

Covid-19 : Interprétation des données de morbidité et mortalité

Communiqué de l'Académie nationale de médecine

9 juin 2020

Le SRAS-CoV-2, virus émergent humanisé, s'est répandu dans une population naïve au point de vue immunologique en déclenchant la pandémie de Covid-19. Un tel virus à tropisme respiratoire peut théoriquement infecter près de 60% de la population avant que sa propagation soit ralentie par l'immunité collective. Les mesures de confinement mises en application du 17 mars au 11 mai 2020, associées aux gestes barrière (port du masque, distanciation physique, le lavage des mains, etc.) ont fortement ralenti la diffusion du virus sur le territoire métropolitain. Cette tendance est attestée par l'évolution du taux de reproduction de l'infection virale R_0 qui atteignait la valeur maximum de 2,8 le 15 mars, avant de descendre à 0,8 le 11 mai, puis à 0,7 le 31 mai.

En France, comme dans de nombreux autres pays, il est difficile d'estimer le taux d'attaque réel de Covid-19 car de très nombreux malades n'ont pas été testés et les cas suspectés par l'approche syndromique n'ont pas été déclarés. Il en va de même pour le taux de létalité (nombre de décès par rapport au nombre de personnes infectées), estimé entre 0,3 et 0,6 % pour l'ensemble de la population, donc très inférieur à celui de la grippe espagnole (2 à 4 %), mais supérieur à celui de la grippe saisonnière (0,1 %).

Le taux de mortalité est le nombre de décès rapporté à la population totale. Sachant que les personnes les plus à risque de mourir de Covid-19 sont âgées de plus de 65 ans (environ 2/3 des décès) et porteuses de comorbidités, ce taux doit être stratifié par tranches d'âge. Actuellement, seuls sont déclarés les décès survenant chez des cas confirmés par RT-PCR, de façon exhaustive à l'hôpital mais beaucoup moins dans les EHPAD. Les décès survenus à domicile sont estimés ultérieurement par l'excès de mortalité (comparaison de la mortalité observée pendant l'épidémie avec la mortalité pendant les mêmes mois dans les années antérieures) à partir des données d'État civil recueillies par l'INSEE.

Les méthodes d'estimation de la morbidité et de la mortalité par Covid-19 diffèrent beaucoup d'un pays à l'autre comme l'illustre cet exemple particulièrement démonstratif :

- en France (67 millions d'habitants), le nombre de décès cumulés début juin était de 28 940 pour 151 325 cas confirmés par RT-PCR, soit un taux de létalité apparent de 19% pour un taux de mortalité de 432 par million d'habitants ;

- en Belgique (11,4 millions d'habitants) où sont déclarés tous les cas (confirmés et suspects) et où tous les décès (à domicile, à l'hôpital ou en EHPAD, avec ou sans confirmation par RT-PCR) sont comptabilisés en temps réel, le nombre de décès cumulés était estimé à 9505 pour un total de 58 615 cas déclarés, soit un taux de létalité apparent de 16% pour un taux de mortalité de 833 décès par million d'habitants, le plus élevé de toute l'Europe.

C'est pourquoi les comparaisons des taux de mortalité et de létalité entre différents pays doivent être conduites avec circonspection. Dans les pays d'Europe (à l'exception de la Belgique) et d'Amérique du Nord, en Australie, Nouvelle Zélande, etc., le compte des décès est relativement fiable mais non exhaustif. Dans les pays d'Afrique, d'Amérique du Sud et en Chine, le compte des décès est souvent sous-estimé, du fait de déclarations non systématiques ou retardées, de l'absence de tests et d'une mortalité élevée imputable à d'autres maladies infectieuses.

Face à ces constats, l'Académie nationale de médecine recommande :

- la plus grande prudence dans les comparaisons internationales de mortalité due à la Covid-19, tenant compte des méthodes utilisées pour la détection des cas et pour le recueil des données, de la structure démographique des populations et du contexte épidémiologique ;
- la généralisation de la certification électronique des causes médicales de décès, afin de suivre en temps réel les indicateurs de mortalité en fonction de ses causes ;
- la prise en compte dans le bilan de la Covid-19, des indicateurs de morbidité et de mortalité collatérales (non Covid-19), conséquences du retard ou de l'absence de prise en charge des urgences médico-chirurgicales.