

**CORONAVIRUS CRISIS (SARS-CoV2)**  
**COVID19** (The disease that is caused by SARS-CoV2)

**Data Analysis**  
**Data Assessment**  
**Review**

**June 9<sup>th</sup>, 2020.**

**EXECUTIVE SUMMARY**

**RESUME ANALYTIQUE**

## EXECUTIVE SUMMARY

Negating a problem – like some did – is a mistake, however making it worse is equally wrong. In Public Health, decisions are complex and must always rely on knowledge, be balanced, and find the optimum common good. The middle road seems to be lost.

This work is not an opinion. It is NOT a scientific paper aiming at teaching virology; it is an integrated analysis of a situation based on a **wide basis of peer-reviewed quality information** and aims to trigger critical thinking. In this executive summary we focus only on a few points from the report – the ones we felt were the most salient, other points are discussed further.

1. The actual correct mortality rate of the SARS-2 virus, the agent for COVID19 (the disease name) – that is including the persons who are positive without being sickened by the complications - is between 0.4% and 0.2% on average. This was independently obtained in 5 different US counties, and 5 different countries and used standard practices for doing so. This value is remarkably identical regardless of the various sampling methods that were used and is much lower (between 10X and 50X) that what is reported daily all over the world.
2. Spreading incorrectly measured mortality rates created deep dysfunctions, that magnified the problems, like hampering the correct functioning of health care, making people afraid to come and see doctors timely, and truly creating **a mass sociogenic disease**.
3. Even with such a low mortality rate comparable or even lower than some flu (*see Fig. 3 in Wong et al – in Note 9, p.34 of this report*), the SARS-2 virus is a problem. It is fast, virulent and gives to some who are infected very serious complications. Contrary to what is published so far, none of what has been reported in scientific publications is new, as most of it was seen and was published in numerous papers going back to the period 2003-2013 (i.e. studies and reports involving SARS-1 and MERS).
4. If the virus is not that dangerous, then why are we seeing those fatalities ?
  - a. Those fatalities are mostly due to the fact that the virus acts very rapidly following a relatively long silent phase of incubation.
  - b. It leads to 2 types of severe complications:
    - i. either bacterial surinfection and bacterial sepsis,
    - ii. or ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) and viral sepsis that may lead to various numerous symptoms linked to any organ (this explains all the various 'new' reports about SARS-2.
    - iii. such late stage situations are not specific of SARS-2 as various numerous other viruses do the exact same. The problem with SARS-2 seems to be its speed.
  - c. Both those complications should ideally be treated very early by a functioning first line of care, even prior they develop, with antibiotics and other existing medications (like the recently reported remdesivir or even amantadine, or other blockers). This would avoid overburdening the Intensive care units (ICUs').
  - d. This problem seems further complicated by the fact that the primary line of care essentially stopped functioning, bringing the people self-isolating into those dire complications and thus towards ICU's.
  - e. Part of the reported deaths are also likely not directly due to SARS-2 but to people not having been treated for another problem.
5. **Correct epidemiology** - based on standard methods and serological tests – is the most urgent priority and is essential to devise valuable and effective policies. **This was and still is the most urgent starting point**. Because this defines everything else. After 6 months, the fact that those basic stats have not even been done systematically and are not available is both appalling and troublesome. Trying to solve questions about long term immunity, or collective immunity, about how long we are contagious, and those media-driven questions will remain irrelevant as long as we do not even know the minimal true risk.

## RESUME ANALYTIQUE

Nier un problème - comme certains l'ont fait - est une erreur, mais l'aggraver et créer la panique est tout aussi grave. Dans le domaine de la santé publique, la prise de décision est un processus complexe et doit toujours reposer sur les connaissances acquises. Cette prise de décision doit être mesurée et viser le bien commun. Cependant, le juste équilibre semble aujourd'hui avoir disparu.

Ce travail n'est pas une tribune libre. Il ne s'agit pas NON PLUS d'un article scientifique visant à enseigner la virologie. Ce document est une analyse intégrée, **basée sur un large spectre d'informations de qualité**, dont le but est de susciter une pensée critique sur la situation de l'épidémie du SARS-CoV2. Dans ce résumé analytique, nous nous concentrerons uniquement sur quelques points-clés de notre rapport, ceux qui nous paraissent les plus marquants.

1. Lorsqu'on prend en compte les personnes asymptomatiques, le taux correct et réel de mortalité du virus du SARS-CoV-2, l'agent responsable du COVID19 (qui est le terme utilisé pour la maladie), se situe en moyenne entre 0,4% et 0,2%. Ces chiffres ont été obtenus de manière indépendante en analysant cinq différents comtés américains ainsi que cinq différents pays, tout en ayant recours à des pratiques standards. Les chiffres sont remarquablement identiques, quelles que soient les différentes méthodes d'échantillonnage utilisées. Notons qu'ils sont également très nettement inférieurs - entre 10 à 50 fois plus faibles - que ceux quotidiennement rapportés partout dans le monde.
2. La diffusion de taux de mortalité mesurés de façon erronée a provoqué de profonds dysfonctionnements, ce qui a amplifié les problèmes posés, par exemple en entravant le bon fonctionnement des soins de santé, en générant au sein de la population la peur d'aller consulter - à temps - un médecin et en créant ainsi réellement une **maladie sociogénétique de masse**.
3. Cependant, même avec un taux de mortalité relativement faible, comparable ou même inférieur à celui de certaines gripes (voir Fig. 3 dans Wong et al., dans la note 9, p. 34 de ce rapport), le virus du SRAS-CoV-2 demeure une menace. Il est rapide et virulent, et provoque chez certaines personnes infectées des complications très sévères. Toutefois, et contrairement à ce qui a été publié jusqu'à présent, rien de ce qui est aujourd'hui rapporté dans les publications scientifiques n'est réellement une nouveauté. En effet, la plupart de ces éléments ont d'ores et déjà été publiés dans de nombreux articles scientifiques remontant à la période 2003-2013 (par exemple, dans les études et rapports relatifs au SRAS-CoV-1 et au MERS).
4. Si le virus n'est pas aussi dangereux que l'image qui lui est attribuée, alors pourquoi sommes-nous touchés par autant de décès ?
  - a. Ces décès sont principalement dus au fait que le virus agit très rapidement après une relativement longue phase d'incubation silencieuse.
  - b. Cela conduit à deux types de complications sévères :
    - i. soit à une surinfection bactérienne et à une septicémie bactérienne,
    - ii. soit au SDRA (syndrome de détresse respiratoire aiguë) et à une septicémie virale qui peuvent entraîner de nombreux et différents symptômes liés à chaque organe (ce qui expliquerait tous les différents "nouveaux" rapports concernant le SRAS-CoV-2)
    - iii. de telles complications en stade terminal ne sont toutefois pas spécifiques au SRAS-CoV-2 car de nombreux autres virus provoquent exactement la même chose. Le problème spécifique du SRAS-CoV-2 semble être sa vitesse.
  - c. Ces deux types de complications devraient idéalement être traités à des stades très précoces, par une première ligne de soins de santé efficace et fonctionnelle, même avant qu'ils ne se développent, avec des antibiotiques ainsi que d'autres médicaments déjà existants (comme le *Remdesevir* qui a récemment fait l'objet d'un rapport ou même

*l'Amantadine ou d'autres bloqueurs*). Cela permettrait d'éviter la surcharge des Unités de soins intensifs (USI).

- d. Ce problème semble avoir encore été amplifié par le fait que la première ligne de soins de santé ait substantiellement cessé de fonctionner, amenant les gens à se retrouver isolés avec ces complications désastreuses, qui les conduisaient ensuite vers les unités de soins intensifs.
  - e. Aussi, une partie des décès signalés ne sont probablement pas directement dus au SRAS-CoV-2 mais bien au fait que ces personnes n'ont pas été traitées pour un autre problème.
5. Une **épidémiologie correcte** - basée sur des méthodes standards et sur des tests sérologiques - est la priorité la plus urgente et elle est essentielle pour élaborer des décisions politiques utiles et efficaces. **Cela a toujours été et reste le point de départ le plus urgent.** Parce que cela définit tout le reste. Après 6 mois, il est épouvantable et perturbant de constater que ces statistiques de base n'ont même pas été effectuées systématiquement et qu'elles ne sont toujours pas disponibles. Tenter de répondre à des questions comme celles de l'immunité à long terme, ou de l'immunité collective, de la durée pendant laquelle nous sommes contagieux et à toutes ces questions véhiculées par les médias demeurera sans aucune pertinence tant que nous ne connaissons même pas le véritable risque minimal.