CHAPITRE 1

Les chiffres

Mortalité, hospitalisations, malades

1. La mortalité

a. Retour sur le contexte

Le 11 mars 2020, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclare la « pandémie de Covid-19 »[1]. Cinq jours plus tard, le président français Emmanuel Macron annonce à la télévision la mise en place du confinement pour une durée indéterminée, car dit-il : « *nous sommes en guerre* »[2]. À ce moment-là le monde entier était affolé jusqu'à prendre d'assaut les magasins pour vider les rayons de pâtes et de papier toilette.

En prenant du recul sur cette maladie, nous constatons que sa gravité a été largement exagérée par les autorités sanitaires. À titre d'exemple en avril 2020, Jérôme Salomon (Directeur général de la Santé) a affirmé que la « pandémie de Covid » était comparable aux pandémies de Peste noire et de Grippe espagnole[3].

b. Observations

Selon les chiffres officiels de data.gouv.fr, on relève 64 632 décès en 2020 et 59 109 décès en 2021[4]. Ces chiffres peuvent surprendre, mais il faut les remettre en contexte.

Entre mars 2020 et 2021, selon Santé Publique France[5] :

- L'âge médian des personnes décédées du (ou avec) Covid-19 était de 85 ans et 92,8 % avaient plus de 65 ans.
- 2 % des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.

Le Covid-19 est une maladie qui ne concerne que les personnes âgées de plus de 65 ans et qui ont des problèmes de santé préexistants (hypertension artérielle, diabète, obésité). C'est un révélateur de nos fragilités.

On apprend par ailleurs, qu'environ la moitié des décès étiquetés Covid-19 ne sont probablement pas causés par le virus lui-même :

- 54,7 % de ces certificats de décès contenaient une mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée (ce qui signifie que 45,3 % des décès ne sont potentiellement pas liés au Covid-19).

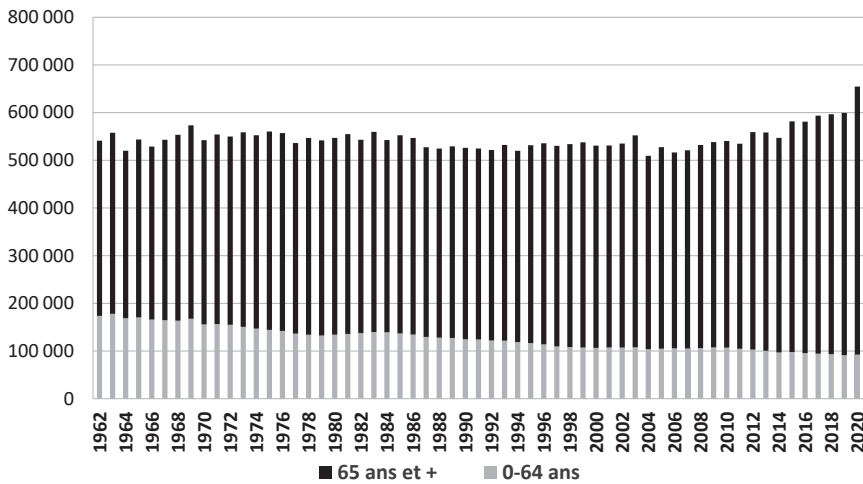
Une étude publiée dans Eurosurveillance fait le même constat au Danemark, à savoir que 45 % des décès Covid-19 n'étaient pas directement causés par celui-ci[6]. Le nombre de décès Covid-19 est donc exagéré, d'autant plus que les tests PCR engendrent des faux positifs, nous le verrons dans le chapitre 3. Si on applique le pourcentage de certificats de décès confirmés, nous serions plutôt autour de 35 000 décès en 2020 et 32 000 en 2021. Nous sommes d'ores et déjà très éloignés des 500 000 morts prédits par le modélisateur Neil Ferguson, celui-là même qui a amené de nombreux pays à confiner leur population[7].

En mars 2023, Doctissimo révèle dans un article explosif[8], tout en s'appuyant sur une étude menée par l'un des plus grands épidémiologistes de l'Université Stanford, John Ioannidis que « *le taux de létalité*[(a)] *est encore plus faible que ce qui était attendu* ». Pour les moins de 70 ans, il était de 0,07 %. Pour les moins de 60 ans : 0,03 %. L'article conclut alors que **la létalité du Covid est inférieure à celle de la Grippe saisonnière pour les moins de 60 ans.**

Concernant les décès toutes causes, savez-vous que près de 600 000 personnes décèdent chaque année en France ? Le cancer est responsable de 160 000 décès, 140 000 pour les maladies cardiovasculaires et près de 40 000 pour les maladies respiratoires[9].

Bien que les données de l'Insee montrent une augmentation du nombre de décès en 2020 par rapport à 2019. Celui-ci s'accroît depuis des années bien avant le Covid. Le nombre de décès chez les plus de 65 ans augmente de manière continue tandis que celui des moins de 65 ans a tendance à diminuer au fil des années (figure 1)[10]. Comment pourrait-on l'expliquer ?

Figure 1 : Décès annuels en France - Insee

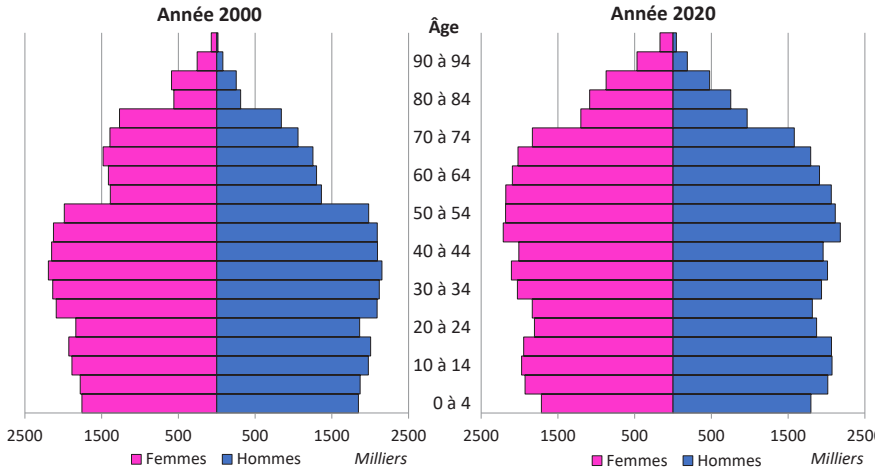


[a] Taux de létalité = Proportion de décès par rapport à la population affectée par une maladie.

Une des raisons évidentes c'est que la population française s'accroît et vieillit en même temps. Nous pouvons très bien le comprendre en consultant la pyramide des âges (figure 2)[11].

Entre 2000 et 2020, nous pouvons constater que la génération du baby-boom née après la Seconde Guerre Mondiale est passée de la tranche d'âge des 35-55 ans à 55-75 ans. Elle a tout simplement vieilli de 20 ans. Il faut aussi garder à l'esprit que tout être vivant finit par mourir un jour. Nous sommes des êtres mortels. Par conséquent, le nombre de décès va augmenter dans les prochaines années puisqu'un nombre important de personnes atteint l'âge critique en même temps.

Figure 2 : Pyramide des âges en France - Insee
Année 2000 à gauche et 2020 à droite



Afin de pouvoir comparer la mortalité entre les années, il faut ajuster les données en fonction de deux critères : la taille et l'âge de la population. C'est la « standardisation des décès ». Nous devons ce travail au statisticien Pierre Chaillot qui a exercé pour l'Insee avant 2020. Cette méthode de statistique est reconnue par l'OMS[12] et Eurostat[13]. Voici la formule utilisée pour déterminer le nombre de décès qu'il y aurait eu les années précédentes avec les mêmes conditions que 2020. C'est-à-dire avec la même taille de population et la même pyramide des âges qu'en 2020 (figure 3).

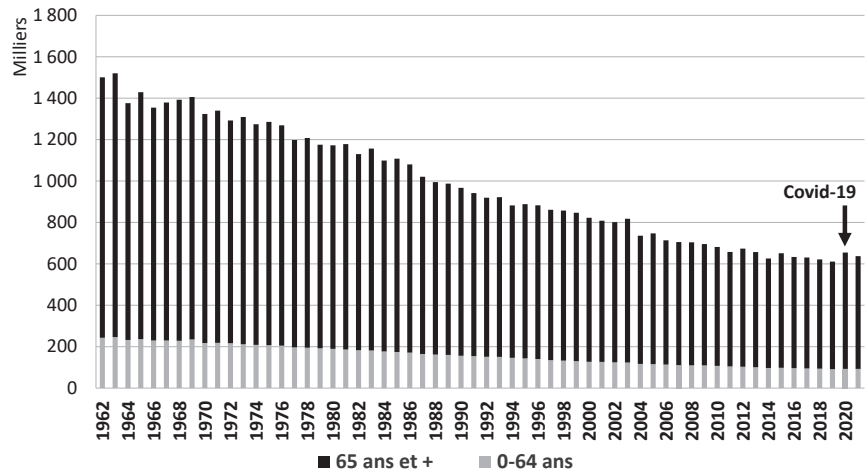
Figure 3 : Formule générale utilisée pour standardiser les données de décès en fonction de l'année 2020

$$\text{Décès standardisés selon l'année 2020}_{\text{âge a,année n}} = \frac{\text{Population moyenne}_{\text{âge a,année 2020}} * \frac{\text{Nombre de décès}_{\text{âge a,année n}}}{\text{Population moyenne}_{\text{âge a,année n}}}}{\text{Décès standardisés selon l'année 2020}_{\text{année n}}} = \sum_{\text{âge a}} \text{Décès standardisés selon l'année 2020}_{\text{âge a,année n}}$$

Par exemple, en 2020 nous avons 654 000 décès en France métropolitaine. En 2015, 582 000 décès ont été relevés. Cependant, si 2015 avait eu la même population que 2020, il y aurait eu 651 000 morts.

En appliquant cette méthode, on remarque que **l'année 2020 n'est absolument pas une année record en mortalité** (figure 4)[14]. Pour retrouver une mortalité comparable à 2020, il suffit de remonter à 2015. L'année 2021 est même moins mortelle que la précédente. Bien qu'il y ait une hausse de mortalité en 2020 par rapport à 2019, nous remarquons qu'il ne s'est strictement rien passé pour les tranches d'âges inférieures à 65 ans.

Figure 4 : Décès standardisés selon l'année 2020 en France



Le livre de Pierre Chaillot (*Covid-19 : ce que révèlent les chiffres officiels*) ne montre également pas de mortalité en augmentation significative ou de chute de l'espérance de vie à l'échelle de l'Europe.

En fin de compte, le taux de mortalité[(a)] lié au Covid-19 dans le monde est très faible. Il avoisine les 0,02 % en 2020 et 0,04 % en 2021[15]. Nous sommes très loin des ravages de la peste noire. Et à ma connaissance, personne n'a observé de cadavre à chaque coin de rue.

2. Les hospitalisations

a. Contexte de la politique de l'hôpital

Tout d'abord, il convient de rappeler que le nombre de lits d'hospitalisation diminue constamment, tandis que la démographie augmente. **En 20 ans, ce sont près de 100.000 lits d'hospitalisation complète qui ont été supprimés selon l'Insee[16]. Durant la « pandémie de Covid » entre 2020 et 2022, 17.500 lits ont été supprimés**[17].

[a] Taux de mortalité = Proportion de décès par rapport à l'ensemble d'une population

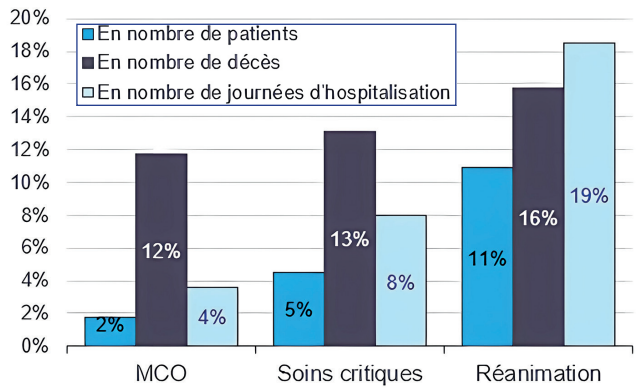
En ce qui concerne la réanimation, les données gouvernementales de 2020 révèlent que dans dix départements français, **seulement 2 à 3 lits de réanimation étaient disponibles pour 100 000 habitants**. Les départements les moins défavorisés, quant à eux, pouvaient en avoir jusqu'à vingt[18]. Il est facile de comprendre que ces derniers seront rapidement occupés lors de la moindre petite épidémie.

En mars 2020, les médias martelaient en permanence que les hôpitaux étaient saturés. Il y a eu effectivement des hôpitaux remplis de patients Covid-19 mais il faut remettre les choses en contexte. Au début de la déclaration de la crise sanitaire, le gouvernement avait habileté **seulement 108 des 2989 établissements de santé à recevoir du Covid**[19]. Il y a eu donc un gros effet d'entonnoir, où tous les malades étaient rassemblés dans un faible nombre d'hôpitaux. L'hôpital était par conséquent désorganisé. De plus, le Ministre de la Santé Olivier Véran a demandé à tous les hôpitaux d'activer le plan blanc maximal et de vider tous les services pour anticiper un éventuel déferlement de malades. Ceci a engendré une déprogrammation massive des soins, ainsi qu'une chute de la prise en charge des AVC, infarctus, cancers et pathologies chroniques. Ce qui se traduira par une dégradation générale de la santé publique.

b. Données sur les hospitalisations

Ce discours de saturation tombe comme un château de cartes en novembre 2021 lorsque Martin Blachier (un médecin de plateau TV qui change d'opinion tous les jours comme une girouette) présente sur la chaîne LCP un rapport de l'*Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation* (ATIH)[20], un organisme affilié au Ministère de la Santé. Celui-ci fait l'effet d'une bombe en révélant que **les patients Covid ne représentaient que 2 % de l'ensemble des hospitalisations et 5 % des soins critiques en 2020**[21] (figure 5). Cependant, le Covid représente 12 % des décès à l'hôpital et 13 % en soins critiques. Ces chiffres résultent du manque de prise en charge, une conséquence que nous aborderons dans le chapitre 3.

Figure 5 : Poids des patients COVID dans l'activité hospitalière MCO[a], en 2020 - ATIH



[a] MCO = hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

En mettant en perspective ces chiffres avec le nombre total d'hospitalisations toutes causes sur l'année 2020, on remarque que **le Covid a eu un impact extrêmement faible sur l'hôpital**[22] (figure 6). Même en se concentrant sur la période du pic de l'épidémie en avril 2020, lorsque l'hôpital a été vidé de la moitié de ses occupants, on ne constate qu'une proportion de 7,5 % de cas liés au Covid.

Figure 6 : Bilan hospitalier, nombre de séjours hospitaliers par mois en MCO (hors séances), en 2020 - ATIH, ScanSanté

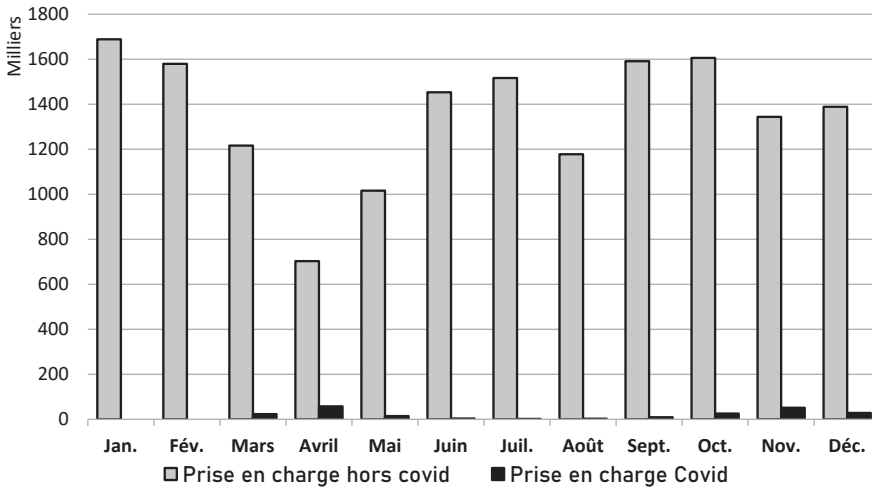
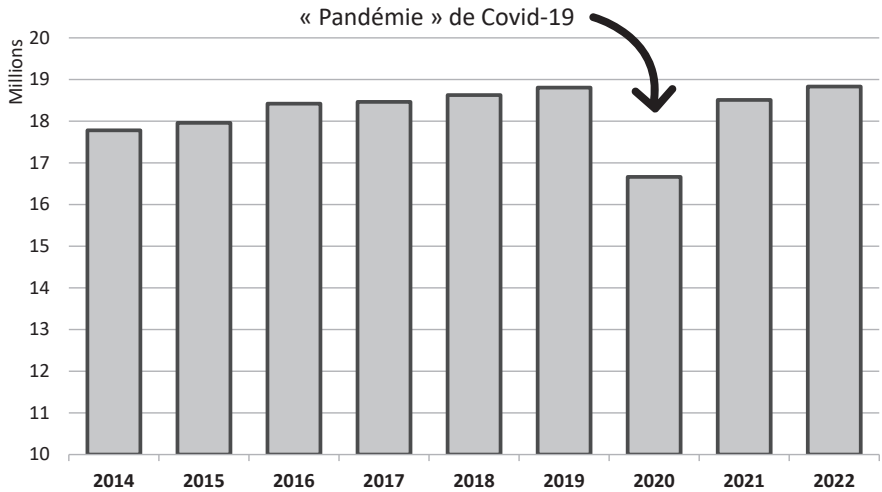


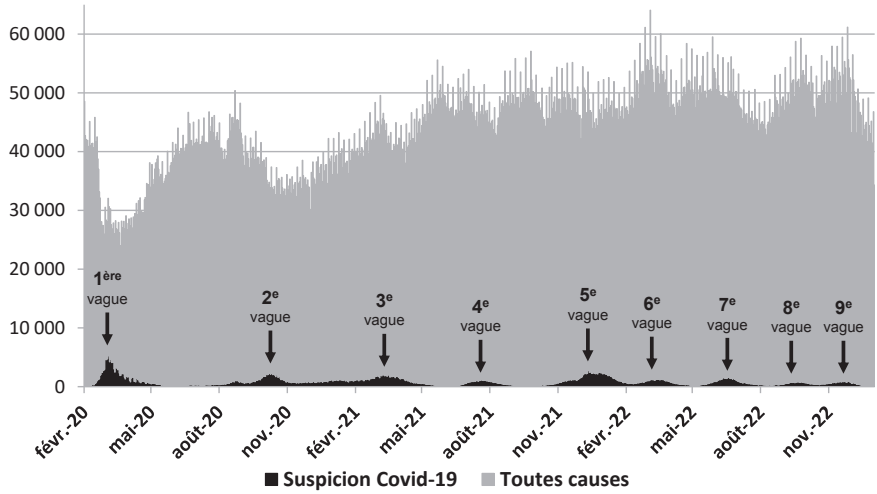
Figure 7 : Nombre de séjours hospitaliers en MCO (hors séances) entre 2014 et 2022 – ATIH, ScanSanté



En comparant le nombre de séjours hospitaliers de 2020 avec celui des années précédentes, on constate que l'activité hospitalière de l'année 2020 est la plus faible depuis au moins 2014[23] (figure 7). Cela met en évidence que, malgré la déprogrammation massive des soins au printemps 2020, le Covid n'a pas réussi

à compenser le déficit d'occupation. Il semblerait même que la « pandémie » ait été efficace pour soulager l'hôpital en termes d'occupation.

Figure 8 : Nombre de passages aux urgences quotidiens – GÉODES - Santé Publique France



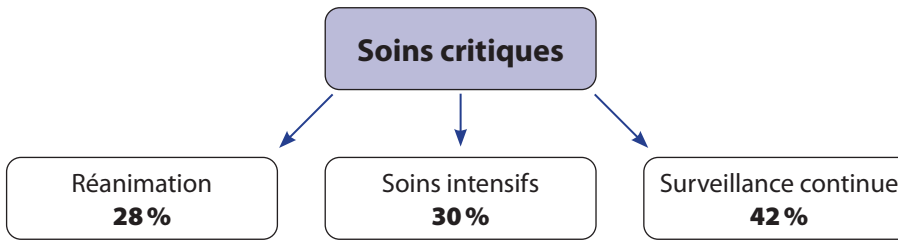
Pour le nombre de passage aux urgences, même constat. Les cas journaliers de suspicion de Covid-19 n'excèdent jamais les 6 000 tandis que les cas toutes causes s'échelonnent en moyenne entre 30 000 et 50 000. Les vagues de Covid sont à peine visibles sur le graphique (figure 8)[24].

c. Confusion entre réanimation et soins critiques

Pendant la « pandémie », les médias reprenaient les rapports de Santé Publique France pour relayer les chiffres du nombre de patients Covid en réanimation. Cependant, les journalistes ont commis une erreur, car les chiffres de réanimations présentés étaient en réalité ceux des soins critiques, selon un rapport de la Cour des Comptes[25] rendu public le 22 septembre 2021.

Pour bien comprendre, distinguons la différence entre soins critiques et réanimation. En réalité, la réanimation représente qu'une partie des soins critiques. Ceux-ci étant divisés en trois types d'activités : la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue (figure 9).

Figure 9 : Distinction entre soins critiques et réanimation

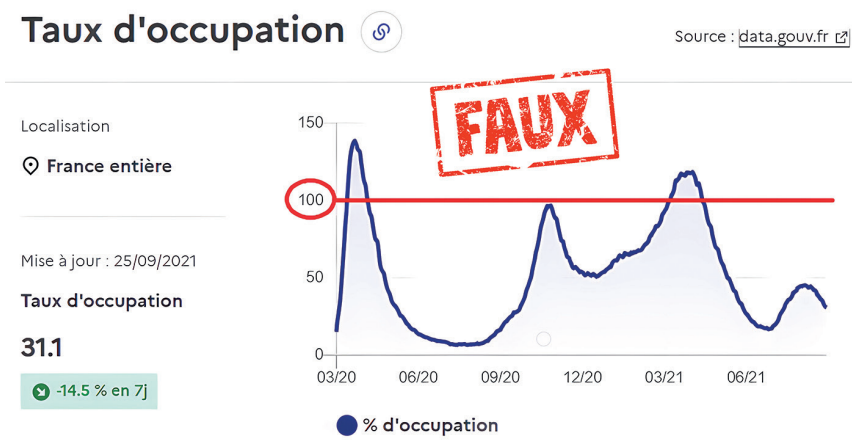


Selon la DREES du Ministère de la Santé, au 31 décembre 2019, le nombre de lits en soins critiques s'établissait à 19 600. 28 % d'entre eux se trouvaient en réanimation (5 080 lits pour adultes), 30 % en soins intensifs et 42 % en surveillance continue[26].

Chaque jour, pour calculer le taux d'occupation, le gouvernement rapportait le nombre de personnes admises en soins critiques au nombre de lits de réanimation en capacité initiale en décembre 2019 (5 080), au lieu de le rapporter au nombre de lits total de soins critiques[27]. De plus, on sait que parmi les soins critiques, la réanimation ne représentait seulement le tiers de ceux-ci en 2019. Cela génère inévitablement des aberrations statistiques comme des taux d'occupation en réanimation supérieurs à 100 % (figure 10). Notons qu'en mars 2021, Santé Publique France a annoncé avoir corrigé cette erreur dans son rapport épidémiologique en remplaçant le terme « réanimation » par « soins critiques »[28]. Le Gouvernement fait de même sur son site. Néanmoins, l'erreur de calcul n'a pas été corrigée et demeure sur le site gouvernemental. De cette façon, ce dernier continue de faire croire que les services de soins critiques sont saturés.

Exemple : le 7 avril 2020, 7 059 patients étaient placés en soins critiques sur 5 080 lits de réanimation en 2019 = 139 % d'occupation. En réalité, **il s'agissait de 36 % d'occupation au maximum de l'épidémie en soins critiques** (7059/19600=36 %).

Figure 10 : Taux d'occupation des lits de réanimation selon le Gouvernement



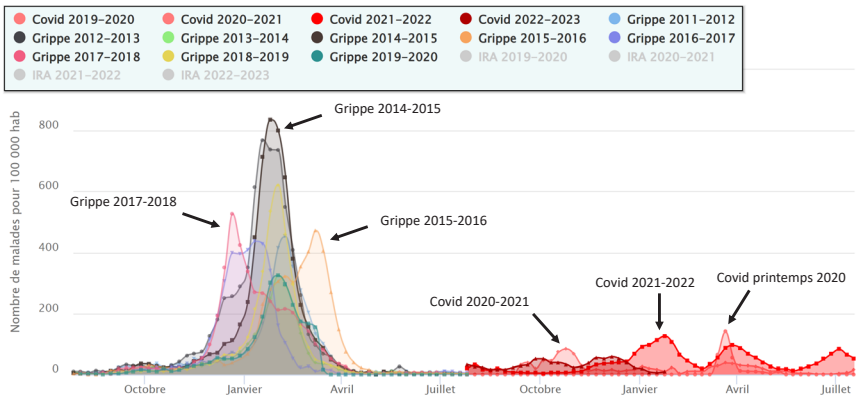
3. Les malades

a. Taux d'incidence

Durant cette période, on a considéré comme atteinte du Covid, toute personne ayant un test positif. Si ces personnes n'étaient pas malades, mais porteuses du virus, elles étaient qualifiées « asymptomatiques ». Dans l'imaginaire collectif,

ces dernières pouvaient potentiellement être des « dangers publics », des « inconscients » et des « irresponsables contaminateurs ». Quelle situation ubuesque ! De plus, il n'y avait aucune évidence que les cas asymptomatiques pouvaient transmettre le virus même par des contacts étroits selon une vaste étude publiée dans la revue *Nature* en novembre 2020[29]. Par la peur, la population s'est fait tester à tout va. Le nombre de positifs était extrêmement grand, jusqu'à atteindre des valeurs astronomiques (plusieurs centaines de milliers de cas par jour). Pour inciter les médecins à déclarer les cas de Covid, la consultation était facturée à 55 € contre 25 € habituellement, avec même une rémunération supplémentaire de 4 € pour chaque cas contact déclaré[30]. Chez le patient, jusqu'au 1er février 2023, un test positif ou le simple fait d'être cas contact donnait le droit à (ou imposait) un arrêt maladie[31]. En épidémiologie, nous devons regarder le nombre de malades hebdomadaire. L'IRSAN dont le directeur est Laurent Toubiana dresse un bilan sur le taux d'incidence[(a)] du Covid-19 et le compare avec celui de la Grippe[32]. Le constat est clair, la Grippe saisonnière a une incidence beaucoup plus importante que celle du Covid (figure 11).

Figure 11 : Comparaison de l'incidence Covid-19/Grippe par semaine - IRSAN



Taux d'incidence maximal du Covid-19 (printemps 2020) :

⇨ **140 /100 000 habitants**

Taux d'incidence maximal moyen des Syndromes Grippaux (entre 2011 et 2020) :

⇨ **500 /100 000 habitants**

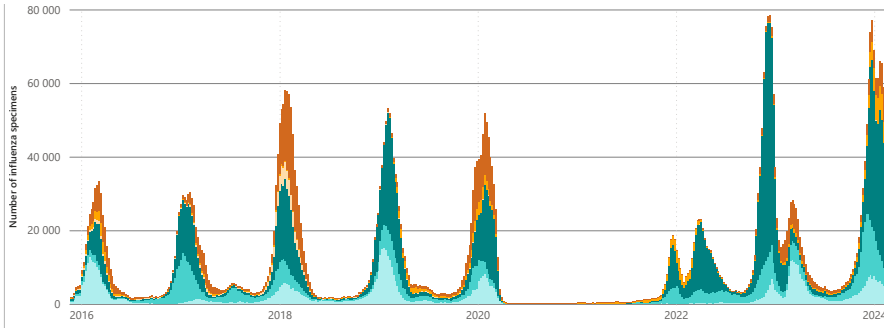
b. Transfert de codage

De façon hasardeuse, la Grippe a disparu des statistiques après l'apparition du Covid-19 au printemps 2020 et 2021 (figure 12)[33]. Ceci est la conséquence que tout le monde se focalisait sur le nouveau virus à la mode. En France,

[a] Taux d'incidence = rapport entre le nombre de cas d'une pathologie pendant une période et une population donnée

comme le rapporte Pierre Chaillot dans son livre, un transfert de codage a été effectué dans les hôpitaux.

Figure 12 : Surveillance de la Grippe dans le monde - OMS



L'OMS a intégré le Covid-19 avec un code d'urgence (U07) dans la classification internationale des maladies (CIM-10)[a]. En l'occurrence, il est utilisé pour établir une tarification à l'activité de soins (T2A) en France[34]. Cette méthode de transfert a permis de tarifer le séjour d'un patient malade du Covid-19 au moins à 2 208 €, contre par exemple 1 007 € pour une simple Grippe[35]. Financièrement, il était donc plus intéressant de déclarer davantage de Covid-19 compte tenu de la peur généralisée et de la crise de l'hôpital.

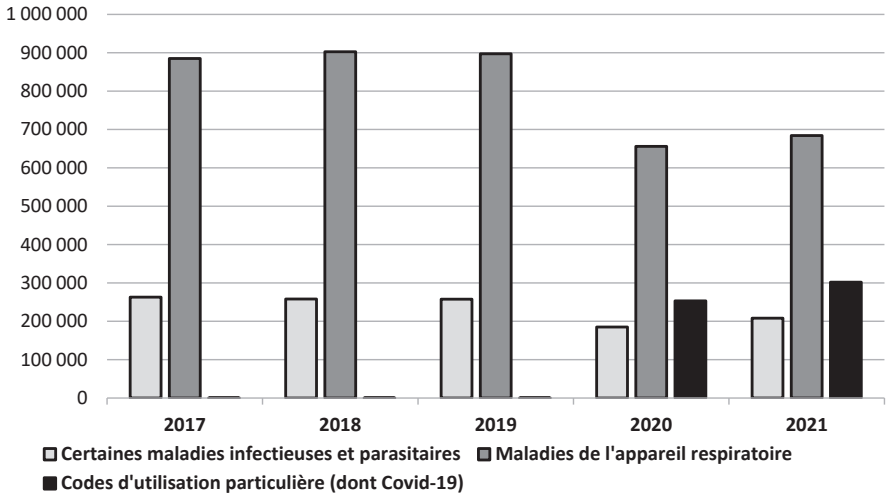
Cela s'est observé dans les statistiques hospitalières en 2020. Habituellement, il y a 900 000 séjours à l'hôpital pour les maladies de l'appareil respiratoire, et soudainement ce nombre chute à 650 000 en 2020, en même temps que le nombre de patients malades du (ou avec) Covid atteint environ 250 000 (figure 13)[36].

Au final, nous pouvons désormais conclure que le Covid-19 a eu un impact très modeste sur la mortalité et sur les hôpitaux. Il n'y a pas eu de déferlement de malades chez les médecins sur toute la période « pandémique ». Alors comment en est-on arrivé à parler de « pandémie » pour une telle maladie ? Pour comprendre, il faut revenir dans le passé et se pencher sur la définition de base du mot « pandémie » de l'OMS. Selon le rapport du Sénat sur la Grippe H1N1 publié en 2010, les critères de définition ont évolué[37]. Avant 2009, une pandémie était caractérisée par la survenue d'un virus se propageant à l'échelle mondiale et par sa gravité. À partir d'avril 2009, dans un nouveau plan de préparation aux pandémies, **le critère de gravité a été abandonné**. Deux mois après, l'OMS déclare la (fausse) pandémie de Grippe H1N1 au monde entier. Et puis elle récidive avec le Covid-19 avec des mesures bien plus drastiques.

[a] Pour détailler la procédure, le Covid-19 a été introduit dans la Classification Internationale des Maladies CIM-10 sous cinq codes (U07.10, U07.11, U07.12, U07.13, U07.14, U07.15). Et puis le Covid s'est vu attribuer des GHM dans les deux racines suivantes : 04M06 et 04M07 pour infection ou inflammation respiratoire. Le GMH *04M07* permet de tarifer le séjour à 2 208 € contre 1 007 € pour le GMH *04M25* étant attribué à la Grippe.

Dans une interview accordée à LCI en octobre 2020, le Pr Raoult relativisait l'impact du Covid sur les hospitalisations et s'exclamait face au journaliste : *« Qu'est-ce qu'on va suggérer ? Que tout le monde reste enfermé toute sa vie parce qu'il y a des virus dehors ? Mais vous êtes tous fous ! Vous êtes devenus tous cinglés ! »*[38]. Effectivement, ils sont devenus fous…

Figure 13 : Nombre de séjours hospitaliers annuels en France selon le type de maladie (GHM) – ATIH, ScanSanté



L'essentiel

Bilan chiffré de la « pandémie » de Covid-19

- Faible taux de mortalité dans le monde :

  0,02 % en 2020 **0,04 %** en 2021

- 2020 n'est pas une année record en mortalité (équivalent à 2015)
- Âge médian des décès :

  85 ans

- Faible occupation hospitalière en 2020 :

  2 % des hospitalisations **5 %** des soins critiques

- Taux d'incidence maximal (malades)

  Covid-19 ➡ **140** /100 000 habitants

  Grippe ➡ **500** /100 000 habitants

  (Moyenne 2011-2020)

- Incitation financière à déclarer davantage de Covid, tant pour les médecins que pour les hôpitaux.
- En 2009, l'OMS a abandonné le critère de gravité pour déclarer une pandémie.

CHAPITRE 2

La propagande

Médias, peur, culpabilisation, infantilisation

1. La couverture médiatique

Comme dit précédemment, l'allocution du Président français Macron le 11 mars 2020 a eu l'effet d'un choc sur la population en annonçant que nous étions «*en guerre*» et un confinement jusqu'à nouvel ordre. De son côté, le chef de l'ONU Antonio Guterres utilise cette même métaphore guerrière[1]. Pendant la période du premier confinement, l'Institut national de l'audiovisuel (INA) rapporte que **80 % de la durée des Journaux Télévisés a été consacrée au nouveau coronavirus**[2]. De quoi bien maintenir la peur dans la population.

Une Tribune signée par plus de 500 universitaires, scientifiques, professionnels de la santé, du droit, de l'éducation et du social et des artistes le 29 octobre 2020 dénonce la politique de peur et de culpabilisation du gouvernement[3]. Celle-ci fait suite aux propos du Président Macron sur la deuxième vague en annonçant un deuxième confinement n'ayant aucune fondation scientifique : «*d'ici quelques mois, c'est au moins 400 000 morts supplémentaires à déplorer*», affirmait le président[4]. De leur côté, les médias titraient les 523 morts du Covid le 27 octobre alors que ce chiffre était faux, car les morts en EHPAD n'étaient comptés qu'une fois tous les quatre jours en les cumulant. Il y avait donc par ce biais-là, une volonté de gonfler artificiellement le nombre de décès Covid pour effrayer la population. La peur a régné d'autant plus sur le fait que la population devait rester enfermée à regarder la TV en attendant patiemment l'autorisation de sortir.

2. La décontextualisation des chiffres

Tous les soirs durant le premier confinement, le Directeur Général de la Santé Jérôme Salomon dressait un bilan du nombre d'hospitalisations et de décès du Covid-19 afin de rappeler à tout le monde les ravages de la « pandémie » et qu'il faut respecter les restrictions sanitaires[5]. Les médias relayaient sans cesse des chiffres effrayants, des graphiques montrant la montée des vagues exponentielles. Ces chiffres étaient souvent sortis de leur contexte. Quand vous annoncez tant de morts et d'hospitalisations, il faut préciser de quoi on parle : la période et le rapport à la taille de population. Par exemple, annoncer 200 morts aura un impact différent selon la manière dont l'information est présentée. Si ces chiffres sont affichés en gros caractères à la télévision, avec en arrière-plan des lits de réanimation et des cercueils, leur impact seront bien