

Coronavirus – un premier bilan

L'épidémie de coronavirus est en train de se terminer en France. Au final environ **5%** des français auront été touchés avec des taux allant de **2 à 10%** suivant les régions.

Les résidents des EHPAD ont représenté la moitié des morts, souvent dans les conditions atroces d'étouffement.

Au niveau mondial, dans les pays où l'épidémie est en déclin, entre 4 et 4,5% de la population aura été touchée. Mais le virus a touché **moins de 1%** de la population dans les pays qui ont su manager la crise. Cette faible contamination n'indique pas la nécessité d'un vaccin pour toute la population.

La mortalité moyenne dans le monde est de **0,5%** des personnes contaminées avec une concentration de cette mortalité sur les vieillards. Cette mortalité moyenne va de 0,1% dans certains pays à 1% dans d'autres.

Pour la mortalité, la France est classée dans les tous derniers rangs au monde sans qu'aucune analyse ne soit faite pour comprendre les énormes écarts de mortalité. Dans beaucoup d'hôpitaux français on meurt plus que partout dans le monde.

L'IHU de Marseille a été une chance extraordinaire pour la France dont Paris n'a pas voulu. Cependant le protocole Raoult, rejeté par Paris et l'OMS, a été retenu par de très nombreux pays, (à commencer par la Suisse), ce qui leur a permis d'endiguer l'épidémie, en particulier en Afrique au Moyen-Orient où la chloroquine est bien connue.

L'OMS et les grands médias occidentaux, notamment en France et aux USA ont fait la promotion des vaccins, suivant en cela les groupes pharmaceutiques qui voient dans cette épidémie une énorme opportunité. Le 28 mai, le grand groupe anglais GSK a même annoncé qu'il pourrait fournir un milliards de doses de vaccins : www.gsk.com .

Nous rentrons maintenant dans l'après-coronavirus que préparent les états occidentaux, l'OMS et les grands milliardaires « philanthropes ».

Le dossier

Préambule

Le présent dossier fait le point sur la situation depuis le dé-confinement du lundi 11 mai 2020. Il est constitué à partir des informations disponibles, notamment dans les rapports officiels du 14 mai. Le 12 mai dans une interview que l'on peut voir sur youtube le professeur Raoult faisait le point de la situation. https://www.youtube.com/watch?v=nGPaQsh_rVM. Il en ressortait les éléments suivant :

- L'épidémie est en train de se terminer : *« Nous ici à Marseille on voit qu'elle est en train de disparaître avec un seul cas détecté hier malgré le fait qu'on ait testé plus de 1200 cas, on voit bien que les choses sont en train de s'arrêter. »*
- Concernant les choix thérapeutiques : *« Le seul médicament pour lequel il y ait des évidences publiées dans des journaux avec des études que tout le monde semble privilégier et randomiser c'est l'hydroxychloroquine. Les deux autres (RITONAVIR et REMDESIVIR) n'ont jamais fait la preuve de leur efficacité, jamais. »*
- Concernant les tests : *« On a été incapables dans ce pays de développer les stratégies de tests systématiques qui ont été mis en place dans la plupart des pays, et pourtant c'est banal, il y a plein de gens volontaires pour les faire, il y a eu une tentative de monopoliser la capacité à diagnostiquer les gens qui est très profondément anti-médicale. »*
- Concernant la mortalité : *« Si vous soignez les gens, même si vous n'avez pas le médicament précis qui permet de tuer le virus, ils vont mieux et à la fin il y a moins de morts. Pour nos taux de mortalité, dans les gens qui ont été hospitalisés à l'IHU, c'est de 0,8% ». L'IHU est l'Institut Hospitalo-Universitaire Méditerranée Infection. NB : le taux moyen de mortalité dans les hôpitaux français est de 22%, soit plus de 27 fois le taux de l'IHU.*

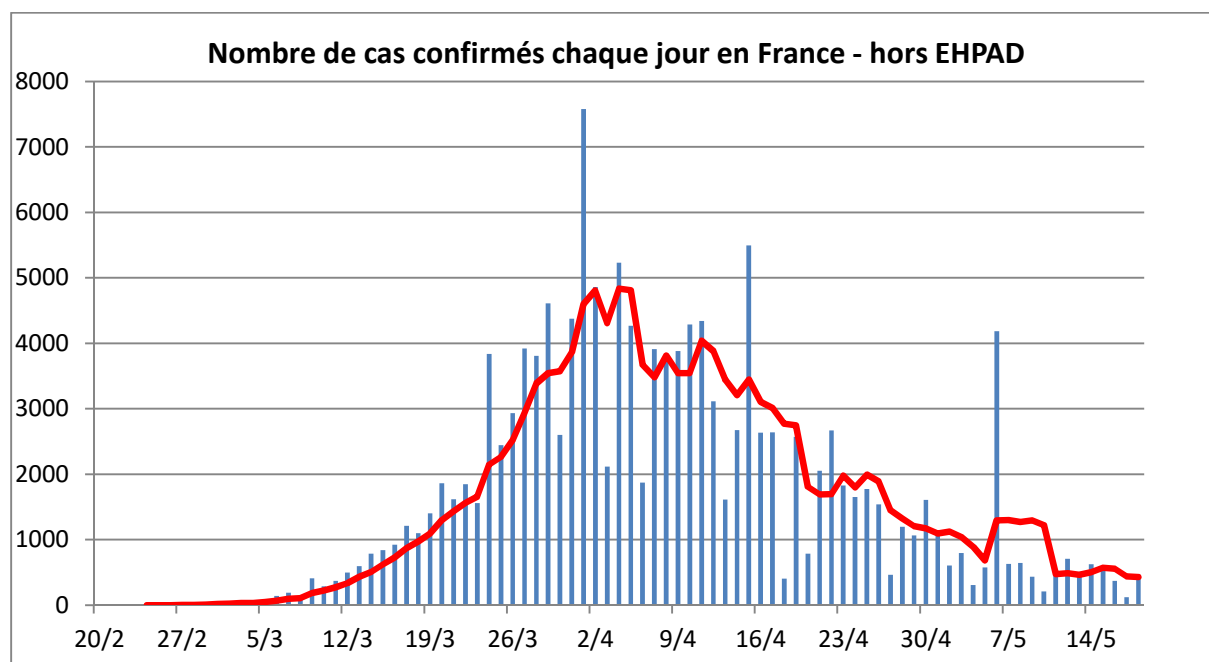
En résumé le professeur Raoult concluait : *« Il y a une vraie réflexion là à avoir et à laquelle il faudra réfléchir à l'avenir parce que on ne peut pas dire « on ne soigne pas les gens » on ne peut pas interdire aux médecins de soigner, on ne peut pas empêcher les gens de faire du diagnostic quand ils ont les moyens de le faire. Il y a un travail à faire là-dessus. »*

Dans le présent dossier nous développerons les points cités ci-dessus et quelques autres complémentaires pour la compréhension de cette épidémie.

A – L'épidémie se termine

A diverses occasions, le professeur Raoult a expliqué que, dans toutes les épidémies pour lesquelles on a des données depuis le début du XX^e siècle, le nombre de contaminés chaque jour peut être représenté par une « courbe en cloche » qui représente les différentes phases de l'épidémie.

- 1^{ère} phase : démarrage très lent, à peine perceptible, absolument pas inquiétant pour les non-initiés. La courbe est plate et monte légèrement.
- 2^{ème} phase : accélération et développement exponentiel de l'épidémie. C'est là que les non-initiés commencent à s'inquiéter mais le phénomène ne peut plus être arrêté.
- 3^{ème} phase : l'épidémie culmine, le nombre de contaminés quotidiens se stabilise et commence à redescendre.
- 4^{ème} phase : le nombre de contaminés diminue chaque jour, à des vitesses plus ou moins rapides suivant les endroits.
- 5^{ème} phase : le nombre très faible de nouveaux contaminés quotidiens indique l'extinction de l'épidémie.



Nous voyons que la courbe de l'épidémie a continué à augmenter pendant 15 jours après le début du confinement (17 mars), avant de commencer la redescente à partir du 4 avril. La moyenne de la France se situe en fin de phase

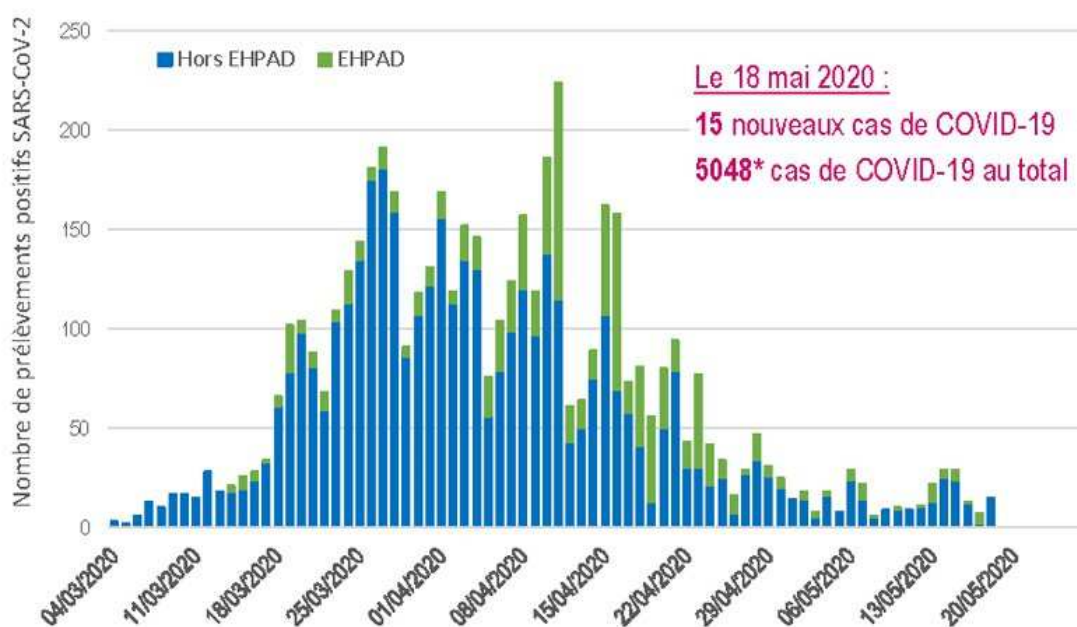
4, certaines régions comme la Nouvelle-Aquitaine ou Marseille étant déjà en phase 5.

Nouvelle-Aquitaine

La courbe ci-dessous donnée par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine illustre la courbe en cloche. On y voit les deux épidémies :

- La première hors EHPAD qui commence vers le 20 février
- La deuxième dans les EHPAD qui est décalée de 10 à 15 jours par rapport à la première. Ce décalage est essentiellement dû au décalage dans la mise en route des tests.

Figure 1 - Evolution quotidienne du nombre de prélèvements positifs au SARS-CoV-2 en Nouvelle-Aquitaine



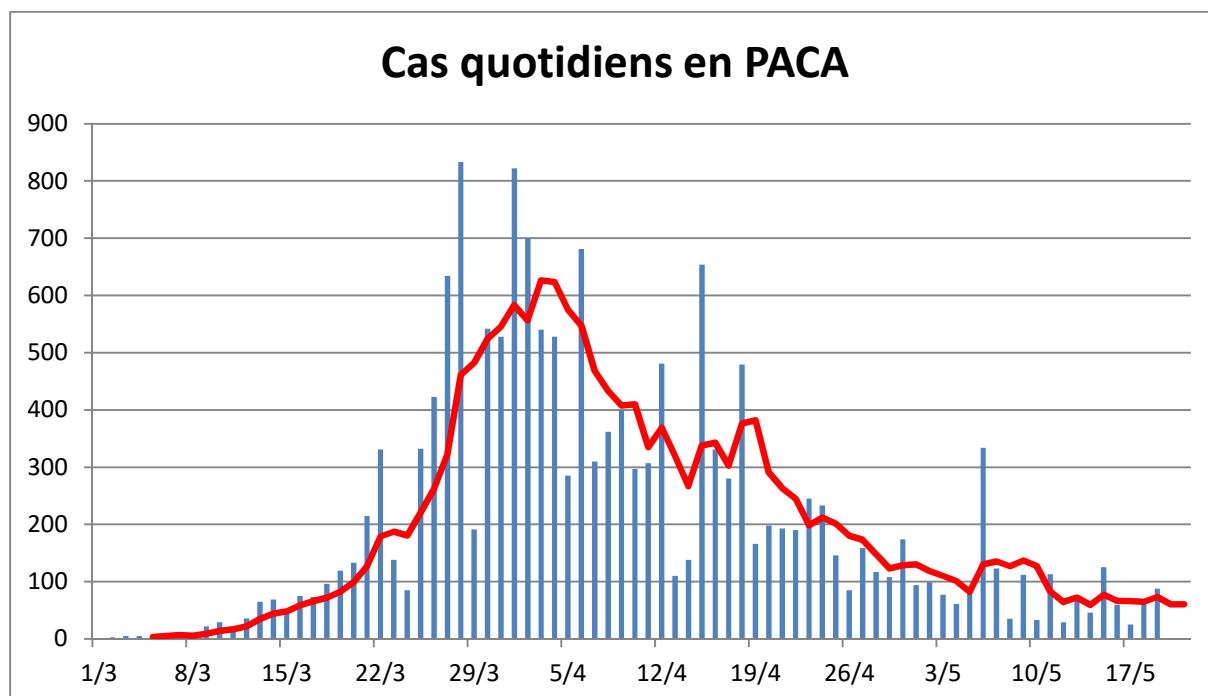
La Nouvelle-Aquitaine, avec la Bretagne, est la seule région qui donne quotidiennement les chiffres par département :

Nouveaux cas identifiés au cours de la semaine du 10 au 17 mai			
Dordogne	0	Charente-Maritime	7
Lot-et-Garonne	0	Charente	10
Haute-Vienne	0	Gironde	15
Landes	3	Deux-Sèvres	17
Corrèze	4	Vienne	26
Creuse	6	Basses-Pyrénées	64

dans certains départements l'épidémie est pratiquement terminée, dans d'autres on est en phase 5 ; les Basses-Pyrénées sont en fin de phase 4.

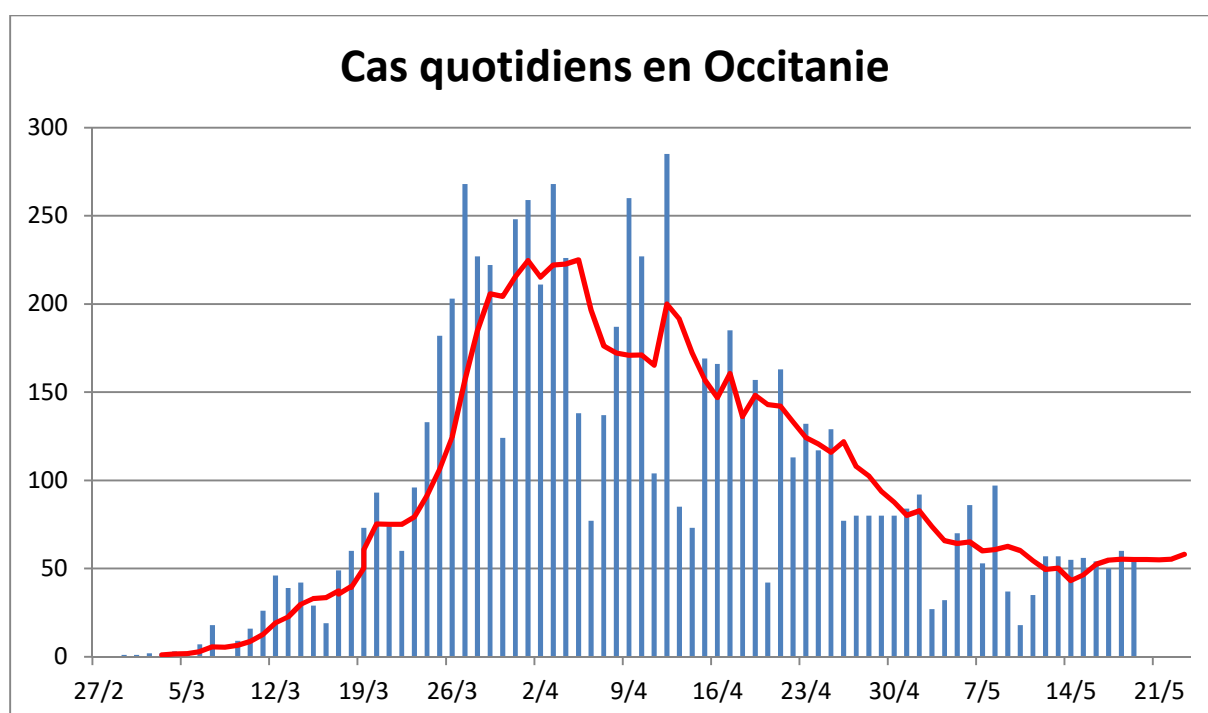
Provence-Alpes-Côte d'Azur

La région est en fin de phase 4 et, d'après le Pr Raoult, Marseille est en phase 5. Nous ne disposons pas des données des départements.



Occitanie

En Occitanie, il semble qu'on soit en fin de phase 4, mais quelques départements comme la Lozère ou l'Ariège sont déjà en phase 5.



Synthèse des régions de France

Le tableau ci-dessous donne le pourcentage de tests positifs dans les régions depuis le 24 février, début de la semaine 9, jusqu'au 10 mai, fin de la semaine 19 et veille du dé-confinement.

	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19
Centre-Val de Loire	0%	13%	15%	18%	30%	28%	27%	16%	11%	2%	4,0%
Ile-de-France	0%	9%	27%	30%	42%	41%	35%	24%	14%	9%	5,2%
Normandie	2%	7%	14%	17%	20%	17%	15%	7%	6%	4%	2,7%
PACA	4%	5%	7%	12%	17%	13%	9%	5%	4%	3%	2,3%
Hauts-de-France	10%	18%	25%	25%	35%	29%	22%	17%	12%	7%	3,9%
Pays de Loire	3%	5%	10%	12%	19%	15%	13%	10%	5%	5%	4,2%
Nouvelle-Aquitaine	1%	6%	8%	10%	13%	11%	10%	6%	3%	1%	0,9%
Grand-Est	7%	33%	40%	41%	39%	33%	25%	18%	10%	10%	4,4%
Occitanie	5%	11%	11%	14%	16%	12%	9%	6%	4%	3%	2,5%
Auvergne Rhône-Alpes	6%	17%	18%	21%	26%	20%	17%	13%	7%	5%	2,3%
Bourgogne FC	30%	40%	35%	30%	29%	16%	20%	18%	9%	5%	2,6%
Bretagne	16%	8%	14%	9%	12%	12%	12%	7%	4%	4%	2,0%
Corse	0%	14%	19%	17%	7%	9%	6%	5%	5%	3%	1,7%
France	9%	14%	20%	23%	31%	25%	19%	13%	8%	5%	3,1%

Sources : Agences Régionales de Santé

NB1 : les taux en S9 pour la Bourgogne et la Bretagne sont élevés car le nombre de tests y est très faible.

NB2 : pour l'Ile-de-France, le taux de 5,2% en S19 cache des différences importantes entre les départements : de 9% à Paris à 2% dans les Hauts-de-Seine.

NB3 : le confinement démarre en début de S12 et s'arrête en fin de S19.

C'est toute l'épidémie que nous pouvons contempler sur ce tableau depuis les débuts de la phase 1 jusqu'à la phase 5 de la Nouvelle-Aquitaine en S19. Nous pouvons faire quelques exemples de commentaires :

1/ A la veille du dé-confinement, en fin de S19, l'épidémie est encore assez vivace en Ile-de-France et, dans une moindre mesure, dans le Grand-Est, le Centre-Val de Loire et les Pays-de-Loire.

2/ Les pics de l'épidémie, en rouge sur le tableau, varient dans le temps suivant les régions.

3/ Chaque région a son propre tempo, mais toutes les régions suivent le même type d'évolution depuis la phase 1.

4/ La politique française qui consiste à faire très peu de tests en début d'épidémie n'a permis de tester que les personnes ayant des symptômes ou même déjà très avancées dans la maladie. Comme nous l'avons expliqué dans le précédent dossier, un taux supérieur à 8-9% indique que l'on subit l'épidémie, on court derrière et l'on est obligé d'hospitaliser beaucoup de monde.

5/ Toutes les régions, quand elles n'étaient pas dans le vert, ont subi l'épidémie. Pour éviter cette situation la France aurait dû faire deux à trois fois plus de tests comme l'Allemagne ou la Suisse par exemple.

A l'étranger

A l'étranger on observe des situations variables suivant les pays. Comme parmi les régions de France, les pays suivent chacun leur propre tempo mais ont tous le même type de courbe. **La deuxième vague n'existe nulle part.** Par exemple :

- La Corée du Sud, la Chine, la Suisse, l'Allemagne ou l'Espagne sont nettement en phase **5**.
- La Turquie, le Portugal, l'Italie sont en fin de phase **4**.
- La Suède, Singapour, est en milieu de phase **4**.
- L'Angleterre, la Russie sont en fin de phase **3** ou début de phase **4**.
- L'Inde, l'Amérique du Sud et Centrale, Brésil, Chili, Mexique, Pérou.. sont dans la phase **2** exponentielle.

Si on cumule l'ensemble des pays du monde on constate que **l'épidémie est globalement en phase 3**, en train de plafonner autour de 100 000 cas chaque jour.

Le risque de retour de la maladie en France ne pourrait venir que d'une décision du gouvernement d'ouvrir à nouveau les frontières avant que l'épidémie soit éradiquée de l'ensemble des pays du monde.

B – Evaluer l'épidémie

L'épidémie est aujourd'hui connue à travers le nombre de personnes qui répondent positivement aux tests de dépistage. Plus on va faire de tests, plus il y aura de cas positifs détectés et mieux on connaîtra l'épidémie. L'Espagne est allée plus loin dans l'évaluation quantitative de l'épidémie.

Le cas de l'Espagne

L'Espagne a fait beaucoup de tests : de 37 tests pour 1 000 habitants à 132 tests pour 1 000 habitants suivant les régions. Elle a aussi effectué en fin d'épidémie un grand sondage sur plus de 60 000 personnes pour évaluer le nombre de séropositifs, c'est-à-dire les personnes ayant développé des anticorps suite à une contamination par le virus. Ceci concerne aussi bien des personnes asymptomatiques que symptomatiques.

Il en est ressorti une évaluation du nombre personnes touchées par le virus dans chaque région.

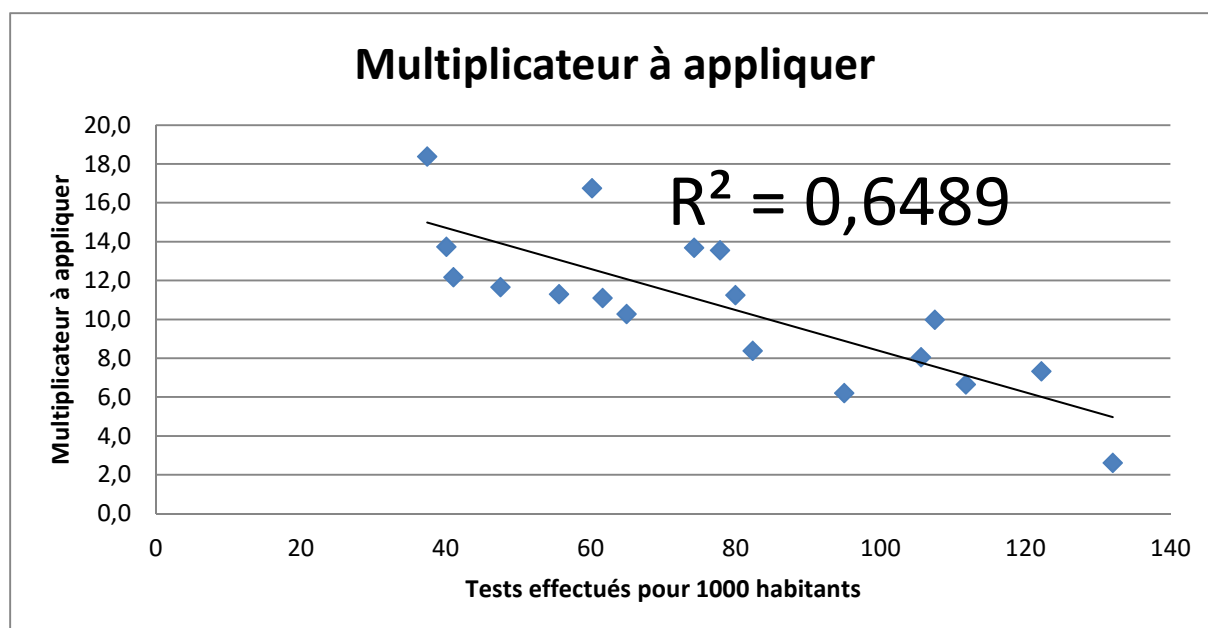
Nous avons comparé ces informations avec le nombre de personnes qui avaient été testées positives au cours de l'épidémie en tenant compte du nombre de tests effectués. Pour chaque région on avait ainsi :

- Le nombre de tests effectués
- Le nombre par lequel il faut multiplier les testés positifs pour connaître l'ampleur réelle de l'épidémie.

Par exemple :

- en Murcie, région de 1,49 millions d'habitants, on avait effectué au cours de l'épidémie **40** tests pour 1000 habitants conduisant à 1 517 cas positifs. L'enquête de fin d'épidémie a indiqué 1,4% de séropositifs soit 20 843 personnes. En divisant 20 843 par 1 517 on obtient **13,7**, ce qui veut dire que pour connaître l'ampleur réelle de l'épidémie, il fallait multiplier par **13,7** le nombre de personnes testées positives.
- Dans les Asturies, région de 1,051 millions d'habitants, on avait effectué au cours de l'épidémie 106 tests pour 1000 habitants conduisant à 2 346 cas positifs. L'enquête par sérologie en fin d'épidémie a indiqué 1,8% de séropositifs soit 18 917 personnes. En divisant 18 917 par 2 346 on obtient **8,1**, ce qui veut dire que pour connaître l'ampleur de l'épidémie, il fallait multiplier par **8,1** le nombre de personnes qui avaient été testés positives.

Ceci nous indique que plus le nombre de personnes testées est grands, plus petit sera le multiplicateur à appliquer pour connaître l'ampleur réelle de l'épidémie. En effet, plus on teste mieux on connaît l'épidémie.



Il y a une très bonne corrélation entre le multiplicateur à appliquer et le nombre de tests effectués. Appliquons ce résultat aux régions de France

	Population	Tests pour 1000 hab.	Multiplicateur	Testés positifs	Contaminés	Contaminés : % de la population
Nouvelle-Aquitaine	5 997	9	17,9	4133	74 038	1,2%
Bretagne	3 340	11	17,8	2549	45 329	1,4%
Pays de Loire	3 801	10	17,8	3911	69 706	1,8%
Occitanie	5 923	18	17,0	7407	126 032	2,1%
Normandie	3 304	11	17,8	4039	71 714	2,2%
Corse	339	32	15,6	725	11 274	3,3%
Centre-Val de Loire	2 558	12	17,6	5075	89 424	3,5%
Hauts-de-France	5 963	13	17,5	12516	219 376	3,7%
PACA	5 055	45	14,2	15990	226 609	4,5%
Auvergne Rh-Alpes	8 029	22	16,5	22769	376 357	4,7%
Bourgogne FC	2 782	18	17,0	9660	164 105	5,9%
Grand-Est	5 508	22	16,5	28384	469 277	8,5%
Ile-de-France	12 275	20	16,7	66 082	1 106 761	9,0%
France	64 874	19	16,9	183 240	3 098 937	4,8%

Source : calcul de la vérité des chiffres

NB 1 : A chaque région, connaissant le nombre de tests effectués pour 1000 habitants, nous avons associé un multiplicateur **M** qui nous donnera l'ampleur réelle de l'épidémie : $M = 19 - (0,1 \times NT)$, NT étant le nombre de tests effectués pour 1000 habitants.

NB 2 : Ces chiffres sont proches de l'estimation officielle de 5% de personnes immunisées en France et celle de 3 à 4% donnée par le professeur Raoult pour la région de Marseille.

NB 3 : Ces chiffres sont des estimations au 10 mai. Pour avoir les chiffres en fin d'épidémie, il faudra rajouter de +5% à +15% suivant les régions.

NB 4 : une étude récente de l'Institut Pasteur donne une estimation de l'épidémie au 11 mai dans les régions de France. En général, elle donne des résultats supérieurs à nos calculs : Nouvelle-Aquitaine **1,4%** au lieu de 1,2% ; Bretagne **1,8%** au lieu de 1,4% ; Pays-de-Loire **1,9%** au lieu de 1,8% ; Occitanie **3,1%** au lieu de 2,1% ; Normandie **2,6%** au lieu de 2,2% ; Corse **5,4%** au lieu de 3,3% ; Centre-Val de Loire **3,1%** au lieu de 3,5% ; Hauts-de-France **6,7%** au lieu de 3,7% ; PACA **3,4%** au lieu de 4,5% ; Auvergne Rhône-Alpes **4,4%** au lieu de 4,7% ; Bourgogne Franche-Comté **5,7%** au lieu de 5,9% ; Grand-Est **11,8%** au lieu de 8,5% ; Ile-de-France **12,3%** au lieu de 9%.

NB 5 : les calculs de l'Institut Pasteur sont beaucoup plus complexes que les nôtres, ça n'implique pas qu'ils soient plus justes. Globalement pour la France ils trouvent **3,7 Millions** de personnes contaminées alors que nous en trouvons **3,1 Millions**. On retiendra que la vérité doit se situer entre leurs chiffres et les nôtres.

C – La mortalité

Dans un précédent dossier, nous avons observé d'énormes différences de taux de mortalité entre les régions et département en fonction des stratégies thérapeutiques appliquées. Nous faisons maintenant le point au 11 mai où l'épidémie a effectué sans doute plus de 90% de son développement.

	Confirmés	Morts	Morts/Confirmés
Cas confirmés hors EHPAD	136 519	13 321	9,8%
dont confirmés IHU Marseille	6 672	35	0,5%
Confirmés hors IHU Marseille	129 847	13 286	10,2%
Cas confirmés EHPAD	35 195	13 322	37,9%
Soignants en hôpital	12 000	8	0,1%
Soignants en EHPAD	19 156	??	??
Médecin libéraux	4 550	38	0,8%
Hospitalisés sortis	73 544	16 820	22,9%
Total France	171 714	26 643	15,5%

Sources : Officielles sauf IHU Marseille et la CARMF pour les médecins libéraux

La première chose qui saute aux yeux en regardant ce tableau est l'énorme écart de mortalité entre :

- La mortalité très forte dans l'ensemble de la population et particulièrement parmi les vieillards
- La mortalité faible des soignants des hôpitaux et de l'IHU de Marseille.

Les soignants ont été très exposés, surtout dans les EHPAD : en tout près de 70 000 soignants ont été contaminés si on ajoute les cas diagnostiqués mais non testés par PCR : un soignant contaminé pour 2 malades (ce chiffre énorme est lié au manque de moyens de protections). Par contre, ils ont en général moins de 65 ans et ils ont pu se soigner si bien que leur mortalité est faible.

Pour tous les autres, c'est-à-dire les non-soignants, écoutons à nouveau le professeur Raoult au cours de la même interview du 12 mai : *« On ne peut pas, dans une épidémie, dire « on ne soigne pas les gens ». Là il s'est mis en place quelque chose de très étonnant c'est : on ne soigne pas les gens, ensuite on interdit aux gens de prescrire des médicaments qui pourraient marcher, on interdit aux médecins de le faire, ce qui n'empêche pas les gens qui étaient les plus riches et les plus fortunés de trouver comment se soigner quand même ; c'est les plus pauvres, ceux qui n'avaient pas de réseau qui n'ont pas réussi à avoir les médicaments et donc, ces épidémies ne doivent pas faire perdre les nerfs au point qu'on en oublie la médecine elle-même. La médecine, c'est s'occuper des malades, les soigner, les hospitaliser quand ils ne vont pas bien, leur corriger l'oxygène, et, au fur et à mesure de la connaissance, d'améliorer la qualité des soins.*

Pour les stratégies thérapeutiques, tout ça a été rendu confus aussi parce qu'un grand projet d'évaluation scientifique, qui est d'ailleurs peut-être la raison pour laquelle on n'a pas voulu soigner les gens en attendant qu'il y ait un essai thérapeutique qui arrive et dont on connaîtra les résultats quand il n'y aura plus personne qui sera malade, avec des molécules dont une avait très peu de chances de marcher qui était le RITONAVIR, (d'ailleurs très rapidement on a vu qu'elle ne marchait pas) et l'autre n'aurait probablement jamais pu être utilisée parce qu'elle n'est pas sur le marché, elle ne pouvait probablement pas être produite en France, le REDEMSIVIR par Gilead et, de toutes manière elle a une toxicité telle que dans 10% des cas on est obligé de l'arrêter. Il n'y a toujours aucune évidence publiée que le REDEMSIVIR ait sauvé une seule vie. Donc, il faut faire attention avant de se jeter dans des choses comme ça.

La mortalité dans les départements

Taux de mortalité	En EHPAD	à l'hôpital	Taux de mortalité	en EHPAD	à l'hôpital
Ain	13%	22%	Maine-et-Loire	13%	21%
Aisne	?	23%	Manche	7%	28%
Allier	3%	18%	Marne	13%	23%
Alpes de Hte Provence	11%	7%	Haute Marne	16%	30%
Hautes-Alpes	4%	10%	Mayenne	8%	24%
Alpes Maritimes	14%	23%	Meurthe-et-Moselle	12%	27%
Ardèche	17%	24%	Meuse	22%	24%
Ardennes	15%	27%	Morbihan	6%	20%
Ariège	0%	3%	Moselle	14%	28%
Aube	44%	19%	Nièvre	14%	32%
Aude	10%	22%	Nord	?	24%
Aveyron	21%	15%	Oise	?	30%
Bouches-du-Rhône	8%	15%	Orne	6%	16%
Calvados	2%	25%	Pas-de-Calais	?	20%
Cantal	0%	20%	Puy-de-Dôme	20%	21%
Charente	28%	22%	Pyrénées-Atlantiques	9%	12%
Charente-Maritime	4%	29%	Hautes-Pyrénées	19%	18%
Cher	20%	37%	Pyrénées-Orientales	14%	11%
Corrèze	0%	26%	Bas-Rhin	16%	23%
Corse	38%	21%	Haut-Rhin	25%	27%
Côte-d'Or	13%	24%	Rhône	17%	21%
Côtes-d'Armor	6%	16%	Haute-Saône	18%	26%
Creuse	15%	11%	Saône-et-Loire	18%	26%
Dordogne	12%	14%	Sarthe	13%	22%
Doubs	26%	21%	Savoie	18%	14%
Drôme	16%	23%	Haute-Savoie	17%	18%
Eure	15%	37%	Paris	13%	25%
Eure-et-Loir	13%	22%	Seine-Maritime	11%	21%
Finistère	4%	22%	Seine-et-Marne	12%	22%
Gard	7%	25%	Yvelines	12%	22%
Haute-Garonne	3%	10%	Deux-Sèvres	0%	28%
Gers	8%	26%	Somme	?	26%
Gironde	7%	15%	Tarn	3%	19%
Hérault	6%	16%	Tarn-et-Garonne	19%	10%
Ille-et-Vilaine	5%	19%	Var	19%	14%
Indre	19%	45%	Vaucluse	3%	13%
Indre-et-Loire	12%	22%	Vendée	11%	17%
Isère	14%	19%	Vienne	12%	23%
Jura	13%	21%	Haute-Vienne	8%	20%
Landes	9%	15%	Vosges	43%	31%
Loir-et-Cher	14%	25%	Yonne	13%	28%
Loire	15%	23%	Territoire de Belfort	32%	29%
Haute-Loire	0%	14%	Essonne	14%	23%
Loire-Atlantique	11%	23%	Hauts-de-Seine	16%	23%
Loiret	9%	15%	Seine-Saint-Denis	17%	26%
Lot	6%	14%	Val-de-Marne	16%	26%
Lot-et-Garonne	10%	13%	Val-D'Oise	17%	25%
Lozère	0%	5%			

Explications :

1/ Le taux de mortalité dans les EHPAD compare le nombre de personnes décédées dans l'établissement lui-même (sans avoir été transférées à l'hôpital) au nombre total de personnes contaminées (confirmées par PCR + diagnostiquées cliniquement).

2/ Le taux de décès à l'hôpital est le rapport entre le nombre de morts et le nombre total de personnes sorties de l'hôpital (morts + retours à la maison). N'entrent pas en compte ceux qui sont encore à l'hôpital. Les décès à l'hôpital incluent les personnes qui ont été transférées depuis un EHPAD.

3/ Parmi les vieillards résidents des EHPAD qui meurent du coronavirus, trois sur quatre meurent dans l'EHPAD et un sur quatre meurt à l'hôpital.

4/ Parmi les 9 227 résidents d'EHPAD transférés à l'hôpital, 3 551 étaient déjà morts le 10 mai soit 38,5%. En ajoutant ceux qui seront morts après le 10 mai, on atteindra un taux de mortalité **de 40 à 45%**.

Pas de chloroquine pour les EHPAD

Assemblée Nationale le 24 mars 2020, Eric Strauman, député du Haut-Rhin :

«...Face à la gravité de la situation sanitaire du Haut-Rhin, je vous propose d'étendre l'expérimentation de la chloroquine dans les EHPAD du département. Nous avons des équipes médicales volontaires pour participer au protocole de recherche. »

Réponse du ministre : *« Votre question porte surtout sur l'hydroxychloroquine. J'ai reçu hier les recommandations du Haut Conseil de santé publique qui, se fondant sur la saisine de sept sociétés savantes faisant autorité, nous dit que nous n'avons pas, à ce stade, les preuves de l'efficacité de l'hydroxychloroquine – ou, d'ailleurs, d'autres traitements. Il est donc dangereux, en l'absence de preuves, de donner ces médicaments comme s'ils bénéficiaient d'une autorisation de mise sur le marché. »*

En revanche, le Haut Conseil de la santé publique a considéré que si des médecins décidaient collégialement, en leur âme et conscience, qu'ils pouvaient, en l'absence de traitement, administrer ce type de traitement à des malades dans un état grave, souffrant de complications pulmonaires sévères, il fallait les y autoriser. C'est ce que j'ai fait. »

On notera dans cette réponse :

- Le refus de traiter les malades avec la chloroquine.
- L'autorisation de l'utiliser dans les cas graves de complications pulmonaires sévères alors que la chloroquine est recommandée et efficace au tout début de la contagion.
- Pour le ministre et son conseil, il n'existe pas de traitement efficace du coronavirus.

Un EHPAD au Texas

Aux USA, dès que le président Trump a eu connaissance du premier rapport de l'IHU de Marseille à la mi-mars, il a immédiatement engagé le pays à traiter le coronavirus avec la chloroquine « don de Dieu ». Le 11 avril, l'état républicain du Texas faisait parvenir de la chloroquine à 70 hôpitaux. Ecoutons le récit de la contagion dans un EHPAD du Texas rapporté le 27 avril par FOX26. (la traduction automatique est parfois imparfaite). C'est nous qui avons souligné certaines parties :

"Il s'agit d'une expérience unique dans une vie", a déclaré le Dr Robin Armstrong. "C'est quelque chose que nous ne connaissons probablement plus jamais." Le Dr Armstrong et d'autres personnes du complexe de la maison de soins infirmiers de Texas City savaient que le temps n'était pas de leur côté. "Deux de nos résidents ont présenté des symptômes et c'est à ce moment-là que nous avons testé tout le monde", a déclaré Jan Piveral, directeur exécutif du foyer de soins. 56 résidents et 33 membres du personnel étaient positifs pour COVID-19.

"Notre objectif était de nous assurer que nous pourrions les mettre à l'abri afin de ne pas les diffuser à d'autres personnes", a déclaré Armstrong. "Ensuite, en même temps, traitez-les pour qu'ils s'améliorent." Armstrong dit qu'il savait que les résidents qui se sont retrouvés à l'hôpital avaient un taux de mortalité plus élevé. "Notre objectif était de les garder ici et de les traiter avec les médicaments dont nous disposions", a-t-il déclaré. Quand Armstrong a commencé à leur administrer de l'hydroxychloroquine, elle était controversée mais semblait prometteuse.

"Si nous ne prenions pas la décision rapidement, nous pouvions potentiellement perdre 15 à 20% des résidents, ce qui n'était pas une option", a expliqué le médecin. L'approche d'Armstrong était de commencer à administrer de l'hydroxychloroquine et du zinc dès qu'un résident commençait à montrer des symptômes. Les patients étaient surveillés quotidiennement. "Nous avons fait des électrocardiogrammes sur chacun de ces patients pour nous assurer qu'ils n'avaient pas les effets secondaires cardiaques dont tout le monde parle", a déclaré Armstrong. "Aucun de nos patients ne l'a fait."

Au final il souligne qu'un seul des patients atteints du COVID-19 est décédé. "Tous ceux qui ont commencé le traitement se portent vraiment bien", a-t-il déclaré. "Je suis tellement contente d'avoir le papier indiquant que je ne suis plus positive", a déclaré Helen Parrish, l'une des résidentes qui a pris l'hydroxychloroquine. Lorsque COVID-19 faisait des ravages dans l'établissement, le propriétaire, John Griffin, dit que seulement deux personnes ont démissionné. "99 pour cent du personnel est resté, nous avons 34 employés qui ont contracté Coronavirus tous vivaient et 98% sont de retour au travail en ce moment", a déclaré Griffin. Que ce soit la volonté de Dieu ou l'hydroxychloroquine, le Dr Armstrong ne peut pas dire

exactement ce qui a maintenu tant de résidents en vie pendant cette pandémie. Il dit que tout ce qu'il sait, c'est qu'il a dû prendre une décision rapidement et il n'a aucun regret. "C'était une situation qui pouvait tourner à la catastrophe", a déclaré Armstrong. "Je pensais que nous n'avions pas d'autres options."

En France, contrairement à cet EHPAD texan, la situation a souvent tourné à la catastrophe faute de traitement et d'ici la fin de l'épidémie, plus de 15 000 résidents d'EHPAD seront morts d'un virus pas vraiment méchant si, comme le docteur Armstrong, on l'élimine avant qu'il ne fasse des dégâts.

Pas de chloroquine mais du RIVOTRIL

Dans notre précédent dossier, nous avons vu qu'un décret du 25 mars interdisait aux médecins ville de prescrire de la chloroquine. Trois jours plus tard ils étaient autorisés à prescrire le RIVOTRIL par le décret 2020-360 signé par le premier ministre et le ministre de la santé. « II.-Par dérogation à l'article L 5121-12-1 du code de la santé, la spécialité pharmaceutique Rivotril ® sous forme injectable peut faire l'objet d'une dispensation, jusqu'au 15 avril 2020, par les pharmacies d'officine en vue de la prise en charge des patients atteints ou susceptibles d'être atteints par le virus SARS-CoV-2 dont l'état clinique le justifie sur présentation d'une ordonnance médicale portant la mention " Prescription Hors AMM dans le cadre du covid-19 ".

Le RIVOTRIL permet une **sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès**. Dans un document consacré au sujet, la Haute Autorité de Santé dit qu'il ne s'agit pas d'euthanasie et donne les critères qui l'en différencient. https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201803/app_164_guide_pds_sedation_web

Nous ne rentrons pas dans ce débat, mais nous remarquons simplement que le gouvernement, conseillé par ses « experts » parisiens

- refuse aux vieillards le traitement préventif qui leur éviterait les complications de l'insuffisance respiratoire conduisant à la mort atroce par étouffement
- propose, quand rien ne va plus, de leur injecter le produit qui va les endormir jusqu'à la mort.

Mortalité des maladies respiratoires

On compare ici les décès par maladies respiratoires (moyenne des cinq dernières années disponible : 2007 à 2011) aux décès causés par les complications respiratoires du coronavirus.

Décès pour 1 million d'habitants	Maladies respiratoire	Coronavirus	Décès pour 1 million d'habitants	Maladies respiratoire	Coronavirus
Ain	470	237	Maine-et-Loire	473	223
Aisne	612		Manche	589	110
Allier	643	115	Marne	531	643
Alpes de Hte Provence	648	91	Haute Marne	768	805
Hautes-Alpes	600	85	Mayenne	629	154
Alpes Maritimes	633	207	Meurth-et-Moselle	605	545
Ardèche	631	567	Meuse	667	901
Ardennes	605	256	Morbihan	665	138
Ariège	807	7	Moselle	614	919
Aube	516	787	Nièvre	705	185
Aude	672	190	Nord	596	?
Aveyron	861	209	Oise	425	?
Bouches-du-Rhône	516	280	Orne	622	152
Calvados	535	103	Pas-de-Calais	699	?
Cantal	854	63	Puy-de-Dôme	541	111
Charente	621	63	Pyrénées-Atlantiques	618	66
Charente-Maritime	647	79	Hautes-Pyrénées	782	238
Cher	560	476	Pyrénées-Orientales	706	94
Corrèze	733	125	Bas-Rhin	460	787
Corse	?	218	Haut-Rhin	465	1843
Côte-d'Or	504	612	Rhône	383	544
Côtes-d'Armor	757	87	Haute-Saône	674	541
Creuse	1000	95	Saône-et-Loire	628	474
Dordogne	680	51	Sarthe	553	195
Doubs	441	633	Savoie	462	185
Drôme	481	369	Haute-Savoie	411	362
Eure	491	235	Paris	379	1009
Eure-et-Loire	500	462	Seine-Maritime	516	203
Finistère	750	60	Seine-et-Marne	386	701
Gard	581	115	Yvelines	357	632
Haute-Garonne	406	46	Deux-Sèvres	615	51
Gers	629	174	Somme	684	?
Gironde	470	102	Tarn	621	99
Hérault	538	129	Tarn-et-Garonne	578	31
Ille-et-Vilaine	495	95	Var	661	199
Indre	743	664	Vaucluse	533	64
Indre-et-Loire	538	180	Vendée	575	95
Isère	377	173	Vienne	584	121
Jura	680	350	Haute-Vienne	580	103
Landes	591	27	Vosges	758	1384
Loir-et-Cher	607	280	Yonne	700	398
Loire	650	489	Territoire de Belfort	508	1657
Haute-Loire	749	57	Essonne	344	718
Loire-Atlantique	444	142	Hauts-de-Seine	376	1059
Loiret	435	184	Seine-Saint-Denis	317	872
Lot	708	156	Val-de-Marne	371	1140
Lot-et-Garonne	635	33	Val-D'Oise	343	913
Lozère	846	13	Ecart entre extrêmes	3 fois	280 fois

Sur le tableau nous observons dans la première colonne les décès annuels dus aux maladies respiratoires dans chaque département. La plus forte mortalité (pour la Creuse) est trois fois supérieure à la plus faible (celle de la Seine-Saint-Denis). On a donc un écart de 1 à 3. De façon plus générale, si on regarde les décès annuels causés par les grands types de maladies, l'écart entre le plus fort taux de mortalité et le plus faible se situe toujours entre 2 et 5 maximum. Cet écart est dû aux particularités locales pour des maladies que l'on traite à peu près de la même façon dans tous les départements.

Pour le coronavirus, ce n'est pas du tout la même chose : les écarts de mortalité entre les départements sont énormes, mêmes s'ils sont en partie dus à la plus ou moins grande virulence de l'épidémie. Les énormes écarts de mortalités sont en grande partie dus aux différentes façons de traiter les malades. Ces écarts de mortalité se retrouvent également entre les pays.

D – Une comparaison entre pays

Nous avons vu plus haut comment on pouvait faire une estimation du nombre de personnes contaminées dans un pays ou une région à partir de la connaissance du nombre de tests effectués pour 1000 habitants et du résultat des tests. La méthode de calcul permet une estimation à + ou – 10% du nombre de personnes contaminées.

Le tableau ci-dessous donne le nombre de personnes contaminées en % de la population totale et le taux de mortalité parmi les contaminés. Les estimations sont sur la base des données du 20 mai 2020.

Nous avons inclus ici : les diverses régions d'Italie, les principaux états des USA, nos principaux voisins européens et quelques autres pays d'Asie et d'Afrique. Nous n'avons pas inclus de pays d'Amérique du Sud ou l'Inde parce que l'épidémie y est encore en phase 2, c'est-à-dire en phase de développement exponentiel.

Pays, Etats ou régions	Population contaminées	Mortalité des contaminés	Pays, Etats ou régions	Population contaminées	Mortalité des contaminés
Qatar	17,4%	0,00%	Trentin	4,3%	0,98%
Singapour	7,1%	0,01%	Emilie Romagne	8,1%	1,18%
Djibouti	3,8%	0,03%	Vénétie	3,1%	1,18%
Arabie Saoudite	3,3%	0,03%	Val d'Aoste	8,1%	1,39%
Japon	0,3%	0,06%	Lombardi	10,9%	1,42%
Sénégal	0,3%	0,06%	Nebraska	9,0%	0,09%
Bahreïn	0,9%	0,08%	Utah	3,3%	0,09%
Australie	0,4%	0,10%	Tennessee	3,8%	0,12%
Corée du Sud	0,4%	0,14%	Arkansas	2,9%	0,13%
Maroc	0,4%	0,14%	Kansas	5,0%	0,14%
Turquie	3,1%	0,16%	Texas	3,0%	0,17%
UAE	0,5%	0,48%	Iowa	7,8%	0,18%
Biélorussie	5,2%	0,04%	Virginie	6,5%	0,20%
Russie	2,9%	0,08%	Caroline du Nord	3,5%	0,21%
Serbie	2,1%	0,13%	Wisconsin	3,9%	0,22%
République Tchèque	1,2%	0,23%	Minnesota	6,1%	0,25%
Autriche	2,6%	0,27%	Alabama	4,3%	0,26%
Pologne	0,9%	0,27%	Californie	3,4%	0,27%
Allemagne	3,1%	0,32%	Caroline du Sud	3,0%	0,28%
Portugal	3,5%	0,36%	Delaware	12,0%	0,28%
Suisse	5,2%	0,43%	Ouest-Virginie	1,3%	0,30%
Islande	0,6%	0,50%	Floride	3,4%	0,30%
Suède	5,5%	0,71%	Kentucky	2,8%	0,31%
Hongrie	0,7%	0,75%	Arizona	3,3%	0,32%
Pays-Bas	4,5%	0,76%	Maryland	11,0%	0,33%
Italie	5,1%	0,77%	Illinois	10,8%	0,34%
France	4,8%	0,91%	Mississippi	6,1%	0,34%
Ile-de-France	9,8%	0,97%	Colorado	6,7%	0,34%
Grande-Bretagne	5,2%	1,03%	Missouri	3,1%	0,35%
Espagne	5,0%	1,19%	Washington	3,9%	0,36%
Belgique	5,9%	1,35%	New-Hampshire	4,1%	0,37%
Campanie	1,3%	0,51%	Ohio	4,3%	0,38%
Ombrie	2,0%	0,42%	Indiana	7,2%	0,40%
Basilicate	1,0%	0,46%	Washington DC	14,1%	0,42%
Sicile	1,1%	0,48%	New-Mexico	3,4%	0,43%
Calabre	0,9%	0,51%	Pennsylvanie	8,6%	0,46%
Latium	1,9%	0,55%	Canada	3,3%	0,50%
Sardaigne	1,3%	0,57%	New-Jersey	21,7%	0,57%
Pouilles	1,8%	0,65%	Massachusetts	14,8%	0,60%
Toscane	3,5%	0,75%	Louisiane	9,4%	0,61%
Abruzzes	3,5%	0,84%	Géorgie	7,6%	0,63%
Piémont	8,7%	0,94%	Michigan	7,5%	0,69%
Frioul	2,6%	1,01%	Connecticut	14,3%	0,70%
Ligurie	8,0%	1,09%	New-York	19,4%	0,77%
Marches	5,6%	1,15%	Total pays ci-dessus	3,80%	0,54%

Sources : officielles pour Espagne, Italie, France et Worldometer.info – calculs de la vérité des chiffres

Les pays pris dans ce tableau rassemblent 1,38 milliards d'habitants en Europe, Amérique du Nord, Asie et Moyen-Orient. 48 millions de tests ont été effectués et nous avons estimé la population totale contaminée à 52 millions de personnes pour 278 000 décès.

Quelques enseignements

1. La contamination la plus forte est observée dans le Nord-Est des USA avec un sommet à New-York et sa banlieue du New-Jersey où 20% de la population est contaminée. Sur le territoire des Etats-Unis, plus on s'éloigne de cette région, plus la contamination baisse.
2. En Europe la contamination est forte en Lombardie - **10,9%**-, en Ile-de-France - quasiment **10%** - et **11%** à Paris intramuros, dans la province de Madrid -**11,3%**- .
3. Dans l'ensemble des pays considérés, à ce jour la contamination a touché **moins de 4%** de la population, chiffre qui montera **autour de 4.5% en fin d'épidémie** avec des pics dans les grandes concentrations urbaines.
4. La contamination est variable suivant les pays en fonction des politiques mises en place pour faire barrière à la progression. En Europe les plus efficaces ont été la Hongrie (fermeture des frontières très tôt, campagnes intensives de tests au tout début de l'épidémie, préemption par l'état de la chloroquine fabriquée dans le pays), en Islande (très fortes campagnes de tests dès le début avec 17% de la population testée à comparer à moins de 2% en France) et en Pologne (fermeture des frontières au tout de l'épidémie et approbation officielle du traitement à la chloroquine dès le 18 mars, c'est-à-dire au tout début de l'épidémie dans le pays).
5. La mortalité est très variable suivant les pays, états ou régions. Cette mortalité dépend beaucoup plus des politiques de traitements et de l'hygiène du pays (par exemple à Singapour ou au Japon) que de la dangerosité du virus lui-même. Certains pays au Moyen-Orient prennent à la lettre les recommandations de Marseille. Le journal turc www.hurriyetdailynews.com vante le modèle turc qui n'est autre que le protocole Raoult : « *A l'inverse des autres pays, aux malades qui ont de la fièvre, mal à la gorge et qui toussent, les médecins turcs ne conseillent pas de prendre des antipyrétiques et de rester chez eux, mais ils les invitent à l'hôpital où ils commencent immédiatement un traitement à la chloroquine avant même de connaître les résultats des tests.* » On pourrait citer des dizaines d'exemple sur le sujet.

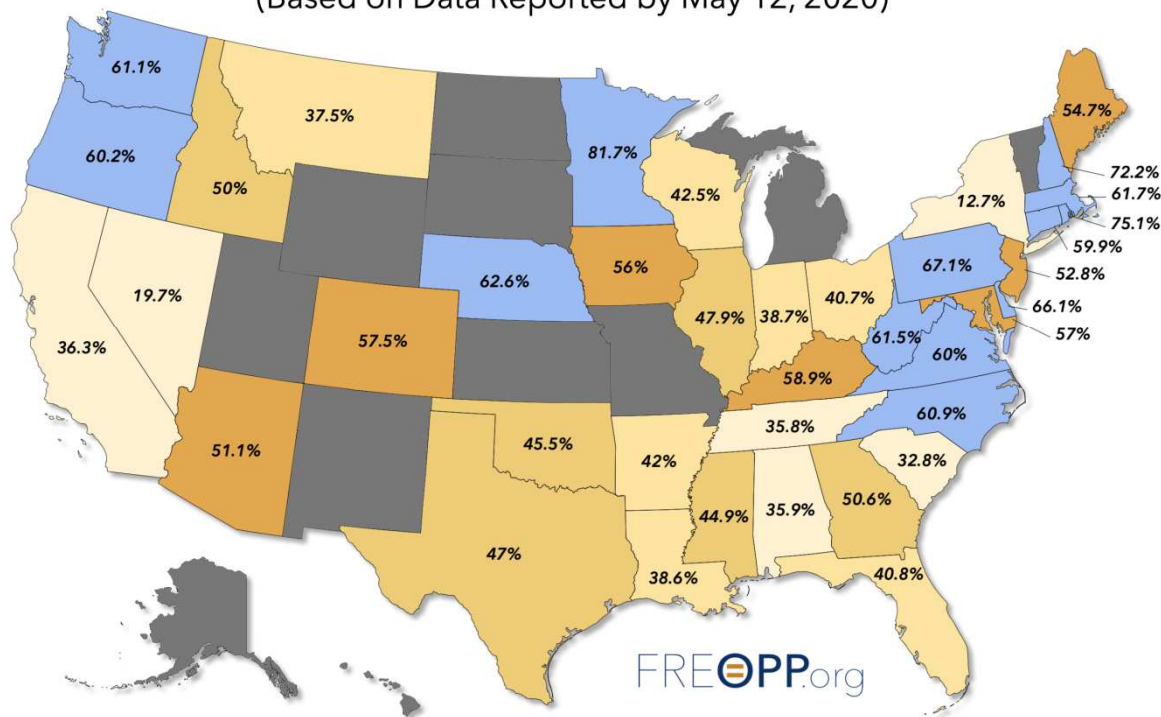
6. A notre connaissance, aucune étude sérieuse n'a été entreprise par l'OMS pour connaître les causes des écarts de mortalité.
7. Certains pays lointains ont eu des résultats excellents : Australie (énormes campagnes de tests), Japon ou Singapour (hygiène et discipline exemplaires) ou Corée (réaction drastique du gouvernement). Plus près de nous la Pologne a eu, en proportion, 15 fois moins de morts que la France.
8. Les provinces italiennes les plus contaminées sont celles qui touchent la France : Val d'Aoste, Piémont, Ligurie et Lombardie un peu plus loin. Rappelons-nous que un quart des départements français ont été « ensemencés » à partir de ces provinces avec lesquelles nous avons laissé nos frontières ouvertes jusqu'au 15 mars..
9. D'après le site de Swiss Policy Research : « *Le virologue allemand **Hendrik Streeck** explique les résultats finaux de son étude pionnière sur les anticorps. Streeck a trouvé une létalité du Covid19 de 0,36%, mais explique dans l'interview qu'il s'agit d'une limite supérieure et que la létalité est probablement de l'ordre de 0,24 à 0,26%, voire moins. L'âge moyen des personnes décédées après un test positif était d'environ 81 ans.* » Dans notre propre étude (voir sur tableau), nous trouvons un taux de décès ou létalité de 0,32% pour l'Allemagne, donc tout à fait similaire à ce que trouve le professeur Streeck.
10. De façon générale, notre tableau est cohérent avec les études donnant des estimations pour différents endroits : France, Allemagne, Suisse, Islande, Nord de la France, New York, Lombardie... On peut donc considérer que notre approche est d'une fiabilité satisfaisante en prenant chaque chiffre avec une marge d'erreur de + ou - 10%.

Mortalité dans les EHPAD

Nous savons qu'en France 51% des morts sont des résidents d'EHPAD qui représentent 1,2% de la population française. Cette situation n'est pas propre à la France car on trouve les chiffres suivants dans d'autres pays (d'après Swiss Policy Research) : 53% en Belgique, 60% en Norvège, 36% en Allemagne, 60% en Irlande, 40% au Portugal, 45% en Suède, 42% aux USA et 62% au Canada, pour ne citer que des pays proches culturellement.

Aux Etats-Unis, une étude de la 'Foundation for Research on Equal Opportunity' montre, pour chaque état, la part que représentent les morts en EHPAD par rapport à la totalité des morts.

Share of COVID-19 Deaths Occurring in Nursing & Assisted Living Facilities (Based on Data Reported by May 12, 2020)



Ils en déduisent une mortalité souvent très faible en dehors des EHPAD qui peuvent concentrer jusqu'à 82% des décès dans le Minnesota. Certains départements français comme l'Aveyron ou le Doubs se rapprochent de ce pourcentage.

On a bien eu deux épidémies :

- Une dans les EHPAD qui nécessitait une grande vigilance.
- Une en dehors des EHPAD qui pouvait être bénigne si elle était managée correctement.

En conclusion

Le principal facteur de dangerosité de l'épidémie dans les pays ou régions a été **l'incapacité des autorités**. C'est particulièrement le cas en France où l'épidémie a d'abord été prise à la légère pour ensuite être sur-dramatisée.

E – Trump, l’OMS et la Chine

La lettre de Trump à l’OMS

Le 18 mai 2020, le président Trump a écrit une lettre au directeur général de l’Organisation Mondiale de la Santé – OMS en français et WHO en anglais – pour lui indiquer que les USA suspendaient leur financement de l’organisation tant que la lumière ne serait pas faite sur la façon dont l’OMS avait géré l’épidémie de coronavirus COVID-19.

Les principaux reproches de Trump sont les suivants :

- L’OMS a ignoré les alertes sur l’émergence d’un nouveau virus à Wuhan depuis le mois de décembre et n’a pas fait d’enquête indépendante, se bornant à reprendre les thèses officielles de Pékin.
- Dès le 26/12/2019, des rumeurs circulaient à Pékin au sujet d’un nouveau virus à Wuhan que le bureau de l’OMS de Pékin ne pouvait ignorer le 30 décembre.
- Le 31 décembre 2019, les autorités de Taiwan informaient officiellement l’OMS que le nouveau virus pouvait se transmettre d’homme à homme.
- Les règles de l’OMS indiquent que tout pays doit prévenir de l’émergence d’une nouvelle maladie dans les 24 heures après sa découverte. La Chine n’a informé officiellement l’OMS que le 31 décembre.
- Le 5 janvier 2020, le docteur Zang de l’hôpital de Shanghai a informé Pékin qu’il avait identifié le génome du nouveau virus. Devant l’absence de réaction de Pékin, le docteur Zang a mis cette information sur internet le 11 janvier 2020, ce qui a conduit à la fermeture de son laboratoire. L’OMS n’a pas bougé.
- L’OMS a donné de façon répétitive plusieurs informations fausses : le 14 janvier 2020, l’OMS affirme que le virus ne peut pas être transmis entre humains ; le 21 janvier, sous la pression du président Xi, l’OMS affirmait que le nouveau virus ne représentait pas un danger pour le monde et, le 30 janvier, l’OMS changeait d’avis sous la pression des événements ; le 28 janvier, après une rencontre avec le président Xi, l’OMS faisait l’éloge de la gestion transparente de la crise par les autorités de Pékin.
- Il a fallu attendre le 16 février pour qu’une équipe de l’OMS arrive à Pékin pour enquête. Le dernier jour de la visite l’équipe internationale de

l'OMS a pu visiter Wuhan. Les deux membres US de l'équipe se sont vu refuser l'accès à Wuhan.

- L'OMS a fait l'éloge du confinement mis en place à l'intérieur de la Chine, mais m'a critiqué quand j'ai bloqué les échanges aériens entre les USA et la Chine et, le 3 février, l'OMS affirmait que la restriction du transport aérien « faisait plus de mal que de bien » vu la façon exemplaire dont la Chine gérait la crise.
- Le 3 février, la Chine faisait pression sur ses partenaires pour que le transport aérien soit maintenu en s'appuyant sur les déclarations de l'OMS: « l'expansion du virus en dehors de Chine est minimal et lent », « les chances d'une propagation où que ce soit en dehors de Chine sont très faibles ».
- Le 3 mars, l'OMS niait la propagation du virus par les personnes asymptomatiques contrairement à ce qui était observé en Corée et au Japon disant : « l'exemple chinois montre que 1% seulement des personnes contaminées sont asymptomatiques et la plupart des cas contaminés développent des symptômes dans les deux jours. »
- Le 11 mars, date à laquelle l'OMS a déclaré que le COVID-19 était une pandémie, il y avait déjà plus de 4 000 morts et plus de 100 000 personnes infectées dans 114 pays du monde.
- Le 11 avril 2020, plusieurs ambassadeurs africains se sont plaints à Pékin du traitement raciste que subissaient leurs compatriotes de la part du gouvernement chinois. L'OMS n'a pas bougé, mais a traité le gouvernement taiwanais de raciste quand il a critiqué sa gestion de la crise.
- Constamment, au cours de la crise, l'OMS a fait l'éloge de la transparence de Pékin alors que début janvier Pékin détruisait des échantillons du virus et qu'aujourd'hui encore il est très difficile d'obtenir des informations de Pékin.
- L'OMS n'a pas réussi à obtenir de Pékin l'organisation d'une commission d'enquête indépendante sur les origines du virus.

Trump termine sa lettre en disant que cette succession d'erreurs a coûté cher au monde et que d'autre part, aujourd'hui, la seule façon d'avancer pour l'OMS est de démontrer son indépendance vis-à-vis de la Chine. Cette longue liste nous montre l'influence de la politique sur l'objectivité scientifique dans une organisation censée être indépendante et défendre l'intérêt général.

Que se passera-t-il si les USA arrêtent de financer l'OMS ?

Le financement de l'OMS

L'OMS reçoit deux types de financements : 1°- Les financements dits souples effectués par les états du monde, ils sont proportionnels au PIB de chacun. Ces financements n'ont pas d'affectation particulière. 2°- Les « contributions volontaires à objet désigné » sont des financements qui doivent être dépensés suivant les programmes fixés par les donateurs.

Donateurs	Montants totaux-M\$	Dont ciblés M\$	Donateurs	Montants totaux-M\$	Dont ciblés M\$
USA	893	656	Inde	25	18
Bill and Melinda Gates	530	530	Espagne	25	2
Grande-Bretagne	435	335	Luxembourg	24	20
Gavi Alliance	371	371	Belgique	24	8
Allemagne	292	231	Bloomberg Family	23	23
Japon	215	122	Autres pharmaciens	21	21
ONU - Divers services	418	418	ONOPS	17	17
Rotary International	143	143	VITAL Strategies	17	17
Banque Mondiale	132	132	Pre-Qualification Fees	16	16
Commission Européenne	131	131	Novartis	15	15
Nal Philanthropic Trust	109	109	Pakistan	15	14
Canada	101	73	Danemark	15	7
Norvège	86	54	Mexique	14	0
China	85	9	Wellcome Trust	13	13
France	77	24	Seqirus	10	10
Suède	76	36	African Devopment Bank	9	9
Koweït	70	67	Multi-Partner Trust Fund	8	8
Corée du Sud	70	51	Carter Center	8	8
Italie	60	24	Indonésie	7	3
Australie	57	29	Medimmune	7	7
Russie	57	28	Kobe	7	7
Arabie Saoudite	56	45	CDC Foundation	6	6
Congo	55	55	Nouvelle-Zélande	6	6
Pays-Bas	55	32	Gilead	5	5
SANOFI	51	51	KNCV Tuberculosis	5	5
Emirats Arabes Unis	48	42	Divers	5	5
GLAXO	45	42	Oman	4	4
Hoffman-Laroche	42	42	Singapour	4	0
Suisse	40	24	BAYER	4	4
Brésil	37	0	BASF	3	3
PIP FrameWork Contribut.	33	33	SINGENTA	3	3
Global Fund to Fight AIDS	31	31	Autres	335	233
Nigeria	26	24	Total	5 623	4 506

Source : OMS – Donateurs for 2018-2019. NB : les budgets ci-dessus sont pour deux ans : 2018 et 2019.

Au fil du temps les « contributions volontaires à objet désigné » ont augmenté jusqu'à représenter 80% des financements de l'OMS.

Si l'on excepte les budgets de frais généraux, on voit que l'OMS travaille presque totalement sur des axes fixés par les donateurs, l'axe prioritaire étant le développement des vaccins.

L'OMS reçoit des fonds de trois types de sources :

- Les états (en jaune) qui contribuent aux dépenses de base et à des dépenses ciblées par eux-mêmes.
- Les fabricants de vaccins (en orange) qui contribuent uniquement au programme des vaccins de la grippe.
- Les grandes fondations privées dites « philanthropiques » qui ciblent prioritairement les vaccins.

Si on regarde plus précisément la destination des « fonds à objet désigné » des principaux contributeurs, on voit que la promotion des vaccins est :

- Le premier budget pour les USA (vaccin **polio**), l'Angleterre (vaccin **polio**) et l'Allemagne (vaccin **polio**).
- Représente 60% des financements par la Fondation Bill et Melinda Gates (vaccin **polio**).
- Représente 100% des financements par GAVI (**divers** vaccin), le Rotary (vaccin **polio**), le National Philanthropic Trust (vaccin **polio**) et tous les groupes pharmaceutiques (vaccin **grippe**).

NB : qu'est-ce que « GAVI – l'Alliance du Vaccin » ? Cette organisation a été fondée par la Fondation Bill et Melinda Gates en 1999 qui y a apporté 750 millions de dollars. De 2000 à 2020, GAVI a reçu plus de **20 milliards de dollars** dont 4 milliards de la Fondation Gates. Le reste des fonds est venu des états : Grande-Bretagne 4,6 milliards de dollars ; USA 2,4 milliards de dollars ; Norvège 2,1 milliards ; Italie 1,1 Milliards ; France 1,1 milliards...

D'après le site www.gavi.org avec ces fonds, GAVI fournit des vaccins « à des prix raisonnables » à un très grand nombre de pays. « *La Fondation Bill et Melinda Gates est un partenaire essentiel de GAVI en matière de façonnage du marché des vaccins* ». « *GAVI – L'Alliance des vaccins aide à vacciner la moitié des enfants du monde* ». « *'Notre meilleur investissement' en dit Bill Gates* ». On notera que l'actuel Directeur Général de l'OMS, l'éthiopien Tedros Adhanom Ghebreyesus a été administrateur de GAVI en 2008 et 2009.

Coronavirus et politique

Les éléments ci-dessus nous permettent de comprendre pourquoi le ministre allemand de la santé, Jens Spahn, disait le 24 mai au Financial Times « l’OMS est susceptible d’être influencée par des membres individuels », « elle doit devenir moins dépendante de certains pays ». Mais pour lui ce n’est pas le moment de lui retirer le soutien.

Cependant, personne ne niant les manquements et contre-vérités de l’OMS énoncés dans la lettre de Trump, on peut conclure que l’OMS a protégé Pékin et a une grande responsabilité dans le développement mondial de l’épidémie, ce qui est un comble quand sa raison d’être est justement de protéger les états contre ce genre d’événement.

Saura-t-on jamais si le virus est sorti du laboratoire de Wuhan spécialisé dans la recherche sur les virus pour les nouveaux vaccins ? Le gouvernement américain a dit avoir des éléments dans ce sens comme aussi le professeur Montagnier.

Autre point de divergence entre Trump et l’OMS : la chloroquine. Trump est un farouche défenseur de la chloroquine (il dit même en avoir pris de façon préventive) alors qu’elle est contestée par l’OMS.

Conclusion

Pour comprendre le côté politique de l’épidémie et l’ampleur qu’elle a prise par rapport à une épidémie de grippe classique il faudrait prendre en compte les **quatre** relations ou oppositions suivantes :

1/Opposition entre :

- D’une part : Trump et l’Amérique du Centre d’une part : parti républicain.
- D’autre part : Les démocrates, la Côte-Est autour de New-York, la Côte-Ouest autour de la Californie, les GAFA (Google, Amazon, Facebook, Appel et Microsoft), les grands médias et la finance d’autre part. (voir à ce sujet notre dossier de décembre 2016 sur les deux Amériques)

2/Opposition entre :

- Trump qui veut réindustrialiser les USA
- La Chine qui a pu s’industrialiser grâce aux transferts de technologies effectués par les multinationales occidentales depuis 40 ans.

3/Opposition entre :

- La chloroquine soutenue par Trump
- L'industrie pharmaceutique, l'OMS et tout le « charity business » mené par les « philanthropes » autour des vaccins

4/La relation entre la Chine et le Directeur Général de l'OMS et toutes les luttes d'influence à l'intérieur de l'OMS.

F – Conclusion

L'épidémie de coronavirus est en train de se terminer en France. Au final environ **5%** des français auront été touchés avec des taux allant de **2 à 10%** suivant les régions.

Les résidents des EHPAD ont représenté la moitié des morts, souvent dans les conditions atroces d'étouffement.

Au niveau mondial, dans les pays où l'épidémie est en déclin, entre 4 et 4,5% de la population aura été touchée. Mais le virus a touché **moins de 1%** de la population dans les pays qui ont su manager la crise. Cette faible contamination n'indique pas la nécessité d'un vaccin pour toute la population.

La mortalité moyenne est de **0,5%** des personnes contaminées avec une concentration de cette mortalité sur les vieillards. Cette mortalité moyenne va de 0,1% dans certains pays à 1% dans d'autres.

Pour la mortalité, la France est classée dans les tous derniers rangs au monde sans qu'aucune analyse ne soit faite pour comprendre les énormes écarts de mortalité. Dans la plupart des hôpitaux français on meurt plus que partout dans le monde.

L'IHU de Marseille a été une chance extraordinaire pour la France, mais Paris a n'en a pas voulu. Cependant le protocole Raoult, rejeté par Paris et l'OMS, a été retenu par de très nombreux pays, (à commencer par la Suisse), ce qui leur a permis d'endiguer l'épidémie, en particulier en Afrique au Moyen-Orient où la chloroquine est bien connue.

L'OMS et les grands médias occidentaux, notamment en France et aux USA ont fait la promotion des vaccins, suivant en cela les groupes pharmaceutiques qui

voient dans cette épidémie une énorme opportunité. Le 28 mai, le grand groupe anglais GSK a même annoncé qu'il pourrait fournir un milliards de doses de vaccins : www.gsk.com .

Nous rentrons maintenant dans l'après-coronavirus que préparent les états occidentaux, l'OMS et les grands milliardaires « philanthropes ».

Comment se dessine l'avenir ?

Alors qu'aujourd'hui la chloroquine vient d'être mise définitivement hors la loi par l'OMS et la France il est intéressant de voir ci-dessous le communiqué de l'OMS du 24 avril au sujet de l'événement organisé par l'OMS, le président Macron, Bruxelles et Bill Gates.

« Les dirigeants mondiaux s'unissent pour veiller à ce que chacun, partout, ait accès aux nouveaux vaccins, tests et traitements contre la COVID-19.

Rassemblement inédit de chefs d'État, d'institutions et d'entreprises pour sceller un engagement à accélérer le développement et la mise disposition pour toutes les populations

24 avril 2020 Communiqué de presse

et des dirigeants de la santé mondiale ont pris aujourd'hui un engagement sans précédent à œuvrer ensemble pour accélérer le développement et la production de nouveaux vaccins, tests et traitements contre la COVID-19 et en garantir l'accès équitable à l'échelle planétaire.

La pandémie de COVID-19 a déjà frappé plus de 2,4 millions de personnes et coûté la vie à plus de 160 000 d'entre elles. Elle prélève un très lourd tribut sur les familles, les sociétés, les systèmes de santé et les économies dans le monde et, tant que ce virus menacera un pays, c'est le monde entier qui sera en péril.

Dans ce contexte, nous avons un besoin urgent de vaccins, de produits de diagnostic et de traitements novateurs contre la COVID-19, tout en suivant les mesures en place pour garantir la distanciation physique entre les personnes et en veillant à tester et suivre tous les contacts de celles chez qui le virus a été détecté.

« Nous n'enrayons la marche de la COVID-19 que grâce à la solidarité », a déclaré le D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS. « Les pays, les partenaires de la santé, les

fabricants et le secteur privé doivent agir de concert pour veiller à ce que chacun puisse profiter des fruits de la science et de la recherche. »

Le travail a d'ores et déjà débuté. Depuis janvier, l'OMS collabore avec des chercheurs issus de centaines d'institutions pour mettre au point et tester des vaccins, normaliser les épreuves et les approches réglementaires pour de nouvelles conceptions des essais et définir les critères de priorisation des vaccins candidats. L'Organisation a préqualifié des produits de diagnostic qui servent partout dans le monde et d'autres sont en cours de développement. Enfin, elle coordonne un essai mondial sur l'innocuité et l'efficacité de quatre traitements contre la COVID-19.

Tout l'enjeu consiste à accélérer et à harmoniser les procédures pour faire en sorte que les produits, une fois jugés sans danger et efficaces, puissent être acheminés jusqu'aux milliards de personnes qui en ont besoin. L'expérience, acquise par exemple aux débuts des traitements contre le VIH ou dans le déploiement du vaccin contre la flambée de H1N1 en 2009, nous a montré que même lorsque des outils sont disponibles, ils ne le sont pas pour tous de façon équitable.

C'est ainsi que les dirigeants se sont réunis aujourd'hui dans le cadre d'un événement en ligne, co-organisé par l'Organisation mondiale de la Santé, le Président français, la Présidente de la Commission européenne et la Fondation Bill et Melinda Gates. Parmi les autres participants, figuraient le Secrétaire général des Nations Unies, le Président de la Commission de l'Union africaine, le Président du G20, ainsi que les chefs d'État de France, d'Afrique du Sud, d'Allemagne, du Vietnam, du Costa Rica, d'Italie, du Rwanda, de Norvège, d'Espagne, de Malaisie et du Royaume-Uni (représenté par le Premier secrétaire d'État).

Les dirigeants de la santé représentant la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), GAVI – l'Alliance du vaccin, le Fonds mondial, UNITAID, le Wellcome Trust, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, la Fédération internationale de l'industrie du médicament (IFPMA), le Developing Countries Vaccine Manufacturers' Network (DCVMN) et la International Generic and Biosimilar Medicines Association (IGBA) se sont engagés à agir ensemble, guidés par une aspiration commune à mettre la planète à l'abri de la souffrance humaine et des conséquences sociales et économiques dévastatrices de la COVID-19, dans le but de lancer cette collaboration novatrice. Deux envoyés spéciaux les ont rejoints : Ngozi Okonjo-Iweala, Président du Conseil d'administration de Gavi, et Sir Andrew Witty, ancien Président-Directeur général de GlaxoSmithKline.

Ils ont fait la promesse d'œuvrer à un accès équitable fondé sur un niveau de partenariat jamais vu auparavant. Ils ont également convenu de parler d'une seule et même voix, de s'appuyer sur l'expérience du passé et de se rendre mutuellement des comptes et à en rendre au monde entier et aux communautés.

« Nous partageons le même engagement : faire en sorte que toutes les personnes aient accès à tous les outils pour prévenir, détecter, traiter et venir à bout de la COVID-19 », a déclaré le D^r Tedros. « Aucun pays ni aucune organisation ne peut y parvenir seul. Le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 rassemble la puissance combinée de plusieurs organisations pour agir rapidement et à grande échelle. »

Les dirigeants de la santé en appellent à la communauté mondiale et aux dirigeants politiques afin qu'ils soutiennent cette collaboration que fera date et demandent aux bailleurs de fonds d'apporter les moyens nécessaires pour accélérer la concrétisation de ses objectifs, en tirant parti de l'occasion qu'offre la future initiative de collecte de fonds qui débutera le 4 mai 2020. Pilotée par l'Union européenne, cette initiative a pour objectif de mobiliser les moyens considérables nécessaires en vue d'accélérer le travail mené pour protéger le monde de la COVID-19. »

Quelques explications pour situer les protagonistes:

CEPI – Coalition for Epidemic Preparedness Innovation – a été créé en 2017 à Davos par les gouvernements norvégiens et indiens, la fondation **Bill et Melinda Gates**, le Wellcome Trust et le World Economic Forum www.cepi.net .

GAVI – fondé par Bill Gates – voir plus haut.

Le Fond Mondial – www.globalfund.org – « En juillet 2019, les partenaires du secteur privé et non gouvernementaux avaient versé plus de 2,7 milliards de dollars US dans le but d'augmenter la portée des investissements du Fonds mondial et de sauver des millions de vies. Ce montant comprend des engagements considérables de la **Fondation Bill et Melinda Gates**, et plus de 600 millions de dollars US générés par Product (RED) ».

UNITAID – est une organisation internationale d'achat de médicaments qui a reçu 2,5 milliards de dollars depuis 2006 www.unitaid.org . Les principaux financeurs sont les gouvernements de la France, de Grande-Bretagne, de Norvège, Brésil, Espagne, Chili, Corée du Sud et **Bill and Melinda Gates**.

Wellcome Trust – Fondation créée par la famille du fondateur du groupe pharmaceutique anglais WELLCOME avec un capital de 30 milliards de dollars.

Les autres groupes cités sont des associations de fabricants de médicaments et de vaccins.