore d'étude incluant stratégie vaccinale (2021)



Figure 5 Contributions (in years) to changes in life expectancy at birth from 2019 to 2020 attributable to official COVID-19 deaths and remaining causes of death. Countries are sorted from largest to smallest losses. The sum of both components adds to the total change from 2019 to 2020 in a given country. All data points are provided in a table in [Supplementary File 3](#), available as [Supplementary data](#) at IJF online.

- **La mortalité a augmenté de 43 % en EHPAD durant la première vague et les résidents en EHPAD ont été plus testés positivement au Covid**
 - EHPAD : **51% de la surmortalité** dans l'ensemble de la population lors de la première vague. (Ined). Quid 2^{ème} vague ?
 - Pas d'effet moisson
 - Effet sélection (GIR et fragilités de la population) en Ehpad ? La surmortalité en EHPAD est très forte jusqu'à 85 ans, moins après (France, Suède)
 - Effet configuration du lieu de vie ?
- Comment qualifier cette proportion (plus de la moitié des Gir 1 et 2 sont en Ehpad) ?
- **Pas d'études sur la surmortalité à domicile des personnes âgées à profil comparable en France**
 - Un étude suédoise compare la **surmortalité en EHPAD, à domicile sans « care » et à domicile avec care**, à âge comparable : le niveau de comorbidités explique la surmortalité aux âgées élevés + exposition via contacts de care (une part seulement). Mais une étude canadienne a montré que le risque de décès par COVID était multiplié par 13 en institution versus les personnes de 80 ans ou + vivant à leur domicile personnel
- **évaluer la surmortalité des personnes âgées à domicile selon les comorbidités / la fragilité pour disposer de quelque chose de plus comparable à la surmortalité en Ehpad ?**

QUELQUES FACTEURS DE RISQUE EN EHPAD EN FRANCE

- **en 2020, $\frac{3}{4}$ des Ehpads (métropole) ont eu au moins 1 résident infecté, 38% des résidents d'Ehpads contaminés et 5% sont décédés (Drees)**
- 2^{ème} vague, plus de contamination mais moins de morts (apprentissage ? : , isolement des asymptomatiques, prise en charge)
- Fin 2020 : début de la vaccination et chute des décès.

- **Les Ehpads hospitaliers en 1^{ère} vague : la probabilité plus faible d'être contaminés à caractéristiques comparables**
- Formation, hygiène des soignants ?

- **Autres facteurs de variabilité en première vague : caractéristiques des résidents, taille établissement / statuts ?**
- Ehpads non lucratifs légèrement plus concernés par épisode Covid sévère : profils des résidents ? Zones ?

QUELQUES FACTEURS DE RISQUE EN EHPAD DANS LA REVUE DE LITTÉRATURE

(données extraites par F. Canoui pour HCFEA) / revue American Geriatrics Society)

- **Au sein des institutions : variabilité du risque d'infection et de décès.**

peu d'études / pays différents (systèmes et organisations variables / caractéristiques individuelles pris en compte ?)

- **Personnel infecté**

- **taux d'occupation** : + il est élevé, + risque augmente

- **taille** de l'institution (**facteur ++**): + l'institution est grande + le risque augmente

Mais une fois contrôlé le niveau de contamination :

- **ratio soignant/soigné**, + le temps de soins par résident augmente, + le risque diminue

- designs anciens : faible taille de la chambre, chambre /salle de bain partagées

- typologie de l'institution : les résidents vivant dans des institutions **à but lucratif** en particulier les **grandes chaînes** commerciales étaient + à risque d'infection et ou de décès
Les institutions associées à un hôpital avaient un taux d'infection et de décès relativement plus bas.. Non retrouvé partout : études sans contrôles du taux de contamination de la zone sont **peu fiables**.

- **Déterminants environnementaux facteur majeur +++** : Incidence du COVID-19 dans la population résidante autour de l'institution; niveau socio-économique contextuel

CONCLUSIONS : FACTEURS DE RÉSILIENCE DANS LES LIEUX DE VIE ?

- **Taille Ehpad**
 - aller vers des petites unités avec bon taux d'encadrement ?
 - cf. aussi rapport O. Guérin (petites unités de vie)

- **Taux d'encadrement**

- **Leçon Ehpad hospitalier ? Travailleurs du care, protocoles sanitaires**

- **Mieux prendre en compte le domicile (comptage décès; gestion de crise, filière...)**

- **Déterminants environnementaux, expositions différenciées selon les territoires (gestion de crise mais aussi aménagements du territoire...)**