

COVID-19

La pandémie en perspective

**Éléments de réflexion pour ne pas succomber
à la peur, la panique et la psychose.**

Dr. Yannick Pauli

14 avril 2020

*La Peste était en route vers Damas et
croisa à toute vitesse la caravane d'un chef dans le désert.*

« Où allez-vous si vite ? » s'enquit le chef.

« A Damas, j'ai intention d'y prendre mille vies »

Au retour de Damas, la Peste croisa à nouveau la caravane.

*Le chef dit : « Tu es une menteuse la Peste,
c'est cinquante mille vies que vous avez prises, non mille »*

« Non » dit la Peste. « J'en ai pris mille »

« C'est la Peur qui a pris le reste ».

Antony de Melo

Table des matières

Introduction	4
Remettre un peu de contexte	5
Notre manière de répondre aux pandémies	5
De la nécessité de données scientifiques valides	7
Nous acceptons tacitement des morts chaque année	10
Le coronavirus	14
La fiabilité du test (ou son manque de fiabilité)	15
Mortalité du Covid-19 pas vraiment un « virus tueur »	19
Le rôle du stress, de la peur et de la panique	26
A propos des mesures extraordinaires et du confinement	28
Ce qu'ils en disent: opinions d'experts qui ne font pas la une	32
Ma perspective personnelle	34
Ressources complémentaires et références	36

Introduction

La « pandémie » du COVID-19 a engendré de la part des instances sanitaires mondiales, comme l’OMS et le CDC, et les gouvernements nationaux des mesures sanitaires extraordinaires qui sont sans précédents dans le monde et l’histoire de l’humanité. Au-delà du virus lui-même, une autre épidémie fait rage : celle de l’information et de la désinformation.

Le décompte quotidien du nombre de personnes infectées – souvent présenté comme si le fait d’être infecté était synonyme de mort assurée – et de personnes décédées, donné sans contexte et sans savoir si la mort est véritablement attribuable au virus, a engendré peur, panique et psychose dans la population.

En lieu en place de discussions scientifiques et rationnelles, les médias traditionnels et les réseaux sociaux sont tombés dans le sensationnalisme. Tout le monde semble avoir été happé par le phénomène, nombre de scientifiques et politiciens inclus.

Sommes nous donc effectivement en présence d’un « virus tueur » ou comme le suggère plutôt le Dr David S. Jones, MD, PhD dans un article du 12 mars 2020 publié dans la prestigieuse revue scientifique « The New England Journal of Medicine »¹ dans une situation où, se référant aux pandémies, « *l’histoire suggère qu’il existe un risque bien plus élevé de peurs exagérées et de priorités mal placées* » que d’atteinte à notre santé ?

Les considérations que vous trouverez dans ce dossier ne sont pas un simple exercice de réflexion. Les choix faits par nos gouvernements – distanciation sociale, confinement – ont des conséquences bien réelles et potentiellement désastreuses sur notre santé, nos libertés, notre société et notre économie.

Après un mois de mesures, il me semble essentiel de faire le point et de se demander, comme le fait le Dr David L. Katz, Directeur du Yale-Griffin Prevention Research Center, dans un article du New York Times² si « *notre combat contre le coronavirus n’est pas pire que la maladie* » ?

Après avoir été au contact direct de patients et au téléphone avec de nombreux autres, j’ai décidé de constituer ce dossier pour remettre la pandémie en perspective.

Cette analyse n’est pas mon opinion personnelle, même si je l’exprime parfois ou que je pose des questions qui restent encore sans réponses. Elle se fait bien plus l’écho des voix d’un nombre croissant de scientifiques et de nouvelles données publiées qui ne sont souvent pas relayées dans les médias ou qui, lorsqu’elles le sont, ne semblent pas être prises suffisamment en considération. Avant tout, ce dossier a pour but de donner un contexte pour mieux interpréter la déferlante d’information.

J’espère que ces informations vous permettront de tirer vos propres conclusions et qu’elles apporteront de la sérénité et une perspective apaisante en ce qui concerne la « pandémie », deux éléments qui manquent cruellement au débat actuel.

Remettre un peu de contexte

Je vous propose de commencer notre voyage de découverte en remettant un peu de contexte à la situation actuelle.

Remettre un peu de contexte 1 : Notre manière de répondre aux épidémies

La réponse aux épidémies se fait sous l'égide des instances sanitaires internationales, en premier lieu de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le « Center for Disease Control » (CDC).

En général, lorsque l'OMS déclare qu'une pandémie se propage, les gouvernements tremblent et activent leurs mesures sanitaires d'urgence.

Le premier contexte touche donc à la notion de définition de pandémie.

Cette définition n'est pas anodine, car pour le public, le mot « pandémie » est associé à une situation terrifiante. Et pour cause, on y associe régulièrement la pandémie de grippe de 1918 qui avait fait des millions de morts dans le monde.

Alors que j'écrivais ces lignes, j'entendais à la radio un commentateur présenter la définition d'une pandémie. Sa définition n'était plus à jour. En effet, peu de personnes le savent, mais la définition de « pandémie » de l'OMS a été altérée en 2009 à la suite de la « pandémie » de H1N1³.

Avant 2009, l'OMS définissait une pandémie de la sorte :

*« une pandémie (de grippe) **est** présente lorsqu'un nouveau virus de la grippe apparaît contre lequel la population humaine n'a pas d'immunité, donnant lieu à des épidémies mondiales avec **un énorme nombre de morts et de malades** ». (emphase mienne).*

Le CDC (« Center for Disease Control ») définissait une pandémie de la sorte :

« La caractéristique principale d'une pandémie est un excès de mortalité »

Par ces définitions, on parlait donc de « pandémie » lorsque le taux de mortalité était plus élevé que la mortalité naturelle ou la mortalité liée aux épidémies saisonnières.

Après 2009, les définitions ont été changées.

Pour l'OMS « une pandémie **peut** survenir lorsqu'un nouveau virus de la grippe apparaît contre lequel la population humaine n'a pas d'immunité » (emphase mienne)

Noter l'apparition du conditionnel et la disparition du critère d'excès de mortalité.

Pour le CDC, « il y a des pandémies qui ressemblent beaucoup à une mauvaise grippe saisonnière ».

Dès 2009, l'OMS peut donc déclarer la présence d'une pandémie et inciter les gouvernements à mettre en place leurs « plans pandémies » sans qu'il y ait de notion d'excès de mortalité.

Cependant, dans notre inconscient collectif, incluant celui de nos dirigeants, une « pandémie » reste un « scénario catastrophe ».

C'est bien ce qui s'est passé cette année lorsque le 3 mars 2020, le Directeur Général de l'OMS, Tedros Adhanom a fait une déclaration qui a mis en panique les gouvernements :

*« Globalement, environ 3.4% des cas reportés de COVID-19 sont morts. En comparaison, la grippe saisonnière tue en général moins de 1% des infectés ».*⁴

Les médias ont immédiatement relayés l'information de manière dramatique. Nous sommes en présence d'un « virus tueur ». Le spectre de la grande grippe de 1918 plane sur le monde. De là, tout s'est emballé.

Comme l'a bien dit le Dr Joel Kettner, Professeur de Sciences de la Santé Communautaire à l'Université du Manitoba et Directeur Médical du Centre International des Maladies Infectieuses⁵:

« Je n'ai jamais rien vu de tel ... Je ne parle pas de pandémie, parce que j'en ai vu 30, une chaque année... Mais je n'ai jamais vu une telle réaction, et j'essaie de comprendre pourquoi... »

Comme nous le verrons plus tard, l'estimation du taux de mortalité du Covid-19 par l'OMS semble 20 fois supérieure à la réalité. Pourtant, les chiffres présentés par les gouvernements et qui apparaissent régulièrement dans les médias sont très proches, ou dépassent, le chiffre initial présenté par l'OMS. Ces chiffres sont très différents de ce qui est publié dans les études. Pourquoi une telle différence ? Nous allons tenter de le comprendre.

Une telle différence pourrait presque faire sourire si elle n'avait pas amené à la peur, la psychose et la panique et au confinement de 3 à 4 milliards d'individus, plongeant le monde dans une crise sans précédent.

Les experts de l'OMS ont-ils raison ? Se sont-ils involontairement fourvoyés à ce point ?

Ou sommes-nous une nouvelle fois en présence d'un scandale similaire à celui de 2009 ?*

*Le documentaire d'Arte « Les profiteurs de la peur » a révélé que l'OMS, principalement financée par des intérêts privés, avait « surclassé » en 2009 une vague légère de grippe en pandémie globale afin que des vaccins valant des milliards de dollars puissent être vendus aux gouvernements.⁶

Remettre un peu de contexte 2 : **De la nécessité de données scientifiques valides**

Lorsque j'étais en formation chiropratique, j'adorais découvrir les études cliniques faites sur cette approche. Un de mes amis de l'époque, qui avait suivi une formation de scientifique de recherche avant de venir étudier la chiropratique, adorait détailler les faiblesses méthodologiques des diverses études que je trouvais. Il répétait souvent : « *le cœur de la science, c'est une analyse valide de données valides* ».

Cette phrase est essentielle. Pour pouvoir prendre des décisions correctes en matière de politique sanitaire, nos gouvernements ont besoin de pouvoir avoir des *données valides*. Ils doivent ensuite être en condition de faire une *analyse valide* de ces données. Idéalement, cette analyse de fait de manière rationnelle et dénuée d'intérêts financiers, politiques ou carriéristes. Ceux qui réalisent ces analyses n'en restent pas moins des êtres humains qui ne fonctionnent pas en vase clos.

Comme l'a affirmé le 17 mars 2020 le Professeur John Ioannidis, professeur de médecine, d'épidémiologie et de la santé des populations, de données scientifiques biomédicales et de statistiques à la Stanford University, dans un article intitulé « Un fiasco en devenir ? » :

*« On a dit du COVID-19 que c'est la pandémie du siècle. Mais c'est aussi peut-être le fiasco du siècle en matière de manque de preuve. Nous prenons des décisions sans données fiables »*⁷

En matière de données scientifiques, les temps ont bien changé.

En 1918, malgré leurs meilleurs efforts, les scientifiques n'ont pas réussi à découvrir la cause de la pandémie. Ils étaient incapables de faire la différence entre la pandémie de grippe et la grippe saisonnière.

De nos jours, les moyens laboratoires sont au cœur de la surveillance. Et l'identification d'un nouveau virus met immédiatement le système en alerte maximale.

Car souvenez-vous, le changement de définition de l'OMS n'exige plus un excès de mortalité ou un « énorme nombre de mort » pour parler de pandémie, simplement la découverte d'un nouveau virus contre lequel nous n'avons pas d'immunité.

C'est par exemple ce qui s'est passé en 2009 lors de la découverte du H1N1. Dès la découverte de 2 cas de H1N1, les instances sanitaires se sont mises en alerte, même si les deux patients ont récupérés rapidement. Le 26 avril 2009, avec seulement 20 cas et aucun décès, le Département de la Santé américaine a décrété un état d'urgence sanitaire nationale et a commencé de tester à grande échelle.

Cette attention et cette hypervigilance portées aux résultats de laboratoire donnent lieu à ce que le Dr Peter Doshi appelle (dans son excellent article publié dans la prestigieuse revue *British Medical Journal*) **un biais de préoccupation** (« concern bias »).⁸

Selon Doshi, un biais de préoccupation intervient lorsque c'est l'inquiétude et l'anxiété qui font prendre les décisions plutôt que la vraie nature de la maladie. Lorsque des données sont finalement disponibles, ce même biais de préoccupation affecte leurs interprétations. Le « biais de préoccupation » nous empêche d'analyser de manière valide.

Dans son article, le Dr Doshi se réfère H1N1, mais ses considérations sont tout à fait applicables au COVID-19.

Voici ce qu'il dit dans son article :

« L'augmentation rapide de testing virologique amplifie la prévalence perçue du H1N1 et minimise simultanément le rôle que d'autres agents peuvent jouer dans la causation des mêmes symptômes... L'augmentation de résultats positifs, cependant, peut n'être qu'en partie le reflet d'une augmentation de la prévalence de la grippe. Il peut aussi être dû à des changements dans la manière de prélever, de tester et de reporter les spécimens respiratoires ».

Et comme nous le verrons plus tard, il ne faut pas seulement considérer que d'autres agents microbiens puissent jouer un rôle dans la maladie, il faut aussi considérer d'autres circonstances environnementales. Dans le cas du coronavirus, nous verrons par exemple que la pollution atmosphérique semble jouer un rôle crucial dans la mortalité.

Le Dr Doshi continue :

« le haut degré de préoccupation rend difficile la capacité à déterminer si c'est l'épidémie qui s'est vraiment révélée (en raison de sa virulence) ou si sa présence n'a été mise en lumière que parce qu'une vigilance accrue a été déclenchée par les annonces officielles ».

En d'autres termes, si les scientifiques n'avaient pas découvert le covid-19, ils concluraient probablement que la grippe saisonnière de cette année est particulièrement forte.

Dans la bouche du Professeur Stephan Hockertz, un spécialiste suisse des maladies infectieuses ⁹ :

« Le Covid-19 n'est pas plus dangereux que la grippe, mais on l'observe de beaucoup plus près. Ce qui est plus dangereux que le virus, c'est la peur et la panique créée par les médias et les réactions autoritaires de nombreux gouvernements ».

En bon français, ce que dit le Dr Doshi, c'est que l'augmentation du nombre de cas n'est pas nécessairement seulement dû à une véritable épidémie, mais au fait que l'on cherche le virus partout et que, en le cherchant, on le trouve.

Comme nous le verrons plus tard, l'augmentation du nombre de cas positifs de Covid-19 est le reflet du nombre de tests effectués et pas d'une augmentation exponentielle de la maladie elle-même, comme l'affirme de nombreux médias.

Pour illustrer ce propos, imaginons que 10% des personnes testées sont infectées et ont un résultat positif (ce qui est le cas du Covid-19 comme nous le verrons plus tard).

Si mes réserves de tests me permettent de tester 1000 personnes par jour, j'aurais chaque jour 100 nouveaux cas. Si je teste 1000 personnes pendant 10 jours, j'aurais donc un total de 1000 cas positifs. Et si j'ai une rupture de stock de test pendant 5 jours, je n'aurais plus aucun nouveau cas pendant ces 5 jours ! Puis si je reçois un nouveau stock qui me permet de tester 20'000 personnes par jour, j'aurais alors 2000 nouveaux cas par jour !

Une analyse valide des données

Les données valides sont importantes, mais leur interprétation valide l'est tout autant. C'est pourquoi il est essentiel, afin d'éviter le « biais de préoccupation », de les remettre dans un contexte plus global.

Bien évidemment, pour avoir des données valides sur le nombre de personnes infectées et de morts attribuables au virus, il faut avant tout pouvoir bénéficier **d'un test fiable**.

Les instances sanitaires mondiales, les gouvernements et les médias nous font un décompte quotidien mortifiant des statistiques d'infectés, d'hospitalisés en soins intensifs et de morts. Tout cela sur la base d'un test en qui ils font une confiance aveugle.

Malheureusement, comme nous le découvrirons plus tard dans ce dossier, le test pour le Covid-19 n'est pas fiable ... au point d'en faire sourire si on ne parlait pas de la vie des gens. Vous verrez, c'est tout bonnement hallucinant !

Remettre un peu de contexte 3 :

Nous acceptons tacitement un certain nombre de morts chaque année

Les mesures drastiques prises par les gouvernements nous sont présentées sous la forme de deux arguments principaux : aplatir la courbe de l'épidémie afin d'éviter au système de santé d'être submergé et protéger nos populations à risque, notamment les personnes âgées.

En ce début d'épidémie, l'argument sanitaire de la protection de nos populations à risque est prioritaire. Il prend le précédent sur les considérations économiques. Pourtant, après 1 mois de mesures, les considérations économiques sont remises sur la table. Il ne s'agit pas ici de matières purement financières, mais également de l'impact de l'arrêt de l'économie sur notre santé. Ces considérations sont à garder à l'esprit car comme l'a dit le Dr Katz (cité plus haut) il ne faut pas que le remède soit pire que la maladie.

Ce qui est intéressant, c'est qu'en tant que société, en temps normal, ***nous acceptons tacitement qu'un certain nombre de personnes meurent chaque année.***

Par exemple, 230 personnes en Suisse et 3'500 personnes en France meurent chaque année d'accidents de la route. Dans le monde, ce sont 1.35 millions de personnes qui décèdent chaque année d'accidents de la route. Pourtant, en tant que société, nous ne confinons pas les véhicules.

En 2017, 5 millions de personnes dans le monde sont mortes à cause de la pollution de l'air. Pourtant, les gouvernements n'ont jamais pris de mesures radicales – ils n'arrivent d'ailleurs pas à s'accorder sur les mesures à prendre – pour réduire ce chiffre. De ce que nous pouvons observer actuellement, il semblerait que le confinement de 2/3 de la population mondiale soit une mesure efficace. Pourtant, en temps normal, nous n'interdisons pas l'utilisation des véhicules, de l'aviation et les industries polluées.

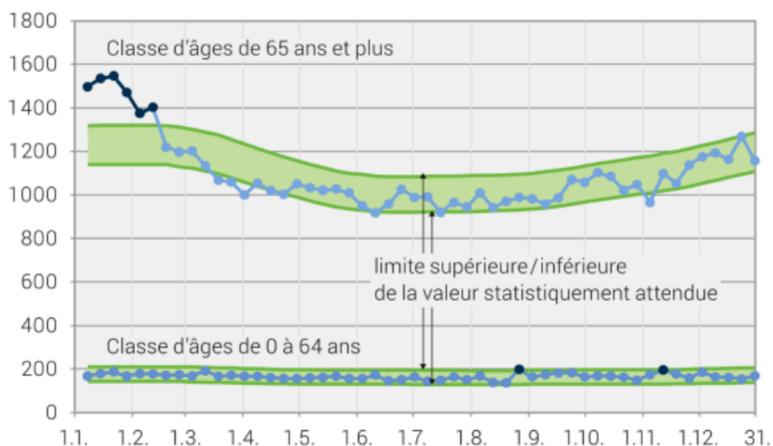
L'argument n'est pas si ridicule. Pourquoi ne le faisons nous pas ? ***La pollution atmosphérique tue plus de personnes chaque année que les maladies infectieuses respiratoires.***

En effet, chaque année, dans le monde, « seulement » 2.6 millions de personnes meurent des conséquences d'une maladie respiratoire infectieuse. En matière de grippe saisonnière, jusqu'à 80'000 personnes meurent chaque année aux USA, jusqu'à 25'000 en Italie¹⁰ et jusqu'à 1'500 en Suisse.

En 2017 par exemple, la grippe saisonnière a été particulièrement meurtrière avec 24'981 décès en Italie et une importante surmortalité en Suisse (environ 200 cas supplémentaire par semaine pendant au moins 1 mois, voir graphique ci-dessous). En 2017 en Suisse, la surmortalité s'est soldée par 1000-1500 cas supplémentaires, c'est-à-dire l'équivalent, voire moins, du nombre de cas de décès attribués au Covid-19 à l'heure où j'écris ces chiffres (pour autant que les cas de décès sont tous en lien direct avec le virus, ce qui n'est pas nécessairement le cas comme nous le verrons plus tard)

Décès par semaine en 2017

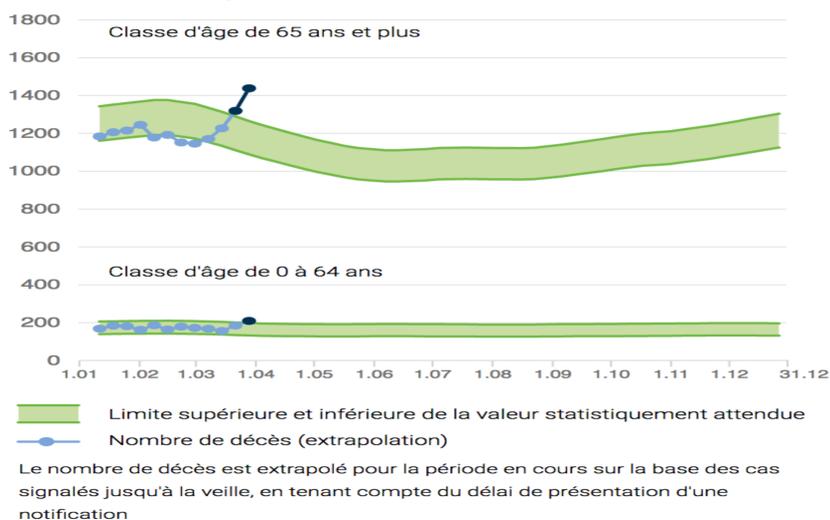
Nombre de décès par semaine



Surmortalité liée à la grippe saisonnière en 2017, représentée par les points et la ligne bleue foncée en haut à gauche.¹¹

Décès par semaine en 2020

Nombre de décès par semaine



Au 07.04.2020 (dernières données disponibles à l'heure où j'écris), la surmortalité de 2020 n'a pas encore dépassé celle de 2017.¹²

Une situation similaire s'est produite en 2015, tant en Suisse qu'en Italie par exemple.

Et pourtant, nous n'en avons absolument pas entendu parler et aucune mesure sanitaire n'avait été prise.

A l'heure où j'écris ces lignes, la surmortalité en Suisse n'a pas dépassé celle de 2015 ou 2017, l'Italie compte 20'465 morts (moins qu'en 2017) et le nombre total de morts attribuées au COVID-19 dans le monde avoisine les 120'000.

Pour donner une autre perspective, aux Etats-Unis entre 60'000-80'000 personnes meurent chaque année de la grippe saisonnière. A l'heure actuelle, les Etats-Unis comptent 25'000 décès en lien avec le Covid-19.

Le système médical américain, au travers de ses erreurs médicales et de ses maladies nosocomiales, tuent entre 250'000 et 440'000 personnes chaque année.¹³ C'est au minimum dix fois plus que le nombre de décès attribué au Covid-19 à l'heure où j'écris.

En Suisse, le nombre de décès par erreur médical est estimé à 1'700 par année.¹⁴ Pourquoi le gouvernement ne fait-il rien à ce sujet. Pourquoi les médias ne font-ils pas un décompte quotidien de ces morts évitables ?

Chaque mort est bien évidemment tragique et il est essentiel de protéger les personnes à risque. Mais les personnes décédées les années précédentes, et particulièrement celles décédées en 2015 et 2017, avaient-elles moins de valeurs que les personnes décédées 2020 avec ou par le virus Covid-19 ?

Les personnes décédées les années précédentes ne méritaient-elles pas aussi des mesures drastiques ? Et les personnes qui décèdent d'erreurs médicales, de la pollution atmosphérique ou des accidents de la route ne méritent-elles pas des mesures drastiques ?

La réalité est – et nous en sommes les témoins privilégiés – que les mesures sanitaires trop drastiques qui pourraient avoir un impact sur ces différentes causes de mortalité engendreraient un énorme coût au niveau social et économique.

Nos gouvernements font donc une analyse risques/bénéfices et nous, population, acceptons tacitement que chaque année, des milliers de personnes meurent sans que rien de sois fait pour les protéger. Le gouvernement n'en parle pas, les médias n'en parlent pas et cela arrange la conscience de tout le monde.

Une question fondamentale est donc la suivante :

Alors que les données actuelles suggèrent que nous ne sommes pas en présence de surmortalité par rapport à certaines années précédentes (chez les personnes de moins de 65 ans) et une possible très légère surmortalité chez les plus de 65 ans (et ce n'est pas le cas dans tous les pays ; certains pays sont en-dessous de leur taux annuel)¹⁵, **pourquoi avons-nous réagi de la sorte ?**

Y avait-il vraiment matière à réagir aussi fortement ? Ou notre système s'est-il emballé ?

Certains argumenteront que les statistiques actuelles ne sont pas pires grâce aux mesures sanitaires drastiques mises en place.

Nous espérons tous n'avoir pas enduré tout cela pour rien.

Pourtant, d'un point de vue scientifique, cet argument ne tient pas la route. Comme nous le verrons plus tard, si le lavage des mains et la distanciation sociale ont été démontrés

comme étant efficaces pour réduire la propagation de virus, aucune donnée solide ne démontre l'efficacité de la fermeture des écoles et du confinement.

Il est impossible d'évaluer les effets d'une intervention (le confinement) si on ne peut pas la comparer à une autre intervention ou au fait de ne rien faire.

Heureusement, certains pays ont agis différemment et le futur nous dira si nous avons fait les bons choix ou non. A l'heure actuelle, la Suède, qui n'a pas fermé ses écoles, ses magasins et ces centres sportifs, compte deux fois moins de décès par million d'habitants que la Suisse.

Et ces considérations ne prennent pas en compte l'opinion de certains experts qui pensent qu'il aurait mieux valu laisser courir le virus pour que la population puisse développer une immunité de groupe (nous en reparlerons plus tard)

Remettre un peu de contexte 4 : **Le coronavirus**

Plus de 200 virus sont impliqués dans les maladies respiratoires. Les principaux sont les rhinovirus, les adénovirus, les entérovirus, les virus de la grippe, et les coronavirus.

Des études montrent que les coronavirus sont impliqués années après années dans 7-15% des infections hivernales des voies respiratoires.

Nous faisons donc face chaque année à une invasion planétaire cyclique virale. Certaines années sont plus dures que les autres, mais en général, la peur, la panique et la psychose n'entrent pas en considération. Ces maladies sont la plupart du temps bénignes pour la majorité de la population et, comme nous l'avons vu précédemment, en tant que société nous acceptons tacitement qu'un certain nombre de personnes à risque meurent chaque année.

Le covid-19 (SARS-Cov-2) est un coronavirus qui aurait muté et passé de l'animal à l'homme.

Des scientifiques ont examinés les 4 types de coronavirus les plus courants entre 2013 et 2020 et montré que la mortalité liées à ces virus se situaient entre 0.36% et 2.7%. En 2016 en France, la mortalité des coronavirus était de 0.8%.¹⁶

Le risque de décès est augmenté chez les personnes à risque et les personnes âgées.

Mais pour garder un contexte, mentionnons que le virus du rhume a déjà eu une mortalité de 8% chez des personnes âgées en home !¹⁷

Comme nous le verrons plus tard, le **Covid-19, même s'il est très contagieux, n'est pas le « virus tueur »** annoncé début mars par l'OMS.

Pour déterminer la mortalité d'un virus, il faut connaître le nombre total de personnes infectées et le nombre de morts confirmés.

Pour cela, il faut un test fiable et comprendre ce que veulent dire « cas suspect », « cas confirmé », « mort confirmée » et « mort avec le virus » vs « mort par le virus ».

Et comme nous allons le voir tout de suite, les choses sont loin d'être aussi claires que les médias, la plupart des scientifiques présents dans les médias et les politiques veulent bien nous le faire croire.

La fiabilité du test PCR (ou plutôt son manque de fiabilité !)

Pour avoir des données fiables et valides, il faut pouvoir compter sur un test fiable, qui a été validé scientifiquement.

Actuellement, les données statistiques sur lesquelles notre gouvernement se base et que les médias nous abreuvent en continu dépendent d'un test de dépistage du Covid-19, le test PCR.

Toutes les décisions prises par les instances internationales et nos gouvernements se font sur la base des résultats de ce test qui est devenu une véritable vache sacrée.

Le problème ?

La fiabilité du test est extrêmement discutable.

Plusieurs revues montrent qu'en moyenne 10% des personnes testées ont un résultat positif ^{18,19,20}. Ces taux varient en fonction des pays. Il est plus proche des 5% pour l'Allemagne et des 20% pour la France. D'autres analyses placent ce taux entre 10-15%, ce qui est compatible avec les données discutées plus haut qui montrent que les coronavirus sont responsables de 7-15% des infections hivernales.

Chaque jour, les autorités publient le nombre de nouveaux cas infectés confirmés. Malgré l'augmentation du nombre de personnes testées, le taux de personnes positives restent stable à environ 10%.

L'augmentation du nombre de cas est donc représentative du nombre de test effectué, et non d'une propagation exponentielle du virus !

Comme le résume bien un article du Monde :

Covid-19 : plus on dépiste la population, plus on recense de cas

Les problèmes avec le test PCR actuel

1. Les faux négatifs

Dans les cas de faux négatifs, une personne est effectivement infectée par le virus mais le résultat du test sort négatif. Il y peut y avoir plusieurs raisons à cela. Par exemple, le prélèvement n'a pas été fait correctement ou l'infection n'est pas encore suffisamment avancée. Une étude chinoise fait d'état d'un nombre élevé de faux négatifs.²¹

2. Les faux positifs

Dans les cas de faux positifs, une personne n'est pas infectée par le virus, mais les résultats du test ressortent néanmoins positif. La raison principale est une réaction croisée, qui est bien connue chez les coronavirus. La présence d'un autre virus fait croire à la présence du virus que l'on recherche.

Par exemple, en 2003 en Colombie Britannique (Canada), les scientifiques ont tout d'abord cru à une épidémie de SRAS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère, le cousin du Covid-19 actuel) à la suite de nombreux tests positifs. Ils se sont ensuite rendus compte qu'il ne s'agissait pas de SRAS mais de faux positifs à un autre coronavirus bénin.²²

Le 5 mars 2020, des chercheurs chinois ont publié une étude qui montrait que, chez des personnes exposées à des personnes qui étaient positives, le taux de faux positif allait jusqu'à 80%! L'étude chinoise est apparue dans le registre mondial des études scientifiques www.pubmed.com. Cette étude a ensuite été retirée. Cela arrive lorsqu'une étude est de mauvaise qualité méthodologique. Ce qui est étrange, c'est que lorsqu'une étude est retirée, elle reste habituellement référencée dans Pubmed, qui indique son retrait et les raisons du retrait. Cette étude-ci a tout simplement disparu de Pubmed sans aucune explication. Des journalistes américains ont réussi à contacter l'auteur chinois qui n'a pas donné d'explication pour le retrait et qu'il s'agissait d'une « matière sensible ».

3. Instabilité dans le temps

Pire encore, les résultats du test ne sont pas stables dans le temps pour un même patient. La même étude chinoise mentionnée au point 1 a montré qu'en faisant régulièrement le test, un même patient a parfois des résultats positifs et parfois des résultats négatifs!²³

4. Un test pas ou peu validé.

En Chine, les tests de dépistage ont fait leur apparition en 15 jours seulement. Dans une interview, le Président de l'Académie Chinoise des Sciences Médicales admettait que la précision du test n'était que de 30 à 50%. Autant tirer à pile ou face!²⁴

5. Un kit pré-infecté ?

Attachez-vous, nous passons la frontière de la science-fiction. En Angleterre, la campagne de dépistage a été ralentie parce que des parties du kit de dépistage qui avaient été commandées au Luxembourg étaient déjà contaminées par le virus ! Cela ne s'invente pas !²⁵

Autres problèmes liés au diagnostic du Covid-19

6. Le test n'exclut pas d'autres co-infections

Le test pour le Covid-19 n'exclut pas d'autres co-infections. Le manuel d'instruction du test du CDC indique : « *un résultat positif indique une infection active avec 2019-nCov mais n'exclut pas une infection bactérienne ou une co-infection avec d'autres virus. **L'agent détecté peut ne pas être la cause définitive de la maladie*** ». ²⁶

Si vous êtes positif au test du Covid-19 – en partant du principe que le test est fiable, ce qui comme nous l'avons vu n'est pas le cas – cela ne veut pas encore dire que vos symptômes sont dus au Covid-19. ***Ils peuvent être dû à d'autres micro-organismes.*** Des études montrent que des co-infections sont présentes jusque dans 24% des cas.²⁷

Le problème est que nous sommes tellement obnubilé par le Covid-19 que nous ne testons plus que lui. Et donc, si vous devez être positif, vous n'allez être positif qu'au virus pour lequel vous avez été testé.

Mais une chose est sûre, si vous êtes positif au covid-19, vous allez apparaître dans les statistiques de cas confirmés, même si vos symptômes sont causés par un autre organisme.

Le même problème se retrouve en cas de décès. Si la personne est positive au covid-19, on va la retrouver dans les statistiques de décès covid-19, qu'elle soit morte tuée par le virus, par une autre co-infection ou en raison d'une autre pathologie !

7. Changement de définition de « cas confirmé »

En général, en matière de maladie infectieuse, les scientifiques font la distinction entre un « *cas suspect* » et un « *cas confirmé* ».

Un cas est considéré *suspect* lorsqu'il présente les symptômes de la maladie et a été en contact avec un cas confirmé. Un cas suspect devient ensuite *confirmé* après lorsqu'un test confirme la présence de l'organisme recherché.

Etrangement, dans le cas du Covid-19, l'OMS n'exige plus qu'un cas soit d'abord suspect avant de pouvoir devenir un cas « confirmé ».

L'OMS définit un cas confirmé « *comme une personne avec un confirmation par laboratoire d'une infection covid-19, indépendamment des signes cliniques ou des symptômes.* » ²⁸

Désormais, seul le résultat positif du test est nécessaire pour faire de vous un cas confirmé.

Comment en est-on arrivé à ce que nos instances sanitaires fassent une confiance aussi aveugle à un test qui présente autant de problèmes de fiabilité ?

Aux oubliettes les notions traditionnelles d'épidémiologie clinique ! En changeant la définition, on change forcément la prévalence (le nombre de personnes touchées).

Par exemple, si un diagnostic d'hypertension requiert que le patient ait une pression sanguine systolique supérieure à 140 et que j'abaisse la valeur à 120, j'augmente instantanément le nombre de personnes qui remplissent les critères diagnostics ! Ce n'est pas que du jour au lendemain il y a plus de patients qui souffrent d'hypertension, c'est simplement que mon changement de définition augmente artificiellement le nombre de personnes qui peuvent recevoir le diagnostic.

C'est ce qui se passe avec la définition de « *cas confirmé* ». En changeant la définition et en n'exigeant qu'un résultat positif, on change (presque à sa guise) le nombre de cas. En changeant les définitions, on change les statistiques !

Cela serait moins problématique si le test était fiable, mais il ne l'est pas !

Mortalité du Covid-19

Pas vraiment un « virus tueur »

En mars 2020, l'annonce de l'OMS d'une mortalité de 3.4% du covid-19 a fait l'effet d'une bombe atomique. ***Cette mortalité annoncée est 30 fois supérieure à celle de la grippe saisonnière !***

L'OMS a annoncé des millions de morts possibles et les médias ont commencé de tourner en boucle sur le coronavirus, le « virus tueur » qui sera responsable d'une apocalypse médicale.

Comme nous l'avons vu, le manque de fiabilité du test nous empêche de savoir avec certitude si un cas confirmé est effectivement confirmé. Pourtant une chose est sûre : dans le climat actuel, en cas de doute on attribuera la responsabilité au virus, même si ce n'est pas le cas. Le doute favorise la pensée dominante.

Avant de découvrir la vraie mortalité du virus, il est tout d'abord essentiel de comprendre une notion fondamentale que la majorité des gouvernements et des médias semblent avoir oublié dans leur communication quotidienne des chiffres de mortalité.

« Mort avec le virus » vs « mort par le virus »

C'est une notion fondamentale :

- Une personne peut décéder alors qu'elle est positive au covid-19, mais son décès n'est pas attribuable au virus mais à une autre pathologie préexistante ou à une co-infection. Elle sera alors « *morte avec le virus* ».
- Une personne peut décéder alors qu'elle est positive au virus et son décès est directement imputable au virus. Elle sera alors « *morte par le virus* ».

Cette distinction est fondamentale car dans un cas le virus covid-19 n'est pas responsable et, dans l'autre, il l'est.

Le problème ?

Le décompte journalier fait par les gouvernements et fortement relayé par les médias ne fait pas la distinction entre « mort avec le virus » et « mort par le virus ».

Voici ce que dit le site Internet de l'Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP) Suisse en matière d'attribution de décès :

*« Dans les statistiques sur les causes de décès, un seul diagnostic de la maladie qui a entraîné le décès doit être sélectionné pour chaque décès. **Selon les règles de l'Organisation mondiale de la santé, c'est la maladie sous-jacente qui était au début de l'évolution de la maladie et non le dernier événement qui a finalement conduit à la mort.** Même dans le cas de maladies multiples, les tableaux publiés dans le monde entier sur les causes de décès n'incluent qu'une seule maladie primaire. »* ²⁹ (emphase mienne)

Malheureusement, dans la réalité du terrain, les choses ne sont pas aussi claires et les « morts avec virus » se retrouvent souvent mis dans les statistiques des « morts par virus », ces dernières étant les seules qui devaient être communiquées.

Voici par exemple ce que dit le site du Canton de Vaud sur les statistiques des EMS :

« Le canton de Vaud s'efforce d'être au plus proche de la réalité dans le recensement du nombre de décès en EMS et EMS psychiatriques (EPSM Etablissement psycho-social médicalisé). **Il comptabilise** pour cela aussi bien les cas de personnes décédées après un diagnostic avéré de Covid-19 **que les décès probablement dus** au Covid-19, à savoir ceux de personnes non testées qui présentent des symptômes compatibles avec Covid-19 dans un établissement avec au moins 2 ou 3 résidents testés positifs au Covid-19 » (emphase).

Donc, au final, les statistiques ne sont pas claires et cela peut fausser les chiffres.

Nous savons désormais que jusqu'à 25% des patients infectés par le Covid-19 ont d'autres co-infections ³⁰ et que 99% des patients décédés avaient des pathologies préexistantes ou un âge avancé. ³¹

Dans le contexte de panique et de psychose, il est clair qu'en cas de doute, on aura tendance à dire que le patient a été tué par le virus. Nous sommes tout de même en présence d'un virus tueur (je suis ici sarcastique) !!!

Des chiffres de mortalité artificiellement gonflés ?

Comme nous l'avons ci-dessus, la définition de ce qu'est un « cas de décès covid-19 » est très libérale et ouverte à interprétation.

Dans une période de telle incertitude, nous pourrions imaginer que les instances sanitaires, nos gouvernements et les médias désirent des données valides et claires, sans équivoques, qui ne laissent aucune place aux doutes, afin de rassurer la population qui vit dans la peur.

Mais ce n'est pas ce qui se passe en vérité. Les données émergentes semblent même suggérer que nos gouvernements ont une fâcheuse tendance à gonfler artificiellement les statistiques de la mortalité du virus.

Considérons ce qui se passe vraiment sur le terrain :

- En Italie, le Professeur Walter Ricciardi, conseiller au ministre italien de la santé a montré que **seul 12% des certificats de mortalité des personnes déclarées comme étant décédées suite au virus montrent un lien de causalité directe avec le virus**. Cela veut dire que le nombre de décès attribué au virus doit être divisé par 8.³²
- Le service de protection civile italien³³ a lancé un appel pour que la distinction soit faite entre décès « avec » et « par » le virus. La Suède a fait de même³⁴.

- Le sénateur du Minnesota et médecin, le Dr Jensen a déclaré publiquement que le Département de la Santé du Minnesota a transmis des directives indiquant qu'en cas de maladies ressemblant au Covid-19, le certificat de décès doit contenir la mention de décès par Covid-19, que la personne soit décédée par ou avec le virus.³⁵
- Aux Etats-Unis et au Québec, des officiels de la santé ont avoués publiquement que des décès étaient attribués au virus alors qu'il n'y avait pas de preuve définitive que le virus était responsable de la mort. ^{35b}
- Aux Etats-Unis, une note informative du Service National des Statistiques Vitales du CDC informe que : « Il est important de souligner que la Maladie Coronavirus 19 ou Covid-19 doit être reportée pour toutes les personnes où la maladie (le virus) a causé la mort ou *est soupçonné d'avoir causé ou contribué à la mort* »^{36b}
- En Irlande, un décès covid-19 est défini de la sorte « tous individus qui sont décédés dans les 28 jours après un test positif, que le Covid-19 soit la cause de la mort ou pas » !!^{37b}
- En Angleterre, les décès par maladie infectieuse doivent être déclarées et une autopsie réalisée. Depuis 2009, un décret exempt les coronavirus de la liste des maladies devant être reportées. Selon le Bureau du Chef de Médecine Légale, « *n'importe quel médecin autorisé peut signer un certificat de décès, même s'il n'a pas pris soin de la personne décédée pendant sa dernière maladie et ne l'a pas vu après sa mort, pour autant qu'il puisse déclarer la cause de la mort au mieux de ses connaissances et croyances* »^{38b}. Ce qui arrive typiquement actuellement, c'est que si un sans-abri ou SDF décède pendant une pandémie, son décès sera attribué à la pandémie.
- En Allemagne, l'Institut Robert Koch a recommandé de ne pas faire d'autopsie, en raison du risque de contagion. L'Association Fédérale des Pathologistes Allemands recommandent au contraire d'autopsier afin de déterminer les véritables causes de morts.³⁶ Au vu de la situation, pourquoi certaines instances recommandent contre l'obtention de données importantes ? Les autorités d'Hambourg ont finalement commencé de faire des autopsies qui montrent que le **taux de mortalité attribuable au virus est 50% moins élevé que celui reporté** par l'Institut Robert Koch.³⁷
- Le 20 mars, le président de l'Institut Robert Koch en Allemagne a confirmé que son pays comptait toute personne décédée qui avait été infectée avec le covid-19 comme un « décès covid-19 », que la mort ait été causée par le virus ou pas !^{39b}
- Un médecin Allemand, spécialiste des soins palliatifs explique que, en tant normal, le type de patient typiquement affecté avec le coronavirus – c'est à dire d'âge avancé avec de nombreuses comorbidités – est reçu en soins palliatifs (accompagnement jusqu'au décès « naturel »). Avec la crise du coronavirus, ces patients sont reçus en soins intensifs, mais ne peuvent de toute façon pas être sauvés. Ils seraient morts de toute manière, virus ou pas.³⁸

A l'heure où j'écris, je n'ai pas confirmation de la manière dont la Suisse et la France reportent les décès Covid-19. Mais il y a une forte probabilité qu'elles le font de la même manière que les autres pays, c'est à dire qu'elles attribuent au virus des décès qui ne lui sont pas imputables.

Le plus sinistre est que, comme l'avaient signalé deux médecins et un anthropologue à la suite de la pseudo-pandémie de H1N1 de 2009 : « *On a eu droit à une médiatisation indécente de la mort de toute personne infectée par l'A(H1N1) 2009, comme s'il s'agissait du seul agent infectieux en circulation au Québec. On a assisté à une psychose collective qui a été alimentée par la Direction de la santé publique, qui tenait à la réussite de sa mégacampagne de vaccination. Les médias, pour la plupart, ont agi comme des amplificateurs d'une perception du risque totalement déformée: c'était comme si la mort venait d'être inventée* ». ^{40b}

Un rapport sur les conflits d'intérêt de plusieurs membres de l'OMS en lien avec cette pseudo-pandémie avait d'ailleurs été déposé au Conseil de l'Europe.

L'histoire se répéterait-elle ?

Le vrai taux de mortalité.

*« En Europe, pour les personnes de moins de 65 ans, le risque de mourir du coronavirus est équivalent au risque de mourir d'un accident de la route en parcourant 16 km en voiture »
Etude du Dr Ioannidis (voir plus bas)*

Le véritable taux de mortalité est difficile à déterminer. Pour avoir un taux correct, il faudrait pouvoir tester l'ensemble de la population, pour que le calcul puisse prendre en compte les personnes qui ont été infectées, mais qui n'ont pas développé de symptômes. Et il faudrait pouvoir réaliser ces tests avec un test fiable, et pendant l'épidémie. En effet, nous ne savons pas encore pendant combien de temps nous gardons l'immunité au virus. Si celle-ci diminue et que nous testons trop tardivement par des tests d'anticorps, il se peut qu'une personne qui ait été infectée ne montre plus les anticorps.

Tout cela pour vous montrer que les choses sont complexes. Cela explique aussi pourquoi les taux de mortalité varient dans le temps et que l'on ne peut pas se fier aux statistiques journalières des gouvernement, qui varient d'ailleurs entre elles car certains incluent les décès en EMS et d'autres pas.

Ce qu'il faut retenir, c'est que plus une population sera testée, plus le taux de mortalité sera bas. Si on ne teste que les personnes infectées décédées, le taux de mortalité sera de 100% !

A l'heure où j'écris ces lignes, l'OFSP annonce les chiffres de 25'834 personnes testées positives au coronavirus et 900 décès (chiffres du 14 avril 2020). Le taux de mortalité est donc de 3.48%, ce qui semble donner raison aux chiffres initiaux de l'OMS.

Ce chiffre est terrifiant à prime abord. Mais une fois remis dans le contexte de tout ce dont nous avons parlé, il ne représente pas la réalité absolue.

Le problème, c'est que les médias nous abreuvent de ce type de chiffres, sans le contexte des 20 pages d'explication qui précèdent.

Pas étonnant que nous vivions dans la peur.

Les estimations plus réalistes

Pour les pays qui ont effectuées des études plus poussées que le simple report de personnes infectées et personnes décédées et qui ne mettent pas les « morts avec virus » et les « morts par virus » dans le même panier, le taux de mortalité est très différent des 3-4% annoncé par l'OMS.

Voici quelques statistiques.

Une étude publiée dans Nature, identifie, chez les patients chinois, dont la majorité proviennent de Wuhan, un taux de mortalité de 1.4% chez les personnes ayant développé des symptômes. Les personnes de plus de 60 ans ont un risque accru de 5.1 fois.³⁹ A noter que cette évaluation ne prend pas en compte les personnes infectées asymptomatiques et ne donne donc pas une vision globale de la mortalité pour l'ensemble de la population.

La Corée du Sud qui a testé 140'000 personnes présente un taux de mortalité de 0.6%⁴⁰

L'Islande présente un taux de mortalité de 0.46%⁴¹

Une étude de Stanford effectuée sur les données de 8 pays européens et de trois villes américaines suggère les données suivantes⁴² :

- En Europe (incluant Italie et Espagne), les personnes de moins de 65 ans ont de 34 à 73 fois moins de risque de mourir que les personnes de plus de 65 ans.
- Pour les personnes de moins de 65 ans, le risque de mourir du covid-19 est équivalent au risque de mourir d'un accident de la route lorsque vous faites 16 km en voiture !

En Allemagne, le taux de mortalité chez les personnes infectées est de 0.37%. Pour la population en générale, il est de 0.06%.⁴³

Une étude sérologique Danoise montre un taux de mortalité à 0.16%, 20 fois moins que l'annonce initiale de l'OMS.⁴⁴

Le profil des patients face au Covid-19

80% des patients sont complètement asymptomatique.⁴⁵

Chez les personnes de 70 à 79 ans, 60% sont asymptomatiques.⁴⁶

99% des personnes décédées présentent des pathologies préexistantes et l'âge moyen des personnes décédées dépasse les 80 ans. Le profil correspond donc à la mortalité naturelle. Ces personnes seraient certainement décédées, même en absence de virus.⁴⁷

Cette statistique est extrêmement importante. Souvenez-vous ce que dit l'OFSP en matière d'annonce de décès : « *Selon les règles de l'Organisation mondiale de la santé, c'est la maladie sous-jacente qui était au début de l'évolution de la maladie et non le dernier événement qui a finalement conduit à la mort* ». ***Selon cette définition et cette statistique, 99% des personnes décédées ne devraient pas être attribuées au Covid-19 puisqu'elles ont « une maladie sous-jacente qui était au début de l'évolution de la maladie », mais pourtant elles apparaissent comme victimes du virus.***

En Suisse, selon l'OFSP, l'âge moyen du patient décédé (avec ou par covid-19, on ne le sait pas) est de 84 ans.⁴⁸

Aux HUG de Genève, 82.2% des patients en soins intensifs en raison du coronavirus sont en surpoids ou souffrent d'obésité.⁴⁹

Le traitement type actuel est-il inadéquat?

Suite aux informations parvenues de Chine, la prise en charge médicale des cas hospitalisés aux soins intensifs s'est orientée vers une ventilation invasive par intubation. Nous avons tous entendu parler des fameux « respirateurs » qui sont devenus l'or blanc de la pandémie.

Cependant de nombreux spécialistes ont commencé à remettre en question cette approche.

La ventilation invasive par intubation pourrait être contre-productive dans de nombreux cas et provoquer des dégâts pulmonaires additionnels et une réduction de la réussite du traitement.⁵⁰

Un article du Times⁵¹ souligne que certains experts remettent en question l'utilisation des ventilateurs dans le coronavirus. En temps normal, 40 à 50% des patients en détresse respiratoire aiguë placée sur ventilateur décèdent. Chez les patients atteints du coronavirus, le taux avoisine 80% selon un Hôpital de New York. Une petite étude chinoise effectuée à Wuhan place ce taux à 86%. Certains experts pensent que la ventilation forcée pourrait créer ou empirer une atteinte pulmonaire inflammatoire⁵². Le Dr Eddy Fan, un expert en traitement respiratoire du Toronto General Hospital précise que « *Nous savons que la ventilation mécanique n'est pas bénigne. Une des découvertes les plus importantes de ces dernières décennies est que la ventilation médicale peut péjorer les lésions pulmonaires.* »

Un médecin urgentiste américain pense que le Covid-19 ne donne pas lieu à un syndrome de détresse respiratoire typique et que le traitement actuel pourrait ne pas être le bon.⁵³ Des médecins italiens ont publié une étude qui va dans le même sens.⁵⁴

Le rôle des autres traitements médicaux

Plusieurs auteurs ont publié un article⁵⁵ intitulé « Médicaments qui péjorent l'infection Covid ». Ils rappellent que, dans la situation actuelle, il est essentiel que les patients positifs au coronavirus ne développent pas de pneumonies ou d'infections pulmonaires. Or un certains nombres de médicaments favorisent le développement de ce type de problèmes.

Médicaments	Augmentation risque pneumonie
Antipsychotiques	1 à 3 fois
Anticholinergiques	1.6 à 2.5 fois
Opioides analgésiques	40 à 75 %
Sédatifs	20 à 54 %
Antidépresseurs	15 à 26%
Gabapentine et pregabaline	Infection virale est très courante
Inhibiteurs pompe proton	34 à 50%

Les maladies nosocomiales.

N'oublions pas non plus que 15% des patients hospitalisés acquièrent une infection nosocomiale durant leur séjour hospitalier, ce qui peut grandement compliquer le pronostic.

Le cas de l'Italie et les facteurs environnementaux

En Europe, l'Italie a l'un des plus hauts taux de mortalité du virus. La situation italienne est dramatique, notamment dans le Nord et met en exergue la possibilité de facteurs environnementaux particuliers qui pourraient expliquer la situation.

En voici quelques uns cités :

- Une population vieillissante
- Des taux élevé de consommation de tabac
- Une pollution atmosphérique importante, dont
- La possibilité théorique d'une interaction avec des campagnes vaccinales contre la grippe et le méningocoque quelques mois avant
- Un système de santé inadapté

Une étude américaine montre que le taux de particule fine dans l'air augmente de manière dramatique la mortalité au Covid-19. A partir d'un taux de PM2.5, le taux de mortalité augmente de 20 fois ! ⁵⁶

Le rôle du stress, de la peur et de la panique

Le 7 avril 2020, le Dr Daniel Jeanmonod, médecin et Professeur émérite de neurochirurgie à l'Université de Zurich a publié une analyse très intéressante sur la pandémie⁵⁷. Dans une section, il aborde le rôle du stress et de la panique.

J'aimerais vous en partager quelques passages.

Le Dr Jeanmonod commence l'introduction de ce passage en parlant des sorts et malédictions, documentées par des ethnologues, qui peuvent amener à la mort d'un sujet lors de rituels aborigènes. Il fait référence au pouvoir de l'esprit et des croyances sur notre physiologie.

Il propose que dans la crise actuelle peut provoquer une « force de la pensée » qui nous affecte tous physiologiquement et qui réduit nos capacités de défenses immunitaires. Les images passées en boucle s'incrument insidieusement dans l'inconscient collectif : personnes inconscientes dans les rues de Wuhan, patients entubés transportés dans des bulles protectrices, surplombés de médecin masquées et équipés de la tête au pieds qui leur donne une allure extra-terrestre, image de désinfection de rue, tentes militaires d'urgence devant les hôpitaux, images de cercueils qui s'alignent dans les églises, camion frigorifique pour accueillir les cadavres, déclarations de guerre des politiciens, camions militaires qui évacuent les corps.

Tous les éléments sont en place pour un scénario catastrophe : un « virus tueur », une économie qui s'effondre avec des millions de personnes qui perdent leur travail, la perte de contact social et familial, l'isolement et la perte de liberté pour une durée indéterminée et un futur incertain pour l'humanité.

Imaginez-vous l'Italien de 70 ans qui commence à tousser Il sait que la police a fermé les voies d'accès à son village. Il est amené à l'hôpital et placé dans une tente, parmi d'autres patients apeurés. Des soignants masqués et gantés lui font un test. Commence alors la longue attente angoissante du résultat. D'autres personnes toussent autour de lui. Le stress monte et il commence à avoir des difficultés à respirer. Au vu de la situation, son angoisse et la dernière préoccupation du corps médical. Est-il atteint ? Va-t-il survivre ? Son test est positif et il est immédiatement hospitalisé, pris en charge par un staff éreinté qui fait de son mieux parce que de nombreux collègues sont malades ou en auto-quarantaine, même si asymptomatique. Dans son esprit plane le spectre de la mort, des images terribles qu'il a vu à la télévision. Il n'a plus le contrôle, il ne peut plus dire je veux partir d'ici, même mourir à la maison s'il le faut. La panique monte alors que le stress fait tomber ses dernières défenses immunitaires.

Dans le meilleur des cas, il ne développe que des symptômes légers à modérés. Il est isolé à l'hôpital, pris en charge par une équipe distante, stressée et débordée. Personne n'a l'autorisation de venir le voir. Au mieux, il peut parler à sa femme au téléphone. Il survit, mais quelles seront les conséquences pour sa santé physique et émotionnelle ?

Dans le pire des cas, son état de santé suboptimal et son obésité jouent contre lui. Il attrape peut-être une infection nosocomiale qui se rajoute et meurt en quelques jours. Ou alors, il est intubé et ventilé mais son état ne permet pas de supporter la réanimation, tout son organisme décompense et il meurt. Dans tous les cas, il sera mort seul, loin de sa famille.

La mortalité varie grandement entre pays. Elle est 20 fois plus élevée en Italie qu'en Allemagne. Le Dr Jeanmonod propose que le stress et la panique participent pour co-influencer les décès, comme le degré basique d'angoisse d'une population, la suppression des contacts humains et l'isolement, ainsi que la suppression des libertés.

Selon le Professeur, la suppression des contacts humains est un problème important à ne pas négliger pour les sociétés primates comme l'humanité où l'importance du lien social est ancré dans nos gènes.

En conclusion, les gouvernements ont fait des choix, parfois très opposés, dans leur réponse à la crise sanitaire. Seul l'avenir nous dira quelle aura été la meilleure réponse. Les choses sont faites et on ne peut pas revenir en arrière. Pourtant une chose est sûre, c'est que nous ne devons pas négliger les conséquences sanitaires, non plus cette fois de la pandémie elle-même, mais des mesures qui ont été prises.

La distanciation sociale et le confinement nous paraissent évidentes à l'heure actuelle à nous profanes. Pourtant, elles ne le sont pas nécessairement au niveau scientifique et de plus en plus de voix d'experts s'élèvent. Ces voix sont peu entendues et le but de mon analyse étant d'apporter un peu de perspective et d'équilibre, il me semble important d'en parler. Ce que nous ferons au chapitre suivant.

A propos des mesures extraordinaires et du confinement

Au vu de l'état de peur, de panique et de psychose dans lequel le monde se trouve actuellement, les mesures extraordinaires, dont le confinement, pris par les gouvernements semblent des mesures nécessaires.

Pourtant, certains gouvernements, comme la Suède, n'ont pas pris les mêmes mesures. De plus, un nombre croissant d'experts remet en question les mesures prises.

Le but de ce chapitre n'est pas de critiquer les mesures prises ni de vous appeler à ne pas les suivre. Au contraire, il est impératif de suivre les recommandations de nos gouvernements.

Cependant, aucune situation, aussi dramatique qu'elle puisse être ne justifie un monopole de la pensée et l'arrêt des débats d'opinion.

Ce chapitre a donc pour but de redonner de la perspective et de prendre conscience que ce qui semble à prime abord évident ne l'est pas nécessairement. Les avis d'experts divergent à ce sujet. Et j'aimerais donner voix à ceux que l'on entend peu.

Il a également pour but de nous faire comprendre que les mesures extraordinaires prises, n'auront pas qu'un impact économique et social, mais également un impact sanitaire majeur sur notre santé.

A ce jour, dans les médias, l'impact sanitaire et économique semble s'opposer. Les mesures sont prises pour le bien de la population et l'économie n'est que secondaire et peut bien attendre. Ce discours est bien trop simpliste. Les mesures extraordinaires prises pour la pandémie auront des conséquences majeures sur notre santé physique et émotionnelle.

Il est tout a fait légitime, comme le fait le Dr Katz, cité en début de dossier, de se poser la question si les mesures prises ne sont pas pire que la maladie.

Cette réflexion est d'autant plus importante car il sera essentiel de tirer les enseignements de cette pandémie afin de pouvoir gérer au mieux les pandémies futures.

Le confinement est-il efficace ?

En médecine, il existe un dicton qui dit que « si le patient va mieux, c'est grâce au traitement. S'il meurt, c'est à cause de la maladie ». Dans les deux cas, le médecin garde donc le beau rôle. On oublie souvent que de nombreuses personnes guérissent d'elles-mêmes, grâce à leurs propres capacités d'auto-guérison. Et aussi que certaines meurent à cause du traitement.

Il me semble que nous nous trouverons dans une situation similaire avec le confinement. Si les choses se calment, ce sera grâce au confinement qui fait ses effets. Si les choses se péjorent, ce sera parce que le confinement n'aura pas été assez sévère ou trop tardif.

Il y a peu de chance que nos autorités ne remettent en question les mesures draconiennes qu'elles ont dû prendre.

Pourtant, fondamentalement, d'un point de vue scientifique, il est impossible de connaître les vertus d'une intervention sans la comparer à une autre intervention ou au fait de ne rien faire.

D'un point de vue scientifique, nous savons que trois types d'intervention sont efficaces pour contrer la propagation des maladies virales respiratoires⁵⁸ :

1. Lavage fréquent des mains
2. Mesures barrières tels que gants, blouses et masques* (pour le corps médical)
3. Isolation des cas suspects ou confirmés

** L'utilisation générale des masques n'a pas d'effet marqué sur la propagation du virus, à une exception : le port par une personne malade symptomatique, notamment qui tousse.*

Pour les autres mesures comme la distanciation sociale, la réduction des groupes, le confinement ou la fermeture des écoles, les données sont très maigres et tendent à suggérer que ces mesures, si elles ont une efficacité, elle n'est que minime.⁵⁹

Pour la fermeture des écoles, une étude passant en revue 16 autres études, publiée le 12 avril 2020 montre que la fermeture des écoles n'avait pas d'influence pertinente sur la propagation du Covid-19.⁶⁰

Le Danemark a d'ailleurs décidé de rouvrir une partie de ses écoles à la mi-avril 2020.⁶¹

Une étude de l'ETH de Zurich (Institut de Technologie) suggère que le taux de transmission du virus s'était stabilisé à 1 à la mi-mars, c'est-à-dire avant les mesures extraordinaires. Avec un chiffre de 1, la transmission n'est plus exponentielle. Si les résultats sont corrects, cette étude pourrait remettre en cause la nécessité du confinement.⁶²

Les pays qui n'ont pas appliqué le confinement, comme la Suède – extrêmement critiquée de toutes parts pour ne pas suivre le mouvement des autres pays – qui a gardé ses écoles, ses magasins et ses centres sportifs ouverts ne se retrouvent pas à l'heure actuelle dans une situation pire que les autres. La comparaison entre les pays est difficile car la manière de collecter les données peut varier d'un pays à l'autre. Mais à l'heure où j'écris ces lignes, la Suède a deux fois moins de décès que la Suisse.⁶³

Voici quelques autres éléments de considération explorés par le Professeur Ioannidis⁶⁴ :

Sur l'aplatissement de la courbe

« Aplatir la courbe de l'épidémie pour éviter que le système de santé soit submergé semble être un bon concept – en théorie. Par contre, si le système en vient à être submergé ou que les gens ne consultent plus par peur de la pandémie, la surmortalité pourraient être causée non plus par le coronavirus, mais par les autres pathologies courantes tels que les attaques cardiaques, les attaques cérébrales, les traumatismes et autres pathologies qui ne seront pas traitées de manière adéquate. Si la pandémie submerge le système et que les mesures prises n'ont qu'une efficacité modérée, alors l'aplatissement de la courbe pourrait rendre les choses bien pires : au lieu d'être submergé pendant une phase courte et aigue, le système est submergé pendant une période bien plus longue. »

Sur la fermeture des écoles*

« La fermeture des écoles, par exemple, pourrait réduire les taux de transmission. Mais cela peut aussi faire effet boomerang si les enfants continuent de socialiser ailleurs, si la fermeture force les enfants à passer plus de temps avec les membres plus âgés et plus susceptibles de leur famille et si les enfants à la maison perturbent la capacité de leur parent à travailler. La fermeture des écoles peut aussi diminuer les chances de développer une immunité de groupe. »

* Noter que le commentaire du Dr Ioannidis sur la possible réduction du taux de transmission a été fait avant la publication de l'étude mentionnée plus haut qui montre que la fermeture des écoles est inefficace pour le covid-19.

Une vague terrible, qui n'est jamais arrivée ?

Les gouvernements et les instances sanitaires nous avaient prédit une vague qui allait submerger notre système de santé. Les médias, une fois de plus, montraient des images effrayantes d'hôpitaux débordés. La chaîne américaine CBS s'est même fait attraper en faisant passer des images d'Italie en parlant de la situation New-Yorkaise.⁶⁵

Des citoyens ont filmés des hôpitaux quasiment alors que les médias les présentaient comme des zones de guerre.⁶⁶

Deux hôpitaux en Engadine ont dû mettre une partie de leur personnel en réduction de travail (chômage technique).⁶⁷

Un article dans le 20 minutes suisse allemande explique que dans de nombreux hôpitaux suisse alémanique, comme Zoug ou en Thurgovie, les équipes médicales « se tournent les pouces » et que de nombreux collaborateurs ont dû être mis au chômage technique.⁶⁸ Dans certaines cliniques, les visites de patient ont baissé de 80%. La même situation existe en Allemagne⁶⁹ et en Norvège⁷⁰.

Les effets psychologiques du confinement

En mars 2020, la revue scientifique The Lancet a publié une étude sur l'impact psychologique du confinement. Les données présentées sont basées sur l'épidémie de SRAS de 2003 au Canada notamment, où une partie de la population avait été confinée pendant 9 jours.⁷¹

Selon l'étude, entre 4-5% des personnes confinées étaient heureuses et soulagées. C'est une minorité. Pour le reste, les scientifiques ont documentés des risques augmentés de :

- Symptômes psychologiques généraux
- Stress
- Dépression
- Abattement moral
- Irritabilité
- Insomnie
- Colère
- Epuisement émotionnel
- Symptômes de stress post-traumatique
- Abus d'alcool et de substances

Mais le plus préoccupant est que 34% des adultes étaient en détresse émotionnelle et que **28% des adultes ont développé un syndrome de stress post-traumatique et ce jusqu'à 3 ans après le confinement** qui, pour rappel n'avait duré que 9 jours.

Les enfants aussi ont été lourdement touchés. Des mesures de stress post-traumatique étaient 4 fois plus élevées chez les enfants confinés que chez les enfants non-confinés.

Après le confinement, les problèmes financiers et la stigmatisation a continué d'affecter les confinés pendant de nombreux mois.

Aux Etats-Unis, 16 millions de personnes, environ 10% des travailleurs, se retrouvent sans travail, avec les conséquences désastreuses que cela entraîne en matière de santé physique et mentale.⁷²

Dans l'état de l'Indiana, les appels à une ligne de soutien psychologique et de prévention du suicide sont passés de 1'000 à 25'000 par jour.⁷³

Globalement, les experts s'attendent à une augmentation dramatique des suicides, des divorces, des violences domestiques et des accidents domestiques.

L'Association Médicale Norvégienne a écrit une lettre ouverte au ministre de la santé, partageant leur inquiétude que les mesures prises pourraient être plus dangereuses que le virus parce que, par peur, les patients ne consultent plus leur médecin et que leurs conditions sous-jacentes pourraient se dégrader.⁷⁴

En Allemagne, le directeur de l'hôpital d'Essen, le Professeur Jochen Werner a exhorté ses concitoyens à continuer à consulter pour éviter les décès par infarctus et attaque cérébrale liés à la peur du coronavirus.⁷⁵

Ce qu'ils en disent : opinions d'experts qui ne font pas la une

« A mon avis, les mesures Suédoises sont les plus rationnelles dans le monde. Bien sûr, la question se pose de savoir si les Suédois arriveront à tenir à la pression psychologique. Initialement, les Suédois devront peut-être faire face à une surmortalité, mais dans le moyen à long-terme, la mortalité sera réduite de manière significative. Ils s'en sortiront en une année – s'ils tiennent bon. Malheureusement, la peur du virus force souvent les politiciens à prendre des mesures qui ne sont pas nécessairement raisonnables. La politique est influencée par les images des médias. »

Professeur Angasar Lohse, Directeur Hôpital Universitaire d'Hambourg⁷⁶

« Ce virus influence nos vies de manière complètement excessive. Notre réaction est disproportionnée par rapport au danger du virus. Les dégâts économiques astronomiques causés ne correspondent pas à la réalité du danger du virus. Je suis convaincu que le taux de mortalité du coronavirus n'apparaîtra même pas comme un pic dans la mortalité annuelle. A Hambourg, aucune personne qui n'avait pas déjà une pathologie préalable n'est morte. Tous ceux que nous avons examinés avaient des cancers, ces maladies pulmonaires chroniques, étaient de lourds fumeurs ou sévèrement obèses, souffraient de diabète ou de maladies cardiovasculaires. Le virus était la dernière paille qui a cassé le dos du chameau. Le Covid-19 est une maladie fatale dans des cas exceptionnels, mais pour la plupart des gens, c'est principalement une infection virale sans danger. »

Professeur Klaus Püschel, chef de médecine légale à Hambourg.⁷⁷

« Les mesures prises contre le Covid-19 sont toutes contre-productives. Au lieu de distanciation sociale, de fermeture des écoles, de confinement, de masques, de testing de masse et de vaccins, nous devrions continuer à vivre le plus normalement possible et laisser l'immunité de groupe se faire le plus rapidement possible. L'isolation actuelle ne fera que causer une deuxième vague plus tard. »

Professeur Knut Wittkowski, épidémiologue, New York⁷⁸

« Toutes les mesures que nous prenons doivent pouvoir être tenues dans le temps. Sinon, la population va arrêter d'accepter la stratégie complète contre le coronavirus. Les personnes âgées et les personnes avec des pathologies préalables doivent être isolées au mieux. Pas de visite des enfants ou des petits enfants, pas de voyage en transport public et, si possible, pas de shopping. C'est la première règle. La deuxième est : toute personne qui a des symptômes reste immédiatement à la maison. Si vous suivez ces deux règles, vous n'avez pas besoin d'autres mesures, qui n'auront que des effets minimes de toute façon. »

Dr Anders Tegnell, Epidémiologiste en Chef suédois auprès de l'agence de santé publique suédoise⁷⁹

« Les projections de mortalité pourraient être trop hautes de plusieurs ordre de magnitude. Le vrai taux de mortalité est le pourcentage d'infectés qui meurent, pas les morts parmi ceux qui ont été testés positifs... Un confinement universel pourrait ne pas valoir le coût qu'il impose sur l'économie, la communauté et la santé mentale et physique des individus. Nous devrions entreprendre immédiatement des mesures pour évaluer la base empirique des confinements actuels. »

Drs Eran Bendavid et Jay Battacharya, Professeurs de médecine et de santé publique à Stanford University⁸⁰

Retrouvez d'autres perspectives d'experts différentes (en anglais) :

<https://off-guardian.org/2020/03/24/12-experts-questioning-the-coronavirus-panic/>

<https://off-guardian.org/2020/03/28/10-more-experts-criticising-the-coronavirus-panic/>

lisez ma perspective sur la page suivante

Ma perspective personnelle

Après avoir passé des dizaines et des dizaines d'heures de recherche pour documenter et compiler ce rapport, il me semble important de relever un certain nombre de point :

- Une grande majorité des personnes (près de 80%) infectées par le Covid-19 sont complètement asymptomatique ou ne souffre que d'une forme légère de la maladie, qui ne permet pas de la différencier des autres maladies respiratoires virales annuelles.
- La majorité (plus de 95%) des personnes décédées présentaient des pathologies préalables ou un âge avancé. Selon la méthode de report de l'OMS, ces décès ne devraient pas être attribué aux virus. Il est essentiel de faire la distinction entre « mort avec virus » et « mort par virus ».
- A l'heure où j'écris, pour les moins de 65 ans, la « pandémie » n'a pas créé de surmortalité par rapport aux autres années.
- A l'heure où j'écris, pour les plus de 65 ans, la « pandémie » crée une surmortalité dans certains pays, mais une analyse complète du rôle véritable du virus (« mort avec virus » vs « mort par virus ») pourrait changer ces statistiques. Actuellement, la surmortalité ne dépasse pas celles de 2015 et 2017.
- Les mesures sanitaires extraordinaires devraient effectivement s'appliquer aux personnes âgées et à risque. Pour les autres, ces mesures semblent futiles et ne pas faire de différence majeur.

Un aspect intrigant de la pandémie du Covid-19 qui semble le différencier des autres infections virales et une maladie en deux phases : une première phase typique virale, puis une deuxième phase d'emballlement immunitaire (« orage cytokinique »). Il semble clair que cette deuxième phase n'est pas encore prise en compte dans la prise en charge. En fait, les données semblent suggérer que la prise en charge n'est pas adéquate dans les mesures prises et le timing de ces mesures. Les études futures nous éclairciront à ce sujet.

La mortalité particulière chez les personnes à risque présentant des pathologies préalables, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'hypertension, ainsi que chez les personnes en surpoids/obèses et les personnes âgées, et le fait que la mortalité semble particulièrement liée à un emballlement immunitaire ouvrent une perspective intéressante : ***toutes ces maladies, l'obésité et l'âge avancé ont été associés à des problématique d'inflammation sous-jacente (et d'inflam-aging pour les personnes âgées).***

Je pense que la pandémie du Covid-19 est moins une problématique de santé publique qu'une problématique de santé personnelle. Les individus en bonne santé ne sont pas en danger alors que les personnes qui ont des problèmes de santé, incluant le surpoids et l'obésité, liées notamment à l'inflammation, sont à risque.

On ne parle que du virus alors que l'état de l'hôte est le grand oublié. Pourtant, c'est le facteur déterminant qui fait du covid-19 soit une infection bénigne asymptomatique soit une infection potentiellement mortelle.

Nul doute que nous apprendrons beaucoup de cette pandémie et que nous serons menés à en revivre d'autres.

Mes recommandations à vous, en tant qu'individu, sont donc de changer de perspective, de ne pas vous focaliser sur l'aspect pandémique de la situation, mais ce sur quoi vous avez le contrôle : votre propre santé.

Décidez aujourd'hui et maintenant d'en faire une priorité et d'investir le temps, l'énergie et l'argent nécessaire à améliorer votre santé physique et mentale et celle de vos proches.

De mon point de vue, je vous propose une stratégie en 4 étapes :

1. Ne cédez pas à la panique et maintenez une perspective équilibrée (c'est l'objectif de ce présent dossier).
2. Dès que possible, faites-vous évaluer pour les conséquences physiques, émotionnelles et psychologiques de ces circonstances extraordinaires et faites-vous prendre en charge pour vous « mettre à niveau ». Pour mes patients, ce le but de nos bilans cliniques spéciaux.
3. Neutralisez les conséquences émotionnelles et psychologiques des mesures sanitaires et de leurs conséquences, tirez les enseignements transformatifs de cette période et donnez-y un sens, et recréez-vous un futur enthousiasmant. C'est le but de nos ateliers gratuits « Debriefing Transformatif », ouverts à tous.
4. Faites de votre santé et celle de vos proches une priorité en optimisant votre alimentation, votre sommeil, votre forme physique, votre gestion du stress et votre équilibre émotionnel et psychologique. Si vous avez besoin d'accompagnement, considérez notre [programme « Renouveau Corps-Esprit »](https://www.yannickpauli.com/renouveau) qui débutera en Septembre 2020.

Les liens utiles :

Bilans cliniques spéciaux : <https://www.yannickpauli.com/bilan>

Débriefing transformatif : <https://www.yannickpauli.com/debriefing>

Programme « Renouveau Corps-esprit » : <https://www.yannickpauli.com/renouveau>

Ressources complémentaires et références

Les ressources complémentaires sont souvent en anglais. Si vous êtes intéressé(e) et que vous ne maîtrisez pas cette langue, n'hésitez pas à utiliser l'outil de traduction de Google, qui est globalement assez performant (translate.google.com)

Office Fédéral de la Santé Publique

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html>

Dossier Corona :

<https://themfguy.com/blog/coronavirus/>

Article du Dr Jeanmonod :

<https://off-guardian.org/2020/04/07/think-deep-do-good-science-and-do-not-panic/>

Sur les statistiques de mortalité gonflées artificiellement

<https://off-guardian.org/2020/04/05/covid19-death-figures-a-substantial-over-estimate/>

Sur les conflits d'intérêts

<https://www.ledevoir.com/opinion/idees/290727/pseudo-pandemie-d-a-h1n1-alarmisme-et-gaspillage-de-fonds-publics>

Références

1. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2004361>
2. <https://www.nytimes.com/2020/03/20/opinion/coronavirus-pandemic-social-distancing.html>
3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19729419/>
4. <https://nationalpost.com/news/world/world-health-organization-says-the-covid-19-death-rate-is-3-4-per-cent-but-trump-isnt-buying-it>
5. DR Joel Kettner on CBC Radio Cross Country Check Up 15 mars 2020
6. <https://www.youtube.com/watch?v=1--c2SBYIMY>
7. <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/>
8. <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b3471>
9. <https://www.youtube.com/watch?v=7wfb-B0BWmo>
10. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971219303285?fbclid=IwAR0Dag5t4QDVRLAk9KMtD-nYBFK-yhB0uaK378JvqstCANaMrUWr_63tBQ
11. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces.assetdetail.4482307.html>
12. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces.html>
13. <https://www.cnn.com/2018/02/22/medical-errors-third-leading-cause-of-death-in-america.html>
14. <https://www.pharmapro.ch/news/encore-trop-d-erreurs-medicales-en-suisse-1700-deces-par-an-0176.htm>
15. https://www.euromomo.eu/outputs/zscore_country_total.html

16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32201354/>
17. <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/>
18. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/03/20/coronavirus-la-france-pratique-t-elle-assez-de-tests_6033865_4355770.html
19. <https://twitter.com/FScholkmann/status/1249645557431361538>
20. <https://coronadaten.wordpress.com/>
21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32219885/>
22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2095096/>
23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32219885/>
24. <https://www.scmp.com/tech/science-research/article/3049858/race-diagnose-treat-coronavirus-patients-constrained-shortage>
25. <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/03/30/uks-attempt-ramp-coronavirus-testing-hindered-key-components/>
26. <https://www.fda.gov/media/134922/download>
27. <https://medium.com/@nigam/higher-co-infection-rates-in-covid19-b24965088333>
28. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200316-sitrep-56-covid-19.pdf?sfvrsn=9fda7db2_2
29. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces.html>
30. <https://medium.com/@nigam/higher-co-infection-rates-in-covid19-b24965088333>
31. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-18/99-of-those-who-died-from-virus-had-other-illness-italy-says>
32. <https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/have-many-coronavirus-patients-died-italy/>
33. <https://www.youtube.com/watch?v=VS4uGFyNu48> (minute 3 :30)
34. <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/04/03/coronavirus-swedish-experiment-could-prove-britain-wrong/>
35. <https://www.valleynewslive.com/content/misc/Sen-Dr-Jensens-Shocking-Admission-About-Coronavirus-569458361.html>
- 35b. <https://www.youtube.com/watch?v=IfZ1F3kKu54>
36. <https://www.pathologie-dgp.de/die-dgp/aktuelles/meldung/pressemitteilung-an-corona-verstorbene-sollten-obduziert-werden/>
- 36b. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvss/coronavirus/Alert-1-Guidance-for-Certifying-COVID-19-Deaths.pdf>
37. https://www.t-online.de/nachrichten/deutschland/id_87636856/coronavirus-hamburg-will-nur-echte-covid-19-tote-zaehlen.html
- 37b. <https://www.hiddensyria.com/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-Surveillance-Bulletin-02.04.20.pdf>
38. <https://www.ruhr24.de/ruhrgebiet/coronavirus-behandlung-intensivstation-nrw-lungenentzuendung-matthias-thoens-witten-zr-13645038.html>
- 38b. <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/03/Chief-Coroners-Office-Summary-of-the-Coronavirus-Act-2020-30.03.20.pdf>
39. <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0822-7>
- 39b. <https://swprs.org/rki-relativiert-corona-todesfaelle/>
40. <https://www.businessinsider.com/south-korea-coronavirus-testing-death-rate-2020-3?op=1&r=US&IR=T>
- 40b. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/290727/pseudo-pandemie-d-a-h1n1-alarmisme-et-gaspillage-de-fonds-publics>
41. <https://www.covid.is/data>
42. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.05.20054361v1>
43. https://www.t-online.de/gesundheit/krankheiten-symptome/id_87680236/lockerung-der-corona-massnahmen-ergebnisse-der-heinsberg-studie-machen-hoffnung.html
44. <https://www.dr.dk/nyheder/indland/doedelighed-skal-formentlig-taelles-i-promiller-danske-blodproever-kaster-nyt-lys>
45. <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1375>
46. <https://www.niid.go.jp/niid/en/2019-ncov-e/9407-covid-dp-fe-01.html>
47. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-18/99-of-those-who-died-from-virus-had-other-illness-italy-says>
48. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html>

49. <https://www.rts.ch/play/tv/19h30/video/coronavirus-la-majorite-des-patients-traites-aux-soins-intensifs-de-geneve-souffrent-de-surpoids-ou-dobesite--notre-enquete-?id=11241373>
50. <https://www.doccheck.com/de/detail/articles/26271-covid-19-beatmung-und-dann>
51. <https://time.com/5818547/ventilators-coronavirus/>
52. <https://www.spectator.co.uk/article/Ventilators-aren-t-a-panacea-for-a-pandemic-like-coronavirus>
53. <https://www.youtube.com/watch?v=k9GYTc53r2o>
54. <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.202003-0817LE>
55. <https://rxisk.org/medications-compromising-covid-infections/>
56. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.05.20054502v1>
57. <https://off-guardian.org/2020/04/07/think-deep-do-good-science-and-do-not-panic/>
58. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6993921/>
59. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6993921/>
60. [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30095-X/fulltext#seccestitle90](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30095-X/fulltext#seccestitle90)
61. <https://www.thelocal.dk/20200406/denmark-to-reopen-schools-and-kindergartens-next-week>
62. <https://bsse.ethz.ch/cevo/research/sars-cov-2/real-time-monitoring-in-switzerland.html>
63. <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/04/03/coronavirus-swedish-experiment-could-prove-britain-wrong/>
64. <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/>
65. <https://nypost.com/2020/04/01/cbs-admits-to-using-footage-from-italy-in-report-about-nyc/>
66. <https://www.youtube.com/watch?v=5pIMD1enwd4>
67. <https://www.engadinerpost.ch/2020/4/04/Engadiner-Spitaeler-haben-freie-Kapazitaeten>
68. <https://www.20min.ch/schweiz/news/story/Spitaeler-28949526>
69. <https://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/trotz-corona-pandemie-warum-kliniken-jetzt-kurzarbeit-anmelden-a-3dc61bc9-fb12-4298-8022-bb4c2be39d7d>
70. <https://www.abcnheter.no/helse-og-livsstil/helse/2020/04/06/195667780/nesten-halvparten-av-sengene-pa-oslo-universitetssykehus-star-tomme>
71. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)
72. <https://www.nytimes.com/2020/04/09/us/coronavirus-us-news.html>
73. <https://twitter.com/JesseKellyDC/status/1246449878219145216>
74. <https://www.abcnheter.no/helse-og-livsstil/helse/2020/04/06/195667780/nesten-halvparten-av-sengene-pa-oslo-universitetssykehus-star-tomme>
75. <https://www.youtube.com/watch?v=KucqjgM0P1E>
76. <https://www.abendblatt.de/hamburg/article228880917/uke-professor-shutdown-lohse-deutschland-hamburg-corona-virus-infektion-covid-19-impfstoff-coronavirus-krise-patienten-immunitaet-krankenhaeuser-kontaktverbot-kliniken-infektionsrate.html>
77. <https://www.pressreader.com/germany/hamburger-morgenpost/20200403/281487868456736>
78. <https://www.youtube.com/watch?v=IGC5sGdz4kg>
79. <https://www.zeit.de/politik/ausland/2020-03/coronavirus-schweden-stockholm-oeffentliches-leben/komplettansicht>
80. <https://archive.fo/cgCff#selection-1979.5-1979.46>