

La mortalité du COVID 19 et de la grippe

Comme le virus de la grippe, le coronavirus COVID 19 peut conduire à des états graves ou mortels chez des sujets affaiblis par la maladie ou le grand âge.

On ne meurt pas de la grippe seule si bien que la mortalité liée à la grippe se calcule traditionnellement sur la base de la **surmortalité** qu'elle entraîne. Nous avons montré précédemment que c'est exactement la même chose pour le COVID 19 dont la seule méthode valable pour estimer l'impact est le calcul de la **surmortalité**.

Le COVID de mars-avril 2020 a eu l'impact d'une **grosse grippe** car, sur décision du gouvernement il n'a pas été soigné avec la chloroquine. Le COVID d'octobre-novembre 2020 est **une petite grippe**.

Contrairement à la grippe, le COVID 19 ne touche pas les enfants.

La mortalité des gripes et des COVID chez les malades en réanimation est montrée ci-dessous d'après des études représentatives fournies par la Santé Publique:

Décès en % nombre de malades en réanimation	GRIPPE				COVID	
	2017	2018	2019	2020	2020-1	2020-2
0 à 14 ans	5%	6%	5%	10%	8%	0%
15 à 64 ans	14%	13%	13%	8%	7%	1%
65 ans et +	20%	22%	19%	12%	19%	10%

Sources : bulletins de santé publique France pour la grippe et le COVID

L'épidémie médiatisée depuis septembre 2020 est une épidémie de tests PCR dont la fiabilité est de plus en plus remise en cause, tout particulièrement la méthode française qui en fait une « **boîte noire** » dont sort le verdict positif ou négatif sans qu'on sache quel a été le critère de décision.

Les derniers chiffres officiels du COVID montrent depuis fin octobre une augmentation des morts liées au COVID qui semble s'accompagner d'une légère hausse de la surmortalité, celle-ci étant cependant sans aucun rapport avec le battage médiatique et la terreur répandue dans la population.

Le nouveau coronavirus de cet automne qui ne touche pas les enfants et très peu les adultes de moins de 65 ans, ne justifie pas :

- Le confinement de l'économie
- Le port du masque par les enfants.

Le dossier

Préambule

Aujourd'hui, 10 novembre 2020, nous commençons la rédaction de ce dossier sur la base des éléments dont nous disposons à ce jour. Nous consacrons ce dossier à la mortalité liée au COVID 19 et à une comparaison avec la grippe. Les remarques que nous avons faites sur la fiabilité des données du gouvernement restent d'actualité, « le nombre de cas positifs n'est absolument pas représentatif de l'épidémie en raison :

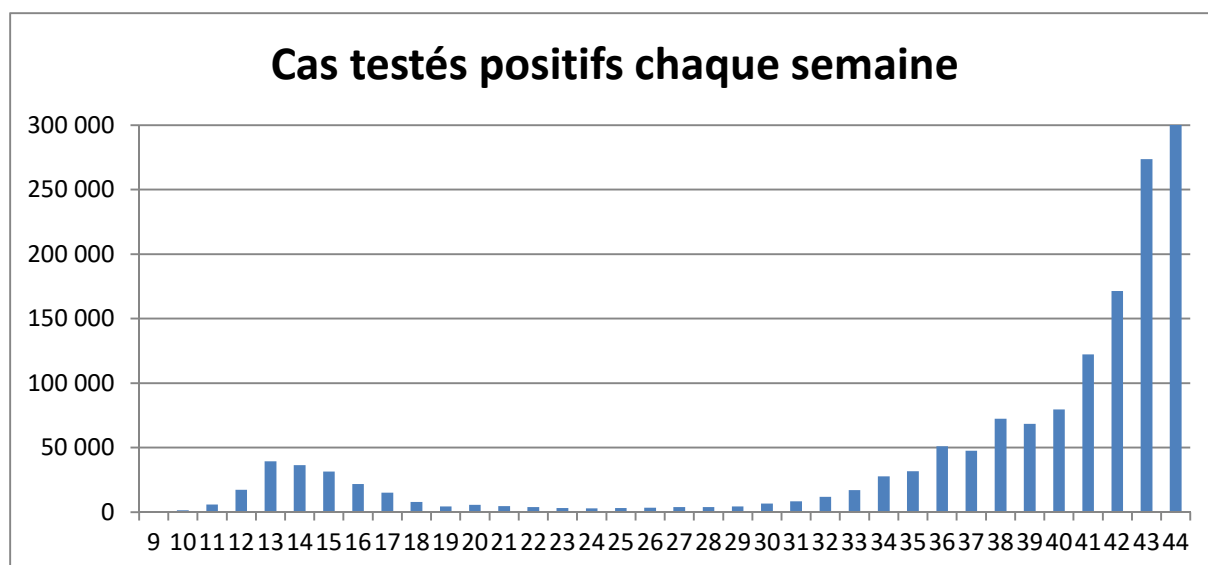
- Des manipulations des chiffres et des statistiques que nous avons décrites dans les dossiers précédents et qui se confirment en octobre.
- Du manque de fiabilité des tests PCR qui conduisent à un très grand nombre de faux positifs.
- De l'absence de directives de la part du gouvernement sur la façon de procéder à ces tests PCR si bien que la notion de cas positif varie d'un département à l'autre. A partir de quel Ct est-on positif ?
- De l'absence d'indication par les laboratoires de la charge virale de chaque patient, le Ct, ce qui interdit de poser un réel diagnostic sur l'état de santé réel du patient.

Les chiffres hospitaliers n'apportent pas une meilleure connaissance de l'épidémie puisque il semble que toute personne rentrant à l'hôpital pour quelque raison que ce soit subira un tests PCR qui aura de grande chances de donner un résultat faux.

L'épidémie vue par le gouvernement

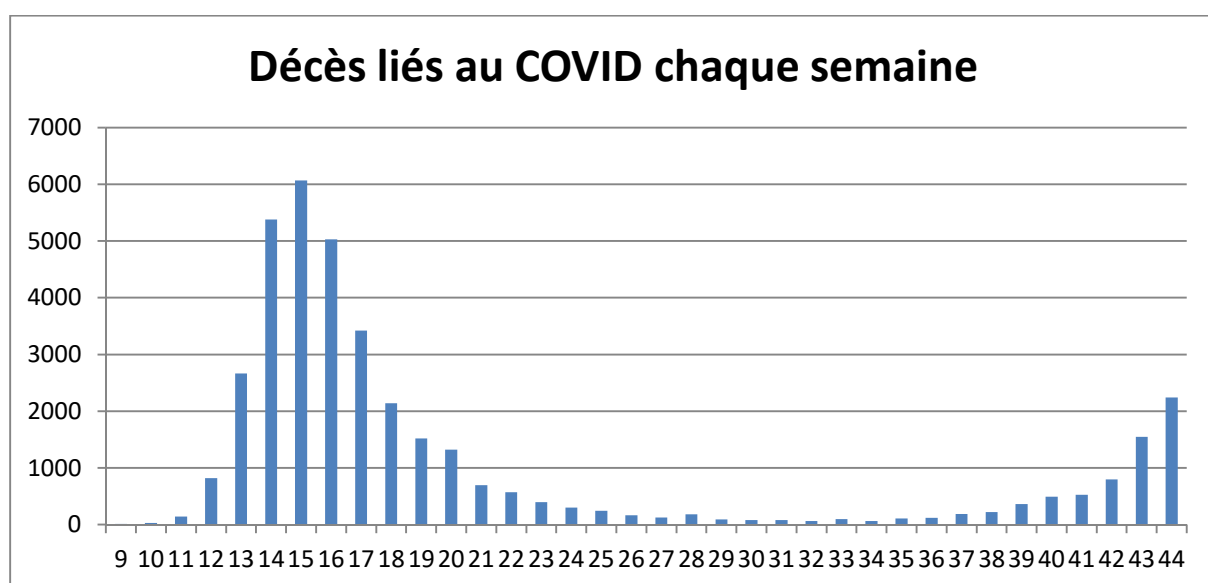
Le gouvernement et son conseil dit « scientifique » basent toute leur stratégie et la peur transmise au public par les médias sur l'évolution du nombre de cas positifs.

Nous donnons ci-dessous le nombre de cas positifs depuis le début de l'épidémie :



Ainsi nous voyons que, durant la semaine **S44**, il y avait 7 fois plus de cas positifs qu'au pic de l'épidémie de mars-avril.

De son côté, le nombre de décès avec COVID évolue comme ci-dessous depuis le début de l'épidémie.



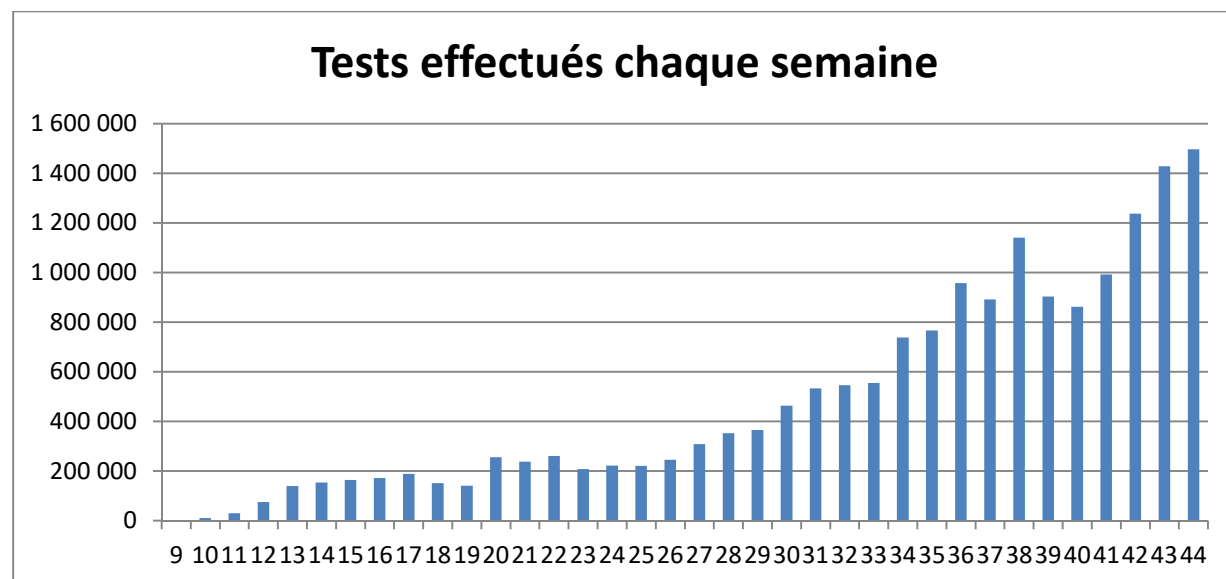
Le site officiel <https://www.coronavirus-statistiques.com/> reconnaît aujourd'hui qu'il ne s'agit pas de morts dues au COVID, mais de morts liées au COVID. On devrait plutôt dire « mort avec le COVID » ou « en réanimation avec le COVID » car la cause première de l'hospitalisation ou du décès n'est souvent pas le COVID. C'est même une évidence pour les résidents en EHPAD.

NB 1: il y a un décalage moyen de deux semaines entre le diagnostic de COVID et la mort du patient lorsqu'elle survient.

NB2 : tous les chiffres de ce dossier sont extraits des bases de données gouvernementales qui sont parfois rectifiées a posteriori comme l'a récemment montré un article de France Soir.

Dans ce dossier nous allons essayer de répondre à la question suivante:

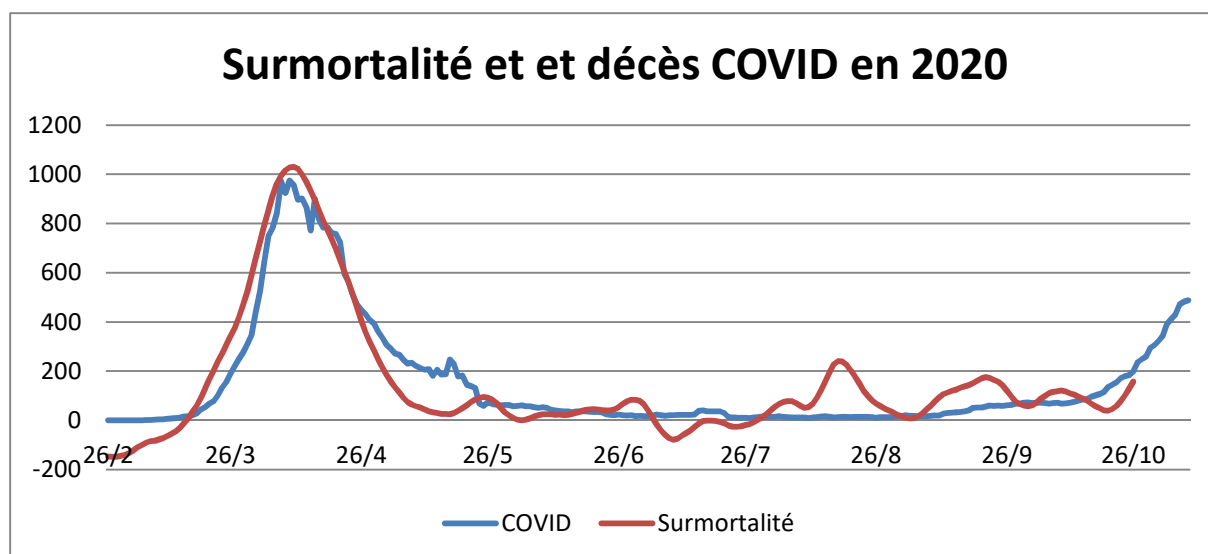
1/ L'épidémie et la hausse de la mortalité récentes sont-elles réelles ou un phénomène purement statistique dû à la multiplication du nombre de tests ?



A – La surmortalité

Dans le précédent dossier nous avons montré que jusqu'à la fin du mois de septembre, en semaine **S40**, il n'y avait pas de surmortalité. Ceci n'est pas étonnant car le nombre de morts était faible, 491 morts officiels **avec COVID** dans toute la France au cours de la semaine **S40**. Puis en 4 semaines, le nombre de cas positifs a été multiplié par **4** et le nombre de morts par **5**. Que nous dit la surmortalité ?

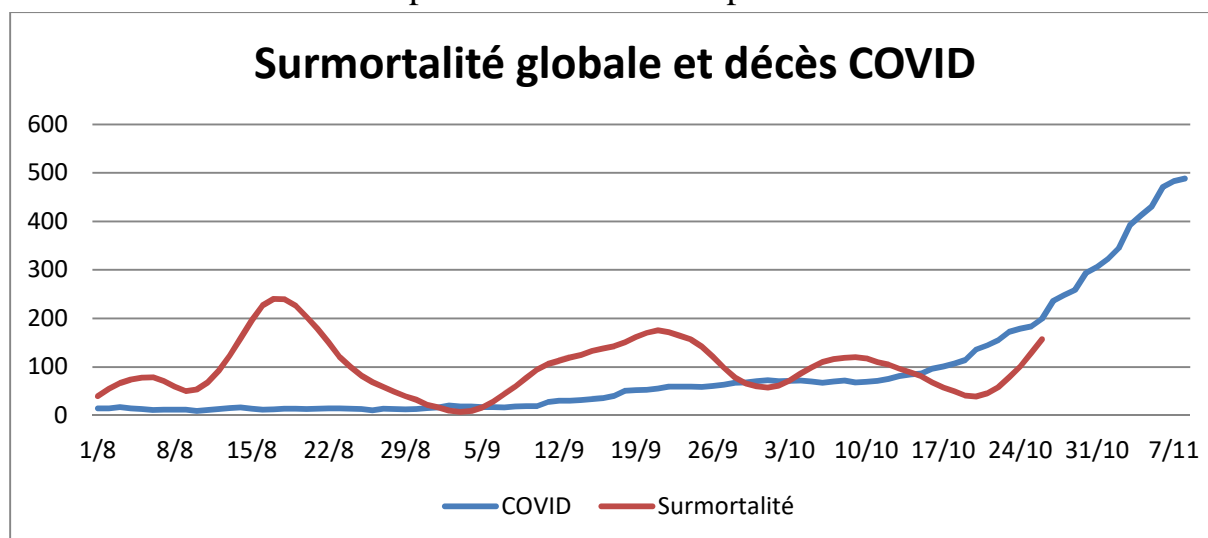
Dans un rapport récent, l'INSEE compare les morts quotidiens de l'année 2020 jusqu'au 26 octobre, en fin de semaine **S43**, à la moyenne des morts quotidiens des années 2015 à 2019. Par exemple la surmortalité du 20 octobre 2020 est la différence entre les morts du 20 octobre 2020 et la moyenne des morts les 20 octobre des cinq années 2015 à 2019. Cette surmortalité est comparée aux morts du COVID. Chaque courbe est une moyenne mobile sur 7 jours..



Sources : INSEE et www.coronavirus-statistiques.com

Sur le graphique nous voyons bien la courbe en cloche de l'épidémie de mars-avril qui correspond à une surmortalité de même grandeur. Ensuite la mortalité COVID est quasi nulle du 25 mai au 10 septembre 2020 alors que la surmortalité globale fluctue.

Faisons ci-dessous une loupe sur l'évolution depuis le 1^{er} août 2020 :



Sources : INSEE et www.coronavirus-statistiques.com

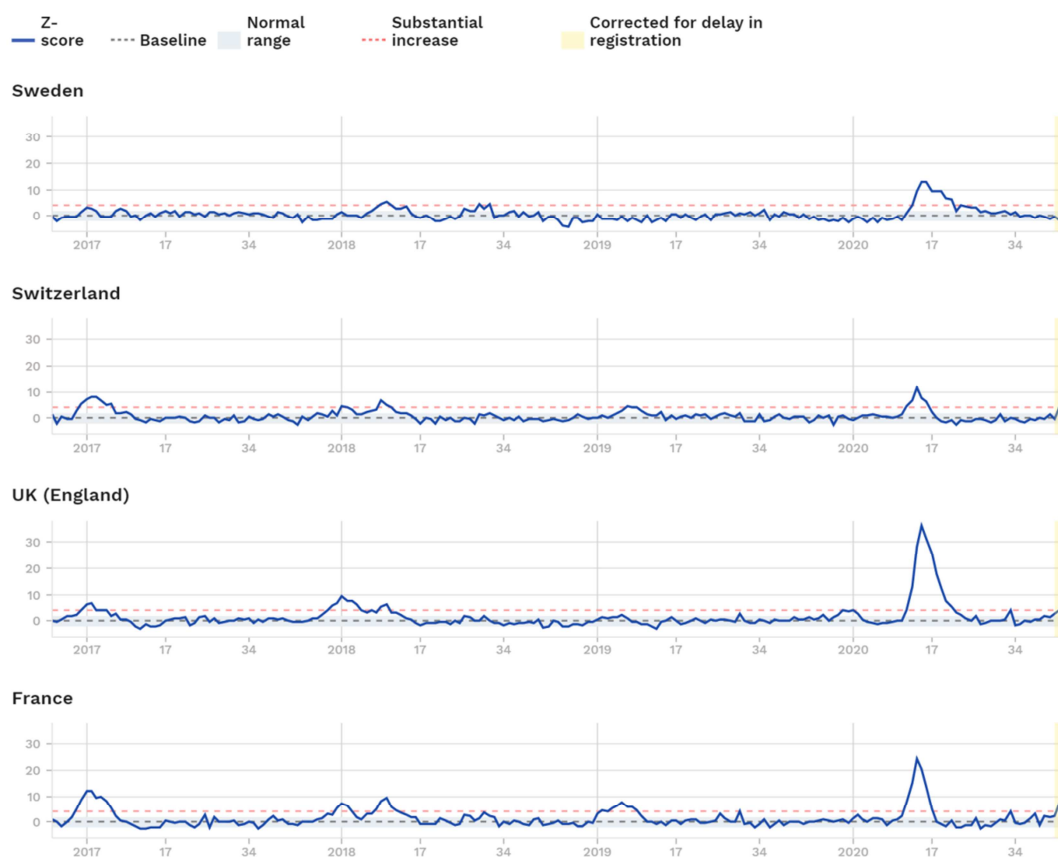
Nous voyons ci-dessus que la mortalité globale quotidienne fluctue sans se soucier du COVID pendant les trois mois, jusqu'au 26 octobre. Contrairement à l'épidémie de mars-avril, les deux courbes ne sont pas liées si bien que l'on peut penser que les morts **avec** COVID ont pour cause le cancer, les cardiopathies, le diabète, etc. Les morts classés COVID auraient tout aussi bien pu être classés dans les cancers ou autres causes.

En conclusion : **jusqu'au 26 octobre il n'y a pas d'épidémie de COVID.**

Que nous dit la hausse observée au-delà du 26 octobre ?

Pour en savoir plus, regardons ci-dessous les données officielles du site www.euromomo.eu : elles vont jusqu'à la semaine **S45** soit jusqu'au 8 novembre inclus..

Ces courbes comparent la mortalité d'une semaine à la mortalité de la même semaine lors des années précédentes (le site ne donne pas le nombre d'année prises en référence).



Pour la France, on voit un petit pic en semaines **S43** et **S44** qui ne semble pas se prolonger en semaine **S45**.. Il est difficile de parler d'une deuxième vague de l'épidémie. La hausse de la mortalité COVID semble pour l'instant être un trompe-l'œil.

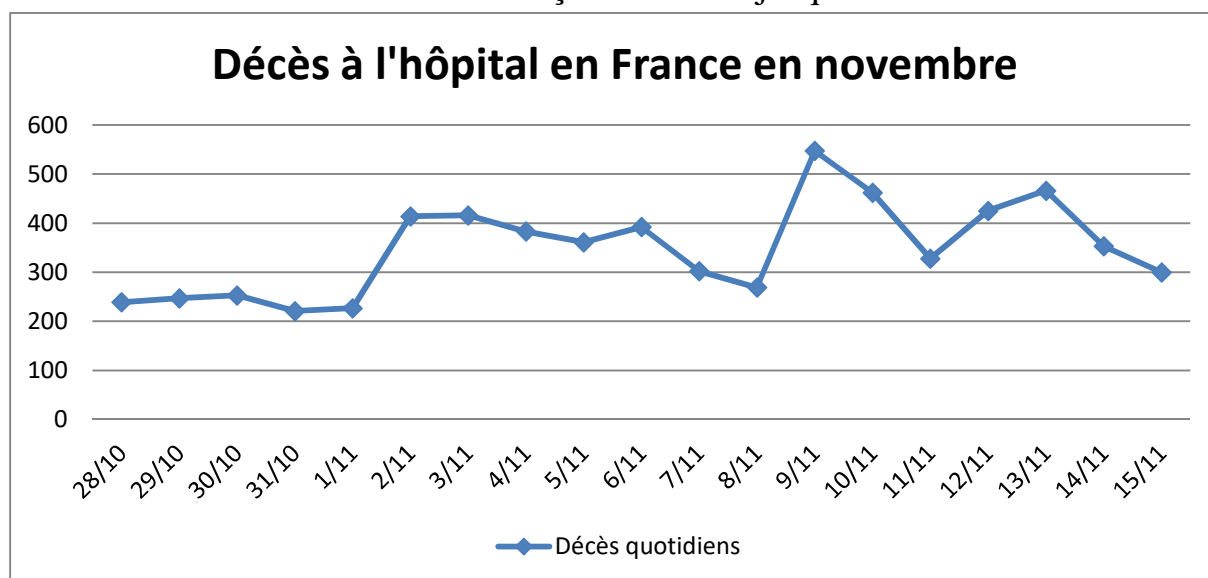
Pour les autres pays : démarrage en Suisse ? Calme plat en Suède sans confinement et petite hausse en Angleterre.

Dans le chapitre suivant nous allons regarder en détail ce que disent les chiffres officiels des départements du 28 octobre au 15 novembre.

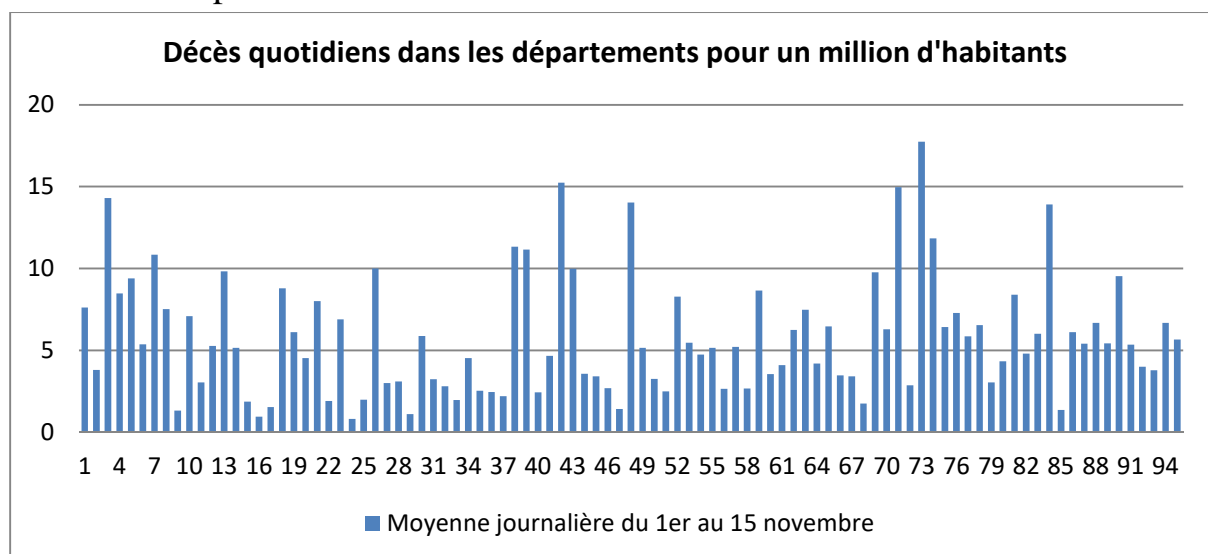
C – Mortalité COVID en novembre

Nous analysons ici la **mortalité COVID à l'hôpital** (70% du total des décès avec COVID) d'après les données de www.coronavirus-statistiques.com.

Pour les 95 départements de France (la Corse est rassemblée en un département) le nombre de décès a évolué de la façon suivante jusqu'au 15 novembre :



Après une forte augmentation le 1^{er} novembre, les décès sont à peu près stables sur la première moitié de novembre. : la moyenne française est de **6 décès avec COVID chaque jour** pour un million d'habitant. Regardons la même chose au niveau des départements :



Le graphique ci-dessus nous donne la situation des 95 départements repérés en abscisse par leur numéro. Par exemple le département du Nord, 59, a eu en

moyenne 9 décès COVID pour un million d'habitants à l'hôpital chaque jour au cours des 15 premiers jours de novembre.

Les quatre départements les plus touchés sont au-dessus de 15 décès par jour pour un million d'habitant : Loire (42), Lozère (48), Saône-et-Loire (71), Savoie (73), Allier (03), Vaucluse (84). Les départements les moins touchés sont : l'Ariège (09), le Cantal (15), la Charente (16), la Charente Maritime (17), la Dordogne (24) et la Vendée (85).

E – Les comorbidités (1)

Un médecin généraliste me disait récemment que la plupart des malades COVID qu'il envoie à l'hôpital ont une comorbidité. C'est ce que nous allons étudier dans ce chapitre.

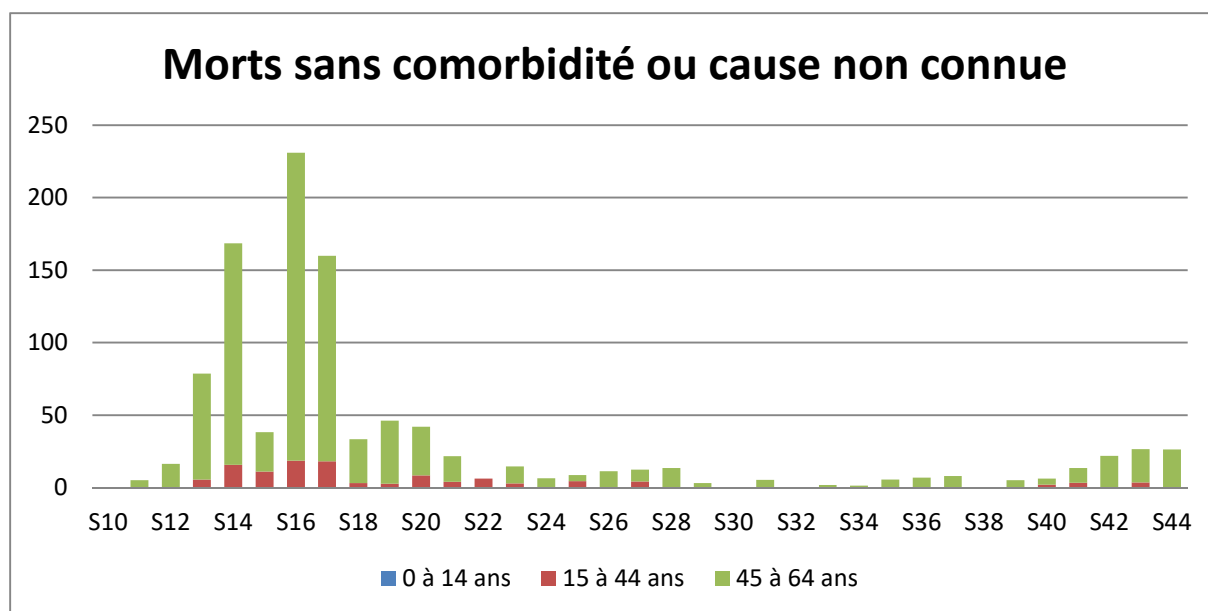
Les informations sur la comorbidité sont données chaque semaine dans le bulletin hebdomadaire de la santé publique. Le dernier bulletin est paru le 9 novembre. Nous nous basons sur le paragraphe « Mortalité issue de la certification électronique des décès » qui, suivant les semaines, recense entre 25% et 80% des décès. Nous faisons l'hypothèse que, chaque semaine, les proportions observées sur les données électroniques peuvent être extrapolées à la totalité des décès. Ce qui **est justifié par le fait** que les proportions sont les mêmes quelle que soit la part que représentent les décès électroniques dans le total (de 25 à 80%). Les certificats électroniques sont donc représentatifs de la totalité des décès dits COVID.

La part des décès officiels avec comorbidité est assez constante de semaine en semaine autour de 65% du total des décès. Les autres 35% comprennent les « sans comorbidité » et les « non renseignés » sans qu'on connaisse la part respective de chacun.

Dans tout ce chapitre, les chiffres sont ceux de toute la France.

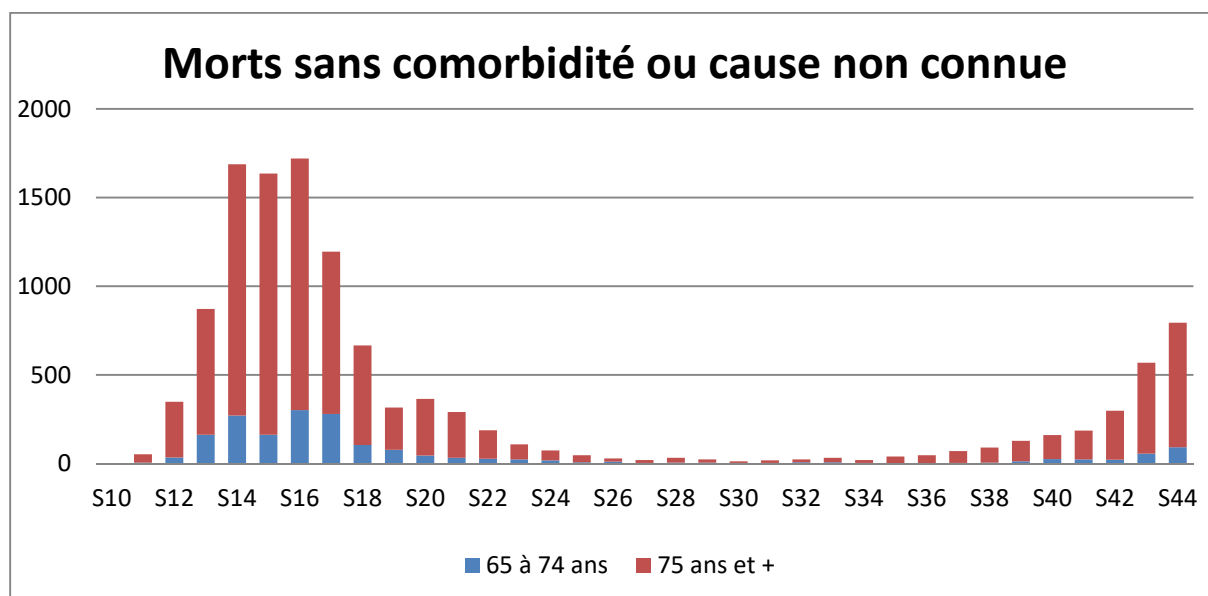
Les décès sans comorbidité

Les décès sans comorbidité sont proches de zéro pour les moins de 45 ans et très faibles de 45 ans à 65 ans. Nous donnons sur deux graphes différents les plus de 65ans et les moins de 65 ans.



Nous observons ci-dessus que la mortalité est très faible pour les moins de 65 ans sans comorbidité. Il n'y a pas de deuxième vague pour eux. Ceci, même avec les chiffres officiels dont nous savons qu'ils sont gonflés.

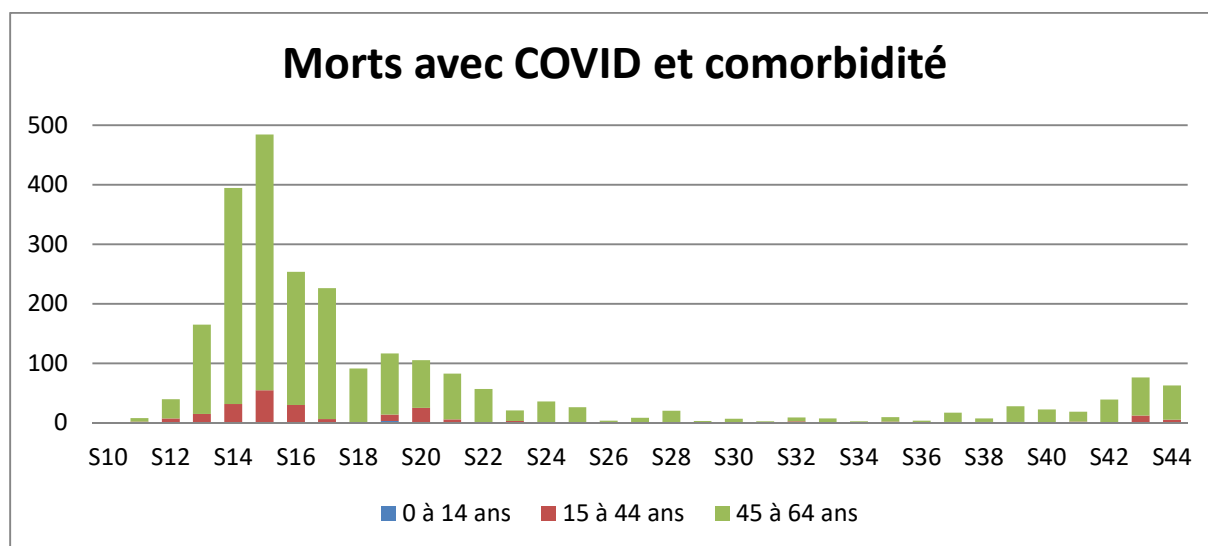
Regardons maintenant les plus de 65 ans :



La part des 65 à 74 ans est faible et suit la même logique que les moins de 65 ans. Par contre, on observe une hausse officielle de la mortalité des plus de 75 ans.

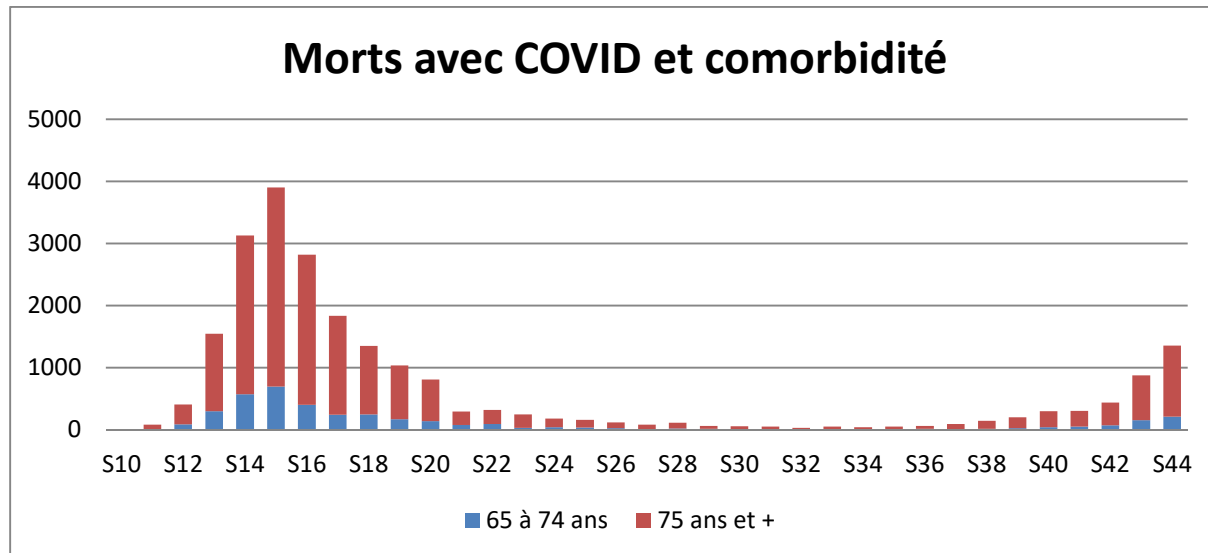
Les décès avec comorbidité

Regardons d'abord les moins de 65 ans :



On observe que les enfants et les jeunes sont toujours à zéro, des chiffres très faibles jusqu'à 45 ans et une légère croissance des 45 à 64 ans qui n'a rien de la violence de la montée du mois de mars.

Et, les plus de 65 ans ci-dessous :



Nous pouvons faire le même commentaire que pour les morts sans comorbidité : les « jeunes » retraités de 65 à 74 ans marquent une progression faible, la mortalité se concentrant sur les plus de 75 ans. Comme l'a dit le professeur Raoult « le COVID est une maladie qui touche les vieillards à faible espérance de vie ».

Les causes de comorbidité

Les différentes maladies qui, associées avec le Coronavirus, causent la mort des patients sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Comorbidités observées avec le COVID			
	Mars-avril	Sept-octobre	Variation
Obésité	4,9%	4,6%	-0,3%
Diabète	11,7%	14,5%	2,8%
Respiratoire	7,0%	12,4%	5,5%
Cardiaque	34,6%	31,1%	-3,4%
Hypertension	18,6%	18,5%	-0,1%
Neurologique	12,0%	6,4%	-5,6%
Reins	9,7%	10,3%	0,7%
Immunodéficience	1,6%	2,1%	0,5%

1/ Nous remarquons que les malades du système circulatoire, **cardiopathies et hypertension artérielle**, représentent 50% des comorbidités conduisant au décès du patient. Ces malades peuvent être affaiblis par le stress et être les premières victimes des présentations quotidiennes stressantes des médias et du gouvernement : COVID, terrorisme...

2/ On remarque qu'en octobre, la part des maladies respiratoires a presque doublé par rapport au COVID de mars-avril. Il semble, d'après certains médecins interrogés, que les malades viennent consulter le médecin souvent trop tard alors qu'ils sont déjà en état d'hypoxie (manque d'oxygène dans le sang).

3/ A l'inverse la fréquence des décès de maladies neurologiques + COVID ont baissé de moitié.

E – Comorbidité (2)

Dans le chapitre précédent nous avons vu que 35% des décès incluaient les « décès sans comorbidité » et les « décès non renseignés ». Si l'on veut connaître la part réelle des décès sans comorbidité, il nous faut pousser un peu plus l'analyse.

Nous savons que les décès dits COVID depuis le mois de juillet ont lieu :

- Pour 30% dans les EHPAD
- Pour 70% dans les services de réanimation des hôpitaux

Décès COVID dans les EHPAD

Dans ces **E**tablissements d'**H**ébergement pour **P**ersonnes **Â**gées **D**épendantes les patients souffrent en moyenne de 8 pathologies. C'est ce que nous apprend l'étude de la DREES de décembre 2016 « *En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës* ». De quoi souffrent-ils ?

- 91% souffrent d'affections neuropsychiatriques : Accident Vasculaire Cérébral, Parkinson, Alzheimer, Troubles chroniques....
- 79% souffrent d'affections cardiovasculaires
- 58% souffrent d'affections gastroentérologiques
- 52% souffrent d'affections articulaires
- 47% souffrent d'affections rénales
- 24% sont grabataires ou en phase terminale, etc...

De tout cela il ressort que le COVID vient en moyenne comme **une neuvième pathologie**, exactement au même au même titre que la grippe, comme la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

De toute évidence, **100%** des décès COVID dans les EHPAD sont des comorbidités.

Cela illustre les propos du professeur Raoult qui a affirmé plusieurs fois que les décès dit COVID concernent des personnes très âgées à faible espérance de vie.

Dans les services de réanimation des hôpitaux

Le dernier bulletin de la Santé Publique du 9 novembre nous donne des précisions sur les personnes décédées avec le COVID en réanimation. Nous y voyons que 88% des personnes qui rentrent en réanimation ont une ou plusieurs comorbidités. Sur l'échantillon analysé du 5 octobre au 3 novembre, 94% des personnes décédées avaient au moins une comorbidité. Nous pouvons comparer ces résultats à l'étude effectuée sur les réanimations du 16 mars au 30 juin où 86% des malades décédés en réanimation avaient au moins une comorbidité :

	mars à juin 2020	mois d'octobre 2020
Entrée en réanimation	4 067	1 308
- avec comorbidité	79%	88%
Morts en réanimation	675	84
- avec comorbidité	86%	94%
Morts du COVID seul	14%	6%

D'après le professeur Raoult, si on meurt du COVID avant 65 ans c'est qu'on a été mal soigné et la mortalité avant 65 ans est un révélateur de la qualité des soins prodigués par un hôpital.

Conclusion sur la mortalité et la comorbidité

Le coronavirus COVID 19 est peu mortel chez des sujets en bonne santé. Comme la grippe, il peut provoquer le décès de sujets très âgés ou de santé fragile déjà affectés par des pathologies graves.

	Part des décès	Comorbidités	Part des décès avec comorbidité dans le total des décès
EHPAD	30%	100%	30%
Hôpital	70%	86 à 94%	60 à 66%
Total	100%		90 à 96%

Lors de l'épidémie de mars-avril, 90% des décès causés par le COVID étaient liés à des comorbidités et 10% seulement des décès avaient lieu sans comorbidité.

Sur la période récente, depuis octobre, le taux de décès sans comorbidité se rapproche plutôt de 5% du total des décès avec COVID et se concentrent chez les sujets âgés.

E – Cancer, grippe et COVID

Dans les comorbidités signalées par les autorités françaises, les malades du cancer n'apparaissent pas, alors que l'on sait qu'en 2018 sont apparus en France 382 000 nouveaux cas de cancer et que 157 400 personnes en sont mortes durant l'année. (www.e-cancer.fr) .

Le 2 septembre 2020, 8 chercheurs américains, anglais, italien et belges ont mis en ligne sur le site www.rieder.elsevier.com une étude sur l'influence du COVID sur les malades du cancer « *Mortality in patients with cancer and coronavirus disease 2019 : A systematic review and pooled analysis of 52 studies* ».

L'étude montre que, parmi les malades du cancer et de la COVID 19, le décès survient rapidement dans 20 à 25% des cas.

Parmi les 52 études retenues par les auteurs, il n'y a pas d'étude française. Nous donnons ci-dessous la liste des 10 études ayant rassemblé le plus grand nombre de patients.

	Patients	Décès	Décès %	Dates	Pays
Burn et al.	6656	1317	20%	01/03 au 06/05	Espagne
Peters	2749	433	16%	17/03 au 26/06	USA, Canada
Dochety et al.	1743	617	35%	06/02 au 19/04	Royaume-Unis
Fratino et al.	909	150	17%	15/02 au 30/03	Italie
Lee et al.	800	226	28%	18/03 au 26/04	Angleterre
Montopoli et al.	430	75	17%	15/02 au 01/04	Italie
Robilotti et al.	423	51	12%	10/03 au 07/04	USA
Horn et Al.	400	141	35%	26/03 au 12/04	8 pays
Miyashita	334	37	11%	01/03 au 06/05	USA
Graselli et Al.	331	202	61%	15/02 au 22/04	Italie - Lombardi
42 autres études	3875	994	26%	avant 30/06	
Total	18650	4243	23%		

Les malades du cancer morts avec COVID sont sans doute inclus dans les comorbidités : par exemple le cancer du poumon dans les affections respiratoires ou le cancer du cerveau dans les affections neurologiques. Voir ci-dessous les principaux cancers qui touchent les français :

	Hommes			Femmes			Total		
	Incidence	Décès	%	Incidence	Décès	%	Incidence	Décès	%
Poumon	31 231	22 761	73%	15 132	10 356	68%	46 363	33 117	71%
Colon	23 216	9 209	40%	20 120	7 908	39%	43 336	17 117	39%
Sein				58 459	12 146	21%	58 459	12 146	21%
Pancréas	7 301	5 790	79%	6 883	5 666	82%	14 184	11 456	81%
Foie	8 150	6 303	77%	2 430	2 394	99%	10 580	8 697	82%
Prostate	50 430	8 115	16%				50 430	8 115	16%
Rein	10 254	3 818	37%	5 069	1 771	35%	15 323	5 589	36%
Vessie	10 626	4 112	39%	2 448	1 223	50%	13 074	5 335	41%
Estomac	4 264	2 794	66%	2 293	1 478	64%	6 557	4 272	65%
Cerveau	3 280	2 346	72%	2 606	1 782	68%	5 886	4 128	70%
Bouche	10 055	2 898	29%	3 637	924	25%	13 692	3 822	28%
Œsophage	2 851	2 851	100%	1 194	874	73%	4 045	3 725	92%
Uterus				11 144	3 532	32%	11 144	3 532	32%
Ovaires				5 193	3 479	67%	5 193	3 479	67%
Autres	42 925	18 624	43%	40 825	14 284	35%	83 750	32 908	39%
Tous cancers	204 583	89 621	44%	177 433	67 817	38%	382 016	157 438	41%

De tout cela il ressort que les malades atteints du cancer sont particulièrement vulnérables au COVID 19, comme ils le sont également à la grippe. En effet, la mortalité pour cause de grippe parmi les cancéreux est entre 4 et 40% suivant les études que nous avons pu trouver :

- Mortalité de **22 à 40%** (Influenza in patients with cancer after 2009 pandemic AH1N1 : An 8-year follow-up study in Mexico – 20 novembre 2019),
- Mortalité **de 9%** (Epidemiology and outcome of serious influenza-related infection in the cancer population – 1^{er} août 2005)
- Mortalité de **4 à 33%** « *Des séries rétrospectives antérieures ont montré que la grippe saisonnière chez les patients cancéreux est associée à une fréquence de pneumonie de 21 à 80% et à un taux de létalité de 4% à 33%* » (Prevention and treatment of pandemic influenza in cancer patients – 1^{er} décembre 2010).

Nous constatons une grande hétérogénéité dans les différentes références que nous avons pu trouver au sujet de la létalité due à la grippe chez les patients cancéreux.

Conclusion

Parmi les patients cancéreux, les infections par le virus du COVID 19 ou de la grippe peut être mortelle dans 15 à 25% des cas.

F – Grippe et COVID – la surmortalité

Le journal France Soir, dans un article paru le 7 février 2019 « *Déjà 1.100 décès : pourquoi meurt-on de la grippe ?* » résume la problématique de la grippe : « Mais pourquoi cette infection, parfois considérée comme bénigne bien que très fatigante, provoque-t-elle un nombre de mort aussi conséquent si elle est si "banale"? Comme de nombreuses maladies virales, ce n'est pas stricto sensu la grippe qui tue mais les complications qu'elle peut créer. En effet, si l'organisme parvient en une semaine environ à se débarrasser du virus (même si un état de fatigue peut persister quelques jours), le virus de la grippe peut, le temps de sa présence dans l'organisme, détruire des défenses immunitaires ce qui rend plus vulnérable à des surinfections. Les personnes malades de la grippe sont alors susceptibles de développer des maladies beaucoup plus graves, comme des pneumonies, qui, elles, peuvent provoquer la mort chez une personne fragilisée. En 2017-2018, 93% des personnes mortes de la grippe avait plus de 65 ans. Il existe aussi des cas plus rares de personnes en bonne santé succombant de la grippe saisonnière »

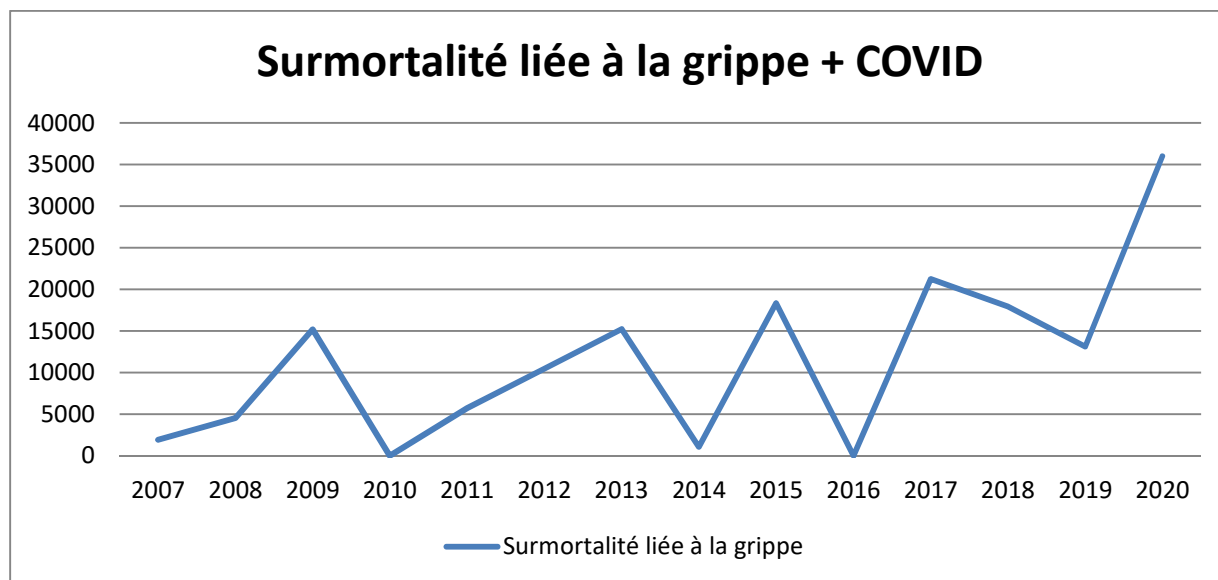
Cet article évoque ce que nous entendons tous les jours depuis six mois à propos du nouveau coronavirus COVID 19. En effet, ces virus (grippe et COVID) s'attaquent aux personnes dont l'immunité est affaiblie et chez lesquelles ils provoquent des complications pouvant être mortelles.

Nous allons maintenant comparer les effets de la grippe à ceux du COVID 19.

La surmortalité

Vus sous l'angle de la mortalité, les gripes et le COVID ont des effets tout à fait comparables sur les malades, attaquant les sujets les plus faibles.

L'estimation de la mortalité liée à la grippe est traditionnellement **calculée d'après la surmortalité**. Nous-mêmes, dans le dossier précédent avons montré que c'était la seule façon pour juger de l'impact du COVID.



Sources : santé publique – bulletins hebdomadaires de la grippe

Nous voyons ci-dessus que la surmortalité liée à la grippe est très variable suivant les années : 2010 et 2016 sont deux années à surmortalité nulle ; 2007 et 2014 sont des années faibles ; 2009, 2013, 2015, 2018 2019 sont des années fortes et 2017 est le maximum dépassant 20 000 décès. Chaque année, les cas de grippe sont concentrés sur janvier-février-mars.

Sur les six premiers mois, l'année 2020 marque une surmortalité de 23 000 décès par rapport à la moyenne 2015-2019, période de 5 ans où la surmortalité grippale était de 14 000 décès par an.

La surmortalité GRIPPE + COVID de 2020 est de 37 000 décès.

Si on compare les six premiers mois de 2020 avec ceux de 2016, année sans grippe, on trouve une surmortalité GRIPPE + COVID de 36000 décès dont, officiellement 3 700 décès liés à la grippe.

Cette mortalité de 2020 se situe dans un contexte de désorganisation des hôpitaux, d'une surcharge des réanimations et d'une volonté de ne pas soigner les malades avec le traitement efficace CHLOROQUINE + AZITHROMYCINE. Par contre le gouvernement Macron et Bruxelles ont recommandé et autorisé le REMDESIVIR de GILEAD, médicament très cher (plus de 2.000€), inefficace, et aux effets secondaires dangereux.

NB1: Aujourd'hui personne n'utilise le REMDESIVIR malgré les soutiens gouvernementaux et le lobbying de GILEAD. La valeur boursière de GILEAD était de 80 milliards de dollars en février 2020. Elle est montée à 106 Mds\$ et est revenue aujourd'hui à 76 Mds\$ malgré la hausse de la bourse américaine. Cette perte de 30 Mds\$ de la capitalisation boursière depuis le maximum du mois d'avril montre que même les financiers ne croient plus au REMDESIVIR.

NB2 : Parmi les 36 000 décès GRIPPE + COVID quelle est la part des personnes très âgées mortes parce qu'elles ont été « débranchées » ou « rivotrilées » à cause du manque de capacité hospitalières ?

NB3 : Dans plusieurs interviews, le professeur Péronne a estimé que sur les 30 000 décès du premier semestre 2020, 25 000 auraient pu être évités grâce à la chloroquine et au protocole Raoult. Cette affirmation est tout à fait plausible si on compare la mortalité de l'IHU de Marseille à celle de la moyenne des hôpitaux français. Si l'on suit cette estimation, l'année 2020 aurait montré une surmortalité GRIPPE + COVID de 11 000 décès, ce qui aurait mis 2020 dans la moyenne des 10 dernières années.

G – Grippe et COVID – les malades en réanimation

Malades en réanimation

Le tableau ci-dessous nous indique la répartition par tranches d'âges des malades en réanimation pour la grippe et le COVID 19

	GRIPPE				COVID	
	2017	2018	2019	2020	2020-1	2020-2
Malades en réanimation	1478	2915	1877	744	3490	1294
0 à 14 ans	80	178	122	102	24	6
15 à 64 ans	422	1373	775	365	1599	478
65 ans et +	976	1364	980	277	1867	810
0 à 14 ans	5%	6%	6%	14%	1%	0%
15 à 64 ans	29%	47%	41%	49%	46%	37%
65 ans et +	66%	47%	52%	37%	53%	63%
Tous âges	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Sources : bulletins de santé publique France pour la grippe et le COVID

Ce tableau est riche d'enseignements :

1/ La grippe est beaucoup plus dangereuse que le COVID 19 pour les enfants, surtout pour les tout-petits.

2/ La répartition entre les autres tranches d'âge est sensiblement la même pour grippe et COVID.

NB : 2020-1 correspond à des malades du COVID de mars à juin. Et 2020-2 sont les chiffres du mois d'octobre parus dans le bulletin du 9 novembre.

Facteurs de risque

Pour la grippe, on considère comme facteurs de risques

- L'âge au-dessus de 65 ans.
- Les comorbidités comme celles du COVID

Regardons comment se répartissent les malades en réanimation pour la grippe et le COVID :

Facteurs de risque	GRIPPE				COVID	
	2017	2018	2019	2020	2020-1	2020-2
< 65 ans sans comorbidité	8%	19%	14%	26%	14%	11%
< 65 ans avec comorbidité	26%	34%	31%	35%	32%	27%
> 65 ans sans comorbidité	13%	9%	11%	6%	11%	25%
> 65 ans avec comorbidité	53%	38%	44%	33%	42%	37%

Sources : bulletins de santé publique France pour la grippe et le COVID

Nous voyons ci-dessus que la répartition des malades en réanimation suivant les facteurs de risque est à peu près la même pour la grippe et le COVID.

Décès en réanimation

Nous regardons maintenant les personnes décédées en réanimation suivant les tranches d'âges :

Décès en réanimation	GRIPPE				COVID	
	2017	2018	2019	2020	2020-1	2020-2
0 à 14 ans	4	10	6	10	2	0
15 à 64 ans	59	178	97	30	114	5
65 ans et +	200	302	186	32	360	79
En % nombre de malades hospitalisés	GRIPPE				COVID	
	2017	2018	2019	2020	2020-1	2020-2
0 à 14 ans	5%	6%	5%	10%	8%	0%
15 à 64 ans	14%	13%	13%	8%	7%	1%
65 ans et +	20%	22%	19%	12%	19%	10%

Sources : bulletins de santé publique France pour la grippe et le COVID

Nous tirons plusieurs enseignements de ce tableau :

1/ Pour les malades âgés de 65 ans et plus : les gripes de 2017, 2018 et 2019 sont des grosses gripes avec des taux de mortalité en réanimation identiques à ceux du COVID de mars-avril. La petite grippe de 2020 est identique au COVID d'octobre.

2/ Pour les malades âgés de 15 à 65 ans : le COVID de mars-avril est équivalent à la petite grippe de 2020 et nettement moins dangereux que les gripes de 2017, 2018 et 2019. Le deuxième COVID d'octobre donne une très faible mortalité.

3/ Nous avons vu ci-dessus qu'il y a très peu d'enfants de moins de 15 ans en réanimation pour cause de COVID. Le premier COVID de mars-avril a causé 2 décès pour toute la France, donnant un taux de 8% qui ne veut pas dire grand-chose compte tenu du tout petit nombre de malades.

Conclusion

Pour les malades en réanimation,

- Le premier COVID de mars-avril, pour les raisons indiquées ci-dessus, a eu des effets similaires à une grosse grippe.
 - Le deuxième COVID d'octobre a été bénin pour les moins de 65 ans et a ressemblé à une petite grippe pour les plus de 65 ans.
 - Pour les enfants de moins de 15 ans, le COVID est nettement moins dangereux que les gripes.
-