

Taux de létalité et caractéristiques des décès de patients en lien avec le Covid-19 en Italie

G. Onder & collaborateurs – Article publié dans la revue *JAMA* le 23 mars 2020

► Lien vers le PDF : <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763667>

Quel est le propos de cette publication scientifique ?

Une analyse a été menée pour étudier le taux de létalité (nombre de décès rapporté au nombre de cas d'infection) du Covid-19 en Italie et les facteurs potentiels pouvant expliquer des différences de taux de létalité entre les pays.

Comment l'analyse a-t-elle été menée ?

Cette étude s'appuie sur l'ensemble des informations disponibles dans le système de surveillance mis en place par l'institut national de la santé italien concernant les personnes affectées par le Covid-19. Ces données comprennent notamment des informations sur l'âge, le sexe et les comorbidités dont les patients sont atteints. L'analyse s'appuie sur les données disponibles au 17 mars 2020. Les cas étaient identifiés par un test de dépistage RT-PCR pour le coronavirus-2 (CoV-2). Le taux de létalité a été défini comme le nombre de décès chez les personnes testées positives au CoV-2 divisé par le nombre de cas de contamination par le CoV-2.

Que nous apprend cette étude ?

Dans la population italienne, le taux de létalité global des personnes avec infection par le CoV-2 confirmée était de 7,2 % (1625 décès / 22 512 cas) dans cette étude. Ce taux, plus élevé que celui observé dans d'autres pays, peut s'expliquer par 3 facteurs :

- **La structure d'âge de la population** : le taux de létalité étant plus important chez les personnes âgées, un pays ayant une population plus âgée (comme l'Italie) aura par conséquent un taux de létalité global plus élevé que des pays ayant des populations plus jeunes ;
- **La définition des décès liés au CoV-2** : l'Italie a fait le choix de définir tous les décès de personnes testées positives comme des décès liés au CoV-2, aucun critère clair d'imputabilité des décès à l'infection due au CoV-2 n'étant disponible à ce jour. Cette définition surestime probablement le taux de létalité car elle ne tient pas compte des éventuelles comorbidités dont la personne décédée souffrait. Une analyse sur un sous-échantillon de 355 patients atteints du CoV-2 et décédés a montré que plus de 99 % avaient des comorbidités (cardiopathie ischémique, diabète, démence, cancer, antécédent d'accident vasculaire cérébral...), augmentant ainsi le risque de mortalité, indépendamment de l'infection liée au CoV-2 ;
- **La stratégie de dépistage** : si le dépistage est ciblé sur les personnes ayant les symptômes les plus sévères et/ou nécessitant une hospitalisation, pour lesquelles le risque de décès est plus élevé, le taux de létalité sera plus élevé que dans des pays faisant un dépistage plus large, où les personnes asymptomatiques ou avec des symptômes légers seront dépistées et seront donc inclus dans le dénominateur.

Que faut-il retenir de cette publication ? Que peut-on en tirer comme leçons ?

Les disparités de structure d'âge peuvent en partie expliquer des différences entre les taux de létalité des différents pays (la différence entre le taux de létalité au 7 mars 2020 de 12,5 % pour l'Italie et de 9,0 % pour la France pourrait en partie s'expliquer par une population plus âgée en Italie - 23 % de la population est âgée de 65 ans ou plus en Italie contre 20 % en France). L'épidémie étant en cours et des cas actuels pouvant décéder prochainement, les tendances de mortalité peuvent encore évoluer.

Cette étude souligne la nécessité de prendre en compte les politiques de dépistage et une analyse précise des dénominateurs utilisés pour le calcul des taux de létalité. Ceci implique de recueillir systématiquement l'information sur l'âge, le sexe et les comorbidités des cas de contamination par le Cov-2, afin de permettre des comparaisons entre différents pays, et, à l'intérieur des pays, entre régions.