

Mordons les chiens de garde !

Revue de presse n°25

Janvier-mars 2022

Covid-19 vaccin début



Dessin de Kroll

Table des matières

Les vaccins anti-covid	3
Vidéo à voir	4
Opposition aux mesures gouvernementales anti-covid : nous ne marcherons jamais aux côtés de l'extrême-droite !.....	5
La part épidémiologique de la population vaccinée dans la transmission de la Covid-19 s'accroît.....	7
La vaccination ne diminue pas le nombre de cas de Covid-19	9
Bilan sanitaire au 25 septembre 2021 dans les pays champions de la vaccination anticovid	11
Des observateurs et observatrices de terrain	16
De source sûre !.....	20
Injections Covid-19 — Les effets indésirables graves augmentent de manière exponentielle.....	30
Les révélations du Dr Hervé Seligmann après dix mois de vaccination	32
Covid-19 – Les leçons à tirer d'Israël	33
Pr Perronne : « On est en train de modifier les cellules des gens »	47
Christian Perronne, sabre au clair... ..	48
Pr. Christian Perronne : « Les personnes vaccinées sont dangereuses	51
Ces cartes qui démontrent combien Christian Perronne a raison.....	52
Limites et dangers de la vaccination, l'efficacité du traitement précoce.....	63
Laurent Toubiana : « Je ne cherche pas à rassurer, je regarde les faits »	64
Cette province est la plus vaccinée de Belgique.....	67
Dr Joseph Ladapo : « On empêche les personnes vaccinées de parler des effets secondaires ! ».....	68
« Il y a quelque chose qui ne colle pas » : le pavé dans la mare du Pr Peter Doshi	70
Pour le Lancet, les vaccinés sont des contaminateurs comme les autres	71
Plus d'effets indésirables graves suite aux « vaccins » que d'hospitalisations Covid évitées	73
Flambée épidémique dans les pays les plus vaccinés (Singapour, Allemagne, Autriche...).....	89
Humour de Siné mensuel.....	93
Guadeloupe : La dose de trop... !	94
Évolution sanitaire des pays les plus vaccinés au 14 novembre 21	101
Le coronavirus tuerait 34 fois moins que les chiffres officiels.....	110
Les vaccinés atteints du coronavirus le transmettent moins que les non vaccinés mais cette protection s'estompe avec le temps.....	111
Les composants non déclarés des substances expérimentales anti-Covid-19 et les causes des décès post-injections	112
Allemagne : sur dix autopsies, cinq décès seraient « très probablement » liés aux vaccins.....	114
Covid-Europe : recrudescence des cas malgré la vaccination – ou à cause d'elle ?.....	116
Statistiques officielles, « oublis » : la Drees a-t-elle reconnu son erreur ? « Décoder l'éco » debriefe	117
Les décès excessifs indiquent un programme de dépopulation.....	118
Suivi de l'essai clinique Pfizer à 6 mois : sûr et efficace ?.....	126

Les vaccins anti-covid

Vidéo à voir

Une explication claire de la maladie, des traitements, des perspectives d'avenir.

Adresse de la vidéo avec Louis Fouché :

<https://crowdbunker.com/v/HCSE8Kbwy0>

[Une position qui me semble fausse, MN]

Opposition aux mesures gouvernementales anti-covid : nous ne marcherons jamais aux côtés de l'extrême-droite !



Le Mouvement Demain est préoccupé par la forme que prend aujourd'hui la contestation des mesures gouvernementales pour tenter d'endiguer l'épidémie de Covid, en Belgique, comme dans d'autres pays. Le rejet des mesures prises est répandu, en témoigne la mobilisation de ce 21 novembre à Bruxelles, et il est sans doute sous-estimé par une partie du personnel politique. Ce rejet est en partie légitime car les gouvernements se montrent largement défailants à protéger efficacement la population et à agir avec conséquence. Mais il brasse également de nombreuses contre-vérités, ainsi que des thèses et des revendications dangereuses.

Autant nous ne pensons pas que toutes les 35 000 personnes présentes à Bruxelles partagent des thèses de ce type, autant nous constatons l'omniprésence de milieux réactionnaires en général et de l'extrême-droite en particulier. Il y avait bien évidemment la présence importante dans la manifestation de formations et de figures de l'extrême-droite (singulièrement flamandes). Mais on retrouvait également des personnes d'ultra-droite parmi les organisateurs. Cela s'est traduit dans des mots d'ordre poujadistes (médias pourris, État corrompu...) et qui évitent certaines questions marquées socialement.

Le contexte dans lequel nous sommes plongés pose crûment la question de l'équilibre entre libertés individuelles et libertés collectives. Pour le mouvement Demain, privilégier les premières est l'apanage de la droite et privilégier les secondes celui de la gauche. Dans la hiérarchie des valeurs qui est la nôtre, il nous semble donc légitime que les premières soient dans certains cas contraintes par les secondes. Face à un virus qui a déjà fait 5 millions de morts, faire le choix de se protéger collectivement de pratiques individuelles nuisibles à la société est légitime. Or, même si leur efficacité n'est pas parfaite et s'ils sont fabriqués par des firmes privées quand nous préfererions qu'ils soient des biens publics, les vaccins ont montré statistiquement leur efficacité à faire baisser la contagion et les formes graves de la maladie. Avoir peur d'effets secondaires (qui existent mais sont peu importants) ou ne pas se sentir menacé par le virus (qui est surtout mortel pour les personnes plus âgées ou souffrant d'autres pathologies) doit légitimement être mis en balance avec le fait de constituer un risque de contagion pour les autres.

Une société dans laquelle nous n'agissons que sur base de nos intérêts personnels à court terme n'est pas une société plus désirable qu'une société qui nierait nos aspirations personnelles. Force est de constater que

le capitalisme a exacerbé en nombre de citoyens des tendances individualistes. Nous faisons de moins en moins société. Trop souvent, nous ne voyons le monde qu'à l'aune de nos seules envies, de nos intérêts. La solidarité s'estompe. Il n'est dès lors pas étonnant de trouver des figures d'extrême-droite à la tête de la contestation contre une prétendue « dictature sanitaire », s'appuyant sur ce « capitalisme en nous » pour mettre en avant la seule liberté individuelle (et d'ailleurs pas pour tout le monde si on a la prudence de les écouter avec attention). Ce qui est plus étonnant, c'est de voir que leur message est relayé parfois sans discernement et que des courants de pensée entiers, comme le mouvement de la décroissance et son journal avec lesquels nous avons longtemps milité, relaient désormais sans recul ces slogans poujadistes, donnent la parole à des personnes issues des rangs de l'extrême-droite comme le docteur Bouillon, ou adeptes du grand complot comme le rappeur Mysa. Définitivement, ne pas être en phase avec notre société, ou s'opposer au recul de nos libertés (sans bien préciser lesquelles) ne constitue en rien un projet politique commun suffisant et souhaitable. Certains l'oublient totalement.

Il nous semble que la façon la plus évidente d'endiguer l'hystérisation du débat en cours aujourd'hui est double. Premièrement, il faut se battre pour donner droit aux faits, à la rationalité. Il faut pouvoir sans relâche dénoncer les affirmations grotesques portées contre le vaccin (présence de nanoparticules dangereuses, modification génétique, nombreux morts...) avec un écho amplifié par des réseaux sociaux dont les algorithmes favorisent les contenus polémiques. Ces contre-vérités sont portées soit par des personnes qui y trouvent leur moment de gloire, soit qui s'appuient sur les peurs ou la méconnaissance scientifique. Il reste, comme lors de toute avancée, une part d'incertitude. Un débat scientifique, et citoyen, critique est sain. Mais il doit se faire sur une base sérieuse, et en mettant dans la balance risques et avantages. À ce stade, il est difficilement contestable que la vaccination a permis de sauver de nombreuses vies. Le nombre de morts est plus faible dans les pays présentant la meilleure couverture vaccinale, même si un sentiment un peu prométhéen a conduit certains (et notamment en Flandre) à baisser la garde en espérant un peu rapidement avoir vaincu le virus.

Une analyse du Mouvement Demain
23 novembre 2021

Illustration : Dries Van Langenhove, fondateur du tristement célèbre mouvement « Schild & Vrienden » et député d'extrême-droite Vlaams Belang, posant fièrement lors de la manifestation du 21 novembre à Bruxelles

La part épidémiologique de la population vaccinée dans la transmission de la Covid-19 s'accroît

ReinfoCovid vous propose la lecture de cet article publié dans la prestigieuse revue scientifique « The Lancet Regional Health – Europe » sous la forme d'une lettre.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(21\)00258-1/fulltext?s=08#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(21)00258-1/fulltext?s=08#%20)

Les points importants de cet article notés par l'équipe de ReinfoCovid sont :

- La part des personnes vaccinées dans la transmission de la Covid -19 est en augmentation constante
- Les personnes vaccinées transmettent la maladie autant que les non-vaccinés à leurs contacts familiaux
- La charge virale maximale est identique entre les vaccinés et les non vaccinés
- Au royaume Uni, la probabilité d'avoir le Covid était plus élevée chez les vaccinés que chez les non-vaccinés pour toutes les personnes de plus de 30 ans.
- Dans un cluster israélien causé par un vacciné, 14 personnes vaccinées ont eu des formes graves et sont décédées pour certaines alors que les deux seules personnes non vaccinées ont eu des formes légères. *Il semble que ce soit faire preuve d'une grave négligence que d'ignorer la population vaccinée en tant que source possible et pertinente de transmission lorsqu'on décide de mesures de contrôle de santé publique.*

Traduction littérale de la lettre :

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(21\)00258-1/fulltext?s=08#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(21)00258-1/fulltext?s=08#%20)

On s'attendait à ce que des taux élevés de vaccination contre le Covid-19 réduisent la transmission du SARS-CoV-2 dans les populations en diminuant le nombre de sources possibles de transmission et, par conséquent, à ce qu'ils réduisent la charge de la maladie du Covid-19.

Cependant, les données récentes indiquent que les individus vaccinés contre le Covid-19 comptent dans la transmission de la maladie.

Au Royaume-Uni, il a été décrit que le taux d'attaque secondaire parmi les contacts familiaux exposés à des individus entièrement vaccinés était similaire à celui des contacts familiaux exposés à des individus non vaccinés (25 % pour les vaccinés contre 23 % pour les non vaccinés). 12 des 31 infections chez les contacts familiaux entièrement vaccinés (39 %) provenaient d'individus entièrement vaccinés et épidémiologiquement liés. La charge virale maximale ne différait pas selon le statut vaccinal ou le type de variant [1].

En Allemagne, le taux de cas symptomatiques de Covid-19 chez les personnes entièrement vaccinées (« breakthrough infections ») est rapporté chaque semaine depuis le 21 Juillet 2021 et était alors de 16,9% chez les patients de 60 ans et plus [2]. Cette proportion augmente de semaine en semaine et était de 58,9% le 27 Octobre 2021 (Figure 1), ce qui prouve clairement l'importance croissante des personnes entièrement vaccinées comme source possible de transmission. Une situation similaire a été décrite pour le Royaume-Uni. Entre les semaines 39 et 42, un total de 10 0160 cas de Covid-19 ont été signalés parmi les citoyens âgés de 60 ans ou plus. Et 89 821 sont survenus parmi les personnes entièrement vaccinées (89,7%), 3 395 parmi les personnes non vaccinées (3,4%) [3]. Une semaine auparavant, le taux de cas de Covid-19 pour 100 000 était plus élevé dans le sous-groupe des vaccinés que dans le sous-groupe des non-vaccinés dans tous les groupes d'âge de 30 ans ou plus.

En Israël, une épidémie nosocomiale a été signalée, impliquant 16 travailleurs de la santé, 23 patients exposés et deux membres de la famille. La source était un patient entièrement vacciné contre le Covid-19. Le taux de vaccination était de 96,2 % parmi toutes les personnes exposées (151 travailleurs de la santé et 97 patients). Quatorze patients entièrement vaccinés sont devenus gravement malades ou sont décédés, les deux patients non vaccinés ont développé une maladie légère [4].

Les Centres américains de contrôle et de prévention des maladies (CDC) identifient quatre des cinq comtés ayant le pourcentage le plus élevé de population entièrement vaccinée (99,9-84,3 %) comme des comtés à transmission « élevée » [5]. De nombreux décideurs partent du principe que les personnes vaccinées peuvent être exclues en tant que source de transmission. *Il semble que ce soit faire preuve d'une grave négligence que*

d'ignorer la population vaccinée en tant que source possible et pertinente de transmission lorsqu'on décide de mesures de contrôle de santé publique.

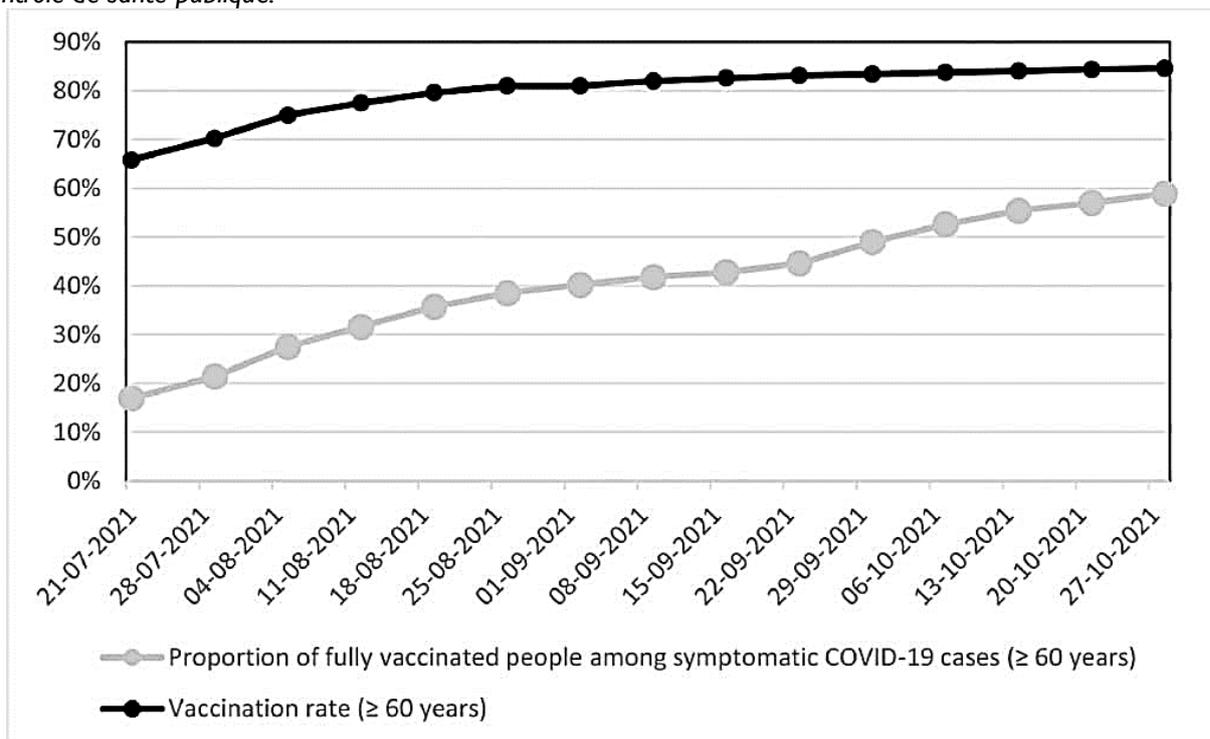


Figure 1 : Taux de vaccination et proportions de personnes entièrement vaccinées parmi les cas symptomatiques de Covid-19 (≥ 60 ans) en Allemagne entre le 21 juillet et le 27 Octobre 2021 sur la base des rapports hebdomadaires de l'Institut Robert Koch [2].

REINFOCOVID, 2 décembre 2021

Références

- [1] Singanayagam A, Hakki S, Dunning J, et al., Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2021 ; [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00648-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00648-4)
- [2] Robert Koch-Institut. Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19). AKTUALISIERTER STAND FÜR DEUTSCHLAND 22. Juli 2021. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-07-22.pdf?__blob=publicationFile
- [3] UK Health Security Agency. Covid-19 vaccine surveillance report. Week 4328. Oktober 2021. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1029606/Vaccine-surveillance-report-week-43.pdf
- [4] Shitrit P, Zuckerman NS, Mor O, Gottesman BS, Chowers M. Nosocomial outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant in a highly vaccinated population, Israel, July 2021. *Euro Surveill.* 2021; 262100822 <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.39.2100822>
- [5] Subramanian SV, Kumar A., Increases in Covid-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States. *Eur J Epidemiol.* 2021 ; <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00808-7>

<https://reinfoCovid.fr/science/la-part-epidemiologique-de-la-population-vaccinee-dans-la-transmission-de-la-Covid-19-saccroit/>

La vaccination ne diminue pas le nombre de cas de Covid-19

Synthèse de l'article publié le 30/09/21 dans « *European Journal of Epidemiology* » analysant les données publiques d'augmentation de cas de Covid-19 en fonction des taux de vaccination dans les populations concernées. Résultat : la vaccination ne diminue pas le nombre de cas de Covid-19.

À RETENIR

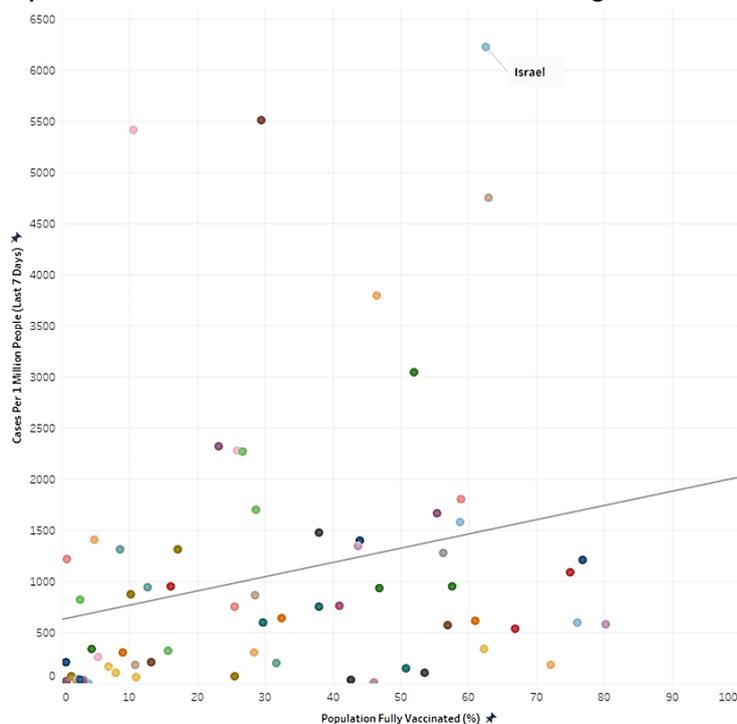
- La vaccination est considérée comme l'approche ultime contre la Covid-19
- Ce travail démontre pourtant que la vaccination n'est pas corrélée à une baisse des nouveaux cas
- De façon étonnante, une légère augmentation de cas Covid-19 semble associée à des taux de vaccination élevés

Méthode de l'étude :

Cet article [1], publié le 30 septembre 2021 dans « *European Journal of Epidemiology* » sous la direction d'un épidémiologiste de l'Université de Harvard, aux USA, analyse les données publiques d'augmentation de cas de Covid-19 en fonction des taux de vaccination dans les populations concernées. On sait que sous l'égide de l'OMS, la planète entière a engagé une campagne de vaccination massive contre le SARS-CoV-2 (virus responsable de la Covid-19), considérant qu'aucune autre solution pharmaceutique ne pourrait avoir la même efficacité. Afin de déterminer l'effet réel de cette campagne de vaccination, les scientifiques ont utilisé les données publiques concernant les taux de vaccination ainsi que l'évolution du nombre de cas Covid-19. Pour ce faire, ils ont utilisé les bases d'informations accessibles sur « *Our World in Data* » (<https://ourworldindata.org/covid-cases>). Afin d'éviter tout biais d'analyses, ils n'ont conservé que les pays/régions fournissant leur taux de vaccination (deux doses) et ayant connu une augmentation de leur nombre de cas Covid-19 dans la semaine précédant cette étude (dernière semaine d'août 2021), soit 68 pays et 2 947 « *counties* » (départements) aux USA.

Résultats :

À partir de ces données, les auteurs ont créé la figure ci-dessous :



La lecture de ce graphique est la suivante : chaque point représente un pays, par exemple Israël, le point bleu clair en haut à droite. La position de ce point indique :

1) le nombre de cas par million d'habitant pour ce pays, lu sur l'axe vertical (environ 6 250 pour Israël) ;
2) le taux de vaccination de ce pays, visible sur l'axe horizontal (environ 62 % pour Israël).

Ceci nous indique que *pour Israël, en dépit d'un taux de vaccination très élevé, on dénombre une hausse de cas Covid-19 très importante. Par contre, on voit clairement tout en bas à gauche du graphique que plus de 10 pays sont très peu vaccinés, et n'ont pas d'augmentation notable des cas Covid-19.*

Il est possible de déterminer mathématiquement la relation qui existe entre le nombre de nouveaux cas et le taux de « vaccination » à partir de l'ensemble de tous les points/pays présents sur la figure. C'est ce qui est représenté par la ligne droite sur le graphique. *Si la - vaccination - permettait de diminuer le nombre de cas, alors on observerait une ligne descendante de la gauche vers la droite. Ce n'est pas ce que les auteurs observent. Paradoxalement, la ligne calculée est en fait croissante, indiquant une augmentation du nombre de cas Covid-19 avec l'augmentation du taux de vaccination.* Ceci est évidemment complètement inattendu et contre-intuitif, et est probablement le résultat de l'effet « ADE », pour « Antibody-Dependant Enhancement », décrit par ailleurs sur le site ReinfoCovid [2, 3].

Conclusion

Au vu de ce travail, qui présente également des données analogues pour la situation actuelle à travers les USA, le bien-fondé de la campagne de vaccination semble ne pas aller de soi. *Nombreux sont aujourd'hui les scientifiques qui pensent que non seulement l'efficacité de la vaccination est, dans le meilleur des cas, transitoire [4], mais qu'en plus elle pourrait être néfaste [5].* Tout ceci indique que la notion de « vaccination altruiste » présentée par nos politiques comme incitation à se faire vacciner semble être une vue de l'esprit. L'avenir et l'étude des données observationnelles permettront de clarifier la situation. *D'ici là, le bon sens voudrait que l'OMS commence à inciter les pays récalcitrants à améliorer leurs offres de soins précoces [6], efficaces pour limiter l'impact de cette maladie qui affecte très majoritairement les plus fragiles.*

COLLECTIF REINFOCOVID, le 7 octobre 2021

Références

[1] S. V. Subramanian and A. Kumar, "Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States," *Eur J Epidemiol*, Sep. 2021, doi: 10.1007/s10654-021-00808-7. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10654-021-00808-7.pdf>

[2] <https://reinfocovid.fr/science/pourquoi-la-vaccination-contre-la-covid-19-est-a-double-tranchant/>

[3] <https://reinfocovid.fr/science/les-phenomenes-daggravation-dependante-des-anticorps-ade-et-la-covid-19/>

[4] E. Dolgin, « COVID vaccine immunity is waning — how much does that matter? », *Nature*, vol. 597, no. 7878, pp. 606–607, Sep. 2021, doi : 10.1038/d41586-021-02532-4. <https://www.nature.com/articles/d41586-021-02532-4>

[5] R. N. Kostoff *et al.*, « Why are we vaccinating children against COVID-19 ? », *Toxicology Reports*, vol. 8, pp. 1665–1684, 2021, doi : 10.1016/j.toxrep.2021.08.010.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8437699/pdf/main.pdf>

[6] <https://reinfocovid.fr/science/prise-en-charge-ambulatoire-du-covid-19/>

<https://reinfocovid.fr/science/la-vaccination-ne-diminue-pas-le-nombre-de-cas-de-covid-19/>

Bilan sanitaire au 25 septembre 2021 dans les pays champions de la vaccination anticovid

Depuis le début de la crise sanitaire, l'exécutif français a prétendu que les traitements précoces étaient inefficaces, imposé des restrictions majeures à nos libertés, en particulier de prescription des médecins,^[1] et a promis que la vaccination obtiendrait l'immunité collective, la sortie de crise et le retour à une vie normale.

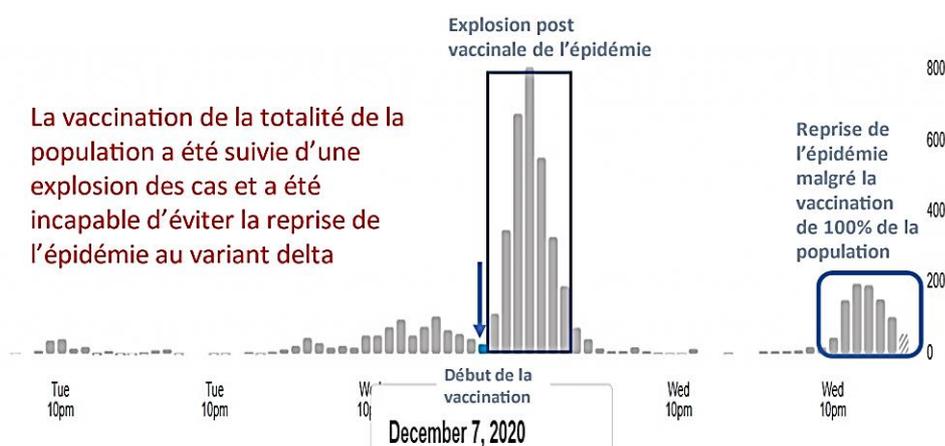
Mais l'échec permanent depuis 18 mois de cette stratégie sanitaire fondée sur des simulations fausses, des mensonges innombrables, des promesses jamais tenues, la propagande de la peur et l'extorsion du consentement à la vaccination par les chantages aux libertés de circuler, d'avoir des loisirs et de travailler, devient insupportable.

Les vaccins actuels qu'ils veulent nous imposer sont-ils efficaces ? Peuvent-ils aboutir à une immunité collective ou n'est-ce qu'un mythe ? Pour y répondre, nous ferons le bilan sanitaire actuel des pays les plus vaccinés d'après les chiffres fournis par l'Organisation Mondiale de la Santé et les courbes de OurWorldinData.

Mortalité record à Gibraltar champion des injections Astra Zeneca

Gibraltar (34 000 habitants) a commencé la vaccination en décembre 2020 alors que l'agence sanitaire recensait dans ce pays seulement 1040 cas confirmés et 5 morts attribués au covid19. Après une campagne de vaccination éclair très complète, obtenant une couverture vaccinale de 115 % (la vaccination a été étendue à de nombreux visiteurs espagnols), le nombre de nouvelles contaminations a été multiplié par 5 (passant à 5 314) et celui des morts par 19. Atteignant 97, soit 2 853 morts par million d'habitants, ce chiffre constituant l'un des records européens de mortalité. Mais les responsables de la vaccination nient tout lien causal sans proposer une autre étiologie plausible. Et après une accalmie de quelques mois, l'épidémie reprend confirmant qu'une couverture vaccinale à 115 % ne protège pas de la maladie.

Gibraltar 22/8/21 Evolution de l'épidémie



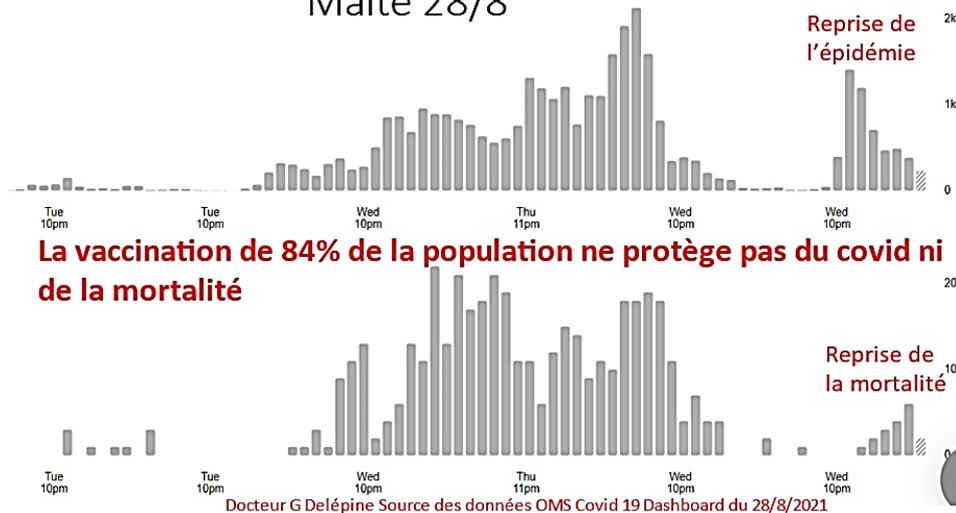
Dr Gérard Delépine Source des données : OMS Covid19 Dashboard 22/8/2021

Malte : une couverture vaccinale de 84 %, mais tout aussi inefficace

Malte fait partie des champions européens des pseudo vaccins : dans cette île de 500 000 habitants, près de 800 000 doses ont été administrées assurant une couverture vaccinale de près de 84 % avec un recul d'environ 6 mois.

Mais depuis début juillet 2021, l'épidémie est repartie et les formes graves (mortelles) augmentent forçant les autorités à reconnaître que la vaccination ne protège pas la population et à imposer des restrictions.

Malte 28/8



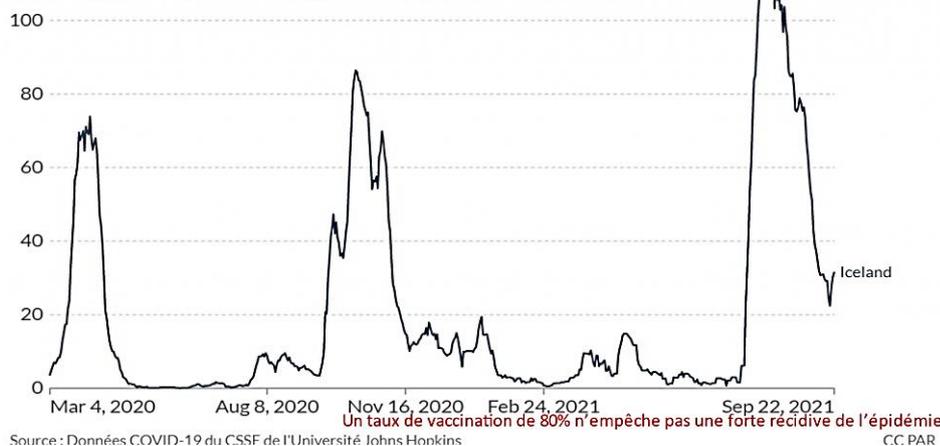
Là aussi la récurrence de l'épidémie des cas et de la mortalité prouve qu'un taux élevé de vaccination ne protège pas la population.

En Islande, on ne croit plus à l'immunité collective vaccinale

Dans ce petit pays de 360 000 habitants, plus de 80 % d'entre eux sont primo-vaccinés et 75 % ont un cycle vaccinal complet. Mais à la mi-juillet 2021, les nouvelles contaminations journalières sont passées d'une dizaine à environ 120, avant de se stabiliser à un taux supérieur à celui de la période pré vaccinale. Cette récurrence brutale a convaincu l'épidémiologiste en chef de l'impossibilité d'obtenir l'immunité collective vaccinale « C'est un mythe », a-t-il publiquement déclaré.

Echec de la vaccination en Islande

D'après l'épidémiologiste en chef de ce petit pays : **Obtenir l'immunité collective par la vaccination générale est hors d'atteinte**



Belgique : récurrence de la maladie malgré la vaccination

En Belgique, près de 75 % de la population est primo-vaccinée. Et 65 % des habitants disposent d'un cycle vaccinal complet. Cependant, depuis fin juin 2021, le nombre de nouvelles contaminations quotidiennes est passé de moins de 500 à près de 2 000. Comme le reconnaît la RTBF, face au variant Delta, la vaccination actuelle est loin d'être suffisante pour protéger la population.

Singapour abandonne l'espoir du « Zéro Covid » par les vaccins

Ce petit pays est lui aussi très vacciné et près de 80 % de la population a au moins reçu une dose. Mais depuis le 20 août 2021, il doit faire face à une reprise exponentielle de l'épidémie avec une hausse des cas passés d'une dizaine en juin à plus de 150 fin juillet et à 1 246 cas le 24 septembre.

Echec de la vaccination à Singapour



Cette récurrence incontrôlée de la maladie malgré la vaccination a fait abandonner la stratégie de l'éradication du virus pour un modèle de « vivre avec le virus » en essayant de traiter la maladie « comme la grippe ».

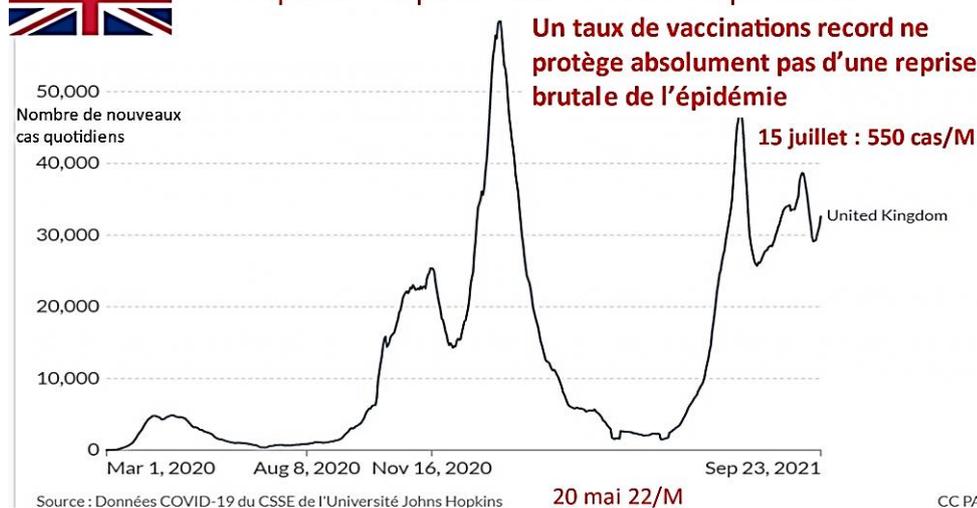
Au Royaume-Uni : remontée inquiétante des contaminations

Le Royaume-Uni constitue le champion européen de la vaccination Astra Zeneca avec plus de 70 % des habitants primo-vaccinés, et 59 % disposant d'un schéma vaccinal complet. Ce taux élevé de « vaccination » n'a pas évité une explosion des cas au début de l'été, avec, à la mi-juillet jusqu'à 60 000 nouveaux cas quotidiens.

Devant cette reprise importante de l'épidémie malgré la vaccination Andrew Pollard, représentant de l'Oxford Vaccine Group, a reconnu devant le parlement : « l'immunité collective par le vaccin est un mythe ».



Reprise exponentielle de l'épidémie



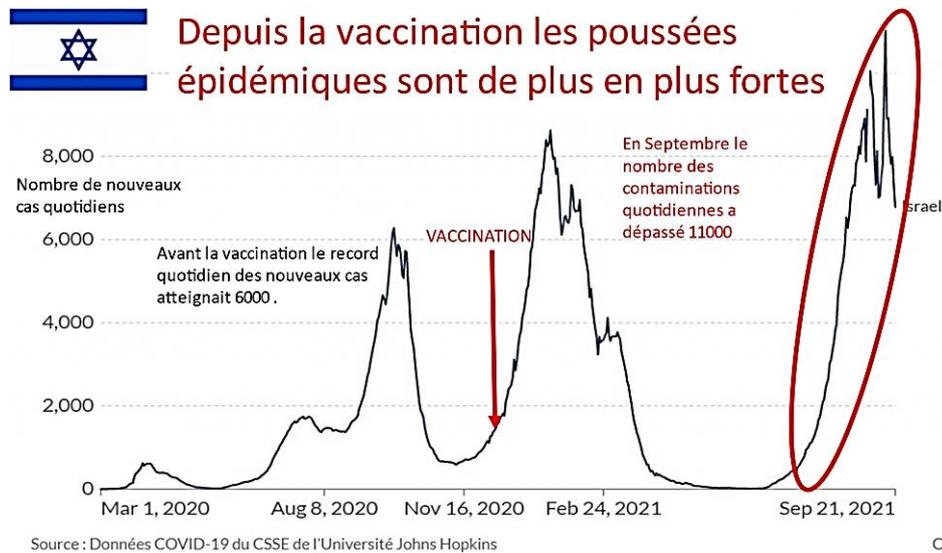
Cette reprise des infections s'est accompagnée d'une reprise des hospitalisations, des cas graves et des décès. D'après le rapport officiel d'août,^[2] les décès sont plus fréquents chez les malades complètement vaccinés (679) que chez les non-vaccinés (390) démentant ainsi cruellement les espoirs d'un effet protecteur du vaccin sur la mortalité.

Après la levée des dernières restrictions sanitaires, une décrue de l'épidémie a été observée avec un niveau de moins de 30 000 cas par jour alors que début juillet des simulations d'épidémiologistes covid terroristes prophétisaient jusqu'à 100 000 nouveaux cas quotidiens en cas de suppression des mesures sanitaires.

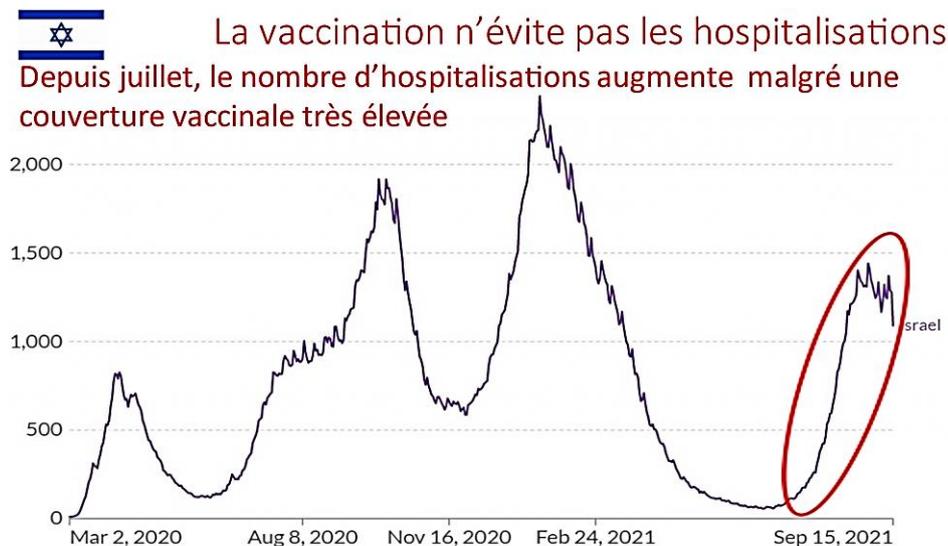
Israël : catastrophe post vaccinale évidente niée par les responsables

Israël, champion de l'injection Pfizer, jadis partout cité en exemple d'efficacité est actuellement durement rappelé à la réalité et représente maintenant le modèle de l'échec vaccinal.

70 % de la population est primo-vaccinée, et près de 90 % des personnes à risque ont un cycle vaccinal complet. Mais l'épidémie est repartie plus forte que jamais depuis fin juin et plus de 11 000 nouveaux cas ont été enregistrés en 1 jour (le 14 septembre 2021) dépassant de près de 50 % les pics observés en janvier 2021 lors de la poussée qui a suivi les premières injections Pfizer.



Cette reprise de l'épidémie malgré les injections Pfizer s'accompagne d'une hausse des hospitalisations où les vaccinés représentent la majorité des personnes hospitalisées.



La vaccination ne protège pas non plus des formes graves ni de la mort.

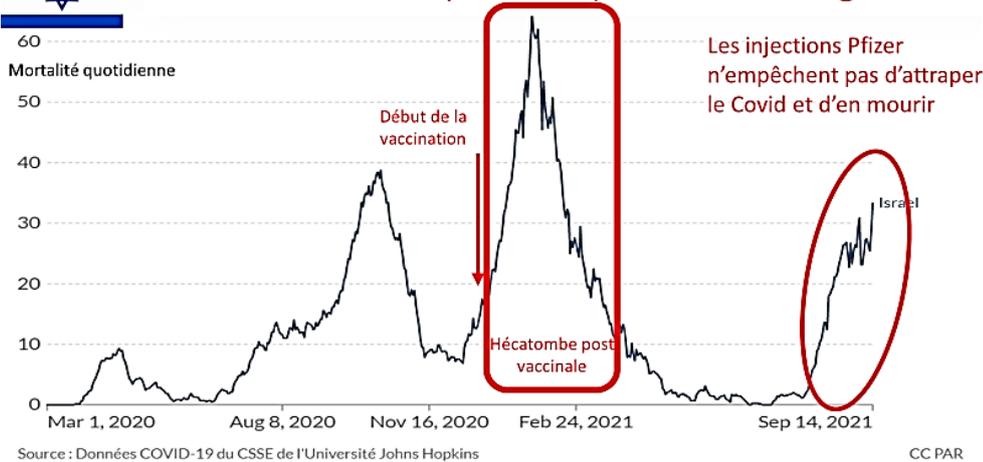
Fin juillet : 71 % de des 118 Israéliens sérieusement atteints (*serious, critical*) étaient totalement vaccinés !

Cette proportion de malades graves vaccinés est très supérieure à la proportion de personnes totalement vaccinées : 61 %. Prétendre que le vaccin protège des formes graves de la maladie, comme le déclara imprudemment le ministre de la Santé israélien, est une erreur (ou une désinformation ?).

Pour ne pas reconnaître ses erreurs, le gouvernement israélien reste dans le déni de cet échec patent et continue à ne proposer que la vaccination comme solution. Combien faudra-t-il de morts supplémentaires pour qu'il suive l'exemple de l'Inde ou du Japon et qu'il adopte enfin les traitements précoces ?



– La vaccination ne prévient pas les formes graves



Conclusions

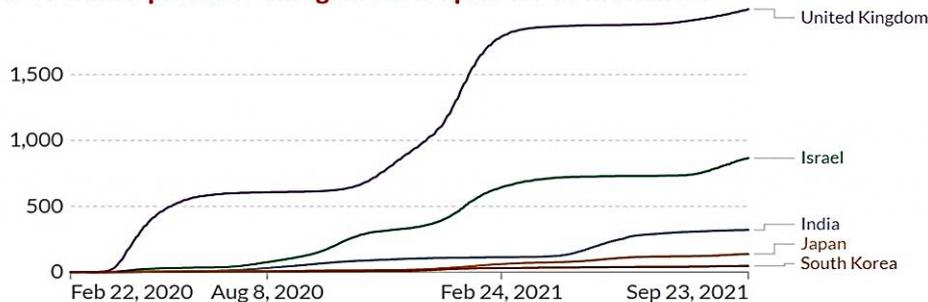
Les pseudo vaccins actuels sont trop peu efficaces. Ils ne préviennent ni les récurrences de l'épidémie, ni les hospitalisations, ni les formes graves, ni la mort. En Israël et en Grande-Bretagne qui précisent le statut vaccinal des victimes, les vaccinés souffrent d'un sur risque de mortalité par rapport aux non-vaccinés.

La poursuite d'une politique uniquement vaccinale aboutit à une impasse mortifère, alors que les pays qui conseillent officiellement (Inde) les traitements précoces ou qui laissent leurs médecins les prescrire (Japon, Corée) s'en sortent beaucoup mieux.

Nombre total de décès confirmés dus au COVID-19 par million de personnes

Les tests limités et les défis dans l'attribution de la cause du décès signifient que le nombre de décès confirmés peut ne pas être un décompte précis du nombre total réel de décès dus au COVID-19.

Les champions de la vaccination qui ont refusé les traitements précoces enregistrent les plus fortes mortalités



Qu'attendent nos autorités sanitaires pour cesser de croire en des simulations fausses réalisées par des épidémiologistes trop liés aux entreprises des vaccins, regarder les faits avérés et interrompre leur campagne pro vaccinale mensongère et délétère et recommander les traitements précoces ?

La poursuite de l'interdiction des traitements précoces

par les médecins traitants entraîne une perte de chances pour de nombreux malades et engage directement la responsabilité du gouvernement et singulièrement du ministre de la Santé.

Dr Gérard DELÉPINE, oncologue et statisticien

Notes

[1] Pour la première fois depuis 2500 ans... / [2] SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England Technical briefing 21. Published August 2021 Public Health England Gateway number : GOV 9374 20 August 2021

La source originale de cet article est nouveau-monde.ca. Copyright © Dr Gérard Delépine, nouveau-monde.ca, 2021

<https://www.mondialisation.ca/bilan-sanitaire-au-25-septembre-2021-dans-les-pays-champions-de-la-vaccination-anticovid/5660667>

Des observateurs et observatrices de terrain

Une carte blanche relayée dans le Vif ici : <https://www.levif.be/actualite/belgique/nous-generalistes-sommes-devenus-les-larbins-de-cette-politique-de-sante-publique-guidee-par-la-panique-generalisee-carte-blanche/article-opinion-1482533.html> : « Nous, généralistes, sommes devenus les larbins de cette politique de santé publique guidée par la panique généralisée ».

Signée par des professionnels de la santé dont des membres de Covidrationnel.

Dans notre système de santé, actuellement, la médecine générale joue le rôle principal de première ligne en matière de santé publique.

Qu'est-ce que tout cela peut bien signifier dans le contexte actuel de pandémie ?

En mars 2020, il est essentiel de rappeler que le mot d'ordre donné par le Collège de médecine générale était de décourager les médecins généralistes de consulter physiquement : « Si vous voyez un patient suspect Covid, vous le faites sous votre entière RESPONSABILITÉ » [1]. C'est le monde à l'envers ! Quelle promotion de l'irresponsabilité, justement ! Il est vrai qu'à ce moment-là, les données concernant la contagiosité du nouveau Coronavirus semblaient devoir nous condamner à l'extrême prudence, et certains d'entre nous n'avaient sans doute pas le matériel nécessaire pour se protéger [2]. Mais, en 2021, des mois d'expériences plus tard il n'est plus justifiable de ne pas examiner nos patients.

Il nous semble que le généraliste occupe pourtant une position idéale. Parce qu'en tant que praticien de la première ligne, il est un maillon essentiel entre le patient, ses symptômes, les institutions hospitalières et, le cas échéant, les administrations de santé publique.

Or, que fait la première ligne ? La crise sanitaire semble l'avoir considérablement affaiblie. Plus largement, on se demande s'il faut craindre une disparition de la médecine générale traditionnelle, au profit de téléconsultations par exemple, beaucoup moins coûteuses et potentiellement beaucoup plus rentables – peut-être est-il utile ici de préciser que l'INAMI a créé très rapidement un code pour les consultations à distance durant la crise ? Le téléphone était en effet notre seul instrument de travail, de mars à mai 2020, alors même que des patients souffraient énormément et requéraient de véritables soins ! Est-il légitime de s'étonner que ces aménagements se soient mis en place si rapidement, laissant peu de place aux rapports humains ?

En réalité, le médecin généraliste a une importante RESPONSABILITÉ. Il côtoie entre une dizaine et une trentaine de patients chaque jour, patients qui au fil du temps sont connus dans leur « intimité », dans leur mode de vie, leurs affects et leurs peurs... Toute chose qu'un spécialiste ne peut observer de la même manière. Nous sommes bel et bien des OBSERVATEURS DE TERRAIN. C'est une des forces de notre métier : bien connaître nos patients pour mieux les conseiller, mieux les orienter et, *in fine*, espérer mieux les soigner. Ceci a été sévèrement entravé lors de la première vague, tandis que pour certains cela se poursuit. Il faudrait enquêter plus sérieusement sur la possibilité que ce type de comportement ait, très certainement, entraîné une augmentation de décès (quand on sait que la précocité de la prise en charge est décisive pour de nombreuses pathologies et ce y compris dans l'arsenal thérapeutique contre le covid-19) [3]. Les observations de terrain sont le véritable ferment d'une démarche scientifique. En tant que généralistes, qu'avons-nous donc pu observer durant ces derniers 18 mois ?

1° « Traiter » des patients sans les examiner tout en leur donnant le conseil d'aller faire un test PCR puis, de se soigner au paracétamol pour se rendre aux urgences si la dyspnée devenait majeure, devrait être considéré comme une profonde INEPTIE et un crime au regard des connaissances scientifiques.

2° Faire des tests PCR de façon aussi large ne renseigne que très mal sur le statut des patients et sur l'évolution de l'épidémie. Les tests PCR ne renseignent ni sur l'état du malade (malade asymptomatique ou non, restes de virus présents dans le nez à distance d'une infection) ni sur sa contagiosité. Avoir des médecins vigies qui donnent un aperçu de la situation épidémique comme cela s'est toujours fait dans les cas d'épidémie de grippe est largement suffisant. Par contre, avoir à disposition des tests antigéniques rapides [4] dans le but de donner les bons conseils pour isoler rapidement le patient et les cas contacts devrait être une priorité.

3° Porter le masque tel qu'il est recommandé par nos experts n'a que peu de sens. En tant qu'observateur de première ligne, il est facile de remarquer que porter un masque sans être malade, sans être un patient à risque (immunodéprimé, etc.), ou mal porter le masque (masque conservé trop longtemps, non lavé, touché avec les mains, rangé dans le fond de sa poche, etc.) ne peut être d'une quelconque utilité, voire être contre-productif. Par contre, obliger de porter le masque apporte un lot de conséquences nuisibles,

tant dans ses conséquences psychologiques que pour les apprentissages ou les rapports sociaux, notamment, des malentendants. Il faut aussi simplement considérer que se prémunir de tout contaminant finira par affaiblir l'immunité de base. Ce port de masque associé au respect des mesures d'hygiène et des gestes barrières devrait être réservé à des situations ponctuelles où son utilité est réellement avérée.

4° Empêcher les enfants d'aller à l'école, au sport, obliger les adultes au télétravail... Toutes ces mesures sont lourdes de *conséquences psychologiques et physiques* que nos patients nous rapportent chaque jour – si toutefois nous voulons bien être à leur écoute. Les médecins qui appliquent sans discernement tout ce que les directives gouvernementales nous dictent seront sans doute moins à l'écoute de ce type de plainte, persuadés qu'ils sont de la nécessité de ces mesures. D'ailleurs, les patients eux-mêmes sont de bons observateurs, lorsqu'ils nous rapportent les *absurdités des décisions prises par le gouvernement et leurs experts* : les TEC sont bondés, les mille et une péripéties de la bulle sociale, la fermeture des salons de coiffure ou des restaurants sans qu'on puisse déterminer empiriquement leur potentiel contaminateur, etc.

5° La confusion généralisée entre la mortalité et la létalité de la maladie du covid-19 [5] – qui ne survient pas dans tous les cas de contamination par le virus SRAS-CoV-2, est-il utile de le rappeler. Peu de médecins généralistes ont perdu de nombreux patients. D'ailleurs on dénombre à l'heure actuelle environ 26 000 décès étiquetés covid pour 11 000 généralistes en Belgique, ce qui ne fait « que » 2,5 patients par généraliste en moyenne. (Il est à noter que dans notre pratique, durant les années 2020-2021 la principale cause de mortalité n'a pas été la Covid). Sans parler de la gravité effective de la maladie.

Parmi les malades Covid, même au pic le plus fort en octobre 2020, la majorité d'entre nous ne voyaient comme patients que *des personnes fiévreuses, grippées sans plus*, demandant un test PCR pour *prouver* leur maladie, car cela était exigé par un employeur, une direction d'école, etc. *Nous, généralistes, sommes devenus les larbins de cette politique de santé publique guidée par la panique généralisée*. Il est grand temps de sortir définitivement de ce rôle de « guichet de triage » pour reprendre notre « pleine activité » [6] !

Parmi les malades que nous évoquions, il faut aussi compter nombre de patients angoissés à l'idée d'être positifs avec peu de symptômes, mais de devenir celui qui va contaminer son proche, ou être le suivant qui va venir allonger la liste du nombre de morts – ce décompte macabre qui, rappelons-le, était égrené quasi quotidiennement dans nos médias. C'est aussi ce type de patients qu'il a fallu soutenir et rassurer pendant les vagues. Qu'en deviendra-t-il sur le moyen et long terme ?

6° Concernant la politique sanitaire et son adhésion, plus spécifiquement, on a pu observer que si le premier confinement et les règles sanitaires ont été bien appliqués, dès l'été 2020 et sans attendre les autorisations gouvernementales, bon nombre de nos patients reprenaient une vie sociale, sans répercussion sur la dynamique épidémique. Il en est de même pour les fêtes non autorisées du bois de La Cambre ou du parc de la Boverie au printemps, des matchs de foot ou, plus dramatiquement, des inondations de la vallée de la Vesdre en juillet 2021. Autant d'événements où les gestes barrières et les règles sanitaires n'étaient plus d'application. Pourtant, cela *n'a pas été suivi d'augmentation significative de cas covid*.

A contrario, il aurait été judicieux d'apprendre à nos patients quand, comment et envers qui respecter strictement les gestes barrières, avoir l'opportunité de discerner quel patient tester et isoler. Obtenir les résultats d'un test PCR prenait souvent plus de 5 jours alors que nous aurions pu, en quinze minutes faire un diagnostic, donner le traitement adéquat et les conseils d'isolement. Combien de contaminations sont dues, encore aujourd'hui, aux erreurs de tracing ?

7° Nous avons aussi été observateurs d'attitudes affligeantes, que nous devrions qualifier d'inhumaines. Que ce soit en maison de repos où de nombreux pensionnaires se sont laissés mourir, isolés de tout contact avec leurs proches. À l'hôpital, où les visites étaient interdites, les consultations n'étaient pas accompagnées, consultations où des patients ont dû recevoir seuls le diagnostic d'une maladie grave. Bien heureusement, ceci ne constitue pas une généralité mais ces mesures sont responsables d'une déshumanisation des soins, pourtant véritable enjeu de santé publique et systématiquement négligé du débat public.

8° Observateurs de la manipulation des informations. Quand la peur ne semblait plus suffire à faire respecter les règles, on n'a malheureusement pas hésité à *sortir l'armada de la répression*. Plusieurs patients ayant été verbalisés pour leur comportement peuvent en témoigner. Le danger sanitaire le justifie-t-il pleinement ? Quelles en seront les conséquences à l'avenir ?

9° Observateurs de la censure, au surplus, que ce soit censure de collègues scientifiques, mais également censure de la parole de patients sur les réseaux sociaux.

10° Et, finalement, observateurs de la pression intense pour la vaccination, sans que nos patients ne soient justement informés tel que le requiert le principe du consentement libre et éclairé. S'ajoute à ceci

l'observation effarée des effets secondaires de ces mêmes vaccins, sans pouvoir être entendu par la majorité des spécialistes : pour eux, il n'y a pas de lien à faire. C'est, *au mieux*, une coïncidence.

Une autre gestion de la pandémie

Toutes ces observations faites depuis la première ligne que nous incarnons doivent maintenant être entendues. Elles doivent servir de base afin d'avancer dans la gestion sur le long terme de cette pandémie, qu'il est nécessaire de replacer dans un contexte de santé publique plus global et non limité à quelques indicateurs ciblés sur un seul virus. Il est temps de *retrouver une vie normale* (enfants à l'école, travail comme lien social de qualité, sports et culture pour toutes et tous, etc.) où, certes, le virus demeurera présent, nous en sommes conscients. Il est extrêmement important de relever d'autres défis de santé publique bien plus préoccupants tels que la malbouffe, le tabagisme, l'alcoolisme, le manque d'exercice physique comme conséquence d'une vie hyper-sédentaire, le stress chronique, tous facteurs des maladies dites non transmissibles qui sont les vraies « tueuses » de nos patients et les responsables de la saturation de nos hôpitaux.

Mais aussi, et surtout, de *repenser l'organisation de nos soins de santé* afin de mieux faire face à des situations similaires dans le futur notamment par un renforcement de la prévention et de la promotion de la santé.

Que nos observations fassent progresser les politiques de santé publique, voilà une de nos exigences, où la médecine générale puisse retrouver la place qui est la sienne, au plus proche de la vie quotidienne de nos patients avec le souci de pratiquer l'antique art de les guérir et même autant que possible, de prévenir les maladies.

Il est urgent de traiter les gens – et ainsi de repartir sur une base saine – et d'arrêter de traiter des chiffres !

Pour les généralistes :

Dr Anne Franchimont

Dr P. Daubie

Dr Laurent Gauthier

(généraliste et expert médical)

Dr André Dubois

Dr Véronique Baudoux

Dr Isabelle Boniver

Dr Francis Blanchard

Dr C.H

Dr B.S

Dr A.R

Dr A.L

Dr J.R

Pour les spécialistes :

Dr F. Louis Anesthésiste

Dr Véronique Defays Médecin
dentiste

Dr Emilie Theunissen

Médecine physique et
réadaptation

Dr Benoit Nicolay
anesthésiste réanimateur

Dr Mélanie Dechamps
anesthésiste réanimateur

Dr S.A pneumologue

Dr F.G dermatologue

Dr C.L dermatologue

Dr G.D

Dr F.P santé publique

Dr M.P pédiatre

Dr J.M imagerie médicale

Dr A.W anesthésiste
réanimateur

Dr O.B imagerie médicale

Dr V.W dermatologue

Pour les

kinésithérapeutes :

Stéphanie

Julémont (nutrithérapie et
kiné)

M.Geron

Vincent Lonneux

Fabienne Petit

K.F

Les relecteurs :

Antoine Blanchard

- [1] Communication du 15 mars 2020, à distance, par le CGM aux médecins généralistes.
- [2] Depuis, on sait que l'IFR, l'*infectious fatality rate*, c'est-à-dire le rapport entre les personnes réellement infectées et les morts du covid, oscille entre 0,05 (pour les plus jeunes) et 0,23 % en moyenne mondiale, voir <https://www.who.int/bulletin/volumes/99/1/20-265892.pdf>
- [3] Voir l'arbre décisionnel de prise en charge des patients non-hospitalisés https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Decision-aid-Worrisome%20patient-FR_21012021.pdf et plus généralement, voir <https://covidrationnel.be/2021/07/18/quand-la-science-devoyee-nuit-a-la-sante/#f+884+2+10>
- [4] Dans les cas où le patient est symptomatique, la marge d'erreur de diagnostic des tests antigéniques rapides est de 0,5 %, voir https://www.cochrane.org/fr/CD013705/INFECTN_quelle-est-la-precision-des-tests-rapides-dans-le-diagnostic-de-la-covid-19
- [5] Il y a une différence importante entre la mortalité et la létalité : le taux de mortalité est calculé en mettant en rapport les morts du covid avec la population générale, tandis que la létalité de la maladie est un rapport entre les personnes décédées et les personnes réellement infectées par le covid. Côtoyer le virus SRAS-CoV-2 n'implique pas nécessairement d'être malade, voire même contagieux, loin s'en faut. Voir <https://covidrationnel.be/2021/03/23/discussion-de-reponses-a-la-crise-sanitaire-du-sars-cov-2-covid-19/>
- [6] Voir la carte blanche de Martin Zizi, <https://www.lalibre.be/debats/opinions/2021/02/04/covid-19-traiter-les-gens-rapidement-avec-la-premiere-ligne-medicale-est-la-seule-sortie-coherente-a-cette-crise-A5QYG4IUPFHD7B3AK2KSNYTVGI/>

<https://covidrationnel.be/2021/10/23/des-observateurs-et-observatrices-de-terrain/>

De source sûre !

Réponse du collectif #Covidrationnel à l'article de Simon Dellicour – Éric Muraille – Marius Gilbert – Muriel Moser – Benoit Muylkens – Nicolas Dauby – Léo Oberdan – Pierre Smeesters paru le 4 octobre dans la Revue nouvelle.

Une lettre d'opinion, intitulée « Et maintenant ? », a été notamment soutenue par le collectif Covidrationnel. Cette lettre, signée par plus de 23 000 personnes dont de nombreux scientifiques et académiques, avait pour but de proposer une stratégie globale pour sortir au mieux de la crise du Covid-19. Huit scientifiques belges ont publié une réponse critique à cette lettre d'opinion. Force est de constater qu'en dehors de quelques divergences d'interprétation et de valeurs, ces scientifiques ont montré un accord relatif sur la majorité des constats émis dans cette lettre, et n'ont formulé aucune critique quant à ses recommandations pour une sortie de crise. Nous proposons ci-dessous une analyse détaillée comparant le texte initial, la réponse de ces huit scientifiques et les nuances apportées par Covidrationnel, pointant des pistes d'amorce vers un relatif consensus. En conclusion, il est important de constater aujourd'hui que si le consensus scientifique ne peut, par définition, être encore établi sur une série d'aspects pour lesquels nous ne disposons pas d'assez de recul, il y a bien une convergence progressive qui s'installe.

Le collectif #Covidrationnel, qui comprend une trentaine de professeurs d'universités, chercheurs et médecins, a appuyé une initiative citoyenne visant à proposer des éléments de stratégie de sortie de la crise de Covid-19 en Belgique, sous la forme d'une pétition : « Et maintenant ? ». Cette lettre d'opinion, qui se voulait participative (au contraire de la gestion centralisée adoptée par les gouvernements belges depuis mars 2020) et compréhensible par les citoyens, propose un ensemble de stratégies pour sortir de la crise et, de la sorte, recréer « une société unie, libre et sûre ». La première partie de cette lettre, qui synthétise ses justifications, a fait l'objet d'une critique de la part de huit scientifiques, parue sous la forme d'une lettre d'opinion le 4 octobre dans la Revue nouvelle : De source sûre ? – La Revue nouvelle. Celle-ci a été reprise presque littéralement dans un article de la RTBF.

N'ayant quasiment aucun accès à des débats publics ou privés avec ces huit scientifiques, nous saisissons à deux mains cette opportunité de débattre sur les stratégies que nous privilégions et leurs justifications. Nous continuons à adhérer à chacun des points de la lettre d'opinion « Et maintenant ? », qui est soutenue par une vaste littérature.

Notons, pour la petite histoire, que les huit scientifiques ont reçu une liste de références rassemblée par certains citoyens à l'origine de cette lettre. Ils l'ont jugée insuffisante, mais n'ont malheureusement pas pris la peine d'examiner la liste des Références de la lettre ouverte : « Et maintenant ? » du groupe scientifique qui les a appuyés, à savoir Covidrationnel, parce que cette liste était structurée différemment de la lettre ouverte.

Ci-dessous, nous commentons cette littérature et répondons aux différentes objections émises par nos collègues, en insistant sur les éléments suivants :

- Notre argumentaire principal ne porte pas sur les détails de l'efficacité vaccinale contre le Covid-19, mais sur le peu d'efficacité du Covid Safe Ticket (CST) comme outil de contrôle de l'épidémie – alors qu'il engendre des coûts sociétaux très importants. Plusieurs aspects de cette efficacité pour différents types de populations, ainsi que de sa durabilité, sont discutés, littérature scientifique à l'appui.
- Si nous sommes globalement d'accord sur les nuances apportées par nos contradicteurs au sujet des vaccins, nous retirons de la littérature scientifique que la balance bénéfices-risques des vaccins anti-Covid est loin d'être établie pour les enfants et les jeunes. Rappelons que les données publiées par de nombreuses études et consolidées par l'OMS montrent une très grande hétérogénéité du taux de mortalité spécifique (IFR) du SARS-CoV-2, très peu léthal pour les jeunes. Nous complétons cet argument scientifique par un jugement de valeur, à savoir que nous estimons que dans un cas de telle incertitude, le principe de précaution doit prévaloir.
- Nous avançons également qu'à l'instar de scientifiques trop pris par leur sujet d'étude, nos contradicteurs raisonnent comme si la population belge était encore totalement naïve au SARS-CoV-2 et comme s'il n'existait aucune alternative au vaccin. Au contraire, nous estimons qu'une politique sanitaire cohérente doit tenir compte de la situation actuelle au niveau de l'immunité acquise et de l'ensemble des outils de riposte à la Covid-19, de même que de l'ensemble des effets (positifs et négatifs, attendus et inattendus) de ces différents outils. C'est d'ailleurs dans cet esprit que les recommandations de la lettre « Et maintenant ? » s'inscrivent.
- Nous corrigeons plusieurs interprétations erronées des propos de la lettre « Et maintenant ? », notamment concernant le rôle des comorbidités dans la sévérité du Covid-19, que nous voyons comme des facteurs permettant

de mieux cibler et d'adapter les stratégies de riposte aux besoins de chaque type de population – à l'opposé d'une politique « one-size-fits-all » telle qu'actuellement appliquée.

• Enfin, nous élargissons la discussion, centrée par les huit auteurs sur les vaccins et l'immunité, à des considérations essentielles de politique sanitaire au sens large.

Rappelons d'emblée que la lettre « *Et maintenant ?* » doit se lire comme une « *Lettre ouverte pour une société unie, libre et sûre, adressée aux gouvernements et décideurs politiques, ainsi qu'à la population* » leur demandant finalement, sous forme d'une pétition, « [...] de développer une stratégie de communication avec la population qui ne soit pas basée sur la culpabilité, la peur, l'anxiété, l'application de la loi et le blâme, mais sur l'éducation, stimulant la vigilance, la responsabilité et la connexion, et qui offre des perspectives réalistes ».

Ceci s'inscrit dans le contexte des discussions politiques sur l'extension du Covid Safe Ticket, dont la société civile, et les scientifiques tout particulièrement, sont largement tenus écartés.

Nous répondrons donc ci-dessous aux arguments avancés par les huit scientifiques dans leur article de la Revue nouvelle. Notre objectif est, dans un premier temps, de confronter les analyses et dans un second temps, de contribuer à un vrai débat ouvert. En effet, cette réponse point par point à l'intention d'un petit groupe de scientifiques représentant un spectre de disciplines assez proches, ne doit pas occulter le fait qu'au-delà de leur vision centrée sur le virus et des sujets qu'ils ont soulevés, la vue d'ensemble de cette crise et sa gestion nécessitent une approche systémique, telle que celle promue par notre collectif à travers l'application d'une démarche multidisciplinaire, qui ne demande qu'à être encore étendue. Quiconque a travaillé dans ce type de dynamique comprendra que sa force réside dans la construction de solutions qui tiennent compte de l'ensemble des facettes du problème à résoudre, sur une défocalisation permettant la mise en cohésion des connaissances et sur une vision plus globale de la santé, celle adoptée par l'OMS : « Un état complet de bien-être physique, mental et social » qui ne « se limite pas à l'absence de maladie » (*a fortiori*, d'une seule, aussi médiatisée fut-elle).

Comme cela ressortira à suffisance de l'analyse systématique des observations de nos collègues développée ci-après, la lettre d'opinion « *Et maintenant ?* » est effectivement soutenue par les travaux du collectif Covidrationnel et de ses membres individuels. Tous nos travaux sont publiés sur notre blog (Le blog du #covidrationnel), dans des analyses techniques, des cartes blanches ou dans la littérature scientifique revue par les pairs. En l'absence de consensus sur de nombreux aspects de cette gestion de crise – notamment du fait des limites épistémiques de chaque discipline scientifique – nous avons interprété les bases probantes dont nous disposons non pas de manière opportuniste, mais de manière critique et argumentée, en comptant sur notre approche multidisciplinaire et interuniversitaire pour éviter autant que possible le fameux effet tunnel. Nous sommes disposés à débattre de points qui paraîtraient importants non pas pour des querelles intellectuelles stériles, mais pour appuyer la prise de décision politique pour une meilleure santé et qualité de vie de nos concitoyens.

Par ailleurs, nos collègues terminent leur prise de position en indiquant « *Nous n'avons pas souhaité nous étendre sur les recommandations du collectif "Factor V". Nous avons fait le choix de mettre en lumière le fait que loin d'être une construction scientifique solide se basant sur un état des connaissances qui ferait consensus dans la communauté scientifique, cette lettre constitue en réalité un article d'opinion, appuyé par une sélection d'éléments puisés de manière opportuniste dans la littérature. Elle doit donc être lue comme tel.* » (*sic*)

Il est bien regrettable que les auteurs n'aient pas pris cette peine – précisément car il s'agit de la partie la plus importante de, comme ils le font remarquer, la lettre d'opinion « *Et maintenant ?* ». Celle-ci a pour objectif de proposer des alternatives de sortie de crise qui soient comprises et intégrées par les citoyens – d'où le recours à une pétition.

Le silence de nos collègues sur ces recommandations est-il le signe d'un début de convergence ?

Argumentations scientifiques des stratégies proposées

a) « Si les vaccins contre le SRAS-CoV-2 étaient initialement efficaces, leur efficacité diminue sensiblement avec le temps et à cause des nouveaux variants » [...]

Notre argumentaire porte essentiellement sur l'intérêt du Covid Safe Ticket (CST) comme outil de gestion épidémique à travers le contrôle de la transmission du virus. Dans ce cadre, l'efficacité des vaccins telle qu'abordée ici porte uniquement sur la transmission, et non leur importance pour lutter contre les formes sévères de la maladie. Nous sommes donc d'accord avec les nuances concernant les formes graves, mais ce n'était pas notre propos. De nouvelles références s'ajoutent chaque semaine à la littérature scientifique soutenant notre argument de base, à savoir que le virus continue de circuler chez les personnes vaccinées, et que l'efficacité des vaccins envers la

transmission se réduit avec le temps, ainsi qu'avec l'arrivée du variant Delta. Notons que ce n'est pas parce que cette diminution d'efficacité semble, pour le moment, hétérogène, qu'elle n'en est pas moins réelle, et qu'un sous-reporting des cas positifs chez les vaccinés est également probable, puisque ces derniers se font moins tester.

Il est d'ailleurs reconnu par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme – qui est en bonne position pour savoir comment on gère une pandémie dans la vie réelle, et non en essai clinique – que la stratégie du tout au vaccin ne viendra pas à bout de la pandémie (Vaccines Alone Won't Defeat the Variants – The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria).

Outre les références que Covidrationnel a déjà partagées (Références de la lettre ouverte : « Et maintenant ? »), mais qui n'ont pas été prises en compte par les auteurs de la Revue nouvelle, les nouvelles références suivantes étaient encore nos propos :

- The impact of SARS-CoV-2 vaccination on Alpha & Delta variant transmission | medRxiv (De cette publication récente issue de l'Université d'Oxford, il semble que l'efficacité de la vaccination comme obstacle aux contaminations tombe à 50% dès 14 semaines après seconde dose du vaccin Pfizer, voire moins pour les autres vaccins. Cette estimation porte sur l'efficacité totale, combinant la protection individuelle et la diminution de contagiosité.)
- No Significant Difference in Viral Load Between Vaccinated and Unvaccinated, Asymptomatic and Symptomatic Groups Infected with SARS-CoV-2 Delta Variant | medRxiv
- Immunity to SARS-CoV-2 induced by infection or vaccination – Castro Dopico – Journal of Internal Medicine – Wiley Online Library
- Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States | SpringerLink
- Neutralization of VOCs including Delta one year post COVID-19 or vaccine | medRxiv
- Effectiveness of mRNA BNT162b2 COVID-19 vaccine up to 6 months in a large integrated health system in the USA : a retrospective cohort study – The Lancet (« Efficacité élevée du BNT162b2 contre les admissions à l'hôpital jusqu'à environ 6 mois après avoir été entièrement vacciné, même face à une large diffusion du variant Delta. La réduction de l'efficacité du vaccin contre les infections par le SARS-CoV-2 au fil du temps est probablement due principalement à la diminution de l'immunité avec le temps plutôt qu'au fait que le variant delta échappe à la protection vaccinale. »)
- COVID vaccines cut the risk of transmitting Delta – but not for long (nature.com) (« Unfortunately, the vaccine's beneficial effect on Delta transmission waned to almost negligible levels over time. »)
- Waning Immune Humoral Response to BNT162b2 Covid-19 Vaccine over 6 Months | NEJM
- Quant au pre-print récent de Pouwels et al., que l'article de la Revue nouvelle référence plus bas, il conclut tout de même que : « There was now formal evidence that the effectiveness of BNT162b2 against PCR-positives with Ct<30 or with symptoms declined faster 14 days after second vaccinations than for ChAdOx1 (heterogeneity $p=0.003$ for both outcomes; Figure S3, Figure S4). Extrapolating declines beyond the observed follow-up, both vaccines would be equally effective against PCR-positives with Ct<30 139 days (4.6 months) after thesecond dose and 116 days (3.8 months) against PCR-positives with symptoms. » Cette référence suffit en somme à valider la phrase de la lettre « Et maintenant ? » qui est incriminée, la nuance résidant dans les chiffres exacts d'efficacité vaccinale en constante évolution.

b) « Les personnes vaccinées peuvent donc encore être contaminées dans une mesure importante (voir les données récentes d'Israël, des USA et du Royaume-Uni) et peuvent également être contagieuses pour d'autres personnes » [...]

Nous sommes donc d'accord. À nouveau, le propos de la lettre « Et maintenant ? » ne portait pas sur l'estimation de l'efficacité des vaccins, mais sur le fait que le CST n'apporte pas de garantie de protection contre le risque de contamination, comme l'indiquent les références ci-dessus. Alors qu'il n'est pas très efficace pour atteindre son objectif de santé publique, ses effets pervers et coûts sociétaux pèsent donc davantage dans la balance.

Il convient encore d'ajouter qu'en ce qui concerne la transmission et l'infection qui commencent au niveau des muqueuses, il s'agit de discuter de l'immunité mucoale qui n'est pas (ou peu) directement activée par la vaccination, mais bien assurée par l'immunité naturelle, qui si elle est présente, peut être très large (<https://www.nature.com/articles/s41590-021-01028-7>).

c) « L'immunité acquise par l'infection naturelle est plus durable et plus résistante aux variants que l'immunité induite par les vaccins » [...]

En effet, l'immunité ne se limite pas à la détection d'anticorps circulants et l'hypersensibilité des tests PCR pose problème pour le CST.

S'il est en effet difficile de quantifier et de comparer l'immunité acquise (par infection ou par vaccination), il existe pléthore d'articles indiquant que *l'immunité acquise naturellement est robuste et durable* (voir ci-dessous), et une littérature grandissante pointant la *diminution* (pas l'annulation) de *l'immunité acquise par la vaccination* (voir nos références au point a)). Les demandes d'autorisation pour une 3ème dose, et même leur imposition en Israël pour conserver son green pass, illustrent cette réalité, et le fait que les politiques commencent lentement à l'intégrer.

Nous ne remettons bien entendu pas en question les dangers de l'infection naturelle qui est fatale dans, en moyenne, 0,2-0,3% des cas, avec un risque beaucoup plus élevé pour certaines catégories de populations et beaucoup plus faible pour les jeunes. *Nous recommandons une protection particulière et ciblée pour les différentes catégories de personnes à risque* susceptibles de développer une forme sévère de la maladie, bien entendu y compris par l'offre de vaccination, selon les principes d'équité et d'efficience de la santé publique.

Mais nous arguons qu'il est souhaitable voire nécessaire de considérer le fait que le virus a déjà largement circulé dans notre pays. Dans le contexte du CST, un problème majeur est celui de la non-reconnaissance de l'immunité naturelle, par exemple pour les personnes qui n'auraient pas fait de test PCR+ au moment opportun, mais dont l'immunité est objectivée (la durée de l'immunité reconnue pour les vaccins étant d'un an contre six mois pour l'immunité naturelle, alors que les preuves émergentes suggèrent que le contraire serait plus approprié). Le dosage des anticorps anti-SARS-CoV-2 n'est qu'un indicateur approximatif du statut immunitaire en raison de la variabilité individuelle ainsi que dans le temps. En outre, une composante importante de la réponse immunitaire est l'immunité cellulaire, qui se mesure indépendamment.

Nouvelles références :

- Cellular Immunity in COVID-19 Convalescents with PCR-Confirmed Infection but with Undetectable SARS-CoV-2-Specific IgG (nih.gov)
- Neutralization of VOCs including Delta one year post COVID-19 or vaccine | medRxiv.
- Anti-SARS-CoV-2 Antibodies Persist for up to 13 Months and Reduce Risk of Reinfection | medRxiv
- Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections | medRxiv

d) « Les vaccins actuels entraînent des effets indésirables rares, mais graves, dont l'ampleur est sous-estimée et insuffisamment signalée. La déclaration des effets indésirables par les médecins généralistes et hospitaliers et par les vaccinés serait actuellement largement insuffisante » [...]

Rappelons la définition d'effets rares dans le cadre de médicaments (ou de vaccins) : entre 1 et 10 cas observés pour 10 000 personnes (<https://cioms.ch/wp-content/uploads/2018/03/Guidelines-for-Preparing-Core-Clinical-Safety-Info-Drugs-Report-of-CIOMS-Working-Group-III-and-V.pdf>).

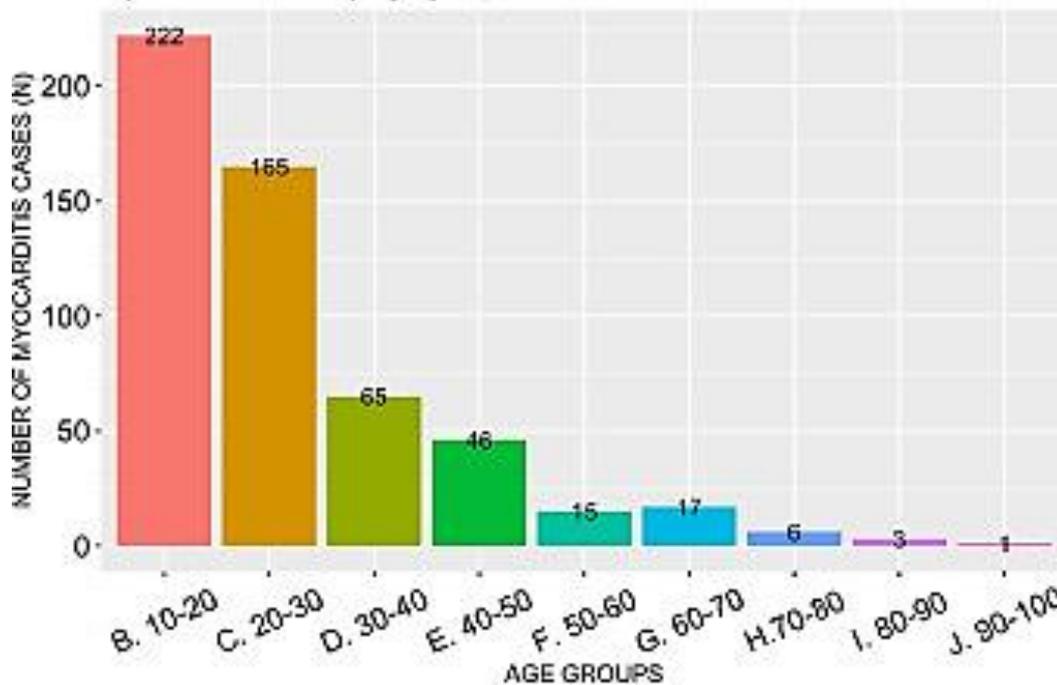
L'article de Barda et al. cité dans l'article de la Revue Nouvelle précise que : « Among the 21 persons with myocarditis in the vaccinated group, the median age was 25 years (interquartile range, 20 to 34), and 90.9% were male. » L'article ne donne cependant pas la répartition précise de ces cas par âge. Nous savons seulement qu'il considère 472 095 personnes vaccinées entre 16 et 39 ans dans la cohorte étudiée, soit un taux estimé de l'ordre de 1 cas de myocardites sur 10 000 parmi les jeunes hommes. L'article effectue ensuite la comparaison par rapport aux risques pour les personnes infectées par le SARS-CoV-2, mais il ne ressort pas clairement si les cohortes relatives aux 2 origines d'effets secondaires sont correctement matchées. L'article conclut d'ailleurs que « Although most of these events were mild, some of them, such as myocarditis, could be potentially serious ».

Un article tout récent conclut qu'en Israël, même si la plupart des myocardites post-vaccinales sont généralement légères, leur incidence est réellement supérieure à ce qui est attendu, surtout après la deuxième dose de vaccin Pfizer chez les jeunes hommes (Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccine against Covid-19 in Israel | NEJM).

Une récente étude basée sur les données du VAERS aux USA montre un risque de myocardite nettement plus élevé après l'utilisation des vaccins anti-Covid-19 que pour d'autres vaccins connus, et ce bien au-delà des taux de base connus pour la myocardite. Elle donne la répartition des myocardites par âge comme suit :

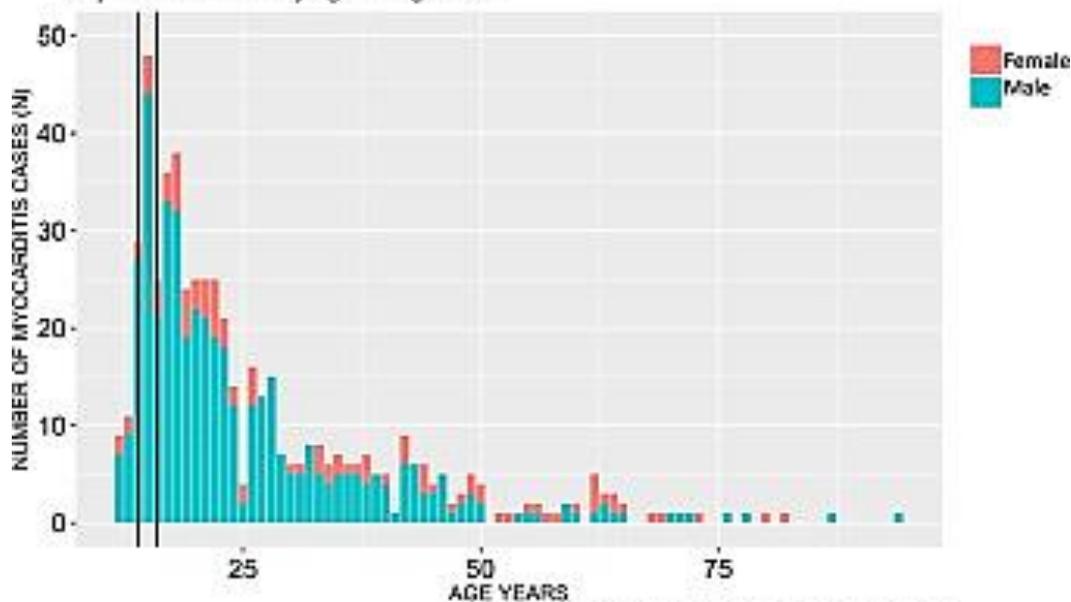
(A Report on Myocarditis Adverse Events in the U.S. Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) in Association with COVID-19 Injectable Biological Products – ScienceDirect)

Myocarditis cases by age group



Data source: VAERS/Analysis: Dr. Jessica Rose

Myocarditis cases by age and gender



Data source: VAERS/Analysis: Dr. Jessica Rose

Concernant encore les myocardites et péricardites auprès des jeunes Américains en particulier, il est intéressant de constater qu'aux USA, la FDA remet en cause, dans son rapport d'août 2021, le chiffre rapporté par la CDC, qualifiant le VAERS de « uncontrolled passive surveillance system » (<https://www.fda.gov/media/151733/download>, p. 24) et évoquant le chiffre de 1 cas pour 5 000.

En Belgique, l'AFMPS signale 28 771 rapports d'effets indésirables au 23/09/21, dont 7% sont des effets médicaux significatifs, hospitalisations, mises en jeu du pronostic vital, voire décès (https://www.afmps.be/fr/news/coronavirus_aperçu_mensuel_des_effets_indésirables_des_vaccins_contre_la_covid_19_du_23), soit plus de 2 000 effets dits sévères pour environ 8,5 millions de Belges vaccinés, soit 2,3 pour 10 000. En outre, la pharmacovigilance aux Pays-Bas rapporte 3 fois plus de cas d'effets secondaires par personne vaccinée qu'en Belgique (<https://dap.ema.europa.eu/analytics/saw.dll?PortalPages>). Il semble donc bien que le sous-reporting de la pharmacovigilance passive soit très probable en Belgique, par rapport à une pharmacovigilance plus active.

Libre aux auteurs de la réponse dans la Revue Nouvelle de considérer qu'un tel effet rare, parmi d'autres, n'est pas significatif, alors qu'il concerne potentiellement de 100 à 1 000 jeunes hommes de 15 à 29 ans en Belgique (pour 1 à 10 cas par 10 000 concernés). La Suède vient de limiter l'utilisation du vaccin de Moderna pour les personnes de moins de 30 ans et le Danemark de le suspendre pour les moins de 18 ans, suite à des cas rares, mais plus nombreux qu'attendus d'atteintes cardiaques

(<https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/oktober/anvandningen-av-modernas-vaccin-mot-covid-19-pausas-for-alla-som-ar-fodda-1991-och-senare/>, <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/denmark-pauses-use-moderna-covid-vaccine-people-under-18-years-2021-10-06/>). Ceci devrait toutes et tous nous appeler à la plus grande prudence.

Nous voyons clairement qu'il n'y a pas de consensus quant à ce qu'est un risque acceptable, et que des personnes différentes peuvent avoir des degrés de perception différents (et d'aversion) pour un risque ou l'autre – ceci d'autant que le vaccin est laissé au choix libre du patient. C'est tout l'objet de l'établissement d'une balance de risques individuelle et du consentement éclairé qui doivent être respectés en médecine. Cela suppose toutefois une stratégie vaccinale qui redonne au médecin traitant un rôle de premier plan, et, surtout, d'éviter une pression sociétale, *via* le CST, qui fasse peser des arguments non sanitaires dans la balance.

e) « Les enfants jouent un rôle modeste dans la propagation du virus, et ils sont très rarement (gravement) malades du virus. Au Royaume-Uni, le Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) déclare que sur la base de l'état actuel des connaissances, la balance entre les risques liés à la maladie de Covid-19 et aux vaccins contre la Covid-19 ne justifie pas la vaccination de masse des enfants qui ne sont pas à risque ». [...]

La recommandation du JCVI peut être trouvée ici : <https://www.gov.uk/government/publications/jcvi-statement-september-2021-covid-19-vaccination-of-children-aged-12-to-15-years/jcvi-statement-on-covid-19-vaccination-of-children-aged-12-to-15-years-3-september-2021>.

Notre argumentation relative aux enfants part du constat que si les enfants peuvent être porteurs du virus et le transmettre, les écoles ne sont pas des moteurs de la propagation de l'épidémie. Outre les références déjà communiquées, une récente étude allemande abonde dans ce sens : Prevalence of SARS-CoV-2 Infections Among Students, Teachers, and Household Members During Lockdown and Split Classes in Berlin, Germany | Global Health | JAMA Network Open | JAMA Network.

Cette argumentation est double :

1. Contrairement aux auteurs de l'article paru dans la Revue nouvelle, nous ne nous limitons pas à la vaccination, mais également à l'ensemble de ses alternatives. Nous avançons que les enfants ont été, de manière parfaitement *inéquitable* (l'iniquité ayant trait à des disparités de santé évitables et injustes), les principales victimes des confinements – d'où nos références sur les effets délétères des mesures non pharmaceutiques.

2. Quant aux vaccins, leur balance bénéfices-risques à court terme pour les enfants est vraisemblablement impossible à établir de manière rigoureuse, tant demeurent des inconnues. Toutefois, tant les risques que les bénéfices apparaissent faibles, ce qui devrait nous amener à appliquer le principe de précaution, tant invoqué par ailleurs dans cette crise. Les références citées dans la Revue nouvelle sur la prévalence en population générale des myocardites par tranche d'âge ne nous sont pas inconnues, mais les données analysées (voir références ci-dessus) sont vraiment inquiétantes pour les jeunes hommes. Enfin, la balance bénéfices-risques à *long terme* des vaccins est par définition toujours incertaine et appelle, à notre sens, à recourir au minimum à un principe de précaution, pour des populations peu impactées par la maladie. De façon plus générale, nous estimons que vu l'hétérogénéité de la façon dont le SARS-CoV-2 frappe les uns et les autres, il est essentiel de faire reposer la décision vaccinale sur un *choix éclairé*, accompagné d'un professionnel de santé connaissant son patient ainsi que sur les récents développements de la littérature.

Quant au Covid long, il s'agit d'un problème qui est en effet rapporté, mais encore mal connu et peu précisément quantifié (voir par exemple : Clinical coding of long Covid in English primary care : a federated analysis of 58 million patient records in situ using OpenSAFELY | medRxiv) notamment du fait de l'absence de groupe de contrôle non biaisé (les confinements et autres mesures ayant eu également des effets néfastes sur la santé, y compris mentale, des populations, avec de fortes disparités selon les classes sociales). En tout état de cause, il n'apparaît pas comme un problème majeur chez les enfants et les adolescents (Long-term Symptoms After SARS-CoV-2 Infection in Children and Adolescents | Adolescent Medicine | JAMA | JAMA Network).

L'absence de justification de la vaccination indiscriminée des adolescents a été brillamment démontrée par Bell et Salmon : Public health logic of Covid-19 vaccinations | The BMJ.

D'autres auteurs, moins reconnus, remettent en question la vaccination des enfants avec des arguments qui nous semblent légitimes : Why are we vaccinating children against Covid-19 ? – ScienceDirect. Enfin, nous notons que, bien que les auteurs de l'article dans Revue nouvelle s'en défendent, *leur argumentation semble reposer sur la promotion de la vaccination de masse comme unique solution à cette crise*. Ils ne semblent pas avoir intégré les alternatives comme les possibilités de prévention non vaccinale, ni l'immunité déjà acquise *de facto*, ni la saisonnalité de la maladie, ni les progrès acquis en matière de prise en charge, ni les évolutions probables du virus. De nombreux médecins tirent aujourd'hui la sonnette d'alarme sur l'état de dégradation avancé de certains patients qui arrivent aux soins intensifs alors que la médecine générale est largement ignorée et pourrait pourtant apporter une première ligne de soins utile de façon précoce, avant que la maladie ne devienne systémique.

f) « Les tests PCR très sensibles peuvent donner lieu à de nombreux faux positifs (c'est-à-dire des personnes qui ne sont en fait pas contagieuses) » [...]

Le fait que ce ne soit « pas nouveau » ne laisse donc aucune excuse à une utilisation erronée de cet outil dans la gestion de l'épidémie, qui pourtant perdure aussi bien dans l'inconscient collectif que dans la classe politique. En effet, lorsque des autorités font le choix, comme c'est le cas en Belgique, d'adopter une « gestion basée sur les indicateurs », il est question non seulement de ne pas se tromper d'indicateur, mais encore d'en limiter les biais de mesure.

Les auteurs de l'article de la Revue nouvelle confirment ainsi notre analyse. Il s'agit cependant d'en tirer les conclusions dans le contexte de la discussion du CST : chaque faux positif se verra donc exclure d'une activité sociale pour une période allant de 7 à 10 jours, selon que cette personne soit vaccinée ou non. Il s'agit donc d'une décision discriminatoire, prise sur base du résultat d'un test interprété de manière erronée, dans la mesure où cette personne n'est pas forcément contagieuse et ne représente alors pas de danger pour autrui.

Nous avons plaidé par ailleurs pour une rationalisation de la politique de dépistage (Pour une rationalisation des protocoles de dépistage du SARS-CoV-2 et leur adaptation à la situation épidémique – Le blog du #covidrationnel), promouvant l'utilisation d'indicateurs objectifs de la prévalence virale dans l'ensemble de la population belge, basée sur une large revue de la littérature scientifique.

Cette utilisation abusive des tests PCR a pour conséquence grave que des décisions critiques furent prises sur base de chiffres incorrects. Cela ne nous semble pas être une approche raisonnée en santé publique, au vu des dommages causés. Il faut donc rappeler que les tests PCR ne nous aident pas à prendre des décisions fiables. Les virus, bactéries et germes sont continuellement présents tout autour de nous, et même au niveau de notre corps, cela ne veut pas dire que nous sommes malades ou même contaminés.

g) « Les formes sévères de Covid-19 sont liées à des conditions sous-jacentes, principalement l'obésité, le diabète, l'hypertension, l'anxiété et la dépression » [...]

Les auteurs de la réponse dans la Revue nouvelle confirment donc que les facteurs de risque mentionnés dans le texte de la pétition représentent bien des déterminants majeurs des formes sévères de Covid-19. Pour ce qui concerne les chiffres, une étude du CDC montre qu'environ 99% des patients décédés et 95% des patients admis aux soins intensifs aux USA avaient au moins un facteur de risque (un quart des patients décédés en avaient même plus de 10 !) (Underlying Medical Conditions and Severe Illness Among 540,667 Adults Hospitalized With Covid-19, March 2020–March 2021 (cdc.gov)). Nous n'avons bien entendu jamais prétendu que les facteurs de risque étaient les seuls responsables de la maladie. Cependant, *dans un cadre global*, la combinaison complexe entre infection virale et santé de base de la population détermine la sévérité de la maladie, appelant à élaborer des stratégies de riposte plus ciblées et globales (« When My Information Changes, I Alter My Conclusions. » What Can We Learn From the Failures to Adaptively Respond to the SARS-CoV-2 Pandemic and the Under Preparedness of Health Systems to Manage COVID-19 ? (ijhpm.com)).

Concernant les aspects génétiques, une des sources auxquelles nous nous référons avance qu'un typage HLA serait bienvenu pour identifier les personnes à risque, génétiquement, de développer une forme sévère de Covid-19 (voir cet article et ses sources : Covid-19 : an « extraterrestrial » disease ? – ScienceDirect).

Au-delà des arguments purement biologiques présentés ici, il est essentiel d'intégrer dans cette analyse les connaissances des politiques de santé publique, tant au niveau de leur élaboration, que de leur mise en œuvre et de leur évaluation. Les méthodes épidémiologiques ont amplement démontré leurs limites pour analyser

les phénomènes complexes. Nous dirigeons le lecteur vers *Strategizing national health in the 21st century : a handbook* (who.int) et *Realist Evaluation | Better Evaluation* par exemple, pour un aperçu sur la question, notons au moins que :

- Dans un monde à ressources finies, il est essentiel de cibler les mesures sur les populations les plus à risque, non seulement pour être plus efficace (maximiser les bénéfices en minimisant les coûts totaux, y compris indirects) mais aussi pour être équitable (à besoin égal, service égal). La politique de la vaccination de masse n'est donc pas optimale, par définition, vu l'hétérogénéité des publics et la séroprévalence *de facto*.
- Il est impossible d'identifier une politique idéale sur base de seuls arguments scientifiques puisque les différents critères à utiliser sont souvent contradictoires (efficacité vs. soutenabilité, efficacité vs. équité, etc.). Dès lors, un dialogue politique permettant de négocier des compromis est nécessaire (voir par ex. « *When My Information Changes, I Alter My Conclusions. » What Can We Learn From the Failures to Adaptively Respond to the SARS-CoV-2 Pandemic and the Under Preparedness of Health Systems to Manage COVID-19 ?* (ijhpm.com)).
- Aucune intervention n'a une efficacité purement intrinsèque, mais bien une efficacité influencée par le contexte dans lequel elle est mise en œuvre. Ceci appelle à la prudence dans la généralisation des résultats lorsqu'on change de contexte (que ce soit géographiquement ou dans le temps).

Dans notre cas précis, nous avons tous les arguments en main pour plaider pour des mesures différenciées et appropriées par les différentes catégories de population, et évoluant avec le temps.

Les auteurs de l'article dans la Revue nouvelle ne sont pas sans connaître l'importance des déterminants sociaux de la santé dans les résultats sanitaires et l'utilisation des soins de santé (Social determinants of health (who.int)). C'est bien évidemment le cas pour la Covid-19 (Covid-19 pandemic and the social determinants of health | The BMJ ; Association Between Income Inequality and County-Level COVID-19 Cases and Deaths in the US | Health Disparities | JAMA Network Open | JAMA Network). Ceci appelle à adopter des approches ciblées et proactives en faveur des populations précaires, en respectant et en se fondant sur les valeurs des communautés cibles, comme toute bonne approche de santé publique globale qui se respecte (Reclaiming Comprehensive Public Health : A Call to Action (healthysocieties2030.org)).

La vaccination de masse a déjà démontré ses limites pour atteindre certaines communautés qui sont pourtant susceptibles d'attendre le plus de bénéfices de la vaccination.

Finalement, si prendre conscience de ces problèmes ne permettra pas de résoudre la crise en deux mois, il est tout de même interpellant qu'en 18 mois, aucune action n'ait été prise pour faire prendre conscience aux gens de leur propre état de santé et de leurs propres facteurs de risque. Une fois de plus, il y a lieu de remettre le rôle, primordial, du médecin traitant au cœur de la stratégie de vaccination.

Principes et recommandations

Les auteurs du texte dans la Revue Nouvelle écrivent :

« On le voit, les sept affirmations scientifiques sont loin d'être toutes évidentes ni établies sur des bases solides, certaines références étant visiblement des erreurs. Mais les différentes conclusions qui sont tirées de ces sept affirmations sont également très discutables »

Comme argumenté ci-dessus, le dissensus règne encore sur de nombreux aspects de cette pandémie, d'où l'importance capitale de l'interdisciplinarité, du dialogue, de la transparence sur les critères de décision et de l'évaluation continue des mesures prises. Nous constatons toutefois que si les auteurs de la réponse dans la Revue nouvelle nuancent certains de nos propos et interprètent parfois différemment certaines références, ils ne les remettent, pour la plupart, pas fondamentalement en cause. Il nous semble que c'est un bon départ pour un dialogue politique constructif.

« Même avec 100% de la population vaccinée, l'immunité de groupe ne peut être atteinte avec les vaccins actuels. La stratégie actuelle de vaccination de masse ne représente donc pas une option efficace ni efficiente à poursuivre et se faire vacciner ne peut être considéré comme un acte de solidarité. Le développement de vaccins contre les variants risque de prendre du retard. »

[...]

Nous n'interprétons pas les données existantes de la même façon que les auteurs du texte de la Revue nouvelle. Premièrement, parce que nous ne partons pas de rien comme en mars 2020, mais nous prenons pour acquis la séroprévalence déjà acquise (naturellement ou par vaccination), les progrès atteints dans la prise en charge de la Covid-19 (un petit tour sur ourworlindata, par exemple, montrera la réduction importante du case fatality rate depuis le début de cette année : Coronavirus (Covid-19) Deaths – Statistics and Research – Our World in Data) ; un autre sur BelgianMomo montrera que la Covid-19 ne cause plus de surmortalité dans

notre pays depuis janvier 2021 : Epistat – Belgian Mortality Monitoring (wiv-isp.be)). Il est désormais acquis que le SARS-CoV-2 ne peut être éradiqué et va devenir endémique, ce qui nous contraint à changer de politique de riposte pour l'inscrire dans une optimisation sur le plus long terme (JAMA Health Forum – Health Policy, Health Care Reform, Health Affairs | JAMA Health Forum | JAMA Network). Ceci implique de sortir du « tunnel » cognitif dans lequel nous sommes plongés et de nous intéresser enfin à la santé globale de nos populations, et à ses déterminants non seulement biomédicaux mais aussi sociaux, environnementaux et politiques.

Qualifier la vaccination généralisée d'acte de solidarité ne relève pas de l'épidémiologie, mais de l'éthique et des valeurs sous-jacentes de chacun. Ainsi, il nous est difficile de qualifier de « solidaire » la vaccination d'enfants belges qui n'ont, en règle générale, rien à craindre de la Covid au lieu d'envoyer ces doses dans des pays où les personnes à risques manquent cruellement de vaccins. Il nous semble que les auteurs développent ici une notion étriquée et partielle de la notion de solidarité. Mais il s'agit bien ici de valeurs et pas de science. Se vacciner pour des raisons de facilité personnelle telles que pouvoir voyager ou participer à des activités que l'on désire pour soi-même n'est pas à proprement parler un acte de solidarité, mais plutôt un acte d'intérêt personnel. Il n'y a donc rien à démontrer en la matière, simplement une divergence d'opinions à constater.

« Covid Safe Ticket n'est pas efficace d'un point de vue médical/épidémiologique et psychologique, car il conduit à un faux sentiment de sécurité et peut contribuer à de nouvelles infections de SRAS-CoV-2 et au Covid-19 » [...]

Un autre aspect capital du « policymaking » repose dans le fait de communiquer clairement les objectifs des mesures prises. Quel est, selon les auteurs de la réponse dans la Revue nouvelle, l'objectif du CST ? Ce n'est pas clair pour nous. Nous avons expliqué pourquoi le CST n'était pas un outil permettant d'empêcher les contaminations (Le Coronapass ou le « Covid Safe Ticket », une fausse bonne idée ? – Le blog du #covidrationnel). Les données discutées plus haut sur la charge virale des personnes vaccinées mais infectées (et qui s'ignorent car non-testées) renforcent cet argument. Ainsi, le CST va inévitablement générer des effets pervers, comme des personnes vaccinées et infectées qui ne vont pas réaliser de test pour éviter de se voir retirer leur pass. La définition du CST au niveau de l'état fédéral et son utilisation pour des événements de masse, cet été, est une chose, et il faut reconnaître que certaines situations, notamment de masse, sont plus à risque de « superspreading » que d'autres. C'est tout autre chose que de l'étendre, au niveau régional, indistinctement, à des activités sociales aussi importantes que la culture ou le sport – ce dernier, qui plus est, contribuant à la bonne santé des individus –, en remplacement des mesures de protection utilisées jusque-là avec succès.

« Faire une distinction entre les personnes vaccinées et non vaccinées n'a aucun sens d'un point de vue épidémiologique. Une telle distinction est également discriminatoire et moralement déplorable » [...]

Nous affirmons en effet que puisque la vaccination n'empêche pas la transmission, et que les personnes non vaccinées sont, en immense majorité non contagieuses au temps T (à 99,9% dans le cas d'une incidence de 100 pour 100 000 par ex.), le CST implique une discrimination manifeste. Nous n'avons pas confondu les deux, mais sommes partis du principe juridique de la proportionnalité : si le CST avait une réelle plus-value sanitaire, il pourrait se justifier éthiquement, mais ce n'est pas le cas.

« [La] décision de se faire vacciner doit rester un choix personnel fondée sur l'équilibre entre les avantages et les risques, en tenant également compte de l'immunité acquise » [...]

Une fois de plus, les auteurs de la réponse dans la Revue nouvelle partent d'une situation où les personnes non vaccinées n'auraient aucune immunité de base. Or, il est évident que ce n'est pas le cas, surtout parmi le personnel soignant :

<https://datastudio.google.com/embed/reporting/7e11980c-3350-4ee3-8291-3065cc4e90c2/page/ZwmOB>.

La vaccination ne produit aucun bénéfice collectif aux personnes déjà immunisées naturellement, mais peut leur causer des dommages individuels, certes rares mais non négligeables.

La comparaison avec l'hépatite B n'est pas pertinente à partir du moment où, dans ce cas, le rapport bénéfice-risque *individuel* est parfaitement démontré, avec un recul suffisant de nombreuses années d'expérience. Par ailleurs, on teste toujours les anticorps avant de vacciner contre l'hépatite B (art. VII.1-74 du Code sur le bien-être au travail). En outre, en ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B de certaines catégories de travailleurs, cette vaccination est prévue par le Code du bien-être au travail, non pas en vue de protéger

l'entourage des personnes concernées – dont le personnel soignant – mais bien pour protéger ces travailleurs eux-mêmes. Comme le rappelle le Code (art. VII-1.51), en effet « *Si l'analyse des risques révèle que des travailleurs sont exposés ou susceptibles d'être exposés à des agents biologiques pour lesquels un vaccin efficace est disponible, l'employeur doit donner la possibilité à ces travailleurs de se faire vacciner lorsque ceux-ci ne sont pas encore immunisés* ». Il s'agit donc de responsabiliser l'employeur dans la protection de ses travailleurs, ni plus, ni moins.

« Dans la recherche d'une meilleure approche, et en prévision des futures vagues attendues, nous demandons donc à nos gouvernements de reconnaître que la Covid-19 est une question complexe et hétérogène qui ne peut être résolue par des mesures simples et universelles, mais plutôt par le développement de mesures ciblées, proportionnelles et équitables, en fonction de chaque contexte et de la population cible » [...]

Nous maintenons néanmoins que ni les confinements, fermetures d'écoles et autres mesures non pharmaceutiques généralisées, ni la vaccination de masse, ni la recherche d'un médicament miracle fonctionnant sur tous les patients à tout stade de la maladie, ne tiennent compte de la complexité du Covid-19. À l'instar de toute planification stratégique, après avoir effectué une analyse de situation, nous avons fait précéder nos recommandations d'un énoncé de nos principes directeurs.

Nous sommes tout à fait d'accord que la vaccination a une place essentielle dans la riposte au Covid-19, pourvu qu'elle soit adaptée aux besoins particuliers, mise en œuvre avec humanité par la première ligne de soins et qu'elle s'intègre dans une politique globale de santé publique incluant la prévention autre que vaccinale, la promotion de la santé et la prise en charge précoce (Playing vaccine roulette: Why the current strategy of staking everything on Covid-19 vaccines is a high-stakes wager – ScienceDirect ; covid-19: an « extraterrestrial » disease ? – ScienceDirect).

Parmi les mesures de prévention à davantage développer en Belgique, nous estimons que la ventilation et la qualité de l'air apparaissent bel et bien comme des outils plus efficaces que le CST pour réduire les risques de propagation virale en lieux fermés (Covid-19 Indoor Safety Guideline (indoor-covid-safety.herokuapp.com) , Exhaled CO² as a Covid-19 Infection Risk Proxy for Different Indoor Environments and Activities – Abstract – Europe PMC), renforcée éventuellement par des techniques de purification de l'air et destruction quasi totale de tous types de pathogènes (<https://www.nature.com/articles/s41598-021-85425-w>).

[...]

6 octobre 2021

<https://covidrationnel.be/2021/10/06/de-source-sure/>

Injections Covid-19 — Les effets indésirables graves augmentent de manière exponentielle

Je l'ai évoqué dans un précédent billet [1], nos gouvernements se sont engagés dans une fuite en avant, en matière d'imposition de la [soi-disant - NdSott] vaccination. Pour écouler des stocks famoureux de vaccins acquis au prix fort avec les deniers publics et dans l'espoir de taire tout discours contrariant à une doxa fabriquée à coups de subventions publiques à la faveur des médias mainstream. Les mêmes consultants et bureaux conseils sont aux commandes. La stratégie est toujours la même : avancer par « enfumage ».



© Inconnu

En France, on commence par prescrire la troisième dose au personnel soignant puis on conditionne la validité du pass sanitaire pour les personnes âgées de 65 ans et plus à une troisième dose et seulement quelques jours plus tard on abaisse le seuil « d'éligibilité » – ou plutôt d'astreinte – à l'âge de 40 ans. Pourquoi 40 et non 42 ou 38 ans ? Ce n'est pas important. Le régime macronien a déjà fait savoir, fin de semaine dernière, que la troisième dose va rapidement être étendue à toutes et à tous : « C'est le sens de l'histoire », *dixit l'autocratique Emmanuel Macron qui gouverne seul, à l'abri d'un conseil de défense, dont les présumées activités sont au bénéfice du secret défense pour 50 ans !* [2]

Mais dans ce cas, pourquoi les nouvelles mesures ne s'appliquent qu'à partir du premier décembre et non immédiatement ? Puisque les médias mainstream s'appliquent à nous brosser un tableau des nouvelles contaminations des plus noirs et ce au quotidien. La réponse on l'a eu vendredi dernier sur le plateau de la chaîne télévisée LCI où un chef de clinique convié pour vendre les mérites de la troisième dose [soi-disant - NdSott] vaccinale – un de plus – a mis les pieds dans le plat. Il a admis, à demi-mot, que *c'était le rythme des livraisons des [...] vaccins qui dictait l'adoption des nouvelles mesures*. Plus fort encore, c'est la récente annonce du chancelier autrichien Alexander Schallenberg qui veut imposer la [...] vaccination à toute sa population dès le 1er février prochain [3]. Faisant fi des critères impératifs contenus dans la liste du « Code de Nuremberg. » [4]

Reste à savoir comment cela va s'appliquer. Avec quels moyens ? Avec quelles méthodes ? Et comment les victimes des [...] vaccins seront-elles reconnues et indemnisées ? Dès que la raison d'État impose un [...] vaccin (fait rarissime), la collectivité devient de facto responsable non seulement moralement mais aussi pécuniairement. Nous sommes passés d'un paradigme de gestion de la maladie à celui de la distribution des stocks de [...] vaccins.

Or voilà, la baisse sensible de l'été dernier des contaminations n'est pas plus à mettre au bénéfice du [...] vaccin qu'à la hausse des températures estivales. C'est du déjà vu. Nous avons vécu pareille accalmie au cours de l'été 2020 et sans [...] vaccin. *L'appareil propagandiste qui sait très bien imposer la formation du consentement par la peur sait aussi très bien taire les effets indésirables des [...] vaccins ARN messenger*. L'arrivée de températures plus fraîches et de la saison d'hiver n'augmentent pas seulement le nombre de contaminations de Covid-19,

mais également les surréactions à la [...] vaccination qui est toujours au stade expérimental. Attention, avec la [...] vaccination des enfants puisque cette dernière vient au galop. On sait que les organismes de nos juniors, pour lesquels le consensus scientifique reconnaît que la balance « risque - bénéfice » est clairement défavorable, peuvent surréagir.

Une rapide observation du site Internet de Swissmedic [5] nous apprend qu'en Suisse, entre le 12 octobre et le 3 novembre 2021, les réactions à la [...] vaccination sont passées de 28 148 à 32 176 – depuis le début de la [...] vaccination, soit en janvier dernier ; que les effets graves recensés passent de 2 978 à 3 396 (+ 14 %) ; les décès présumés passent de 150 à 155 (+ 3,33 %) et que la population entièrement [...] vaccinée ne progresse « que » de 5 646 798 à 5 750 670 (+ 1,83 %). *La hausse des effets indésirables graves est exponentielle.* Quant à l'Union Européenne (UE), la résolution portant sur la création d'un Fonds européen d'indemnisation des victimes des [...] vaccins contre la Covid-19 et déposée le 23 octobre 2021 par la députée française Virginie Joron nous apprend ce qui suit [6] :

1 — considérant que l'Agence européenne du médicament répertorie déjà environ un million de cas d'effets indésirables suite à l'injection de [...] vaccins contre le Covid-19 :

- 435 779 pour le vaccin Pfizer BioNTech ;
- 373 285 pour le vaccin AstraZeneca ;
- 117 243 pour le vaccin Moderna ;
- 27 694 pour le vaccin Janssen.

2 — considérant que ces effets indésirables sont parfois sévères ; considérant qu'ainsi, environ 75 000 personnes auraient souffert d'effets neurologiques sérieux après le [...] vaccin Pfizer[7] ;

3 — considérant que l'Agence européenne des médicaments affirme que les [...] vaccins contre le Covid-19 ont eu, dans l'Union européenne, une issue fatale pour environ 5 000 personnes :

- 4 198 pour celui de Pfizer ;
- 1 053 pour celui d'AstraZeneca ;
- 392 pour le vaccin Moderna ;
- 138 pour le vaccin Janssen.

Les sources mentionnées dans le document de la courageuse députée et les données mentionnées se basent sur les chiffres officiels de l'Agence européenne des médicaments (en anglais EMA, pour European Medicines Agency).[8]

F. MEYLAN — Réseau International
Sott.net
25 novembre 2021

Notes

1. <https://youtu.be/FhUmXLrvfos>
2. <https://www.france24.com/fr/vid%C3%A9o/20211119-covid-19-l-autriche-reconfine-sa-population-et-rend-obligatoire-la-vaccination>
3. <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/enseignement-recherche/comite-d-ethique/consensus-ethiques/le-code-de-nuremberg-1947>
4. <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-8.html>
5. Le texte est disponible sur le site du Parlement européen et les vaccins dont fait mention le texte sont : « *Comirnaty (Pfizer, BioNTech)* », « *Vaccin COVID-19 Janssen* », « *Spikevax (vaccin Moderna)* », « *Vaxzevria (vaccin AstraZeneca)*. »
6. Le caractère « grave » ou « sérieux » de certains effets indésirables est défini par l'EMA comme : « Une réaction indésirable qui entraîne la mort, met la vie en danger, nécessite une hospitalisation ou la prolongation d'une hospitalisation existante, entraîne une invalidité ou une incapacité persistante ou importante, ou est une malformation congénitale ».
7. https://www.rtbf.be/info/monde/detail_non-le-parlement-europeen-n-a-pas-prevu-de-creer-un-fonds-d-indemnisation-des-victimes-de-la-vaccination-contre-le-covid-19?id=10872216

Source de l'article publié le 22 novembre 2021 : *Réseau International*

<https://fr.sott.net/article/38844-Injections-Covid-19-%E2%80%94-94-Les-effets-indesirables-graves-augmentent-de-maniere-exponentielle>

Les révélations du Dr Hervé Seligmann après dix mois de vaccination



Bonjour à tous ! Quels sont les vrais chiffres de l'incidence, finalement de l'injection, après dix mois de piquouze ? Nous le verrons ce soir avec la présence exceptionnelle sur le plateau de la Une TV d'Hervé Seligmann, ce biologiste statisticien qui a travaillé avec le Professeur Raoult à l'IHU de Marseille. Il faut retenir 7 choses de cette interview exceptionnelle qui passera ce soir 21 heures sur « Ondes de Choc ».

1. Les personnes vaccinées ont plus de chances de mourir si elles attrapent le Covid que les autres. C'est un fait, il le prouve !
2. Plus, on baisse en âge, plus l'effet de la vaccination est grave, donc imaginer pour nos enfants !
3. Plus il y a de vaccinés, plus il y a de cas Covid, comme c'est le cas en Inde, en Israël, au Portugal ou encore aux États-Unis.
4. Non seulement cela, mais plus vous avez de gens vaccinés dans votre population et plus la mortalité infantile augmente ! Chez les jeunes, les prédictions sont très mauvaises, déjà 25% de morts en plus chez les vaccinés en comparant notamment les courbes, ce que le docteur Seligman fait mieux que personne.
5. La grosse part de la mortalité a lieu après les 15 premiers jours de la première injection. La troisième injection est elle aussi terrible, si l'on se fie en Israël où, en plein mois d'août, après la troisième dose, on a eu plus de morts que l'hiver.
6. Les effets indirects de la vaccination sur les personnes non vaccinées sont vraiment préoccupant. C'est ce qu'on appelle le shading, la contagion des vaccinés sur les non vaccinés.
7. Plus l'âge baisse chez les vaccinés, plus l'immunité est forte pour les jeunes par rapport aux virus, c'est facile à comprendre mais paradoxalement, plus les jeunes sont fragilisés par l'injection. C'est ce qu'on appelle le choc provoqué par cette injection sur des corps sains.

Oui, vous l'avez compris, ce qui est primordial, c'est de dire que *les non vaccinés risquent de se faire contaminer par les vaccinés !* Elle n'est pas belle histoire !? Je vous invite bien sûr à suivre <https://fr.sott.net/article/38531-Les-revelations-du-Dr-Herve-Seligmann-apres-dix-mois-de-vaccination> cette interview en direct sur <http://www.launetv.com> ce soir à 21h, avec aussi les gros problèmes de fertilité et d'allaitement des femmes enceintes avec la fameuse protéine Spike et le lait, tout cela véhiculé ensemble. Le docteur Hervé Seligman, le dit : « *On ne pourra plus jamais dire que l'on ne savait pas !* »

Oui, c'est vraiment le fantasme Malthusien de ces hommes au pouvoir qui s'exerce ! *Oui, la vaccination, c'est un outil de dépopulation massive.* Cet ancien proche du Professeur Raoult, qui connaît vraiment les vrais chiffres, me le confie la vie, ce n'est pas un jeu, ce n'est pas la roulette Russe ! Et dire que l'on va maintenant vacciner les enfants de 5 ans et ensuite ceux de 6 mois. Ben voyons !!! [...]

Richard BOUTRY, laminutedericardo.com, 22 octobre 2021

<https://fr.sott.net/article/38531-Les-revelations-du-Dr-Herve-Seligmann-apres-dix-mois-de-vaccination>

Covid-19 – Les leçons à tirer d’Israël

Nous sommes en septembre 2021, cela fait plus de 18 mois que la France, comme beaucoup de pays, vit au rythme des nouvelles mesures dites sanitaires. Pour imposer ces mesures, différents chiffres sont utilisés. Nous en avons beaucoup parlé sur cette chaîne :

(<https://www.youtube.com/channel/UCX6iYvJWGOQfGsFo2KSSm-w>).

Nous referons un bilan de la situation française et européenne dans une prochaine vidéo. Les médias français suivent avec beaucoup d’attention la situation en Israël, en particulier concernant les différentes injections et le fameux « passe sanitaire ». Israël fait partie des tous premiers pays à imposer ce passe et à injecter une troisième dose de Pfizer à toute sa population, malgré les réticences de l’OMS et l’absence totale d’étude sur le sujet.

Pour écrire cet article, j’ai téléchargé les données disponibles en ligne sur l’office statistique israélien. Vous trouverez les liens en fin de l’article, et tous mes calculs réalisés et graphiques sont consultables en ligne. Je vous invite évidemment à tout vérifier par vous-même. Il faut télécharger les données et ensuite quelques multiplications et graphiques sur un logiciel comme Excel suffisent à retrouver ces résultats.

Lien vers la vidéo YouTube : <https://youtu.be/jr4nFPYLLig>

Nous allons commencer par voir qu’il n’y a absolument pas de problème de mortalité globale décelable en Israël depuis 2020, c’est-à-dire depuis que l’Occident a commencé à médiatiser les personnes décédées ou malades d’une infection respiratoire et dont la cause est attribuée à la Covid-19. La mortalité a toujours augmenté en Israël en période hivernale et est restée en 2020 à des niveaux comparables aux années précédentes. Ainsi toutes les mesures prises n’ont jamais pu être motivées par un impact mesurable sur la mortalité. Il n’y a pas plus d’Israéliens qui décèdent qu’avant. Il n’y a jamais eu d’hécatombe.

Dans un deuxième temps, nous verrons ce qu’il se passe au niveau de la mortalité en période vaccinale. Nous verrons qu’en Israël, comme pour tous les pays sur lesquels nous disposons de données (comme nous l’avons montré dans la vidéo (<https://youtu.be/EBKPYpm5k94>) ou l’article (<https://www.mondialisation.ca/la-mortalite-en-europe-comprendre-les-donnees-de-mortalite-europeenne-pour-prendre-les-bonnes-decisions/5657446> récapitulant toutes les données européennes), la mortalité augmente pendant les périodes où des injections de masse sont réalisées. Pour les plus âgés, le doute subsiste entre corrélation et causalité, car les injections ont lieu en période hivernale pendant laquelle la mortalité habituelle est élevée également. En revanche, il est très inhabituel d’observer une hausse de mortalité chez les jeunes. Nous verrons que cette mortalité supérieure à l’habitude correspond environ à 3,8 décès pour 100 000 injections complètes sur la période pour les 20-29 ans, 2,3 pour les 30-39 ans et 1,4 pour les 40-49 ans, alors que pour ces tranches d’âges, la mortalité en période Covid-19 est indétectable. Ces travaux ont été repris à la suite de l’analyse réalisée par le Dr A. Henrion-Caude et le Dr S. Ohana (<https://steve-ohana.medium.com/young-adult-mortality-in-israel-during-the-covid-19-crisis-ff7456cff74f>) et retrouvent les mêmes résultats.

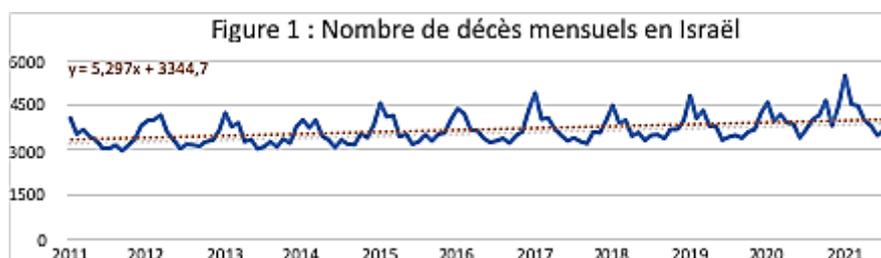
Nous verrons enfin s’il existe un lien entre les injections et le nombre de cas positifs remontés par les tests des laboratoires. D’abord, nous verrons que le nombre de tests varie énormément. Il est donc tout à fait normal d’avoir plus de cas positifs lorsque l’on augmente le nombre de tests. De la même manière, le type de tests a changé cet été avec la stratégie du criblage. En France, comme ailleurs, ce changement de mesure avec plus de variants considérés positifs induit nécessairement que la positivité augmente sans que cela signifie qu’une maladie se propage. Enfin, la mise en place du Green Pass en Israël implique, comme en France, que les personnes n’ayant pas reçu d’injection font bien plus de tests que celles qui ont reçu 2 injections. Dès lors, on s’attend à avoir bien plus de cas positifs en proportion chez ceux qui n’ont pas de Green Pass. Nous verrons que si nous prenons en considération ces biais, les données israéliennes ne nous montrent pas de différence notable entre les personnes considérées vaccinées et ceux n’ayant pas reçu d’injection. Pour Israël, la part des personnes considérées vaccinées et positives aux tests réalisés pour la Covid-19 est la même que la part des personnes considérées vaccinées dans la population générale.

La mortalité globale en Israël : une situation complètement normale

Israël, comme l’écrasante majorité des pays occidentaux voit sa population augmenter régulièrement et vieillir. Ainsi, début 2011 il y décédait en moyenne 3 300 personnes par mois. Ce nombre a augmenté régulièrement d’environ 5 par mois pour atteindre plus de 4 000 à la mi-2021. Plus de 85 % des décès constatés viennent de personnes de plus de 60 ans.

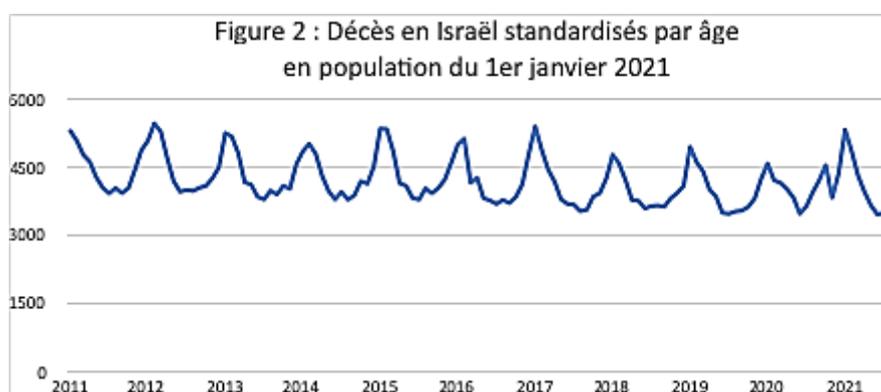
Pour précision, toute cette analyse a pour but de mesurer les impacts de la maladie Covid-19. Ainsi tous les décès du 30 avril 2021 sont retirés de l'analyse de façon à retirer ceux dus à la tragédie de Méron (https://fr.wikipedia.org/wiki/Bousculade_du_mont_M%C3%A9ron).

Figure 1 : Nombre de décès mensuels en Israël



Si l'on corrige de l'évolution de la population et de la pyramide des âges, on constate que la situation récente d'Israël, du point de vue de la mortalité est complètement normale.

Figure 2 : Décès en Israël standardisés par âge, en population du 1er janvier 2021



Note de lecture : sur ce graphique sont représentés les décès chaque mois, ramenés à 30 jours et standardisés en population de janvier 2021. Par exemple, sur 30 jours Israël a comptabilisé 5 304 décès en janvier 2021. En ramenant la population de janvier 2017 à celle de janvier 2021, il y aurait eu 5 374 décès.

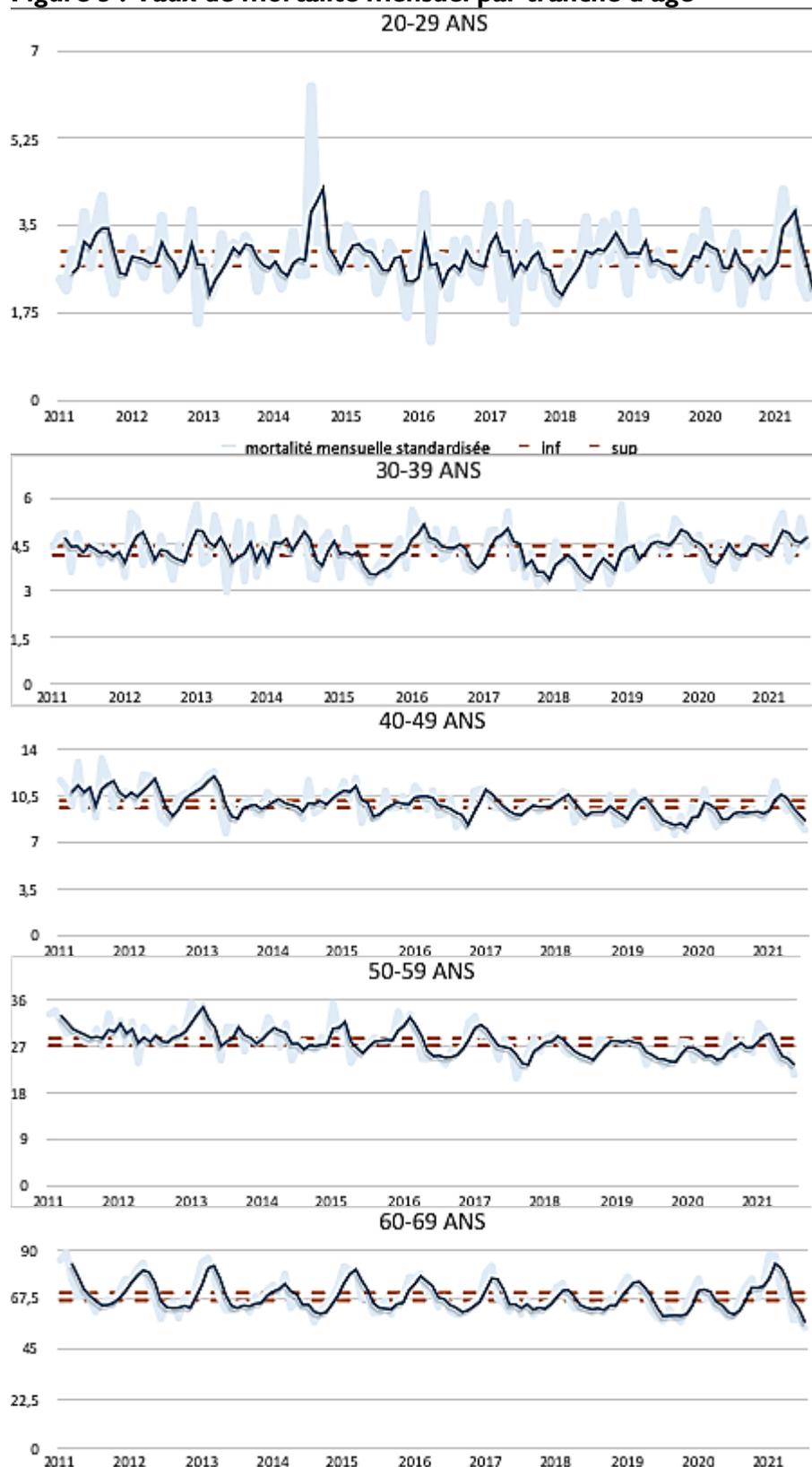
Le détail du calcul d'une standardisation par âge est disponible dans cette vidéo : (<https://youtu.be/IPu4QvUHqQE>).

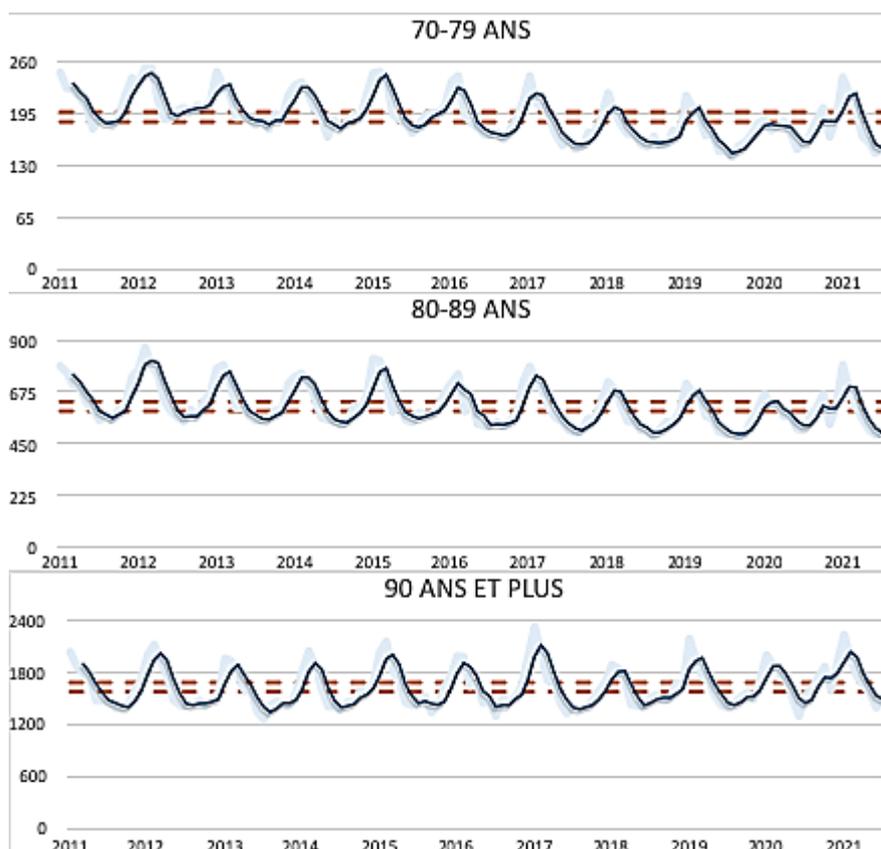
Comme tous les autres pays de l'hémisphère Nord, Israël constate plus de décès pendant l'hiver que pendant l'été. Pendant cette période froide, tous les pays de l'hémisphère nord voient la mortalité augmenter en même temps. Cette hausse de mortalité ne concerne que les plus de 50 ans. Les jeunes ne sont pas concernés par des hausses de mortalité l'hiver. La mortalité des jeunes n'est pas constante. Elle est tellement faible que le moindre événement extérieur peut la faire varier. Sur ce graphique sont représentés en bleu pâle, la mortalité mensuelle pour 100 000, avec un lissage à 3 mois en bleu foncé. Les pointillés représentent les bornes d'un intervalle de confiance à 99 %, représentant une mortalité considérée « normale ».

À l'inverse, pour les plus anciens, la mortalité est nettement plus importante, stabilisant les statistiques. La forte mortalité hivernale est donc nettement visible et bien supérieure à tous impacts extérieurs.

Dans toutes nos analyses par âge, nous nous limiterons aux plus de 19 ans. D'une part, les moins de 19 ans ont reçu peu d'injections, mais surtout la mortalité des 0-19 ans est avant tout conditionnée par la mortalité à 0 an. La mortalité à 0 an est de loin la plus élevée dans tous les pays développés jusqu'à arriver aux âges avancés de la vie. Ainsi, c'est le nombre de naissances qui influe sur la mortalité de cette tranche d'âge, bien plus que tout événement extérieur. Nous n'avons pas de statistiques par âge distinguant les 0 an des autres âges avant 19 ans.

Figure 3 : Taux de mortalité mensuel par tranche d'âge



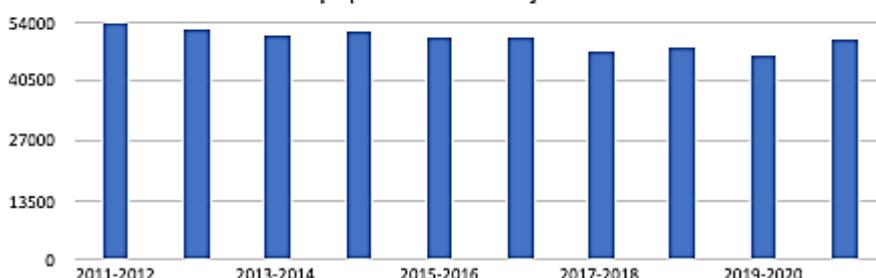


Nous rappelons comme nous l'avons montré dans l'article analysant tous les pays européens, qu'il n'y a pas de déplacement visible de la mortalité. La hausse des décès l'hiver ne vient en aucun cas de quelque chose qui se déplacerait ou se transmettrait à l'échelle de la planète. Les hausses de mortalité, Suédoise, Portugaise ou Israélienne sont synchronisées.

Cette hausse de mortalité dans l'hémisphère nord peut être décalée de plusieurs semaines ou mois selon les années. Elle semble dépendre des conditions météorologiques, nous reviendrons sur cet aspect dans d'autres travaux. Ce décalage temporel rend inexploitable le découpage des années au 1^{er} janvier car il coupe en 2 la période de forte mortalité hivernale, laissant parfois plus de décès l'année précédente, comme en 2011-2012, ou l'année suivante comme en 2016-2017.

Il est alors plus pertinent de comparer les années entre juillet et juin pour englober la totalité de la période hivernale.

Figure 4 : Décès en Israël standardisés de juillet à juin en population du 1^{er} janvier 2021

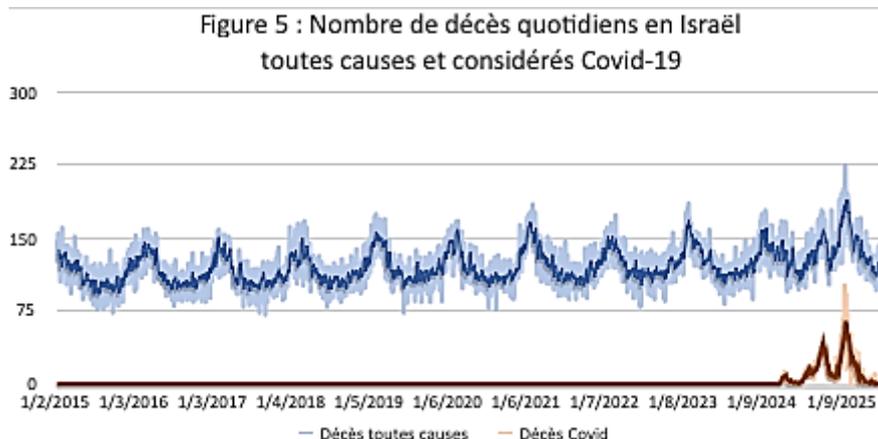


Note de lecture : En considérant que la population d'Israël entre juillet 2020 et juin 2021 est restée constante au niveau de janvier 2021, il y a alors 49 979 décès sur la période. En ramenant la population d'Israël entre juillet 2017 et juin 2018, il y a 50 195 décès sur la période.

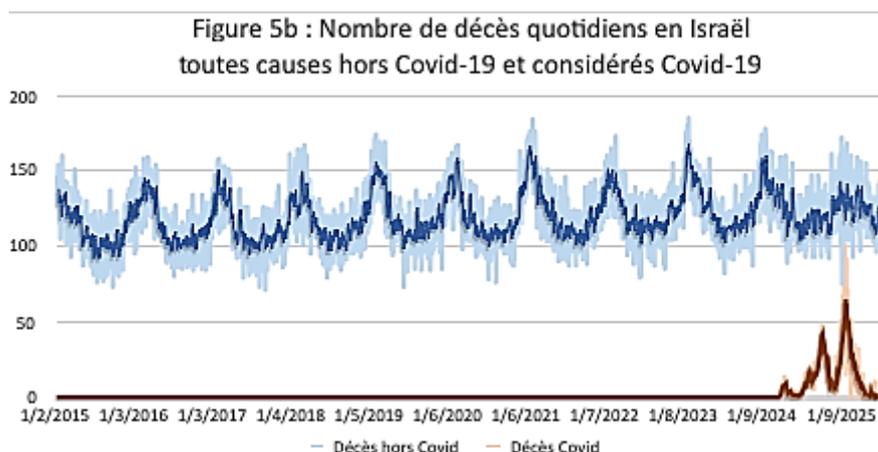
Ce graphique permet de constater que, malgré l'hécatombe mondiale de Covid-2019 annoncée en mars-avril 2020, la mortalité constatée en Israël entre juillet 2019 et juin 2020 correspond à un record absolu de sous-mortalité. La mortalité constatée entre juillet 2020 et juin 2021 n'est pas un record, mais reste basse pour la décennie, comme ce que nous avons constaté pour la totalité des pays d'Europe pour lesquels nous disposons de données.

Ainsi, à aucun moment n'est visible une augmentation significative des décès en Israël. Il n'y a pas d'hécatombe, ni même la moindre augmentation inhabituelle.

Si nous repassons en données brutes et que nous comparons les décès toutes causes aux décès attribués à la Covid-19, nous observons qu'une fraction des décès a été attribuée à la Covid-19, sans pour autant que l'augmentation des décès soit inhabituelle.



Auparavant ces hausses de mortalité étaient attribuées aux virus grippaux, aujourd'hui, ils sont attribués aux coronavirus. En représentant cette fois-ci le nombre de décès hors Covid-19 et le nombre de décès Covid-19, on découvre que toute la surmortalité hivernale habituelle est dorénavant attribuée à la Covid-19. Nous avons déjà montré ce résultat pour tous les pays que nous avons pu étudier jusqu'à aujourd'hui.



En Israël, comme partout en Europe, on ne peut trouver de justification aux politiques restrictives mises en place sur la base d'une augmentation inhabituelle des décès uniquement dû à un nouveau virus. Il n'y a pas d'hécatombe.

La mortalité en période vaccinale : une corrélation parfaite

Nous remarquons en Israël, deux périodes distinctes de hausse de mortalité l'hiver dernier.

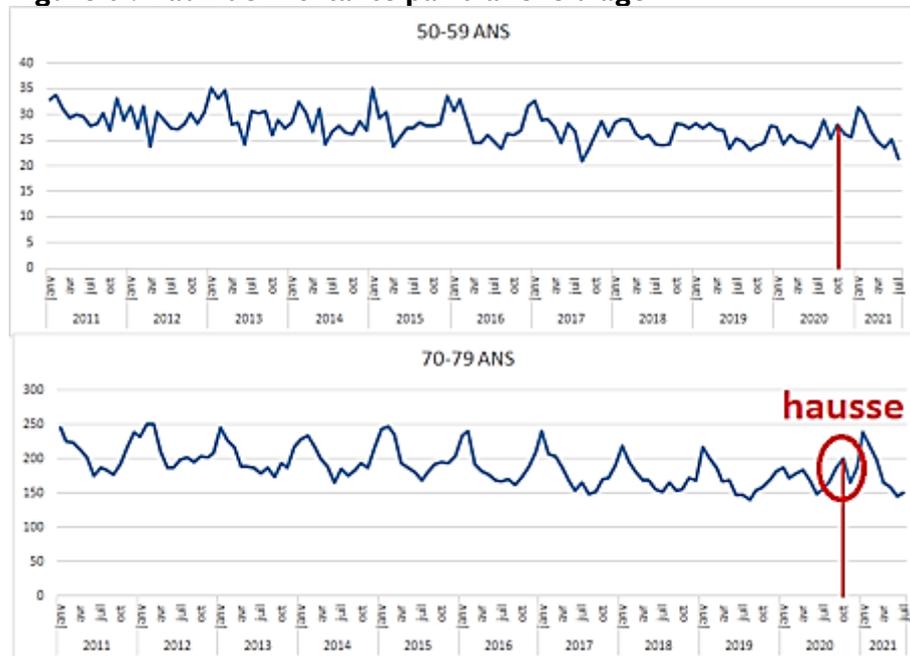


Une première hausse de décès en octobre, et une deuxième en janvier. Nous avons déjà remarqué que la hausse des décès en octobre a eu lieu en même temps dans tous les pays pratiquant en masse les injections

antigrippales. En France, pour lequel nous avons accès aux données des délivrance de médicaments, nous avons pour voir une proportionnalité quasi parfaite entre le nombre d'injections et la hausse de mortalité. En Israël, nous pouvons voir que le ministère de la santé promeut également ces injections, en particulier pour les plus de 65 ans.

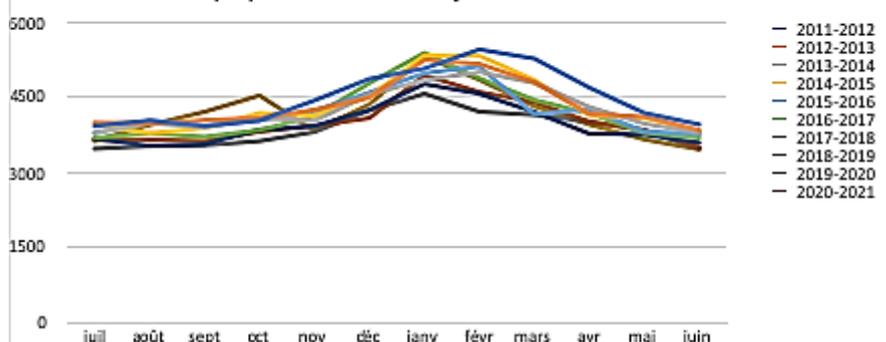
On note que cette augmentation n'est visible que pour les âges auxquels l'injection est recommandée : à partir de la tranche des 70-79 ans et toutes celles au-dessus.

Figure 6 : Taux de mortalité par tranche d'âge



Cette période d'octobre 2020, est d'ailleurs la seule pendant laquelle Israël a présenté une mortalité totale standardisée différente de l'habitude. Tout le reste de la période est comparable à la décennie. Nous ne pouvons malheureusement pas explorer plus loin ce sujet n'ayant pas accès au nombre d'injections antigrippales réalisées sur la période. Nous ne pouvons conclure qu'une corrélation temporelle parfaite pour tous les pays réalisant en masse ces injections. Les pays plus rétifs à ces injections (comme la Finlande) n'ont pas cette hausse de mortalité d'octobre 2020.

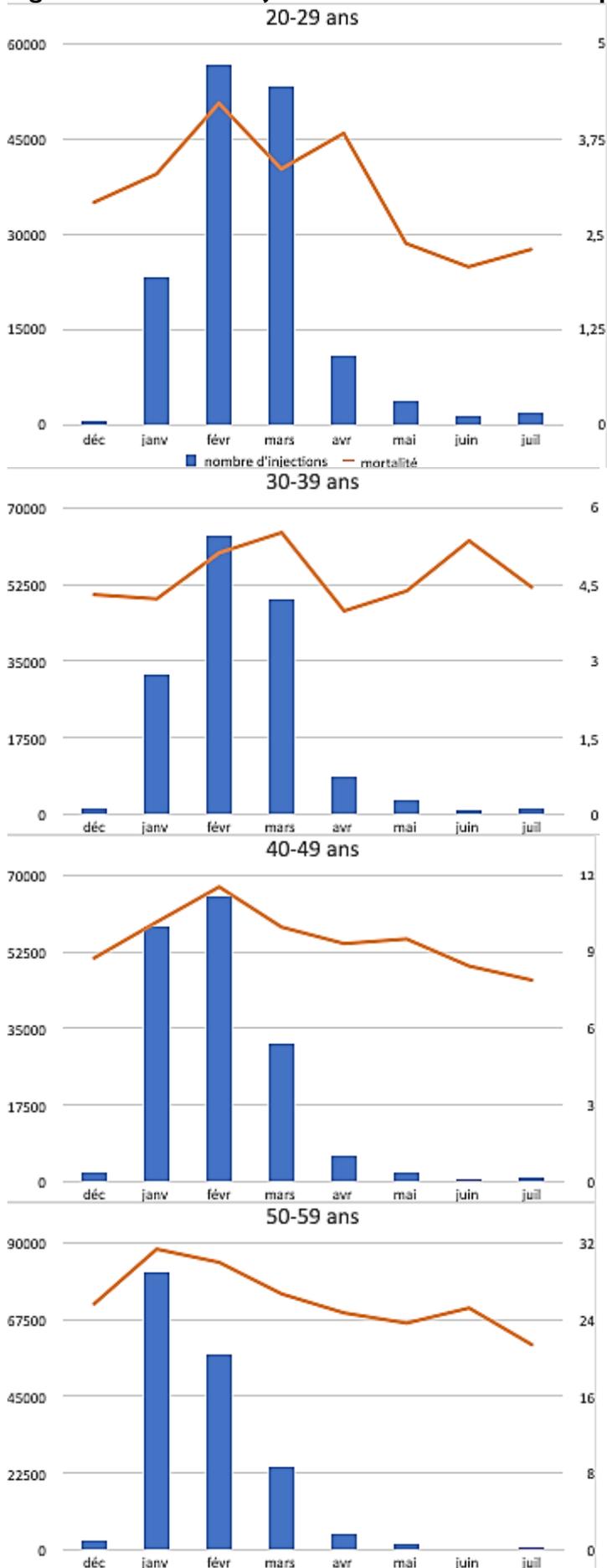
Figure 7: Décès en Israël standardisés par âge en population du 1er janvier 2021

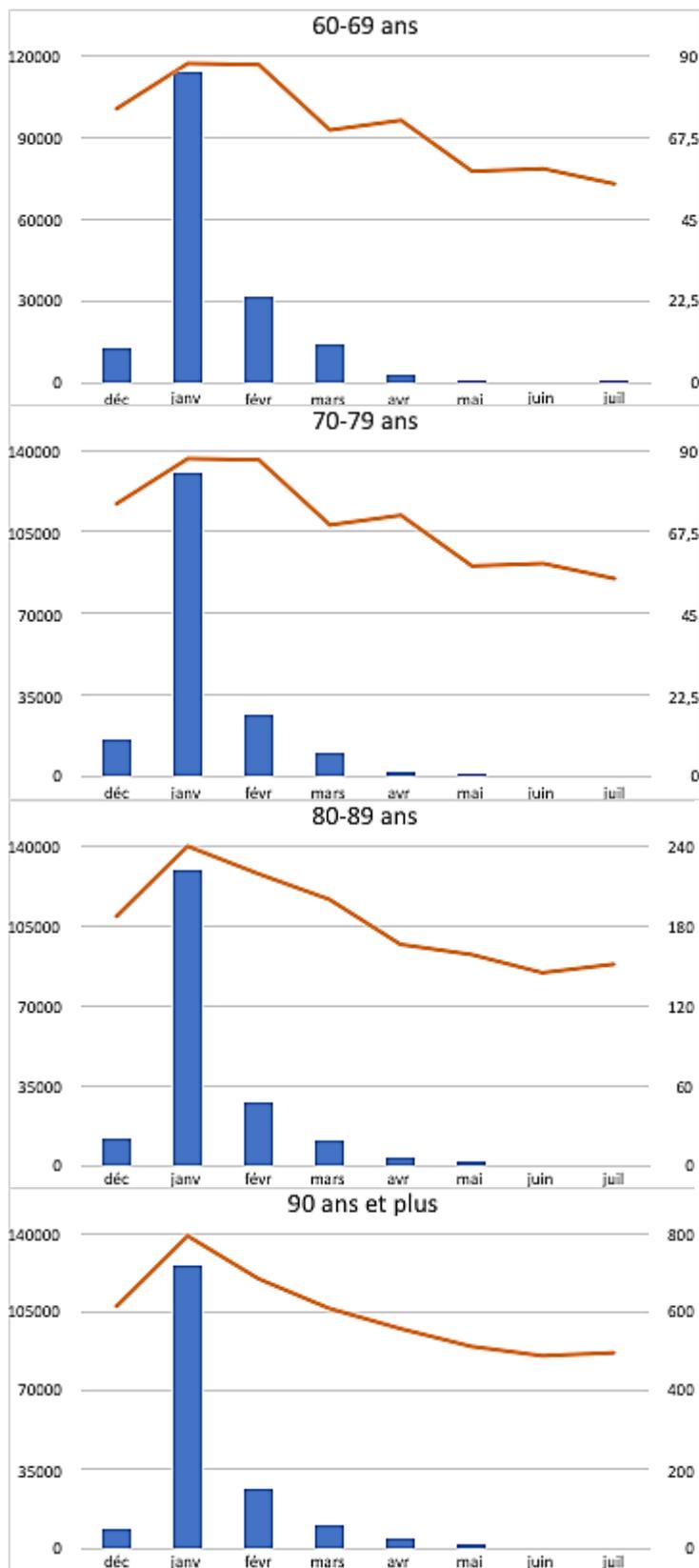


Passons dorénavant aux injections contre la Covid-19.

Les graphiques ci-dessous représentent le nombre d'injections reçues pour chaque tranche d'âge ainsi que le nombre de décès constatés pour chaque mois.

Figure 8 : nombre d'injections et taux de mortalité pour 100 000 par tranche d'âge



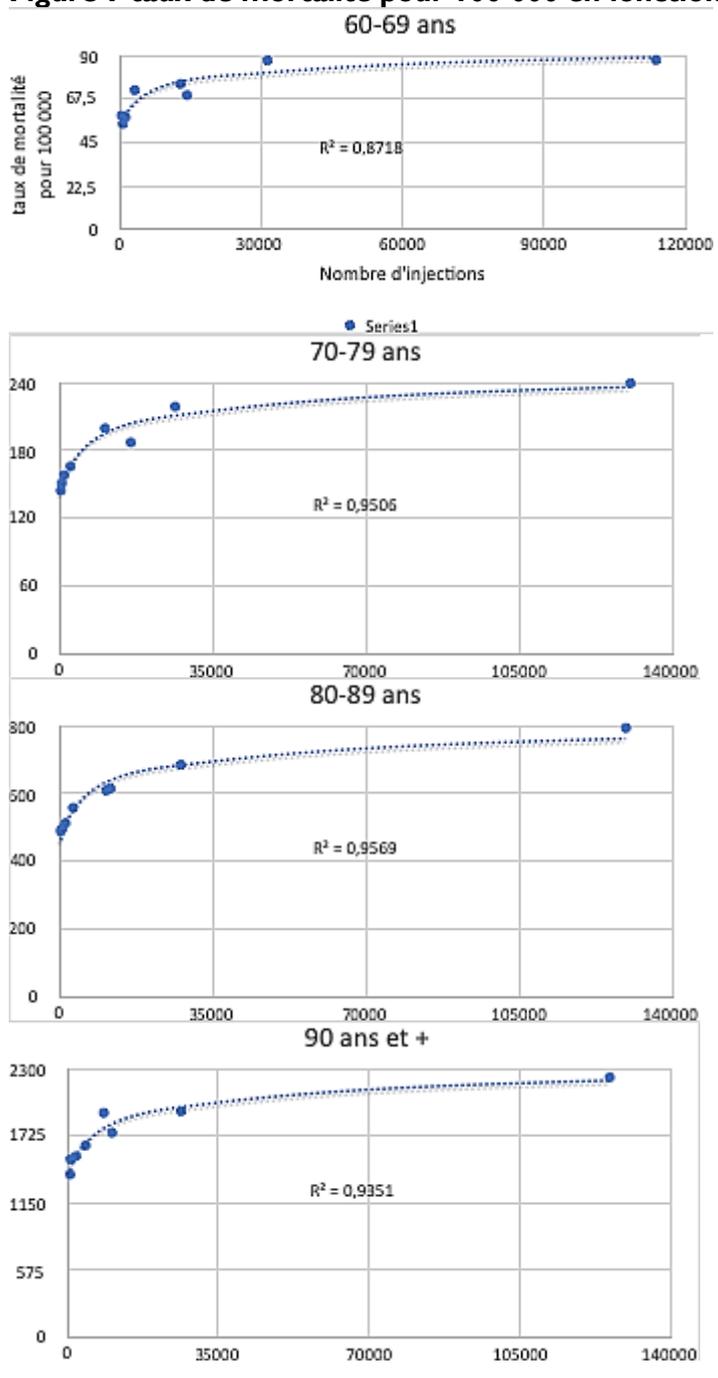


Toutes les tranches d'âge sans exception ont présenté une hausse de mortalité les mois d'injections. Nous observons que les plus âgés ont reçu massivement des injections en janvier et présentent en pic de mortalité en janvier. Les plus jeunes ont reçu des injections plus tard, à partir du mois de février et présentent un pic de mortalité en février. Ce lien est un fort indice de causalité supplémentaire entre les injections et la hausse de la mortalité.

Pour les personnes âgées de plus de 60 ans, les injections de janvier ont lieu pendant la période de forte mortalité hivernale. Il est ainsi difficile de distinguer une mortalité causée par les injections.

Pour les amateurs de modélisation, si vous représentez le taux de mortalité en fonction du taux d'injection, vous obtenez une corrélation logarithmique quasiment parfaite, avec un R^2 de 0,95. Cette corrélation quasi parfaite est réalisée en regardant le nombre de décès chaque mois, 5 jours après les injections.

Figure 9 taux de mortalité pour 100 000 en fonction du nombre d'injections

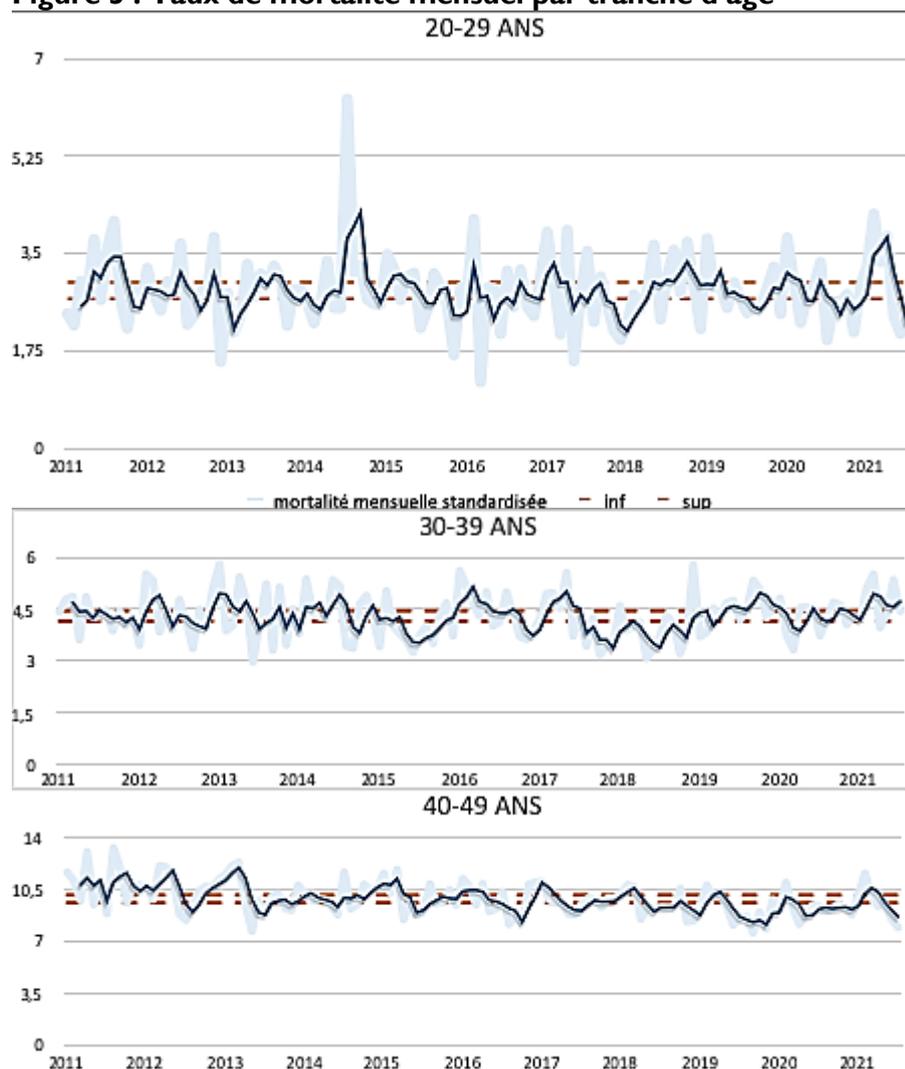


Il en a fallu bien moins à certains chercheurs peu scrupuleux pour publier un article encore en ligne sur le prestigieux journal Nature, qui vante les mérites du confinement en oubliant sciemment que la mortalité hivernale diminue au printemps avec ou sans confinement. Nous en avons réalisé une analyse dans cette vidéo (https://youtu.be/-g0v7_e2t6k). Ici c'est comme si nous nous servions de ces graphiques pour prouver qu'en hiver 2020-2021, il n'y avait eu qu'une mortalité post-vaccinale pour les plus de 60 ans.

En revanche, et à l'inverse, la surmortalité observée pour les 20-49 ans ne peut pas être du fait de la mortalité hivernale, car ces derniers n'y sont pas soumis. Les 20-49 ans sont la population permettant de mieux mesurer une potentielle mortalité post-vaccinale. Cela ne signifie pas qu'elle n'existe pas pour les autres tranches d'âges, mais pour les plus âgées elle se confond avec la surmortalité hivernale.

Pour les 20-49 ans, nous allons considérer uniquement la mortalité en dehors de l'intervalle de confiance à 99 %, soit la partie au-dessus ou en dessous des pointillés rouges.

Figure 3 : Taux de mortalité mensuel par tranche d'âge



Cette mortalité sera considérée comme rare ou anormale. Pour les 20-29 ans la mortalité est totalement exceptionnelle. Seule la guerre de 2014 présente une mortalité aussi élevée. Il ne semble pas cependant qu'une guerre ait éclaté en février 2021 en Israël.

Au total, cette surmortalité entre février et avril 2021 correspond au décès de 31 jeunes de 20 à 29 ans (3,8 pour 100 000 doublement injecté), 18 de 30 à 39 ans (2,3 pour 100 000 doublement injecté) et 13 de 40 à 49 ans (1,4 pour 100 000 doublement injecté). Soit 60 décès de personnes d'une population qui n'a jamais connu de surmortalité liée à la Coïvd-19.

Cette surmortalité arrive également à une période où ont été relevés par un universitaire, un nombre d'appels aux urgences largement supérieur aux années précédentes pour des arrêts cardiaques et des syndromes coronariens aigus. Si nous considérons que les décès ne sont que la partie visible de problèmes de santé, nous avons un indice de la cause possible de cette surmortalité arrivant en pleine période d'injection de masse de ces mêmes jeunes. Nous constatons qu'enfin l'ANSM admet que les péricardites sont bien rapportées post-injection. L'agence annonce qu'ils sont très rares. Il serait intéressant que l'on nous explique comment le hasard fonctionne pour montrer une si forte élévation des problèmes cardiaques juste après les périodes vaccinales.

Nous rappelons ici que cette possible surmortalité liée aux injections est du même ordre que celle évaluée par Walach et al, utilisant la pharmacovigilance des Pays-Bas (<https://www.mdpi.com/2076-393X/9/7/693/htm>). Nous en avons réalisé une vidéo explicative (<https://youtu.be/OBziiflcYug>) en expliquant au passage les biais de l'étude israélienne vantant les mérites de l'injections Pfizer Ainsi, quelle que soit la méthode utilisée, pharmacovigilance ou étude de la mortalité toutes causes en période d'injections, les résultats concordent autour de quelques décès pour 100 000 injections. Ce nombre pourrait être entre 1 et 3 pour les plus jeunes et certainement au-dessus pour les plus âgés, ces derniers ayant toujours une mortalité plus élevée quelle que soit la cause.

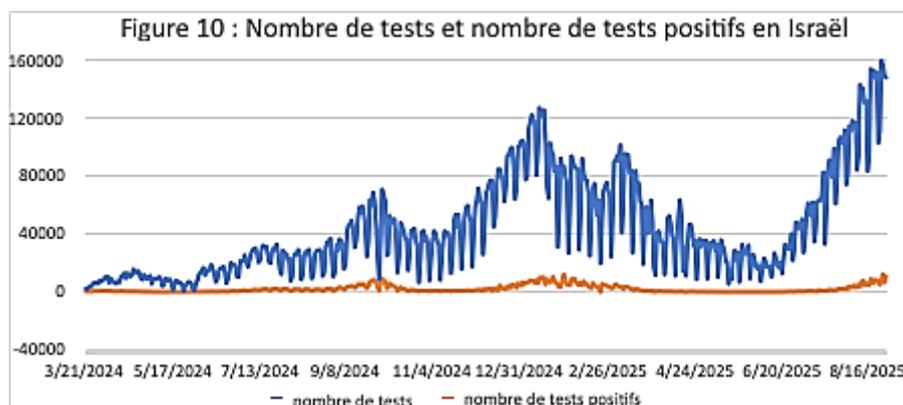
Il faut enfin rappeler que les décès sont la plupart du temps le dernier stade de la dégradation de l'état de santé. Il est rare de constater qu'un événement soit complètement binaire entre « bonne santé » et « décès ». Constater une hausse des décès n'est certainement que la seule partie visible d'une hausse beaucoup plus importante de situations intermédiaires. Les AVC, myocardites, embolies pulmonaires ou thromboses non mortelles sont invisibles dans cette étude. Elles sont rapportées en pharmacovigilance et la hausse de mortalité constatée ajoute un haut degré de certitude à la causalité pour les événements non mortels également.

Efficacité des injections : l'absence de données probantes

Les médias et politiques commentent en permanence le nombre de tests positifs, appelant ces derniers des « cas de Covid-19 ». Nous avons détaillé dans une vidéo (<https://youtu.be/WNPPqoe2JOo>) le fossé séparant un résultat de test RT-PCR positif et une personne malade de la Covid-19. De plus ce nombre de « cas » est évidemment dépendant du nombre de tests effectués.

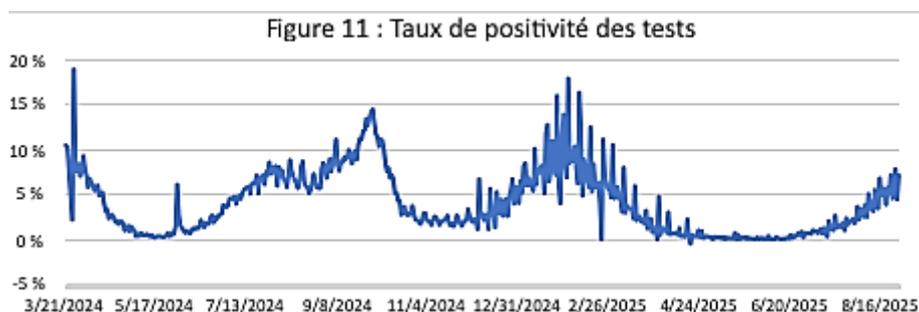
Ainsi, malgré l'absence totale de surmortalité cet été, Israël est passé à plus de 100 000 tests effectués par jour avec une montée en charge progressive. Cette montée en charge a naturellement augmenté le nombre de tests positifs cet été sans que cela ne signifie la moindre augmentation de malades.

Figure 10 : Nombre de test et nombre de test positifs en Israël



Le changement complet de la mesure avec la stratégie de criblage a également eu pour impact de faire remonter le taux de positivité qui était à moins de 2% au mois de juillet à plus de 5% en août. Les journalistes et politiques en ont conclu à une explosion du nombre de malades, alors qu'il ne s'agit que d'un changement de stratégie de comptage.

Figure 11 : Taux de positivité des tests en Israël



Le dernier biais concernant les tests concerne le public testé. Depuis le début des campagnes d'injections, l'efficacité de ces produits est présupposée. Il serait important de rappeler aux dirigeants et aux médecins, qu'accepter des résultats de l'efficacité de n'importe quel produit venant de la part de la personne qui souhaite vous vendre le produit, cela s'appelle au mieux de la naïveté. De même qu'accélérer la distribution de ce produit en empêchant d'avoir le temps de révéfier par d'autres études indépendantes si cela fonctionne et que ce n'est pas dangereux.

Le fait de présupposer que ces injections fonctionnent ont lancé un certain nombre de règles et de certitudes chez les gens qui font que les personnes qui n'ont pas reçues les injections sont testées beaucoup plus souvent que les autres.

Vous avez certainement comme moi, des collègues, des amis qui ont eu des symptômes de maladies post injection, comme une fatigue intense, des maux de tête ou de la fièvre. Ces symptômes juste après l'injection sont considérés très fréquents par l'ANSM. Cependant, les personnes tout juste injectées et présentant ces symptômes n'ont évidemment pas ou peu fait de tests, puisque leurs maux étaient attribués aux suites de l'injection. Au contraire, sur la même période, les personnes avec les mêmes symptômes, mais qui n'avaient pas fait d'injections, ont beaucoup plus souvent fait des tests.

Pendant les périodes d'injections, parmi les personnes qui font des tests, nous avons donc beaucoup plus de personnes sans injection que de personnes déjà injectées. Par construction, le nombre de positifs va nécessairement être plus important chez les non injectés puisqu'ils sont bien plus nombreux à faire des tests. Pour Israël cette période correspond à janvier-février 2021. Par exemple pendant la semaine de 21 au 27 février 2021, 25 % des 40-49 ans n'avaient pas reçu d'injection et 24 % avaient reçu leur 2^e injection plus de 20 jours avant et étaient donc considérés pleinement protégés. Du côté des tests, 62 % des tests positifs venaient des personnes n'ayant pas reçu d'injection et 2% seulement de la part de ceux étant considérés protégés. Ces chiffres ont fait couler beaucoup d'encre comme étant une preuve de l'efficacité des injections. Cependant rien ne prouve qu'il ne s'agit juste pas d'un biais de sélection des personnes testées comme expliqué au-dessus. À savoir que quasiment aucune personne ayant reçu deux injections ne se fait tester et donc ne risque pas d'être considérée positive.

Figure 12 : Population et cas positifs par statut vaccinal en période d'injections de masse
Période d'injections massives entre janvier et mars

Statut vaccinal dans la population générale	40-49 ans				60-69 ans				80-89 ans			
	Moins de 20 jours après 1 ^{er} dose		Plus de 20 jours après 2 ^e dose		Moins de 20 jours après 1 ^{er} dose		Plus de 20 jours après 2 ^e dose		Moins de 20 jours après 1 ^{er} dose		Plus de 20 jours après 2 ^e dose	
	Non vaccinés	Après une dose	Après une dose	Après une dose	Non vaccinés	Après une dose	Après une dose	Après une dose	Non vaccinés	Après une dose	Après une dose	Après une dose
2021-01-16 - 2021-02-06	43%	32%	24%	2%	23%	9%	60%	8%	17%	8%	69%	7%
2021-02-07 - 2021-02-13	37%	24%	32%	8%	21%	8%	31%	36%	15%	7%	38%	40%
2021-02-14 - 2021-02-20	31%	20%	37%	18%	18%	8%	31%	60%	14%	6%	11%	69%
2021-02-21 - 2021-02-27	25%	19%	31%	24%	16%	8%	9%	67%	12%	6%	7%	75%
2021-02-28 - 2021-03-06	22%	17%	29%	36%	14%	8%	7%	71%	10%	6%	6%	78%
2021-03-07 - 2021-03-13	20%	13%	20%	47%	13%	7%	7%	73%	9%	6%	5%	80%
2021-03-14 - 2021-03-20	18%	9%	17%	55%	12%	5%	7%	76%	8%	4%	5%	81%

Statut vaccinal dans les cas positifs	40-49 ans				60-69 ans				80-89 ans			
	Moins de 20 jours après 1 ^{er} dose		Plus de 20 jours après 2 ^e dose		Moins de 20 jours après 1 ^{er} dose		Plus de 20 jours après 2 ^e dose		Moins de 20 jours après 1 ^{er} dose		Plus de 20 jours après 2 ^e dose	
	Non vaccinés	Après une dose	Après une dose	Après une dose	Non vaccinés	Après une dose	Après une dose	Après une dose	Non vaccinés	Après une dose	Après une dose	Après une dose
2021-01-16 - 2021-02-06	63%	32%	5%	0%	54%	23%	22%	0%	43%	20%	36%	1%
2021-02-07 - 2021-02-13	67%	28%	4%	1%	61%	20%	13%	4%	51%	17%	21%	5%
2021-02-14 - 2021-02-20	68%	24%	3%	2%	68%	20%	6%	4%	58%	11%	14%	17%
2021-02-21 - 2021-02-27	62%	30%	5%	3%	61%	25%	3%	11%	61%	12%	4%	19%
2021-02-28 - 2021-03-06	55%	36%	3%	3%	51%	32%	4%	13%	59%	19%	4%	18%
2021-03-07 - 2021-03-13	54%	33%	4%	8%	51%	32%	5%	14%	51%	12%	5%	32%
2021-03-14 - 2021-03-20	67%	26%	4%	8%	50%	24%	7%	18%	50%	8%	2%	22%

Cette situation a perduré avec la mise en place du Green Pass, le passe sanitaire Israélien. Dès le 21 février 2021, des directives limitant la circulation des Israéliens n'ayant pas encore été injectés a été mis en place. Le Pass vert a duré jusqu'au mois de juin 2021. Durant toute cette période, on constate bien que les cas positifs concernent beaucoup moins souvent ceux qui ont reçu deux injections puisqu'ils ne sont pas obligés de faire de tests pour accéder aux lieux publics. Par exemple pendant la semaine de 23 au 29 mai 2021, 15 % des 40-49 ans n'avaient pas reçu d'injection et 80 % avaient reçu leur 2^e injection plus de 20 jours avant et étaient donc considérés pleinement protégés. Du côté des tests, 39 % des tests positifs venaient des personnes n'ayant pas reçu d'injection et 61 % seulement de la part de ceux étant considérés protégés. Le fait d'avoir autant de cas positifs chez ceux normalement considérés comme totalement immunisés a commencé à faire parler. On a alors commencé à dire que les injections perdaient en efficacité devant les variants, mais que de voir moins de cas chez les doublements injectés que leur part dans la population était la preuve que ces injections fonctionnent. Cependant, nous avons vu que le Green Pass entraîne que ceux n'ayant pas reçu d'injection sont beaucoup plus testés que les autres.

Figure 12 : Population et cas positifs par statut vaccinal en période de Green Pass

Période du Green Pass entre mai et juin

Statut vaccinal dans la population générale	40-49 ans			60-69 ans			80-89 ans			
	Moins de 20 jours			Moins de 20 jours			Moins de 20 jours			
	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	
2023-05-02 - 2023-05-08	31%	5%	1%	29%	4%	1%	8%	2%	1%	8%
2023-05-09 - 2023-05-15	31%	5%	1%	29%	4%	1%	8%	2%	1%	8%
2023-05-16 - 2023-05-22	31%	5%	1%	29%	4%	1%	8%	2%	1%	8%
2023-05-23 - 2023-05-29	31%	5%	1%	29%	4%	1%	8%	2%	1%	8%
2023-05-30 - 2023-06-05	31%	5%	1%	29%	4%	1%	8%	2%	1%	8%
2023-06-06 - 2023-06-12	31%	5%	1%	29%	4%	1%	8%	2%	1%	8%
2023-06-13 - 2023-06-19	31%	5%	1%	29%	4%	1%	8%	2%	1%	8%

Statut vaccinal dans les cas positifs	40-49 ans			60-69 ans			80-89 ans			
	Moins de 20 jours			Moins de 20 jours			Moins de 20 jours			
	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	
2023-05-02 - 2023-05-08	60%	8%	0%	50%	12%	0%	29%	50%	6%	0%
2023-05-09 - 2023-05-15	60%	8%	0%	50%	12%	0%	29%	50%	6%	0%
2023-05-16 - 2023-05-22	17%	17%	0%	50%	0%	0%	50%	41%	0%	0%
2023-05-23 - 2023-05-29	39%	0%	0%	71%	0%	0%	25%	50%	0%	0%
2023-05-30 - 2023-06-05	50%	0%	0%	50%	0%	0%	82%	0%	0%	0%
2023-06-06 - 2023-06-12	22%	22%	0%	50%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
2023-06-13 - 2023-06-19	50%	7%	0%	29%	0%	0%	31%	100%	0%	0%

Le Green Pass a cessé entre mi-juin et début août en Israël. Pendant cette période ceux n'ayant pas reçu d'injection n'avaient pas de raison spécifique de se faire tester. C'est la seule période pendant laquelle en Israël il n'y a pas ou très peu de biais de sélection des personnes testées. Nous pouvons constater que pendant toute cette période la part des personnes n'ayant pas reçu d'injection ou la part des personnes étant considérée protégée avec 2 injections sont les mêmes dans les cas positifs et la population générale. Pour cette raison, les autorités ont conclu à une baisse de l'efficacité en quelques mois et ont donc conseillé une 3^e dose, alors qu'il s'agit juste de la fin du biais de comptage. Quand il n'y a plus de biais, aucune efficacité des injections n'est mesurable.

Figure 13 : Population et cas positifs par statut vaccinal en période sans biais

Période neutre entre juin et juillet

Statut vaccinal dans la population générale	40-49 ans			60-69 ans			80-89 ans			
	Moins de 20 jours			Moins de 20 jours			Moins de 20 jours			
	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	
2023-06-30 - 2023-07-06	34%	5%	0%	31%	4%	0%	8%	6%	0%	9%
2023-07-07 - 2023-07-13	34%	5%	0%	31%	4%	0%	8%	6%	0%	9%
2023-07-14 - 2023-07-20	34%	5%	0%	31%	4%	0%	8%	6%	0%	9%
2023-07-21 - 2023-07-27	34%	5%	0%	31%	4%	0%	8%	6%	0%	9%
2023-07-28 - 2023-08-03	34%	5%	0%	31%	4%	0%	8%	6%	0%	9%

Statut vaccinal dans les cas positifs	40-49 ans			60-69 ans			80-89 ans			
	Moins de 20 jours			Moins de 20 jours			Moins de 20 jours			
	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	
2023-06-30 - 2023-07-06	17%	0%	0%	11%	0%	0%	8%	0%	0%	30%
2023-07-07 - 2023-07-13	16%	1%	0%	11%	0%	0%	8%	8%	0%	9%
2023-07-14 - 2023-07-20	13%	1%	0%	8%	3%	0%	9%	11%	4%	8%
2023-07-21 - 2023-07-27	16%	2%	0%	8%	3%	0%	9%	11%	6%	8%
2023-07-28 - 2023-08-03	13%	1%	0%	8%	3%	0%	9%	10%	3%	8%

On constate également ensuite que dès le retour du Green Pass au mois d'août, la part des non injectés a immédiatement réaugmenté. Cela n'est que le signe que le Green Pass oblige les non injectés à se faire tester et pas ceux ayant reçu deux injections. Le gouvernement israélien ayant déjà commandé les 3^e dose et contraint sa population à se faire injecter, il n'a mystérieusement pas réagi à ces chiffres en imaginant un rebond d'efficacité vaccinale. Cette situation du mois d'août, identique au mois de mai, prouve qu'il n'y a jamais eu de baisse de l'efficacité des injections, elles bénéficiaient juste d'un biais statistique.

Figure 14 : Population et cas positifs par statut vaccinal au retour du Green Pass

Nouvelle période de Green Pass depuis août

Statut vaccinal dans la population générale	40-49 ans			60-69 ans			80-89 ans			
	Moins de 20 jours			Moins de 20 jours			Moins de 20 jours			
	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	
2023-08-15 - 2023-08-21	31%	6%	0%	29%	4%	1%	8%	2%	1%	8%

Statut vaccinal dans les cas positifs	40-49 ans			60-69 ans			80-89 ans			
	Moins de 20 jours			Moins de 20 jours			Moins de 20 jours			
	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	Après une dose	Après 2 doses	Après 3 doses	
2023-08-15 - 2023-08-21	17%	1%	0%	11%	0%	0%	8%	2%	1%	9%

Conclusion

En résumé, nous avons vu qu'Israël est un pays qui n'a jamais connu de hausse de mortalité significative depuis le début la panique mondiale autour de la Covid-19. Les Israéliens les plus âgés ont connu des hausses de mortalité l'hiver comme les autres années.

Nous avons vu que quelques hausses de mortalité inhabituelles ont été constatées chez les jeunes en période vaccinale. Ces hausses représentent environ 60 décès sur Israël. Ce n'est pas une hécatombe, mais suffisamment important pour être visible sur ces populations qui décèdent très peu. Ces décès sont survenus au moment où étaient enregistrés des records d'urgences cardiaques pour ces mêmes âges.

Enfin, nous avons vu que si on enlève les biais de comptage dû aux restrictions comme le Green Pass, les doubles injections ne présentent aucun impact sur les cas positifs. Il n'y a donc aucun bénéfice mesurable pour personne. Seul le fait de tester en énorme majorité des non injectés permet de maintenir un écart statistique.

Nous avons donc de nombreux décès remontés en pharmacovigilance, des décès visibles même chez les populations jeunes et aucun impact positif mesurable. Pensez-vous réellement qu'il soit raisonnable de continuer à multiplier ces injections ? Pensez-vous réellement que nous allons vous laisser toucher à nos enfants ?

PIERRE, 13 septembre 2021

Décoder l'éco

Cet article a été publié initialement sur le site de France Soir.

Sources

Données de population israélienne :

<https://www.cbs.gov.il/he/publications/LochutTlushim/2020/%D7%90%D7%95%D7%9B%D7%9C%D7%95%D7%A1%D7%99%D7%99%D7%942019-2000.xlsx>

Données de décès par âge :

<https://www.cbs.gov.il/he/publications/LochutTlushim/2020/p-1.xlsx>

Données de vaccination par âge :

<https://data.gov.il/dataset/covid-19/resource/57410611-936c-49a6-ac3c-838171055b1f>

Données de cas par âge :

<https://data.gov.il/dataset/covid-19/resource/9b623a64-f7df-4d0c-9f57-09bd99a88880>

Données du nombre de tests :

ourworldindata.com

La source originale de cet article est Mondialisation.ca

Copyright © Pierre, Mondialisation.ca, 2021

Pr Perronne : « On est en train de modifier les cellules des gens »



Le très courageux Christian Perronne était invité par Ivan Rioufol sur le plateau de CNews. Ce scientifique au CV prestigieux ose dire ce qu'un Didier Raoult ne dit pas : ce vaccin n'est pas un vaccin mais c'est une substance thérapeutique expérimentale qui modifie les cellules. Et ce vaccin est lié à un nombre de morts important, ce que l'on aperçoit d'un point de vue épidémiologique dans les pays qui ont massivement vacciné et qui voient leur cas flamber – morts compris (en Angleterre, il y a 4 fois plus de morts chez les vaccinés que les non vaccinés).

Après la publicité qu'E&R vient de lui faire, une vidéo qui ne devrait pas tenir longtemps sur Youtube.

Commentaire : Si jamais la vidéo disparaissait de youtube, elle peut toujours être visionner au complet sur dailymotion (<https://www.dailymotion.com/video/x85qovz>). La partie relative au Pr Perronne va de 17m37s à 33m 52s.

Comme l'affirme le Pr Perronne, l'épidémie est terminée (hormis les effets secondaires de la vaccination).

↙ Nouveaux cas et décès

Source Wikipédia · Dernière mise à jour : il y a 9 heures



EGALITEETRECONCILIATION.FR
22 novembre 2021

<https://fr.sott.net/article/38822-Pr-Perronne-On-est-en-train-de-modifier-les-cellules-des-gens>

Christian Perronne, sabre au clair...

Christian Perronne : « L'industrie pharmaceutique n'a plus de candidats pour ses essais cliniques », puisque « les trois quarts des Français sont immunisés contre le coronavirus à vie ». FS

CHRONIQUE — En cette fin novembre 2021, le professeur Perronne était sur tous les fronts : interview sur CNews, où il a pu faire passer quelques idées en dépit des interruptions permanentes des journalistes ; « Message à mes amis suisses » à la veille de leur référendum sur la loi Covid, finalement avalisée ; participation au Conseil scientifique indépendant (CSI) le 25 novembre, au cours duquel il a pu – deux heures durant – exprimer tranquillement son analyse de la pandémie de Covid-19, 21 mois après son déclenchement sur notre sol.

Imposture, incohérence, ignominie, supercherie, tyrannie sanitaire, dictature terrible, Christian Perronne n'a pas de mots assez durs pour qualifier la triste réalité qui s'étale sous nos yeux. Ulcéré, l'homme – policé, s'il en est – va même jusqu'à tenir un langage que tout le monde comprendra, et qui ne choquera que les belles âmes qui font semblant de ne pas savoir, alors qu'elles savent : « C'est du grand n'importe quoi ! On se fout de notre gueule ! ».

Voilà pour la tonalité générale de l'intervention du professeur Perronne, lors du Conseil scientifique indépendant animé par le Dr Éric Médat. Avant d'en venir aux raisons de cette colère non contenue, mais combien compréhensible, insistons sur le fait qu'il ne s'agit pas de propos inconsidérés d'un scientifique inconnu, mais au contraire de jugements justifiés d'un homme « qui a occupé les plus hautes fonctions », suivant la formule du professeur Didier Raoult. Ses détracteurs auront beaucoup de mal à discréditer le discours de celui qui a géré les épidémies en France sous trois présidents de la République : Jacques Chirac, Nicolas Sarkozy, François Hollande, et qui est connu – et reconnu – dans le domaine de la vaccination, après avoir été vice-président du groupe d'experts sur les vaccins à l'OMS pour la zone Europe. C'est bien pourquoi, au demeurant, il est interdit d'antenne sur la plupart des grands médias télévisés.

Entrons donc dans le détail des travaux du Conseil scientifique indépendant, puisque ceux du Conseil scientifique élyséen sont placés sous le sceau du « secret défense », et que nul n'y a accès. Comme s'il était possible de trahir la nation et de pactiser avec cet ennemi invisible : le Covid-19 et ses variants successifs, qui dépassent désormais la dizaine ...

Des « vaccins » ? La plus grande imposture

Interrogé, en premier lieu, sur des malades du Covid chez les personnes « vaccinées », comme Roselyne Bachelot qui a fait « une forme grave » et maintenant Jean Castex, Christian Perronne explose : « C'est la plus grande imposture de cette histoire ; on nous a vendu ces produits pour des vaccins. Ce ne sont absolument pas des vaccins. Ils ont été évalués à la va-vite. Évaluer un vaccin, ça demande 10 ans. En plus, une partie des données avait été truquée ».

Il estime aujourd'hui avoir la preuve de ce qu'il écrivait il y a un an. D'abord, parce qu'« un vaccin, ça empêche d'être malade, et nos dirigeants qui tombent malades ont été "vaccinés" ; un vaccin qui ne protège pas, ce n'est pas un vaccin ». « Un vrai vaccin, insiste Christian Perronne, empêche d'être contaminé, d'être porteur du virus », alors qu'avec les produits actuellement utilisés, même si on est inoculé, on peut être « porteur et contagieux ».

Ensuite, parce qu'« on nous a vendu que ça protège des formes graves », et « c'est totalement faux : dans les pays qui ont beaucoup "vacciné", la grande majorité des gens en réanimation avec des formes graves sont des "vaccinés" deux doses, trois doses, y compris en France ». Et, là, le professeur affirme qu'il lui est impossible de donner ses sources, pour les raisons que chacun comprend aisément.

Une immense supercherie

« Cerise sur le gâteau : on peut transmettre », alors que l'on avait dit aux Français : « Si vous êtes vaccinés, vous protégez votre famille ». La réalité est bien différente : « Les vaccinés transmettent tout autant, voire même dans certaines études, plus que les non-vaccinés ». Aussi, « continuer à appeler cela un vaccin, c'est une immense supercherie : on se fout de notre gueule, ce ne sont pas des vaccins, ce sont des produits de thérapie génique expérimentaux qui n'auraient jamais eu le droit d'être commercialisés si on avait respecté la loi ».

Le professeur Perronne exprime alors sa « fureur contre le Conseil d'État et le Conseil constitutionnel qui valident des lois illégales », puis rappelle les conditions d'application d'une autorisation de mise sur le marché

conditionnelle. D'abord, il faut qu'il n'y ait « aucun traitement efficace contre le virus. Or, l'hydroxychloroquine, l'azithromycine, l'ivermectine, le zinc, la vitamine D, ça marche ». Ensuite, "on n'a pas le droit d'imposer l'administration de substances en cours d'expérimentation, qui sont toujours en phase 3 ». Une phase 3, dont la durée est habituellement d' « au moins 10 ans », qu'il s'agisse de vaccins, d'antibiotiques, d'antidépresseurs, et qui nécessite « des études sur des milliers de personnes, sur plusieurs continents, dans différentes populations ».

Au passage, Christian Perronne relève que les médecins n'ont plus le droit de vacciner avec les produits Astra Zeneca et Janssen, ce qui n'est pas sans lourde signification...

Une épidémie contrôlée... dans les pays qui n'ont pas « vacciné » !

À la grande question que tout le monde se pose, dans l'espoir de tourner enfin cette mauvaise page : « Où en est l'épidémie ? », le spécialiste des maladies infectieuses répond : « Il faut regarder les cartes du monde ». Elles nous enseignent que, « dans tous les pays pauvres qui n'ont pas eu de "vaccin" – heureusement pour eux, ils n'avaient pas l'argent pour l'acheter ! – tout va bien ; ils ont traité avec la chloroquine, l'hydroxychloroquine, les médecines naturelles », et « l'épidémie est contrôlée ». Alors que « tous les pays riches, ou sous l'influence des pays riches, qui ont massivement "vacciné", ont vu l'épidémie flamber, avec des morts ». Le meilleur exemple étant le Viet Nam, qui avait connu une mortalité très faible du fait du virus, et où l'épidémie a flambé après la vaccination généralisée de la population.

La troisième dose ? Un non-sens

Pour Christian Perronne, la troisième dose, et les doses à suivre, « c'est du grand n'importe quoi ! On a la preuve, dans le monde entier, que ces produits ne marchent pas ». Et si pour certains vaccins, il est vrai que l'on fait un rappel, c'est « tous les 5 ans, tous les 10 ans, pas tous les 6 mois ».

Au Dr Ménat qui observe que pour la rubéole, ou l'hépatite B, avec deux injections, on est vacciné pour 30 ans, Christian Perronne rétorque que des produits qui apportent une protection pour moins de six mois, c'est « du jamais vu dans le monde de la vaccinologie : si Pasteur voyait ça, il se retournerait dans sa tombe ! » Avec le recul, avec ce que l'on peut observer dans le monde, il est clair que « ce ne sont pas des vaccins, ce sont des produits qui stimulent le virus ». Et, parce qu'en France on a été en retard pour la « vaccination » par rapport à la Grande-Bretagne et à Israël, « dans les jours et les semaines qui viennent, on va avoir un rebond des cas, et éventuellement des morts », ce qui pourrait nous valoir un couvre-feu ou un confinement.

Une population immunisée aux trois quarts

Après 21 mois de pandémie, le professeur Perronne se déclare « convaincu que les trois quarts de la population française sont immunisés, parce que le virus a tellement circulé, même si les gens n'ont pas été très malades, qu'ils ont une protection naturelle, une immunité naturelle ». Et « l'immunité contre un coronavirus, c'est à vie, à vie ! » Et même si « avec les variants, au fil du temps, on peut être moins protégé », notamment quand il s'agit de personnes fragiles, immunodéprimées, « ce n'est pas un problème de santé publique ».

Christian Perronne est catégorique : « Si on avait des bonnes sérologies, on verrait qu'une grande partie de la population est déjà protégée naturellement, à vie ». Mais là, « toutes les prévisions marketing des grands laboratoires pharmaceutiques s'effondreraient ». Et si on conteste son estimation de 75 % de la population française naturellement protégée, alors qu'on lui démontre le contraire, avec de bons tests sérologiques, ce qui n'est pas le cas des tests actuellement utilisés.

Vaccins à virus inactivé : trop tard ?

Dans sa « lettre à ses amis suisses », Christian Perronne était porteur d'un message limpide sur l'état de la pandémie de Covid-19 : « L'épidémie est actuellement au niveau de n'importe quelle infection respiratoire banale, et la mortalité est extrêmement faible : 46 morts par jour en France à la mi-novembre, au lieu de 317 début janvier », soit 7 fois moins.

Devant le Conseil scientifique indépendant, Christian Perronne est formel : « Si c'étaient des vrais vaccins à virus inactivé, je serais 100 % pour ». Mais il ajoute : « Maintenant, l'épidémie est tellement faible, je ne vois pas pourquoi on vaccinerait toute une population, ça n'a plus de sens aujourd'hui ». Cela étant, le professeur ne dissimule pas que, « maintenant », il a « moins confiance dans l'industrie pharmaceutique » et que, si on lui dit que c'est un vaccin à virus inactivé, il veut savoir « ce qu'il y a dedans ».

Et « on hallucine », reprend-il, quand on découvre que l'Agence européenne du médicament avouait, dans le courant de l'été, qu' « elle ne savait pas la composition complète » des vaccins dont elle avait recommandé

la commercialisation provisoire. « Comment accepter de donner une autorisation sans savoir ce qu'il y a dans la fiole ? » Vraie question, en effet !

« Ces vagues, je n'y crois absolument pas »

Interpellé sur la cinquième vague, dont le Dr Ménat n'a vu dans sa patientèle « que des gripes tout à fait banales », Christian Perronne admet qu' « il y a un petit rebond de cas, basés sur des tests PCR qui ne sont pas fiables ; la vraie vague, c'est celle de mars-avril 2020, où l'on refusait les personnes âgées à l'hôpital ».

Après avoir parlé à l'été 2020 d'une deuxième épidémie de faux positifs, Christian Perronne confirme son analyse. Pratiquer des tests PCR sur des personnes asymptomatiques, « cela n'a aucun sens », et cette cinquième vague « elle existe en grande partie grâce aux tests PCR » qui, à partir d'août 2020, « disaient si vous étiez malade ou pas, alors que vous étiez en pleine forme ». C'est pourquoi « ces vagues, je n'y crois absolument pas ; la seule chose que j'ai regardée, c'est les taux de mortalité », en sachant qu'on a gonflé les chiffres de mortalité. Et on voit désormais apparaître en France « ce qu'ont vécu nos collègues anglais et israéliens : des milliers de gens qui ont été inoculés commencent à être contaminés, parce que ces produits ne protègent pas de l'infection, et font des formes graves et se retrouvent en réanimation ».

L'histoire naturelle d'une épidémie ...

Le professeur Perronne explique « la dynamique des virus et des microbes depuis des siècles. Dans les épidémies, un virus qui était nouveau pour l'homme perd toujours de sa virulence. Le virus n'a pas intérêt à tuer tout le monde. Son intérêt, c'est de survivre ; et, pour survivre, il a besoin de gens en vie, il préfère les rendre malades. La population touchée par le virus finit par s'adapter, par avoir une immunité. C'est l'histoire naturelle, normale d'une épidémie : les variants sont de moins en moins virulents ». Et Christian Perronne de conclure sur ce point : « La seule chose qui a fait peur aux gens, c'est les médias ! » Il est vrai qu'ils n'ont pas lésiné. Et le pouvoir politique non plus !

Quant à la gestion – contestable à plus d'un titre – de cette pandémie, son opinion est très claire : « Cette pandémie, si on l'avait confiée aux médecins généralistes, elle serait terminée ». Mais on a interdit aux médecins de prescrire, grande première dans l'histoire de la médecine, et on a attendu que l'état des malades soit très dégradé pour les placer en réanimation.

Essais cliniques, effets secondaires de la « vaccination », risques encourus par les « vaccinés » ...

Répondant à diverses questions des membres du Conseil scientifique indépendant, Christian Perronne observe d'abord que « l'industrie pharmaceutique n'a plus de candidats pour ses essais cliniques », puisque « les trois quarts des Français sont immunisés contre le coronavirus à vie ». Et il n'existe « aucune donnée scientifique pour la 3ème dose, la 4ème dose, la 5ème dose » ; c'est le seul Conseil de défense qui décide souverainement. Comme on ne peut pas faire d'essais vaccinaux sur une population immunisée aux 3/4, le pouvoir en est réduit à « passer en force ». Quand bien même on a pu mesurer, en Israël par exemple, que la 3ème dose avait fait beaucoup de dégâts dans les maisons de retraite.

D'autre part, on méconnaît gravement les effets secondaires (« il n'y en a pas 10 % qui sont déclarés ! ») et les décès liés à la « vaccination ». Mais on voit de jeunes sportifs qui s'écroulent sur le terrain, ou décèdent dans leur sommeil. Alors qu' « aux États-Unis, on avait arrêté de vacciner au bout de dizaines de morts » en d'autres temps. « C'est dramatique de voir ça aujourd'hui », poursuit Christian Perronne en pointant du doigt les responsabilités : « Toutes ces personnes qui prennent des mesures terribles sont dos au mur. Comme ils ne veulent pas reculer, ils foncent dans l'inconnu ; ça va leur revenir en boomerang ».

Pire encore, si tant est que cela soit possible, la leçon que l'on peut déduire des chiffres officiels de « Santé publique Grande Bretagne » : « Les personnes qui ont été soi-disant "vaccinées" ont 4 fois plus de chances de mourir si elles rencontrent le Covid que les personnes non-vaccinées ». Christian Perronne commente sobrement : « Ce sont des données officielles. C'est quand même assez inquiétant de voir cela ».

« Fan de la vitamine D »

Abordant les questions de prévention, le Dr Ménat insiste sur le rôle décisif de la vitamine D dans la réduction des infections respiratoires, et la présente comme un traitement inespéré de la Covid-19, tant elle réduit le risque d'infection et la mortalité, comme l'a révélé une étude israélienne. Le professeur Perronne abonde dans son sens : « Je suis un fan de la vitamine D. Pour moi, c'est un anti infectieux. Tous les gens supplémentés en vitamine D ont beaucoup moins de maladies chroniques ».

Non à la vaccination des enfants !

C'est l'un des derniers sujets abordés. Pour Christian Perronne, « ça n'a aucun sens. Ils ne font pas de formes graves, transmettent très peu ». Et « vacciner les enfants, ça va faire des morts, mais ça ne va pas protéger ».

Un scandale ignoble : le remdesivir envoyé en Inde...

Au moment de conclure, avant de dénoncer la « tyrannie sanitaire », la « dictature terrible » et d'appeler à une résistance pacifique, le professeur Perronne s'élève contre « un scandale ignoble » : l'envoi en Inde du « remdesivir qu'on n'a pas pu utiliser » dans la lutte contre le Covid-19. Là, on touche le fond...

Quand on a écouté attentivement le professeur Perronne, on comprend beaucoup mieux pourquoi le président du Conseil scientifique élyséen, M. Delfraissy, a refusé le débat contradictoire que lui proposait son ancien collègue d'internat. Ce serait tout simplement donner un écho gigantesque aux propos de Christian Perronne qui échappent, hélas ! au plus grand nombre de nos compatriotes, et appeler... à la révolte.

C'est le général de Gaulle qui l'écrivait dans « Le fil de l'épée » : « Il faut préférer les cœurs fermes et incommodes aux âmes faciles et sans ressort ». Mon choix est fait...

Alain TRANCHANT, pour FranceSoir, publié le 02/12/2021

Pr. Christian Perronne : « Les personnes vaccinées sont dangereuses et doivent être isolées des personnes non vaccinées »

L'ancien vice-président du groupe consultatif européen d'experts en vaccination de l'Organisation mondiale de la Santé, le professeur Christian Perronne, a déclaré hier que « toutes les personnes vaccinées doivent se mettre en quarantaine pendant les mois d'hiver » ou risquer une maladie grave.



Pr. Perronne

Le Pr Perronne est spécialisé dans les pathologies tropicales et les maladies infectieuses émergentes. Il a été président de la commission spécialisée sur les maladies transmissibles du Conseil supérieur de Santé publique.

Confirmant la détérioration rapide de la situation en Israël et au Royaume-Uni, l'expert en maladies infectieuses a déclaré :

« Les personnes vaccinées devraient être mises en quarantaine et isolées de la société ».

Il a ajouté :

« Les personnes non vaccinées ne sont pas dangereuses ; les personnes vaccinées sont

dangereuses pour les autres. C'est prouvé en Israël maintenant – je suis en contact avec de nombreux médecins en Israël – ils ont de gros problèmes, les cas graves dans les hôpitaux sont parmi les personnes vaccinées, et au Royaume-Uni également, vous avez le programme de vaccination le plus large et il y a aussi des problèmes ».

Le groupe de travail actuel sur la pandémie de Covid-19 en France aurait été « complètement paniqué » à la réception de la nouvelle, craignant un pandémonium s'il suit les conseils des experts.

Le médecin israélien Kobi Haviva déclaré à *Channel 13 News* :

« 95% des patients gravement malades sont des vaccinés. Les personnes complètement vaccinées représentent 85 à 90% des hospitalisations. Nous ouvrons de plus en plus de succursales Covid. L'efficacité des vaccins diminue ou disparaît ». [...]

Réseau International, 01 novembre 2021

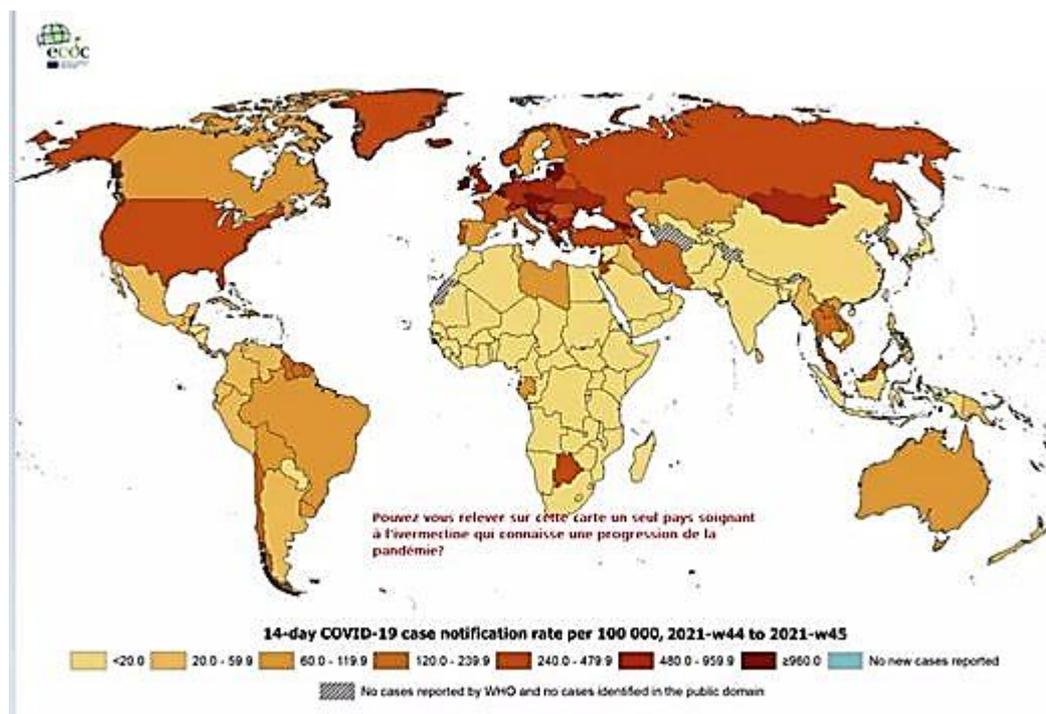
<https://fr.sott.net/article/38625-Pr-Christian-Perronne-Les-personnes-vaccinees-sont-dangereuses-et-doivent-etre-isolees-des-personnes-non-vaccinees>

Ces cartes qui démontrent combien Christian Perronne a raison

Il faut remercier Yvan Rioufol d'avoir bravé le CSA et les Bien pensants pour permettre à Christian Perronne de s'exprimer.

Un grand monsieur, modeste et profondément humain.

Ce cher Professeur a eu à peine le temps d'asséner des vérités que je voudrais ici conforter par des cartes, des graphiques et des éléments factuels incontestables.



Les effets secondaires ?

17 821 décès liés aux vaccins anti Covid déclarés sur Eudravigilance au 20.11.2021 (base de pharmacovigilance) - Pfizer : 8 724 - Moderna : 4 542 - Astra Zeneca : 3 731 - Jansen : 841 La pharmacovigilance ne remonte qu'entre 1% et 10% de la réalité.

Professeur Perronne : « Il n'y a pas de 5ème vague ». Les « vaccins » Covid n'empêchent pas d'attraper le Covid, ni de le transmettre ni de faire une forme grave. Tous les pays qui n'ont pas utilisé ces « vaccins » s'en sortent mieux. Regardez les cartes.

Le devenir de la Pandémie ?

C'est l'histoire qui donne raison à Christian Perronne, le précédent virus, celui de 1890 est devenu un simple rhume qui nous protège contre la covid actuelle, oui ce type de virus s'affaiblit à la condition de ne pas jouer aux apprentis sorciers...

Il suffit ensuite de regarder les cartes....

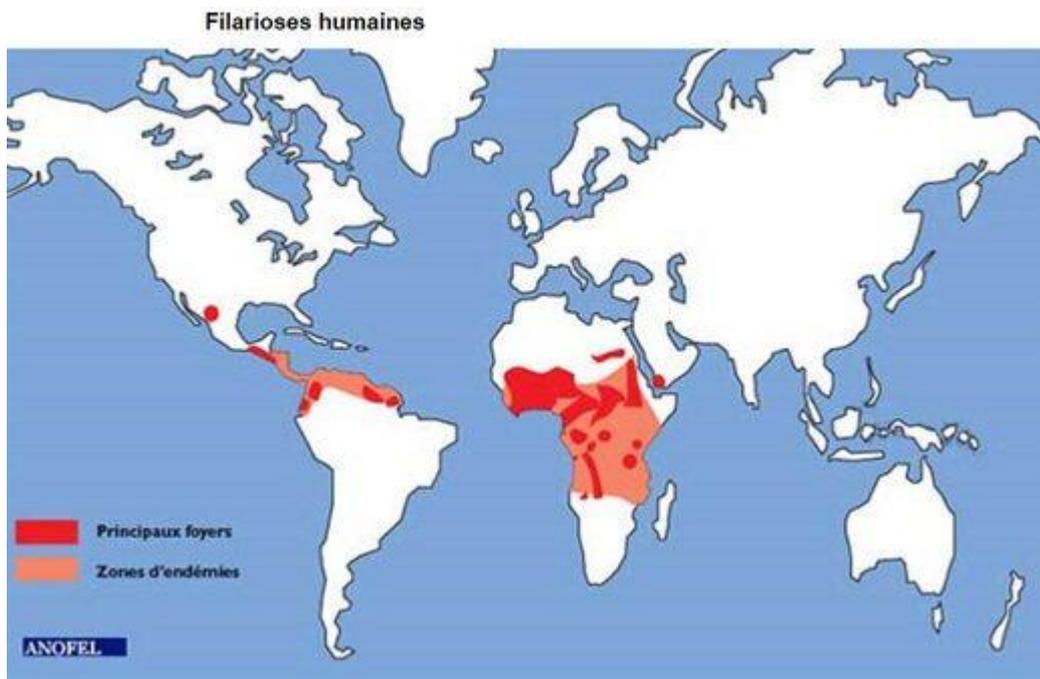
Commentaire : Au cas où la vidéo disparaîtrait de YT (forte probabilité), elle est également visible sur ce lien Telegram : <https://t.me/videointeressante/3>

Ces populations protégées car soignées contre le palu et l'onchocercose

S'il n'y a pas de pouvoirs politiques libres qui puissent faire le choix de l'ivermectine ou de l'hydroxychloroquine, il y a peut-être des populations qui ont été protégées de la Covid malgré ces autorités politiques, c'est-à-dire protégées parce qu'elles étaient tout simplement soignées pour d'autres maladies. C'est le cas pour l'onchocercose, c'est-à-dire la cécité des rivières.

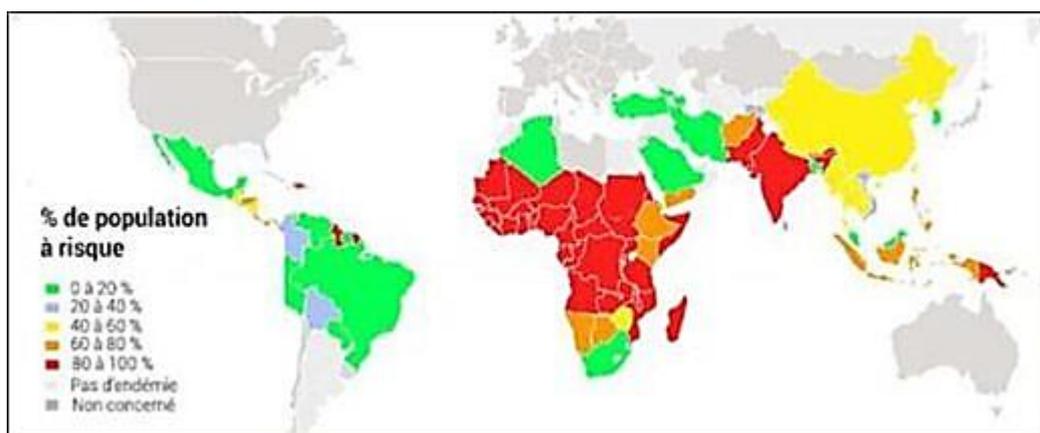
- L'onchocercose est une maladie due à une filaire qui est un parasite l'onchocerca volvulus, vivant sous la peau. Cette maladie touche environ 25 millions d'individus dans le monde. Le risque majeur est la cécité par atteinte de la cornée et de la rétine.
- Le traitement par l'ivermectine, en une prise tous les six mois, permet maintenant de faire régresser la maladie.
- La prévention, comme souvent, est en partie liée à l'éradication des simulies par des insecticides et l'assèchement des zones humides où elles vivent.

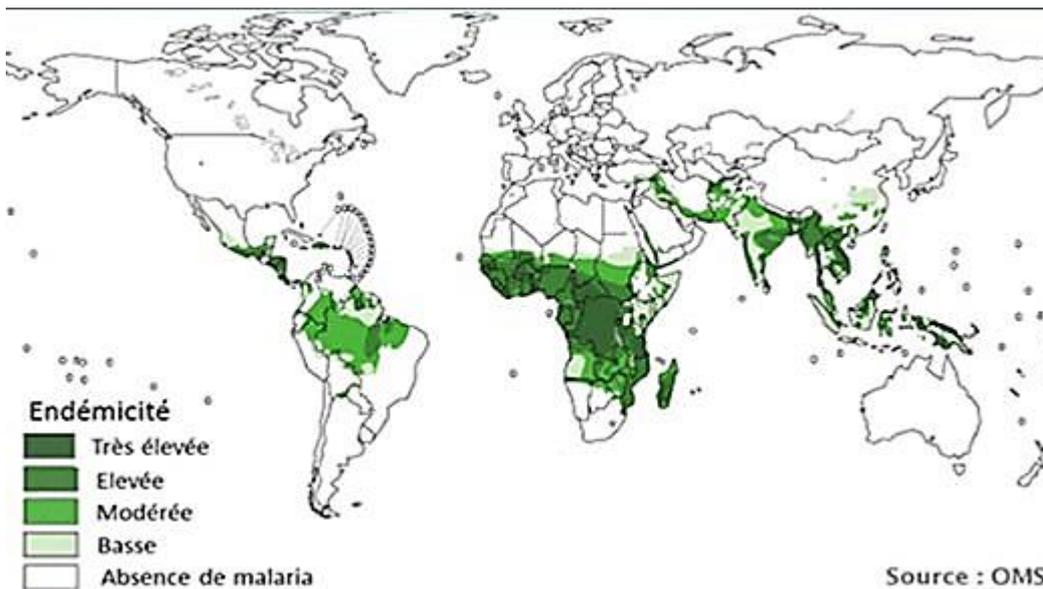
Vous avez en rouge les zones du monde qui sont particulièrement touchées. Je peux vous assurer que les populations soignées contre l'onchocercose, sont protégées de la Covid. On peut tout à fait s'intéresser aussi aux médecines disparues ; pour l'onchocercose, on sait très bien que c'est l'ivermectine.



filarioses humaines

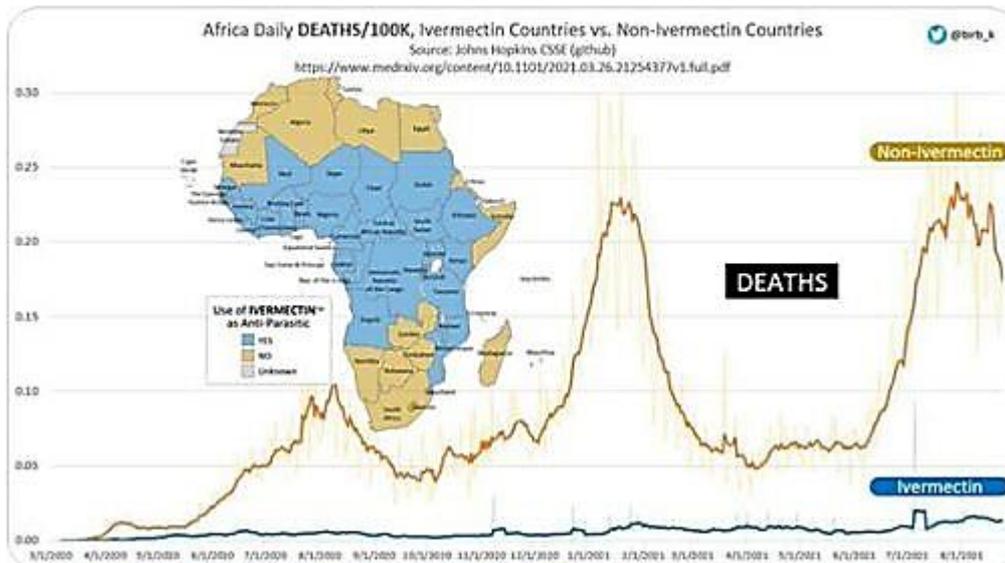
Le virus n'aime pas le palu, mais alors pas du tout. On sait très bien que pour le palu, il y a l'artémisinine, un peu l'ivermectine, l'hydroxychloroquine.





Idriss J. Aberkane @idrissaberkane · 3h

Décès Covid avec ou sans ivermectine en Afrique selon l'université Johns Hopkins mais ce médicament ne fonctionne pas on vous dit...

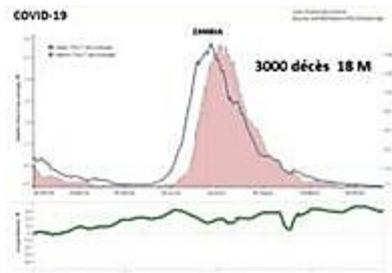
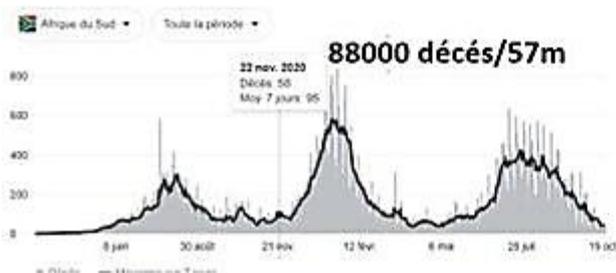


Cette étude est d'Idriss Aberkane, Gérard Maudrux l'a reprise. C'est la différence entre l'Afrique qui est soignée à l'ivermectine contre la cécité des rivières par rapport à celle qui ne l'est pas. On voit très nettement que l'Afrique soignée à l'ivermectine – malgré elle – a infiniment moins de morts que l'Afrique qui n'est pas soignée à l'ivermectine, qui a la « malchance » de ne pas avoir d'onchocercose.

Plus de 99% des cas d'onchocercose en Afrique ont lieu dans ces 32 pays, soit 973 millions d'habitants qui font l'objet d'une campagne massive de l'OMS avec l'ivermectine, en vue d'éradiquer la maladie. Les 22 autres pays (« groupe placebo ») de 357 millions d'habitants ne l'utilisent pas.

La situation est plus intéressante encore pour l'Afrique subsaharienne avec la fracture entre la République sud-africaine (et ses satellites) et le reste du continent, du Sénégal au Congo.

- En Afrique du Sud, 18% de vaccinés, pays officiellement le plus touché avec un total de 83 899 décès dus au Covid-19, environ 7 400 nouveaux cas et 234 nouveaux décès quotidiens recensés en moyenne ces sept derniers jours, contre jusqu'à 20 000 cas et 420 décès par jour en juillet.
- La République Sud-Africaine pourchasse ceux qui voudraient utiliser l'ivermectine et bat tous les records de Covid du continent !
- Elle n'est touchée ni par le paludisme, ni par la cécité des rivières, donc il faut se tourner vers la propagande (sic - Note de Sott) pour tenter de s'en procurer.



- Au Mozambique tout proche avec moins de 5% de vaccinés mais une ivermectine omniprésente, la Covid tue 100 fois moins par million d'habitants. Les habitants de la Namibie peuvent s'en procurer et la Covid ne pose plus de problème. Il fallait être attentif et comparer ce qui est comparable. Et je préfère me contenter de comparer, dans le Maghreb, la Tunisie et les autres.

Maghreb : la Tunisie victime du Paracétamol

Au moins 38% des Tunisiens ont reçu leur première dose contre 7% des Egyptiens mais pas de commune mesure entre les deux pays ; par million d'habitants, il y a cent fois moins de cas et de décès en Égypte. Le Maroc a vacciné la moitié de sa population et il est relativement épargné, tout comme l'Algérie.

Ces trois pays ont des structures démographiques, des comorbidités proches. Pourquoi la Tunisie et pas les deux autres ?? Une seule explication explose : le Maroc reste fidèle au protocole Raoult, l'Égypte y ajoute l'ivermectine. La Tunisie s'est soumise à l'interdiction des traitements précoces.

L'Amérique latine guérie du palu et de l'onchocercose plonge dans la Covid

L'Amérique centrale et les Caraïbes connaissent ces molécules, au Mexique l'exemple viendra du Chiapas et sera repris par Mexico. Dans le Golfe du Mexique, Haïti [est] protégée, et nos DOM TOM privés de la molécule qui les soignent font de la résistance.

Le Chiapas est en jaune :

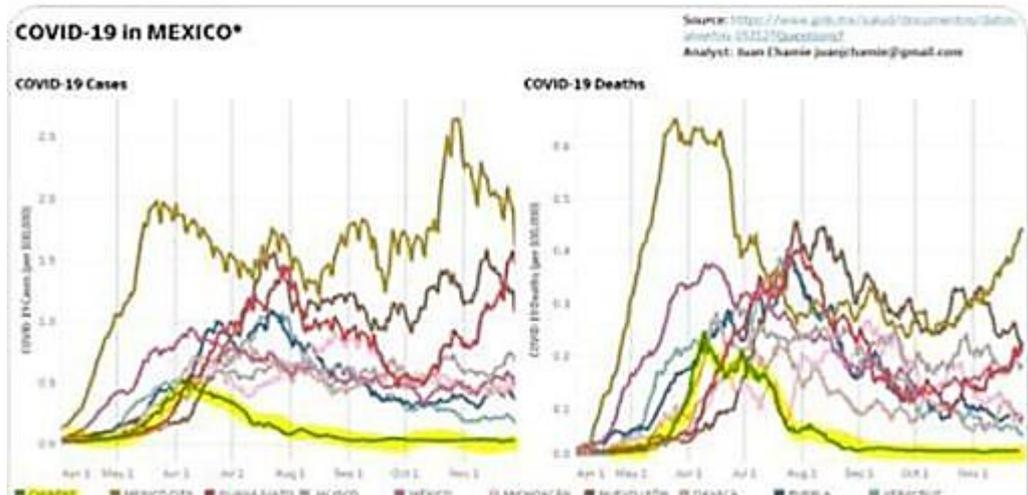
J Chamie @jjchamie · 4 déc.

🇲🇽 COVID-19 in Mexico

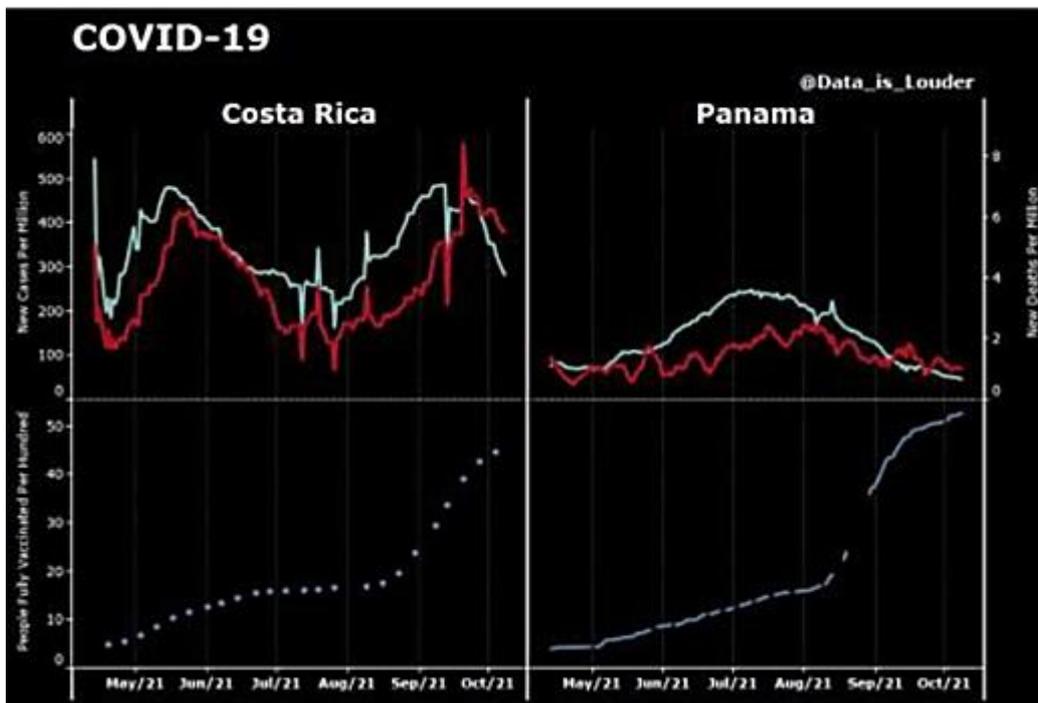
Cases and deaths per 100,000 people

Chiapas highlighted in yellow started massive ivermectin distribution in July.

No other state did it.



Le Costa Rica vaccine et écoute Big Pharma, Panama prend l'ivermectine :



Le Brésil

Il faut en finir avec une légende médiatique, le Brésil n'est pas le pays de l'ivermectine et des soins précoces, au contraire. C'est un État fédéral, Bolsonaro n'a aucun pouvoir dans le secteur sanitaire. *Le Brésil est le modèle de pays N'AYANT PAS EU RECOURS AUX TRAITEMENTS PRÉCOCES, il le paie très cher.* Pire les vaccins pasteuriens à virus atténués interdits en France sont plus efficaces que les injections expérimentales de Pfizer. Mais le vaccin n'est pas suffisant.

Bolsonaro n'a constitutionnellement pas de moyens d'agir, il fait des discours. Dans les faits, le Brésil vaccine et ne soigne pas précocement...

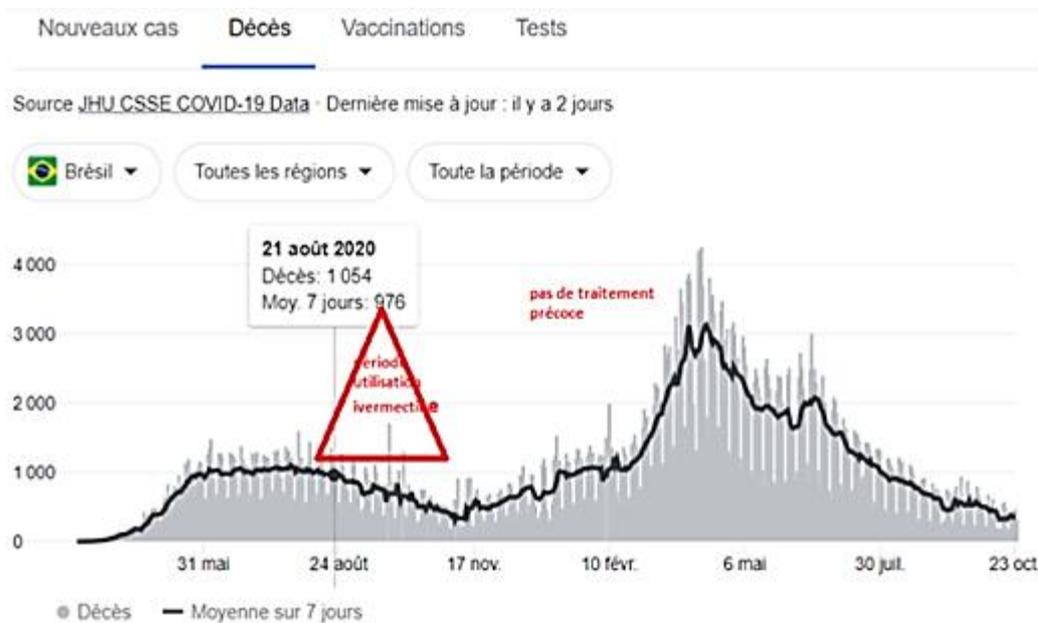
<https://www.gov.br/saude/pt-br>

Il y a un an, la Cour suprême avait donné aux États et aux municipalités l'autonomie pour imposer leurs propres mesures de restriction. Mais dans la pratique, sauf quelques rares exceptions, notamment dans quelques villes de l'État de Sao Paulo (sud-est), seules certaines activités considérées comme non essentielles ont été fermées, sans confinement total.

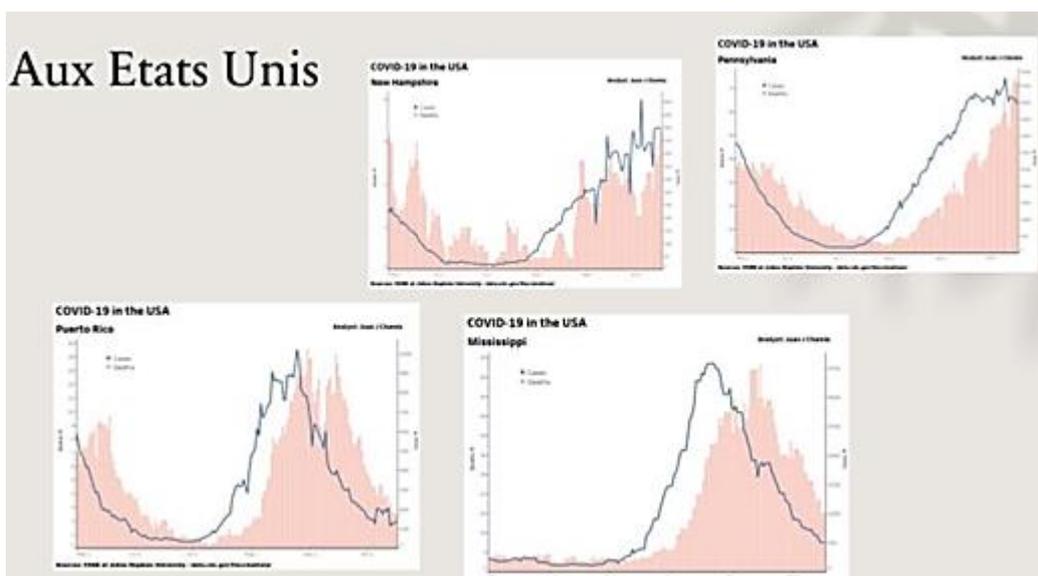
À ce jour, le confinement au Brésil est décidé par les autorités locales. La Cour suprême a confirmé que chaque gouverneur pouvait décider des mesures d'isolement social. « Ce n'est pas au gouvernement fédéral de bannir des mesures [...] qui ont prouvé leur efficacité pour réduire le nombre de contaminations et de morts », peut-on lire dans la décision de justice. Selon le Brazilian Report, la Cour suprême donne ainsi « un feu vert aux États pour défier le Président ».

Bolsonaro a manifesté son attachement à la chloroquine mais sans le moindre effet sur la politique du pays et ce malgré des études réalisées dans les hôpitaux brésiliens favorables à la molécule.

L'utilisation de l'hcq progresse bien de 50% en mars avril 2020, mais passée la première vague, elle est abandonnée pour suivre les avis de l'OMS et déplaire à Bolsonaro.



Les bonnes pratiques des États du Nord des USA, et les « ploucs » du Sud ou des Caraïbes qui prennent de l'ivermectine :

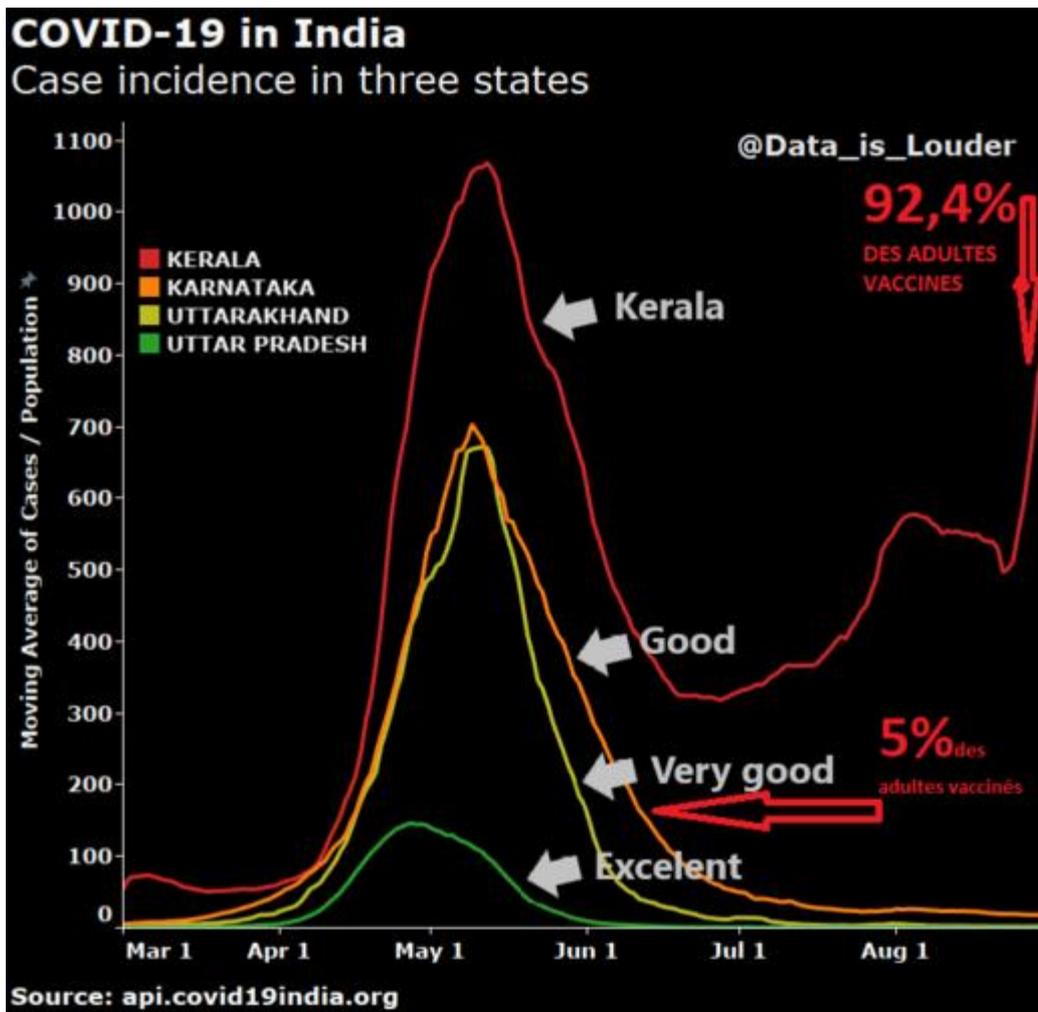


Le modèle du Kerala et celui de l'Uttar Pradesh

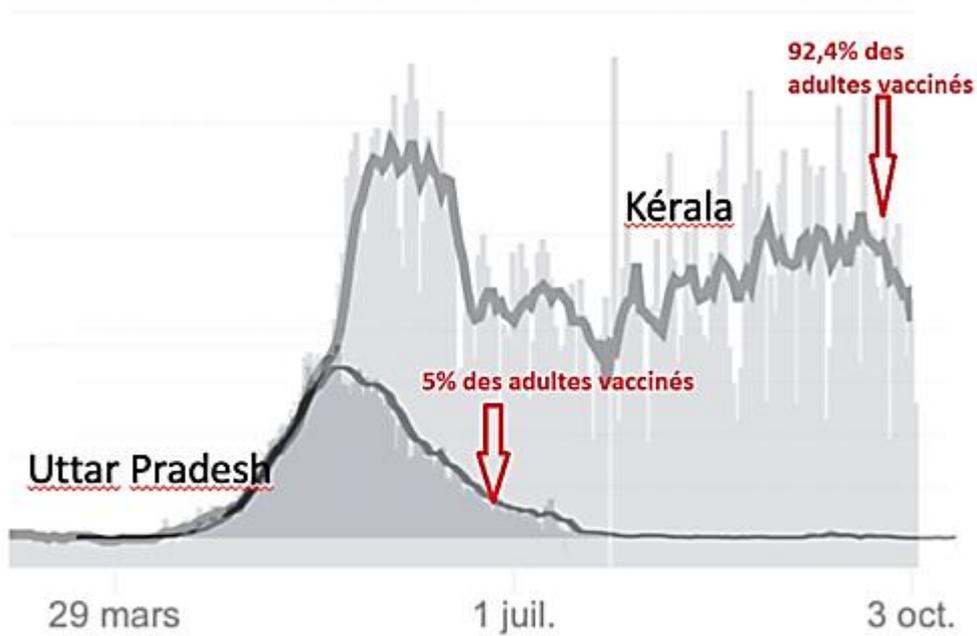
Il faut rappeler que l'Inde est un État fédéral où les enjeux politiques sont considérables et que l'OMS est omniprésente ; mais deux cas de figure apparaissent : le symbole du Kerala FACE à celui de Uttar Pradesh.



Fin août 2021, les médias indiens remarquaient l'écart entre le succès massif de l'Uttar Pradesh et l'échec relatif d'autres États, comme le Kerala. Fin août, le Kerala (20% de vaccinés) avec ses 35 millions d'habitants, signalait 31 445 nouveaux cas (et 215 décès) en une journée, alors que l'Uttar Pradesh (5% de vaccinés), avec une population de près de 240 millions d'habitants, ne signalait que 22 cas (2 décès) le même jour. La principale différence pouvant expliquer ces résultats que les vaccins ne corrigeaient pas : l'un avait le kit, l'autre le refusait, sur les conseils de l'OMS. Est-ce que, en distribuant d'un côté, en déconseillant de l'autre, l'OMS et le CDC ont volontairement voulu faire un test grandeur nature avec des États traités et des États placebos ?



Au Kerala, 92,4% des adultes ont reçu au moins une dose de vaccin ; dans l'Uttar Pradesh, ils ont cassé la maladie alors qu'il y avait 5% de vaccinés. L'Uttar Pradesh soignait à l'ivermectine, pas le Kerala. Regardez bien parce que ce qui m'intéresse n'est pas tant le Kerala contre l'Uttar Pradesh. Pourquoi ? J'ai discuté avec des gens qui n'ont pas du tout mon avis ; ils m'ont dit qu'ils avaient sous-estimé la mortalité. J'ai fait une étude et je ne me cache pas la sous-estimation. Je me suis lancé dans toutes les approches comme je le fais toujours, entre la mortalité telle qu'elle est déclarée et la mortalité telle qu'elle est. Et oui, peut-être que dans l'Uttar Pradesh on a sous-estimé les décès de trois à un. On ne l'a pas fait que là, on l'a également fait dans des États qui ne soignaient pas à l'ivermectine, dans des États où, au contraire, on pratique la politique voulue par l'OMS. Et là, je me suis dit qu'il fallait comparer en fait le Kerala et le Karnata. Pourquoi ? Parce que ces deux États sont tout à côté ; j'ai mené une étude permettant de calculer combien ils avaient sous-estimé de morts. C'est la même chose, un à trois dans les deux cas.



Décès par million d'habitants

Nouveaux cas Décès

Source JHU CSSE COVID-19 Data - Dernière mise à jour : il y a 2 jours

Inde Karnataka Toute la période

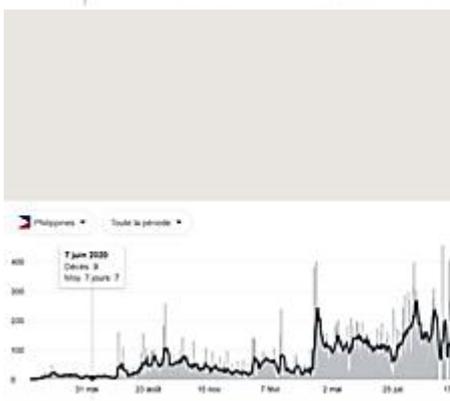




Mais quand on tient compte de toutes ces données, l'un a soigné massivement à l'ivermectine, l'autre absolument pas. Au Kerala : 37 millions d'habitants, 748 morts par million, au Karnata : 68 millions d'habitants, 567 morts par million. Ce n'est pas extraordinaire mais là, je peux dire que la seule différence qu'il y a entre ces deux États très proches, c'est que l'un a soigné à l'ivermectine et l'autre pas. Et que l'on ne me sorte pas qu'ils ont sous-estimé les chiffres ; non, non, ils n'ont pas plus sous-estimé l'un que l'autre et là, il s'est bien passé quelque chose.

Indonésie et Philippines

On pourrait également montrer comment l'Indonésie a utilisé l'ivermectine avec très peu de vaccinés. On compare tout simplement avec l'archipel le plus proche, les Philippines ; eh bien, eux, ils sont dans la gadoue et ils y restent sans avoir soigné à l'ivermectine.



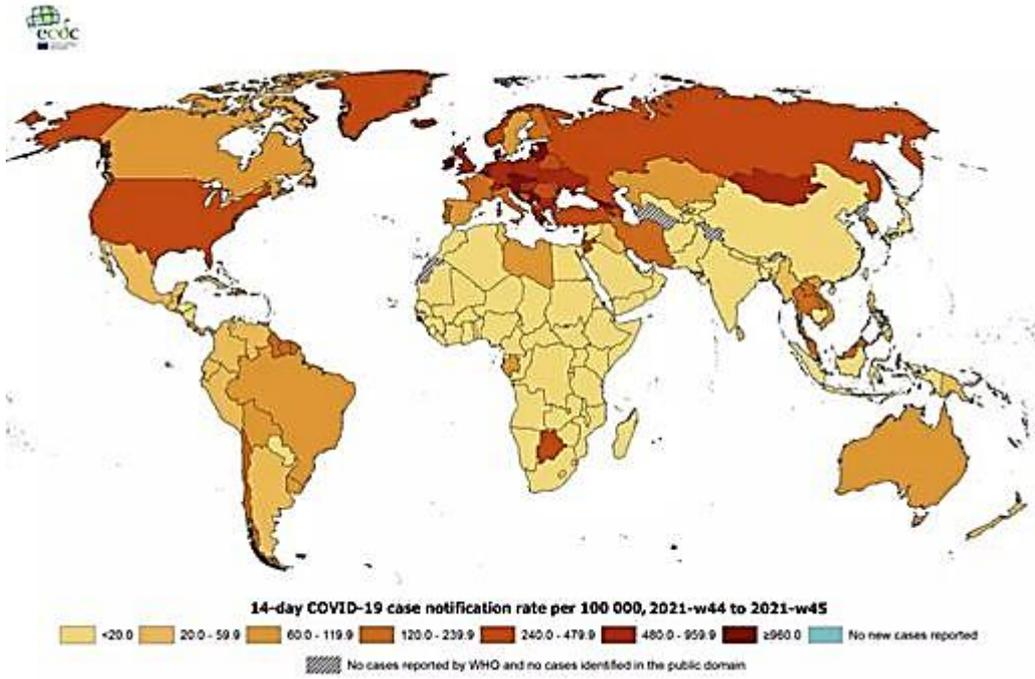
Le simple fait que deux événements coïncident dans le temps ne signifie pas nécessairement que l'un a causé l'autre. Premièrement, l'approbation de l'ivermectine ne nous dit pas si la population indonésienne a réellement utilisé l'ivermectine plus que les populations d'autres pays.

Même arguments mais pourtant aujourd'hui moins de 22% de la population est totalement vaccinée. Ils estiment que c'est suffisant... Bizarre en Russie ils sont à 33% mais ils n'utilisent pas de traitement précoces....

Et les voisins alors?

Le meilleur contre exemple, un autre archipel, les Philippines. Le dictateur local Duterte a combattu l'ivermectine... 107M Hab contre 270 en Indonésie

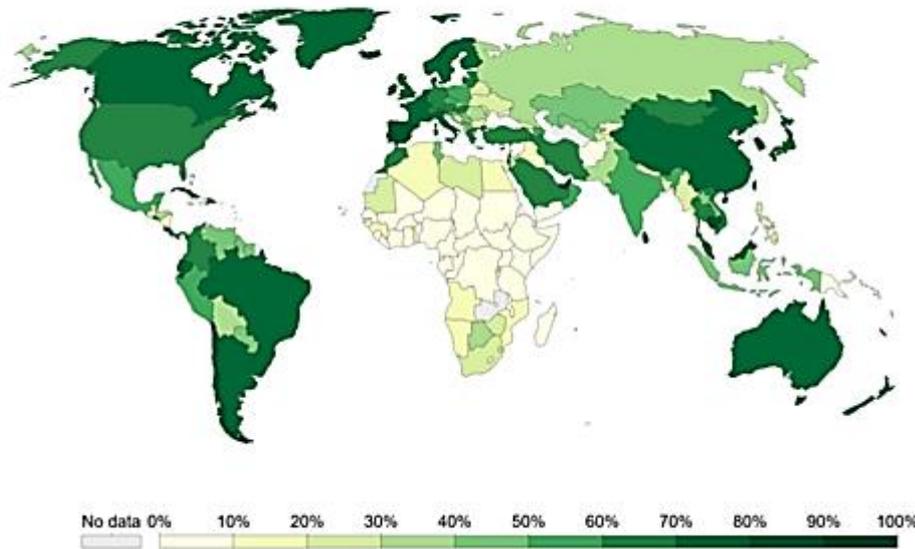
Adeptes de la manière forte et « exaspéré » par les réticences d'une partie de la population à se faire vacciner alors que les Philippines font face au variant Delta du Covid-19, le président Duterte n'hésite pas à menacer ses concitoyens de la prison. Il a prononcé un discours sans équivoque à la télévision.



Pouvez-vous relever sur cette carte un seul pays soignant à l'ivermectine qui connaisse une progression de la pandémie ?

Share of people who received at least one dose of COVID-19 vaccine

Total number of people who received at least one vaccine dose, divided by the total population of the country.



Source: Official data collated by Our World in Data – Last updated 8 November 2021, 11:00 (London time)
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Pouvez-vous comparez les deux cartes ???

Patrice GIBERTIE
pgibertie.com
22 novembre 2021

<https://fr.sott.net/article/38829-Ces-cartes-qui-demontrent-combien-Christian-Perronne-a-raison>

Limites et dangers de la vaccination, l'efficacité du traitement précoce et l'importance de rejeter le nihilisme thérapeutique



Le Dr Peter McCullough est un géant de la médecine académique ; il est aussi cardiologue, un vrai médecin qui soigne de vrais patients ; il est aussi un des premiers à avoir publié un protocole de traitement précoce covid ; il est surtout une personne profondément éthique.

[https://odysee.com/@ivermectine-covid.ch:5/Le-Dr-Peter-McCullough-sur-la-vaccination,-le-traitement-pr%C3%A9coce-et-le-rejet-du-nihilisme-th%C3%A9rapeutique-\(AAPS,-octobre-2021\)-wm.mp4:9](https://odysee.com/@ivermectine-covid.ch:5/Le-Dr-Peter-McCullough-sur-la-vaccination,-le-traitement-pr%C3%A9coce-et-le-rejet-du-nihilisme-th%C3%A9rapeutique-(AAPS,-octobre-2021)-wm.mp4:9)
[...]

Dr Peter MCCULLOUGH
ivermectine-covid.ch
01 novembre 2021

Laurent Toubiana : « Je ne cherche pas à rassurer, je regarde les faits »



Laurent Toubiana fait son retour dans les médias à l'heure « de la cinquième farce ». F. Froger / D6 / Francesoir

Cela faisait longtemps qu'on ne l'avait plus vu dans les médias : l'épidémiologiste Laurent Toubiana a relevé « le Défi de la vérité » ce matin, peu avant la conférence de presse d'Olivier Véran. Après avoir longtemps prêché dans le désert, le chercheur à l'Inserm fait son retour à un moment « où la compréhension du phénomène évolue dans la population ». « Le fait de répéter ce que je disais au tout début a un relief différent. C'est pour ça que je reviens aujourd'hui, parce que l'histoire recommence. [...] Comme disait Karl Marx "la première fois c'est une tragédie, la deuxième fois c'est une farce". Aujourd'hui, nous en sommes à la cinquième farce. »

Comme il l'explique dans un article publié sur le site web de l'IRSAN (Institut de Recherche pour la Valorisation des Données de Santé), qu'il dirige, la grande faute des gouvernants est d'avoir pris « des indicateurs extrêmement anxiogènes », notamment celui du taux d'incidence (nombre de personnes diagnostiquées positives au Covid-19 pour 100 000 habitants par jour), gonflé artificiellement en raison de ce qu'il appelle la « testomania ». « D'habitude pour caractériser une épidémie, on regarde le nombre de malades et de morts que génère cette épidémie. Aujourd'hui, on a changé de paradigme. On décide qu'une épidémie c'est le nombre de personnes testées positives à une trace d'un virus. » Or, comme le rappelle Laurent Toubiana, il y avait très peu de cas graves parmi ces cas positifs. « D'ailleurs, un certain nombre d'études ont démontré qu'au passage de cet événement Covid, la surmortalité pour 80% de la population était nulle, voire négative, en 2020. Seuls les plus de 65 ans ont connu une surmortalité faible, de l'ordre de 4%. » Autre élément à garder en tête : le rapport de l'ATIH, que nous avons déjà abordé sur le site de FranceSoir, a révélé que « seuls 2% de l'activité hospitalière a été consacrée en Covid [en 2020] ».

L'épidémiologiste se refuse à répondre à la question du « Pourquoi ». Mais il ne peut s'empêcher de souligner que les indicateurs privilégiés par le gouvernement ont permis de légitimer des mesures extraordinaires, au sens littéral du terme. « Si vous dites qu'au pic de la quatrième vague, en août dernier, il y avait 31 malades [et non testés positifs, ndlr] du Covid-19 pour 100 000 habitants, ça fait moins peur. Et donc, il est plus difficile de justifier des mesures de confinement et la vaccination généralisée. » On pourrait ajouter l'obligation d'une dose de rappel pour continuer à bénéficier d'un passe-sanitaire, comme vient de l'annoncer Olivier Véran, ce jeudi en tout début d'après-midi.

FRANCESOIR, publié le 25/11/2021

La « cinquième vague », nouvel épisode d'un feuilleton qui n'a que trop duré

« Tous les chiffres cités sont disponibles pour le grand public, accessibles sur Internet. Ils crèvent les yeux mais décidément, ils semblent difficiles à voir. »

TRIBUNE — Depuis quelques jours, la petite musique tant de fois entendue d'un nouvel épisode du feuilleton sanitaire en France se fait de nouveau entendre. Ce nouvel épisode s'appelle la « 5e vague ». Depuis plus d'un an et demi, la population française est soumise à un flot quasi continu de mauvaises nouvelles dont l'un des acteurs principaux est un virus du nom de Sars-Cov-2. Nous voici donc entrés dans une nouvelle zone de turbulence.

capture decran 2021-11-25 a 16.37.22.png

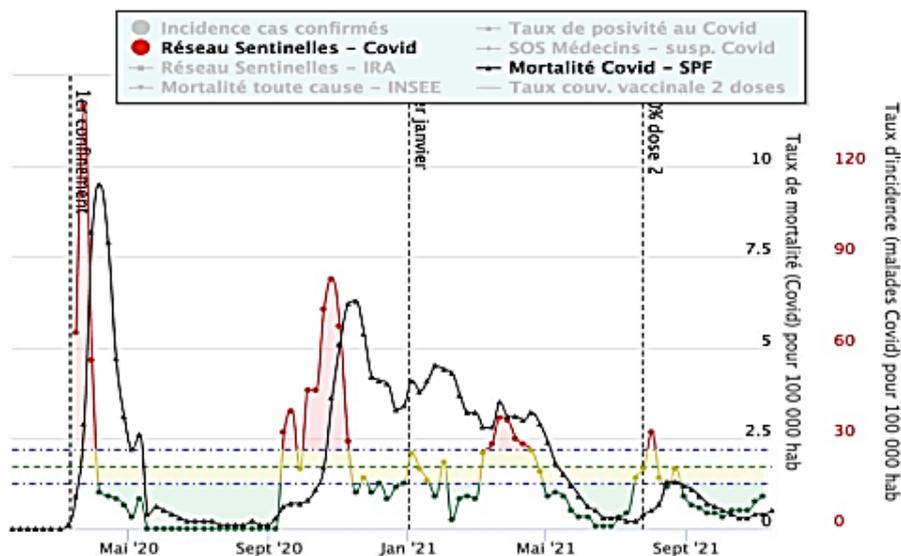


Fig. 1 : Évolution du taux d'incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants de malades du Covid-19 et des décès liés au Covid

Source : Réseau Sentinelles, Santé Publique France, mise en forme IRSAN (<https://covid.irsan.eu>)

Champ : France métropolitaine

Note de lecture : la courbe rouge montre l'évolution hebdomadaire pour 100 000 habitants de malades du Covid-19 selon le Réseau Sentinelles (échelle à droite en rouge de 0 à 120). En mars 2020, cette courbe montre un maximum avec 140 nouveaux malades en une semaine pour 100 000 habitants. Lors du 4^{ème} « pic » de cette courbe (début août 2021), l'incidence est de 31 nouveaux malades en une semaine pour 100 000 habitants.

La courbe noire montre l'évolution du nombre hebdomadaire de décès testés positifs au Covid-19 pour 100 000 habitants source Santé Publique France (échelle à droite en noir de 0 à 10). Le point maximum est au début de la courbe avec 9,7 décès en une semaine pour 100 000 habitants début avril 2020.

Le scénario est maintenant bien rodé. En amont, il commence par des avis de scientifiques qui, alors que tout est supposé « sous contrôle », annoncent la possibilité du retour d'une nouvelle vague épidémique. Ces oracles sont bientôt confirmés par des données venant de pays plus ou moins lointains ; tout va bien en France, mais ailleurs c'est très grave. Les hypothèses de nos scientifiques s'avèreraient donc exactes. Les articles de presse pleuvent sur la panique engendrée dans ces pays et les mesures très dures en passe d'être mises en œuvre. Ces mesures nous paraissent démesurées, mais une petite voix nous dit qu'il faut se préparer à ce que ce soit bientôt notre tour. Enfin, Santé Publique France donne l'estocade et annonce à son tour une élévation « inquiétante de l'incidence » sans vraiment expliquer ni de quoi il s'agit exactement, ni en quoi elle est inquiétante. Cette information est immédiatement relayée par de puissants organes médiatiques. Elle est ensuite reprise par les autorités qui remettent en place des mesures contraignantes (masque obligatoire dans toutes les écoles et dans la rue de départements de plus en plus nombreux). « En même temps », le porte-parole du gouvernement nous assure de ne pas nous inquiéter. Cela inquiète encore plus car, à chaque fois qu'il ne faut pas s'inquiéter, nous pouvons être sûrs du contraire ; cela est en général confirmé quelques jours plus tard. Le nombre d'articles publiés sur la prochaine vague augmente et prépare le terrain. « Quelques dissidents » sont invités à s'exprimer pour faire bonne mesure car nous sommes en démocratie, juste le temps de les décrédibiliser incompetents, naïfs, inconscients, irresponsables, dangereux, complotistes. Depuis toujours, une épidémie se caractérise essentiellement par le nombre de malades et de morts qu'elle provoque. Ainsi, ce que l'on appelle normalement « incidence » est le nombre de nouveaux malades en une

semaine rapporté à la population, lequel permet d'évaluer la dynamique d'une épidémie de maladie transmissible à évolution rapide. L'arrivée des tests et la massification de leur utilisation dévoyée à partir d'août 2020 a permis de redéfinir l'essence même de la définition classique de l'épidémie. Dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, les estimations de l'incidence à destination du grand public ne se réfèrent plus aux nouveaux malades ou morts engendrés par le virus mais à des porteurs de virus qui, à plus de 80 %, ne sont pas malades et ne le seront jamais. De fait, le nombre de porteurs de virus est beaucoup plus important que le nombre de malades ou de morts. Il est donc fallacieux d'utiliser le même mot « incidence » pour représenter une réalité différente de la définition communément admise par les épidémiologistes, l'incidence d'une pathologie. Pourtant, l'incidence d'une pathologie est un outil élémentaire utilisé pour le suivi de toutes les épidémies sous surveillance depuis des dizaines d'années (dont la plus emblématique est celle des syndromes grippaux). Pourquoi n'est-il pas appliqué pour l'événement épidémique du siècle ? Probablement parce que les incidences de la maladie covid-19 (et non des tests positifs) sont tellement faibles qu'elles ne peuvent être décentement invoquées pour justifier les mesures de contrôle qui apparaîtraient à l'évidence disproportionnées : confinements généralisés de la population, port du masque obligatoire dans la rue, taux de couverture vaccinale aberrant, passe sanitaire. Si l'incidence « classique » était utilisée, les populations n'auraient plus peur et n'accepteraient pas ces mesures considérées dès lors comme extravagantes.

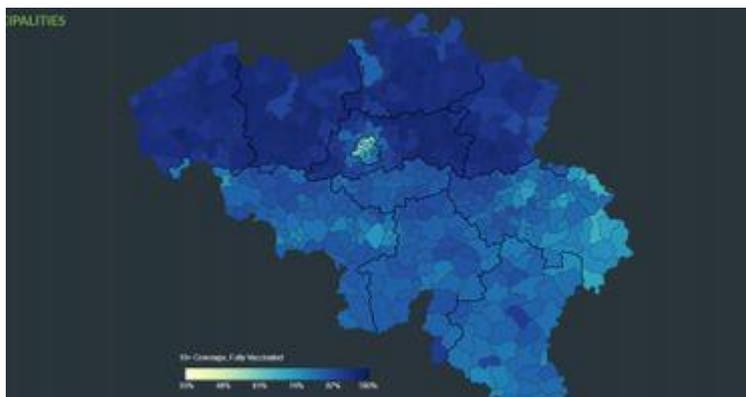
Justement, quelles sont les valeurs de l'incidence du Covid-19 ? En France, sur les 90 semaines depuis le commencement de la crise du Covid-19, la plus forte incidence a été observée entre le 23 et le 29 mars 2020, au tout début de la crise (cf. fig. 1). Lors de cette semaine paroxysmique, 140 nouveaux malades pour 100 000 habitants ont été estimés par le Réseau Sentinelles (premier réseau de surveillance de maladies transmissibles en France) ; les autres sources de médecins généralistes de terrain, dits de premier recours, sont concordantes. Pour fixer les idées, 100 000 habitants, c'est environ la population d'une préfecture importante (Caen, Nancy, Avignon...). À titre de comparaison, le même réseau de médecins estimait dans les mêmes conditions à plus de 600 malades de syndromes grippaux en une semaine pour 100 000 habitants en moyenne lors des pics épidémiques des années antérieures depuis 20 ans. Pourtant, connues depuis des siècles, les épidémies de grippe ont toujours été désignées comme des épidémies « banales » alors que le tableau clinique de la grippe est considéré comme touchant les individus plus durement que celui du Covid-19 dans la plupart des cas. Depuis mars 2020, aucune autre semaine n'a montré une incidence du Covid-19 supérieure. L'amplitude des pics saisonniers de l'incidence du Covid-19, fin octobre 2020, fin mars 2021 correspondant à ce qui a été improprement appelé « vagues » n'a cessé de décroître. Pour la dernière, dite 4ème vague, début août 2021, l'incidence du Covid-19 a atteint le chiffre dérisoire de 31 nouveaux malades en une semaine pour 100 000 habitants (cf. fig. 1). Il en va de même pour les hospitalisations et les décès. 31 nouvelles personnes avaient été hospitalisées et 9 sont décédées pour 100 000 habitants au cours de la semaine la plus impactée en 1 an et demi de crise.

Ces chiffres sont à peine crédibles tellement ils sont faibles. Toutefois ils sont cohérents avec ceux qui ont été publiés par l'ATIH et qui indiquent que seulement 2 % de l'activité des hôpitaux ont été consacrés au Covid-19 en 2020. Par ailleurs, il a été établi que cette période de crise sanitaire prétendue « majeure » n'avait provoqué aucune surmortalité pour les personnes âgées de moins de 65 ans, soit 80 % de la population française, et une surmortalité de moins de 4 % pour les autres. De nombreux articles scientifiques ont montré que, sans pouvoir limiter l'épidémie, les mesures prises ont eu de nombreux effets délétères directs et indirects sur les individus et les populations. Ceux-ci ne font que commencer, comme la dégradation de l'état psychique, notamment chez les jeunes, la baisse du niveau scolaire ainsi que les conséquences sur la santé de la dégradation économique du pays suite à la politique du « quoi qu'il en coûte » décidée pour mettre en place le premier confinement et que les Français subissent du fait de l'augmentation de la facture énergétique. Quant au taux de couverture vaccinale aberrant avoisinant les 90 % de la population des plus de 12 ans, les autorités l'ont imposé aux populations en usant de méthodes d'intimidation ou de culpabilisation au motif de les protéger collectivement. Nous venons de montrer que l'impact réel en termes de morbidité et mortalité a été extrêmement faible. Mais cela ne suffit toujours pas : les populations, ayant déjà beaucoup souffert des mesures censées les protéger, doivent encore endurer un nouvel épisode de ce feuilleton insupportable. Tous les chiffres cités sont disponibles pour le grand public, accessibles sur Internet. Ils crèvent les yeux mais décidément, ils semblent difficiles à voir.

Article initialement paru sur le site de l'IRSAN, institut dirigé par Laurent Toubiana, et repris avec son aimable autorisation.

Laurent TOUBIANA, pour FranceSoir, publié le 25/11/2021

Cette province est la plus vaccinée de Belgique : elle vient pourtant de connaître un pic d'admissions inédit en 2021 et un record absolu de cas



Sciensano

Sur ce graphique de Sciensano, une province est colorée dans un bleu plus profond que les autres : c'est en effet en Flandre occidentale que l'on observe les plus hauts taux de vaccination du pays.

Coxyde, Middelkerke et De Haan figurent ainsi tout en haut du classement des communes les plus vaccinées, avec 88, 87, et 86% de leur population entièrement vaccinée. Mais c'est carrément 60 communes sur 64 qui sont au-delà des 80% de vaccination, soit loin au-dessus de la moyenne belge.

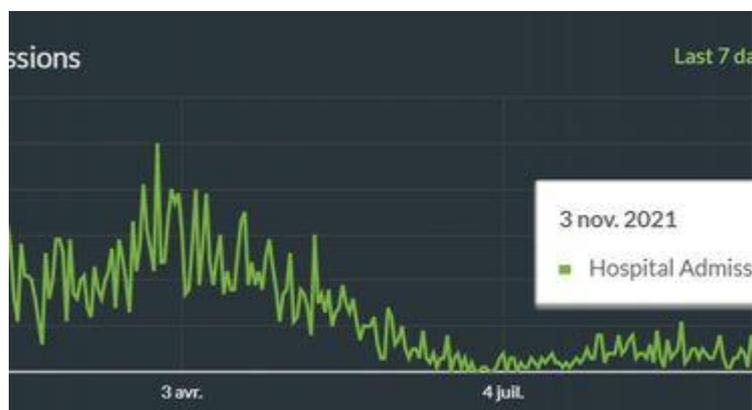
Et pourtant, la Flandre occidentale se trouve

dans une situation très délicate par rapport à l'épidémie de coronavirus : avec plus de 10 000 cas sur une semaine, et une incidence de 1 363 cas/100 000 habitants ces 14 derniers jours, elle est de loin *la province où le virus circule le plus*, et où la hausse reste la plus forte (+67% en une semaine). Il s'agit d'ailleurs du plus haut taux de contamination dans la province depuis le début de l'épidémie, puisque même au coeur de la seconde vague, le pic était juste au-dessus de 8 000 contaminations par semaine (lors de la première vague, seuls les cas les plus graves étaient détectés).

Ce 8 novembre, avec 2 251 cas détectés en un seul jour, constitue aussi le record de contaminations en Flandre occidentale depuis le début de l'épidémie.

Les experts insistent désormais sur ce point : la vaccination ne protège que partiellement contre les transmissions, mais elle continue d'être très efficace contre les formes graves. Très efficace ne veut toutefois pas dire efficace à 100%. Cela signifie que parmi un très grand nombre de contaminations, une proportion va hélas se traduire par des cas plus graves.

C'est ainsi qu'avec 54 admissions en 24 heures le 3 novembre, puis 49 le 10 novembre, la Flandre occidentale a atteint des chiffres records pour 2021, soit plus que lors du pic de la troisième vague (50 le 27 mars).



Sciensano

Idem pour le nombre de personnes hospitalisées : il y en a désormais 388, un record en 2021 là aussi (335 lors du pic de la seconde vague).

Pour le total de patients en soins intensifs par contre, avec 59 lits occupés, on reste loin en dessous du pic de la troisième vague (98 le 13 avril), et des 150 patients enregistrés au pic de la seconde vague.

RTBF

Dr Joseph Ladapo : « On empêche les personnes vaccinées de parler des effets secondaires ! »



[...] A. Ladapo : à contre-courant de la pensée unique, très critique sur le vaccin dès sa nomination en tant que chirurgien général le 21 septembre 2021 par le gouverneur de Floride Ron DeSantis. Et il est vrai que les faits lui donnent raison concernant le prétendu taux de protection du vaccin supérieur à 90 % et le blocage de la transmission :

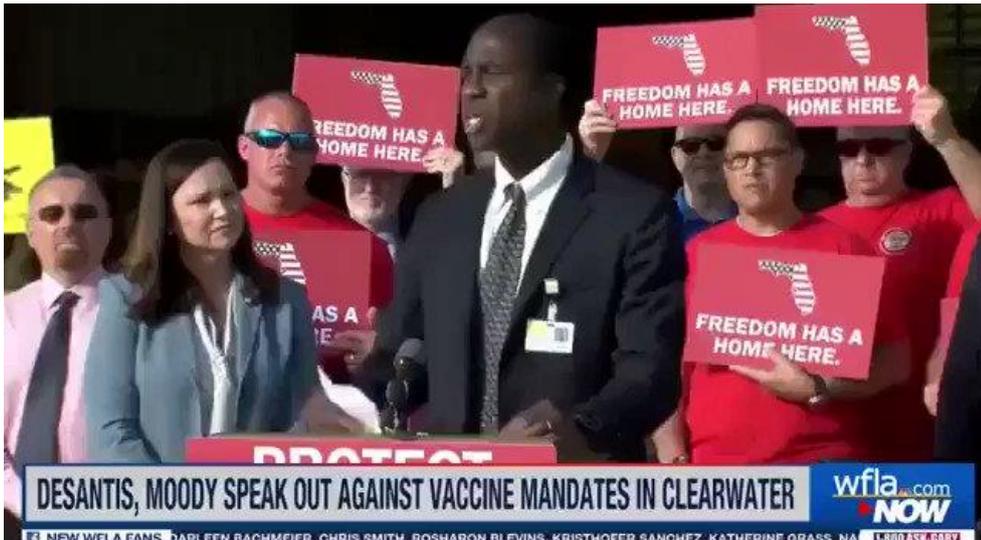
« Vous vous souvenez quand les gens vous disaient que ces vaccins allaient bloquer la transmission et que les taux de protection étaient supérieurs à 90 % ? Eh bien, devinez quoi ? Nous voici environ dix mois plus tard, et nous constatons que les données montrent que pour certains des vaccins, la protection contre l'infection est inférieure à 40 % et même moins que cela pour certains d'entre eux. Comme nous le savons maintenant, ces vaccins ne préviennent pas la transmission. » Ladapo déclare ensuite que les personnes qui ont eu des effets indésirables à cause du vaccin ont été réduites au silence : « Les personnes en bonne santé qui ont eu des effets indésirables après les vaccins, il y a eu un effort concerté pour empêcher le partage de leur histoire, leur expérience, les empêchant de recevoir l'attention qu'elles devraient manifestement recevoir. »

[Ivermectine-covid.ch](https://www.ivermectine-covid.ch)

@GabinJean3

Floride: arrêtez ce que vous faites pour prendre le temps d'écouter le ministre de la santé de la Floride. 2 minutes de pures lucidité et intelligence. Je propose de virer les ministres de la santé de France, Suisse et Belgique (allez, on ajoute le Canada) et de le cloner.

11:36 AM · Oct 29, 2021



« Donc cette idée, j'ai entendu certain dirigeants dire des choses comme : « *Nous allons créer des lieux de travail sûrs en rendant ces vaccins obligatoires* ». Eh bien, les deux choses sont dissociées, parce que les infections peuvent toujours se produire, que les gens soient vaccinés ou non. Je veux dire, c'est très évident. Et vous vous rappelez que ces gens vous disaient aussi que toutes ces infections de personnes vaccinées étaient rares. Eh bien, elles ne sont manifestement pas rares. En fait, elles sont courantes. Ça, c'est la vérité ! Donc cette idée que les obligations de vaccination sont nécessaires pour créer des lieux de travail sûrs, c'est un mensonge complet et pas du tout soutenu par la science. En fait, la science dit quelque chose qui est complètement à l'opposé. Certaines personnes ne sont pas à l'aise avec ces vaccins en raison du climat de malhonnêteté scientifique à propos de l'état de la science. Que ce soit l'immunité naturelle, son déni malgré les données, ou, dans le cas des vaccins, le besoin de discussions ouvertes et honnêtes sur l'efficacité et la sécurité. Il y a eu de la malhonnêteté autour de ça. La réalité de la sécurité de ces vaccins n'est absolument pas publique. Les personnes en bonne santé qui ont eu des effets indésirables après les vaccins, il y a eu un effort concerté pour empêcher le partage de leur histoire, leur expérience, les empêchant de recevoir l'attention qu'elles devraient manifestement recevoir. C'est complètement ridicule. Les Américains le sentent. Beaucoup d'Américains peuvent sentir qu'il y a une malhonnêteté totale sur la sécurité du vaccin. »

lemediaen442.fr
30 octobre 2021

<https://fr.sott.net/article/38612-Dr-Joseph-Ladapo-On-empêche-les-personnes-vaccinées-de-parler-des-effets-secondaires>

« Il y a quelque chose qui ne colle pas » : le pavé dans la mare du Pr Peter Doshi



« Ce n'est pas parce qu'on les appelle "vaccins" que ces nouveaux produits sont semblables aux autres vaccins obligatoires pour les enfants. » Capture d'écran.

La semaine dernière, le sénateur républicain du Wisconsin, Ron Johnson, a réuni un panel d'une dizaine d'experts pour évoquer les conséquences désastreuses de la politique vaccinale du gouvernement fédéral des États-Unis. « En cette période de *cancel culture*, dire la vérité peut se payer au prix fort. C'est pour ça que je tiens vraiment à vous remercier tous pour votre présence ici », a salué l'organisateur.

Parmi les différentes interventions, l'une a particulièrement retenu l'attention : celle de Peter Doshi. « Je suis attristé que notre société soit inondée par le "tout le monde sait". Cela a banni la curiosité intellectuelle et a mené à l'autocensure », s'est désolé ce professeur de pharmacie à l'Université du Maryland, également « senior editor » du *British Medical Journal*, la prestigieuse revue qui a récemment dévoilé le « PfizerGate ».

Première assertion brocardée par le scientifique : celle disant qu'il n'y a que les non-vaccinés qui décèdent du Covid-19. « Alors comment expliquer que la plupart des hospitalisations et décès du Covid au Royaume-Uni frappent des personnes entièrement vaccinées ? Il y a quelque chose qui ne colle pas. »

Autre fausse certitude : les essais cliniques ont démontré que les vaccins sauvent des vies. « Or, aujourd'hui nous disposons de plus de données, et il apparaît que les chiffres de décès sont similaires entre le groupe vacciné et le groupe placebo. »

Changement de définition

Peter Doshi a ensuite remis en cause la définition du terme « anti-vax ». « Le dictionnaire Merriam-Webster définit [l'anti-vax] comme quelqu'un qui s'oppose à l'utilisation des vaccins ou... à des lois imposant la vaccination. Je ne suis pas surpris par la première partie de la définition. Mais la seconde partie m'étonne. Nombre d'États n'imposent pas la vaccination, comme le Royaume-Uni ou le Japon. Et ces deux pays atteignent un haut niveau de vaccination. »

Le professeur de pharmacie a conclu sa brève intervention en contestant l'utilisation du terme vaccin pour les produits ARNm. « Je trouve d'ailleurs fascinant que le dictionnaire Merriam-Webster ait changé sa définition du mot vaccin au début de l'année afin d'y inclure les produits ARNm. » Par conséquent : « Que penseriez-vous de l'obligation des vaccins Covid si on ne les appelait pas "vaccins". Qu'en serait-il si ces injections étaient appelées 'médicaments'. » Et de conclure : « Ce n'est pas parce qu'on les appelle "vaccins" que ces nouveaux produits sont semblables aux autres vaccins obligatoires pour les enfants. [...] Je crois qu'il est temps d'injecter un peu d'esprit critique dans ce débat. »

[...]

Pour le Lancet, les vaccinés sont des contamineurs comme les autres

Du coup, le pass, il sert à quoi ?

Depuis le « LancetGate », où le prestigieux journal *The Lancet* avait fait paraître un article entièrement bidonné condamnant l'hydroxychloroquine, il est prudent de se méfier de ses papiers scientifiques. Cependant, quand un papier va dans le sens des complotistes, on peut être à peu près sûr qu'il est juste.

On s'attendait à ce que des taux élevés de vaccination contre le Covid-19 réduisent la transmission du SARS-CoV-2 dans les populations en diminuant le nombre de sources possibles de transmission et, par conséquent, à ce qu'ils réduisent la charge de la maladie du Covid-19. Cependant, des données récentes indiquent que *la pertinence épidémiologique des individus vaccinés contre le covid augmente*.

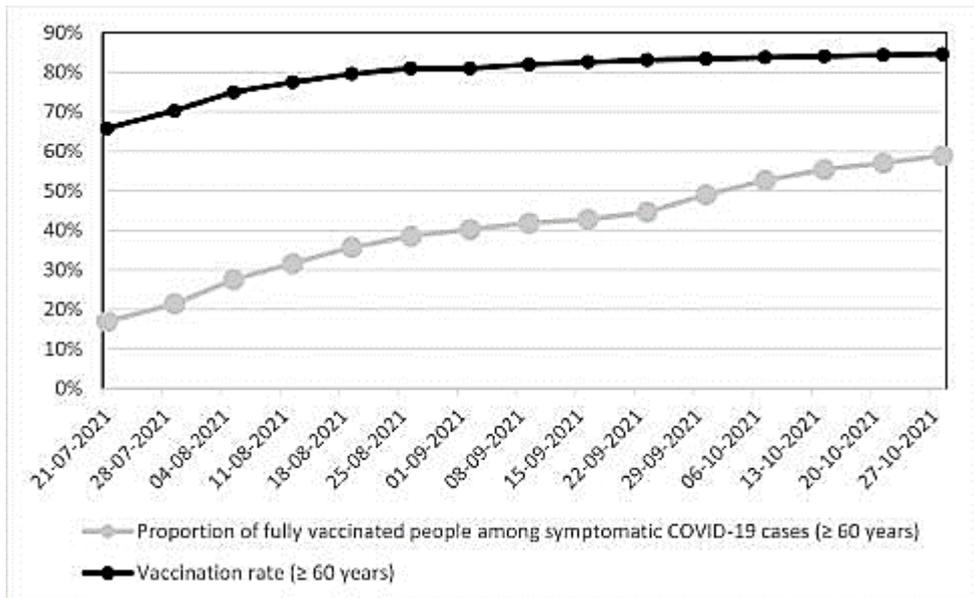
Au Royaume-Uni, il a été décrit que le taux d'attaque secondaire parmi les contacts familiaux exposés à des cas répertoriés comme entièrement vaccinés était *similaire à celui des contacts familiaux exposés à des cas répertoriés comme non vaccinés* (25 % pour les vaccinés contre 23 % pour les non vaccinés). 12 des 31 infections chez les contacts familiaux entièrement vaccinés (39 %) provenaient de cas répertoriés comme entièrement vaccinés et épidémiologiquement liés. *La charge virale maximale ne différait pas selon le statut vaccinal ou le type de variant*.

En Allemagne, le taux de cas symptomatiques de Covid-19 chez les personnes entièrement vaccinées (« breakthrough infections ») est rapporté chaque semaine depuis le 21 juillet 2021 et était alors de 16,9 % chez les patients âgés de 60 ans et plus. *Cette proportion augmente de semaine en semaine et s'élevait à 58,9 % le 27 octobre 2021, ce qui prouve clairement le nombre croissant des personnes entièrement vaccinées en tant que source possible de transmission*.

Une situation similaire a été décrite pour le Royaume-Uni. Entre les semaines 39 et 42, un total de 100 160 cas de Covid-19 ont été signalés parmi les citoyens âgés de 60 ans ou plus. *89 821 sont survenus chez les personnes entièrement vaccinées (89,7 %), 3 395 chez les personnes non vaccinées (3,4 %)*. Une semaine auparavant, le taux de cas de Covid-19 pour 100 000 était plus élevé dans le sous-groupe des vaccinés que dans le sous-groupe des non-vaccinés dans tous les groupes d'âge de 30 ans ou plus.

En Israël, une épidémie nosocomiale a été signalée, impliquant 16 travailleurs de la santé, 23 patients exposés et deux membres de la famille. *La source était un patient entièrement vacciné contre le Covid-19. Le taux de vaccination était de 96,2 % parmi toutes les personnes exposées (151 travailleurs de la santé et 97 patients)*. Quatorze patients entièrement vaccinés sont devenus gravement malades ou sont décédés, les deux patients non vaccinés ont développé une maladie légère.

Les Centres américains de contrôle et de prévention des maladies (CDC) identifient quatre des cinq comtés ayant le pourcentage le plus élevé de population entièrement vaccinée (99,9-84,3 %) comme des comtés à transmission « élevée ». De nombreux décideurs partent du principe que les personnes vaccinées peuvent être exclues en tant que source de transmission. *Il semble que ce soit faire preuve d'une grave négligence que d'ignorer la population vaccinée en tant que source possible et pertinente de transmission lorsqu'on décide de mesures de contrôle de santé publique*.



Taux de vaccination et proportions de personnes entièrement vaccinées parmi les cas symptomatiques de Covid-19 (≥ 60 ans) en Allemagne entre le 21 juillet et le 27 Octobre 2021 sur la base des rapports hebdomadaires de l'Institut Robert Koch.

The Lancet via E&R
08 décembre 2021

Traduction : E&R

<https://fr.sott.net/article/38921-Pour-le-Lancet-les-vaccines-sont-des-contaminateurs-comme-les-autres>

Plus d'effets indésirables graves suite aux « vaccins » que d'hospitalisations Covid évitées pour les 50-74 ans ? Et le soin ?

La fameuse balance bénéfice-risque penche-t-elle dans le bon sens ?

TRIBUNE - L'organisme EPI-PHARE a publié le 11 octobre 2021 deux rapports pour évaluer l'efficacité de la « vaccination » à prévenir les formes graves de Covid-19. Un des deux rapports concerne les personnes âgées de 50 à 74 ans. Pour cette tranche d'âge, on peut estimer à partir des données fournies, qu'une personne « non vaccinée » a une probabilité de ne pas être hospitalisée pour Covid-19 de 99,952 %, contre 99,995 % pour les personnes vaccinées. Ceci aboutit à un nombre d'hospitalisations pour Covid-19 évitées inférieur au nombre d'effets indésirables graves déclarés suite aux « vaccins » Covid-19, dans les bases de pharmacovigilance de l'ANSM. Même si l'imputabilité des effets indésirables peut être discutée, la très forte proportion de sous-notification en pharmacovigilance apparaît être une certitude. Alors que certains pays semblent avoir déjà engagé des processus d'indemnisation des victimes, la France ne connaît toujours pas de décès imputé à la « vaccination » Covid-19, malgré plus de 1 200 décès notifiés. De plus, le caractère altruiste affirmé de ces vaccins ne semble absolument pas manifeste. Parallèlement, en France et depuis des mois, un collectif de médecins (la Coordination Santé Libre) propose des protocoles de prophylaxie, de traitement prophylactique post-exposition et de traitement ambulatoire précoce du Covid-19. Dans le monde, depuis mars-avril 2020 les algorithmes de polythérapies stratifiées s'affinent de jour en jour. Les témoignages, les résultats et les publications concernant des milliers voire des dizaines de milliers de patients traités sont désormais disponibles. Certains territoires entiers apparaissent les expérimenter avec succès. L'heure de la chimioprophylaxie et du soin ambulatoire précoce est-elle venue ?

Le 11 octobre 2021, EPI-PHARE (organismes fondateurs : ANSM et assurance maladie) publiait deux rapports « pour évaluer l'efficacité de la vaccination à prévenir les formes graves de Covid-19 » [1]. Un rapport concerne les personnes âgées de 50 à 74 ans [2] et l'autre les personnes de plus de 75 ans [3]. « L'étude a été conduite sur 15,4 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans (7,7 millions vaccinés comparés à 7,7 millions non vaccinés), incluses entre le 1er février et le 30 avril 2021 et suivies jusqu'au 20 juillet 2021. » [2].

Risque d'hospitalisation pour Covid-19 chez les 50-74 ans.

Dans l'étude portant sur les personnes de 50 à 74 ans [2], la page 23 présente des informations relatives au risque d'hospitalisation pour Covid-19 (Figure 1).

figure_1.jpg

Surveillance pharmaco-épidémiologique de la vaccination contre la COVID-19

Tableau 3. Réduction globale et par spécialité de vaccin du risque d'hospitalisation pour Covid-19

Type de réduction des risques	Fenêtre de temps	N total	Spécialité de vaccin	Vaccination	n(hosp)/N(groupe) (%)	Suivi médian [EIQ]	HR brut* (95% CI)	HR ajusté** (95% CI)	Réduction des risques
Globale	Suivi du 7ème jour après la 2ème dose	7076896	TOUS	Non	2106/3538448 (0.06%)	39 [19 - 61]	1	1	-
				Oui	248/3538448 (0.01%)	39 [19 - 61]			
	Suivi du 14ème jour après la 2ème dose	6279266	TOUS	Non	1522/3139633 (0.05%)	35 [20 - 56]	1	1	-
				Oui	158/3139633 (0.01%)	35 [20 - 56]			
Par fenêtre et par type de vaccin	Suivi à partir de la 1ère dose	15509824	TOUS	Non	13223/7754912 (0.17%)	49 [20 - 91]	1	1	-
				Oui	4317/7754912 (0.06%)	49 [20 - 91]			

Figure 1 [2]

Ainsi, si on considère la catégorie la plus flatteuse pour l'efficacité « vaccinale » (« Suivi du 14ème jour après la 2ème dose ») on remarque que :

- Sur 3 139 633 personnes « non-vaccinées » suivies, 1 522 ont été hospitalisées pour Covid-19. Ceci correspond à un risque d'hospitalisation de 0,048 % ou une *probabilité de ne pas être hospitalisé* de 99,952 %.
- Sur 3 139 633 personnes « vaccinées » suivies, 158 ont été hospitalisées pour Covid-19. Ceci correspond à un risque d'hospitalisation de 0,005 % ou une *probabilité de ne pas être hospitalisé* de 99,995 %.

Si on considère ce différentiel en *risque absolu* ou plutôt en *probabilité de ne pas être hospitalisé*, on en viendrait à conclure que la « vaccination » contre le Covid-19 chez les 50-74 ans fait passer la probabilité de ne pas être hospitalisé de 99,952 % à 99,995 %. Soit un différentiel absolu de 0,043 point (percentile). Pandémie d'une maladie grave dites-vous ? En termes de *consentement libre et éclairé*, combien de personnes se sont vues donner ce type d'information avant de se faire « vacciner » ?

Effets indésirables graves déclarés en pharmacovigilance.

Parallèlement sur le site de l'ANSM, on trouve des données de pharmacovigilance relatives au suivi des effets indésirables des « vaccins » Covid-19 [4]. Parmi les effets indésirables, certains sont qualifiés de « graves ». On peut rappeler qu'un *effet indésirable grave* correspond à un « effet indésirable létal, ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importante ou durable, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale. Peut également être considéré comme grave tout effet indésirable jugé comme tel par un professionnel de santé. » [5].

L'étude d'EPI-PHARE correspond à un suivi des personnes jusqu'au 20 juillet 2021. On peut consulter, sur le site de l'ANSM, le « point de situation sur la surveillance des vaccins contre la Covid-19 - Période du 16/07/2021 au 22/07/2021 » [6]. Ce rapport présente des informations du début de la « vaccination » jusqu'au 22 juillet 2021.

Dans ce rapport, à la date du 22 juillet 2021, 67 020 effets indésirables avaient été déclarés pour l'ensemble des « vaccins », dont 25 % d'effets indésirables graves. Par type de « vaccin » on peut dresser le tableau suivant (Figure 2) :

figure_2.jpg

« Vaccin »	Nombre d'effets indésirables	Proportion de cas graves	Répartition 65-74 ans	Répartition 50-64 ans	Nombre d'effets indésirables graves 50-74 ans
Pfizer	36512	27 %	15 %	31 %	4535
Moderna	7184	18 %	19 %	23 %	543
Astra Zeneca	23018	23 %	19 %	37 %	2965
Janssen	306	36 %	22 %	62 %	93
Bilan	67020	25 %			8136

Figure 2 [6]

Ce bilan permet d'évaluer, d'après les données disponibles, un nombre d'effets indésirables graves (déclarés en pharmacovigilance) pour les 50-74 ans de 8 136 jusqu'au 22 juillet 2021. Néanmoins, la répartition par tranches d'âge selon la gravité de l'effet indésirable n'est pas clairement précisée.

Combien d'hospitalisations pour Covid-19 évitées chez les 50-74 ans ?

Sur le site Covidtracker/Vaccintracker[7] utilisant les données du « ministère de la Santé », on peut visualiser l'évolution de la couverture « vaccinale », par tranche d'âge et selon le statut « vaccinal » (partiellement ou totalement « vaccinés ») (Figure 3) :

figure_3.jpg

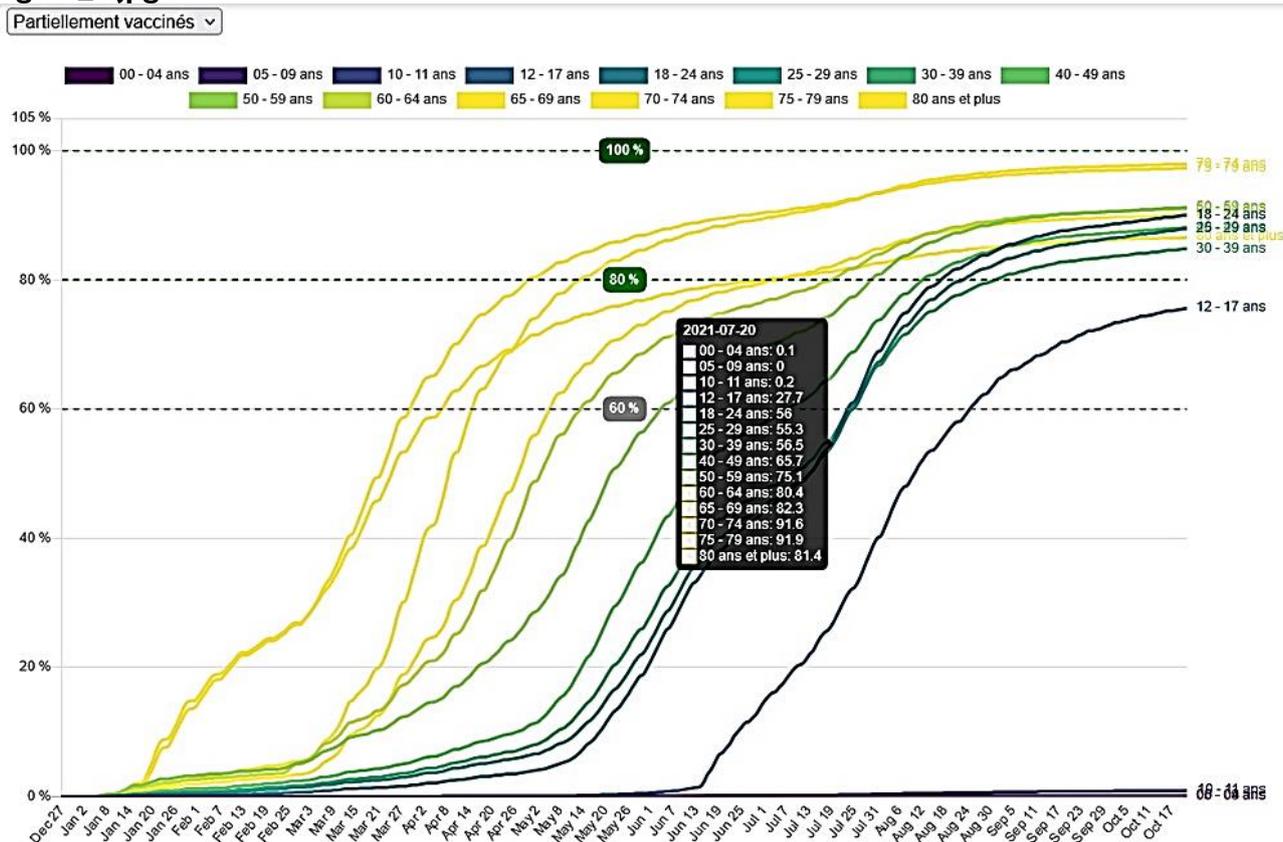


Figure 3 [7]

Ainsi à la date du 20 juillet 2021 : 75,1 % des 50-59 ans étaient partiellement vaccinés, 80,4 % des 60-64 ans, 82,3 % des 65-69 ans et 91,6 % des 70-74 ans.

Parallèlement, sur le site de l'INSEE, on peut trouver les effectifs par groupes d'âge de la population de la France au 1^{er} janvier 2021 (Figure 4) [8] :

figure_4.jpg

Groupe d'âges	Femmes	Hommes	Ensemble
Moins de 15 ans	5 856 900	6 105 989	11 962 889
15-19 ans	2 024 642	2 136 473	4 161 115
20-24 ans	1 883 418	1 943 616	3 827 034
25-29 ans	1 869 943	1 829 074	3 699 017
30-34 ans	2 089 420	1 976 672	4 066 092
35-39 ans	2 167 585	2 045 970	4 213 555
40-44 ans	2 109 573	2 030 367	4 139 940
45-49 ans	2 241 600	2 191 233	4 432 833
50-54 ans	2 248 475	2 175 511	4 423 986
55-59 ans	2 255 010	2 135 166	4 390 176
60-64 ans	2 157 194	1 968 499	4 125 693
65-69 ans	2 058 594	1 816 440	3 875 034
70-74 ans	1 977 748	1 702 561	3 680 309
75 ans ou plus	3 906 839	2 502 729	6 409 568
Ensemble	34 846 941	32 560 300	67 407 241

Figure 4 [8]

Nous ne commenterons pas l'étrange l'écart relevé entre la population des plus de 75 ans affichée par l'INSEE (6,4 millions d'habitants)[8] et le fait qu'EPIPHARE ait étudié « 7,2 millions de personnes âgées de 75 ans et plus » [1]. Ceci a déjà été relevé [9][10].

En appliquant les pourcentages trouvés sur Covidtracker/Vaccintracker aux effectifs fournis par l'INSEE, cela donne *16 496 809 personnes partiellement vaccinées, au 20 juillet 2021, dans la tranche d'âge 50-74 ans.*

La fenêtre d'efficacité des « vaccins » semble être de quelques mois [11][12][13][14][15][16][17][18]. Une étude suédoise, mise en ligne le 25 octobre 2021, donnerait une durée indicative de cinq à six mois, si on vise une valeur supérieure à 50 % [18b]. L'efficacité concernant les infections Covid-19 symptomatiques finirait même par devenir négative (?) sept à huit mois après la pleine « vaccination ». Ainsi la durée de l'étude EPI-PHARE semble pouvoir être utilisée pour proposer un *ordre de grandeur* indicatif du taux d'hospitalisations pour Covid-19 évitées.

Rappelons que si on considère la catégorie la plus flatteuse pour l'efficacité « vaccinale » (« *Suivi du 14ème jour après la 2ème dose* »), la « vaccination » contre le Covid-19 chez les 50-74 ans fait passer la probabilité de ne pas être hospitalisé de 99,952 % à 99,995 %. Soit un différentiel absolu de 0,043 point (percentile).

Si on applique ce différentiel absolu de 0,043 point (percentile) aux 16 496 809 personnes partiellement vaccinées à la date du 20 juillet 2021, on obtient une estimation de *7 094 hospitalisations pour Covid-19 évitées* pour la tranche d'âge 50-74 ans, sur un laps de temps de quelques mois à l'issue du 14^{ème} jour après la deuxième dose.

Cet ordre de grandeur de *7 094 hospitalisations pour Covid-19 évitées* doit être comparé au nombre de *8 136 effets indésirables graves* déclarés à la date du 22 juillet 2021. Il est en revanche vraisemblable que les personnes vaccinées jusqu'au 20 juillet 2021 aient pu être associées à des déclarations de pharmacovigilance bien après

le 22 juillet 2021. D'autant plus que les personnes ayant un schéma de « vaccination » incomplet ont par la suite subi une seconde injection, source potentielle d'effets indésirables. Le nombre de 8 136 effets indésirables graves présenté est donc un minorant. De plus, en termes de pharmacovigilance, aucune visibilité à moyen et long terme n'est disponible. Le nombre moyen d'effets indésirables déclarés par patient n'étant pas précisé, on peut considérer que le nombre d'effets indésirables déclarés soit également un ordre de grandeur du nombre de personnes impactées.

Afin de permettre un *consentement libre et éclairé* des 50-74 ans, faut-il leur signaler que la « vaccination » contre le Covid-19 permet de faire passer la probabilité de ne pas être hospitalisé de 99,952 % à 99,995 %, et que (grosso modo) lorsque 7 094 hospitalisations pour Covid-19 sont évitées... 8 136 effets indésirables graves sont déclarés ?

Que dire du rapport bénéfice-risque ? Que penser de cette politique « sanitaire » ?

Et que dire aux personnes de moins de 50 ans ?

S'il ne s'agissait pas de données fournies par EPI-PHARE, par l'ANSM, par l'INSEE et par le « ministère de la Santé » (via Covidtracker), on aurait été tenté de parler de complotisme.

EPI-PHARE versus pharmacovigilance ?

Les études d'EPI-PHARE ont déjà fait l'objet d'une analyse [10]. Il ressort des biais concernant, entre autres, la remontée des hospitalisations et décès liés au Covid-19. À cela s'ajoute toujours la possibilité d'attribuer au Covid-19 d'autres viroses respiratoires, en raison de tests PCR perfectibles [19]. Et si l'ordre de grandeur de 7 094 hospitalisations pour Covid-19 évitées était très *optimiste* ?

Concernant la pharmacovigilance, lors de la sixième session du Conseil Scientifique Indépendant (CSI), le 20 mai 2021, Surya Arby aborde le sujet de la *sous-notification en pharmacovigilance* [20][21]. Il indique qu'en général les systèmes de notification spontanée n'ont connaissance que de 1 à 10 % des effets indésirables des médicaments. Concernant les effets indésirables vaccinaux, il parle de taux de notification compris entre 0,5 et 3 %. Une autre source propose l'ordre de grandeur de 1 % concernant le taux de notification relatif aux vaccins [22][23]. Pour les médicaments en général, une autre source encore considère qu'environ 95 % des effets indésirables des médicaments ne sont pas rapportés [24]. Au Royaume-Uni, pour les médicaments en général, on estime que le taux de signalement des effets indésirables graves est voisin de 10 %, et celui des effets non-graves se situe aux alentours de 2 à 4 % [25].

Si on prend en compte le taux de notification le plus généreux (10 %), faut-il comprendre que le nombre d'effets indésirables graves à considérer soit dix fois plus élevé : 81 360 ? Dès lors, en termes de comparaison, l'ordre de grandeur *optimiste* de 7 094 hospitalisations pour Covid-19 évitées serait à mettre en perspective avec un ordre de grandeur du nombre d'effets indésirables graves de 81 360 ?

Que dire en termes de consentement libre et éclairé ? De rapport bénéfice-risque ? De politique sanitaire ?

Et que dire aux personnes de moins de 50 ans ?

Imputabilité des effets indésirables ?

L'imputabilité des effets indésirables est un éternel débat. Peu d'indicateurs quantitatifs sont aisément disponibles.

Rappelons que dès le 10 février 2021, la Société française de radiologie alertait sur « la découverte d'une adénopathie axillaire au décours d'une vaccination Covid (incidence supérieure à 10% dans le creux axillaire homolatéral à la vaccination) » [25b]. Le 13 mai 2021, elle publiait un protocole de « *Prise en charge en urgence Thromboses post vaccination anticovid* » [25c].

Une étude de juin 2021, portant sur l'étude des décès reportés dans la base de pharmacovigilance américaine (VAERS), établit que le « vaccin » peut être *imputé* comme un facteur du décès dans 86 % des cas [26].

Un autre élément d'imputabilité qui peut être présenté est le délai s'écoulant entre l'injection et la survenue de l'événement indésirable. Une étude concernant le VAERS a été mise en ligne en août 2021 [27] [28], on peut voir que :

- 28 % des décès sont rapportés dans les 3 jours suivant l'injection, 40 % dans les 7 jours et 67 % dans les 21 jours.
- 60 % des myocardites et des péricardites sont rapportées dans les 3 jours suivants la vaccination
- 16 % des effets indésirables liés au sang (Figure 5) sont rapportés le jour de l'injection, 44 % dans les 3 jours, 57 % dans les 7 jours et 80 % dans les 21 jours

figure_5.jpg

<ul style="list-style-type: none"> • Heavy menstrual bleeding 1903 • Vaginal haemorrhage 540 • Intermenstrual bleeding 451 • Postmenopausal Haemorrhage 186 • Haemorrhage in pregnancy 33 • Uterine Haemorrhage 32 	<ul style="list-style-type: none"> • Cerebrovascular accident 1642 • Cerebral haemorrhage 251 • Cerebral Infarction 141 • Cerebral Thrombosis 88 • Cerebral venous sinus thrombosis 85 • Cerebral artery occlusion 43 • Cerebellar stroke stroke 37 	<ul style="list-style-type: none"> • Thrombosis 1430 • Deep vein Thrombosis 1248 • Pulmonary Thrombosis 211 • Portal vein Thrombosis 28 • Coronary artery Thrombosis 15 • Arterial Thrombosis 14 • Axillary vein Thrombosis 14 • Aortic Thrombosis 13 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulmonary embolism 1186 • Myocardial infarction 677 • Acute Myocardial infarction 502 • Haemorrhage 495 • Injection site Haemorrhage 357 • Eye Haemorrhage 230 • Gastrointestinal Haemorrhage 145 • Rectal Haemorrhage 131 • VACCINATION SITE Haemorrhage 108 • Mouth Haemorrhage 58
Female reproductive system bleeding	Cerebrovascular Disorders	Thrombosis	Others

Figure 5 [28]

- 75 % des évènements impliquant la perte d'un sens (vision, ouïe...) sont rapportés dans les 3 jours suivant l'injection
- 64 % des évènements impliquant un trouble neurologique sont rapportés dans les 3 jours suivant l'injection
- 60 % des évènements impliquant un trouble auto-immun sont rapportés dans les 3 jours suivant l'injection

Toutefois, on peut remarquer que même si le nombre d'effets indésirables graves de 81 360 était à corriger, en termes d'imputabilité, de quelques pourcents, il serait toujours à comparer à 7 094 hospitalisations pour Covid-19 évitées.

Concernant la reconnaissance et le dédommagement des effets indésirables liés aux « vaccins » contre le Covid-19, l'État de Singapour a publié une grille d'indemnisations selon la gravité de l'effet (Figure 6) [29] :

figure_6.jpg

Type of Serious Side Effect	One-time Pay-out Amount
1 Results in death or permanent severe disability	\$225,000
2 Requires admission to High Dependency or Intensive Care, with subsequent recovery	\$10,000
3 Requires inpatient hospitalisation and medical intervention, with subsequent recovery	\$2,000

(Excluding visits to A&E, without subsequent inpatient admission)

Figure 6 [29]

Dès le mois d'août 2021, une vague de 144 indemnisations aurait déjà eu lieu dans ce pays [30]. On peut lire : « Une indemnité de 225 000 dollars a notamment été versée à un garçon de 16 ans victime d'une crise cardiaque alors qu'il faisait de l'exercice la semaine suivant son injection. ».

En Thaïlande, fin septembre 2021, 3 626 demandes d'indemnisations relatives à des effets indésirables liés aux « vaccins » Covid-19 avaient déjà été acceptées [31]. 464 indemnisations (relatives à des décès et des séquelles graves suites à la « vaccination ») semblent avoir déjà été versées.

Et en France ? Le 15 octobre 2021, Olivier Véran déclarait qu'il n'y avait « à ce stade pas de décès avéré imputable à la vaccination » (Figure 7) [32] :

figure_7.jpg



Figure 7 [32]

Quant aux chiffres qui circulent sur internet, sur le site de l'ANSM on peut compiler les chiffres suivants relatifs aux décès notifiés par type de « vaccin » :

- 216 décès pour Astra Zeneca à la date du 23 septembre 2021 [33]
- 24 décès pour Janssen à la date du 23 septembre 2021 [34]. En outre, le rapport concernant ce « vaccin » précise les délais de survenue des événements indésirables (Figure 8) :

figure_8.jpg

Tableau 3 : Délai de survenue des effets/événements indésirables par rapport à la vaccination

Délai de survenue	Nombre de d'effets/événements, n (%)
≤24h	617 (49,2%)
2-4 jours	192 (15,3%)
5-7 jours	102 (8,1%)
8 - 14 jours	138 (11,0%)
≥ 15 jours	205 (16,3%)

Figure 8 [34]

On peut noter que près de la moitié des effets indésirables surviennent dans un délai de moins de 24 heures après l'injection.

- 906 décès pour Pfizer à la date du 26 août 2021 (rapport trimestriel) [35].
- 77 décès pour Moderna à la date du 09 septembre 2021 (rapport trimestriel) [36]

Soit un total de 1 223 décès... pour l'instant non imputés. L'homo sapiens français est-il si différent de ses homologues singapourien ou thaïlandais ?

Remarquons également que les « vaccins » actuellement injectés (Pfizer et Moderna) ne font plus l'objet que de rapports trimestriels.

Récemment, le professeur Peter A. McCullough, a rappelé que : « La limite pour arrêter un programme de vaccin est 25 à 50 morts. Grippe porcine, 1976, 26 décès, ils ont arrêté » [37]. 26 décès : à l'échelle des États-Unis... Le 21 octobre 2021, Clémence Houdiakova indiquait, en préambule de son émission consacrée aux effets indésirables des « vaccins » contre le Covid-19, que la FDA avait arrêté le programme de vaccination contre la grippe H1N1 avec 57 morts [38].

Des « vaccins » altruistes ?

Un des arguments (d'autorité) avancés pour inciter les personnes à la « vaccination » contre le Covid-19 était qu'il permettait de lutter contre la propagation de l'épidémie. Ces vaccins seraient des vaccins altruistes. Quels résultats concernant la charge virale et la contagiosité étaient alors présentés pour étayer cet axiome ? Pourtant dès le 2 juillet 2021, on faisait état à Singapour de clusters et de chaînes de transmissions du Covid-19 impliquant 29 « vaccinés » contaminés et 21 transmissions du virus à partir de personnes « vaccinées »... y compris vers des personnes « vaccinées » ! (Figure 9) [39].

figure_9.jpg

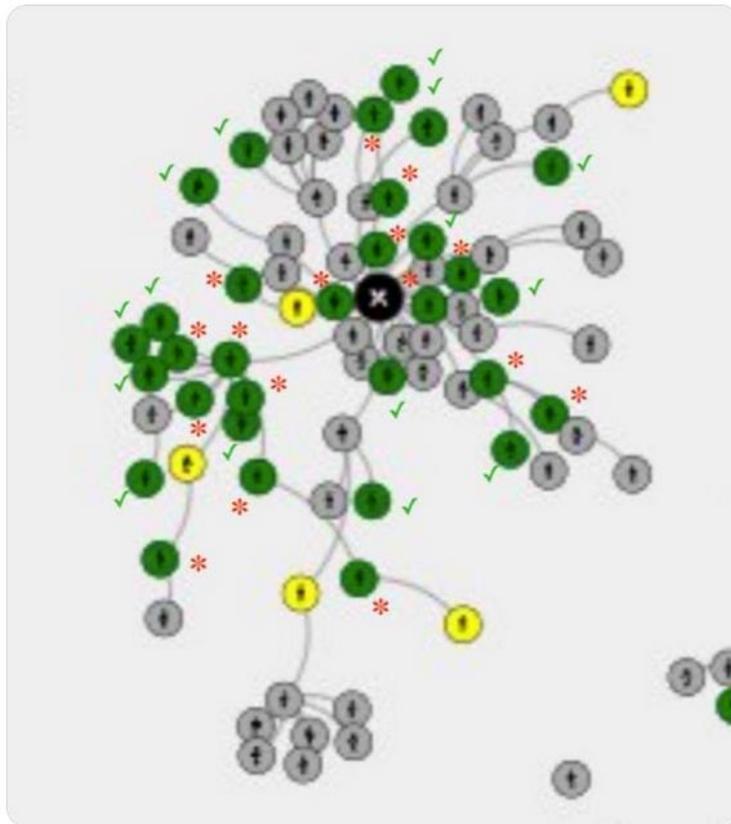


Eric Feigl-Ding
@DrEricDing

...

5) the Singapore Delta outbreak proves that vaccinated still transmitted. In this #DeltaVariant cluster alone, among 29 vaccinated who got infected, 21 transmissions events were between vaccinated-to-vaccinated or vaccinated-to-unvaccinated. That's a lot! covid.viz.sg

[Traduire le Tweet](#)



7:18 AM · 2 juil. 2021 · Twitter for iPhone

Figure 9 [39]

Dès fin juillet 2021, des travaux ont été mis en ligne indiquant que la charge virale des personnes « vaccinées » était similaire à celle des personnes « non vaccinées » [40][41]. Le 10 août 2021, le Professeur La Scola, de l'IHU Méditerranée indiquait que les patients « vaccinés » et contaminés n'étaient pas moins contagieux. Ils seraient même porteurs de charges virales plus élevées que les non « vaccinés » (Figure 10) [42].

figure_10.jpg

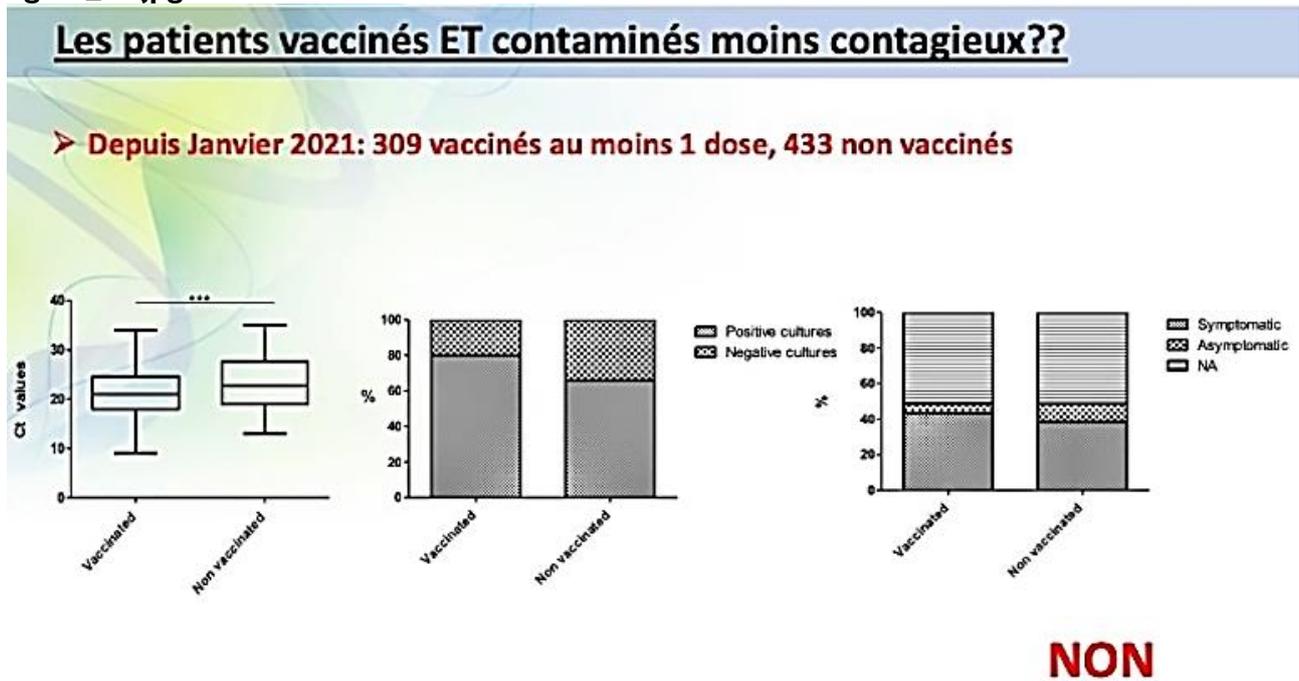


Figure 10 [42]

On pourra également remarquer que lors du démarrage de la vague épidémique de juillet 2021 en Islande, sur les premiers jours de la vague (du 10 au 15 juillet), *tous les cas d'infections Covid-19 répertoriés étaient « vaccinés »* (Figure 10b) [42b] [42c]. Seraient-ils les initiateurs de cette vague épidémique ?

figure_10b.jpg

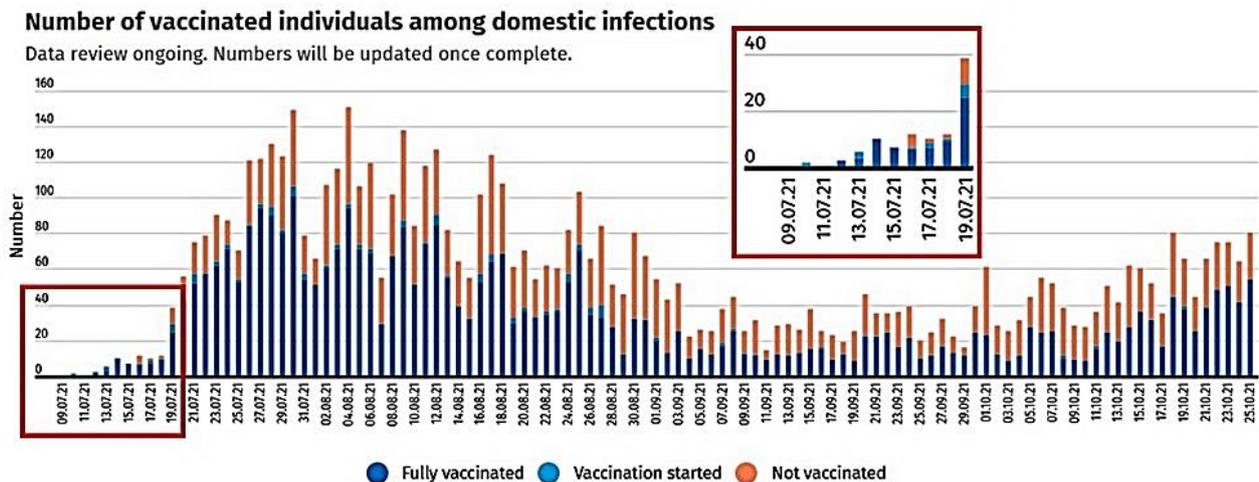


Figure 10b [42b]

Si ces « vaccins » ont été présentés péremptoirement comme étant altruistes, les faits ne semblent pas aller dans ce sens. Une étude publiée le 30 septembre 2021 n'indique-t-elle pas que le nombre de cas de Covid-19 ne semble pas corrélé (favorablement ?) au niveau de « vaccination » [42d] ? Une autre étude publiée le 29 octobre 2021 suggère que la « vaccination » ne réduit pas le risque de transmettre le virus aux personnes vivant sous le même toit [42e].

Quel serait l'intérêt d'un vaccin non altruiste pour lequel la balance bénéfice-risque est plus que discutable (pour les moins de 75 ans) ?

France : propositions de chimioprophylaxie et de traitements ambulatoires précoces.

Rappelons que sur le site *C19early* [43], des dizaines de principes actifs étudiés contre le Covid-19 sont recensés depuis le début de la pandémie. Les différents types de traitements sont également présentés : *prophylaxie, post-exposition, phase précoce, phase avancée...* Des méta-analyses sont même proposées. Depuis mars-avril 2020, des médecins de terrain proposent des thérapies contre le Covid-19, souvent des *polythérapies stratifiées* selon le niveau de risque du patient [44].

En France, le 20 novembre 2020, le collectif « *Azithro d'hospitalisations* » faisait une proposition au ministre de la Santé et au Premier ministre, avec copie au président de la République, d'un algorithme thérapeutique stratifié [45].

Le 31 janvier 2021, la « *Coordination Santé Libre* » propose des algorithmes stratifiés selon le stade de la maladie et le niveau de risque du patient [46]. Une bibliographie de 43 références accompagne ce travail.

Les algorithmes de *chimioprophylaxie* sont multiples (Figure 11). Le bloc commun consiste à associer de la *vitamine D* à du *zinc* et de la *vitamine C*. Pour les *personnels soignants* exposés, ce bloc peut être complété par de l'*ivermectine prophylactique* et de la *phytothérapie*. Une proposition de *traitement post-exposition* pour les cas contacts est même présentée. Ce traitement est même renforcé dans le cas de personnes vivant sous le même toit que le malade par de la *quercétine* et plusieurs prises d'*ivermectine*.

figure_11.jpg

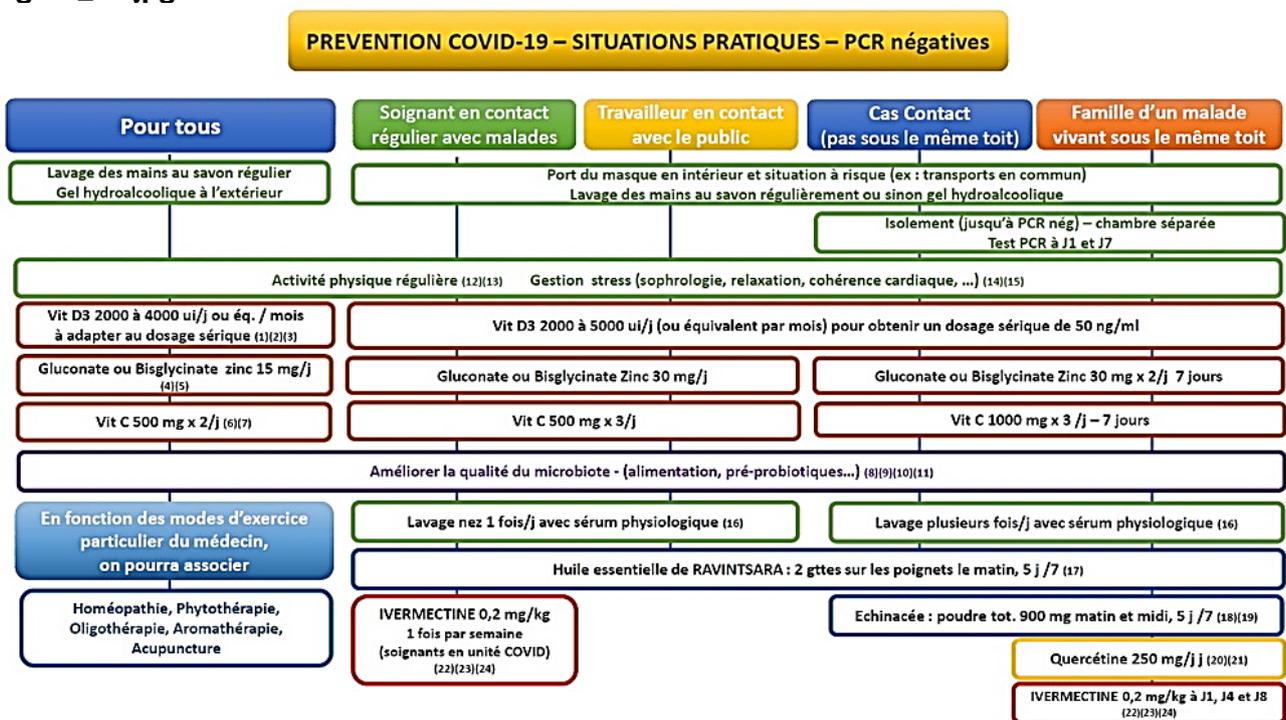


Figure 11 [46]

Les algorithmes de *traitements ambulatoires précoces* sont également stratifiés (Figure 11b). À un bloc nutraceutique (vitamine D, zinc, vitamine C, quercétine), selon les facteurs de risque et l'évolution clinique, viennent s'ajouter l'*ivermectine*, puis l'*ivermectine* ou l'*azithromycine*, puis l'*azithromycine/hydroxychloroquine* ou la *doxycycline/ivermectine*, puis des *anticoagulants*, puis des *anti-inflammatoires* puis enfin l'*oxygénothérapie*.

figure_11b.jpg

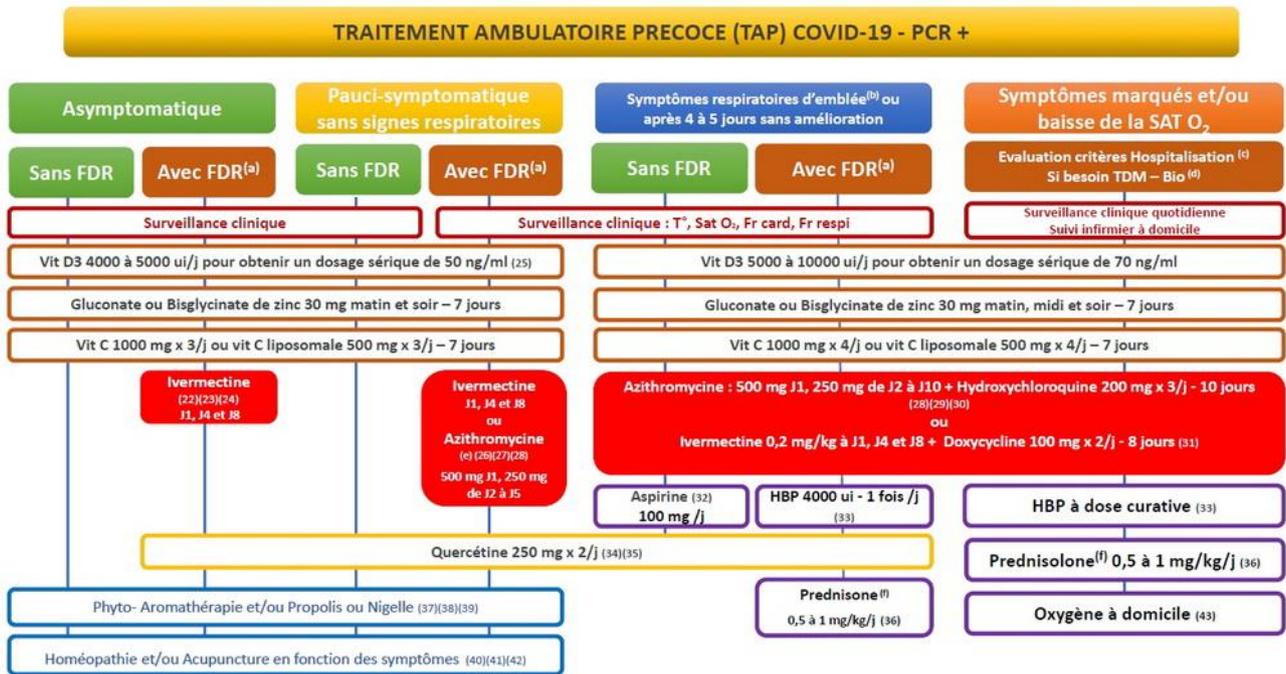


Figure 11b [46]

L'algorithme de traitement sera affiné le 26 juin 2021, par un travail mis en ligne documenté de 111 références (Figure 12) [47]. Selon la situation, il présente un premier bloc zinc/vitamine D, complété par de l'ivermectine (posologie renforcée), puis de l'azithromycine ou de la clarithromycine ou de la doxycycline et éventuellement du budésone, puis de l'aspirine voire des anticoagulants, une corticothérapie et une oxygénothérapie. Dans le corpus de l'arbre décisionnel les antihistaminiques et l'hydroxychloroquine sont également mentionnés.

figure_12.jpg

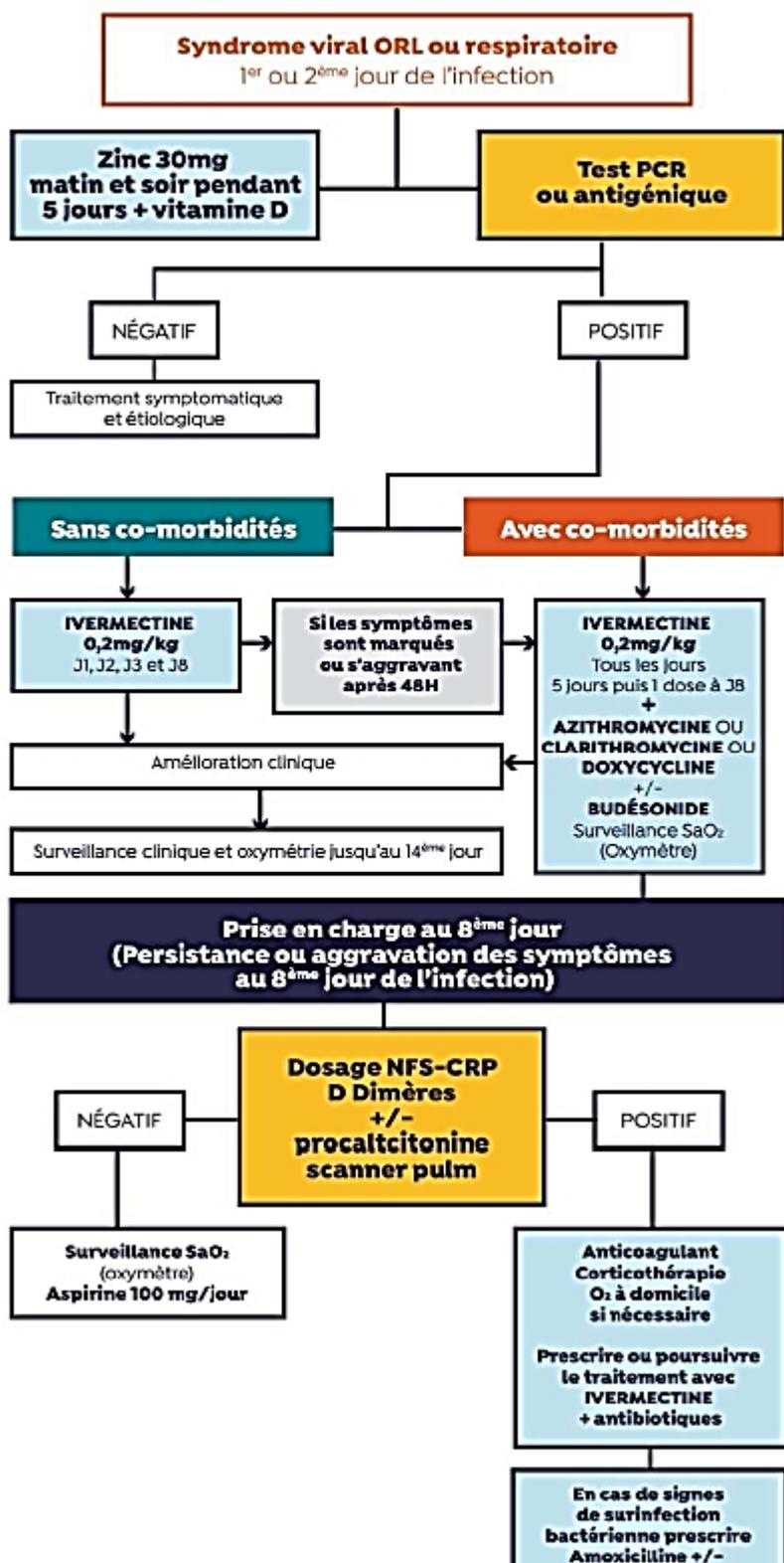


Figure 12 [47]

disponible en ligne en novembre 2020, concerne des *résidents d'Ehpad* avec 100 % d'efficacité [58]. En termes de santé publique, au sujet de la gestion des clusters et des chaînes de contamination, on trouve une étude post-exposition sur les *cas contacts* [59].

Ces efficacités sont également dignes des efficacités attendues d'un vaccin. On pourrait songer à protéger les populations fragiles et/ou exposées... Avec quels effets indésirables ? Parfois saisir les mots-clefs « cluster », « foyer », « Ehpad » ou « hôpital » dans un moteur de recherche est éclairant...

En termes de politique sanitaire, vaut-il mieux s'appuyer sur des molécules connues depuis des décennies et qui semblent présenter des efficacités en prophylaxie voisines de 80 %, ou sur des « vaccins » qui s'appuient

La chimioprophylaxie : concurrente directe du « vaccin » en prévention ?

La concurrente directe de la « vaccination » est la chimioprophylaxie. Récemment, le 14 octobre 2021 une méta-analyse concernant la vitamine D, concluait qu'un niveau sérique en vitamine D₃ de 50 ng/mL pourrait être corrélé à une mortalité proche de zéro en cas d'infection Covid-19 [48]. N'est-ce pas la teneur proposée par la « Coordination Santé Libre » en prophylaxie depuis le 31 janvier 2021 ? L'utilisation préventive de la vitamine D n'est-elle pas demandée au président de la République depuis le 13 mars 2020 [44] ?

Pourtant, « une étude menée dans une maison de retraite française a révélé une diminution de 89% de la mortalité chez les résidents qui avaient reçu une forte dose de vitamine D peu de temps avant ou pendant la maladie de Covid-19 » [47] [49]. « Une étude menée dans une maison de retraite italienne a révélé une mortalité inférieure de 70% avec la supplémentation en vitamine D chez les 98 résidents de maisons de retraite PCR+ » [47] [50].

Des efficacités de 70 % ou 89 % ne sont-elles pas dignes des efficacités attendues d'un vaccin ?

En ce qui concerne l'*ivermectine*, son efficacité en prophylaxie a pu être estimée par méta-analyses à 86 % [51], 92 % [52] ou 86 % [53] par exemple. À l'heure où le personnel soignant est assujéti à l'*obligation vaccinale*, rappelons que la majorité de ces résultats concernent l'impact prophylactique de l'*ivermectine* chez les *personnels de santé* [51][54]. Les études concernent parfois des *milliers* de personnes suivies (novembre 2020 [55], août 2021 [56], mai 2021 [57]). Une étude française,

sur un rapport bénéfice risque sous-entendant que 7 094 (d'après les données EPI-PHARE) soit... nettement supérieur à 8 136 (d'après les données de l'ANSM... sans tenir compte des sous-notifications) ?

Pourquoi « vacciner » si on sait soigner avec une efficacité notable avant l'hospitalisation ?

Le 1^{er} juillet 2021, le docteur Éric Menat déclarait lors du Conseil Scientifique Indépendant numéro 12 : « Seuls les médecins qui n'ont encore jamais essayé ce traitement [47] pensent encore qu'il n'existe pas de traitement [de la Covid-19] » [60].

Dès le 14 janvier 2020, Didier Raoult mentionnait l'azithromycine [61]. Depuis mars-avril 2020, les propositions thérapeutiques ont été nombreuses et souvent émanant de médecins de terrain [44]. Si on trouve de nombreux témoignages de médecins de ville [44], accéder à la publication d'un article n'est pas chose aisée. Depuis, l'efficacité seule des macrolides (azithromycine/clarithromycine) a fait l'objet d'une publication : la durée de résolution des symptômes est *diminuée de plus de la moitié* par rapport au groupe contrôle [62]. La clarithromycine seule semble éviter une évolution défavorable du Covid-19 chez 92 % des patients en prise en charge précoce et 81 % des patients traités plus tardivement [63]. Soulignons encore les très bons résultats obtenus par une maison de retraite en Espagne, avec une « simple » bithérapie azithromycine/anti-histaminique : *aucun décès ni hospitalisation* [64]. En Roumanie, le docteur Flavia Grosan déclare avoir traité avec succès des milliers de patients à l'aide de clarithromycine [64b].

Dès février 2021, un article de revue d'une équipe japonaise signalait les succès des polythérapies [65]. Le 17 mars 2021, une équipe de médecins américains réunis autour du docteur Procter publiait ses résultats concernant 869 patients [66]. Leur polythérapie impliquait une combinaison de principes actifs choisis dans le bloc zinc/hydroxychloroquine/ivermectine, avec un antibiotique choisi dans le bloc azithromycine/doxycycline/ceftriaxone et des corticoïdes : 88 % de réduction des hospitalisations et 75 % de réduction des décès. Une des cohortes en médecine ambulatoire les plus impressionnantes est celle des docteurs Tyson et Fareed en Californie. Lors de son discours au Sénat italien à Rome, durant l'International Covid Summit, le 13 septembre 2021 le docteur Fareed déclarait avoir pris en charge en traitement ambulatoire précoce (dans les 5 à 7 premiers jours de la maladie) plus de 7 000 patients sans aucun décès [67]. Ces patients comprenaient des patients avec plusieurs comorbidités ou âgés de plus de 90 ans. Lors de ce congrès, le docteur Fareed a présenté des résultats concernant 3 962 patients traités en phase précoce : 99,8 % de réduction des hospitalisations et aucun décès [68]. Leur protocole a régulièrement évolué : zinc, azithromycine/doxycycline, hydroxychloroquine puis il a été complété par de l'ivermectine, des anti-inflammatoires, de l'aspirine [44] [69]...

En France, il faut souligner l'énorme travail de l'IHU-Méditerranée qui a publié des résultats concernant 10 429 patients ambulatoires [70]. La polythérapie mise en œuvre est une bithérapie azithromycine/hydroxychloroquine, complétée par du zinc et des anticoagulants. Une réduction du nombre de décès de 83 % a été observée, sans aucun décès constaté pour les patients de moins de 60 ans. En termes de cohorte de plusieurs milliers de personnes, signalons une étude iranienne portant sur 28 759 patients [71]. Leur traitement à l'aide d'hydroxychloroquine a permis de diminuer la mortalité de 73%. Le 12 avril 2021, France 3 Provence Côte d'Azur a diffusé un reportage dans lequel, Claude Escarguel indiquait les résultats d'un collectif de médecins traitant le Covid-19 en ambulatoire. La thérapie appliquée s'appuie sur le duo azithromycine/zinc : plus de 5 000 patients traités en France et un nombre de décès divisé par 20 [72]. Soit 95 % d'efficacité.

En termes d'études relatives à de grosses cohortes de patients, il faut absolument signaler le travail mis en ligne en mai 2021 concernant une expérience de soin en grandeur nature dans la ville de Mexico [73]. Cette étude porte sur plus de 50 000 personnes soignées. Le traitement proposé contenait de l'ivermectine (deux jours de posologie seulement), du paracétamol et de l'aspirine. Ce simple kit de traitement a permis de réduire les hospitalisations d'un taux compris entre 52 et 76 %.

Encore une fois, que ce soit en prophylaxie, en prophylaxie post exposition ou en traitement précoce, l'ivermectine apparaît comme un couteau suisse anti-covid associé à peu d'effets indésirables. Les expériences de soins fructueuses sur de grands territoires apparaissent : au Mexique, au Pérou, en Argentine, en Inde (Uttar Pradesh), en Indonésie [74]... 28 % de la population mondiale habiterait actuellement dans une zone géographique où l'ivermectine est notablement employée comme traitement contre le Covid-19 [75].

Parallèlement, on entend parler de réquisition d'ivermectine en Martinique [76] ou d'interdiction de prescription « off-label » en Australie [77], pays qui présente plus de morts signalés après « vaccination » que de décès attribués au Covid-19 [77b]. Triste monde, triste époque. Pour la petite histoire, un des tout premiers défenseurs de l'ivermectine (via la trithérapie zinc/ivermectine/doxycycline), le professeur australien

Borody [44] vient de mettre en ligne ses premiers résultats, sur 600 patients traités : 93 % de réduction d'hospitalisation et aucun décès [77c] [77d].

Signalons d'autres principes actifs thérapeutiques prometteurs en train de se développer à base d'anti-histaminiques (anti-H₁ ou anti-H₂) ou de médicaments psychotropes (ayant par ailleurs souvent une activité anti-histaminique) [78]. Ainsi la *fluvoxamine* et la *famotidine* apparaissent dans le protocole des docteurs Tyson et Fareed, en cas d'aggravation des symptômes [69]. Le docteur Chetty en Afrique du Sud annonce avoir traité plus de 4 000 personnes à l'aide de la « thérapie du 8^{ème} jour » [79] [80]. Cette thérapie implique des corticoïdes, de la *prométhazine* et un anti-H₂ (entre autres). Aux États-Unis, le docteur Haider annonce avoir traité 4 000 patients à l'aide d'ivermectine et de fluvoxamine [81]. Il annonce 5 hospitalisations et aucun décès. Par ailleurs, une publication intéressante sur la fluvoxamine est sortie le 27 octobre 2021 [82]. Malheureusement, l'approche thérapeutique présentée est une monothérapie, alors que depuis mars-avril 2020, les médecins qui traitent le Covid-19 en ambulatoire proposent très souvent des polythérapies [44]. Avec de tels niveaux d'efficacité annoncés, sur de telles cohortes, quel est le sens d'un vaccin ?

En termes de consentement libre et éclairé, faut-il indiquer aux Français (dans la tranche d'âge 50-74 ans) :

- que sur une période de plusieurs mois leur probabilité de ne pas être hospitalisés pour Covid-19 est voisine de 99,952 % ?
- qu'il est tout à fait possible que le nombre d'effets indésirables graves déclarés suite aux « vaccins » soit supérieur au nombre d'hospitalisations pour Covid-19 évitées ?
- qu'il existe des propositions de chimioprophylaxie, alors que l'efficacité affichée des « vaccins » semble limitée à quelques mois ?
- qu'il existe des propositions de traitements prophylactiques post-exposition pour les cas-contacts ?
- que les algorithmes de traitements ambulatoires précoces stratifiés n'ont fait que s'affiner et se compléter depuis mars-avril 2020 ?
- que des travaux et des témoignages portant sur des milliers, voire des dizaines de milliers de patients traités s'accumulent ?
- que des expériences de soins précoces sur des territoires entiers semblent fructueux ?
- que l'hôpital existe (encore ?) si le traitement ambulatoire précoce ne permet pas d'enrayer la maladie ?

Étrange monde lorsqu'on essaie en population générale des injections expérimentales, alors que, dans l'urgence, la présomption d'efficacité est refusée à des principes actifs connus depuis des décennies et bon marché.

Le 20 avril 2021, l'UPGCS écrivait : « Nous avons les preuves d'enregistrements téléphoniques et de SMS illustrant que [le président Macron] ainsi que Mme Brigitte Macron ont essayé de faire bouger les choses mais qu'ils se sont heurtés au "système" médical et à son potentiel "d'emprise" sur une population perdue, mais aussi sur des médecins de ville tétanisés par les menaces planant en cas de "traitement" autre que le Doliprane. » [83].

Certaines décisions concernant la crise sanitaire du Covid-19 ont été prises en Conseil de défense et de sécurité nationale et seraient couvertes par le secret défense, pour une durée de 50 ans [84].

Aujourd'hui, des dizaines de milliers de travailleurs sont soumis à l'« obligation vaccinale » et voient la balance médicale bénéfice-risque être pondérée par une perte de revenus conditionnée à l'injection.

L'État français est-il en train de donner rendez-vous à ses soignants dans 50 ans ?

Références

- [1] <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/impact-vaccination-covid-octobre-2021/>
- [2] https://www.epi-phare.fr/app/uploads/2021/10/epi-phare_rapport_vaccination_covid_reduction_risques_50_74ans.pdf
- [3] https://www.epi-phare.fr/app/uploads/2021/10/epi-phare_rapport_vaccination_reduction-des-risques_75ans-et-plus.pdf
- [4] <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/covid-19-suivi-hebdomadaire-des-cas-deffets-indesirables-des-vaccins>
- [5] <https://ansm.sante.fr/glossaire/E>
- [6] <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/07/30/20210729-vaccins-covid-19-fiche-de-synhte-se-vf.pdf>
- [7] <https://covidtracker.fr/vaccintracker/>
- [8] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
- [9] <https://pgibertie.com/2021/10/11/quand-comprendrez-vous-que-la-macronie-se-fout-de-vous/>
- [10] <https://www.francesoir.fr/societe-sante/epi-phare-une-etude-dauto-validation-du-ministre-de-la-sante>
- [11] <https://twitter.com/NicolasVdrines1/status/1450104984138305542?s=20>

- [12] https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3909743
- [13] <https://t.co/QLtGCWp8dX?amp=1>
- [14] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34401884/>
- [15] <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2114114>
- [16] <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.11.21261885v1>
- [17] <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7034e3.htm>
- [18] <https://t.co/ndNZ08yPPO?amp=1>
- [18b] https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3949410
- [19] <https://www.francesoir.fr/et-si-la-deuxieme-vague-netait-que-la-houle-des-viroses-respiratoires-saisonniere>
- [20] <https://crowdbunker.com/v/iMae5L8QMllkh>
- [21] <https://crowdbunker.com/v/WrCQ1YBVNX>
- [22] <https://www.agoravox.fr/actualites/politique/article/la-mortalite-en-europe-l-urgence-d-233716>
- [23] <https://digital.ahrq.gov/ahrq-funded-projects/electronic-support-public-health-vaccine-adverse-event-reporting-system>
- [24] <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/la-vaccination-covid-lepreuve-des-faits-2eme-partie-une-mortalite-inedite>
- [25] <https://www.gov.uk/drug-safety-update/yellow-card-please-help-to-reverse-the-decline-in-reporting-of-suspected-adverse-drug-reactions#decrease-in-reporting-in-2018>
- [25b] <https://ebulletin.radiologie.fr/actualites-covid-19/recommandations-society-of-breast-imaging-concernant-decouverte-dune-adenopathie>
- [25c] <https://ebulletin.radiologie.fr/actualites-covid-19/prise-charge-urgence-thromboses-post-vaccination-anticovid>
- [26] https://www.researchgate.net/publication/352837543_Analysis_of_COVID-19_vaccine_death_reports_from_the_Vaccine_Adverse_Events_Reporting_System_VAERS_Database_Interim_Results_and_Analysis
- [27] <https://www.francesoir.fr/videos-les-debriefings/christine-cotton-vaers>
- [28] <https://www.francesoir.fr/sites/francesoir/files/media-icons/vaers-data-analysis-report-2021-08-08.pdf>
- [29] <https://www.moh.gov.sg/covid-19/vaccination/vifap>
- [30] https://www.rtbef.be/info/monde/detail_coronavirus-singapour-verse-une-compensation-a-des-victimes-d-effets-secondaires-du-vaccin?id=10825413
- [31] <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2188543/b230m-paid-out-in-jab-compensation>
- [32] <https://twitter.com/LCP/status/1448937881171644418?s=20>
- [33] <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/10/08/20211008-rapport-16-astrazeneca.pdf>
- [34] <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/10/08/20101008-rapport-5-janssen.pdf>
- [35] <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/09/24/20210923-covid-19-vaccins-cominarty-pfizer-rapport-18.pdf>
- [36] <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/09/24/20210923-covid-19-vaccins-moderna-rapport-15.pdf>
- [37] <https://www.francesoir.fr/opinions-entretiens/pass-sanitaire-ou-pass-suicidaire>
- [38] <https://www.radiocourtoisie.fr/2021/10/21/ligne-droite-du-21-octobre-2021/>
- [39] <https://twitter.com/DrEricDing/status/1410830290080108544?s=20>
- [40] <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7031e2.htm>
- [41] <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.31.21261387v1>
- [42] https://www.youtube.com/watch?v=sCqqbP6Oe_Q
- [42b] <https://www.covid.is/data>
- [42c] <https://twitter.com/NiusMarco/status/1423567396590194689?s=20>
- [42d] <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00808-7>
- [42e] [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00648-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext)
- [43] <https://c19early.com/>
- [44] <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/therapies-vaccin>
- [45] <https://www.francesoir.fr/opinions-entretiens/video-debriefing-de-claude-escarguel-microbiologiste>
- [46] <https://stopcovid19.today/wp-content/uploads/2021/02/CSL-PREVENTION-THERAPEUTIQUE.pdf>
- [47] <https://reinforcovid.fr/science/prise-en-charge-ambulatoire-du-covid-19/>
- [48] <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/10/3596/htm>
- [49] <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/11/3377>
- [50] <https://www.aging-us.com/article/202307/text>
- [51] <https://ivmmeta.com/>
- [52] https://journals.lww.com/americantherapeutics/Fulltext/2021/06000/Review_of_the_Emerging_Evidence_De-monstrating_the.4.aspx

- [53] https://journals.lww.com/americantherapeutics/Fulltext/2021/08000/Ivermectin_for_Prevention_and_Treatment_of.7.aspx
- [54] <https://reinforcovid.fr/science/livermectine-dans-le-traitement-de-la-covid/>
- [55] https://www.medicalpressopenaccess.com/single_article.php?refid=82
- [56] <https://www.cureus.com/articles/64807-prophylactic-role-of-ivermectin-in-severe-acute-respiratory-syndrome-coronavirus-2-infection-among-healthcare-workers>
- [57] https://onlinejima.com/read_journals.php?article=683
- [58] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S015196382030627X>
- [60] <https://crowdbunker.com/v/SOAngttF>
- [61] <https://www.youtube.com/watch?v=ngUqeOufKvk>
- [62] <https://www.nature.com/articles/s41598-021-95900-z>
- [63] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8345236/>
- [64] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1094553921000018#>
- [64b] https://adevarul.ro/locale/oradea/flavia-grosan-medical-spus-trateaza-bolnavi-covid-19-scheme-tratament-proprii-audiata-colegiul-medicilor-bihor-1_60582c515163ec42712a1833/index.html
- [65] https://www.jstage.jst.go.jp/article/ddt/advpub/0/advpub_2021.01005/_article
- [66] <https://ijirms.in/index.php/ijirms/article/view/1100>
- [67] https://www.thedesertreview.com/news/local/dr-fareed-addresses-italian-senate-at-covid-summit/article_75ef29c2-16ff-11ec-9560-1b32c7c0d4a0.html
- [68] <https://www.youtube.com/watch?v=-1GKCYdsai0>
- [69] https://www.thedesertreview.com/health/local-frontline-doctors-modify-covid-treatment-based-on-results/article_9cdded9e-962f-11eb-a59a-f3e1151e98c3.html
- [70] <https://rcm.imrpress.com/EN/10.31083/j.rcm2203116>
- [71] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1567576921002721>
- [72] <https://www.youtube.com/watch?v=uatF5oRLw9M>
- [73] <https://osf.io/preprints/socarxiv/r93g4/>
- [74] <https://www.covid-factuel.fr/2021/10/17/comment-livermectine-est-devenue-la-cible-de-detectives-anti-fraude/>
- [75] <https://ivmstatus.com/>
- [76] <https://www.francesoir.fr/societe-sante/antilles-covid-fin-aout-2021>
- [77] <https://www.theguardian.com/australia-news/2021/sep/10/australian-drug-regulator-bans-ivermectin-as-covid-treatment-after-sharp-rise-in-prescriptions>
- [77b] <https://www.francesoir.fr/societe-sante/australie-trois-fois-plus-de-deces-rapportes-vaccins-vs-covid>
- [77c] <https://twitter.com/Covid19Crusher/status/1451198052778217489?s=20>
- [77d] <https://c19ivermectin.com/borody.html>
- [78] <https://www.francesoir.fr/en-coop-archiv-scientifique-libre/hypothese-covid-19-antihistaminiques-pertinence-actualisee-selon>
- [79] <https://covexit.com/la-therapie-du-8eme-jour-pour-le-covid-19/>
- [80] https://zenodo.org/record/5033246#.YXm7phw6__U
- [81] <https://twitter.com/DrSyedHaider/status/1451285955743207427?s=20>
- [82] [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00448-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00448-4/fulltext)
- [83] <https://www.upgcs.org/2021/04/20/covid-19-l-analyse-de-la-crise-par-un-medaille-de-la-legion-d-honneur-le-docteur-alain-branchereau/>
- [84] <http://juspoliticum.com/article/La-formalisation-du-presidentialisme-sous-la-Ve-Republique-Le-Conseil-de-defense-et-de-securite-nationale-1375.html>

Le COLLECTIF CITOYEN, pour FranceSoir, publié le 01/11/2021

Flambée épidémique dans les pays les plus vaccinés (Singapour, Allemagne, Autriche...)

Heureusement Le Monde se veut rassurant devant le désastre de Singapour : 100% de vaccinés et 100% des décédés sont... non vaccinés. Véran fait des émules avec ses stats pipotées. Les autorités américaines de la FDA reconnaissent que la vaccination des 5 à 11 ans entraînera autant d'hospitalisations pour myocardite que cela en évitera pour Covid...



© Edgar Su / Reuters

« Il est trompeur de laisser croire que la seule mise en place de la vaccination aurait dû réduire immédiatement la mortalité partout dans le monde ».

Table 14. Model-Predicted Benefit-Risk Outcomes of Scenarios 1-6 per One Million Fully Vaccinated Children 5-11 Years Old

Sex	Benefits				Risks			
	Prevented COVID-19 Cases	Prevented COVID-19 Hospitalizations	Prevented COVID-19 ICU Admissions	Prevented COVID-19 Deaths	Excess Myocarditis Cases	Excess Myocarditis Hospitalizations	Excess Myocarditis ICU Admissions	Excess Myocarditis Deaths
Males & Females								
Scenario 1	45,773	192	62	1	106	58	34	0
Scenario 2	54,345	250	80	1	106	58	34	0
Scenario 3	2,639	21	7	0	106	58	34	0
Scenario 4	58,851	241	77	1	106	58	34	0
Scenario 5	45,773	192	62	3	106	58	34	0
Scenario 6	45,773	192	62	1	53	29	17	0

La consternation - Tous ces pays très vaccinés avec pass et tout et tout

Une vague de contaminations de Covid-19 est largement amorcée en Europe de l'Ouest (par ex. Allemagne, Autriche, Pays-Bas, Belgique) : déjà quasi aussi forte que les précédentes. Combien de temps les digues vaccinales les protégeront-elles des hospitalisations et des décès.

Le désespoir : 80, 90% de vaccinés... ça ne protégera pas...

Combien de temps, les pays du sud de l'Europe de l'Ouest conserveront-ils leur faible circulation de SARS-CoV-2 ? Le pass sanitaire suffira-t-il à protéger la France et l'Italie d'une nouvelle vague ? L'Espagne et le Portugal seront-ils protégés par leur couv vacc (>80%) ?

9/9 - Amérique latine Chili = 1.13 (86.9% 1 dose) ; Uruguay = 1.19 (79.7%) ; Colombie = 1.11 ; Dom Rep = 1.02 ont quitté leurs zones de sécurité Covid-19. Belize = 0,93 : atterrissage lent, mortalité très élevée ; Brésil = 0,97 : plateau, mortalité moyenne. Mexique ; Argentine ; Pérou :

Antoine FLAHAULT admet que des pays très vaccinés comme le Chili soient très touchés

Il reconnaît sans la citer que les pays soignés à l'ivermectine maîtrisent la pandémie : Pérou depuis peu, Mexique.

La carte du Professeur :

Antoine FLAHAULT

@FLAHAULT

1/9 - Oct 31 to Nov 06 - "Around the #Covid19 World in 80 Seconds"! Daily epidemic 7-day forecasting for 195 countries/ territories on our dashboard: <https://tinyurl.com/Coviddashb> Data source: <https://coronavirus.jhu.edu> & <https://ourworldindata.org/coronavirus> Powered by @ISG_UNIGE & @SDSCdatascience

Il reconnaît le succès de l'Indonésie, l'échec du Vietnam et de la Malaisie :

Antoine FLAHAULT

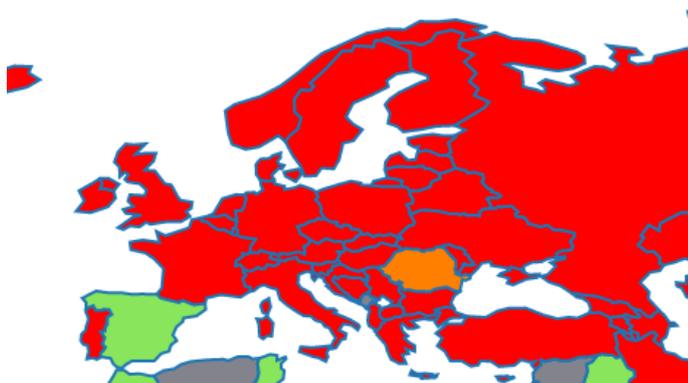
@FLAHAULT

1

Oct 31, 2021

Replying to @FLAHAULT

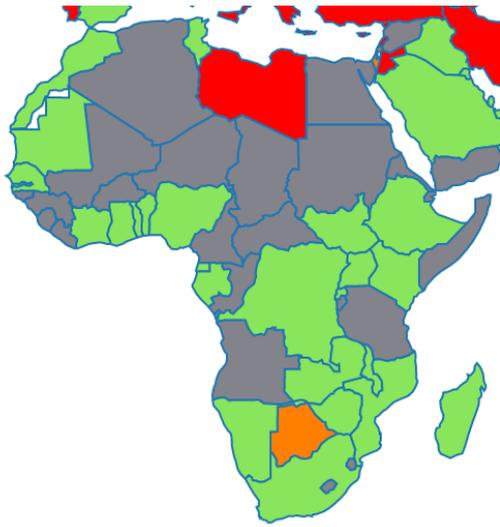
3/9 - Europe (cont'd) East-Central Europe face strong waves of #Covid19, with: - Alarming mortality in Bulgaria; Latvia; Lithuania; Moldova; Romania; UKR; - Very high mortality in Croatia; Estonia; Montenegro; Russia; Serbia; - High mortality in Czechia; Poland; Slovakia.



Antoine FLAHAULT

@FLAHAULT

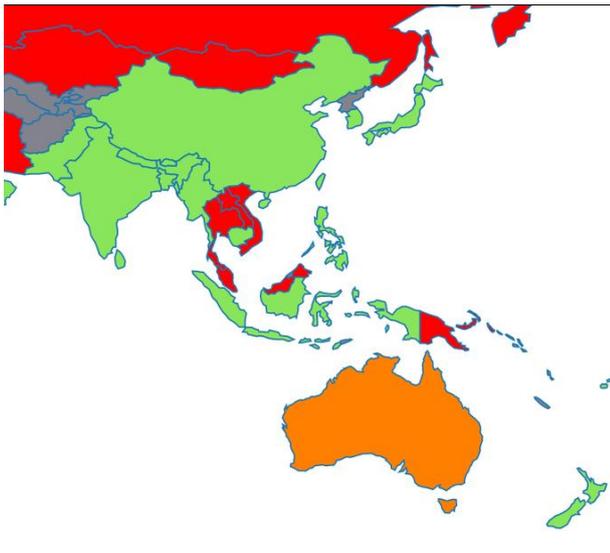
4/9 - Africa - Libya (R-eff=1.01) is plateauing above its #Covid19 safety zone, with medium mortality (22.3% received 1 dose). Gabon=0.80 (5.8% received 1 dose) landed, medium mortality; and Botswana=0.89 (29.3%), very low mortality; Underreporting in many countries.



L'échec de Singapour :

Replying to @FLAHAULT

6/9 - Asia & Pacific Laos (R-eff=1.11) is rising in its #Covid19 epidemic activity, with very low reported mortality, while Kazakhstan=0.97 is plateauing, medium mort; Malaysia=0.93; Mongolia=0.97; [Thailand=0.94 a]re slowly landing, with high [low] mortality, for 7 more days.



Caumes est sorti de l'hôpital psychiatrique et il est plus méchant que jamais :

Alain le fouineur

@alainparib

Écoutez ça , soit vous vous faite vacciner, soit, vous signez un papier comme quoi, vous acceptez de ne pas vous faire soigner. Cela ne me dérange pas



Ces pays sont extraordinaires : ils ont vacciné massivement pour faire exploser l'épidémie. Singapour, le modèle absolu des politiciens français, le Bhoutan, le Chili et les autres.

Singapour c'est le modèle absolu pour notre classe politique ; tous vaccinés tous fliqués, Singapour, la dictature sanitaire s'est implantée.

La dictature sanitaire de Singapour aurait 99% des plus de 70 ans vaccinés, depuis la troisième dose les décès flambent, l'équivalent de 200 par jour en France. Rassurez-vous, 100% de vaccinés et 100% des décès sont non vaccinés (Le Monde). Ils font comment ? Ils doivent importer leurs morts...

Le Monde explique que c'est parce qu'ils ont laissé circuler le virus... Mais ils sont tous vaccinés, il ne devrait pas circuler...

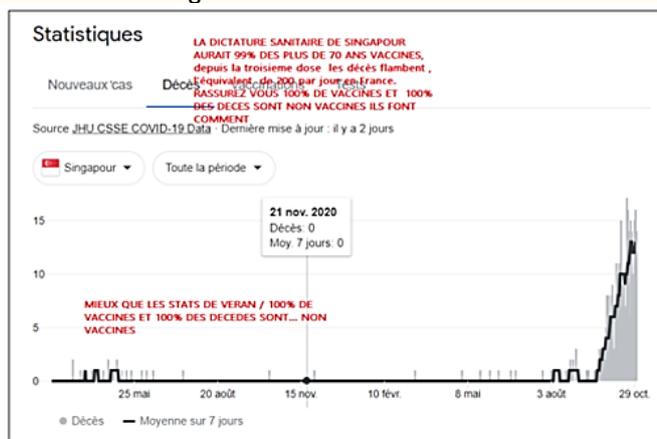
Lisez ce rapport admiratif de notre Sénat ;

« Singapour est, surtout, le premier pays au monde à avoir déployé, mi-mars 2020, une application de contact tracing, appelée Trace Together, fonctionnant grâce à la technologie Bluetooth. Les enjeux du contact tracing seront abordés plus en détails dans la suite du présent rapport. À ce stade, on peut toutefois signaler deux grandes spécificités.

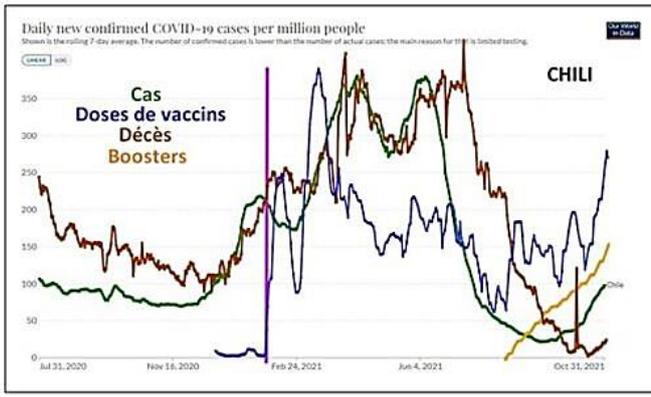
D'une part, l'usage de Trace Together est obligatoire pour certaines catégories de population, comme les travailleurs migrants, et dans certains lieux, notamment les écoles, bureaux, restaurants, cinémas ou centres commerciaux. Si le nombre de téléchargements a été dans un premier temps moindre qu'attendu (un million au bout d'un mois, pour une population de 6 millions d'habitants), elle est aujourd'hui utilisée par près de 80% de la population - même si son efficacité, comme ailleurs dans le monde, est très incertaine.

D'autre part, dans le cas particulier de Singapour, l'usage d'une telle application n'est pas sans risques pour la vie privée et les droits et libertés des citoyens. Trace Together est en effet construite sur une architecture dite « centralisée » (cf. infra), également retenue par TousAntiCovid en France, mais très minoritaire dans le monde. Dans ce modèle, les données relatives aux interactions sociales des individus sont traitées par un serveur central, géré par l'administration. En principe, celles-ci ne doivent en aucun cas être utilisées pour d'autres finalités que celles qui ont justifié leur collecte, c'est-à-dire la lutte contre l'épidémie de Covid-19. Le gouvernement de Singapour avait, naturellement, pris des engagements formels en ce sens, assurant que seules les autorités sanitaires auraient accès aux données.

Toutefois, en janvier 2021, le gouvernement a reconnu devant le parlement que la police avait eu accès aux données de contact tracing du serveur central ».



Le Chili relance la Covid en fin de printemps en lançant la 3ème dose...

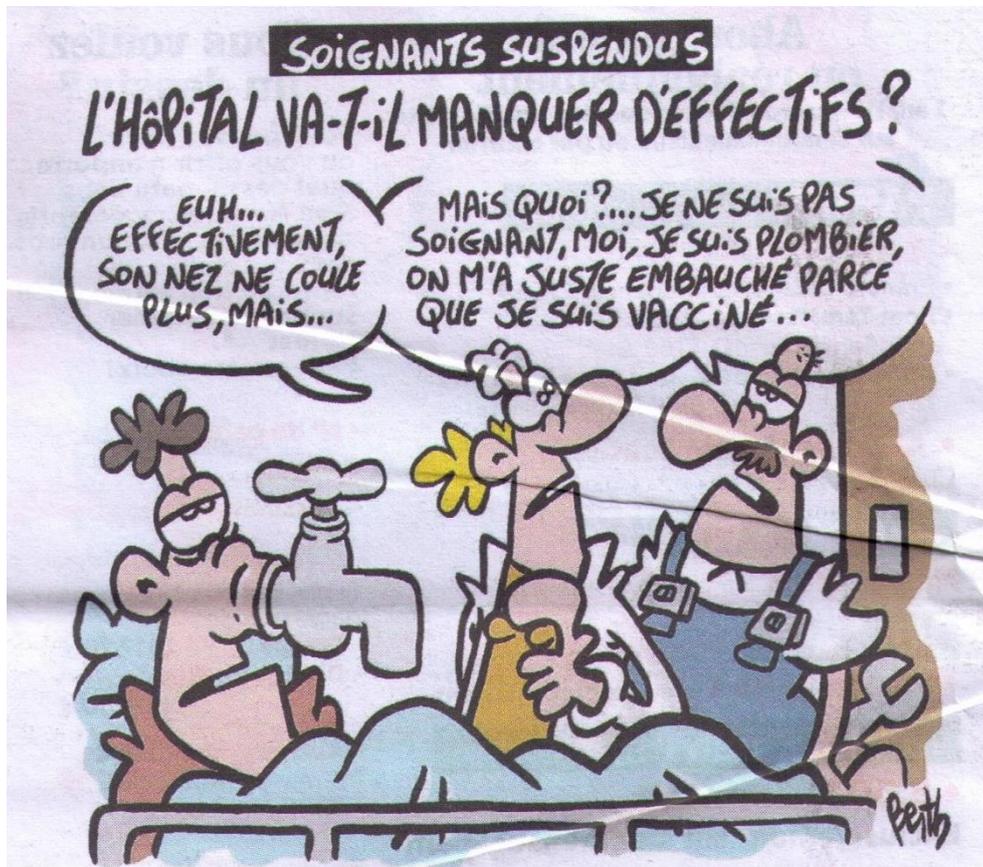


[...]

Joseph STROBERG
Nouveau Monde
 03 novembre 2021

<https://fr.sott.net/article/38642-Flambee-epidemique-dans-les-pays-les-plus-vaccines-Singapour-Allemagne-Autriche>

Humour de Siné mensuel



Guadeloupe : La dose de trop... !



« Celui qui aime tuer doit aimer mourir ! » Proverbe créole. Depuis le mois de janvier 2020, au moment même où les Chinois avertissaient le monde de la dangerosité du virus du Covid, le gouvernement était encore « rassuriste » au point de qualifier la pandémie de simple grippe. Depuis, sont passés des mois d'erreurs et de décisions incohérentes aboutissant à des scandales et à la mise en danger permanente des citoyens et des soignants. Les rares scientifiques ou intellectuels qui ont eu la lucidité de s'interroger, voire de critiquer, ont connu le bannissement social.

La dernière trouvaille magique de nos apprentis sorciers dirigeants est l'essai clinique à base d'ARN messager ou à vecteur viral – nouvelles biotechnologies ultra rentables financièrement mais nous plongeant dans l'inconnu sanitaire – que l'on nous a présenté comme étant la solution ultime à plus de 90% dès le début, puis à moins de 50% jusqu'à advenir juste une « protection des formes graves » et finalement mutant en obligation absolue pour les soignants et, de manière à peine voilée, habilement « conseillé » à tout un chacun.

Le problème est que, voulant aller trop vite pour imposer cette « nouvelle technologie vaccinale », les autorités de tous les pays occidentaux ont commis l'erreur d'interdire à la médecine de faire ce qu'elle sait faire depuis toujours, soigner. Nous faisons face à une véritable gestion idéologique tant sur le choix économique de la réponse thérapeutique que sur le choix des contraintes de mise en place pour faire passer la pilule.

En Guadeloupe, la situation est bien plus complexe et noble que ne laisse entrevoir le mépris néocolonialiste au travers des propos qui nous qualifient de vodouisants ou d'alcooliques pour expliquer notre rétivité. La situation est complexe parce que les événements sont multifactoriels, et noble parce que nous avons à faire à une population dans une rectitude qui surprend même les plus révolutionnaires. Nous avons connu bien plus par le passé et nous nous en sommes toujours sortis. L'effet sidération terminé, l'île a repris goût à la vie contre les pulsions de mort covidienne nonobstant toutes les tentatives officielles de lui maintenir la tête sous l'eau.

Depuis le 17 juillet, et chaque samedi, des organisations syndicales – politiques et associatives diverses ont pris le pari de marcher dans les quatre coins de l'île et de s'expliquer face à la population, seul moyen massif pour contrebalancer la propagande et les mensonges officiels. D'ailleurs, tous les tenants de la parole officielle n'en reviennent toujours pas de cette extraordinaire réussite qui déconstruit leurs puissants moyens : les sondages tordus, les publicités « vaccinales » et les attaques médiatiques hors normes. C'est tout un système propagandiste qui est mis en échec, c'est la raison pour laquelle les mensonges de bas étage fument désormais, démasquant les autorités.

Ainsi, nous faut-il prendre les faits par le commencement pour bien comprendre la colère populaire et le mouvement social en Guadeloupe. Notre économie est fondée sur les mêmes modalités coloniales et post-esclavagistes depuis 1848, ce qui induit un fonctionnement social qui respecte les mêmes lois d'antan en termes, non seulement de classes, mais aussi de races en dépit des tentatives libérales et néo-gauchistes à faire croire qu'il suffit de supprimer les termes de l'ancien pour qu'apparaissent le nouveau.

Le décor étant planté, il faut rappeler les luttes et autres tentatives du passé qui ont été menés, successivement, par le marronnage, la résistance solidaire et hermétique des sociétés noires, le « socialisme noir » mené par Hégésippe Légitimus (1868-1944), arrière-grand-père du comédien connu, la dissidence

plurielle qui rejoignit les forces françaises libres (FFL) pour libérer la France des Nazis, le mouvement communiste, le mouvement autonomiste, le mouvement indépendantiste et, bien-entendu, le mouvement syndical divers qui commença avec la « Fraternité ouvrière ». Tous ces mouvements et actions collectives conditionnent le comportement rebelle, tant sur le point collectif qu'individuel, de la Guadeloupe. Ce n'est pas un roman national mais un constat sociologique qui doit conduire à ne pas considérer la Guadeloupe comme un enfant râleur mais comme une terre de résistance à l'injustice, d'ailleurs le terme créole – *Pwofitasyon* – est la traduction par excellence de cet état de fait. Ce terme exprime ce qu'il y a de plus détestable dans l'imaginaire locale : l'abus du plus fort sur le plus petit.

À ce propos, le mouvement populaire de 2009, lancé presque dans les mêmes conditions, s'était donné pour but de mettre un terme à la *pwofitation* du système néocolonial qui perdurait à l'encontre de l'intérêt général de l'île. Ce mouvement a été très long, 44 jours, et a abouti à un accord avec une liste très longue de points sociaux à régler urgemment, préliminaire à un vrai plan de développement du territoire. Mais c'était trop beau pour être vrai, chasser le naturel et il revient au galop puisque les responsables politiques locaux et nationaux n'ont jamais respecté l'essence même de cet accord. Le déni de la parole donnée et de la signature apposée fera germer une frustration légitime, surtout dans la tête des enfants de ceux qui ont milité et marché... Beaucoup de ces enfants sont sur les barrages.

Les derniers événements qui ont focalisé la colère collective sont la vie chère (mouvement de 2009), le scandale de l'eau potable inaccessible (toujours d'actualité), le scandale sanitaire du chloredécone (toujours d'actualité, mais qui risque de bénéficier d'un non-lieu judiciaire), le scandale du manque de moyens sanitaires et des restructurations hospitalières sur un archipel à multirisques, et enfin la gestion hasardeuse et mortifère de la pandémie du Covid. Ceux qui ont réduit cette colère à un état d'esprit magico-religieux ont fait montre d'une inculture et d'un mépris de classe-race équivalents à la fameuse réplique de Marie-Antoinette.

En 1851, un médecin étasunien a cru bon de qualifier de « Drapétomanie » l'envie de liberté des Noirs mis en servilité. Pour le Dr Samuel Cartwright – aliéniste convaincu – « la folie de l'esclave qui s'enfuit », définition du terme, était la seule explication des comportements rebelles des Noirs de l'époque. En psychiatisant un fait naturel et humain, ce médecin faisait déjà le lit de ceux qui utilisent la science comme champ de bataille utilitaire. De nos jours, c'est la « folie des citoyens refusant la vaccination ARNm », sous le concept fourre-tout de « complotiste », qui est pointée du doigt par des individus de même stature cachant leur opportunisme ou leurs liens d'intérêts derrière la science et la médecine.

Peu nous en chaut ! La Guadeloupe n'a jamais attendu d'être notée par l'extérieur pour penser, parler et agir, n'en déplaît à ses propres enfants qui vont brailler sur les médias nationaux pour tenter de cacher leurs indignités en discréditant leurs compatriotes. C'est ainsi que nous avons pu assister à un incroyable déballage d'un sénateur Guadeloupéen du Parti Socialiste, oubliant de préciser avant toutes choses que son parti avait été financé par l'un des laboratoires ayant intérêt à la vaccination obligatoire.

Le refus de la vaccination obligatoire et du passe sanitaire, par la très grande majorité de la population Guadeloupéenne, n'est pas donc pas un ultime « caca nerveux » d'enfants gâtés mais un positionnement réfléchi et rationnel qui surprend l'ingénierie sociale systémique. Ce qui surprend le système c'est l'autodétermination sanitaire de cette population qui regarde, amusée mais vigilante, passer les mensonges et les erreurs du gouvernement. Les autorités ont pris du temps à comprendre ce phénomène et ont perdu, désormais, leur sang-froid localement mais aussi leur rationalité, si tant est qu'ils en ont jamais eu, sur le plan national.

Il faut, maintenant, faire un petit rappel de près de deux années de gestion idéologique de cette pandémie :

- Ils se sont moqués des avertissements des chinois au début du Covid, dès le mois de Décembre 2019 et tout le mois de janvier 2020, en minimisant le virus, traitant de « grippette » le Covid et de « complotistes » les rares personnes sensées qui craignaient le pire, dont les organisations syndicales et les soignants sur le terrain.

- Ils ont interdit toutes initiatives des médecins de ville voire hospitaliers – avec le renfort de l'Ordre des Médecins – alors qu'il fallait dépister et traiter en amont. Aujourd'hui, ils vont jusqu'à interdire d'excellents médecins d'exercer s'ils n'acceptent pas l'injection ARN (14% des médecins de l'île en dépit du manque cruel de médecins).

- Ils ont obligé les soignants, accompagnants médicosociaux et aides à domicile à prendre des risques inconsidérés dans les vagues précédentes, sans moyens, sans protection, combien ont été contaminés et ont transmis ou sont morts ? Aujourd'hui ils les suspendent quoiqu'il en coûte aux travailleurs, aux familles et à la société. Pourtant, l'injection ARN n'empêche pas la transmission du virus, même si les professionnels l'acceptent, cela ne protégera en rien les patients, contredisant l'argument officiel.

- Ils ont triché en présentant, dans un journal scientifique de renommée internationale, un faux en écriture sur le traitement proposé par un éminent virologue de renommée internationale. Aujourd'hui, tous les pays qualifiés de « sous-développés » – et même la Chine – utilisent des molécules repositionnées et gagnent la bataille contre la pandémie. Dans les pays de la Caraïbe et d'Amérique centrale, un simple kit de molécules repositionnées est distribué aux patients positifs... Le résultat est que la Guadeloupe paye le plus lourd tribut de la région, largement devant Haïti malgré le dernier tremblement de terre.
 - Ils ont imposé un dangereux médicament (le Remdésivir), 500 000 doses à 2 300 \$ c'est-à-dire des milliards pour un de leurs financeurs électoraux (GILEAD), qui a dû être retiré en vitesse, après avoir tué nombre de patients.
 - Ils ont continué à fermer des lits en pleine crise sanitaire, c'est-à-dire 5 700 lits sur toute la France rien qu'en 2020, les réformes néolibérales doivent continuer à leurs yeux.
- Aujourd'hui, ils s'amuse à offrir des séjours « all inclusive » à des soignants de l'hexagone pour « remplacer » des soignants du pays suspendus... 3 500 € pour une I.D.E. débutant, contre toute logique statutaire.
- Ils ont menti en affirmant que la « vaccination ARN » ne pouvait être obligatoire et que le laissez-passer ne pouvait interférer avec la vie sociale. Aujourd'hui, l'étau se resserre sur tout le monde pour imposer un contrôle des citoyens digne de la dictature de Pinochet au Chili.
 - Ils font pression sur les plus faibles pour augmenter leurs statistiques vaccinales, bafouant tout principe. Ainsi, affirment-ils sans sourcilier que 85% des soignants seraient « vaccinés ». Pourquoi alors faire appel à des soignants extérieurs et imposer, contre la réglementation, des plannings en 12 heures ?
 - Ils ne respectent même pas leur signature apposée sur des traités et conventions internationaux, quand on sait que le Conseil de l'Europe et l'OMS ont refusé l'obligation vaccinale.
 - Ils mentent en se référant aux vaccins obligatoires existants, mais qui ne sont pas à l'ARN et qui ont eu besoin de 15 à 20 ans de recul avant cette obligation.
 - Face aux réserves exprimées par les sceptiques à l'inclusion dans un essai clinique de phase III à grande échelle, ils ont martelé sur les ondes que les essais étaient terminés et que le « vaccin », dans le cas contraire n'aurait pas obtenu d'AMM, misant ainsi sur la crédulité des personnes ayant le respect des discours officiels, en veillant à omettre de préciser qu'il s'agissait d'une AMM conditionnelle délivrée en l'absence d'autres thérapeutiques sûres.
 - Ils mentent en affirmant que l'injection ARN (qui ne répond pas à la définition du vaccin conventionnel et qui fait appel à la thérapie génique) est la seule porte de sortie.
 - Ils ont bafoué les règles du consentement éclairé en faisant abstraction de certaines informations concernant liées aux protocoles d'essais cliniques, notamment sur la notion d'essais en double-aveugle incluant la présence de placebo.
 - Ils parlent déjà d'une troisième dose voire plus pour ceux qui l'ont déjà pris, ce qui démontre l'inefficacité de ce produit qui coûte très cher à la dépense publique pour peu d'effet.
 - Des vaccins conventionnels existent déjà ou sont en passe de l'être (cubains, chinois, russes, indiens et même européens), mais ils refusent de les homologuer alors que c'est la solution la plus efficace et la moins coûteuse. Ils préfèrent mener une guerre économique pour imposer la thérapie génique comme « avancée technologique » sur la Chine, notamment, qui a fait le choix de vaccins conventionnels. C'est donc une gestion idéologique au profit de l'argent pour un petit nombre et non de la santé pour tous.
 - Il est désormais et scientifiquement reconnu que l'injection ARN n'est pas efficace comme attendu, que l'immunité collective est un leurre et que l'immunité naturelle de ceux qui ont eu le Covid est de loin bien meilleure que celle acquise par injection ARN. Pourtant, même ceux qui ont eu le Covid devraient avoir une dose d'ARN, où est la science dans cette terrible absurdité ?
 - Sur le plan international, des constats scientifiques sérieux ont contraint des gouvernements à revoir leur politique de « vaccination » à base d'ARN. Le Royaume-Uni a même financé un vrai vaccin français (Valnéva) et libérer la population des mesures contraignantes.
 - Pour nous convaincre, ils affirment qu'il y a 5 milliards d'individus vaccinés, mais oublient sciemment de préciser que dans le lot, il y a 2 milliards de Chinois et 2 autres milliards d'autres pays qui ont fait le choix de vaccins classiques ou à vecteur virale (avec adénovirus humain, bien loin d'Astrazeneca qui utilise un adénovirus de chimpanzé) : Cuba – Russie – une partie de l'Inde – Iran – Plusieurs îles de la Caraïbe – Plusieurs pays d'Europe, d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et autres... Bien entendu, ces chiffres concernent en grande partie les premières injections !

- Contrairement à leurs affirmations, il n'y a aucun consensus scientifique sur ces produits ARN, il y a même un dissensus grandissant sur le plan international. La science et la médecine ont été utilisées plus à des fins financières qu'à des fins sanitaires.

- La Guadeloupe a perdu entre 400 et 800 de ses enfants, non pas parce qu'ils n'étaient pas « vaccinés » mais par manque de moyens sanitaires que nous dénonçons depuis tantôt, par manque de soins précoces, par manque d'anticipation de l'ARS et surtout par la volonté farouche de ce gouvernement de nous punir d'être méfiants envers l'ARN. Parmi ces morts, la majorité avait des comorbidités sévères et beaucoup avaient pris l'injection ARN, selon les croisements d'informations que nous avons en notre possession et contrairement aux affirmations officielles. Des soignants de l'hexagone, venus en « renfort », ont témoigné de sélection à la vie et de maltraitance sanitaire.

- Ils tentent d'opposer ceux qui ont fait le choix de prendre l'ARN à ceux qui refusent, cela prouve qu'ils ne sont pas confiants, mais nous avons réussi à ne pas tomber dans leur piège en divisant nos familles et nos amitiés sur un choix strictement personnel. Il est vrai qu'une part infime et opportuniste-hédoniste de la Guadeloupe, très active aux côtés du discours officiel, a tenté de nous y ramener sans succès.

- Nul ne connaît les conséquences à moyens et/ou à long terme de cette expérience générique à grande échelle... « Science sans conscience n'est que ruine de l'âme ! ».

- Ils n'ont tiré aucune leçon de leurs erreurs, bien au contraire ! Ils continuent et ont décidé de reconduire l'entrée en masse du virus, comme en juin et juillet, en ouvrant grande la saison touristique aux « vaccinés », alors que l'on sait que ces derniers peuvent contracter, véhiculer, transmettre ce virus et même en tomber malade. Ce n'est donc pas un hasard si la population s'est mobilisée au début de la saison touristique. Ceux qui y voient un « suicide économique » sont incapables de comprendre la douleur qui a été la nôtre aux mois de juillet et août face à l'importation du virus.

- Pour passer en force, ils n'ont que le mépris et le peloton d'exécution médiatique contre nous. Il fallait entendre les bien-pensants nous traiter de vodouisants, d'alcooliques. Mais malgré tout, nous sommes à la verticale et ils en deviennent fous de colère.

- Nos politiciens sont d'une inanité lamentable, se cachant soi-disant derrière l'avis de « scientifiques » qui nous font tourner en rond depuis près de deux années. Leur faut-il être plombier pour différencier un bidet d'une cuvette de W.C. ?

- Aujourd'hui, nous ferions pire en une semaine de barrages qu'eux en près de deux ans de désintégration sociale. Ils se focalisent sur des incidents sur les barrages pour « dénoncer » notre irresponsabilité... Du culot au kilo !

Dès le début de la pandémie, ce sont les organisations syndicales, d'abord dispersées puis unitaires, qui ont pris la charge du combat contre toutes les dérives et toutes leurs analyses et avertissements ont été confirmés par les faits. Le problème fondamental est la technocratie au pouvoir, on constate bien que l'engagement des syndicats insupporte de manière terrifiante les technocrates malgré l'évidence, d'autant que ce que nous disions se vérifient et arrivent à percer la propagande officielle jusqu'à mobiliser la grande majorité de la population.

Ce n'est pas, en soit, une spécificité Guadeloupéenne que des technocrates vouent une méfiance, voire une haine, envers les syndicalistes et singulièrement ceux qui jouent leur rôle de défenseurs des masses laborieuses.

Il faut se rappeler de l'extraordinaire création institutionnelle qu'est la sécurité sociale, un État dans l'État pensé par des syndicalistes ouvriers qui étaient motivés par leur seule volonté d'émanciper leurs pairs de leurs problématiques sanitaires. Cette institution, toujours malmenée par l'élite politique et financière mais encore debout, est désormais en grand danger si l'abonnement à la « Box-Vax » reste inscrit dans l'esprit des citoyens.

Depuis fort longtemps, les organisations syndicales n'ont eu de cesse de dénoncer la marche forcée vers la falaise. Ce sont les réformes, prétendument nécessaires, et la « prise d'otage » technocratique des services qui relevaient de l'engagement associatif (social et médicosocial) ou du service public (hôpitaux) qui nous ont conduits à l'impasse d'aujourd'hui. Une véritable crise systémique, au profit du capitalisme sauvage qui se présente sous le doux nom de « néolibéralisme », générée par la cupidité et l'avidité de politiciens et de hauts fonctionnaires plus ou moins corrompus.

Les pseudos décentralisations locales, dans un premier temps, suivies des recentralisations déguisées au niveau de l'Union Européenne via le démantèlement progressif des services déconcentrés, dans un deuxième temps, en sont les armes fatales. La création des A.R.S. en est l'exemple suprême de cette orientation malfaisante envers l'intérêt général. L'esprit D.D.A.S.S n'est plus de mise et ce sont, donc, de véritables préfectures de

santé mais sous le modèle étasunien, qui agissent désormais pour restructurer la politique sanitaire locale selon les critères définis par les tenants du libéralisme économique.

Ce n'est pas un hasard si l'on retrouve les mêmes, politiciens et hauts fonctionnaires (Énarques ou Polytechniciens), depuis trois décennies à la manette et, quelques fois, par osmose. L'arrivée de Macron à la présidence en est emblématique quand on connaît son parcours et son non-ancrage politique sur le terrain. Il y a, donc, très longtemps que la République – chose publique – est prise en otage par des intérêts privés mais toute révolte populaire est qualifiée d'antirépublicaines par ceux qui ont organisé et qui tirent profit de cette prise d'otage.

L'éloignement de la Guadeloupe du centre de décision politique, plus de 7 000 km, a toujours produit des contradictions d'intérêts et des incohérences décisionnelles mais dans le cas du Covid, c'est la goutte de trop. Il faut rappeler que nous sommes balayés régulièrement par des épidémies virales, Grippe – Dengue – Zika – Chikoungouinia, la peur du Covid n'a donc pas été de même nature qu'en Europe. Ce constat est identique pour quasiment tous les pays tropicaux et plus particulièrement pour l'Afrique. Notre perception relativiste, mais aguerrie peut surprendre au point d'inciter certains au jugement, cependant elle nous instille un comportement d'affrontement même face à un « ennemi invisible » l'on qualifie le Covid.

L'erreur de l'ingénierie sociale, qui se cache derrière ce gouvernement et ses relais locaux, est d'insister à nier notre capacité de nous suffire de peu pour être libre, à rester unis et à résister. Nous n'avons besoin ni de cinémas, ni de restaurants, ni de cafés pour enfin nous sentir libres. Ils nous ont confinés et reconfinés, sans compter les couvre-feux, sans aboutir à leur fin. Beaucoup de tentatives de division ont été entreprises, à commencer par le clivage « provax » contre « antivax » qui a fonctionné un temps, mais le travail du collectif a mis des mots sur les interrogations légitimes et le vent a tourné. Il y a même des individus d'origine européenne qui nous vomissent des propos injurieux, racistes et néocoloniaux sur les réseaux. Mais la force de ce mouvement est d'être très hétéroclite, ce qui rend difficile de nous conduire sur des terrains glissants. Pourtant, les revendications n'ont jamais été aussi claires dès le départ :

- Nous ne sommes pas anti-vaccins, ce qui serait le comble pour des soignants. Nous sommes prudents sur l'essai clinique à base d'ARN que l'on qualifie de « vaccin ». Et l'actualité nous a donné raison quand on se rend compte que deux « vaccins » sur quatre homologués restent en piste, mais avec une efficacité limitée à la « protection des formes graves » et à six mois de péremption que l'on qualifie d'immunité.
- Nous sommes pour qu'advienne un vaccin qui réponde à la définition connue et des essais prometteurs sont en cours.
- Nous sommes pour la liberté de chacun d'accepter ou non l'essai clinique à base d'ARN ou le vecteur viral.
- Nous sommes contre la division de la population entre vaccinés et non-vaccinés ou pro-vaccins et anti-vaccins. Nous devons respecter l'avis de chacun et ne pas tomber dans le piège de Macron : « Diviser pour mieux régner ». Nous devons mobiliser tout le monde sur un principe.
- Nous sommes contre le passe sanitaire qui est une attaque aux libertés publiques après les attaques aux droits sociaux.
- Nous sommes pour les précautions sanitaires, les moyens et les traitements éprouvés et moins coûteux, notamment les repositionnements de molécules connues et éprouvés qui fonctionnent, contrairement aux affirmations officielles.
- Nous dénonçons l'amalgame fait avec la solidarité pour nous culpabiliser, ceux qui font cet amalgame sont les mêmes qui sont partisans des réformes qui détruisent les moyens pour les hôpitaux. Ce sont surtout les mêmes qui ne payent pas leurs impôts et leurs cotisations sociales pour financer la solidarité nationale et les hôpitaux publics.

La demande est donc très explicite, mais rien à faire, il faut faire croire que ce qui est, n'est pas et que ce qui n'est pas, est. La dernière rencontre entre des élus locaux et le gouvernement a démontré les limites du « pouvoir » des premiers et la perversion des seconds. Il en est sorti, entre autres, que le gouvernement s'engage à mettre à disposition des « vaccins » autres qu'à ARN messenger... Sauf que La substitution se fera avec les deux produits, à vecteur viral, qui ont déjà posé problème dont l'Astrazéneca. Deux produits, aussi achetés à la hâte, qu'il faut apparemment liquider coûte que coûte.

Nous constatons, malgré tout, que les autorités persistent à nous refourguer ces produits au nom de la vaccination obligatoire, soit ! Mais s'il y a vaccination obligatoire, pourquoi ces autorités n'offrent-ils pas une panoplie plus large en y incluant les vaccins conventionnels plus efficaces et moins chers ? C'est bien la première fois, depuis des années, que le choix est porté sur le plus disant alors qu'on nous rétorque toujours qu'il faille faire des économies. C'est aussi la première fois que l'on fait une obsession sur un produit peu, voire non-efficace en définitive.

Évidemment, exiger les vaccins du voisin cubain, plus sûr et plus efficace, serait un caprice. De même, qu'exiger des traitements en amont comme dans les autres pays de la Caraïbe, serait un une marque de « sous-développement ». Bref, il ne nous appartient pas de choisir après près de deux années d'erreurs gouvernementales. Mais c'est justement le centre de la question, nous devons négocier autour d'une table et non dialoguer. Le syndicalisme ne connaît que la négociation, la notion de « dialogue social » étant une escroquerie néolibérale.

Parce qu'ils connaissent bien cette escroquerie, les travailleurs de l'hexagone auraient tort de croire que c'est un combat circonscrit à la Guadeloupe. Si les ingrédients de la résistance sont endémiques, la cause elle-même ne l'est pas au regard du caractère international du positionnement du Gouvernement. Il y a eu trois options principales de gestion de cette pandémie en fonction des pays, certains ont eu les moyens de la gérer comme on a toujours géré une pandémie, d'autres ont fait avec les moyens du bord et, enfin, le dernier tiers a fait le choix délibéré d'en profiter pour restructurer économie et société. Ce dernier tiers est principalement constitué par le bloc dit occidental, dont la France.

Les deux premiers groupes ont réussi, vaille que vaille, à sortir de la pandémie même avec les moyens du bord. Le bloc occidental tente de se refaire une santé impériale en sacrifiant sa population sur l'autel de la nouvelle biotechnologie, en en faisant des cobayes dans un laboratoire à ciel ouvert. Il y a dans le choix des autorités, une volonté manifeste de positionnement économique et technologique, peu en importe le coût financier si ce n'est humain. Car, en effet, tout est fait pour minimiser ou cacher les effets secondaires de ces produits malgré des faits plus que troublants dont une mortalité inquiétante.

Il fut un temps où c'était la raison d'État qui dominait même avec ses graves erreurs, il semble que l'État soit désormais le bras armé de la raison économique, avec de plus graves erreurs. Dire qu'aux Philippines, le Dengvaxia fut banni après 600 morts pour seulement 250 millions d'habitants. C'est précisément là que les travailleurs de l'hexagone doivent cesser de croire que le gouvernement prend des décisions sur des bases scientifiques pour « protéger » la population. Tout est fait pour déconstruire définitivement l'action collective sous quelque forme que ce soit et le système hérité du C.N.R., au nom d'un virus facilement traitable.

Notre réaction et notre détermination n'était certainement pas au programme, mais elles posent problème. La rage les gagne, désormais, au point que nous serions de grands manipulateurs du peuple et de la jeunesse... Éléments de langage qui prouvent que leurs auteurs sont enfermés dans leur bulle aseptisée et présomptueuse. En fait, ils ont misé sur l'essoufflement du mouvement qui dure depuis le 17 Juillet dernier, mais sont surpris de sa croissance pour employer leur concept fétiche.

La peur gagne le pouvoir central qui craint l'effet « boule de neige » jusqu'à l'hexagone au point qu'il tergiverse à annoncer l'obligation et la généralisation vaccinale, déjà prévue dans le calendrier envers et contre l'avis de l'OMS. Se cacher derrière une « communauté scientifique », bien absente du vrai débat scientifique, rappelle les guerres destructives menées contre la Libye, entre autres, au nom d'une autre « communauté » dite internationale mais composée de 5 ou 6 pays voyous.

Alors les chiens de garde ont pris le relais, comme d'habitude, pour marteler des insanités sur la Guadeloupe et l'outre-mer en général. Il faut les entendre affirmer que nous devrions être contents de bénéficier des impôts des Français pour avoir le vaccin gratuit. Ces déclarations de haines néocolonialistes ne sont pas nouvelles, nous les avons connus en 2009, mais ce continuum raciste et stupide démontre à quel point la propagande systémique paye très cher pour des vomissures.

Mais nous avons, aussi, droit à des affirmations officielles qui relèvent purement de la désinformation et de la propagande pour justifier les choix et erreurs des autorités, tout en se focalisant sur ce qu'elles prétendent relever de « grave » au sein du mouvement populaire et social. C'est ainsi que nous avons droit à des déclarations de chiffres dont nul ne peut vérifier la véracité mais qui contredisent la réalité dysfonctionnelle des établissements.

On affirme que plus de 90% du personnel hospitalier serait « vacciné » sans préciser que la grande majorité de ce personnel répertorié est en première dose, pour un quart, ou rétabli du Covid, pour deux-quarts, les « schéma complet » faisant le quart restant. Ce dernier quart est lui-même constitué de convaincus, certes, mais surtout de contraints pour raisons économiques. Par contre, la conséquence du manque de personnel que l'on masque par ces chiffres est qu'on ferme des services et on impose, illégalement, les 12 heures de travail continue pour pallier au manque de personnel mais, un coup, tout va très bien et, un autre coup, c'est à la faute au mouvement.

Ces soignants suspendus se sont donnés, corps et âmes et sans protections, lors des premières vagues pendant que nos technocrates se planquaient par peur de mourir. Il semble même que beaucoup ont, soit simuler d'avoir le Covid pour faire *fun*, soit ont été soignés à coup de molécules repositionnés, dont l'ivermectine. Mais ça, c'était avant qu'arrive le Dieu « ARN ». Depuis, nos technocrates ont décidé de passer

l'arme à gauche et de tirer sur tout ce qui bouge contre leur nouveau Dieu. Les mauvaises langues disent même que la Directrice de l'ARS serait « bloquée » à Paris... En attendant que les sauvages se pacifient quelque peu, mais ce ne sont que de mauvaises langues.

Nous avons vu, de nos propres yeux, comment nos technocrates ont géré la vague de juillet - août et nous craignons le pire pour l'avenir. Contrairement à ce qui est dit et répété dans les médias, et après analyses des faits par croisements d'informations notamment venant des familles des décédés, il ne s'agissait pas que de personnes « non-vaccinés ; 95% des cas avaient des comorbidités, sachant que c'est le cas pour environ un quart de la population. » Par ailleurs, nous avons pu constater la chasse qui a été faite contre les traitements tant chez les médecins de ville que des officines de pharmacie. Ces éléments nous permettent de récuser la version officielle qui n'a pas hésité à mettre en scène les morts et l'arrivée de « soignants sauveurs » de l'hexagone pour vraisemblablement brouiller les pistes.

Heureusement que nous sommes un peuple qui a su mettre en place des mécanismes de défense, ce qui nous permet de résister au nez et à la barbe des impétueux dirigeants politiques qui ne semblent avoir comme boussole que l'argent. Nous, ce qui nous intéresse, c'est l'humain avant tout et l'avenir de nos enfants. Des incertitudes sont prénantes pour nous dans la programmation gouvernementale, voilà pourquoi nous disons haut et fort non à l'insignifiance individuelle et au non-sens commun. Nous exigeons des négociations pour redéfinir une gestion sanitaire adaptée et cela passe par une dérogation législative, du même genre que celle utilisée pour nous imposer le Chlordécone.

Cette gestion a accéléré la déliaison sociale, de par les confinements et la litanie sémantique du genre « gestes-barrières » ou « distanciation sociale » et, bien-entendu, la sidération produite par les injonctions politiques paradoxales. Pourtant, le C.T.I.H. (organisme très officiel en France) vient de nous affirmer que le Covid n'a occupé que 2% des hospitalisations en 2020 et Eudravigilance (organisme très officiel en Europe) souligne une propension exponentielle d'effets secondaires graves et de mortalités dus à ces produits.

Il va pourtant falloir qu'un tribunal – pourquoi pas exceptionnel et populaire – se prononce, tôt ou tard, sur cette gestion idéologique, scabreuse et funeste. Aujourd'hui, la justice est expéditive avec la jeunesse mobilisée dans la rue et sur les barrages, mais elle est d'une lenteur à traiter l'affaire Jean-Pierre – cet homme mort entre les mains de deux gendarmes il y a tout juste un an. De même, plainte a été déposée par une des organisations syndicales contre les responsables de cette gestion sanitaire, cette plainte est restée pour l'heure sans suite. En tout, les responsabilités doivent clairement être déterminées car « Celui qui aime tuer doit aimer mourir ! » et Drapétomaniaques ou complotistes, à la guise de chacun, nous ne lâcherons rien !

Nos revendications sont :

- La non-application de la loi du 5 août 2021.
- La réintégration de tous les professionnels du public, du paramédical et du libéral.
- La liberté de soigner pour les médecins de ville.
- La mise à disposition de traitements existants (ivermectine...).
- La mise à disposition de vaccins conventionnels (soberana...).
- L'arrêt des poursuites judiciaires des militants et citoyens.
- Un véritable plan sanitaire tenant compte de la réalité archipélagique et des risques multiples de la Guadeloupe.
- Un véritable plan de développement territorial plaçant la jeunesse au centre du projet.

Philippe BELAIR
Secrétaire Général de la FSAS-CGTG (Fédération Santé et Action Sociale – Confédération Générale de
Travailleurs de la Guadeloupe)
Basse-Terre, le 22 Novembre 2021

URL de cet article 37562 : <https://www.legrandsoir.info/guadeloupe-la-dose-de-trop.html>

Évolution sanitaire des pays les plus vaccinés au 14 novembre 21 — Faits avérés d'après les chiffres OMS

Depuis plus de 18 mois, nos gouvernants et les médias complices nous rabâchent :

« Le retour à la vie normale sera possible grâce au vaccin »,

« Vous retrouverez vos libertés quand vous serez vaccinés »

« Les non-vaccinés sont responsables de la poursuite de l'épidémie ».

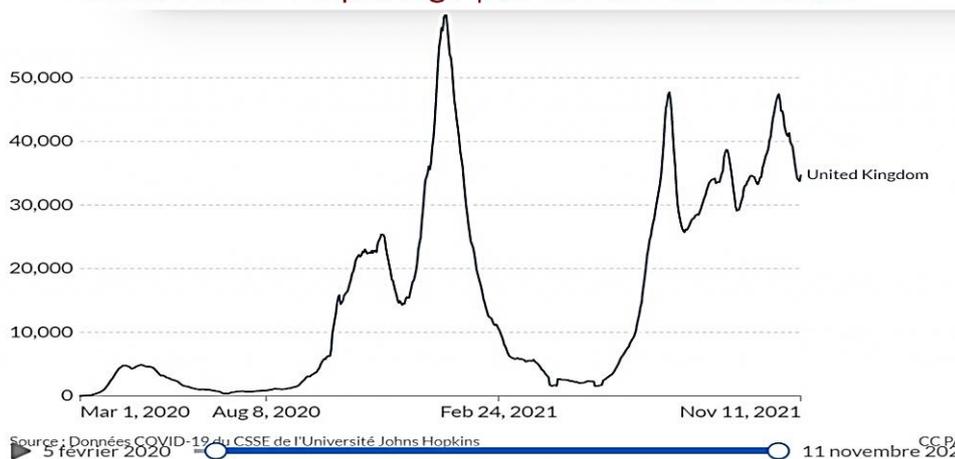
Mais aucune étude dans le monde réel n'a apporté le moindre début de preuve à l'appui de cette propagande marchande pro injection anti-covid.

Et l'analyse des données officielles de l'OMS (consultable à *OMS covid dashboard*) est très inquiétante. *Aucun des champions de la vaccination n'est parvenu à éliminer le virus, ni à éviter de fortes reprises de l'épidémie* et très peu ont totalement libéré leur peuple vacciné des mesures liberticides prétendument sanitaires imposées sans preuve scientifique de leur efficacité.

La Grande-Bretagne est le champion de l'injection Astra Zeneca

Mais son haut niveau de « vaccination » ne l'a pas protégée d'une forte reprise de l'épidémie qui persiste depuis quatre mois, avec une moyenne de 40 000 cas quotidiens.

UK Le vaccin ne protège pas des contaminations

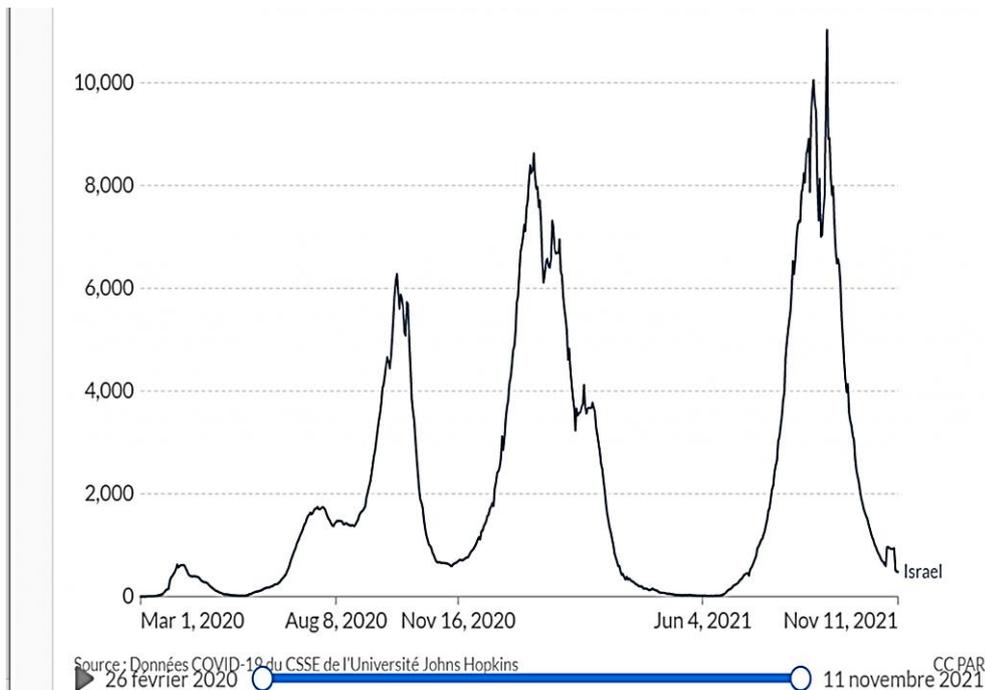


Le 10 août 21, témoignant devant les députés anglais, le professeur Sir Andrew Pollard chef de l'Oxford Vaccine Group a déclaré « le fait que les vaccins n'arrêtent pas la propagation de Covid signifiait que l'atteinte du seuil d'immunité globale dans la population était "mythique", ajoutant « avec la variante Delta actuelle, ce n'est pas possible ».

Israël est le champion de l'injection Pfizer

Au printemps 2021, avant l'émergence du variant Delta, Israël avait été le premier pays au monde à croire avoir atteint l'immunité collective grâce à l'injection Pfizer.

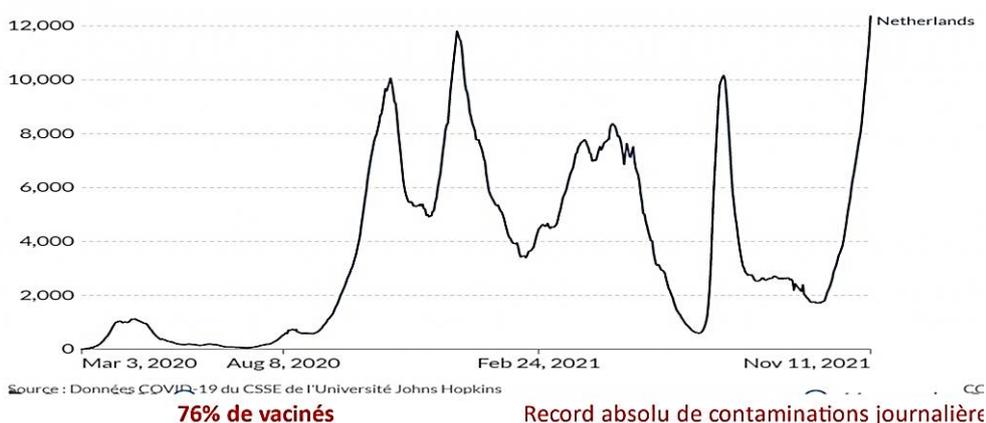
Mais son très haut taux d'injection ne lui a pas permis d'éviter une nouvelle vague avec l'établissement d'un nouveau record absolu de contaminations quotidiennes (11 000/J soit l'équivalent pour la France de 70 000 cas/J). Et la mortalité quotidienne a suivi malgré les troisièmes injections. Cette résurgence de la maladie a fait reconnaître au ministre de la Santé que le taux d'efficacité de l'injection ne dépassait pas 39 % et qu'elle ne durait que quelques mois.



S'adressant à Channel 13 TV News le 5 août 2021, le Dr Kobi Haviv, directeur médical de l'hôpital Herzog à Jérusalem, a précisé que « 85 à 90 % des hospitalisations concernent des personnes entièrement vaccinées » et « 95 % des patients sévères sont vaccinés », détruisant ainsi la propagande vaccinale prétendant que le vaccin protégerait des formes graves.

Les Pays-Bas ont plus de 75 % de leur population vaccinée, mais ce grand succès de vente de pseudo vaccin est actuellement marqué par un record absolu des contaminations quotidiennes (12 000/J soit l'équivalent français de 50 000 cas/J) qui fait envisager de nouvelles mesures restrictives.

Pays-Bas Le vaccin n'empêche pas les contaminations



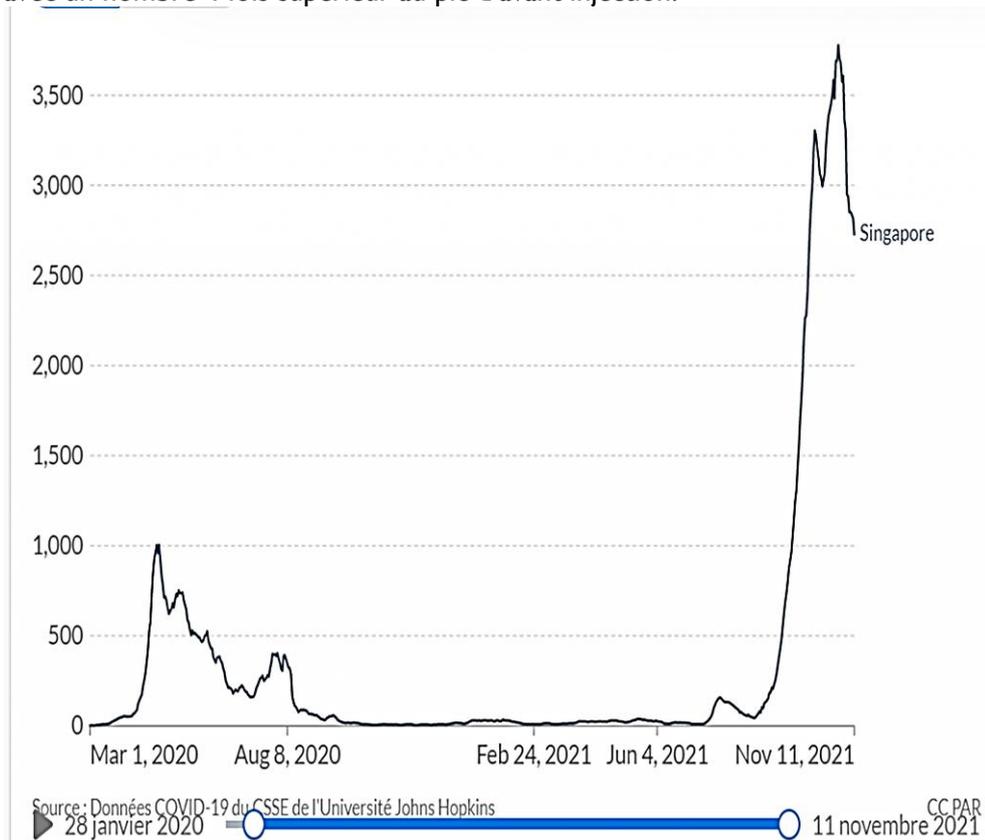
Là aussi la vaccination s'est révélée incapable de protéger la population.

Le 13 novembre le docteur Kuipers, spécialiste des soins intensifs a déclaré^[1]
 « La suggestion a été faite de l'immunité collective. Oubliez ça ! ».

« Nous travaillons maintenant avec plusieurs scénarios. L'un est le suivant : il y aura toujours un grand nombre de patients corona. Avec un nombre substantiel de patients, nous devons vraiment organiser les soins différemment à long terme. Augmenter la capacité hospitalière pour accueillir tous les patients atteints de Covid-19 et de soins réguliers ».

Singapour est le champion asiatique de la pseudo vaccination anti-Covid avec environ 90 % de la population injectée

Mais ce succès du nombre des injections ne l'a pas empêché de subir un véritable tsunami de contaminations avec un nombre 4 fois supérieur au pic d'avant injection.



Le jeudi 19 août 2021, lors d'un multi- conférence du groupe de travail du ministère, le ministre des Finances Lawrence Wong a averti :

« *Singapour n'atteindra pas l'immunité collective pendant la pandémie malgré son taux élevé de vaccination contre le Covid-19* »

« *Le chemin pour devenir une nation résiliente au Covid sera une tâche longue et difficile. Même avec des taux de vaccination très élevés, nous n'allons pas atteindre l'immunité collective* ».

Le 8 septembre 21, Tikki E. Pangestu, expert en maladies infectieuses et professeur invité à la NUS Yong Loo Lin School of Médecine à Singapour a déclaré :

« *Atteindre 95 % d'immunité collective contre le Delta est un mythe. La variante Delta étant désormais dominante dans la plupart des pays, la cible devrait plutôt être l'immunité aux maladies ou la prévention des maladies graves et des décès dus au virus* ».

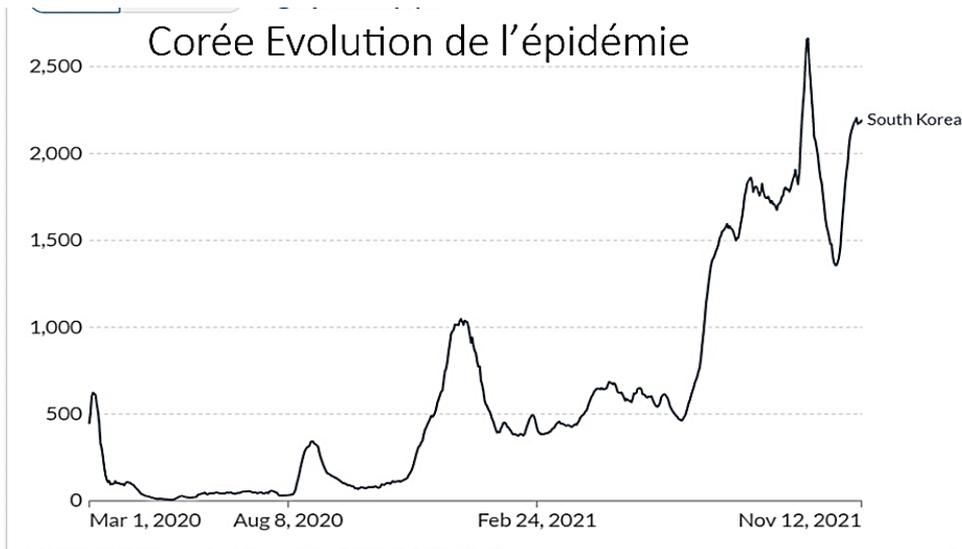
La Corée du Sud dépasse un taux de vaccination de 80 %

En juin les médias coréens se réjouissaient que l'immunité de groupe était à portée de main.^{[3][4]}

Ils prétendaient même « *qu'elle serait atteinte dès novembre* »^[5]. Le porte-parole du ministère de la Santé, Son Young-rae, prévenait que :

« *même après que l'immunité collective sera atteinte en novembre, les masques faciaux et d'autres mesures de sécurité resteront nécessaires* ».

Mais, depuis octobre leur mirage s'évanouit, l'épidémie explose et la mortalité également :



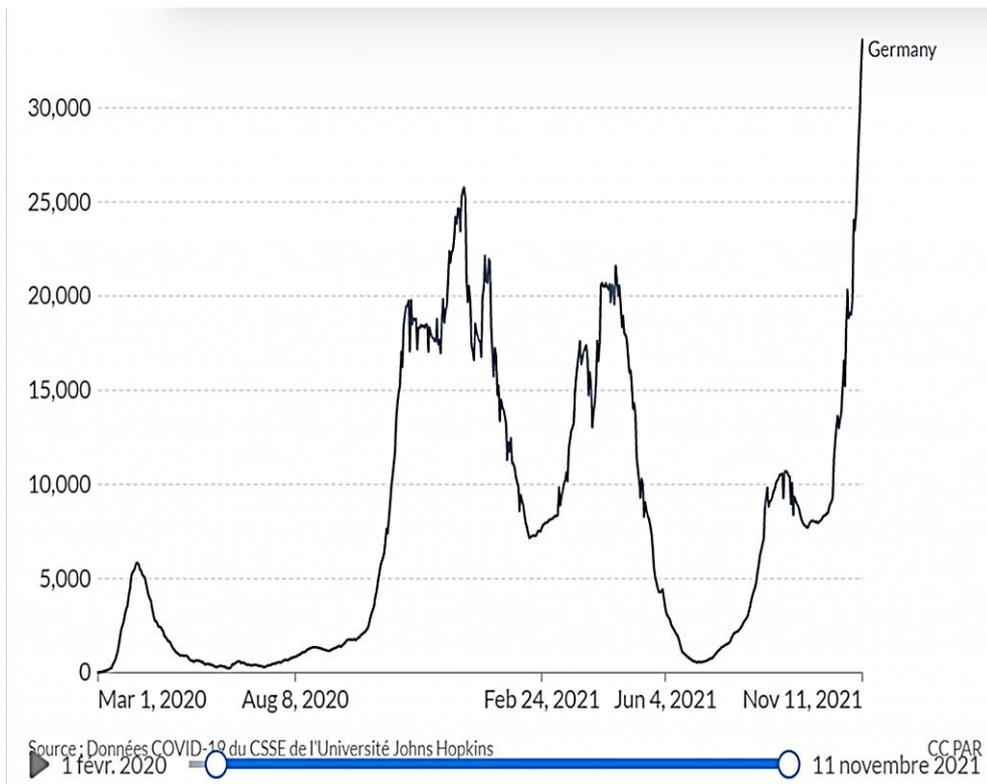
En octobre, le nombre quotidien de contaminations s'est élevé à 2,5 fois celui du pic de l'épidémie avant la vaccination (2600 vs 1000) et la mortalité a suivi.



démontrant que les vaccins ne résolvent pas le problème Covid ni celui des restrictions sanitaires.

L'Allemagne a injecté 70 % de sa population

Mais ce succès des ventes de pseudo vaccins n'a pas évité une forte reprise de l'épidémie en juillet avec croissance exponentielle depuis septembre avec un nombre de contaminations quotidiennes (36 000) dépassant largement les records d'avant « vaccination ».



Les habitants du quartier gouvernemental de Berlin font un adieu lent et silencieux, sans déclaration, sans communiqué de presse, l'adieu à une illusion, à l'objectif que les politiques poursuivent depuis le début de l'année : l'immunité collective.

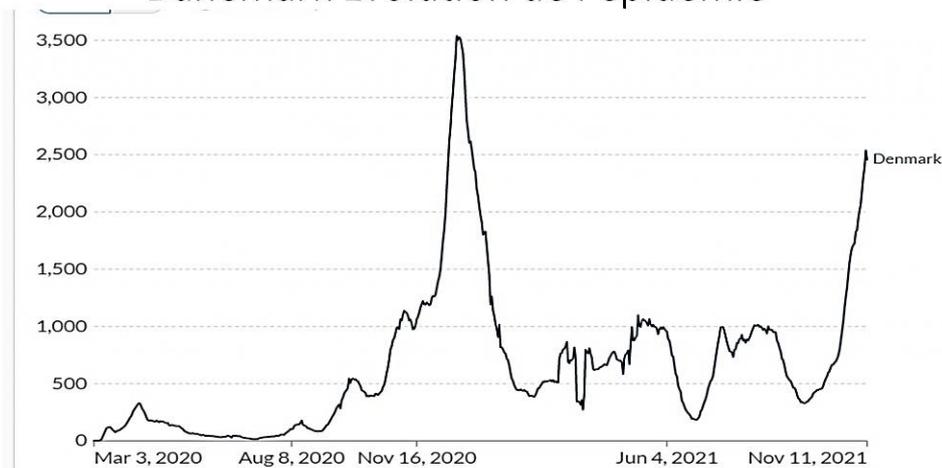
« Je peux malheureusement difficilement imaginer à ce stade que nous atteindrons l'immunité collective », a déclaré K. Lauterbach^[6] expert en santé des sociaux-démocrates de centre gauche (SPD).

L'euphorie vaccinale a apparemment cédé la place à la lassitude vaccinale, et une partie de la population ne veut toujours pas se faire vacciner, sachant que la protection vaccinale est beaucoup plus faible et plus courte qu'annoncée et les accidents post vaccinaux plus nombreux. Le pays apprend progressivement à vivre avec la pandémie, mais il peine, en partie parce que toutes les conséquences ne sont pas avouées et restent imprévisibles.

La population danoise est vaccinée à plus de 75 %,

mais ce haut taux de « vaccination » a été incapable de lui éviter une reprise brutale de l'épidémie et une menace de nouveau confinement.

Danemark Evolution de l'épidémie



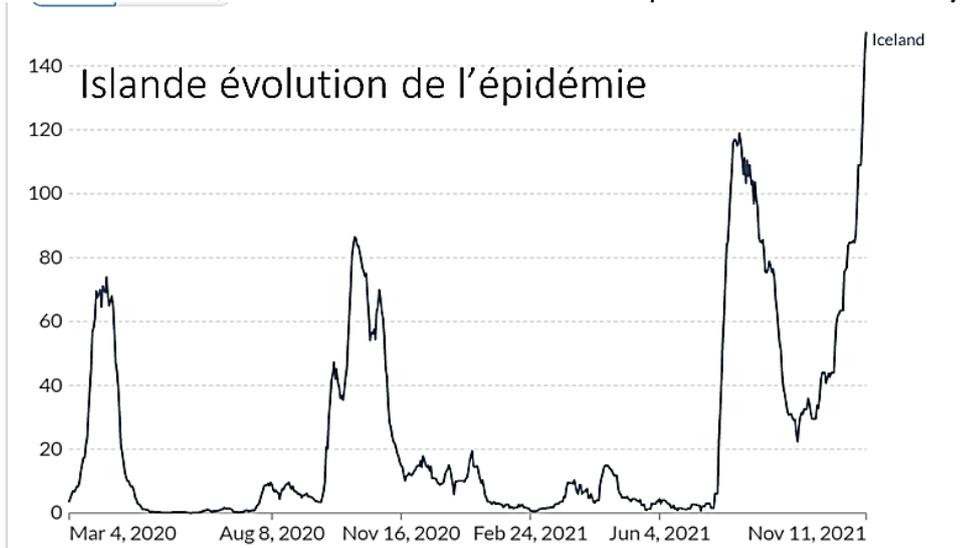
L'agence danoise des maladies infectieuses SSI a déclaré qu'elle ne pensait plus qu'il serait possible d'obtenir une immunité collective dans le pays grâce à la vaccination,^[7] ce qui signifie que sars CoV 2 pourrait continuer à circuler pendant des années.

« Si les vaccins étaient efficaces à 100 % contre les variantes actuellement en jeu et si nous avions une couverture vaccinale à 100 % chez les personnes de 12 ans et plus, alors nous pourrions parler de l'obtention d'une véritable immunité collective contre la variante delta », a déclaré Krause. « Mais malheureusement ce n'est pas la réalité, nous ne pouvons pas y parvenir. »

« Cela signifie qu'il est désormais logique de traiter Covid-19 de la même manière que nous traitons la grippe saisonnière, et de ne pas répondre aux vagues d'infection avec des restrictions strictes ». « Cela rappellera plus la grippe qu'avant », a-t-elle ajouté.

L'Islande est le pays européen le plus vacciné

Malheureusement, cette couverture vaccinale ne lui a pas évité une récurrence majeure de l'épidémie.



En juin 2021 Þórólfur Guðnason l'épidémiologiste en chef de l'Islande déclarait que l'immunité vaccinale progressait bien.^[8]

Mais depuis la nouvelle vague, il a dû déchanter et reconnaître dans une interview à la radio publique que : « la vaccination n'a pas conduit à l'immunité collective que les experts espéraient et qu'en réalité l'immunité collective ne pouvait pas être obtenue par la vaccination. »^[9]

Faute de mieux, il tente une dernière fois de l'atteindre en incitant à un rappel (3^e dose).^[10]

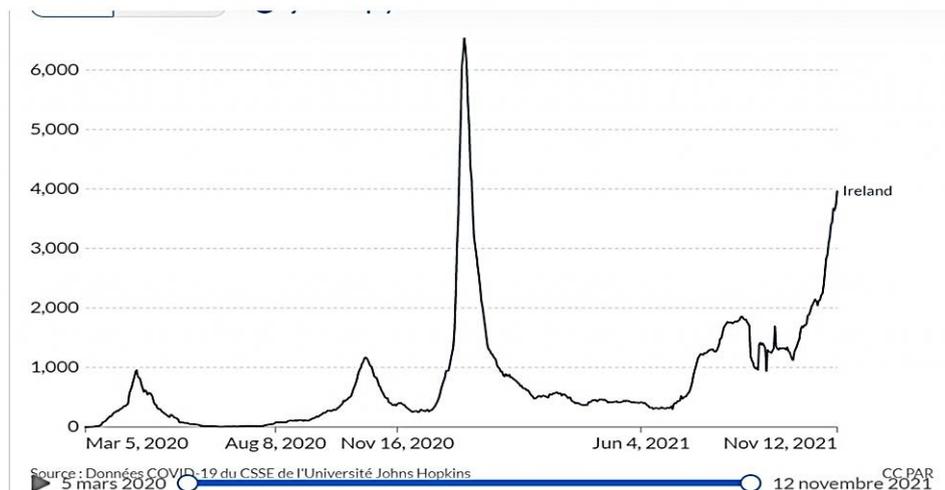
L'Irlande est également très vaccinée (plus de 75 % de la population totalement vaccinée)

En juin le Dr Vellinga déclarait^[11]:

« avec les vaccins, si nous continuons comme nous le faisons, d'ici la fin de l'année, nous devrions avoir une situation assez normale ».

Mais une rechute majeure des contaminations est survenue début juillet 2021 qui s'amplifie encore depuis un mois.

Irlande évolution de l'épidémie



La ville de Waterford a l'un des taux de vaccination les plus élevés d'Irlande contre Covid-19, avec 99,7 % des adultes de plus de 18 ans entièrement vaccinés, mais est devenue l'endroit avec le taux d'infection Covid-19 le plus élevé du pays.

Le taux d'incidence sur 14 jours atteint 1 486 cas pour 100 000 habitants, soit trois fois la moyenne nationale qui s'élève à 493 infections pour 100 000 habitants. La zone électorale adjacente de Tramore-Waterford City West a un taux sur 14 jours de 1 121 pour 100 000, selon les derniers chiffres hebdomadaires publiés par le Health Service Executive's Health Protection Surveillance Centre.

Que penser de « l'immunité de troupeau » érigée en Graal par nos dirigeants ?

Thierry Breton, le commissaire européen en charge des vaccins, avait jugé possible une immunité collective le 14 juillet 2021 dans l'Union européenne. Devant le sénat, il exposait ainsi le principe du certificat vaccinal : « Rien ne sera obligatoire ! ».

« On n'utilisera jamais le mot passeport. Ça donne le sentiment d'être obligatoire. Il ne le sera pas. Ce sera volontaire ».

Comment pourrait-on encore le croire ?

L'OMS avait d'emblée prévenu :

« Jamais, dans l'histoire de la santé publique, l'immunité collective n'a été utilisée comme stratégie pour répondre à une épidémie ».^[12]

Le 12/11/2021 le Dr Jefferson Jones, médecin du groupe de travail sur l'épidémiologie Covid-19 du CDC concluait lors de la réunion :

« Penser que nous serons en mesure d'atteindre une sorte de seuil où il n'y aura plus de transmission d'infections peut ne pas être possible. »

Depuis lors, le CDC détourne son attention d'un objectif de vaccination spécifique qui, une fois atteint, présagerait la fin de la pandémie.

L'immunité de groupe ne pourrait être espérée par le vaccin que si celui-ci protégeait totalement les individus vaccinés suffisamment longtemps et les empêchait de transmettre la maladie. C'est le cas des vaccins contre la variole ou contre la fièvre jaune.

Or les faits avérés montrent qu'aucune de ces deux conditions n'est remplie par les pseudo vaccins anti-Covid. Les vaccinés ne sont protégés qu'à 40 % et guère plus de quelques mois, en cas d'infection leur charge virale est égale à celle des non-vaccinés infectés et ils peuvent transmettre parfaitement la maladie. Cela explique que l'immunité collective est irréalisable par la pseudo vaccination actuelle.

Conclusions

Ce panorama de l'évolution de l'épidémie dans ces pays champions de la vaccination, telle qu'elle est décrite par les données de l'OMS et les courbes de l'Université John Hopkins démontre :

- Que les pseudo vaccins Covid ne protègent pas les populations des récurrences de l'épidémie
- Que les agences sanitaires abandonnent l'espoir d'une immunité collective par la vaccination maintenant qualifiée de mythe par la quasi-totalité des agences qui y croyaient
- Que cet échec est la conséquence de l'efficacité insuffisante et de la durée beaucoup trop courte^[13] des pseudo vaccins actuels qui n'empêchent ni d'être malade ni de transmettre la maladie

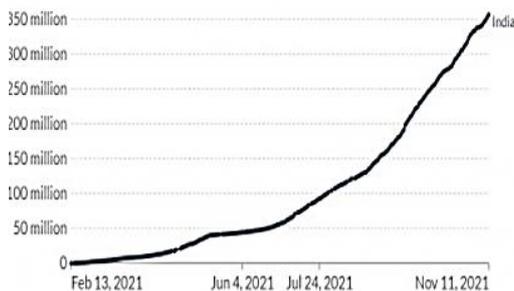
- Que beaucoup d'experts pensent qu'il est temps d'apprendre à vivre avec le covid comme avec la grippe saisonnière.
 Il est grand temps que notre ministre de la Santé considère les faits avérés et les conclusions des agences étrangères et cesse la quête infructueuse d'un Graal vaccinal illusoire et dangereux.
 L'échec maintenant patent des pseudo vaccins est d'autant plus criant que les traitements précoces bon marché ont fait leurs preuves d'innocuité et d'efficacité en Inde comme en Afrique (Nigéria, Madagascar) lorsqu'on regarde leurs données publiées par l'OMS.
 L'Inde a privilégié les traitements précoces et préventifs par hydroxychloroquine et Ivermectine avec succès.

Inde : épidémie contrôlée avec très peu de vaccinés

Nombre de personnes complètement vaccinées contre le COVID-19

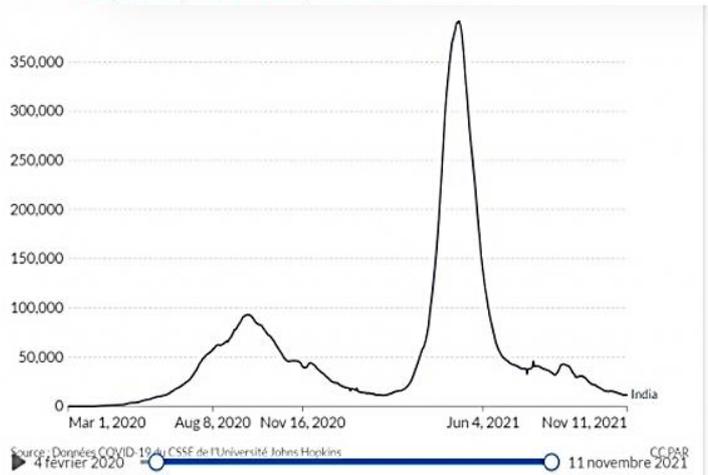
Nombre total de personnes ayant reçu toutes les doses prescrites par le protocole de vaccination.

26% de vaccinés



Source : Données officielles rassemblées par Our World in Data - Dernière mise à jour le 12 novembre 2021, 10h10 (heure de Londres)
 Remarque : Les définitions alternatives d'une vaccination complète, par exemple avoir été infecté par le SRAS-CoV-2 et avoir 1

Épidémie totalement contrôlée depuis plus de quatre mois



Source : Données COVID-19 du CSSE de l'Université Johns Hopkins
 4 février 2020 11 novembre 2021

Le Nigéria a bénéficié des traitements quotidiens par les antipaludéens



Nigeria 219 millions d'habitants dont 2% de vaccinés
100 fois moins de cas et 135 fois moins de morts par million d'habitants que la France



Source : Données COVID-19 du CSSE de l'Université Johns Hopkins
 4 mars 2020 13 novembre 2021

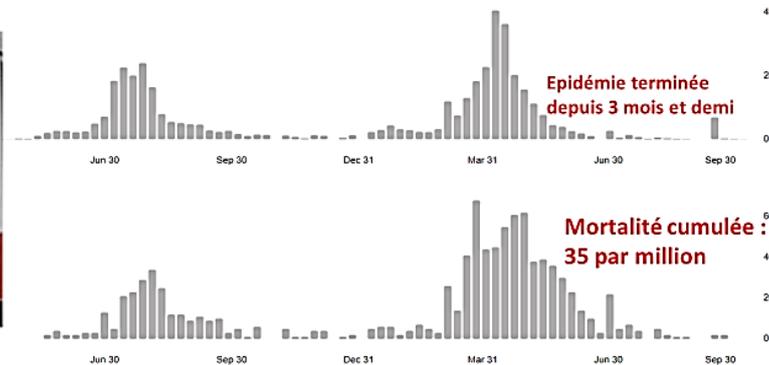
Madagascar est le champion victorieux de l'Artémisine



Madagascar champion de l'Artémisine

Au 10/10/2021 : 43610 cas , 960 morts pour 27 millions d'habitants dont 3% de vacciné

Mortalité cumulée par million 50 fois inférieure à celle de la France



Dr Gérard Delépine

source des données OMS covid Dashboard du 10/10/21

DR GÉRARD DELÉPINE

Mondialisation.ca, 15 novembre 2021

Notes :

[1] <https://www.curacaochronicle.com/post/main/nl-forget-it-acute-care-expert-says-about-covid-herd-immunity/>

[2] : Lawrence Wong Singapour n'atteindra pas l'immunité collective contre le Covid
<https://www.bworldonline.com/95-herd-immunity-vs-delta-is-a-myth-says-infectious-disease-expert/>

[3] La Corée du Sud est en passe de créer une immunité collective après avoir vacciné 20 millions de personnes
<https://en.yna.co.kr/view/AEN20210803004500320>

[4] <https://koreajoongangdaily.joins.com/2020/07/09/national/socialAffairs/herd-immunity-covid-antibody/20200709190007649.html>

[5] <https://www.nationthailand.com/international/40004280>

[6] Milena Hassenkamp, Christoph Hickmann, Armin Himmelrath, Martin Knobbe, Timo Lehmann, Martin U. Müller, Miriam Olbrisch, Gabriel Rinaldi et Christoph Schult L'immunité collective est impossible. Maintenant quoi ? Der Spiegel 21/7/2021

<https://www.spiegel.de/international/germany/herd-immunity-is-impossible-now-what-a-35335ea0-5ab2-4e3d-95e5-f2672b817056-amp>

[7] Ritzau/Le local news@thelocal.dk @thelocaldenmark 6 août 2021

<https://www.thelocal.dk/20210806/explained-why-has-denmark-given-up-on-achieving-herd-immunity-via-vaccines/>

[8] <https://grapevine.is/news/2021/06/11/icelands-herd-immunity-is-progressing-well/>

[9] <https://www.organiclifestylemagazine.com/iceland-says-herd-immunity-must-be-reached-through-transmission>

[10] https://icelandmonitor.mbl.is/news/news/2021/11/08/hopes_booster_shot_will_create_herd_immunity/

[11] <https://www.rte.ie/news/primetime/2021/0608/1226962-covid-19-ireland-herd-immunity/>

[12] Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point de presse sur la COVID-19 — 12 octobre 2020

<https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19—12-october-2020>

[13] 4 à 6 mois alors que L'immunité naturelle dure beaucoup plus longtemps

La source originale de cet article est nouveau-monde.ca

Copyright © Dr Gérard Delépine, nouveau-monde.ca, 2021

Le coronavirus tuerait 34 fois moins que les chiffres officiels

L'Institut Supérieur de la Santé italien vient de publier un court rapport (www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_5_ottobre_2021.pdf) qui fait l'effet d'une bombe, car il distingue les patients morts de la Covid des patients morts avec la Covid.

Détaillant les caractéristiques démographiques et sanitaires des 130 468 morts, jusqu'au 5 octobre 2021, porteurs du coronavirus (« *Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia* »), l'étude a établi que leur âge médian était de 82 ans, et qu'ils étaient déjà pratiquement tous bien malades avant de contracter le coronavirus de Wuhan et des Contamines. L'institut s'est plus particulièrement penché sur les 7 910 cas pour lesquels il disposait d'un dossier clinique complet, et il a relevé que plus des deux-tiers présentaient au moins trois pathologies sérieuses et un peu moins d'un tiers présentait une ou deux pathologies. En fait, *seulement 2,9% des décédés porteurs du coronavirus, parmi les dossiers cliniques exploitables, étaient sains* (bien que vieux) avant d'attraper cette maladie.

Transposé à l'échelle des 130 468 morts porteurs du coronavirus officiels, cela signifie que de l'ordre de 3 783 ont été tués par lui en vingt mois. On comprend que la presse italienne s'interroge sur les tenants et aboutissants de l'alarmisme exagéré qui a occasionné une telle oppression inédite de la société civile. En effet les accidents routiers tuent de l'ordre de 3 200 à 3 300 Italiens par an (sauf l'année dernière où on n'a pas conduit), soit 43% de plus que le coronavirus en rythme annuel, et aucun politicien n'a encore pensé à interdire la voiture dans le pays qui avait, il y a peu, le plus grand nombre de voitures par habitant, alors qu'il est économiquement et socialement plus facile de vivre sans voiture (on l'a fait pendant des millénaires) qu'emprisonné à domicile.

Transposé à l'échelle des 780 000 morts déclarés au niveau de l'Union européenne comme décédés avec le coronavirus, cela signifie que le virus peut avoir tué moins de 23 000 personnes dans l'UE. Pour mémoire, le service de pharmacovigilance de l'agence européenne des médicaments reconnaît déjà plus de 26 000 victimes fatales des injections, une partie émergée de l'iceberg dont les experts estiment qu'elle ne représente qu'un dixième à un vingtième du volume total compte tenu d'une part de l'autocensure des parents et médecins déclarants et d'autre part du refus d'enregistrement.

On se demandait pourquoi les gouvernements et pouvoirs économiques insistent tant sur la mithridatisation expérimentale massive alors qu'il existe des traitements efficaces, et pourquoi ils ont interdit lesdits traitements. On peut aussi maintenant se demander pourquoi tout cela si la maladie tue en fin de compte moins que la grippe annuelle ou que la route...

STRATEDIPLO
agoravox.fr
26 octobre 2021

<https://fr.sott.net/article/38573-Le-coronavirus-tuerait-34-fois-moins-que-les-chiffres-officiels>

Les vaccinés atteints du coronavirus le transmettent moins que les non vaccinés mais cette protection s'estompe avec le temps

Les personnes complètement vaccinées et qui contractent malgré tout le Covid-19 risquent moins d'infecter leurs contacts rapprochés que les personnes non vaccinées atteintes du coronavirus. C'est vrai pour les variants Alpha et Delta mais pour ce dernier, l'effet protecteur observé chez les vaccinés s'atténue plus rapidement, au bout de trois mois, selon une étude récente réalisée par des chercheurs de l'Université d'Oxford au Royaume Uni, publiée sur le site Nature. Ces résultats viennent s'ajouter aux arguments en faveur d'une politique de rappel ou de troisième dose.

Une étude sur 139 164 personnes

Les chercheurs d'Oxford ont voulu en savoir davantage sur l'effet des vaccins sur la transmission du virus. Pour y arriver, ils se sont logiquement intéressés aux personnes ayant contracté le SARS-CoV-2, qu'elles soient ou non vaccinées. Ils ont donc éliminé de leur champ d'étude toutes les personnes qui n'ont pas contracté le virus grâce à la vaccination, celle-ci ayant joué pleinement son rôle de bouclier contre le coronavirus et, de manière générale, toutes celles qui n'ont pas été malades du Covid-19 même non-vaccinées.

La vaccination n'offre pas de protection à 100%. Des personnes complètement vaccinées (deux doses de vaccin ou le vaccin unidose de Johnson & Johnson) ont par conséquent attrapé le Covid-19. Ce sont ces patients-là qui ont été comparés avec des patients non vaccinés malades du Covid-19.

Les chercheurs ont ainsi analysé les données fournies par les tests réalisés par 139 164 contacts rapprochés de 95 716 personnes infectées par le virus au Royaume Uni, entre janvier et août 2021, c'est-à-dire la période où les variants Alpha (anciennement variant britannique) et Delta (anciennement variant indien) jouaient des coudes pour devenir le variant dominant.

Évolution avec le temps

L'étude montre que le variant Delta amenuise bien plus l'effet protecteur des vaccins que le variant Alpha. Ainsi, une personne infectée par le variant Delta – alors qu'elle était pourtant vaccinée – présente deux fois plus de risque de transmettre le virus que si elle avait été infectée par le variant Alpha. Le risque que cette personne développe une forme plus grave de la maladie est également supérieur que si elle avait développé le variant Alpha.

Quelques données viennent renforcer cette conclusion : la probabilité qu'un contact rapproché non vacciné soit contaminé par une personne ayant reçu le vaccin AstraZeneca et ayant malgré tout contracté le coronavirus deux semaines plus tôt est de 57%. Trois mois plus tard, ce risque passe à 67%. Ce dernier pourcentage correspond par ailleurs à la probabilité qu'une personne non vaccinée propage le virus. À d'autres niveaux, les mêmes constatations ont été réalisées chez les personnes vaccinées avec Pfizer/BioNTech.

Avec cette étude, les scientifiques ont non seulement mis en évidence que les données changent en fonction du variant mais aussi avec le temps, ce qui pourrait expliquer le nombre de contaminations au variant Delta au Royaume Uni alors que la population était largement vaccinée. Les résultats montrent aussi qu'une politique de rappel (3e dose, etc.) serait susceptible de mieux protéger les individus et de réduire la transmission du virus.

RTBF, 7 octobre 2021

Conférence de pathologie - Les composants non déclarés des substances expérimentales anti-Covid-19 et les causes des décès post-injections

Cette conférence de presse s'est tenue en Allemagne le 20 septembre dernier et a depuis été traduite en plusieurs langues, dont le français (<https://pathologie-konferenz.de/fr/>). Nous avons publié des éléments de cette conférence, notamment dans cet article « Enquête sur 10 décès post-vaccinaux : lymphocytes incontrôlables, maladies auto-immunes extrêmement rares et fragments de métaux « non déclarés » dans les vaccins - les surprenantes découvertes d'une équipe de chercheurs allemands » (<https://fr.sott.net/article/38220-Enquete-sur-10-deces-post-vaccinaux-lymphocytes-incontrolables-maladies-auto-immunes-extremement-rares-et-fragments-de-metaux-non-declares-dans-les-vaccins-les-surprenantes-decouvertes-d-une-equipe-de-chercheurs-allemands>).



© Inconnu

Les deux vidéos qui suivent ont été sous-titrées en français, ce qui permet au lecteur de suivre la conférence de 2 h 38 mn dans sa totalité.

« Les résultats des autopsies de huit personnes décédées après la vaccination contre le Covid-19 seront présentés le lundi 20 septembre 2021 à l'Institut de pathologie de Reutlingen. Les analyses de tissus ont été réalisées par les pathologistes Prof. Dr. Arne Burkhardt et le Prof. Dr. Walter Lang. Les résultats confirment les déclarations du Prof. Dr. Peter Schirmacher : *sur plus de 40 personnes décédées dans les deux semaines suivant la vaccination contre le Covid-19, ses autopsies révèlent un lien de causalité entre la vaccination et le décès pour environ un tiers d'entre elles.* Dans le cadre de la conférence de presse diffusée en direct, des détails microscopiques de changements de tissus seront visualisés. Prof. Dr. Werner Bergholz parlera des paramètres actuels de la collecte de données statistiques sur la vaccination.

Lors de la conférence de presse seront également présentés les résultats de l'analyse d'échantillons de vaccins contre le Covid-19 par un groupe de chercheurs autrichiens. Ceux-ci correspondent aux conclusions auxquelles sont arrivés des scientifiques du Japon et des États-Unis. *Des composants contenant des métaux non déclarés ont été trouvés dans les échantillons.* Les éléments de vaccin sont visuellement frappants en raison de leurs formes inhabituelles.

Les résultats de l'enquête se traduisent par des exigences juridiques et politiques, par exemple, pour que les autorités collectent immédiatement des informations afin de pouvoir évaluer *les risques sanitaires posés par les vaccins contre le Covid-19.* Par exemple, en regardant le registre des FIV (fécondations in vitro), les premiers signaux de fertilité réduite des vaccinés peuvent être vérifiés. Le registre du cancer peut être utilisé pour

acquérir des connaissances sur le développement du cancer à la suite de modifications génétiques due à l'ARN viral. La suspension des vaccins contre le Covid-19 est à envisager. »

[...]



Prof. Dr. Arne Burkhardt. © Inconnu

Prof. Dr. Arne Burkhardt

Prof. Dr. Arne Burkhardt peut témoigner d'une longue carrière dans l'enseignement supérieur aux universités d'Hambourg, de Berne et de Tübingen ainsi qu'au Japon (Nihon University), aux États-Unis (Brookhaven National Institute), en Corée, en Suède, en Malaisie et en Turquie. Il a dirigé l'Institut de pathologie de Reutlingen pendant 18 ans, puis a travaillé comme pathologiste indépendant. Le professeur Burkhardt a publié plus de 150 articles dans des revues scientifiques ainsi que dans des recueils. Il a également participé à la certification d'instituts de pathologie.



Prof. Dr. Walter Lang. © Inconnu

Prof. Dr. Walter Lang

Le Prof. Dr. Walter Lang a travaillé comme pathologiste à la faculté de médecine de Hanovre de 1968 à 1985. Ensuite, pendant 25 ans, il a dirigé un institut de pathologie privé à Hanovre, qu'il a fondé en se concentrant sur les pathologies liées aux greffes, la cytologie extragynécologique, les tumeurs de la thyroïde et les pathologie pulmonaires/pleurales. Il a effectué des diagnostics de consultation pour 12 grandes cliniques pulmonaires et a effectué des examens de pathologies hépatiques pour de nombreuses cliniques. Au cours de la période 1985-2020, il a effectué des examens de consultation pour le service de pathologie de la clinique pulmonaire de Herner.



Prof. Dr. Werner Bergholz. © Inconnu

Prof. Dr. Werner Bergholz

Le Prof. Dr. Werner Bergholz est un ancien professeur d'ingénierie électrique spécialisé dans la gestion de qualité et des risques à la Jakobs University à Brême. Avant sa nomination, le professeur Bergholz a travaillé pendant 17 ans dans la gestion de la production de puces chez Siemens.

Sott.net
22 novembre 2021

<https://fr.sott.net/article/38821-Conference-de-pathologie-%E2%80%94-94-Les-composants-non-declares-des-substances-experimentales-anti-Covid-19-et-les-causes-des-deces-post-injections>

Allemagne : sur dix autopsies, cinq décès seraient « très probablement » liés aux vaccins

Soutenu par les professeurs Sucharit Bhakdi et Stefan Homburg et par le Corona Ausschuss de Reiner Fuellmich, un nouvel institut de médecine légale a tenu lundi sa première conférence de presse, pour présenter les éléments de preuve désormais disponibles sur les accidents mortels qu'ont pu entraîner les injections dites anti-covid.

Selon un rapport paru dans le bulletin allemand Corona Transition, les professeurs Arne Burkhardt et Walter Lang, médecins légistes, ont présenté lundi 20 septembre à Reutlingen le résultat de dix autopsies pratiquées sur six Allemands et quatre Autrichiens, tous décédés suite aux injections. Les autopsies sont le résultat d'un effort collaboratif conduit par plusieurs experts en médecine légale en Autriche et en Allemagne ; d'autres autopsies sont toujours en cours d'évaluation.

Elles ont été pratiquées à la demande formelle des familles. Sur les dix décès, sept sont « probablement » liées aux injections, dont cinq le sont « très probablement ». Pour les trois derniers cas, l'un d'entre eux reste à évaluer, un autre semble être « une coïncidence », et pour le dernier, le lien « est possible mais pas certain ».

Une « crise de folie des lymphocytes »

Accompagnés à Reutlingen par le Pr Werner Bergholz, expert-qualité, chargé de contrôler leurs travaux, les Pr Burkhardt et Lang ont résumé les conséquences des injections comme une « crise de folie des lymphocytes (Lymphozyten-Amok) ». Les lymphocytes sont un sous-groupe de globules blancs associés aux réactions immunitaires.

Les principaux facteurs de cette crise de folie des lymphocytes qu'ils ont observés sont ceux-ci :

- Réaction immunitaire excessive avec risque de maladies auto-immunes (en anglais, « self-to-self attack »)
- Production excessive de lymphocytes (hyperplasie)
- Apparition de ganglions lymphatiques dans des organes où ils ne doivent pas se trouver sauf à y exercer une action de destruction (dans le foie, les poumons, l'utérus, la glande thyroïde, les glandes salivaires etc.)
- Et aussi, un « déstockage » (Entspeicherung) des organes lymphatiques, ce qui diminue les capacités immunitaires externes.

Lors de ces autopsies, les deux médecins légistes se sont trouvés confrontés à des profils de maladie qui leur étaient inconnus jusqu'alors. Si on ne peut affirmer que la vaccination était la seule et unique cause de la mort – car la mort est toujours multifactorielle, « pas un seul organe, pas une seule fonction corporelle, n'est indemne » à la suite d'une injection, selon le professeur Burkhardt.

Trois maladies auto-immunes extrêmement rares

Particulièrement étrange et inattendu, Dr Arne Burkhardt a découvert trois maladies auto-immunes extrêmement rares au cours de ces autopsies : le syndrome de Sjögren, la vasculite leucoclasmique de la peau, et la maladie de Hashimoto.

Pour ce qui est de la myocardite lymphocytaire, la diagnose la plus répandue, elle est difficile à déceler même sous microscope et souvent interprétée comme simple infarctus. En cours d'investigation actuellement : le risque de décès post-vaccinal provoqué par des pathologies de l'endothélium, vasculite, périvasculite, agglutination d'érythrocytes...

Le Pr Bergholz, expert-qualité, a expliqué comment il fallait entendre le terme de « probabilité » dans ce contexte précis. Au cours des dernières années en Allemagne, la mort de 20 personnes seulement a pu être mise en relation avec des vaccinations. Par contre, entre janvier et juillet 2021, c'est-à-dire depuis le lancement de la campagne d'injections anti-covid, 80 à 90 millions d'injections ont été administrées en Allemagne, suivies de 1 230 signalements de décès comme accidents vaccinaux. Il s'agit donc au minimum de dix fois le nombre de morts par rapport aux vaccins conventionnels, sans même parler des dizaines de milliers d'accidents vaccinaux n'ayant pas immédiatement entraîné la mort.

« Jamais dans toute l'histoire de la médecine... »

Les légistes ont observé que l'Institut Paul Ehrlich, chargé d'enregistrer les accidents vaccinaux en Allemagne, rend l'accès aux données précises très ardu, même pour un spécialiste, contrairement à la pharmacovigilance norvégienne ou anglaise. Les médecins légistes ont montré de nombreuses diapositives ; *sur certaines, on voit des corps étrangers logés dans les tissus, par exemple de l'acier*. Les fabricants ont répondu qu'on utilise bien l'acier pour des prothèses, réponse qu'ils jugent inacceptable. On se souviendra que l'un des premiers à effectuer des autopsies a été le Pr Klaus Püschel de Hambourg : suite à ces autopsies, il a conclu que la grande majorité des personnes qu'il avait autopsiées, théoriquement mortes de « Covid-19 », avaient en fait succombé à d'autres pathologies.

Soutenu par Prof Dr Sucharit Bhakdi et par le Corona Ausschuss de Reiner Fuellmich, le Prof Burkhardt a accepté en juillet 2021 de diriger ces travaux au sein d'une association de type 1901 Mediziner und Wissenschaftler für Gesundheit, Freiheit und Demokratie, e.V. (MWGFD - médecins et scientifiques pour la Santé, la Liberté et la Démocratie) car « jamais dans toute l'histoire de la médecine (...) n'a-t-on connu une telle quantité d'accidents graves et de décès survenus à proximité temporelle d'une vaccination ». Le coût des autopsies est pris en charge par l'association, qui est gérée par Pr Dr Stefan Homburg, professeur émérite de finances publiques de Leibnitz Universitaet Hannover.

[...]

Sources :

Wochenblick berichtet LIVE: CORONA-IMPfung: DIE GROSSE AUTOPSIE ! + STREAM 'Lymphocyte riot' : Pathologists investigate deaths after Corona vaccination (freewestmedia.com)

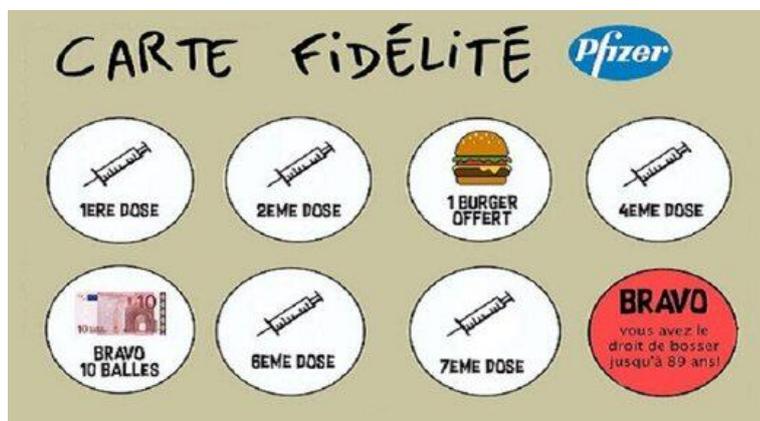
Obduktion von Toten « nach Impfung » zeigt: Das Immunsystem läuft (...) - Corona Transition (corona-transition.org)

Odysee : Pressekonferenz: Tod durch Impfung/Undeklarierte Bestandteile der COVID-19-Impfstoffe
Pathologie-Konferenz: Todesursache nach COVID-19-Impfung / Undeklarierte Bestandteile der COVID-19-Impfstoffe

<https://www.francesoir.fr/societe-sante/peter-schirmacher-autopsier-vaccins>

FRANCSOIR, publié le 23/09/2021

Covid-Europe : recrudescence des cas malgré la vaccination – ou à cause d'elle ?



Le taux de contamination au Covid-19 repart à la hausse dans certains pays européens (étrange !?...) C'est le cas des pays baltes comme la Lettonie, la Lituanie et l'Estonie, le Royaume-Uni et les Pays-Bas. Faut-il craindre une nouvelle vague de contamination ? Malgré la vaccination massive imposée par les « autorités sanitaires », les cas augmentent. Ou bien est-ce à cause d'elle ? L'immunité collective a-t-elle été compromise par la vaccination généralisée ?

Une situation inquiétante pour plusieurs États

En octobre 2020, le vieux continent a dû faire face à la seconde vague d'infections au Covid. Avec le retour de la saison chaude et l'arrivée des vaccins, la situation se serait améliorée. Mais depuis quelques semaines, avec l'arrivée de l'automne, certains États membres de l'Union européenne (UE) ont enregistré une hausse du taux d'infection.

La situation est particulièrement marquée dans les Pays Baltes. En effet, selon les statistiques de Our world in data, le nombre de nouveaux cas par jour par million d'habitants est de 805,29 en Lettonie où 52% de la population est partiellement vaccinée, 795,93 en Lituanie où 66% de la population est partiellement vaccinée et 734,56 en Estonie où 58% de la population est partiellement vaccinée. Ce sont les taux d'infection les plus élevés depuis le début de l'épidémie pour les deux premiers pays.

La Roumanie fait aussi face à une recrudescence du taux de contamination avec 697,36 nouveaux cas par jour par million d'habitants. Au Royaume-Uni, une légère hausse du nombre d'infections (37 749 en moyenne) a été aussi constatée d'après les données de l'Université John Hopkins.

Enfin, la situation sanitaire est également précaire aux Pays-Bas. Le nombre de nouvelles contaminations a augmenté de 48% la semaine dernière. Il y avait 2 550 individus contaminés par jour et le nombre d'individus hospitalisés a bel et bien augmenté.

Contamination et vaccination, la bataille des chiffres

La hausse du taux de contamination concernerait les pays qui affichent un taux de vaccination faible. C'est le cas de la Roumanie. Dans ce pays, seuls 32% de la population ont été vaccinés et certains individus n'ont même pas complété leur parcours vaccinal. La même situation est constatée aux pays baltes.

Concernant les Pays-Bas, la Docteure Susan van den Hog a indiqué que la hausse du taux d'infection a été enregistrée dans les communes où le nombre d'habitants vaccinés reste relativement faible. Mais a-t-on pensé à tester les vaccinés dans ces communes ?

Cependant, si on se réfère aux statistiques officielles publiées par Public Health England (Santé publique Angleterre), elles montrent tout le contraire, sur une période d'environ 6 mois. On s'aperçoit que les vaccinés sont plus morts du variant indien que les non vaccinés. Même schéma pour Israël, pays le plus vacciné au monde, un article explique qu'une augmentation de la mortalité pourrait être liée aux vaccins administrés en Israël.

Un vrai débat est lancé, donc, pour connaître les véritables effets de la déclaration généralisée. D'une part, la vaccination de la population la plus exposée est une notion qui fait du sens. D'autre part, le fait de vacciner des catégories non exposées a, selon certains scientifiques, empêché l'émergence d'une immunité collective naturelle, meilleur moyen de se protéger du Covid 19 dans le long terme. Tous ne sont pas d'accord : et ceci d'autant plus qu'une remise en cause de la vaccination toucherait au cœur les politiques sanitaires.

Commentaire : Petite vidéo explicative : « Le calcul est vite fait ! Décès covid vs décès vaccin » : [blob:https://odysee.com/8fa02173-6a9a-4566-b5c8-93857d2cf16b](https://odysee.com/8fa02173-6a9a-4566-b5c8-93857d2cf16b)

Lalaina ANDRIAMPARANY, lecourrierdesstrateges.fr, 16 octobre 2021

<https://fr.sott.net/article/38469-Covid-Europe-Recrudescence-des-cas-malgre-la-vaccination-ou-a-cause-d-elle>

Statistiques officielles, « oublis » : la Drees a-t-elle reconnu son erreur ? « Décoder l'éco » debriefe



Le statisticien et animateur de la chaîne « Décoder l'éco » revient pour XXX. FS

Les prétendus « complotistes » avaient-ils raison ? Une fois n'est pas coutume, suite à une analyse de Patrice Gibertie (<https://pgibertie.com/2021/07/31/le-gouvernement-a-planque-50-des-deces-pour-sous-evaluer-la-part-des-vaccines-decedes/>) au coeur de l'été, le désormais bien connu de nos lecteurs Pierre, de « Décoder l'éco » (<https://www.youtube.com/channel/UCX6iYvJWGOQfGsFo2KSSm-w>), s'était installé en vérificateur de sa déclaration. En effet, Patrice Gibertie avait écrit que la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé, oubliait 50% des décès dans son analyse qui a servi de base à la justification d'un message sur l'efficacité vaccinale.

Tout l'été, nous avons entendu que les cas covid dans les hôpitaux étaient principalement des non-vaccinés. Pierre s'est intéressé en statisticien à la validité des déclarations de Patrice Gibertie... pour les confirmer !

Il y a quelques jours, la DREES s'est fendue d'un addendum donnant raison au travail de « Décoder l'éco ». Il manquait bien 900 décès dans l'analyse, ce qui entraîne une inversion du message que 85% des hospitalisés étaient des non-vaccinés. Une correction qui fait un peu tache pour l'organisme se présentant comme « l'expertise statistique publique en santé et en social ».

Cette erreur a été justifiée par la DREES ; cependant l'explication n'est pas convaincante pour le statisticien : il nous explique pourquoi en détail dans ce debriefing.

La DREES devra se fendre d'analyses supplémentaires pour fournir une analyse complète de l'effet de la vaccination. Les données sont là, et cela ne prendrait que quelques semaines pour une bonne équipe.

Les conséquences de cette erreur sont complexes à analyser, mais sans doute importantes : elles peuvent par exemple avoir affecté le consentement libre et éclairé des personnes qui auront été se faire vacciner sur la base de la déclaration du ministre.

Il devient critique pour les médias de questionner les chiffres et communiqués de presse du ministre : le diable est vraiment dans le détail et c'est la précision, l'intelligence collective et le travail de citoyens qui tentent de rebâtir une confiance. Comme le dit Pierre, « C'est facile de vérifier, faites-le » !

Un debriefing proposé en partenariat avec BonSens.org.

FRANCESOIR, publié le 15/09/2021

Les décès excessifs indiquent un programme de dépopulation

« Je pense qu'il est très probable que la prochaine phase impliquera des décès à une échelle qui éclipsera les allégations de "décès par Covid-19" » ~ Dr Mike Yeadon, ancien vice-président de Pfizer.

Question : Pourquoi la mortalité en Écosse est-elle plus élevée en 2021 qu'en 2020 ? Réponse : Parce que plus de gens meurent. Et la raison pour laquelle plus de gens meurent est que plus de gens ont été vaccinés. En d'autres termes, il y a un lien entre la hausse de la mortalité et le vaccin contre le Covid-19.

Q : Vous ne pouvez pas le prouver.

R : Vous avez raison, je ne peux pas. Les preuves sont toutes circonstancielles. Mais elles sont tout de même convaincantes. Par exemple, l'augmentation de la mortalité ne se produit pas seulement en Écosse. Elle se produit dans de nombreux pays qui ont lancé des campagnes de vaccination de masse plus tôt dans l'année. Ils constatent tous une hausse significative de la mortalité toutes causes confondues. Pourquoi cela ? Que font-ils différemment en 2021 de ce qu'ils faisaient les années précédentes ?

Q : Je vois où vous voulez en venir, mais je ne pense toujours pas que vous ayez suffisamment de preuves pour étayer vos arguments.

R : Ok, alors dites-moi : Pourquoi y a-t-il plus de gens qui meurent en 2021 qu'en 2020 ? Et n'oubliez pas que la mortalité toutes causes confondues n'est pas seulement en légère hausse, mais qu'elle dépasse largement la moyenne des cinq dernières années. Regardez ce récent article d'Alex Berenson sur *Substack* :

« L'Écosse compte 87% d'adultes vaccinés ; le nombre de décès hebdomadaires est désormais supérieur de 30% à la normale.

14 octobre : Ceci est extrait du tableau de bord quotidien Covid-19 de Public Health Scotland :

"Les 315 décès excédentaires enregistrés la semaine dernière représentent une augmentation de 30% par rapport à la moyenne pré-pandémique sur cinq ans pour cette période de l'année. C'est la 20ème semaine consécutive où le nombre de décès excédentaires est supérieur à la moyenne quinquennale et la plus élevée depuis la semaine se terminant le 10 janvier 2021".

Même en excluant les décès dus au Covid, ils étaient près de 20% au-dessus de la normale pour la semaine la plus récente, et la tendance est à la hausse » « L'Écosse compte 87% d'adultes vaccinés ; les décès hebdomadaires sont maintenant 30% au-dessus de la normale »¹.

Q : Mais comment pouvez-vous construire un dossier sur les données d'un seul pays ? C'est ridicule.

R : Mais il ne s'agit pas seulement de l'Écosse. La même règle s'applique à de nombreux pays qui ont lancé des campagnes de vaccination plus tôt dans l'année. Voici plus d'informations de Berenson :

« Ajoutez l'Allemagne – la nation la plus peuplée d'Europe – aux pays qui connaissent une mortalité anormalement élevée, toutes causes confondues, qui n'est PAS liée au Covid.

En septembre, l'Allemagne a signalé près de 78 000 décès, soit plus de 10% de plus que le chiffre attendu, ont déclaré les démographes du gouvernement allemand en début de semaine.

Presse : "Chiffres de mortalité (en Allemagne) en septembre 2021 : 10% au-dessus de la moyenne des années précédentes" » « Il n'y a pas que le Royaume-Uni ; les décès, toutes causes confondues, sont également bien supérieurs à la normale en Allemagne (80% des adultes sont entièrement vaccinés) »²

Et puis il y a ceci, tiré du compte Twitter de Data Analyst (regardez les graphiques) :

Data Analysis @Data_is_Louder

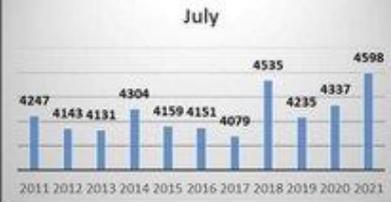
Phive26

@phive26

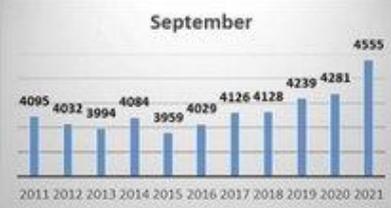
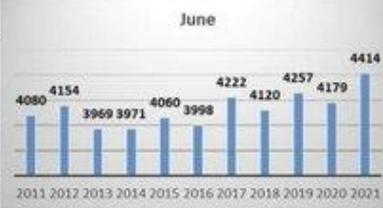
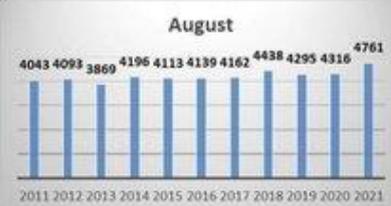
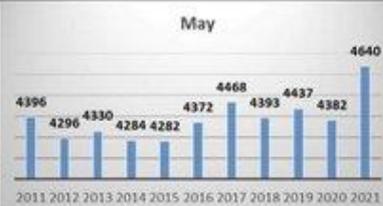
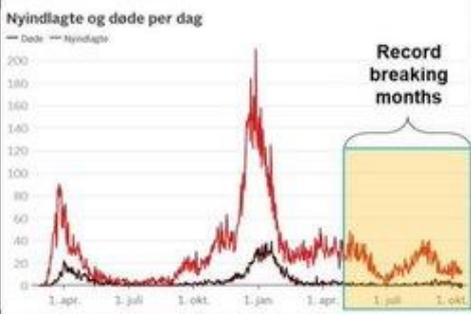
Monthly deaths from all causes

Denmark 2011 – 2021
Source: www.statistikbanken.dk/dodc1

5 months in a row 2021 has broken the 10 year record of people dying from all causes.



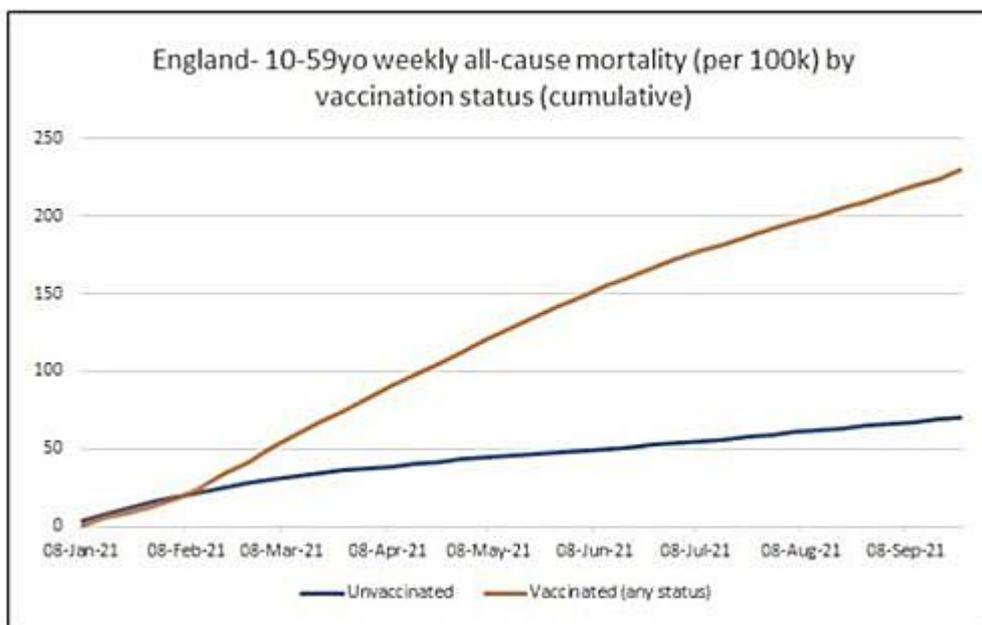
COVID-19 related deaths close to zero in same period. (Black line)
Source: www.tv2.dk



26 octobre - Mystère Covid, Le Danemark, la Finlande et la Norvège enregistrent une surmortalité plus importante que lors de leur pic épidémique du Covid. Ces mystérieux excès de décès se sont produits en même temps que le déploiement de la vaccination.

Danemark - « 5 mois d'affilée, 2021 a battu le record de 10 ans de décès de personnes, toutes causes confondues... décès covid proches de zéro au cours de la même période ».

Il en va de même en Irlande, au Royaume-Uni et en Israël. Jetez un coup d'œil à l'Angleterre (de 10 à 59 ans).



« Ce qui est si inquiétant dans ce graphique, c'est qu'il montre comment les vaccins ciblent les jeunes. "Alors que le bilan des décès dus au Covid a été largement confiné aux personnes âgées... ce sont les jeunes qui supportent le poids des blessures dues aux vaccins. Selon VigiAccess, la base de données des événements indésirables de l'Organisation mondiale de la Santé, 41% des plus de 2,4 millions de lésions vaccinales signalées à ce jour concernent les moins de 44 ans, et seulement 6% les plus de 75 ans" » « La véritable pandémie vient de commencer, et il s'agit des crises cardiaques provoquées par les vaccins anti-covid chez les jeunes », Lifesite News³

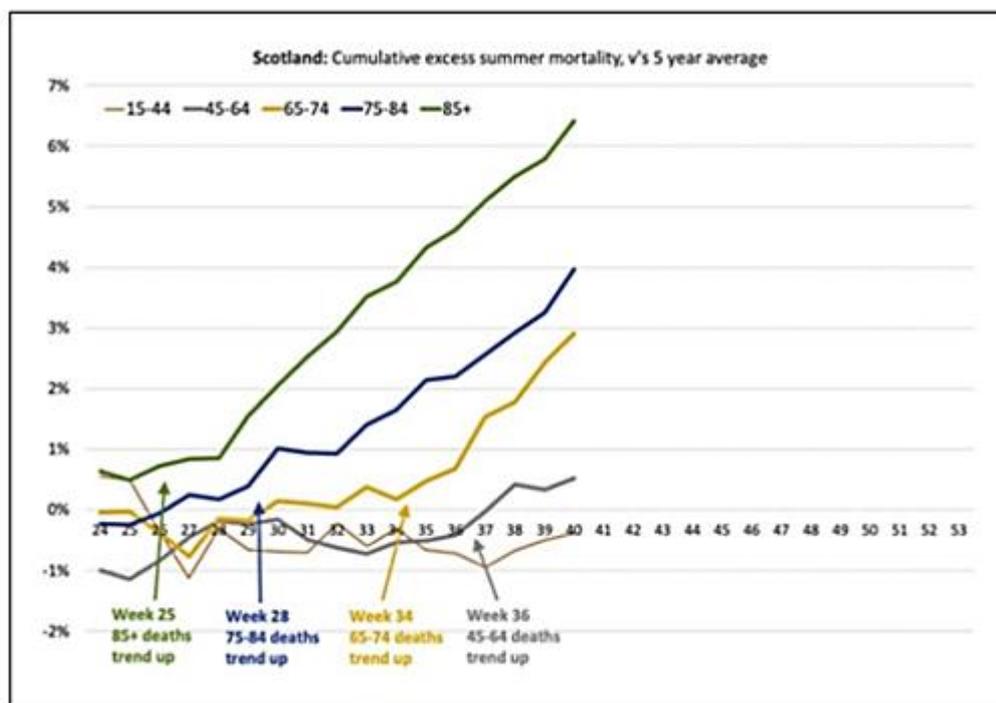
C'est quelque chose que vous ne lirez pas dans les médias, et pour une bonne raison. Parce que cela saperait leur objectif mortel de continuer à vanter les mérites du vaccin.

Joel Smalley, analyste quantitatif, nous en dit plus :

« Mise à jour hebdomadaire des décès par les CDC. "Malgré" une vaccination complète à plus de 80%, depuis le 24 juillet, les décès de personnes âgées de plus de 65 ans en Floride ont augmenté de 14% par rapport à la même période l'année dernière. "Malgré" une vaccination complète à au moins 50% chez les moins de 65 ans, les décès sont en hausse de 46% et continueront d'augmenter au fur et à mesure du rattrapage des déclarations ».

Les exemples sont partout sur Internet. Il n'est pas nécessaire de chercher bien loin. Partout où des vaccinations de masse ont eu lieu, là aussi, la mortalité a augmenté. Et, une fois de plus, il ne s'agit pas de décès dus au Covid. Il s'agit principalement de crises cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux, de caillots sanguins, de maladies circulatoires et de problèmes neurologiques ; les mêmes affections induites par les vaccins contre lesquelles les médecins et les scientifiques qui nous disent la vérité depuis le début nous ont mis en garde. Il s'avère qu'ils avaient raison après tout.

En clair, les vaccins augmentent le nombre de décès, au lieu de le réduire. Ils aggravent les choses au lieu de les améliorer. Ils perpétuent la crise au lieu d'y mettre fin. Et c'est pourquoi la ligne rouge du graphique est orientée vers le haut. Elle indique que le nombre de décès continuera à augmenter tant que nous continuerons à faire ce que nous faisons actuellement, en inoculant à des millions de personnes un agent pathogène cytotoxique qui déclenche la formation de caillots sanguins, l'inflammation et l'auto-immunité. Voici un autre graphique de l'Écosse avec un bref commentaire du *Daily Skeptic* :



« ... la présence d'une épidémie de Covid n'a pas été constatée à l'été 2020, mais l'est à l'été 2021. Qu'est-ce qui diffère entre ces deux années ? La réponse la plus évidente est le déploiement de la vaccination contre le Covid-19. Il n'y avait pas de programme de vaccination Covid-19 en 2020, mais il y a eu un déploiement des vaccinations contre le Covid de manière séquentielle à des groupes d'âge de plus en plus jeunes en 2021, un modèle que nous voyons dans la manifestation de la surmortalité... Le système de notification des événements indésirables Yellow Card, [...] a déjà enregistré plus de 1 700 décès dans la population britannique associés aux vaccins anti-covid. Il y a donc de bonnes raisons de penser que la vaccination contre le Covid-19 est un facteur contribuant à l'augmentation spectaculaire de la surmortalité estivale en Écosse en 2021 » « Les vaccins sont-ils à l'origine des décès excessifs en Écosse, demande un professeur de biologie », *The Daily Skeptic*" .⁴

Avez-vous remarqué comment les médias tentent de dissimuler la soudaine augmentation de la mortalité ? Voici un bon exemple tiré d'un article du *UK Telegraph* :

« Alors que l'attention reste fixée sur le Covid-19, une deuxième crise sanitaire émerge discrètement en Grande-Bretagne. Depuis le début du mois de juillet, il y a eu des milliers de décès supplémentaires qui n'ont pas été causés

par le coronavirus. Selon les experts de la santé, cette situation est tout à fait inhabituelle pour l'été. Bien que l'on s'attende à une surmortalité pendant les mois d'hiver, lorsque le froid et les infections saisonnières se combinent pour mettre la pression sur le NHS, l'été connaît généralement une accalmie.

Cette année est une exception inquiétante.

Selon l'Office for National Statistics (ONS), depuis le 2 juillet, il y a eu 9 619 décès en excès en Angleterre et au Pays de Galles, dont 48% (4 635) n'ont pas été causés par le Covid-19.

Donc, si toutes ces personnes supplémentaires ne meurent pas du coronavirus, qu'est-ce qui les tue ?

Les données de Public Health England (PHE) montrent qu'au cours de cette période, 2 103 décès supplémentaires ont été enregistrés pour des cardiopathies ischémiques, 1 552 pour des insuffisances cardiaques, ainsi que 760 décès supplémentaires pour des maladies cérébrovasculaires telles que les accidents vasculaires cérébraux et les anévrismes, et 3 915 pour d'autres maladies circulatoires » « Des milliers de personnes de plus que d'habitude meurent... mais ce n'est pas à cause du Covid », Telegraph⁵

Donc, selon l'article, il y a eu :

- 24% de décès par insuffisance cardiaque de plus que la base de référence
- 19% de cardiopathies ischémiques
- 16% de maladies cérébrovasculaires (accidents vasculaires cérébraux)
- 18% d'autres maladies circulatoires

Toutes ces affections cérébro-vasculaires, cardiaques et circulatoires ne sont pas tombées du ciel en 2021.

Ce sont des lésions générées par les vaccins. Vous ne voyez pas ?

Et elles sont toutes liées à la protéine spike qui est le « mécanisme d'action biologique » qui « endommage les vaisseaux sanguins, les organes, et provoque des caillots sanguins, et qui peut tuer un être humain ? ». (Citation : Dr Peter McCullough)

Vous êtes-vous demandé pourquoi plus de personnes sont mortes cette année du Covid que durant toute l'année 2020 ? Selon Johns Hopkins, le Covid a tué 353 000 personnes aux États-Unis en 2020. Mais en seulement 10 mois en 2021, 390 000 personnes sont mortes. Comment cela est-il possible ? Après tout :

1. Beaucoup de personnes extrêmement vulnérables sont déjà mortes.
2. Selon les experts, la variant Delta n'est pas aussi mortel que l'infection originale de Wuhan.
3. 100 millions de personnes (selon le CDC) ont déjà survécu au Covid et possèdent désormais une immunité naturelle.
4. Et 190 millions de personnes ont été doublement vaccinées.

Ce sont quatre raisons pour lesquelles les décès devraient diminuer. Mais ils ne diminuent pas, ils augmentent. Pourquoi ?

Le vaccin, voilà pourquoi.

Et pourquoi les pays ayant les taux de mortalité les plus élevés pour le Covid-19 sont aussi les pays les plus vaccinés ?

C'est parce qu'« il y a une corrélation positive importante entre le pourcentage de vaccination et les décès ».

Mais ne me croyez pas sur parole. Vérifiez par vous-même. Faites vos propres recherches.

Tout récemment, le professeur Norman Fenton de l'Université Queen Mary de Londres a passé au crible les statistiques du gouvernement (ONS) pour voir s'il pouvait « déterminer le risque-bénéfice global des vaccins contre le Covid-19 » en comparant « les taux de mortalité toutes causes confondues entre les vaccinés et les non-vaccinés dans chaque catégorie d'âge ».

Sa pensée sur la question était simple :

« Si le Covid est aussi dangereux qu'on le prétend – et si le vaccin est aussi efficace qu'on le prétend – nous devrions à ce jour avoir constaté beaucoup plus de décès liés au Covid chez les non-vaccinés que chez les vaccinés... (et) Si le vaccin est aussi sûr qu'on le prétend, alors il devrait y avoir un peu plus de décès de causes non liées au Covid chez les vaccinés que chez les non-vaccinés (dans chaque groupe d'âge). Ainsi, le nombre de décès, toutes causes confondues, devrait être plus élevé chez les non-vaccinés que chez les vaccinés (dans chaque groupe d'âge), ce qui confirmerait que les avantages de la vaccination l'emportent sur les risques »
« Des divergences et des incohérences dans les ensembles de données du gouvernement britannique compromettent l'exactitude des comparaisons des taux de mortalité entre les vaccinés et les non-vaccinés »⁶
Simple, non ? En d'autres termes, si le vaccin est si génial, les données devraient le montrer clairement. Mais ce n'est pas ce que Fenton a trouvé. Ce qu'il a trouvé est le contraire. Il a constaté que la mortalité toutes causes confondues est plus élevée chez les personnes vaccinées que chez les personnes non vaccinées. (Fenton espérait que son analyse aurait un impact sur le débat concernant le programme de vaccination en

cours, mais au lieu de cela, il a été vicieusement dénoncé comme un extrémiste de droite, ce qui est ce qui arrive à tous ceux qui osent remettre en question le récit officiel. Voici plus d'informations de NPR :

« Dans le service des urgences de l'hôpital Sparrow de Lansing, dans le Michigan, les membres du personnel s'efforcent de soigner des patients qui se présentent beaucoup plus malades qu'ils ne l'ont jamais été. Tiffani Dusang, directrice des soins infirmiers du service des urgences, vibre pratiquement d'anxiété refoulée en regardant tous les patients allongés sur une longue file de brancards poussés contre les murs beiges des couloirs de l'hôpital. "C'est dur à regarder", dit-elle dans sa voix chaude de Texane.

Mais il n'y a rien qu'elle puisse faire. Les 72 chambres des urgences sont déjà remplies.

"Je me sens toujours très, très mal quand je marche dans le couloir et que je vois que les gens souffrent ou ont besoin de dormir ou de calme".

Même dans les régions du pays où le Covid-19 ne submerge pas le système de santé, les patients se présentent aux urgences plus malades qu'avant la pandémie, leurs maladies étant plus avancées et nécessitant des soins plus complexes.

Les mois de retard dans les traitements ont exacerbé les maladies chroniques et aggravé les symptômes. Selon les médecins et les infirmières, la gravité des maladies est très variable et comprend, entre autres, des douleurs abdominales, des problèmes respiratoires, des caillots sanguins, des problèmes cardiaques et des tentatives de suicide »
« Les urgences sont maintenant submergées de patients gravement malades – mais beaucoup n'ont même pas le Covid »⁷.

Je répète : « douleurs abdominales, problèmes respiratoires, caillots sanguins, problèmes cardiaques ». En d'autres termes, l'engorgement des salles d'urgence pourrait aussi bien être lié à des blessures induites par le vaccin qu'à des « traitements retardés ». Et remarquez que l'auteur semble sincèrement préoccupé par la multiplication des salles d'urgence, mais ne mentionne jamais l'éléphant dans la pièce : le vaccin. S'agit-il d'une simple erreur de sa part ou avait-il vraiment l'intention d'embobiner ses lecteurs dès le départ ?

Ensuite, il y a cette perle du New York Post qui tente de préparer le public à l'assaut de troubles « thromboemboliques » auquel nous serons confrontés dans un avenir très proche. L'article est judicieusement intitulé « La crise cardiaque peu connue qui frappe les femmes en bonne santé dès l'âge de 22 ans ». Voici un extrait de l'article :

« Quand on pense à une crise cardiaque, on imagine immédiatement quelqu'un de plus âgé et qui pourrait déjà avoir des problèmes de santé sous-jacents. Mais les experts ont averti que des femmes de 22 ans seulement pouvaient être frappées par une maladie peu connue.

La dissection spontanée de l'artère coronaire (SCAD) se produit lorsqu'une déchirure se forme dans un vaisseau sanguin du cœur, rapporte le New York Post. Elle peut ralentir ou bloquer le flux sanguin vers le cœur, provoquant une crise cardiaque, des anomalies du rythme cardiaque ou une mort subite, selon les experts de la Mayo Clinic.

En général, il s'agit d'une affection peu fréquente, mais les médecins exhortent les femmes à demander un diagnostic et des soins lorsqu'elles présentent des symptômes. Cette affection est plus fréquente chez les femmes âgées de 30 à 60 ans, mais les experts ont signalé qu'elle touche des femmes en bonne santé dès l'âge de 22 ans » « La crise cardiaque peu connue qui frappe les femmes en bonne santé dès l'âge de 22 ans », New York Post⁸

C'est compris ? Donc, selon le Post, il est parfaitement normal qu'une jeune femme de 22 ans en bonne santé soit frappée par une crise cardiaque. Pensez-vous que l'auteur essaie peut-être d'adoucir les attitudes à l'égard des blessures causées par les vaccins avant qu'elles ne nous frappent comme une tonne de briques ? En effet, c'est le cas, tout comme l'article du Times of India sur la superstar des célébrités et fou de fitness, Puneeth Rajkumar, décédé il y a quelques jours d'un arrêt cardiaque. Il avait 46 ans. Selon le Times of India :

« La mort soudaine de Rajkumar a une fois de plus mis en évidence les dangers auxquels sont confrontés de nombreux trentenaires et quadragénaires aujourd'hui, à savoir le risque croissant de maladies cardiaques et d'arrêts cardiaques. [...] (Rajkumar) a été victime d'un malaise cardiaque massif alors qu'il faisait de l'exercice dans un gymnase. Connus pour être ouvertement en forme et en bonne santé, Rajkumar avait l'habitude de s'entraîner souvent...

On observe une augmentation choquante du nombre d'arrêts cardiaques chez les jeunes, voire les jeunes de 20 ans. Alors que les maladies cardiaques et les arrêts cardiaques étaient généralement considérés comme des "problèmes de personnes âgées", ce n'est plus le cas et c'est désormais un signe d'alerte auquel les médecins invitent les gens à faire attention. [...]

En raison de la pandémie, les médecins ont également souligné que la préoccupation pour les questions liées à la santé cardiaque a été repoussée, et il est maintenant plus probable qu'avant que les gens souffrent de crises cardiaques et d'arrêts cardiaques silencieux » « L'acteur kannada Puneeth Rajkumar meurt à 46 ans, il a souffert d'un grave arrêt cardiaque alors qu'il faisait de l'exercice », Times of India⁹

A-t-on l'impression que les médias ont accepté leur rôle de complice d'une extermination de masse ou est-ce une exagération ?

Quoi qu'il en soit, nous pouvons nous attendre à voir un déluge d'articles similaires surgir partout dans un avenir proche. Des articles comme celui-ci :

« *L'activité physique peut augmenter le risque de crise cardiaque, selon une étude - Les nouvelles conclusions ne l'emportent pas sur les bienfaits de l'exercice, soulignent les chercheurs* », *The Irish Times*.

Ou ceci :

« *Les crises cardiaques chez les jeunes sont en augmentation* », *The Hindu*.

Ou encore ceci :

« *Le nombre de crises cardiaques a augmenté en 2021, l'âge n'étant pas une barrière ; voici ce qui en est à l'origine* », Vous voyez ce qui se passe ? Ces articles à l'emporte-pièce ont tous été concoctés dans le même but : faire croire au public que la vague extraordinaire de décès chez les jeunes en bonne santé est tout à fait normale. (« Rien à voir ici. Circulez ») Mais, bien sûr, rien de tout cela n'est normal. Tout est effroyablement bizarre et choquant, et c'est pourquoi nous nous concentrons tant sur les décès excessifs et la mortalité toutes causes confondues. Car nous pensons qu'ils fourniront les preuves dont nous avons besoin pour démontrer que le vaccin est un élément essentiel du programme de dépopulation de l'élite visant à réduire la population mondiale de milliards de personnes. Nous croyons toujours que c'est ce qui se passe réellement. Les grands argentiers ont décidé d'éradiquer quelques milliards d'entre nous, les cafards, pour avoir plus de place pour garer leurs Learjets. Il se trouve qu'ils ont opté pour le vaccin comme alternative « moins salissante » que de nous faucher dans les rues avec des mitrailleuses. Non pas qu'ils perdent le sommeil à cause de ça.

Alors, comment se passe le plan, vous demandez ? Regardez ça :

« *Selon les statistiques de mortalité toutes causes confondues, le nombre d'Américains décédés entre janvier 2021 et août 2021 est supérieur de 18% au taux de mortalité moyen entre 2015 et 2019* ».

Et voici un extrait d'un article qui a extrait ses données d'une recherche plus diversifiée. Jetez-y un coup d'œil :

« *La piqûre Covid est-elle responsable de la surmortalité ?...*

Matthew Crawford, de la lettre d'information Rounding the Earth, a examiné les statistiques de mortalité avant et après le déploiement des piqûres de Covid... Crawford poursuit en examinant les données de pays où l'adoption du vaccin est importante tout en ayant simultanément des taux très faibles de Covid-19. De cette manière, il est possible de se faire une meilleure idée de la question de savoir si les injections anti-covid pourraient être responsables de la surmortalité, par opposition à l'infection elle-même.

Il a identifié 23 pays qui répondent à ce critère, représentant 1,88 milliard d'individus, soit environ un quart de la population mondiale [...] Crawford procède à un certain nombre d'ajustements afin d'éliminer les valeurs aberrantes susceptibles de fausser les ensembles de données, (mais) après avoir éliminé les nations dont le nombre de décès dus au Covid était supérieur à 100 par million avant leur programme de vaccination, il est parvenu à 13 pays représentant une population combinée de 354 millions d'habitants [...]

Il est remarquable de constater que le nombre de décès dus au Covid dans ces 13 pays est 11,61 fois plus élevé après la vaccination qu'avant le déploiement des vaccins. Dans cinq de ces 13 pays, 90% des décès dus au Covid-19 ont été enregistrés après le début des campagnes de vaccination.

*"À première vue, ces résultats renforcent l'idée que les vaccins expérimentaux tuent des gens", écrit Crawford. "À tout le moins, il s'agit d'un signal de sécurité dramatique de plus qui devrait inciter les autorités qui se soucient de notre santé à se réunir pour discuter de la manière d'affiner les données qu'elles n'analysent pas, à la connaissance de tous..." » « Les vaccins Covid sont-ils responsables de la hausse de la mortalité ? », *Mercola.com*¹⁰.*

Intéressant, non ? Donc, si vous prenez les pays où il n'y a pas beaucoup de virus, et que vous inoculez quand même une tonne de personnes, alors vous pouvez vraiment voir combien de personnes sont tuées par le vaccin. Au moins 10 fois plus !

En revanche, dans les pays où la propagation virale est importante, les effets néfastes du vaccin sont beaucoup moins visibles. Mais quelle que soit la manière dont on la décrit, *la protéine spike érode l'infrastructure vitale du corps, affaiblissant le système vasculaire, tuant les cellules saines et les mitochondries, épuisant les lymphocytes tueurs et court-circuitant le système immunitaire*. Les répercussions de cette attaque féroce peuvent prendre la forme d'une myriade d'affections qui se développent inévitablement à partir d'un système circulatoire ravagé par un agent pathogène : arrêt cardiaque, accident vasculaire cérébral, embolie pulmonaire, auto-immunité, etc. À l'heure actuelle, les crises cardiaques semblent être en tête de liste.

Consultez ce bref article du Dr Peter McCullough :

« *Le monde est maintenant témoin d'une pandémie de crises cardiaques N-STEMI causées par des caillots sanguins.*

Un certain type de crise cardiaque est en augmentation dans le monde entier. En Écosse, les professionnels de la santé ont constaté une forte augmentation d'un type de crise cardiaque potentiellement mortel appelé crise N-STEMI. Cette affection résulte de l'obstruction partielle d'une artère qui coupe l'approvisionnement en sang du cœur. Elle présente moins de lésions tissulaires qu'une crise STEMI classique, mais peut être tout aussi fatale [...] Les cas de crise STEMI sont restés stables pendant des années, (mais) ils ont récemment augmenté... Au cours de l'été, l'hôpital a dû augmenter son nombre de lits de cardiologie de 44%, car les travailleurs de la santé de première ligne ont dû faire face à une demande accrue de patients victimes de crises cardiaques ».

Une pandémie de crises cardiaques provoquée par une injection cytotoxique qui inflige des dommages à ses victimes, qu'elles meurent ou non. Est-ce là un résumé exact du vaccin contre le Covid-19 ?

Oui. Voici plus d'informations de *The Expose* :

« Les données disponibles auprès du Centre de Contrôle des Maladies aux États-Unis montrent que depuis le lancement du programme de vaccination contre le Covid-19 aux États-Unis, les décès dus à des "résultats cliniques anormaux non classés ailleurs" ont augmenté de manière exponentielle par rapport aux niveaux de vaccination antérieurs au Covid-19 [...].

Les décès de cette catégorie comprennent les cas pour lesquels aucun diagnostic plus spécifique n'a pu être posé... ou les symptômes étaient difficiles à déterminer... ou les cas ont été référés ailleurs.

[...] le nombre de décès dus à des résultats cliniques anormaux [...] a maintenu une moyenne stable d'un peu plus de 1 000 par semaine depuis février 2020, et était également à ces niveaux avant que la prétendue pandémie ne frappe les États-Unis. Cependant, vers la fin du mois de mars et le début du mois d'avril 2021, le nombre de décès anormaux enregistrés par semaine a soudainement augmenté... pour atteindre plus de 7 000 par semaine à la mi-septembre, ce qui représente une augmentation de 600% par rapport à la moyenne observée chaque semaine avant le début du déploiement de la vaccination Covid-19.

La question est bien sûr : pourquoi ?

[...] La seule chose que des millions de personnes ont en commun depuis que les décès anormaux ont commencé à augmenter par rapport à la moyenne attendue, c'est que des millions de personnes ont reçu une injection expérimentale, pour laquelle il n'existe aucune donnée de sécurité à long terme permettant de savoir quelles en seront les conséquences.

Les données officielles du CDC suggèrent que les conséquences d'un déploiement expérimental massif de la vaccination sont une augmentation choquante et brutale du nombre de décès dus à des causes anormales non identifiées »

« Investigation : Les données officielles du CDC montrent une augmentation choquante du nombre de décès dus à des causes anormales non identifiées depuis le début des vaccinations Covid-19 », *The Expose*¹¹.

Cet article est cohérent avec les nombreuses histoires que nous avons entendues de la part d'infirmières rapportant des patients présentant des symptômes inhabituels qui échappent au diagnostic traditionnel. Cela ne devrait pas être surprenant étant donné les propriétés uniques de la protéine spike dont l'attaque furtive du système vasculaire a déjà déclenché un tsunami de maladies cardiovasculaires, neurologiques et immunologiques comme on n'en a jamais vu auparavant. Tous ces décès peuvent être attribués à un « poison mortel » qui augmente sans cesse la mortalité toutes causes confondues tout en tuant des personnes de plus en plus jeunes. Si vous en doutez, jetez un coup d'œil au nombre d'athlètes qui meurent peu après avoir reçu une injection. C'est une histoire qui ne peut que déprimer tout être humain normal.

Voir ici : « Une vague de sportifs dans le monde souffrant de problèmes de santé inhabituelles », Not The Beeb.com. Regardez également cette vidéo éclairante de 2 minutes qui traite de l'arrêt cardiaque et de notre système bidon de notification des blessures dues aux vaccins. (VAERS)

Le Dr Mike Yeadon a résumé les récents développements dans un commentaire qu'il a posté sur le - Morningstar Channel la semaine dernière. Il a déclaré :

« Il n'y a pas de fin logique... si ce n'est la tyrannie totalitaire... et la dépopulation massive... Certains collègues sont d'accord avec la partie tyrannie, mais rechignent sur la partie dépopulation. (Mais) Les preuves l'indiquent fermement ».

En effet.

Mike WHITNEY
Réseau International
09 novembre 2021

Sources :

1. « L'Écosse compte 87% d'adultes vaccinés ; les décès hebdomadaires sont maintenant 30% au-dessus de la normale », Alex Berenson Substack
2. « Il n'y a pas que le Royaume-Uni ; les décès, toutes causes confondues, sont également bien supérieurs à la normale en Allemagne (80% des adultes sont entièrement vaccinés », Alex Berenson Substack
3. « La véritable pandémie vient de commencer, et il s'agit des crises cardiaques provoquées par les vaccins anti-covid chez les jeunes », Lifesite News
4. « Les vaccins sont-ils à l'origine des décès excessifs en Écosse, demande un professeur de biologie », The Daily Skeptic
5. « Des milliers de personnes de plus que d'habitude meurent... mais ce n'est pas à cause du Covid », Telegraph
6. « Des divergences et des incohérences dans les ensembles de données du gouvernement britannique compromettent l'exactitude des comparaisons des taux de mortalité entre les vaccinés et les non-vaccinés »
7. « Les urgences sont maintenant submergées de patients gravement malades - mais beaucoup n'ont même pas le Covid », NPR
8. « La crise cardiaque peu connue qui frappe les femmes en bonne santé dès l'âge de 22 ans », New York Post
9. « L'acteur kannada Puneeth Rajkumar meurt à 46 ans, il a souffert d'un grave arrêt cardiaque alors qu'il faisait de l'exercice », Times of India
10. « Les vaccins Covid sont-ils responsables de la hausse de la mortalité ? », Mercola.com
11. « Investigation : Les données officielles du CDC montrent une augmentation choquante du nombre de décès dus à des causes anormales non identifiées depuis le début des vaccinations Covid-19 », The Exposé

Suivi de l'essai clinique Pfizer à 6 mois : sûr et efficace ?

Je reprends ici l'intégralité d'un twitt qui a été censuré : c'est l'analyse de l'essai Pfizer publié en septembre 2021 et qui est passé inaperçu à beaucoup ! Il a été écrit par un scientifique de très haut niveau qui préfère rester anonyme

<https://threadreaderapp.com/thread/1452314787094929413.html>

<https://twitter.com/2020Marceau/status/1452314791436079106>

Suivi de l'essai clinique à 6 mois : sûr et efficace ?

C'est sûr, ? Pfizer est très efficace pour grimer les comptes...

Les malaises et arrêts cardiaques se multiplient dans le monde mais les injections sont toujours hors de cause !

Pourtant la propre étude de Pfizer à 6 mois publiée le 28 juillet 2021 et sa version « revue par les pairs » datée du 15 septembre 2021, qui est passée complètement inaperçue, incrimine directement et clairement le ? Pfizer.

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.28.21261159v1.full.pdf>

Pfizer affirme dans son abstract et dans le résumé du texte principal ce que reprennent en boucle les khmers blancs sur les plateaux ainsi que le gouvernement et les autorités sanitaires : le vaccin est sûr, efficace et très bien toléré.

Il est donc aujourd'hui quasiment impossible pour les familles des victimes de faire reconnaître leur statut de victime et leur préjudice ou tout simplement de se faire entendre, car ce qui leur arrive est scandaleusement nié par le gouvernement et les autorités sanitaires.

Que dit cette étude de Pfizer sur le suivi de ses injections à 6 mois ?

Prévenons tout de suite les « factcheckers » : il s'agit ici des propres données de Pfizer, et pas d'un avis personnel !

Pour extraire les données importantes de ce suivi de l'essai clinique, il faut aller les chercher dans la partie « appendix » <https://www.medrxiv.org/content/medrxiv/early/2021/07/28/2021.07.28.21261159/DC1/embed/media-1.pdf?download=true>

dont les non scientifiques, les incompetents médecins de plateaux et les agences de santé ne connaissent même pas l'existence.

Le texte principal ne contient que du blabla et des conclusions fausses ou d'importants ? par omission.

Dans la section ? Appendix Table S4 p.11

Le suivi de l'essai clinique s'est donc fait sur un peu plus de 22 000 personnes dans les deux groupes vaccinés et placebo.

Vous pouvez voir qu'il y a 2 personnes mortes du Covid dans le groupe placebo et 1 dans l'autre groupe.

Ils appellent cela Covid-19 pneumonia pour ne pas mettre juste Covid-19 (formidable arnaque sémantique) !

Sur 22 000 personnes injectées on empêche donc... 1 mort.

Statistiquement ce vaccin n'empêche donc pas la mort par Covid-19, mais ce sont les seules données que nous avons et qu'ils utilisent pour nous affirmer que le ? empêche les hospitalisations et la mort.

Il faut donc injecter 22 000 personnes pour éventuellement sauver 1 vie.

Si les injections étaient sans aucun effet secondaire, pourquoi pas.

Mais les effets secondaires dans le groupe vacciné sont énormes, faisant prendre des risques disproportionnés aux populations non à risque de faire une forme grave de la maladie.

Qu'en est-il de ces effets secondaires graves et de la mortalité induite par les injections ?

Combien de morts toutes causes dans ce tableau S4 ?

15 dans le groupe vacciné et 14 dans le groupe placebo qui n'apparaissent pas dans le texte principal !

À cela il faut rajouter d'autres morts non rapportés dans ce tableau, mais qui sont mentionnés dans le texte principal comme étant morts après qu'une partie du groupe placebo a été vaccinée.

C'est vraiment la chasse au trésor (sans trésor).

Le suivi d'un essai clinique doit normalement se faire sans que les participants ne sachent s'ils ont reçu le traitement ou le placebo.

Ne voulant pas garder de groupe placebo afin de couvrir les effets secondaires, Pfizer a proposé aux personnes non vaccinées de recevoir le vaccin début 2021, invoquant des raisons éthiques... Une grosse partie du groupe placebo a donc été vaccinée début 2021, durant la phase de suivi. Résultat :

1 autre personne du groupe initialement vacciné est morte et 2 fraîchement vaccinées qui étaient initialement dans le groupe placebo sont mortes également.

Cela ramène donc à 20 le nombre de morts dans le groupe vacciné et 14 dans le groupe placebo. Il y a donc plus de chance de mourir dans le groupe vacciné que dans le groupe non vacciné.

Pfizer ose affirmer que ces morts supplémentaires ne seraient pas liés à son vaccin

Etude Pfizer @ 6 mois	Morts Groupe Placebo	Morts Groupe Vaccin Pfizer-BioNTech
Phase double aveugle	14	15
Phase non masquée	0	5
Total des morts / groupe	14	20

During the blinded, placebo-controlled period, 15 participants in the BNT162b2 group and 14 in the placebo group died; during the open-label period, 3 participants in the BNT162b2 group and 2 in the original placebo group who received BNT162b2 after unblinding died. None of these deaths were considered to be related to BNT162b2 by the investigators. Causes of death were balanced between BNT162b2 and placebo groups (Table S4).

Les données de l'essai clinique de Pfizer montrent que le vaccin tue plus qu'il ne sauve de vie !

C'est un essai clinique, un suivi sur 6 mois.

Tous les morts doivent y être répertoriés et surtout la cause de chaque décès doit en être précisée.

Ils ne peuvent pas simplement faire disparaître ces informations capitales.

Résumé des morts :

De quoi meurt-on dans le groupe ? Pfizer ?

Il y a surtout des décès en relation avec le système cardiovasculaire (quelle surprise !) et c'est ce que nous voyons en vie réelle depuis le début de la ? de masse. Une explosion des arrêts et maladies cardiaques chez les jeunes.

Table S4 :

Il y a eu 4 arrêts cardiaques dans le groupe vacciné contre 1 seul dans le groupe placebo.

Il y a donc 4 fois plus de chance de mourir d'une crise cardiaque dans le groupe vacciné que dans le groupe placebo.

Reported Cause of Death*	BNT162b2 (N=21,924)	Placebo (N=21,921)
	n	n
Deaths	15	14
Acute respiratory failure	0	1
Aortic rupture	0	1
Arteriosclerosis	2	0
Biliary cancer metastatic	0	1
COVID-19	0	2
COVID-19 pneumonia	1	0
Cardiac arrest	4	1
Cardiac failure congestive	1	0
Cardiorespiratory arrest	1	1
Chronic obstructive pulmonary disease	1	0
Death	0	1
Dementia	0	1
Empysematous cholecystitis	1	0
Hemorrhagic stroke	0	1
Hypertensive heart disease	1	0
Lung cancer metastatic	1	0
Metastases to liver	0	1
Missing	0	1
Multiple organ dysfunction syndrome	0	2
Myocardial infarction	0	2
Ovariose	0	1
Pneumonia	0	2
Sepsis	1	0
Septic shock	1	0
Septic sepsis	1	0
Unrecoverable event	1	0

Table S4 | Causes of Death from Dose 1 to Unblinding (Safety Population, ≥16 Years Old). a. Multiple causes of death could be reported for each participant. There were no deaths among 12-15-year-old participants.

Il y a aussi beaucoup plus de morts par problèmes cardiaques dans le groupe « traité » mais peu dans le groupe contrôle : artériosclérose, arrêt cardiaque, insuffisance cardiaque, cardiopathie hypertensive, etc.

Avec les données de ce tableau, il est donc impossible de démontrer un quelconque bénéfice de ces vaccins. Il vaut mieux être dans le groupe placebo que de se faire vacciner.

Comment, avec ces données du suivi à 6 mois de Pfizer, Olivier Véran, l'ANSM et les soi-disant médecins peuvent-ils encore nier les liens directs avec la vaccination ?

Résumé effets secondaires graves :

Pour cela il faut regarder la table S3 « Adverse Event » dans la partie appendix p.7

Commençons par voir l'arnaque de ce suivi des effets secondaires.

Le titre de l'étude stipule suivi sur 6 mois de la sécurité de ces injections.

Adverse Event	BNT162B2 (N=21,924) a ^b (%)	Placebo (N=21,921) a ^b (%)
Any event	6617 (30.2)	3048 (13.9)
Related ^d	5241 (23.9)	1311 (6.0)
Severe	282 (1.3)	150 (0.7)
Life-threatening	21 (0.1)	28 (0.1)
Any serious adverse event	127 (0.6)	116 (0.5)
Related ^d	3 (0.0)	0
Severe	71 (0.3)	66 (0.3)
Life-threatening	21 (0.1)	28 (0.1)
Any adverse event leading to withdrawal	32 (0.1)	36 (0.2)
Related ^d	13 (0.1)	11 (0.1)
Severe	10 (0.0)	10 (0.0)
Life-threatening	3 (0.0)	7 (0.0)
Death	3 (0.0)	5 (0.0)

Table S3 | Participants Reporting at Least 1 Adverse Event from Dose 1 to 1 Month After Dose 2 During the Blinded Follow-up Period. The population included all ≥16-year-old participants who received ≥1 dose of vaccine irrespective of follow-up time. a, N=number of participants in the specified group. This value is the denominator for the percentage calculations. b, n=Number of participants reporting ≥1 occurrence of the specified event category. For 'any event', n=number of participants reporting ≥1 occurrence of any event. c, Assessed by the investigator as related to investigational product. d, Shoulder injury related to vaccine administration, right axillary lymphadenopathy, and paroxysmal ventricular arrhythmia (as previously reported). Adverse events for 12-15-year-old participants were reported previously.¹¹

Pourtant regardez bien sous le tableau, ils ont arrêté le suivi après 1 mois seulement post dose 2.

Un suivi de 6 mois qui dure 1 mois !

Pourquoi ?

Ont-ils remarqué une explosion des effets secondaires dans le groupe vacciné et ont-ils préféré cesser de les enregistrer ?

Au bout d'1 mois il y avait déjà 2 fois plus d'effets secondaires dans le groupe vacciné par rapport au groupe placebo !

Avoir arrêté le recensement des effets secondaires après 1 mois est une fraude car ils violent le protocole initial.

Ce qui était convenu c'était bien un suivi de 6 mois, mais une fois de plus les autorités de régulation du médicament EMA et FDA ferment les yeux !

Après 1 mois : 13,9% d'effets secondaires dans le groupe placebo vs. 30,2% dans le groupe vacciné = plus du double !!

Pour les effets secondaires graves mettant en jeu le pronostic vital on est à 176 cas dans le groupe placebo vs. 283 dans le groupe vacciné, ce qui fait une augmentation de + 61% du risque d'hospitalisation.

Etude Pfizer @ 6 mois	Effets secondaires graves > hospitalisations	Morts Covid 19	Mortalité toutes causes
Groupe placebo	176	2	14
Groupe vacciné	283	1	20

Les données de l'essai clinique de Pfizer montrent que le vaccin:

- évite 1 mort du Covid 19 pour 22000 injections
- Augmente de 61% vos chances d'être hospitalisé pour des effets secondaires graves
- Tue plus qu'il ne sauve de vie !

Mais tout va bien : « Sûrs et efficaces » on vous dit !

Cette étude ne montre donc absolument AUCUN bénéfice pour empêcher la mort par Covid-19 et encore moins un effet sur la mortalité globale de la part du vaccin Pfizer-BioNTech.

Au contraire, le risque d'hospitalisation pour effets secondaires grave est plus que doublé.

Dans ces conditions et avec cette étude publiée voici à peine plus d'1 mois, comment peuvent-ils encore affirmer que ces vaccins empêchent de mourir de la maladie, qu'ils sont sûrs et efficaces et surtout qu'il n'y a pas d'effets secondaires graves ou de morts provoqués par ces vaccins ? L'étude de Pfizer dit exactement le contraire.

Un produit pareil en temps normal n'aurait JAMAIS été approuvé et/ou aurait été retiré immédiatement avec de telles données à 6 mois.

Le bénéfice de ces injections est tout simplement négatif !

En langage comptable cela se nomme un DÉFICIT ou une PERTE dont l'ampleur ou l'accumulation peut conduire à un redressement ou à une liquidation...

De surcroît, n'oublions pas que ces données sont basées sur la souche initiale de Wuhan plus mortelle que le variant Delta.

La balance bénéfice risque est donc encore plus négative aujourd'hui.

En se basant sur les données du VAERS américain, Steve Kirsch est arrivé à la conclusion que dans la population des ados de 12-17 ans, pour sauver 1 vie de la maladie, c'est 6 ados en bonne santé qui meurent. Étude sur des vaccinés Pfizer (Moderna n'étant pas approuvé pour les < 18 ans aux USA).

Oui, vous avez bien lu !

Et c'est ce produit que certains politiques sans cervelle comme certains sénateurs socialistes veulent nous imposer via une obligation vaccinale dès la naissance ?

Sans parler du gouvernement français qui stigmatise en « évinçant » les ados et demain les enfants en leur imposant le pass sanitaire pour forcer les parents à les vacciner tout en minimisant les effets cardiaques graves qu'ils subissent.

Ci-dessous, (à sauvegarder), un résumé visuel de l'essai clinique depuis le début et du suivi à 6 mois :

Pfizer a désormais vacciné tout le groupe contrôle.

Il sera donc impossible de connaître les effets secondaires à moyen et long terme comme l'apparition de cancers, de maladies auto-immunes ou neurodégénératives à prions dont les premiers signaux pourtant commencent à être rapportés.

Impossible aussi de prouver les ADE dont les vaccinés commencent pourtant à mourir.

Tout ceci pose bien sûr la question de la sincérité de Pfizer dans cette affaire et la véracité des données de cet essai clinique.

Ce qui ressort de ce suivi à « 6 mois » ce sont les morts dues à des problèmes cardiaques dont 4x plus de crises cardiaques dans le groupe vacciné.

Ensuite, le chiffre de 4 crises cardiaques semble faible pour 22 000 injectés.

Ceci est juste impossible aux USA, pays dans lequel s'est déroulé l'essai, voilà pourquoi :

Le CDC rapporte chaque année en moyenne 659 000 morts d'arrêts cardiaques sur une population de 328 000 000 d'habitants.

Donc ramené à 22 000 participants dans cet essai clinique sur une période de 6 mois (la durée du suivi total) on aurait dû avoir $659\,000/328\,000\,000 \times 22\,000 \times 0,5 = 22$ crises cardiaques dans chaque groupe (autour de 20) mais il n'en est rien.

<https://www.cdc.gov/heartdisease/facts.htm>

Comment Pfizer arrive-t-il à ne trouver que 4 cas dans le groupe vacciné et 1 cas dans le groupe placebo dans son essai clinique ?

Aucune chance que cela arrive par hasard.

Quelqu'un a forcément joué avec les données pour arriver à ces chiffres aussi bas.

Pourquoi personne n'a fait ce calcul de base en étudiant les données de l'essai clinique, ou juste posé la question ?

Ces données ont forcément été bidonnées pour minimiser la prévalence de problèmes cardiaques dans le groupe traité.

Qu'est ce qui a donc aussi été caché, modifié ?

Le Pr. P. Doshi & Steve Krisch avaient déjà alerté sur le nombre important de personnes ayant été écartées du groupe vax pour cause inconnues sans qu'aucune investigation n'a été demandée par la FDA ou l'EMA.

Belles violations du protocole clinique sans aucune conséquence.

Pfizer a rendu également très difficile la remontée d'effets secondaires et beaucoup ont été ignorés car Pfizer les a considérés comme n'étant pas liés aux injections alors que ce n'est pas à eux de décider de cela.

Ceci est une autre violation du protocole !

De son côté, Facebook a effacé toutes les pages de témoignages de personnes vaccinées victimes d'effets secondaires graves et qui voulaient simplement témoigner de leur calvaire et demander de l'aide.

Facebook a donc contribué à effacer toutes les preuves de cette fraude de Pfizer permettant ainsi la validation de ces produits qui deviennent quasiment obligatoires pour des millions de personnes qui n'en ont pas besoin.

Par exemple, la jeune Maddie De Garay, 12 ans, exclue de l'essai Pfizer « 12-15 ans » après avoir développé une paralysie généralisée permanente.

Son cas n'a pas été répertorié par Pfizer qui considère que ce n'était pas lié à son poison !

<https://peckford42.wordpress.com/2021/06/29/real-life-examples-of-covid-vaccine-injuries-and-how-the-medical-establishment-is-ignoring-them/>

En juillet 2021, le Sénateur américain Ron Johnson a écrit aux PDG de Pfizer et Moderna pour leur demander comment ils comptaient prendre en charge les personnes victimes de leurs vaccinations.

À ce jour il dit n'avoir reçu aucune réponse !

<https://www.ronjohnson.senate.gov/2021/7/sen-johnson-asks-moderna-and-pfizer-what-steps-they-ve-taken-to-assist-individuals-who-have-experienced-adverse-events-following-covid-19-vaccination>

Alors pourquoi les autorités sanitaires ferment-elles les yeux ?

Peut-être parce que les directeurs de ces agences passent ensuite dans les conseils d'administrations de ces mêmes firmes...

Pour finir, soumettons une question aux juristes :

L'indication du vaccin Comirnaty de Pfizer est d'immuniser les personnes qui le reçoivent et donc d'empêcher la maladie Covid 19.

<https://pbs.twimg.com/media/FCetvbzWQAcsvo8.png>

Nous savons que ceci est faux : ce produit n'empêche ni l'infection, ni la maladie, ni l'hospitalisation, ni la mort. Au mieux, il diminue pour certains le risque de faire une forme grave de la maladie. <https://pbs.twimg.com/media/FCetzh3WYAAoCcYN.png>

Ce produit ne remplit donc pas le rôle pour lequel il a été approuvé et ne peut pas prétendre à la nomenclature « vaccin ».

Avec les injections de rappel qui semblent se profiler tous les 6 mois, on ne peut parler au mieux que de traitement chronique par injection.

Peut-on encore imposer ces produits avec cette indication qui est fautive et sous l'appellation de « vaccin » ?

Peut-on encore exclure de la société des millions de Français en imposant le pass sanitaire ?

Rappel :

Taux de survie sans traitement par classe d'âge :

Ou taux de mortalité sans traitement par classe d'âge, qui est plus parlant :

Pour ceux qui demandent où se trouvent les tableaux, il faut aller dans le texte au paragraphe EFFICACY.

Puis cliquer sur « Supplementary Appendix »

<https://www.medrxiv.org/content/medrxiv/early/2021/07/28/2021.07.28.21261159/DC1/embed/media-1.pdf?download=true>

Emma KAHN

Mondialisation.ca, 25 octobre 2021

AIMSIB

*Tableau S3 est page 10 (et non page 7 – ancienne version)

La source originale de cet article est AIMSIB

Copyright © Emma Kahn, AIMSIB, 2021