

1.1 Quelle gravité pour la pandémie ?

Les premières questions que se posent les responsables de la santé publique face à un nouvel événement épidémique sont : quelle est la nature du danger ? Qui menace-t-il ? Quelles sont les mesures à prendre ? Ce travail se fait en comparant les données disponibles avec les connaissances acquises au cours du temps, afin de pouvoir identifier ce qui relève du connu et ce qui s'en écarte, rendant l'événement sanitaire singulier.

Nous savons comment la menace épidémique fait partie des risques naturels qui ont été le mieux analysés au cours des dernières décennies. Nous avons donc à disposition les outils, les connaissances et les bonnes pratiques pour réagir de manière pertinente et efficace à l'épidémie de Covid-19.

Celle-ci s'inscrit dans la grande famille des épidémies respiratoires virales, attribuables à un des agents pathogènes viraux qui peuvent être soit ponctuels (ils disparaissent alors aussi soudainement qu'ils sont apparus), soit récurrents (comme la fameuse influenza, couramment appelée grippe), ou encore, s'acclimatant, devenir endémiques dans des formes systématiquement atténuées.

Lorsqu'une épidémie respiratoire virale apparaît, les paramètres qu'il s'agit donc de quantifier le plus rapidement possible pour pouvoir en prendre la mesure sont d'une part sa contagiosité (la vitesse à laquelle elle se répand par contamination interpersonnelle), sa morbidité (quelles sont les personnes que cela va rendre malade et, parmi les personnes qui tombent malades, quelles sont celles qui sont à risque de connaître des formes graves ?), sa pathologie (quel est son mode d'action sur l'organisme dans ses différentes formes – légère, moyenne ou aggravée ?) et enfin sa létalité (qui risque-t-elle de tuer ?).

En ce qui concerne le SRAS-CoV-2, débarquant soudain en étant présenté comme un virus redoutable, nous avons d'emblée été dans une situation difficile à penser, puisque d'une part il était relativement anodin dans l'immense majorité des cas, mais d'autre part il pouvait malgré tout générer des formes graves redoutables. Ce paradoxe apparent (qui se résout à la lumière de la question des facteurs de risque) aura posé un réel problème d'appréhension dans la conscience collective, devenu de plus en plus inapte à la pensée complexe, même élémentaire.

Qualifié tantôt de grippette (ce qu'il était en vérité pour la plupart des gens infectés) tantôt de virus tueur (ce qu'il aura été hélas pour une petite catégorie de personnes

à risque), le coronavirus aura surtout suscité un manque de clarté et de bon sens dans ce qui a été communiqué à son sujet par les autorités politiques et médicales.

Les coronavirus sont une famille d'agents infectieux de type virus à ARN, présentant la caractéristique de muter abondamment. Lorsque des mutations se stabilisent et se diffusent, on parle alors de variants.

Il fait partie du cours naturel de l'évolution des virus que de perdre en virulence à mesure qu'ils évoluent : dans une simple logique adaptative, il est peu favorable pour eux de tuer leurs hôtes ! Leur but est plutôt de pouvoir s'installer à demeure en trouvant un « *modus vivendi* » avec ceux-ci.

Quatre coronavirus déjà en circulation sont considérés comme sources d'infection bénigne : 229E, NL63, OC43 et HKU1. Ils seraient la cause de 15 à 30 % des rhumes courants¹. Ils se sont acclimatés à notre environnement, et leur terrain de prédilection dans notre anatomie (les fosses nasales) se caractérise par une faible présence immunitaire, tout en constituant un milieu chaud et humide. Une sorte de « Club Med » pour ces créatures²...

On pense que les coronavirus en question se sont montrés dans un premier temps bien plus virulents qu'ils le sont progressivement devenus, et il était hautement probable que le SRAS-CoV connaisse un pareil processus d'atténuation.

Les autres coronavirus connus, plus redoutables, comme le premier SRAS-CoV de 2002 (agent pathogène du syndrome respiratoire aigu sévère, d'où son nom constituant un acronyme) ou le MERS, ont en revanche disparu rapidement, ce qui fait aussi partie du devenir possible de tels agents infectieux.

En ce qui concerne la nature du nouveau coronavirus, à peu près tout ce qui nous a été dit de son origine, de sa date d'apparition et de sa dangerosité s'est avéré faux, comme nous le verrons au long des prochains chapitres. S'agissant d'une zoonose (soit d'un agent infectieux passant de l'animal à l'humain et vice-versa), la prétention d'arrêter sa circulation par des mesures de contrainte appliquées aux populations (« stratégie du zéro covid ») était absurde.

En ce qui concerne sa pathologie, le nouveau SRAS-CoV (numéroté « 2 ») présentait une phase respiratoire aiguë mais sans gravité, avec les symptômes typiques des refroidissements, qui se résorbait couramment en quelques jours. On observa toutefois que cette première phase était parfois suivie d'une seconde, caractérisée par une phase vasculaire : les capillaires des alvéoles pulmonaires s'encombraient alors de petits caillots de sang, processus pouvant conduire à une détresse respiratoire autrement redoutable. On identifia pareillement que la transition de la première phase (bénigne) à cette éventuelle seconde phase (qui ne l'était plus) passait par une tempête de cytokines, soit un emballement du système immunitaire dont les conséquences devenaient en elles-mêmes problématiques. Le passage en question se

¹ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Coronavirus>

² <https://www.conseil-scientifique-independant.org/categorie/intervenants/dr-pierre-sonigo/>

produisant habituellement autour du dixième jour de l'infection chez les patients concernés et pouvant entraîner des dommages allant jusqu'à la mort – risque augmenté, comme nous le verrons, par l'application de traitements en eux-mêmes destructeurs.

Que nous a-t-on dit à l'occasion de l'arrivée sous nos latitudes de l'épidémie de Covid-19 ?

Tout d'abord, qu'elle était exceptionnellement grave. Dans les journaux, les comparaisons avec la grippe espagnole de funeste mémoire ont abondé. Avec des titres comme ceux-ci :

« Grippe espagnole et Covid-19, deux épidémies étrangement proches »³

Ou, bien plus tard :

« Charente-Maritime : grippe espagnole et Covid-19, deux épidémies semblables à un siècle d'écart »⁴

Et donc cette grande référence anxiogène de la mémoire épidémique qu'est la grippe espagnole n'a cessé d'être convoquée dans les éléments de langage, par « ceux qui ont eu le pouvoir de dire et de faire », soit les fameux « médecins de plateau », les autorités et les journalistes, pour faire comprendre à la population que nous faisons face à quelque chose d'exceptionnellement grave et dangereux.

On a particulièrement insisté sur le fait que, même s'il existait des catégories à risque comme les personnes du quatrième âge ou celles souffrant de maladies graves (appelées comorbidités), nous courrions tous le risque de mourir d'une infection au terrible SRAS-CoV-2. J'ai ainsi pu suivre attentivement dans la presse la manière dont manchettes et articles ont monté en épingle des soi-disant décès de bébés, d'enfants, de personnes jeunes ou en pleine santé. Des cas qui se sont souvent avérés douteux lorsqu'on prenait la peine de les analyser – comme ce fameux premier bébé anglais « décédé du Covid », en réalité victime d'une intubation mal faite⁵...

Pour en donner d'autres exemples, France 3, le 5 avril 2020, nous racontait comment « un sportif de haut niveau de 37 ans, sans antécédents de santé », était décédé du Covid au CHU de Lille⁶. Le 29 mai 2020, *Le Parisien* titrait « Coronavirus, un bébé est mort du Covid-19 en Suisse »⁷. *Atlantico* interrogeait en avril 2023 le

³ <https://www.lesechos.fr/idees-debats/editos-analyses/grippe-espagnole-et-covid-19-deux-epidemies-etraquement-proches-1199124>

⁴ <https://www.sudouest.fr/sante/charente-maritime-grippe-espagnole-et-covid-19-deux-epidemies-semblables-a-un-siecle-d-ecart-7528176.php>

⁵ <https://www.dailymail.co.uk/news/article-11812225/UKs-child-Covid-victim-wouldnt-died-breathing-tube-correctly-coner-says.html>

⁶ <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/nord-0/lille/coronavirus-picard-37-ans-sportif-haut-niveau-decede-au-chu-lille-1811920.html>

⁷ <https://www.leparisien.fr/societe/coronavirus-un-bebe-est-mort-du-covid-19-en-suisse-29-05-2020-8326251.php>

très alarmiste épidémiologiste Antoine Flahault, lequel indiquait que « le Covid est devenu une cause de mortalité substantielle chez les enfants »⁸.

Cette abondance de gros titres servait évidemment à insister sur le fait que « Non, le Covid-19, ce n'est pas comme une grosse grippe »⁹, qu'il était beaucoup plus dangereux, avec une fourchette évaluant sa dangerosité de 3 à 10 fois supérieure à celle de l'influenza¹⁰.

Qu'en est-il réellement ? Et qu'a-t-on su à quel moment ?

Un petit préambule est nécessaire pour rappeler que nous avons assisté à bien des confusions, et même, comme nous le verrons plus loin, à un réel fiasco des données. La santé publique et l'épidémiologie savent pourtant très bien qualifier et quantifier les choses, en veillant en particulier à distinguer les différents éléments de réalité pertinents au lieu de les confondre.

Or nous avons eu ici tout un ensemble de confusions. Par exemple, dans un premier temps, la confusion systématique entre ce qu'on appelle techniquement la *létalité par cas* (*Case Fatality Rate*, soit la proportion de personnes décédées après avoir été diagnostiquées et prises en charge) et la *létalité par personnes infectées* (*Infection Fatality Rate*).

Étant donné que nombre de personnes infectées ne développent jamais de forme grave et ne requièrent pas de soins (*a fortiori* quand ceux-ci sont prodigués uniquement à l'hôpital et sur des formes graves alors qu'on interdit à la population l'accès aux médecins généralistes), l'IFR est évidemment toujours beaucoup plus bas que le CFR.

Celui-ci a en l'espèce été particulièrement élevé dans un premier temps : le nombre de décès parmi les patients hospitalisés en urgence pour des formes graves de la maladie était inhabituellement élevé en mars-avril 2020, pour des raisons tenant à une prise en charge excessivement tardive, combinée à la iatrogénie des procédures d'intubation en soins intensifs !

Des agences et institutions de santé (dont l'Institut Pasteur) ont donc communiqué des taux de létalité alarmants mais impossibles, de l'ordre de 3 %, 5 % ou même 10 % – ce qui résultait des distorsions dues à un indice CFR dévoyé.

Lorsqu'on a commencé à tester la population à beaucoup plus large échelle ou encore à réaliser des études de séroprévalence, on s'est aperçu que le taux de létalité

⁸ <https://atlantico.fr/article/decryptage/comment-la-covid-est-devenue-une-cause-de-mortalite-substantielle-chez-les-enfants-sante-pandemie-risques-contaminations-deces-immunite-vaccination-prevention-personnes-fragiles-antoine-flahault>

⁹ <https://imazpress.com/coronavirus/non-la-covid-19-ce-nest-pas-comme-une-grosse-grippe>

¹⁰ <https://www.letemps.ch/sciences/covid19-bien-pire-quune-grippe>

en proportion des personnes infectées (IFR) était d'emblée, en réalité, dans l'ordre de grandeur des épidémies de grippe annuelles¹¹.

On a ensuite mélangé des données d'une manière qui empêchait de prendre la juste mesure de ce qu'on était censé observer. L'OMS¹² comme le CDC américain¹³ ont ainsi édicté des recommandations pour comptabiliser comme « décès Covid » toute personne porteuse ou même soupçonnée de pouvoir être porteuse du virus au moment de son décès – quelle que soit la cause de celui-ci !

Ont donc été comptabilisées dans les « décès Covid » un grand nombre de personnes décédées de toutes sortes d'autres causes, sans qu'ait été pris en considération le seul fait qui doit compter : les personnes en question seraient-elles décédées de toute manière ou non si elles n'avaient pas eu le Covid ? Renoncer à effectuer la distinction entre les personnes décédées du Covid et les personnes décédées avec le Covid – ce qui n'est guère compliqué à faire – ne pouvant que conduire à une distorsion problématique des données dans le sens d'une surévaluation importante.

Dans la même veine, on a vu que, à partir de la mi-mars 2020, les refroidissements ont systématiquement été codés comme étant des cas de Covid¹⁴. Toutes ces maladies courantes (dont l'influenza, fidèle au poste dans sa récurrence hivernale depuis des siècles) ont soudainement et opportunément disparu des radars, comme le révèle le relevé suivant :

¹¹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33615345/>

¹² [https://www.who.int/publications/m/item/international-guidelines-for-certification-and-classification-\(coding\)-of-covid-19-as-cause-of-death](https://www.who.int/publications/m/item/international-guidelines-for-certification-and-classification-(coding)-of-covid-19-as-cause-of-death)

¹³ <https://tamhunt.medium.com/data-quality-issues-and-the-coronavirus-pandemic-db0356373fc2>

¹⁴ <https://www.cairn.info/revue-des-sciences-de-gestion-2022-3-page-17.htm>



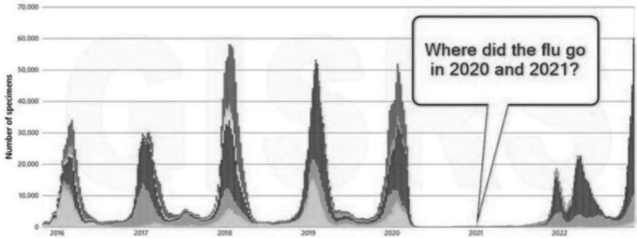
World Health Organization

World Health Organization INFLUENZA LABORATORY SURVEILLANCE INFORMATION Virus detections by subtype reported to FluNet GISRS

Country, area or territory: All WHO region: All Influenza transmission zone: All Hemisphere: All

Week start date: 10/29/2015 11/26/2022

KANUKOATHEGREAT



Years	Flu cases	Covid cases
2016-17	29 million	0
2017-18	45 million	0
2018-19	36 million	0
2019-20	38 million	0
2020-21	0.0015 million	32 million

Tout ceci n'est pas anodin ni sans conséquence, mais pose bel et bien un énorme problème de lisibilité. Que les comptages aient été configurés d'une manière qui ne pouvait que rendre les données illisibles (alors que les bonnes méthodologies, simples à appliquer, existent) pose question. Les choix effectués ont rendu impossible de disposer des données fiables en termes de morbidité (nombre de patients atteints réellement du Covid et non d'autres agents infectieux) et de mortalité.

En ce qui concerne le critère – sans doute le plus important – de la létalité, qui détermine la dangerosité pour la collectivité d'une épidémie infectieuse, qu'en sait-on aujourd'hui et qu'avons-nous su à quel moment ?

Une étude de séroprévalence réalisée par les Prs John Ioannidis et Jay Bhattacharya avec leurs équipes à l'université de Stanford a montré dès le début du mois d'avril 2020 que la létalité du Covid-19 était en réalité largement inférieure à ce qui avait été initialement annoncé, de l'ordre de 0,3 %, soit l'équivalent d'une grippe un peu forte¹⁵. Et donc que nous étions bel et bien dans une épidémie respiratoire d'une gravité qui n'avait rien d'inhabituel.

¹⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33716331/>

Cette estimation a été affinée par la suite. Au mois d'avril 2021, le Pr Ioannidis (dont les travaux font référence, y compris pour l'OMS) a établi que la létalité réelle du Covid avait bel et bien été équivalente à celle de la grippe annuelle¹⁶.

Une année plus tard, l'évaluation était à nouveau revue à la baisse, montrant, en comparaison avec la grippe annuelle, que le Covid-19 avait été une épidémie relativement peu grave, avec notamment un taux de décès extrêmement faible en dessous de 70 ans¹⁷.

La comparaison avec la grippe espagnole était dès lors aussi fautive (et donc malhonnête) qu'il est possible !

La mère de toutes les épidémies

Rappelons que celle-ci a frappé les populations des pays occidentaux lors des années 1918 et 1919. La grippe espagnole a, selon les estimations actuelles, infecté à peu près 500 millions de personnes, soit plus de 25 % de la population mondiale de l'époque¹⁸.

Avec un taux de mortalité inhabituellement important estimé à entre 2 et 10 % des personnes infectées. Les évaluations diffèrent : selon l'Institut Pasteur, il y aurait 20 à 50 millions de personnes qui en seraient mortes¹⁹. Certaines réévaluations récentes vont jusqu'à 100 millions de victimes²⁰, avec une courbe de mortalité inhabituelle – en particulier avec un pic sur les 20-40 ans, tranche d'âge habituellement très peu touchée par la mortalité due aux virus respiratoires²¹.

L'analyse a montré de surcroît que la quasi-totalité des victimes (jusqu'à 95 % d'entre elles) sont en réalité décédées de surinfections bactériennes, qui se sont développées sur des organismes affaiblis par l'infection virale ainsi que par les privations et les conséquences socio-économiques de la guerre²². Or, on ne connaissait pas les antibiotiques à cette époque²³. Avec les moyens dont nous disposons aujourd'hui, l'immense majorité des victimes auraient pu être sauvées.

On voit donc que le Covid-19 n'a rien eu à voir avec l'épidémie de grippe espagnole. Or tout ceci était connu dès les mois de mars-avril 2020.

Les *Lockdown Files*²⁴ britanniques ont par exemple révélé qu'en février 2020 déjà, un expert avait signalé au Gouvernement du Royaume-Uni que la mortalité induite

¹⁶ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13554>

¹⁷ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001393512201982X>

¹⁸ <https://www.albin-michel.fr/la-grande-tueuse-9782226397218>

¹⁹ https://fr.wikipedia.org/wiki/Grippe_espagnole

²⁰ *Ibidem*

²¹ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0069586>

²² [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69895-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69895-4/fulltext)

²³ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0065216403010128?via%3Dihub>

²⁴ Échanges de SMS entre le Premier ministre de l'époque, Boris Johnson, son ministre de la Santé et différents experts, rendus publics en 2023 par le quotidien *The Telegraph*.

par le Covid-19 n'était pas suffisamment élevée pour envisager une procédure de mise sur le marché accélérée d'un vaccin²⁵. L'épidémiologiste Arnaud Fontanet, de l'Institut Pasteur, reconnaissait quant à lui dans un entretien accordé au *Monde* le 20 février 2020 que « L'épidémie de Covid-19 fait moins de morts que la grippe mais suscite beaucoup d'inquiétudes »²⁶.

Les éléments que nous indiquons ici étaient connus – ou en tout cas connaissables – dès le début de la « pandémie ». À l'inverse, il y a eu une profusion de discours fallacieux, martelés par les autorités et les médias, pour faire croire que l'épidémie était exceptionnellement dangereuse et que l'on pouvait mourir du Covid à n'importe quel âge – ce qui était faux.

Avec cette petite précaution nécessaire tenant à rappeler que la santé publique réfléchit en termes de population et de statistiques. Il peut bien sûr y avoir des cas individuels de personnes qui, de manière inhabituelle, vont développer des formes graves ou même exceptionnellement mourir d'une maladie ne posant statistiquement aucun risque notable pour leur tranche d'âge dans la population.

Une autre réalité que la plupart des gens en Occident ont perdue de vue ou ignorent est que la fameuse grippe annuelle (l'influenza) est loin d'être une maladie inoffensive : elle tue chaque année des bébés, des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, même si heureusement peu et rarement²⁷. Il s'agit toutefois d'une maladie pouvant provoquer des complications à tous âges, y compris chez des personnes en bonne santé.

Avec le Covid, ce ne fut pas le cas, sauf rarissimes exceptions. La réalité, comme nous l'avons vu, est qu'en dessous de 70 ans le risque de mortalité n'a pas été changé par rapport aux autres années²⁸.

Cela également, nous l'avons su très vite, notamment en constatant l'alignement de l'âge des décès dus au Covid avec l'espérance de vie. En novembre 2020, l'âge moyen des décès par Covid en France était de 84 ans, alors que l'espérance de vie y est de 82 ans²⁹. Ce qui veut dire que les personnes décédées du Covid avaient en moyenne dépassé l'espérance de vie.

Des études publiées en juillet 2021 comparant l'âge médian (une autre valeur statistique)³⁰ des morts du Covid trouva de nouveau une valeur de plus de 82 ans

²⁵ <https://www.telegraph.co.uk/news/2023/03/07/covid-not-deadly-enough-fast-track-vaccines-chris-whitty-advised/>

²⁶ https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/02/18/l-epidemie-de-covid-19-fait-moins-de-morts-que-la-grippe-mais-suscite-beaucoup-d-inquietudes_6029973_3244.html

²⁷ <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/grippe>

²⁸ <https://www.covidhub.ch/ioannidis-letalite-sarscov2/>

²⁹ <https://twitter.com/Laissonslespre1>, 1^{er} nov. 2020; <https://fr.statista.com/statistiques/1104103/victimes-coronavirus-age-france/>

³⁰ La Moyenne est la moyenne arithmétique d'une série de chiffres, alors que la Médiane est une valeur numérique qui sépare la moitié supérieure de la moitié inférieure d'un ensemble.

dans nos pays, avec les moins de 70 ans représentant une très faible proportion des décès³¹.

L'espérance de vie en Occident étant de 82 à 84 ans, nous avons principalement eu affaire à des décès de personnes mortes de vieillesse avec le Covid, sachant que c'est très souvent un virus bénin pour le reste de la population qui vient précipiter la mort dans des organismes arrivés au bout de leur espérance de vie.

Ces valeurs ont été extrêmement constantes, pays par pays. On a trouvé par exemple 84 ans comme âge médian des décès en Suède, 82 ans en Espagne, 82 ans en Italie, 83 ans en Allemagne, 84 ans en France, 86 ans au Canada et en Belgique. Dans des pays où l'espérance de vie est plus basse, comme l'Afrique du Sud ou le Brésil, nous trouvons des valeurs également cohérentes avec l'espérance de vie, soit un âge médian des décès de 62 ans en Afrique du Sud et de 70 ans au Brésil³².

Une publication du ministère israélien de la Santé au printemps 2023 a quant à elle révélé qu'aucune personne en bonne santé de moins de 50 ans n'était morte du Covid³³!

Ce qui laisse évidemment un goût amer face à toutes les campagnes de presse qui n'ont cessé de faire accroire l'inverse, en affirmant qu'on déplorait de nombreux décès dans toutes les tranches d'âge...

Qui a été à risque de formes graves ?

L'étude de la morbidité a également très rapidement montré des caractéristiques rassurantes. La grande crainte pandémique est celle d'un virus capable de tuer même des personnes en bonne santé et/ou dans la force de l'âge, comme cela a effectivement été le cas de la grippe espagnole.

Nous avons su dès le mois de mars, grâce aux données provenant du nord de l'Italie, qu'en réalité moins de 1 % des personnes décédées ne souffraient d'aucune autre maladie. Toutes les autres avaient une à trois maladies chroniques, le plus souvent des maladies graves à un stade avancé³⁴.

En France, en 2020, selon les données de l'Assurance Maladie, parmi les 198 150 personnes hospitalisées à cause du Covid, on trouvait 559 330 comorbidités, soit en moyenne 2,82 par personne pour un âge moyen de 80 ans³⁵. Ces comorbidités

³¹ Selon les données de l'OCDE, <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>.

³² Les données indiquées ici proviennent pour la plupart des agences de santé nationales. Les articles comparatifs entre pays restent anormalement rares. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33898342/>

³³ <https://www.theepochtimes.com/article/zero-young-healthy-individuals-died-of-covid-19-israeli-data-show-5293587>

³⁴ <https://www.theepochtimes.com/article/zero-young-healthy-individuals-died-of-covid-19-israeli-data-show-5293587>

³⁵ Données issues du site de visualisation des données de l'Assurance Maladie : <https://data.ameli.fr/explore/database>

étaient la plupart du temps de l'insuffisance cardiaque, des troubles cardiovasculaires, des cancers à un stade avancé, des diabètes ou de l'obésité, des embolies pulmonaires, une faiblesse rénale ou hépatique. Ce que cela révélait, c'est que des personnes déjà atteintes dans leur santé pouvaient effectivement courir un risque avec ce virus, mais que, sauf rares exceptions, ce n'était pas le cas des personnes en bonne santé.

Comment s'est-on arrangé pour faire passer une épidémie dont tous les paramètres étaient rassurants pour un événement terrifiant ?

Nous avons tous le souvenir du directeur général de la Santé en France, le Dr Salomon, venant jour après jour égrener, tel un croque-mort, le nombre de victimes de la veille. Ceci sans aucune contextualisation ou mise en proportion de chiffres en réalité insignifiants au regard de la mortalité habituelle³⁶ ! La population était donc exposée à des chiffres bruts, inquiétants en apparence, alors qu'ils étaient en réalité rassurants – et qu'une telle présentation contrevenait explicitement aux principes éthiques en matière de communication sanitaire³⁷ !

On a aussi prétendu à grands cris que l'année 2020 avait été plus mortelle que toutes les années précédentes, mais en occultant l'élément fondamental qu'est le vieillissement de la population dans nos pays occidentaux.

La génération dite des « baby-boomers » (en référence au grand boom de natalité qui a eu lieu dans l'immédiat après-guerre) arrive aujourd'hui aux âges où l'on meurt beaucoup plus que dans les tranches d'âge précédentes. Le nombre des personnes âgées de plus de 80 et 90 ans augmente de manière importante d'année en année dans nos sociétés. En France, le nombre d'habitants âgés de plus de 90 ans a ainsi augmenté de 300 000 individus en dix ans³⁸ !

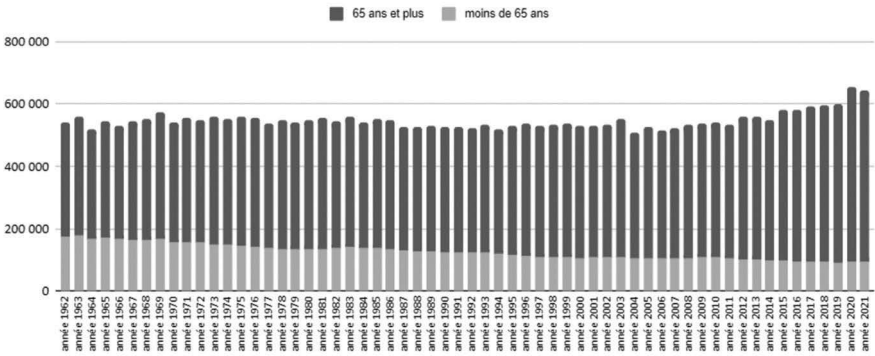
Il est évident qu'avec 300 000 personnes en plus âgées de plus de 90 ans, la mortalité générale ne peut qu'augmenter en valeur brute !

³⁶ On compte 1 400 à 1 900 décès quotidiens en France : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4487861?sommaire=4487854>

³⁷ <https://iris.who.int/handle/10665/70163>

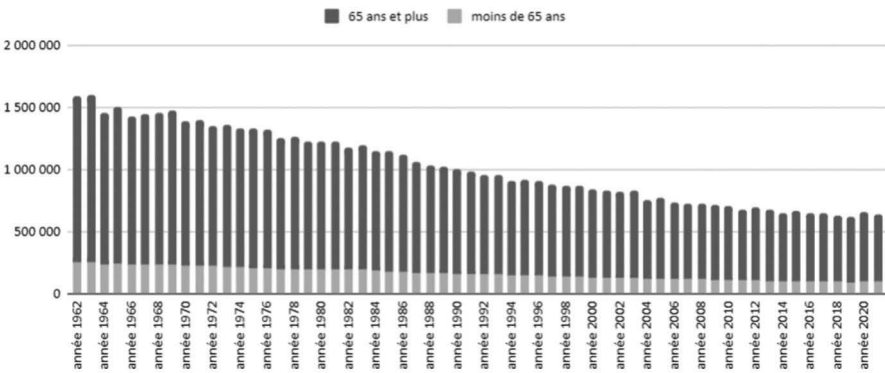
³⁸ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781>

Nombre de décès par an en France Métropolitaine



Il s'agit donc d'ajuster le nombre de morts à ce vieillissement de la population pour savoir si l'on fait face à une surmortalité inhabituelle. Lorsqu'on lisse les données pour les standardiser, on voit que l'année 2020 a été en réalité l'une des moins mortelles de toute l'histoire, et que l'on n'y observe aucune surmortalité inhabituelle !

Décès standardisés par âge en France Métropolitaine selon 2020



Une autre manière de présenter les choses s'est avérée extrêmement trompeuse. On peut évidemment comptabiliser le nombre de décès dus à une maladie infectieuse par année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre. Mais lorsqu'il s'agit des épidémies respiratoires, il est beaucoup plus pertinent de comptabiliser les données en termes d'année « épidémique », courant du 1^{er} juillet au 30 juin.

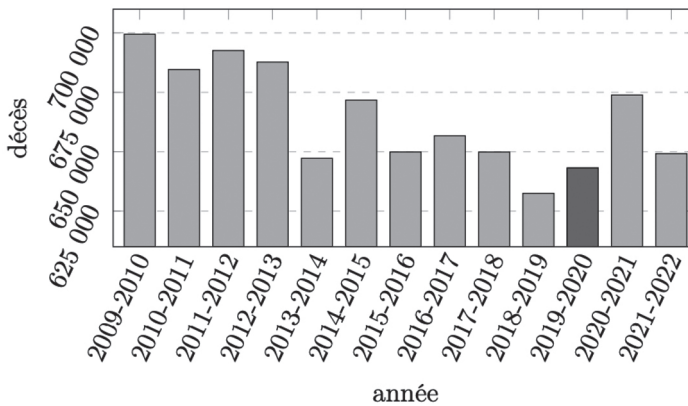
Pour quelle raison ? Eh bien tout simplement parce que les épidémies respiratoires hivernales arrivent sous nos latitudes tantôt au cours des tout derniers mois de l'année (en novembre ou décembre) tantôt au cours des tout premiers mois de l'année (en janvier ou février). On peut donc se retrouver avec une année où il y aurait deux épidémies : la première arrivant tardivement, par exemple en février, et la seconde l'hiver suivant, arrivant précocement, en novembre ou décembre. Nous aurions alors deux pics épidémiques dans la même année.

À l'inverse, il est possible d'avoir une année sans pic épidémique si l'épidémie du premier hiver est arrivée en novembre ou décembre de l'année précédente, puis celle de l'hiver suivant en janvier ou février de l'année suivante. En 2020, nous nous sommes ainsi retrouvés dans le cas de figure d'une année civile à deux épisodes épidémiques, ceux de mars-avril et d'octobre-novembre.

Si on remet les choses dans le bon ordre, c'est-à-dire qu'on comptabilise l'épidémie de mars-avril 2020 dans une séquence temporelle courant du 1^{er} juillet 2019 au 30 juin 2020, puis l'épidémie d'automne dans une séquence allant du 1^{er} juillet 2020 au 30 juin 2021, on retrouve alors quelque chose de tout à fait normal³⁹.

Décès standardisés en France du 1^{er} juillet au 30 juin

(données brutes issues de l'INSEE [102-109, 112])



Un dernier élément permettant de comprendre la réalité de ce que nous avons traversé découle de l'analyse comparée des taux de mortalité des personnes d'âge supérieur à l'espérance de vie et des personnes d'âge inférieur à l'espérance de vie.

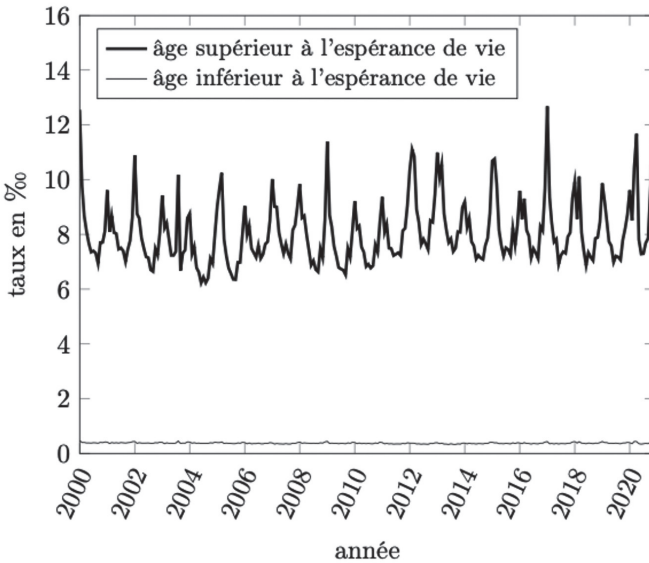
Dieu merci, nous mourons très peu actuellement en Occident avant d'avoir atteint l'âge correspondant à l'espérance de vie moyenne. Le diagramme qui suit révèle pratiquement une ligne plate pour toutes les personnes âgées de moins de 82 ans. Pour les personnes âgées de plus de 84 ans, on voit en revanche apparaître une mortalité significative.

Comme l'on meurt plus en hiver (et, de façon moindre, en été) qu'au cours des autres saisons, on observe des pics saisonniers assez marqués d'année en année. Lorsque l'on représente ainsi sous forme de courbes les taux de mortalité des personnes d'âge inférieur et supérieur à l'espérance de vie, on ne voit encore et toujours rien de particulier en 2020, ni en 2021.

³⁹ in <https://www.editionsmarcopietteur.com/resurgence/348-covid-19-guerre-ouverte-contre-les-peuples-9782874342103.html>

Taux de mortalité en France

(données brutes issues de l'INSEE [102-109, 112])



Rappelons pour terminer que les infections respiratoires virales font bon an mal an environ 4,25 millions de victimes chaque année. La mise en dialogue des deux manchettes de journaux qui suivent, à plus de dix ans d'écart, est instructive :

2021

Le Monde

La pandémie de Covid-19 a fait au moins 3 millions de morts dans le monde

Face à la progression inégale des campagnes de vaccination à travers le monde, l'épidémie de Covid-19 n'atteint plus tous les pays de la même manière.

Le Monde avec AFP

Publié hier à 12h30, mis à jour à 05h38

Lecture 5 min.

2010

L'EXPRESS

Les infections respiratoires font 4,25 millions de morts par an

Les infections respiratoires telles que la grippe ou d'autres virus à l'origine de pneumonie font 4,25 millions de morts par an dans le monde, dont beaucoup de jeunes enfants, selon un rapport publié mardi.

Actualité.

Par L'EXPRESS.fr - publié le 09/11/2012 à 07:33. mis à jour à 07:33

Eh oui : avec 3 millions de morts en une année, nous avons été avec le Covid-19 en 2020 dans une valeur basse par rapport à l'ordre de grandeur naturel des épidémies respiratoires virales ! Tout ceci a conduit Laurent Toubiana, qui est en France le

grand spécialiste des épidémies respiratoires (qu'il surveille depuis plus de 30 ans à la tête d'un institut spécialisé⁴⁰), à conclure : « Lorsqu'on regarde les autres épidémies vécues en France, celle-ci est absolument bénigne. »⁴¹

Le Covid-19 aura donc été, en termes de morbidité et de mortalité, plus faible qu'une grippe normale, avec une mortalité alignée sur (voire supérieure à) l'espérance de vie, ne touchant sauf exception que des personnes gravement malades ou en toute fin de vie.

Face à ce constat, aujourd'hui incontestable, certaines personnes pourront être tentées de protester, en particulier si elles-mêmes ou des personnes proches ont eu une expérience du Covid tout sauf bénigne. La relativisation objective d'un événement épidémique pour le ramener à sa réelle gravité sanitaire est une opération indépendante et nécessairement dissociée de l'expérience subjective d'avoir été gravement malade ou d'avoir perdu un être cher.

Il faut rappeler aussi, ô combien, que le variant prétendument « originel » du SRAS-CoV-2 était plus virulent que les variants successifs qui l'ont suivi, avec une atténuation marquée à partir du variant Alpha de janvier 2021 puis d'Omicron.

La virulence de la souche initiale ne peut toutefois être appréhendée indépendamment du refus de soins, et notamment de l'interdiction de laisser les médecins prescrire des traitements précoces, ni du climat de terreur engendré par les autorités et les médias, que l'on sait être nocif pour la santé, et en particulier pour l'immunité. Nous aborderons évidemment ces questions plus loin.

Au fond, outre la surréaction à l'épidémie de SRAS-CoV-2, ce qui aura été révélé, c'est à quel point nous avons perdu, dans nos sociétés de plus en plus urbanisées, virtualisées et donc hors sol, la mémoire et une juste compréhension de ce que sont les épidémies. Rappelons à ce sujet qu'il est rare que nous attrapions la vraie grippe. Dans le langage courant, nous parlons d'*état grippal* pour décrire tout un ensemble d'infections bénignes dues à toutes sortes de virus plus ou moins méchants qui peuvent effectivement nous mettre en difficulté pendant quelques jours.

Mais la vraie grippe, celle due à l'influenza, vous met au tapis pendant une bonne quinzaine jours ! J'ai souvenir d'avoir attrapé cette vraie grippe lorsque j'avais 27 ans et d'avoir été assommé pendant quinze jours ! Avec jusqu'à 41 °C de fièvre, l'impression que mon cerveau était en train de grésiller, posé dans une poêle à frire, et des courbatures dans tout le corps comme si j'avais été roué de coups par un catcheur ukrainien... Il faut relever que l'immunité naturelle est particulièrement robuste après une telle infection : elle protège pendant une quarantaine d'années contre la souche impliquée⁴² !

⁴⁰ IRSAN, Institut de recherche pour la valorisation des données de santé. <http://recherche.irsan.fr>

⁴¹ <https://www.covidhub.ch/laurent-toubiana-une-autre-vision-de-lepidemie/>; <https://twitter.com/CNEWS/status/1487861135747469313>.

⁴² <https://www.pharmacie-principale.ch/themes-sante/grippe/la-grippe%E2%80%A6-elle-peut-vous-sauver-la-vie>

Le fait de dire que l'épidémie de Covid-19 aura été, selon les indicateurs épidémiologiques, équivalente (ou même inférieure) à une banale épidémie de grippe, ne veut pas dire pour autant qu'il ne s'agissait de rien du tout. Si certaines personnes ont vécu des formes légères ressemblant à un rhume, la maladie a pu être bien plus éprouvante pour beaucoup – la présence de la protéine Spike (fortement toxique) à la surface du virus pouvant provoquer bien des réactions désagréables⁴³, et même occasionner des décès prématurés, en particulier lors de l'épisode épidémique initial, lorsque le nouveau coronavirus était plus virulent que les variants ultérieurs. Comme nous le verrons plus loin, la privation de soins et les mauvaises réponses médicales hospitalières auront joué un rôle majeur dans cette casse qui aurait été en réalité très largement évitable.

Pour compléter le tableau, ajoutons que la question du fameux « Covid long » n'est toujours pas tranchée. Il apparaît encore difficile à ce stade de distinguer d'éventuelles séquences de l'infection au SRAS-CoV-2 de l'effet nocebo produit par trois années de psychose collective et de maltraitance sanitaire ou des effets secondaires de l'injection génique présentée comme un vaccin. Une étude publiée dans la revue *Nature* en octobre 2023⁴⁴ (mais réalisée uniquement sur des « vaccinés » !) a toutefois montré que les patients souffrant de Covid long ont plus d'anticorps anti-Spike, avec un taux de cortisol et d'ACTH⁴⁵ bas, suggérant une atteinte des glandes surrénales.

Poser et réaffirmer que cette épidémie n'aura rien montré de particulièrement grave ou problématique par rapport à ce que nous avons l'habitude de connaître année après année reste toutefois crucial pour une bonne compréhension des choses.

La question qui dès lors se pose dans toute son insistante acuité est celle de comprendre comment il a été possible pour les autorités sanitaires nationales et mondiales, relayées par la presse, de s'égarer à ce point. Comment ont-elles pu réagir d'une manière aussi éloignée de la réalité épidémique, pourtant établie sans la moindre ambiguïté par les données disponibles, en ne donnant crédit qu'à des indicateurs fallacieux ?

La clé de cette énigme se trouve dans les chapitres à venir...

⁴³ <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/pourquoi-la-proteine-spike-est-toxique-dans-le-covid-19-et-aussi-dans-les-vaccins>

⁴⁴ <https://www.nature.com/articles/s41586-023-06651-y#Sec44>

⁴⁵ Hormone adrénocorticotrope fabriquée dans l'hypophyse (petite glande située à la base du cerveau) dont le rôle est de stimuler les glandes surrénales (glandes situées sur chaque rein) à sécréter du cortisol. <https://www.biron.com/fr/glossaire/acth/>