

Risque infime de mourir du covid pour les personnes sans comorbidité

Le 7 septembre 2021 – <https://reinfocovid.fr...>

Un travail, publié en juillet 2021 par le CDC américain (Center For Disease Control and Prevention) dans le journal Preventing Chronic Disease, fait le point sur l'importance des comorbidités dans les formes sévères et les décès associés à la COVID-19.

A RETENIR

- La COVID-19 ne tue pratiquement pas avant 20 ans (moins que la grippe saisonnière).
Ensuite :
 - De 20 ans à 40 ans, la mortalité augmente légèrement, de l'ordre de celle de la grippe saisonnière.
 - Les personnes âgées de plus de 70 ans sont les plus affectées.
 - *En notant que peu d'entre elles ont été soignées correctement.*
- L'absence de comorbidités est associée à un risque de décès par le covid diminué de plus de 100 fois.
- 95 % des personnes hospitalisées avec la COVID-19 sont porteurs de comorbidités.
- Nombre de ces comorbidités résultent d'un mode de vie inadapté (sédentarité, malbouffe...) sur lequel il est possible d'agir préventivement.

Introduction

Le SARS-CoV-2, à l'origine de la COVID-19, est apparu il y a plus de 18 mois. Il a officiellement fait à ce jour (début septembre 2021) plus de 4,5 millions de victimes parmi les quelques 7 milliards d'humains que nous sommes, soit 0,064% de mortalité sur l'ensemble de la planète (<https://www.worldometers.info/coronavirus/>). Ce chiffre doit cependant être interprété au regard des connaissances acquises au cours de ces 18 mois d'études. Très rapidement, il a été observé que tout le monde n'est pas égal face à la maladie, qui affecte très majoritairement les personnes âgées. Ceci est illustré sur la figure 1.

Coronavirus: case fatality rates by age

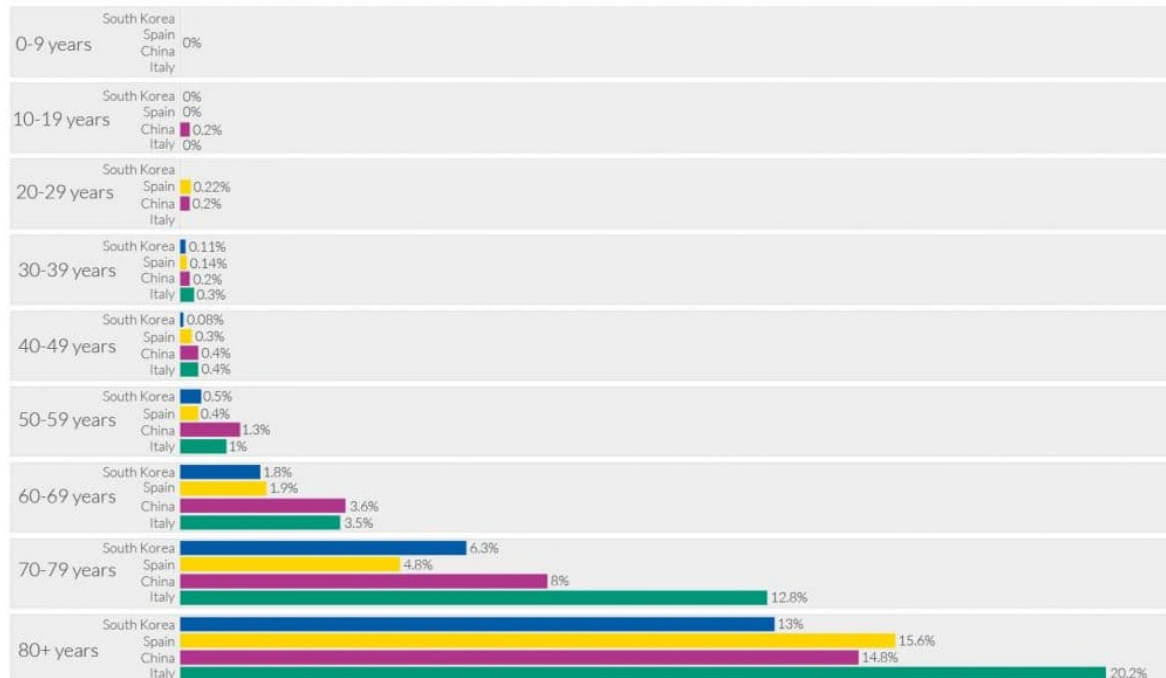


Case fatality rate (CFR) is calculated by dividing the total number of confirmed deaths due to COVID-19 by the number of confirmed cases.

Two of the main limitations to keep in mind when interpreting the CFR:

(1) many cases within the population are unconfirmed due to a lack of testing.

(2) some individuals who are infected will eventually die from the disease, but are still alive at time of recording.



Note: Case fatality rates are based on confirmed cases and deaths from COVID-19 as of: 17th February (China); 24th March (Spain); 24th March (South Korea); 17th March (Italy).

Data sources: Chinese Center for Disease Control and Prevention (CDC); Spanish Ministry of Health; Korea Centers for Disease Control and Prevention (KCDC).

Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. JAMA.

OurWorldinData.org – Research and data to make progress against the world's largest problems.

Licensed under CC-BY by the authors Hannah Ritchie and Max Roser.

Figure 1 : Taux de décès dû à la COVID-19 par tranche d'âge en Corée du sud, Espagne, Chine et Italie

Cette figure indique la proportion de décès parmi les personnes contaminées par le SARS-CoV-2 (Case Fatality Rate, ou CFR) dans deux pays asiatiques et deux pays européens. On voit immédiatement que de la naissance à 20 ans, pour tous les pays considérés, la COVID-19 ne tue pratiquement pas, et en tout cas, moins que la grippe saisonnière (CFR moyen : 0,1%-0,2% <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/grippe#epidmiologie>). De 20 ans

à 40 ans, la mortalité augmente légèrement, de l'ordre de celle de la grippe saisonnière. A partir de 40 ans et jusqu'à 60 ans, la mortalité augmente régulièrement jusqu'à près de 1%. Au delà de 60 ans, la mortalité augmente très fortement, pour atteindre 15 à 20 % chez les malades de plus de 80 ans.

En résumé, cette maladie affecte très majoritairement les personnes âgées, et ne tue pas les jeunes.

Mais l'âge n'est pas le seul facteur important dans la mortalité de la COVID-19. Ceci a été clairement présenté dans une correspondance publiée dans The Lancet, un journal scientifique phare dans le domaine médical. Dans ce courrier, R. Horton explique que **la mortalité associée à la COVID-19 dépend d'autres facteurs déjà présents chez la personne infectée, appelés comorbidités** [1]. Nous vous présentons ici un travail publié en juillet 2021 par le CDC américain (Center For Disease Control and Prevention) dans le journal Preventing Chronic Disease. Il fait le point sur l'importance de ces comorbidités (« underlying medical conditions » en anglais) dans les formes sévères et les décès associés à la COVID-19 enregistrés aux USA à travers plus de 800 hopitaux, concernant plus de 540 000 personnes entre mars 2020 et mars 2021 [2].

Résultats

Dans un premier temps, les auteurs compilent les comorbidités les plus fréquemment retrouvés parmi les personnes hospitalisées avec la COVID-9. Ces données sont présentées sur la figure 2, par ordre décroissant de fréquence. Ainsi, un peu plus de 50 % des hospitalisés COVID-19 aux USA présentent une hypertension, plus de 30 % sont obèses, etc...

NB : La somme de tous les pourcentages excède 100 %, plusieurs comorbidités pouvant être observées chez un même patient

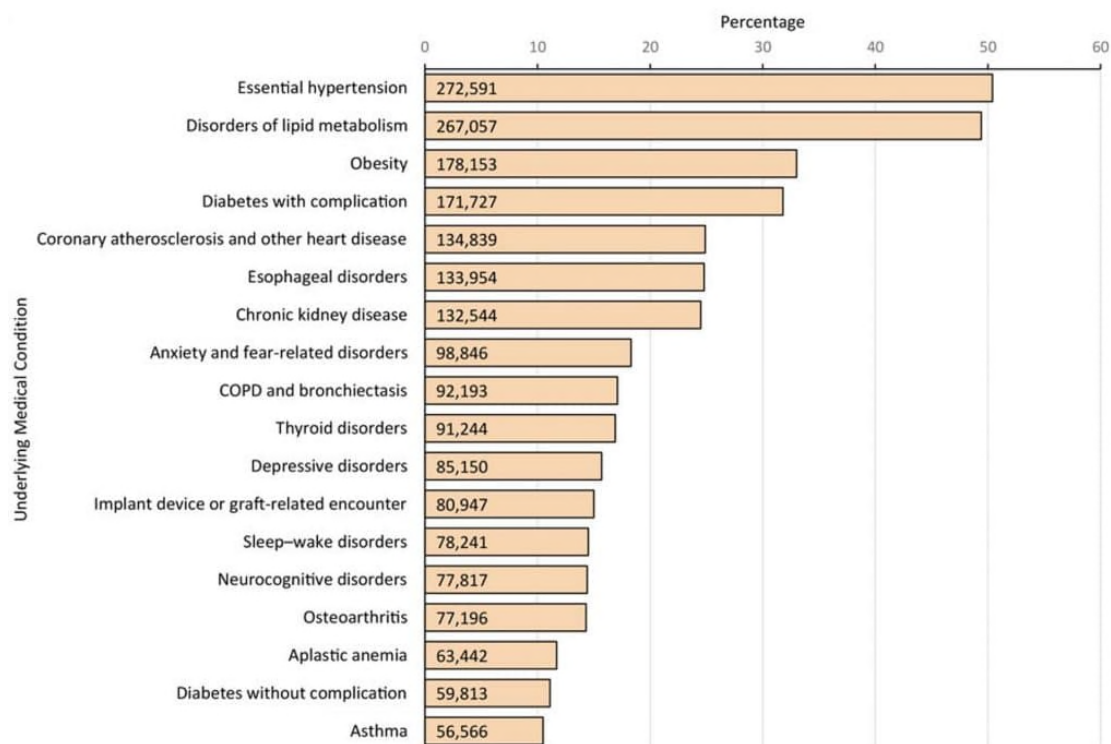


Figure 2 : Comorbidité recensées parmi 540667 personnes hospitalisées aux USA

La figure 3 indique l'augmentation du risque de décès en fonction de la présence d'une ou plusieurs de ces comorbidités en cas de COVID-19.

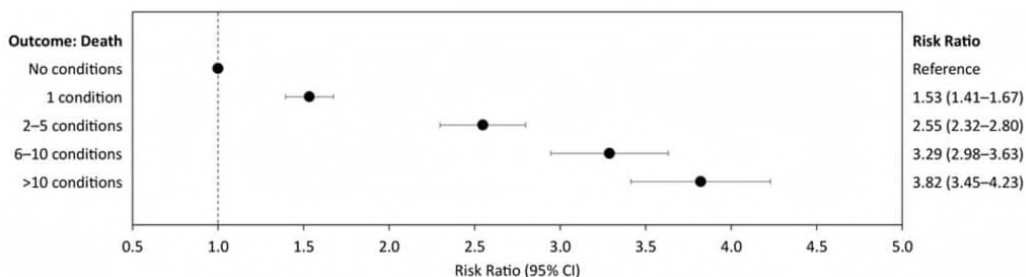


Figure 3 : Augmentation du risque de décès en fonction du nombre de comorbidités

Il apparaît clairement que **plus le nombre de comorbidités présentes est grand, plus le risque de mourir de la COVID-19 augmente**. Pour servir de référence, le risque de décès sans comorbidité est arbitrairement fixé à 1. Une personne porteuse d'une comorbidité aura 1,5

fois plus de risque de mourir qu'une personne sans comorbidité. Une personne ayant deux comorbidités verra son risque de décès augmenter de 2,5 fois. Au delà de 10 comorbidités simultanées, le risque de décès est augmenté de 4 fois par rapport à une personne sans comorbidité !

Bien entendu, l'âge reste un facteur déterminant dans le risque de mortalité associée à la COVID-19. Cependant, il est clair que le nombre de comorbidités observées augmente avec l'âge. Il est clair également que certaines de ces comorbidités sont le résultat de mauvaises habitudes de vie, telles la sédentarité, une alimentation trop riche en gras et sucres, un niveau de stress trop important, etc. Ceci est particulièrement visible sur la dernière figure (figure 4), où l'on a la bonne surprise de voir que, **tous âges confondus, le risque de mourir de la COVID-19 est plus de 100 fois plus faible en absence de toute comorbidité** (740 personnes décédées sans comorbidité parmi les 80174 décès de cette étude, soit 0,9 %). De plus, chez ces personnes sans comorbidité, la létalité des formes graves est très faible : 0,14 % (740 parmi 540667), ce qui est comparable à ce que l'on observe pour la grippe saisonnière. Enfin, l'énorme majorité (95 %) des personnes hospitalisées avec la COVID-19 sont porteuses de comorbidités.

Les personnes sans comorbidités sont donc très minoritaires parmi les malades de la COVID-19, et même fortement infectées par le virus, ces personnes survivent pratiquement toutes.

Characteristic ^a	All Hospitalized Patients in PHD-SR, No. (%)	Hospitalized Patients With COVID-19, No. (%)			
		Full Sample	ICU ^b admission	IMV ^b	Died ^b
Total	4,899,447 (100.0)	540,667 (100.0)	249,522 (100.0)	76,680 (100.0)	80,174 (100.0)
No. of conditions					
≥1 ^c	4,438,183 (90.6)	513,292 (94.9)	242,372 (97.1)	75,514 (98.5)	79,434 (99.1)
0	461,264 (9.4)	27,375 (5.1)	7,150 (2.9)	1,166 (1.5)	740 (0.9)
1	402,499 (8.2)	39,776 (7.4)	14,272 (5.7)	2,785 (3.6)	2,087 (2.6)
2-5	1,796,770 (36.7)	212,429 (39.3)	94,405 (37.8)	27,405 (35.7)	25,893 (32.3)
6-10	1,565,845 (32.0)	167,706 (31.0)	84,745 (34.0)	28,774 (37.5)	31,310 (39.1)
>10	673,069 (13.7)	93,381 (17.3)	48,950 (19.6)	16,550 (21.6)	20,144 (25.1)



Figure 4 : Nombre de patients hospitalisés ou décédés en fonction du nombre de comorbidité

Conclusion

Le message est donc particulièrement clair : on meurt 100 fois moins de la COVID-19 seule que de la COVID-19 associée à une ou plusieurs comorbidités. **C'est pourquoi, plus qu'une pandémie, cette maladie est considérée comme une syndémie : elle n'existe très majoritairement que chez les personnes préalablement porteuses de comorbidités (hypertension, diabète, obésité...).** Bon nombre de ces comorbidités sont malheureusement le résultat d'une mauvaise hygiène de vie.

Il est incompréhensible que suite aux bouleversements sociaux et économiques entraînés par les mesures sanitaires « anti-COVID », les gouvernements n'aient apparemment pas été informés par leurs conseillers que la forme syndémique de cette pandémie démontre que des mesures d'hygiène de vie doivent également être fortement mises en avant. C'est en effet la clef afin de faire diminuer les comorbidités, qui sont répétons-le, la cause prépondérante de la mortalité associée à la COVID-19. Cette absence totale d'incitation à une meilleure hygiène de vie (mieux manger, être physiquement plus actif [3, 4]) est d'autant plus incompréhensible que la diminution de ces comorbidités résulterait en parallèle en une meilleure santé générale des populations. Par conséquent, le coût des dépenses de santé serait moindre, non seulement suite à une diminution de la mortalité liée à la COVID, mais aussi par la diminution des maladies cardiovasculaires, diabètes, etc...

Références

- [1] Horton, "Offline: COVID-19 is not a pandemic," *The Lancet*, vol. 396, no. 10255, p. 874, Sep. 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6.
- [2] L. Kompaniyets et al., "Underlying Medical Conditions and Severe Illness Among 540,667 Adults Hospitalized With COVID-19, March 2020–March 2021," *Prev. Chronic Dis.*, vol. 18, p. 210123, Jul. 2021, doi: 10.5888/pcd18.210123.
- [3] <https://reinfocovid.fr/science/apporter-a-son-organisme-ce-dont-il-a-reellement-besoin/>
- [4] <https://reinfocovid.fr/science/peut-on-se-donner-plus-de-moyens-pour-resister-aux-virus/>