

Mordons les chiens de garde !

Revue de presse n°30

avril-juin 2023

Covid-19

Table des matières

Censure et répression des scientifiques et médecins hétérodoxes durant la crise sanitaire	3
« Cet esprit critique qu'on doit retrouver sur les vaccins covid, il le faut aussi sur les autres vaccins »	14
Afrique : un nouveau modèle ?	16
Experts en négligence criminelle	22
Deux ans de vaccination anti-Covid-19 : les « vaccins » ont une efficacité négative. Ce n'est pas nous qui le disons mais les données de la Santé publique	25
Le Royaume-Uni met fin au programme de vaccination de rappel anti-Covid-19 pour les moins de 50 ans.	30
Disproportion entre les méfaits et les avantages d'un rappel des vaccins anti-covid pour les jeunes !	33
Carton noir sans but	34
De l'humiliation à la gloire : retour sur l'odyssée de Novak Djokovic.....	35
La vaccination obligatoire : l'ultime violence faite aux populations	38
Covid-19 : Une épidémie déconcertante.....	40
La « cinquième vague », nouvel épisode d'un feuilleton qui a trop duré	42
Les vaccins covid sont « manifestement dangereux » et devraient être arrêtés immédiatement, affirment des médecins suédois de haut niveau	44
Quatre fois plus de mortalité suite au Covid chez les 65-80 ans à cause de la vaccination ? Le Pr Masanori Fukushima porte plainte contre l'État japonais	47
Le cri des chiffres	54
Lockdown Files: comment l'ancien secrétaire d'État à la Santé britannique Matt Hancock utilisait la peur et le chantage pour imposer de nouveaux confinements.....	59
Covid-19 : les cas de myocardites après la troisième dose de vaccin ont été multipliés par 800	62
Mort subite : première cause de décès chez les moins de 65 ans en 2021	67
Loi Pandémie : Analyse critique de l'arrêt de la Cour Constitutionnelle.....	73
Reinfocovid nous présente le livre « Témoignages – Chroniques d'une année folle ».....	75
Johan Hoebeke « Le but politique ici ce n'est pas de réfléchir sur la santé mais de taper sur la Chine »	78
À quel moment surviennent les effets secondaires liés à la vaccination anti-Covid ?.....	81
La criminalité de Pfizer révélée : la princesse royale de Thaïlande dans le coma après avoir reçu le rappel du vaccin Covid de Pfizer Covid	91
Comment mettre fin à l'épidémie de Covid 19 ?	93
La recommandation des vaccins anti-covid mise à mal dans plusieurs pays.....	96
La sous-déclaration des effets indésirables, angle mort de la politique vaccinale	98
Le vaccin Covid-19 de Pfizer lié à la coagulation du sang, selon la FDA.....	109
Le vaccin Pfizer : un bilan de deux rapports. « Profit vs. Mortalité ».....	112
L'acteur Tim Robbins regrette de s'en être pris aux personnes non vaccinées et non masquées	122
« Covid-19 : nous ne voulons plus être gouvernés par la peur »	126
L'AMDDDM étrille la décision de révocation du Dr Amine Umlil.....	134
SMS échangés entre Ursula von der Leyen et Albert Bourla.....	136
L'obligation du masque n'a servi à rien.....	137
Va-t-on en tirer les leçons ?.....	137
Le Dr Colignon dépose plainte contre le Dr Dauby	139
Moins de la moitié de la population française a reçu une injection contre la Covid-19 en 2022.....	149
Émouvante soirée en hommage au Professeur Luc Montagnier	153

Censure et répression des scientifiques et médecins hétérodoxes durant la crise sanitaire

La Covid-19 a donné lieu à de nombreuses controverses. Pour contrer la menace que représentaient les médecins et les scientifiques contestant la position des autorités sanitaires gouvernementales et intergouvernementales, des partisans de l'orthodoxie ont entrepris de les censurer et de les réprimer. Les résultats montrent le rôle central joué par les organisations médiatiques, et en particulier par les entreprises de technologie de l'information. En lieu et place d'une discussion ouverte et équitable, elles ont porté atteinte à la réputation et à la carrière des médecins et des scientifiques dissidents. Et ceci a eu des implications délétères et de grande portée pour la médecine, la science et la santé publique.

Par Yaffa SHIR-RAZ (University of Haifa, Israël), Ety ELISHA (Max Stern Yezreel Valley College, Israël), Brian MARTIN (University of Wollongong, Australie), Natti RONEL (Bar Ilan University, Israël) et Josh GUETZKOW (Hebrew University of Jerusalem, Israël).

*Ce texte constitue la traduction de la plus grande partie de l'article paru dans la revue de sociologie des sciences Minerva le 1er novembre 2022 sous le titre « *Censorship and Suppression of Covid-19 Heterodoxy: Tactics and Counter-Tactics* ». Je remercie les auteurs pour leur accord. J'ai choisi de traduire cet article car, bien que ses matériaux proviennent des pays anglophones, il illustre particulièrement bien ce que nous avons vécu également en France. Tout ce qui est décrit et analysé dans cet article est directement transposable dans l'hexagone et nous serons nombreux parmi les scientifiques et les médecins à nous y reconnaître. Il s'agit de phénomènes qui ont traversé de façon largement comparable l'ensemble du monde occidental et ses zones d'influence (LM).*

Introduction

L'émergence du Covid-19 a donné lieu à de très nombreux différends et désaccords (Liester 2022), notamment sur l'origine du virus SRAS-CoV-2 (van Helden et al. 2021), les mesures restrictives prises par la plupart des gouvernements, telles que la « distanciation sociale », le confinement, la recherche des contacts et l'obligation de porter un masque (Biana et Joaquin 2020), l'utilisation de certains traitements de la maladie et l'exclusion d'autres (Mucchielli 2020), l'innocuité et l'efficacité des vaccins contre le Covid-19, et la mise en œuvre de « pass vaccinaux » dans de nombreux pays (Palmer 2021). Harambam (2020) a qualifié ces conflits de « guerres de la vérité sur le Corona ».

Depuis le début de la pandémie, alors que les gouvernements et les autorités sanitaires ont soutenu que les politiques restrictives de confinement étaient nécessaires pour faire face à la pandémie et prévenir les décès, de nombreux scientifiques et praticiens médicaux ont remis en question l'éthique et la moralité de telles tactiques, y compris des lauréats du prix Nobel et des médecins et universitaires de premier plan (par exemple, AIER 2020 ; Abbasi 2020 ; Bavli et al. 2020 ; Brown 2020 ; Ioannidis 2020a ; Lenzer 2020 ; Levitt 2020). En outre, à partir du début de l'année 2020, un nombre croissant de scientifiques et de médecins ont soutenu que la pandémie, ainsi que les chiffres de morbidité et de mortalité, étaient gonflés et exagérés (Ioannidis 2020 ; Brown 2020) ; que les politiques et les restrictions extrêmes violaient les droits fondamentaux (Biana et Joaquin 2020 ; Stolow et al. 2020) ; et que les gouvernements utilisaient des campagnes de peur fondées sur des hypothèses spéculatives et des modèles prédictifs peu fiables (Brown 2020 ; Dodsworth 2021). Certains universitaires, médecins et avocats ont souligné les biais, la dissimulation et les distorsions d'informations vitales concernant les taux de morbidité et de mortalité du Covid-19 qui ont induit en erreur les décideurs et le public (AAPS 2021 ; Abbasi 2020 ; AIER, 2020 ; Fuellmich 2020 ; King 2020).

Il a été affirmé qu'une grande partie de la discussion autour de la pandémie Covid-19 a été politisée (Bavli et al. 2020), et que la science et les scientifiques ont été bafoués en raison d'intérêts politiques et économiques (Bavli et al. 2020 ; King 2020 ; Mucchielli 2020). Ces critiques se sont multipliées, notamment après le lancement de la campagne de vaccination. Les critiques ont porté sur la rapidité avec laquelle les vaccins à ARNm ont reçu l'autorisation d'utilisation d'urgence de la FDA, même pour les enfants ; la qualité des essais cliniques qui ont conduit à l'autorisation des vaccins (y compris les violations des protocoles de recherche et les preuves de fraude) ; le manque de transparence concernant le processus et les données qui ont conduit à l'autorisation ; l'exagération trompeuse des estimations d'efficacité ; et la minimisation ou l'ignorance des événements indésirables (Doshi 2020, 2021 ; Fraiman et al. 2022 ; Thacker 2021).

Des critiques ont affirmé que le discours scientifique et politique entourant le Covid-19 n'a pas été mené sur un pied d'égalité en raison de la censure et de la suppression des opinions contraires à celles soutenues par les autorités sanitaires et gouvernementales (Cáceres 2022 ; Cadejani 2022 ; Liester, 2022 ; Mucchielli 2020). Certains gouvernements et entreprises technologiques, tels que Facebook, Google, Twitter et LinkedIn, ont pris des mesures pour censurer les points de vue contraires, arguant que les opinions remettant en cause les politiques gouvernementales sont de la désinformation dangereuse, et que la censure est donc justifiée pour protéger la santé publique (Martin 2021).

Orthodoxie et hétérodoxie

Décrire un point de vue ou une position sur le Covid-19 comme hétérodoxe implique l'existence d'une position orthodoxe, qui fait ici référence à la position dominante soutenue par la plupart des grandes agences de santé gouvernementales et intergouvernementales. Liester (2022) fournit une liste comparant ce qu'il appelle les points de vue dominants et les points de vue dissidents, qui comprend l'origine du virus (zoonose ou produit de laboratoire ?), les obligations de se masquer (cela empêche-t-il ou pas la propagation ?), le traitement précoce avec des médicaments tels que l'hydroxychloroquine et l'ivermectine (inefficace et dangereux ou efficace et sûr ?), l'utilité de l'usage de l'ivermectine et de l'hydroxychloroquine dans le traitement, l'utilité des mesures de confinement et d'autres restrictions (efficace et bénéfique ou bien inefficace et nuisible ?), les vaccins anti-Covid (sûr et efficace ou bien non sûr et dangereux ?), et les obligations et passeports vaccinaux (nécessaire et éthique ou bien nuisible et non éthique ?). S'il est vrai qu'aucune de ces positions dominantes n'a été adoptée par tous les gouvernements du monde au même degré ou dans les moindres détails, il n'en reste pas moins qu'une position dominante ou orthodoxe sur toutes ces questions peut être identifiée pays par pays, avec de fortes similitudes au-delà des frontières nationales.

Il convient de noter que les positions orthodoxes peuvent changer. Par exemple, au milieu du printemps 2020, la discussion sur les potentielles origines de laboratoire du SRAS-CoV-2 était interdite sur certains sites de médias sociaux, comme Twitter et Facebook (Jacobs 2021). Plus récemment, la théorie de la fuite en laboratoire a gagné en légitimité, notamment à la suite d'articles parus dans les *Proceedings of the National Academy of Sciences* (Harrison et Sachs 2022), *Frontiers in Virology* (Ambati 2022) et *Vanity Fair* (Eban 2022) ainsi que d'une déclaration du directeur général de l'OMS, Ghebreyesus, qui a commenté un rapport intermédiaire du Groupe consultatif scientifique sur les origines des nouveaux agents pathogènes, en déclarant que toutes les hypothèses doivent être prises en compte et en critiquant le rapport pour son évaluation inadéquate de l'hypothèse de la fuite en laboratoire (OMS 2022). Un autre exemple concerne la nécessité du port du masque. Des responsables américains tels que le directeur du National Institute of Allergic and Infectious Diseases (NIAID), Anthony Fauci, ont recommandé de ne pas porter de masque universel en mars 2020, avant de changer de position en avril et de le recommander (Roche 2021).

Les entreprises de technologie de l'information et leurs liens avec le pouvoir politique

Depuis le début de l'année 2020, on assiste à une recrudescence des plaintes pour censure de la part d'individus et de groupes présentant des points de vue et des informations hétérodoxes liés au Covid, avec une recrudescence des plaintes en 2021 suite au déploiement des vaccins anti-Covid. De nombreux cas concernent la censure sur les médias sociaux, notamment la suppression de comptes (« déplatforming ») ou le blocage de la visibilité du contenu d'un utilisateur sans l'en informer (« shadow banning ») (Martin 2021). Même si des plaintes concernant la censure et la discréditation de scientifiques avaient existé avant la pandémie (Elisha et al. 2021, 2022 ; Martin 2015), une caractéristique de l'ère Covid est le rôle prépondérant joué par les entreprises de technologie de l'information telles que Facebook et Google (Martin 2021). Un exemple frappant a été le déclassement du site Web de la Déclaration de Great Barrington par Google (Myers 2020). La Déclaration, menée par trois épidémiologistes des universités de Harvard, Stanford et Oxford, a été publiée en octobre 2020 (Kulldorff et al. 2020) et signée par de nombreux scientifiques et médecins de renom, dont le lauréat du prix Nobel Michael Levitt. La Déclaration plaidait contre les confinements pour appeler en retour à se concentrer sur la protection des groupes réellement vulnérables. Toutefois, pour réduire sa visibilité, Google a modifié son algorithme de recherche (Myers 2020). En février 2021, Facebook a supprimé une page mise en place par un groupe de scientifiques impliqués dans la déclaration (Rankovic 2021). En avril 2021, YouTube a supprimé l'enregistrement d'une audience publique officielle sur la pandémie à laquelle participaient le gouverneur de Floride Ron DeSantis et les auteurs de la déclaration de Great Barrington. L'un d'eux, le professeur Kulldorff, qui est l'un des épidémiologistes et experts en maladies infectieuses les plus cités au monde, a lui-même été censuré par Twitter en mars 2021.

(Sarkissian 2021). Bien que son tweet affirmant que tout le monde n'a pas besoin d'un vaccin anti-Covid n'ait pas été retiré, il a été averti et les utilisateurs n'ont pas pu approuver ou retweeter le message (Tucker 2021). Les cas similaires sont nombreux. Par exemple, le site de recherche et de réseautage ResearchGate a supprimé l'article du physicien Denis Rancourt sur les masques (Rancourt 2020) et, en 2021, il l'a complètement banni (Jones 2021). En juillet 2021, LinkedIn a suspendu le compte du Dr Robert Malone, un virologue et immunologiste de renommée internationale, une action répétée par Twitter en décembre 2021 (Pandolfo 2021). Ce ne sont là que quelques-uns des nombreux exemples de censure liés à Covid.

Une autre caractéristique nouvelle de la censure liée à Covid est ses cibles. Bon nombre des médecins et des chercheurs censurés par les plus grandes entreprises technologiques mondiales ne sont pas des personnalités marginales. Comme dans les exemples ci-dessus, il s'agit de scientifiques classiques, dont beaucoup sont des experts de premier plan travaillant dans des universités et/ou des hôpitaux prestigieux, et dont certains ont écrit des livres et publié des dizaines, voire des centaines d'articles, et dont les études ont été largement citées. Certains d'entre eux sont rédacteurs de revues scientifiques/médicales et d'autres sont à la tête de services médicaux ou de cliniques.

Cette lourde censure s'est faite avec l'encouragement des gouvernements (Bose 2021 ; O'Neill 2021), qui ont coopéré avec des entreprises technologiques telles que Facebook, Twitter et Google. Par exemple, le 7 mars 2022, le chirurgien général américain Vivek Murthy a demandé aux entreprises technologiques de signaler au gouvernement fédéral les « fausses informations sur la santé » et d'intensifier leurs efforts pour les supprimer (Pavlich 2022). Par la suite, des courriels publiés dans le cadre de procédures judiciaires ont documenté la manière dont les responsables gouvernementaux ont directement coordonné avec des entreprises technologiques comme Twitter et Facebook pour censurer des médecins, des scientifiques et des journalistes (Lungariello et Chamberlain 2022 ; Ramaswamy et Rubinfeld 2022). En décembre 2021, un courriel datant de l'automne 2020 a été publié via une demande de la loi sur la liberté d'information (FOIA). Il révélait un effort en coulisses de Francis Collins, alors directeur des National Institutes of Health (NIH), à son collègue Anthony Fauci, directeur du NIAID, pour discréditer la déclaration de Great Barrington et dénigrer ses auteurs. Dans ce courriel, M. Collins a déclaré à M. Fauci que « cette proposition des trois épidémiologistes marginaux (...) semble faire l'objet d'une grande attention », ajoutant qu'« il faut publier un démantèlement rapide et dévastateur de ses prémisses. Je ne vois rien de tel en ligne pour l'instant – est-ce en cours ? » (Wall Street Journal 2021).

Des pratiques de censure ont également été utilisées par le ministère israélien de la santé (IMOH) et les médias contre les médecins et les chercheurs dont les opinions vont à l'encontre de l'orthodoxie institutionnelle. L'un de ces exemples est celui du Conseil public israélien d'urgence pour la crise du Covid. Cette organisation, composée de médecins et de scientifiques de premier plan, a été prise pour cible par l'IMOH et les médias à de nombreuses reprises, y compris sous forme d'attaques individuelles contre des membres de l'organisation (Reisfeld 2021).

Le retour de la censure

Cette censure et cette exclusion des opinions des experts dissidents se constatent dans de nombreux autres domaines controversés de la science et de la médecine, comme le sida, les études environnementales, la fluoruration et la vaccination (Delborne 2016 ; Elisha et al. 2021, 2022 ; Kuehn 2004 ; Martin 1991, 1999 ; Vernon 2017). En fait, la censure a une longue histoire, et son but est de supprimer la liberté de parole, les publications et d'autres formes d'expression d'idées et de positions perçues comme une menace pour des organismes puissants tels que les gouvernements et les grandes entreprises.

La censure d'opinions et de points de vue opposés ou alternatifs peut être préjudiciable au public (Elisha et al. 2022), en particulier lors de situations de crise et d'incertitude telles que les épidémies, car elle peut conduire à ignorer des points de vue, des informations et des preuves scientifiques importants. En outre, le déni ou la réduction au silence des opinions contraires peut susciter la méfiance du public (Gesser-Edelsburg et ShirRaz 2016 ; Wynne 2001). Des études ont indiqué que dans des situations de risque, en particulier de risque impliquant une incertitude, le public préfère une transparence totale de l'information, y compris des points de vue différents, et que le fait de la fournir ne soulève pas de réactions négatives en termes de comportement, mais contribue plutôt à réduire les sentiments négatifs et à accroître le respect du public pour l'agence d'évaluation des risques (De Vocht et al. 2014 ; Lofstedt 2006 ; Slovic 1994). Comme le prévient Wynne (2001), les tentatives de la science institutionnelle d'exagérer son contrôle intellectuel et d'utiliser les connaissances pour justifier les engagements politiques, tout en ignorant ses limites, ne font qu'aliéner le public et accroître la méfiance.

En outre, la censure peut être contre-productive, se retourner contre elle, car elle peut conduire à accorder une plus grande attention à l'information censurée, susciter de la sympathie pour ceux qui sont censurés et promouvoir la méfiance du public envers les acteurs et les agences engagés dans la censure (Jansen et Martin 2003, 2004, 2015). Ce phénomène est particulièrement évident à l'ère d'internet. Si les entreprises de technologies de l'information telles que Google et Facebook jouent un rôle de premier plan dans cette censure (Martin 2021), il s'agit pour elles d'un sérieux défi à relever pour y parvenir complètement. La visibilité des voix discordantes dans les médias et dans les résultats de recherche sur Internet peut être réduite, mais il existe trop d'options de communication alternatives pour empêcher les dissidents de communiquer leurs positions (Cialdini 2016). Par conséquent, les tentatives de faire taire et de censurer les critiques peuvent parfois se retourner contre leurs auteurs.

Compte tenu de l'ampleur de la censure signalée pendant l'ère du Covid-19, ainsi que de l'implication importante des entreprises technologiques, d'une part, et des gouvernements, d'autre part, il est important d'étudier ce phénomène. La présente étude a pour but d'explorer les perceptions subjectives de médecins et de scientifiques reconnus et compétents qui ont été victimes de censure et/ou de suppression après avoir exprimé des positions non orthodoxes concernant la gestion de la pandémie, et la façon dont ils ont réagi. Par le biais d'entretiens, nous examinons les tactiques de censure utilisées par l'*establishment* médical et les médias (grand public et sociaux), ainsi que les contre-tactiques employées par leurs cibles. Il s'agit donc d'une étude qualitative (Aspers 2004), qui vise à identifier les perceptions internes du point de vue de ceux qui ont vécu le phénomène en question.

Participants

Les participants à l'étude sont 13 médecins et scientifiques reconnus (12 hommes et 1 femme), originaires de différents pays du monde (Australie, Canada, République tchèque, Allemagne, Israël, Royaume-Uni et États-Unis). Parmi eux, 11 ont une formation médicale dans divers domaines (par exemple, épidémiologie, radiologie, oncologie, cardiologie, pédiatrie, gynécologie, gestion des urgences) et deux sont des chercheurs scientifiques d'autres disciplines (gestion des risques et psychologie). Tous les participants sont titulaires d'un diplôme de médecine ou d'un doctorat, et quatre sont titulaires des deux. La plupart d'entre eux sont bien connus dans leur domaine, avec une expérience de recherche avérée qui comprend de nombreuses publications universitaires.

Nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage volontaire, c'est-à-dire un échantillonnage non probabiliste selon lequel une sélection délibérée est effectuée parmi les personnes susceptibles de nous apprendre quelque chose sur le phénomène étudié (Creswell 2012). Afin de préserver l'anonymat des répondants, les détails qui pourraient conduire à leur identification sont omis.

Outil et procédure de recherche

L'étude est basée sur des entretiens approfondis utilisant un guide d'entretien semi-directif. Les questions portaient sur la position des répondants à l'égard du Covid, les événements qu'ils ont vécus en raison de leur position, les implications de ces événements sur leur vie professionnelle et personnelle, et leurs réponses à ces événements.

Le recrutement s'est fait de plusieurs manières. Tout d'abord, grâce à une recherche sur Google, nous avons trouvé les coordonnées de médecins et de chercheurs connus pour leurs positions critiques à l'égard des mesures et des politiques de lutte contre la pandémie. Ensuite, nous avons utilisé la méthode de la « boule de neige » pour atteindre d'autres répondants. Le premier contact avec les répondants s'est fait par e-mail, dans lequel nous avons expliqué l'objectif de l'étude et demandé leur consentement pour être interviewés de manière anonyme. Les entretiens ont été menés par Skype, Zoom ou téléphone, et ont duré environ une heure et demie en moyenne. Chaque personne interrogée a été invitée à signer un formulaire de consentement éclairé. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits.

L'analyse et le codage des données ont été basés sur l'identification des questions clés qui ont émergé des entretiens, tout en les classant et en les regroupant dans des catégories significatives. Nous avons assuré la fiabilité et la validité de l'étude en appliquant différentes méthodes. L'analyse des données a été discutée par chacun d'entre nous en tant que groupe de pairs experts, et différentes sources de données ont servi à trianguler les données (par exemple, les documents et la correspondance qui nous ont été fournis par les personnes interrogées). Les citations dans le texte sont fournies à titre d'illustration (Creswell 2012).

Réduire au silence la dissidence : tactiques de censure et d'invisibilisation

Les tactiques de censure et de discréditation décrites par nos répondants comprennent l'exclusion, l'étiquetage désobligeant, les commentaires hostiles et les déclarations menaçantes par les médias, tant grand public que sociaux ; le licenciement par les employeurs des répondants ; les enquêtes officielles ; la révocation des licences médicales ; les poursuites judiciaires ; et la rétractation des articles scientifiques après publication.

Exclusion

Les personnes interrogées ont rapporté comment, à un stade très précoce de l'épidémie, alors qu'elles commençaient tout juste à exprimer des critiques ou leur position différente, elles ont été surprises de découvrir que les grands médias, qui les avaient jusqu'alors considérées comme des personnes souhaitables à interviewer, ont cessé de les interviewer et d'accepter leurs articles d'opinion. « *Ni X ni Y [deux journaux centraux dans le pays de la personne interrogée] n'ont voulu publier mes articles. Sans véritable explication. Ils ont simplement cessé de recevoir des articles. C'était assez flagrant, ils ont cessé d'accepter des articles exprimant une opinion différente de celle du ministère de la santé (MOH). Le nombre de journalistes à qui l'on peut vraiment parler, qui sont prêts à écouter une autre opinion, à publier, a été fortement réduit, et la plupart des journalistes de santé d'aujourd'hui sont très partiaux envers le MOH* » (#10).

Dénigrement

Les personnes interrogées ont indiqué que l'exclusion n'était que la première étape. Peu de temps après, elles ont commencé à faire l'objet de diffamation de la part des médias, et à être dénigrées en tant qu'« anti-vax », « négateurs du Covid », « diffuseurs de dis/mésinformation » et/ou « théoriciens du complot » : « *Après la publication de ce rapport (...), j'étais à la Une du Sunday Times. On disait que X [le nom du répondant], professeur à A [l'institution dans laquelle travaille ce répondant], est co-auteur du rapport anti-vax (...). On me disait que j'étais anti-vaccin* » (#9). « *J'ai été vilipendé (...), on m'a traité de charlatan, d'anti-vax et de négationniste du Covid, de théoricien de la conspiration* » (#13).

Recruter des « tierces parties » pour aider à la discréditation

Selon nos répondants, l'une des principales tactiques utilisées par les médias pour les discréditer consiste à faire appel à des « sources tierces » apparemment indépendantes, telles que d'autres médecins, pour les affaiblir, par exemple en écrivant des articles diffamatoires : « *J'ai été choqué par ce qui est sorti le lendemain dans le Wall Street Journal (...). Nous avons donc trois des médecins les plus expérimentés avec des centaines et des centaines de publications et une crédibilité scientifique à notre actif et un grand média a permis à un jeune médecin de publier un article diffamatoire alors qu'il n'avait aucun statut académique ou antécédent* » (#6).

Une autre source « tierce partie » utilisée par les médias, selon nos répondants, était les organisations de « vérification des faits » (fact-checking), une pratique qui vise ostensiblement à vérifier les informations publiées afin de promouvoir la véracité des reportages. Cependant, certains répondants ont allégué que ces groupes de « vérificateurs des faits » étaient recrutés et gérés par des entreprises ou d'autres parties prenantes afin de les discréditer et d'essayer de discréditer les informations qu'ils présentent : « *les vérificateurs de faits sont une source de désinformation, donc bien qu'ils puissent examiner quelque chose et dire 'le Dr X a dit quelque chose', ils font une contre-attaque. Les contre-affirmations ne sont jamais citées dans les données (...) elles remontent toutes aux fabricants de vaccins ou aux parties prenantes des vaccins* » (#6). « *Les vérificateurs de faits (...) ont essayé de discréditer S, mais aussi, parce que j'étais co-auteur, ils s'en sont pris à moi* » (#4).

Certains répondants ont déclaré que les médias les ont persécutés au point de noircir leur nom sur leur lieu de travail, ce qui a entraîné leur licenciement, ou qu'ils ont été contraints de démissionner : « *J'ai perdu mon emploi, je travaillais depuis 20 ans à X [nom de l'institution]. Et donc, les médias ont commencé à venir à X, il y a eu un effort concerté pour ruiner ma réputation, même si, c'est incroyable, ils avaient le taux de mortalité le plus bas du monde en gros, et le médecin qui leur a apporté ça, est vilipendé et calomnié. Donc, je suis parti de mon propre chef... Ma réputation a été calomniée. Je veux témoigner sur le niveau de traitement auquel je ne m'attendais pas et ces abus* » (#1).

Censure en ligne

Certains répondants ont déclaré avoir été censurés sur les réseaux de médias sociaux (par exemple, Facebook, Twitter, TikTok, YouTube, Google, LinkedIn), et ont dit que certains de leurs posts, tweets, vidéos ou même comptes ont été retirés par les réseaux. « *Mes vidéos YouTube étaient retirées. Facebook m'a mis en prison, « Facebook Jail ». Et je me suis rendu compte que j'étais dé-plateformé partout* » (#1). « *J'ai toujours eu des vidéos, juste mon matériel d'enseignement que je mettais sur YouTube, mais j'ai aussi commencé à mettre du matériel*

autour de ça, juste pour parler de certaines recherches, regarder les données sur l'efficacité des vaccins (...) et YouTube a commencé à les retirer. Et donc maintenant je ne peux pas poster, je ne peux même pas mentionner les vaccins, parce qu'en quelques secondes, dès que j'essaie de télécharger la vidéo, YouTube dit que cette vidéo va à l'encontre de nos directives » (#3). « J'ai été banni de TikTok. D'un seul coup, j'ai été banni de façon permanente parce que j'ai vraisemblablement commis une violation de la communauté » (#2). « J'en suis à mon sixième compte twitter. Le dernier a été fermé soi-disant pour un tweet sur le laboratoire de X [le nom du laboratoire], mais il était à venir. J'ai hérissé trop de poils (#2).

Comme on peut le voir dans les exemples ci-dessus, les répondants ont indiqué que le retrait de leurs documents des réseaux sociaux s'accompagnait d'un avis affirmant qu'ils avaient violé les « règles de la communauté ». Ils ont insisté sur le fait qu'il s'agissait de documents universitaires, étayés scientifiquement : « J'ai appris qu'une vidéo universitaire sur YouTube que j'avais réalisée au sujet de l'article publié dans la revue XXX avait été retirée par YouTube, et j'ai reçu un avis indiquant qu'elle avait enfreint les conditions de la communauté YouTube, sans jamais avoir reçu de conditions d'utilisation de YouTube qui expliqueraient quels types de conditions s'appliqueraient à une vidéo scientifique de quatre diapositives PowerPoint » (#6).

L'une des personnes interrogées a fait état d'une censure même dans Google Docs, ce qui signifie que même les communications privées sont censurées : « Google Docs a commencé à restreindre et à censurer ma capacité à partager des documents. Ce n'est pas Twitter qui me jette comme il l'a fait. C'est une organisation qui me dit que je ne peux pas envoyer une communication privée à un collègue, à un ami ou à un membre de ma famille » (#1).

Censure et répression par l'establishment médical et universitaire

Certaines des personnes interrogées ont déclaré avoir été victimes de diffamation de la part de leur propre institution, avec l'intention apparente de nuire à leur réputation et à leur carrière. Par exemple : « dans [mon pays], nous avons environ 55 000 médecins. Mon nom est apparu sur le site officiel du ministère de la Santé, prétendant que je suis la seule personne, le seul médecin, qui propage de la désinformation » (#12). « Il y a eu un effort concerté pour ruiner ma réputation même si, c'est incroyable, ils [l'hôpital où je travaille] avaient le taux de mortalité le plus bas du monde » (#1).

Certains participants ont également déclaré avoir reçu un message clair de la part de l'institution où ils travaillaient, selon lequel ils n'étaient pas autorisés à s'identifier à l'institution lorsqu'ils donnaient une interview ou un témoignage ou qu'ils exprimaient leurs opinions – dans certains cas, il s'agissait d'une condition de renouvellement de leur contrat. « J'ai donné le témoignage de X (un certain traitement), et c'est en quelque sorte devenu viral. Et l'hôpital n'était pas content parce que mon affiliation était apparue. Ils m'ont proposé un nouveau contrat. Ils ont dit 'nous avons de nouvelles conditions pour vous', parce que mon ancien contrat n'était pas restreint. Le nouveau contrat comportait sept ou huit restrictions de mes droits au premier amendement, en gros je ne pouvais pas parler à la presse, je ne pouvais pas parler en public, sauf si je disais que ce sont mes opinions et non celles de mon employeur. C'était une conversation relativement courte. J'ai dit que cela n'arriverait jamais, que je ne signerais jamais cette chose, et nous nous sommes dit au revoir » (#9).

Dans certains cas, les répondants ont rapporté qu'à la suite d'une position ou d'une critique qu'ils ont exprimée, ils ont été renvoyés de leur établissement, ou ont été informés que leur contrat ne serait pas renouvelé. « On m'a dit que mon contrat [à la clinique médicale] n'allait pas être renouvelé. Il y a toute une série de listes de contrôle pour que le contrat ne soit pas renouvelé, il doit y avoir une procédure régulière, et la première alerte est qu'il n'y a pas eu de procédure régulière. J'ai demandé précisément s'il y avait eu un vote du conseil d'administration et la réponse a été non, et j'ai demandé pourquoi cette action a été prise, et leur réponse a été 'aucune raison'. [Plus tard] j'ai reçu une lettre de l'Université [X] disant que j'avais été privé de mon poste de professeur, sans procédure régulière, sans sénat de la faculté, rien. Ensuite, j'ai reçu une lettre de l'Université [Y], encore une fois sans procédure régulière, sans réunion de la faculté, sans explication » (#6).

De même, les répondants ont dit avoir été sommairement congédiés ou disqualifiés de postes prestigieux, comme la participation à des comités scientifiques ou de santé de premier plan, ou la rédaction de revues médicales, sans procédure régulière ni transparence : « Le directeur général du ministère de [X] m'a approché et m'a dit que le ministre avait conclu un accord avec le ministère de la Santé, qu'il mettait un représentant au comité du panel [de médicaments sur ordonnance], et elle a dit que tous m'avaient pointé du doigt. Puis, après une semaine, elle m'a téléphoné et m'a dit : « Écoutez, votre nom a déjà été transmis au comité du panel de médicaments à la demande du ministre, et il a été disqualifié sans équivoque parce que vous vous opposez aux vaccinations [Covid] chez les enfants ». J'ai été choqué. Jusqu'alors, les réponses que je recevais venaient d'en bas. Voici une réponse du haut de l'échelle » (n° 11). « Il y a eu toute une série de mesures prises, encore une fois sans procédure régulière et sans explication. J'ai reçu un avis de [l'association médicale] m'informant que j'étais démis d'un poste au sein d'un comité. J'ai reçu une lettre d'une revue dont j'étais le rédacteur en chef, qui m'a retiré la rédaction, encore une fois

sans procédure régulière, sans appels téléphoniques, sans explication traçable. J'ai reçu une lettre des National Institutes of Health me privant d'un poste au sein d'un comité de longue date, dont je faisais partie depuis plusieurs décennies et dont on m'a retiré le poste, là encore sans appel téléphonique, sans procédure régulière, sans explication » (n° 6).

Dans un cas, le répondant avait appris que l'équivalent dans son pays des Centers for Disease Control (CDC) était intervenu et avait demandé à l'université d'« examiner son cas » : « le président de mon université m'a invité à parler de la crise. Lors de cette réunion, j'ai été informé que [l'autorité sanitaire équivalente au CDC dans le pays des personnes interrogées] avait écrit une lettre au président, lui demandant d'examiner mon cas parce que, selon la lettre ministérielle, je rendais publiques des choses méthodologiquement discutables. Selon le président, l'université n'a jamais reçu de demandes similaires auparavant » (#12).

Certaines des personnes interrogées ont déclaré que l'établissement de santé n'avait pas seulement terni leur réputation et pris de graves mesures à leur encontre, mais qu'il avait également coopéré avec les médias et veillé à diffuser l'information sur ces mesures par leur intermédiaire : « Vous savez, le communiqué de presse est sorti, je suis un médecin éminent aux États-Unis, donc, en fait, je crois que le système de santé a rédigé un communiqué de presse disant qu'ils me poursuivaient en justice, et donc le sujet a été abordé [pendant l'interview avec la presse], « donc vous êtes poursuivi en justice, et quelle est votre réaction ? » » (#6).

Enquêtes officielles

Certains médecins ont fait état d'enquêtes officielles lancées à leur encontre, telles que des enquêtes ou des menaces de retrait de leur licence médicale : « Ma licence a fait l'objet d'une enquête. À ce moment-là, j'avais l'impression que la commission médicale était militarisée. Ma licence a fini par faire l'objet d'une enquête. Trois fois maintenant, et à chaque fois sans aucune sanction ou réprimande ou quoi que ce soit. Mais cela montre simplement qu'il est très facile de se faire censurer ou annuler » (#2). « Suite à un post que j'ai écrit sur les événements indésirables, j'ai reçu une lettre du comité de X [nom du comité]. Ils m'ont prétendument demandé les coordonnées de ces patients (les patients dont l'interviewé a signalé les effets indésirables dans son billet), mais s'il s'agissait d'un véritable souhait de leur part, ce n'est pas ce comité, qui s'occupe en fait de Y [la définition des activités du comité] qui m'aurait demandé les coordonnées, mais un véritable fonctionnaire du ministère de la Santé. Je leur ai répondu par l'intermédiaire de A [mon avocat], une réponse plus juridique et moins médicale. Il s'agit essentiellement d'un comité sans pouvoir. Je ne pense même pas avoir le droit de leur transmettre les noms des patients » (#2).

L'un des répondants rapporte qu'un procès d'un million de dollars a été intenté contre lui : « Et puis ma femme m'appelle et me dit que le système de santé nous poursuit pour plus d'un million de dollars, alors je viens de réunir des équipes d'avocats et de les envoyer au tribunal. L'accusation est que je viole les termes de mon accord de séparation, spécifiquement que le système de santé est impliqué dans mes présentations médiatiques, et je n'ai jamais fait aucune déclaration [de ce genre] » (#6).

Un autre répondant fait état d'une perquisition policière effectuée dans sa clinique privée, à son domicile : « Le [conseil médical] s'est présenté à l'improviste un jour sans mandat pour fouiller ma maison, qui était répertoriée dans leurs dossiers comme étant mon bureau, afin de procéder à une inspection du bureau médical, ce qui ne nécessite pas de mandat [dans mon pays] » (#7).

Rétractation d'articles scientifiques

Certains chercheurs et médecins ont raconté comment leurs recherches avaient été rétractées par la revue après leur publication : « Cinq jours avant la réunion pédiatrique de la FDA sur la vaccination, [la maison d'édition] retire l'article de la National Library of Medicine et dit qu'elle le rétracte. L'explication, qu'ils nous donnent quelques jours plus tard, c'est qu'ils pensent qu'ils n'ont pas invité l'article pour commencer. Et je peux vous dire, en tant qu'éditeur, que l'article a été clairement accueilli, et qu'il est passé par le processus standard d'examen par les pairs. Le seul motif pour retirer légalement un article de la National Library of Medicine est s'il est scientifiquement invalide, et ce n'était pas le cas » (#6). « Alors je l'ai soumis à X [nom de la revue] et bien, c'était un rejet de bureau. En fait, de mon point de vue, il n'y avait pas d'arguments solides. Je ne sais pas pourquoi il a été rejeté, et puis je l'ai soumis à plusieurs autres canaux, et finalement j'ai arrêté d'essayer de le publier dans la littérature scientifique. Il a été publié en tant que pré-print » (#8).

Un autre thème qui est apparu à plusieurs reprises au cours des entretiens est que les recherches critiques ont été traitées d'une manière que les personnes interrogées n'avaient jamais rencontrée auparavant dans leur carrière. Ainsi, des articles ont été rejetés par des revues (souvent à plusieurs reprises) sans examen par les pairs, le processus d'examen et de publication d'une revue a pris plusieurs mois de plus que la normale pour la revue, et même des articles ont été rejetés par des serveurs de préimpression tels que MedRxiv : « Au début de la pandémie, nous obtenions beaucoup de publications. Cela ne remettait pas du tout en cause le récit

orthodoxe. Et puis nous avons fait cette analyse sur [X] et quand cela s'est produit, oh mon Dieu, ils ont pété les plombs, nous avons été attaqués. Ce travail n'a jamais été publié. (...) Et c'est à ce moment-là que nos travaux ont commencé à être rejetés par arXiv et medRxiv... le seul endroit où nous pouvions faire publier ces travaux était sur ResearchGate » (#4).

Dans un cas, une personne interrogée a déclaré qu'elle se sentait tellement menacée par l'establishment médical qu'elle s'abstenait de mettre son nom sur les articles qu'elle avait cosignés avec d'autres chercheurs, et que ceux dont les noms apparaissent sur les articles essayaient de se cacher ou de rester sous le radar jusqu'à ce que l'article soit publié : « Nous avons un article qui est prêt à être publié dans [une revue importante], et le groupe qui l'a publié se cache depuis un an. Maintenant, je ne peux pas être sur l'article, vous savez » (#5).

Contre-réaction : se défendre

Les personnes interrogées ont indiqué que leur première réaction aux attaques et à la censure a été le choc et la surprise. Pour la première fois de leur vie, elles se sont senties exclues de la communauté scientifique/médicale, attaquées par les médias et parfois par leurs employeurs, et/ou dénigrées comme des « théoriciens du complot » qui mettent en danger la santé publique. Pourtant, malgré la censure, les attaques personnelles et la diffamation, les licenciements, l'atteinte à la réputation et le prix économique, toutes les personnes interrogées ont néanmoins déclaré que rien de tout cela ne les dissuadait et qu'elles avaient décidé de se battre, en utilisant diverses contre-tactiques.

Premières réactions : Choc et surprise

« J'étais sans voix. Cela ne m'arrive pas à moi. Je n'imaginai pas. Toutes ces attaques étaient terriblement menaçantes pour moi. Il m'a fallu un mois pour me remettre de la compréhension que c'est le pays dans lequel nous vivons. J'étais en état de choc. J'étais surprise. Je pense que mon rythme cardiaque était de 200 par minute » (#11). « En tant que personne qui a fait partie intégrante du système [de santé] et qui connaît personnellement les détenteurs de rôles – le fossé que je ressens est très profond » (#1).

Les personnes interrogées ont déclaré qu'elles avaient le sentiment que les menaces, les licenciements et les attaques dont elles faisaient l'objet étaient en fait une tentative de les faire taire, simplement parce que leurs opinions ne correspondaient pas à celles dictées par les autorités : « Tout a été fait au départ pour supprimer ma voix, parce que j'étais le seul à crier » (#1). Certains répondants ont ajouté qu'ils avaient l'impression que la censure et les attaques sans précédent qu'ils ont subies étaient particulièrement vicieuses parce que ceux qui les faisaient savaient qu'ils étaient appréciés et influents : « Ils essayaient en fait de me faire taire dans les médias. Il semble à première vue que ce procès était essentiellement une tentative de me censurer. Je suis un collaborateur fréquent de Fox News, je viens de témoigner au Sénat américain, mes conseils sont appréciés dans le monde entier, et je pense que c'était une tentative de clocher pour me censurer » (#6).

Déterminés à se battre

Nos répondants ont déclaré que la censure et la suppression qu'ils ont subies leur ont donné envie de se battre et de faire entendre leur voix davantage, au nom de la liberté d'expression et de leur souci de la santé publique. « C'est une question intéressante de savoir ce que j'ai l'impression de payer. Parce que je pense qu'il y a des [coûts]. Le fait est que j'ai failli partir. Pourquoi suis-je resté ? Parce que je me suis rendu compte qu'il y avait un prix que je n'étais pas prêt à payer – qu'ils allaient me faire taire » (#11). « Pour moi, la question la plus importante est : pourquoi est-ce que je (continue) à faire cela ? Parce que si je ne vis pas en accord avec mes valeurs et la liberté d'expression, alors je ne vivrai pas » (n° 9).

Certains d'entre eux ont même fait remarquer que les attaques contre leur réputation les rendaient encore plus déterminés et désireux d'exposer les informations qui étaient censurées. « En fait, cela me rend plus déterminé. Je suis un peu comme un pitbull. Alors, nous allons continuer à faire passer le message » (#2).

Certaines des personnes interrogées ont déclaré avoir décidé de prendre des mesures officielles ou juridiques contre les organisations qui les ont censurées : « Je vais porter plainte pour rupture de contrat, puisque nous avons un contrat de publication et qu'ils l'ont signé et accepté. Ils vont être poursuivis pour interférence délictuelle car ils ont effectivement interféré avec l'activité de publication d'informations scientifiques valides. J'imagine que cela va être très préjudiciable et très médiatisé pour [l'éditeur] » (#6). « J'ai déposé une demande de liberté d'information auprès de toutes les entités qui m'ont dépouillé de divers titres et postes afin de commencer à découvrir ce qui stimule tout cela » (n° 2).

Les contre-réactions des personnes interrogées ont été exprimées de plusieurs manières : le désir de divulguer l'acte de censure et les informations censurées, qui, selon elles, sont fondées sur des preuves ; l'utilisation de canaux alternatifs afin de diffuser publiquement leurs positions et leurs points de vue sur le

Covid ; la création de réseaux de soutien avec des collègues ; et le développement de systèmes alternatifs d'information médicale et sanitaire. En d'autres termes, ils ont créé une sorte de monde parallèle à l'establishment traditionnel.

Exposer la censure

Certaines personnes interrogées ont souligné qu'elles voulaient dénoncer la loi de censure elle-même. Par exemple : « *J'ai pris contact avec quelques personnes puissantes, et elles m'ont orienté vers le Media Resource Centre à Washington, qui est une organisation à but non lucratif pour lutter contre la censure. Je leur ai raconté ce qui s'était passé. Et ils ont déjà rédigé un article à ce sujet. Cet article est en train d'être publié sur différents sites. J'ai fait une interview sur One American News Network. Je l'ai en quelque sorte fait connaître au monde entier* » (#1).

Utilisation de canaux alternatifs

Les répondants ont indiqué que, lorsqu'ils ont compris qu'ils étaient censurés par les grands médias, ils ont décidé d'utiliser des canaux alternatifs, tels que les plateformes de médias sociaux, pour diffuser leur position et des informations contraires et exprimer leurs opinions en public : « *Heureusement, je me suis constitué un petit nombre de followers sur Twitter... 34 000 ou quelque chose comme ça, alors vous pouvez faire passer le message* » (#4).

Certaines des personnes interrogées ont déclaré que pour se protéger, elles ont été contraintes d'ouvrir des comptes télégrammes « secrets » ou des comptes Twitter anonymes. Bien qu'ils expriment leur frustration, ils continuent à le faire afin de diffuser des informations. Par exemple, un participant a fait remarquer qu'il est absurde que les scientifiques doivent tenir des comptes télégrammes secrets pour que le gouvernement ne leur retire pas leur licence ou ne porte pas atteinte à leur réputation (#5).

Création de réseaux de soutien social

Certaines personnes interrogées ont révélé qu'elles avaient créé des réseaux de soutien composés de collègues scientifiques, de médecins, d'avocats et de politiciens ayant des vues et des opinions similaires. Ces réseaux ont été utilisés non seulement pour échanger des informations, mais aussi pour recevoir le soutien et l'empathie d'« étrangers » comme eux, pour se faire de nouveaux amis et créer une nouvelle communauté : « *c'est vraiment agréable de se faire un réseau entier et croissant d'amis dans la vie, qui connaissent aussi ces vérités. J'ai l'impression de créer une nouvelle communauté avec de nouveaux amis à qui je peux parler, qui comprennent le monde, qui comprennent la corruption et qui peuvent vraiment s'y retrouver dans tout ça. Donc, en même temps que je me suis réveillé avec une toute nouvelle collection de collègues et d'amis, mais beaucoup d'entre nous sont en dehors de la science* » (#9). « *Et puis quelques collègues se sont joints à nous. Et tout d'un coup, j'avais des poids lourds, des leaders universitaires qui défendaient mon travail* » (#1).

Développer des systèmes alternatifs d'information médicale et sanitaire

Au-delà de leurs activités de diffusion d'informations et de données, certaines des personnes interrogées ont indiqué qu'elles travaillaient à l'établissement de nouvelles plates-formes et organisations alternatives dédiées au développement et à la fourniture d'informations sur la santé et les traitements médicaux – y compris de nouvelles revues et organisations à but non lucratif, au lieu de celles qui existent déjà et qui, selon elles, ont échoué et déçu. Elles l'expliquent comme un moyen de faire face à la censure et à la suppression qu'ils ont subies en raison de leurs positions opposées, ce qui leur donne un sentiment d'espoir et l'impression de construire « un nouveau monde » : « *J'ai une nouvelle chose dans la vie. N et moi, nous avons créé l'organisation X, dont la seule mission est d'essayer de comprendre et d'aider les gens à traiter le Covid. Et je pense que nous avons rendu un vrai service au monde* » (#9). « *On parle de plus en plus de lancer un journal. Tess Lawrie a créé le Conseil mondial de la santé. On parle de plus en plus de créer un nouveau système de santé. Par exemple, les gens veulent aller dans des hôpitaux où les médecins peuvent être des médecins et pas l'autre rôle de toutes ces réglementations et agences corrompues, alors vous savez, il y a peut-être un nouveau monde qui va se former* » (#4).

Discussion

Nos résultats font écho aux arguments avancés dans des études antérieures sur la suppression de la dissidence dans des domaines controversés tels que la vaccination (Elisha et al. 2021, 2022 ; Cernic 2018 ; DeLong 2012 ; Gatto et al. 2013 ; Martin 2015 ; Vernon 2017), le sida, les études environnementales et la fluoruration (par exemple, Delborne 2016 ; Kuehn 2004 ; Martin 1981, 1991, 1999). À l'instar de ces études, les résultats

de notre recherche indiquent une implication significative des médias et de l'establishment médical dans la censure et la suppression des dissidents. Cependant, il existe trois différences principales.

Premièrement, lorsqu'il s'agit de connaissances liées au Covid, les tactiques de censure utilisées contre les dissidents sont extrêmes et sans précédent dans leur intensité et leur étendue, les journaux scientifiques et les institutions académiques et médicales prenant une part active et impliquée dans la censure des voix critiques. En fait, comme l'indique l'un de nos répondants, même les serveurs de préimpression et les sites de réseaux sociaux universitaires censurent les articles scientifiques qui ne s'alignent pas sur le discours dominant, et cela semble être une tendance croissante. Un exemple récent est un rapport d'étude de Verkerk et al. (2022), qui a analysé une enquête sur plus de 300 000 personnes dans 175 pays qui avaient choisi de ne pas recevoir les vaccins Covid-19, qui a été retiré de ResearchGate.net après 9 jours, citant une violation de leurs termes et conditions (Conseil mondial de la santé 2022). En outre, ce que nos répondants décrivent va bien au-delà de la censure, et comprend un large éventail de méthodes de suppression visant à détruire leur réputation et leur carrière, uniquement parce qu'ils ont osé adopter une position différente de celle dictée par l'establishment médical.

Deuxièmement, si les études précédentes ont également fait état de cas isolés où des chercheurs et des médecins aux CV irréprochables, voire au statut d'universitaire ou de médecin de haut rang, ont été censurés s'ils osaient exprimer des opinions dissidentes, la présente étude montre que dans le cas du Covid, la censure de médecins et de chercheurs de cette stature est devenue un phénomène régulier. Les participants à notre étude, ainsi que ceux mentionnés dans l'introduction et beaucoup d'autres non inclus dans notre échantillon, ne sont pas des scientifiques marginaux. La plupart d'entre eux sont des figures de proue : des chercheurs et des médecins qui, avant l'ère Covid-19, avaient un statut respectable, avec de nombreuses publications dans la littérature scientifique, certains d'entre eux ayant des livres et des centaines de publications, certains dirigeant des départements universitaires ou médicaux, certains étant rédacteurs en chef de revues médicales, et certains ayant remporté des prix importants. Néanmoins, comme le montrent nos résultats, ils n'ont pas été protégés de la censure, ni de la campagne de suppression et de diffamation lancée contre eux. Le message est que personne n'est à l'abri de la censure et qu'aucun statut universitaire ou médical, aussi élevé soit-il, ne constitue un bouclier garanti contre elle.

La troisième différence importante relevée dans notre étude est le rôle significatif joué par les organisations médiatiques pendant la pandémie de Covid, et en particulier par les sociétés d'information technologique, dans la censure des positions contraires. D'un point de vue pratique, ceux qui détiennent le pouvoir ont une plus grande capacité et de plus grandes possibilités de contrôler la connaissance et la diffusion de l'information, et par là, de fixer et de contrôler l'agenda. Bien que nos résultats ne montrent pas la direction de la relation entre ces détenteurs d'intérêts, ils peuvent indiquer des collaborations entre l'establishment médical et ces sociétés.

Des documents récemment publiés dans le cadre d'affaires judiciaires indiquent qu'au moins une partie de cette censure est orchestrée par des représentants du gouvernement (Lungariello et Chamberlain 2022 ; Ramaswamy et Rubinfeld 2022). Nos résultats pointent aussi indirectement vers d'autres parties prenantes impliquées dans le phénomène de censure évident dans la crise actuelle, notamment les entreprises pharmaceutiques. Bien que notre étude se soit penchée sur les perceptions subjectives des personnes visées par la censure plutôt que sur l'implication des parties prenantes et d'autres parties intéressées, les rapports de nos répondants font écho aux conclusions d'autres études, menées avant l'ère Covid-19 (Ravelli 2015) et plus récemment (Mucchielli 2020), qui indiquent l'implication importante des sociétés pharmaceutiques et informatiques dans la réduction au silence des informations et des études qui peuvent leur être défavorables. Étant donné le rôle central de ces entreprises aux côtés des décideurs des autorités sanitaires et des gouvernements dans le monde, il est très préoccupant de constater que des intérêts substantiels, notamment financiers et politiques, ainsi que des intérêts liés à la réputation et à la carrière, peuvent se cacher derrière les efforts de suppression. L'intérêt des sociétés pharmaceutiques à contrôler le discours sur le Covid-19 est évident.

Par exemple, comme l'ont indiqué certains de nos participants, l'une des principales controverses non résolues concernant Covid-19 est liée au traitement précoce avec des médicaments réadaptés, et il a été affirmé que des mesures très inhabituelles ont été prises pour empêcher les médecins de les utiliser (Physicians' Declaration 2021). Comme le note Cáceres (2022), cette prétendue fin injustifiée de ce débat initial peut avoir eu d'énormes conséquences économiques (par exemple, le feu vert donné aux vaccins et aux nouveaux médicaments dans le cadre d'une autorisation d'utilisation en urgence), financières (par exemple, des gains énormes pour les plus grandes entreprises) et politiques (par exemple, des restrictions mondiales des libertés individuelles).

Les sociétés d'information technologique ont également tout intérêt à contrôler le discours concernant la pandémie de Covid-19. Par exemple, en juin 2021, il a été révélé que Google, qui a été accusé de faire taire la théorie de la fuite du virus SRAS-CoV-2 de l'Institut de virologie de Wuhan, a financé des recherches sur le virus menées par un scientifique lié à Wuhan, Peter Daszak, par le biais de sa branche caritative, Google.org, pendant plus de dix ans. Google a également investi un million de dollars dans une entreprise qui fait appel à des épidémiologistes et à des analyses de données massives pour prévoir et suivre les épidémies.

Le *British Medical Journal* a révélé que le processus de « vérification des faits » de Facebook et YouTube repose sur des partenariats avec des vérificateurs de faits tiers, réunis sous l'égide de l'International Fact-Checking Network (Clarke 2021). Cette organisation est dirigée par le Poynter Institute for Media Studies, une école de journalisme à but non lucratif dont les principaux soutiens financiers sont Google et Facebook. En ce qui concerne les intérêts personnels des décideurs politiques, un groupe de surveillance du gouvernement américain a exigé des données clés sur l'histoire financière et professionnelle du Dr Anthony Fauci, affirmant que « Pendant la pandémie, le Dr Fauci a largement profité de son emploi fédéral, de ses redevances, de ses avantages de voyage et de ses gains d'investissement », alors que son salaire pendant ces deux années n'a pas été rendu public, ni les actions et obligations qu'il a pu acheter et vendre en 2020 ou 2021, alors qu'il influençait les politiques du Covid, ni ce qu'il a reçu – ou pas – en redevances. Comme indiqué plus haut, une demande de FOIA aux États-Unis a révélé que Francis Collins, alors à la tête du NIH, avait demandé à Fauci de discréditer la Déclaration de Great Barrington et de dénigrer ses auteurs (Wilson 2021). Roussel et Raoult (2020) ont trouvé des conflits d'intérêts similaires parmi les médecins français qui ont pris publiquement position contre l'utilisation de l'hydroxychloroquine.

La censure sape la confiance du public dans les autorités, surtout si les informations cachées et révélées par la suite auraient pu coûter des vies humaines, comme lors des pandémies qui mettent en jeu des maladies, des traitements et des vaccins (Gesser-Edelsburg et ShirRaz 2018). En outre, la censure et la manipulation de l'information sont incompatibles avec l'essence de la science, puisque la recherche scientifique exige un discours et un débat vigoureux. En effet, les chercheurs ont averti qu'au lieu d'être débattues, les controverses sur le Covid sont utilisées pour alimenter la polarisation, ce qui conduit souvent à la diabolisation et à la censure des perspectives alternatives et à l'imposition des points de vue dominants comme s'ils étaient la vérité absolue (Cáceres 2022 ; Marcon et Caulfield 2021).

Cáceres (2022) a affirmé que le fait que le débat ait été réduit au silence et que les positions alternatives aient été censurées constitue en fait un détournement de la « science normale » (Kuhn 1962), qui suppose que différentes explications et réponses aux faits d'intérêt scientifique émergent normalement et ont la possibilité d'être résolues dans le cadre d'un débat scientifique conventionnel. Selon Cáceres, un tel détournement de la praxis scientifique « normale » suggère que des influences « non scientifiques » sont à l'œuvre. Ce détournement est particulièrement préoccupant lorsque les voix réduites au silence sont celles d'un nombre croissant de scientifiques et de médecins éminents et renommés. La volonté de censurer et de rejeter les opinions dissidentes en les qualifiant de « désinformation » présente des similitudes étroites avec le « travail sur les limites » de la science, qui consiste à maintenir le pouvoir et l'autorité de la science en délimitant certains domaines de recherche scientifique comme étant hors limites et en les discréditant comme étant essentiellement non scientifiques (Gieryn 1999 ; voir également Harambam 2014). Créer un faux consensus en censurant l'information et en empêchant les débats scientifiques peut conduire les scientifiques, et donc aussi les décideurs politiques, à se couler dans le paradigme dominant, les amenant à ignorer d'autres options plus efficaces pour faire face à la crise ou peut-être même la prévenir. Un tel « consensus » conduit à une vision étroite du monde, qui nuit à la capacité du public à prendre des décisions éclairées et érode la confiance du public dans la science médicale et la santé publique (Cernic 2018 ; Delborne 2016 ; Martin 2014, 2015 ; Vernon 2017).

Des chercheurs ont déjà averti que la crise de Covid-19 confirme les préoccupations antérieures concernant les implications délétères de la censure (Cáceres 2022 ; Mucchielli 2020). Nous sommes d'accord avec l'affirmation de Cáceres selon laquelle la censure et le dogme sont étrangers à la vraie science et doivent être abandonnés et remplacés par une discussion ouverte et équitable.

Consulter ici la bibliographie de cet article : https://link.springer.com/article/10.1007/s11024-022-09479-4?error=cookies_not_supported&code=d07a2498-70ec-4311-b8ff-8682585cfb0b#Bib1

Blog de Laurent MUCCHIELLI, 28/11/2022

« Cet esprit critique qu'on doit retrouver sur les vaccins covid, il le faut aussi sur les autres vaccins » (Xavier Bazin)



Xavier Bazin, journaliste scientifique, est l'auteur des ouvrages « Big Pharma démasqué ! De la chloroquine aux vaccins, la face noire de notre système de santé » et « Antivax toi-même ! - Retrouvons un esprit critique sur la vaccination ». © FranceSoir

Invité de notre « Debriefing », Xavier Bazin, journaliste scientifique et écrivain, vient nous présenter son nouvel ouvrage *Antivax toi-même ! - Retrouvons un esprit critique sur la vaccination*, qui fait déjà beaucoup de bruit. Préfacé par le Dr Michel de Lorgeril, médecin et ancien chercheur au CNRS, salué par le Pr Romain Gherardi, considéré comme l'un des meilleurs spécialistes en matière de vaccination, ce livre a vocation à briser certains dogmes, mythes et fausses croyances sur la vaccination, que ce soit contre le Covid-19 ou d'autres maladies, en s'appuyant sur la science. Le leitmotiv : sortir de la religion vaccinale et regarder les faits. Un ouvrage qui arrive à point nommé alors qu'Emmanuel Macron étudie la possibilité de rendre obligatoire la vaccination des jeunes contre les infections à papillomavirus humains (HPV).

« Je crois que ce qu'on a vu sur le Covid le caractère totalement unilatéral dans l'espace médiatique et institutionnel du discours sur la vaccination comme seule réponse à l'épidémie » : dans cet entretien, Xavier Bazin commence par pointer du doigt l'existence d'un son de cloche unique concernant le discours à propos du vaccin contre le Covid-19 à toutes les échelles sociétales : médiatiques, politiques, institutionnelles. Un système digne des régimes communistes pour le journaliste, qui relève néanmoins une caractéristique « plus perfide » au 21^{ème} siècle : le nombre des médias donne une apparence de pluralité, alors que le discours sur des sujets comme la vaccination est unique. Ainsi, quiconque s'inscrit en faux par rapport au narratif médiatique se retrouve illico de toutes parts diabolisé et affublé des termes « anti-vax », « complotiste », « extrême droite », donnant à voir une fausse apparence de consensus. « On est dans une dérive » qui vire à « la folie », dénonce le journaliste qui rappelle la promesse d'un retour à la vie normale après deux injections se soldant aujourd'hui par un appel à la cinquième dose « alors qu'elle a été évaluée sur huit souris » : « On nous indique maintenant ce que les complotistes avaient prédit, à savoir un abonnement vaccinal tous les trois à six mois ». Et d'ajouter : « Quel est l'intérêt de se vacciner une énième fois quand on a déjà eu la maladie ? Une première dans l'histoire de la vaccination. »

Une idéologie vaccinale profondément ancrée dans le monde médical

Xavier Bazin fait ensuite la genèse des raisons qui expliquent cet enthousiasme aveugle à propos de la vaccination, en soulignant qu'elle est de manière générale perçue par beaucoup de médecins comme « une baguette magique » qui échappe à toute critique. « Il faut en revenir à ce que c'est : un acte médical qui mérite d'être analysé avec sérénité, avec esprit critique : ce n'est pas une religion. Il doit y avoir une analyse pour chaque situation du bénéfice-risque et malheureusement sur la vaccination, c'est vraiment une exception dans le monde médical », déplore l'écrivain. Pour lui, il est temps d'adopter sur les vaccins la même approche nuancée que

sur les antibiotiques en vue de tenir compte des possibles effets indésirables : « Les antibiotiques sont un des plus grands progrès de l'histoire de la médecine et pourtant, on a acquis un esprit critique en disant "attention, c'est pas automatique, pas tout le temps, ça dépend des cas, ça peut créer de l'antibiorésistance". »

Un monde médical en proie à une « corruption systémique »

Au-delà de l'idéologie, le secteur de la santé est empreint de conflits d'intérêts qui favorise ce réflexe du tout-vaccinal, explique M. Bazin : « On a deux mondes : celui des vaccinologues, qui sont presque tout le temps en conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique. Ça ne veut pas dire que leur opinion ne vaut rien, mais elle doit être prise avec un peu de recul car ils ont intérêt à ce que la vaccination fonctionne. Ce sont des gens qui cherchent généralement à avoir des brevets sur des vaccins. » Et de l'autre, il existe « un deuxième monde » composé de médecins et de professeurs indépendants / « qui sont généralement arrivés sur le sujet de la vaccination sans qu'elle soit forcément leur objet de recherche et qui se sont rendus compte à force de travail qu'il y avait un problème. » Et de marteler : « C'est toujours ces outsiders qui dénoncent ces problèmes de la vaccination, parce que les insiders sont en conflits d'intérêts. »

« Qui est-ce qui a le plus de légitimité ? Ceux qui sont en liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique et qui ont intérêt à ce que la vaccination reste une religion, ou est-ce que ce sont tous ces experts indépendants – médecins et professeurs de médecine – qui ont acquis une expertise sur la vaccination et qui sont totalement indépendants, qui n'ont rien à gagner, alors qu'ils savent qu'ils vont devenir du jour au lendemain les cibles d'attaques de tous ceux qui défendent cette religion avec des intérêts sonnants et trébuchants derrière ? », s'interroge Xavier Bazin qui appelle à « créer le débat et arrêter de censurer dans les médias mais aussi sur YouTube de censurer les discours critiques y compris de grands experts vis-à-vis de la vaccination ». L'occasion pour lui de mettre en lumière cette pensée unique au sein de la sphère médiatique en rappelant la remarque de l'animateur Pascal Praud lors de son entretien avec le Pr Christian Perronne sur le plateau de CNews le 24 novembre : « Vous ne serez invité absolument nulle part ailleurs ».

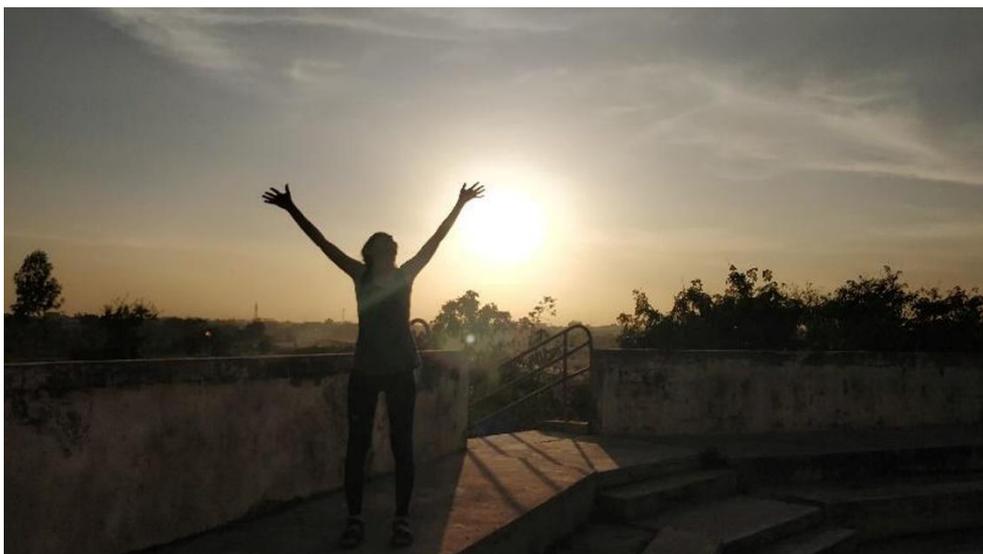
Les grands mythes de la religion vaccinale

Xavier Bazin affirme pouvoir « démontrer par A + B » dans son ouvrage qu'il est « totalement faux » de dire que « la vaccination aurait permis de sortir des fléaux infectieux qui ont dévasté l'humanité pendant des siècles », prenant tout d'abord l'exemple des maladies de la rougeole et de la coqueluche. « On voit très bien et je montre les courbes dans mon livre que sur ces maladies qui étaient très mortelles au début du 20^e siècle et à la fin du 19^e siècle, la mortalité était quasiment tombée à zéro avant l'introduction des vaccins. Toujours des cas, mais quasiment plus de morts à ce moment », explique-t-il. Selon le journaliste, l'origine de ces fléaux infectieux réside dans « le problème du terrain » : « On avait des organismes fragiles, notamment liés à la révolution industrielle qui avait créé des bidonvilles et une énorme pauvreté. Des enfants et des bébés avaient des carences nutritionnelles énormes. Grâce aux progrès du niveau de vie, de l'hygiène, mais aussi de la nutrition, le système immunitaire est devenu plus apte à lutter. »

Xavier Bazin poursuit ses explications sur les « mythes » relatifs à l'efficacité de la vaccination en citant l'exemple de l'éradication de la variole : « Quand vous vous penchez sur ce sujet, vous remarquez que dans le rapport de l'OMS, on nous explique noir sur blanc que c'est l'abandon du projet de vaccination de masse qui a permis d'éradiquer la variole. Quand on a essayé de vacciner tout le monde, ça n'a pas marché. Quand on a changé de stratégie et qu'on s'est mis à isoler les malades et leurs contacts, c'est là qu'on a réussi à éradiquer cette maladie. On dit que c'est grâce à [la vaccination qu'on a mis un terme à la pandémie] alors que c'est un facteur qui retardé l'éradication de la variole. »

FRANCESOIR
Publié le 18 décembre 2022

Afrique : un nouveau modèle ?



Alors que l'on parle de futures pandémies, quelles leçons tirons-nous de celle du Covid-19 ? Elle s'est répandue mais pas répartie de façon comparable partout sur Terre, au moins en termes d'impact. L'Afrique s'en est mieux sortie, et a déjoué les prédictions alarmantes d'intervenants qui ne sont pas forcément africains. Cette différence majeure et peut-être éclairante ne suscite pourtant pas l'attention frappante des autorités et médias de l'ouest européens. Voici une proposition : s'inspirer de l'Afrique, avec une attitude humble et curieuse, et anticiper les crises de demain. Il en est temps.

Vu d'Afrique – au Burkina Faso, la crise du Covid-19 et ses conséquences sont bien perceptibles, mais la vie a continué. Le spectre d'annulations et de mesures restrictives était là, mais pas forcément suivi par celui de la peur. Le nombre de contaminations n'a pas atteint les sommets qui surchargent les hôpitaux, la pandémie n'est pas le sujet de discussion numéro un sur la table. Une table autour de laquelle on se réunit, au bar, au *maquis*, parce que la résilience s'éprouve ensemble. Les pieds sur la terre, le verre sur une table bancale, on regarde la télévision tracer la géométrie de l'actualité du monde : l'Hexagone français et le Pentagone bruxellois, deux modèles d'accès aux soins, bloqués et divisés. Pendant que la Terre du Milieu reconfine. Pour un ressortissant de l'ouest européen, les informations sont presque une dissonance cognitive. Les pieds sur la terre, le verre sur une table bancale, on se dit qu'on est plutôt bien installés.

Champ d'application : témoignage de deux années d'observation depuis la Belgique et le Burkina Faso, et regards croisés sur la crise sanitaire en Europe et en Afrique.

Pandémie mondiale : c'est-à-dire ?

La pandémie due au coronavirus nous a habitués à comparer les nations au travers de leurs chiffres en philosophant sur le bilan annuel des derniers cas comme l'on remonte le calendrier de l'Avent. Il est compréhensible de vouloir se situer dans le contexte d'une *pandémie mondiale* : mais que signifient ces termes ? Si l'étendue de la pandémie est mondiale, sa répartition et son impact sont hétérogènes. Autrement dit, le Covid-19 n'a pas frappé partout de la même manière. Alors que l'Europe se met dans tous ses états, des territoires d'irréductibles existent... bien au sud de la Gaule. Présentée au départ comme une souris pour le chat (ou un autre félin), l'Afrique s'en est mieux sortie que ses voisins eu égard au Covid-19. Ce n'est pourtant pas un sujet majeur de l'information européenne, sinon aussitôt assorti de raccourcis et tentatives d'explications. L'élève dont on attendait une bonne note serait donc celui que l'on écouterait expliquer pourquoi les résultats d'un autre sont meilleurs. Étrange, pour une époque qui brandit l'objectivité des chiffres comme une religion et prêche l'arrivée de nouvelles pandémies. Afin de tirer les leçons du passé, peut-être pouvons-nous écouter l'élève aux meilleures notes ; constater, nous ouvrir et dialoguer. C'est la proposition formulée ici :

- Affirmer un constat sur le Covid-19 diffus dans les discours européens, francophones au moins ;
- S'en inspirer, écouter ce que l'Afrique peut enseigner, sans donner les explications européennes.

Avant toute chose, prenons les précautions d'une analyse objective et partons justement des chiffres.



Figure 1. Total des cas répertoriés, par zone, 07-10-2022
(Johns Hopkins Corona Resource Center)

Africa	174 547	9 334 291
Eastern Mediterranean	348 455	23 099 945
South-East Asia	797 769	60 320 240
Western Pacific	271 991	90 439 075
Americas	2 840 473	178 580 482
Europe	2 097 033	255 176 621

Figure 2. Total des cas (bleu) et décès (orange) de COVID-19 répertoriés, par zone 07-10-22 (OMS)
<https://covid19.who.int/>

C'est le contraste qui frappe, lorsque l'on consulte une carte mondiale des contaminations (Figure 1). L'Afrique y présente nettement moins de cas totaux (taches rouges). Plusieurs outils de recensement sont proposés par les universités [1], organisations internationales [2], africaines [3], ou encore par les médias [4]. Nous pouvons discuter des chiffres qui ne reprennent évidemment que les cas répertoriés officiellement, et des méthodes de comptage qui peuvent varier entre les pays dont les données sont comparées. Mais ce qui importe ici, outre l'exactitude, c'est le décalage entre le nombre de cas en Afrique et dans le reste du monde, dont l'Europe, pour un même outil. Les différentes sources corroborent un décalage net (Figure 2). Pour les plus sceptiques, qui doutent des chiffres à leur source, une autre carte [5] contourne les biais de comptage en représentant pour chaque pays la situation à un moment donné par rapport à leur propre pic de contaminations (de cas précédents ; leur « pire stade » de l'épidémie). On compare donc chaque pays à lui-même. On évite ainsi de s'éterniser sur les comptages de chacun, tout en observant une carte d'ensemble : des proportions indépendantes montrant une évolution générale jusqu'au jour J.

Si l'on prend pour jour J le dernier temps fort du Covid-19 début 2022 (Figure 3) pour donner la tendance en fin de crise – alors qu'on annonçait toujours une hécatombe africaine et que les dépistages s'étaient multipliés, l'Afrique y apparaît moins proche des pics de contaminations précédents que d'autres territoires. Ainsi, la carte des cas cumulés illustre la situation totale, celle des pics prend la température par rapport au passé, et les deux montrent que l'Afrique fut dans une situation moins fiévreuse jusqu'au bout.



Figure 3. Moyenne de cas déclarés sur 7 jours (modifiée quotidiennement) par rapport au pic de contaminations, par pays dans le monde, 14-01-21 (Reuters)
<https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/>



Figure 4. Fig. 3 appliquée à l'Afrique, 14-01-21. Avant une tendance à la baisse (Reuters)

Bien sûr, la situation n'a pas été la même partout en Afrique (Figure 4). Vers la fin de la crise, on se rapprochait du pic de contaminations de la bande du Sahel à l'Est, où le Kenya avait annoncé une recrudescence des cas [6]. Certaines régions ont vu une tendance à la hausse fin 2021 [7], notamment au sud [8] où Omicron a défrayé la chronique, bien qu'il se soit estompé aussi vite [9]. On peut comprendre les inquiétudes d'une « bombe à retardement » [10] en Afrique, mais cela ne change pas le fait que la différence globale avec l'Europe fut

frappante jusqu'en sortie de crise, où les derniers pics africains furent plus brefs^[11]. De plus, là où l'on se rapprochait des chiffres d'un précédent pic, s'il fut relativement faible – toujours en comparaison au reste du monde, alors la situation restait globalement moins chaotique qu'ailleurs. Autrement dit, ce fut « moins pire » en Afrique.

Si l'on trouve plus solide de faire un état des lieux sur base des comptages de décès attribués au Covid-19, on constatera la même différence (Figure 2). L'Afrique en général est au plancher d'un triste classement dont la réussite relève plus du comptage des points au golf qu'au basket.

Oui, mais non

Malgré l'analyse des chiffres et notamment la méthode des pics, certains remettront en question leur exactitude en Afrique seulement. Posons-nous la question de l'objectivité de cette approche. Balayer du revers de la main la pole position de l'Afrique sur la simple présomption qu'elle serait la seule peu fiable semble relever des vestiges d'une arrogance peu glorieuse. Il n'y a pas de soucis à questionner les chiffres, mais le doute est sain lorsqu'il génère des questions et non des certitudes : pourquoi douter des chiffres d'Afrique et pas d'ailleurs ? Jouons néanmoins le jeu. L'OMS a déclaré que l'Afrique comptait trois fois^[12], puis sept fois^[13] plus de cas, ce qui changerait le classement^[14]. Multiplions leurs chiffres (Figure 2) même par dix : la posture africaine sera toujours meilleure qu'en Europe.

Nous pouvons prétexter un moins grand nombre de tests de dépistage et une population africaine globalement plus jeune^[15] ; mais s'il y avait une hécatombe sanitaire, on le saurait^[16]. Cela suggère plutôt qu'il y a beaucoup de cas asymptomatiques, ce qui mériterait aussi un coup d'œil.

Pour rappel, le propos ici n'est pas de minimiser l'impact de la maladie en Afrique, notamment des dernières évolutions^[17], ni d'idéaliser ou généraliser ; mais s'intéresser à un constat moins dramatique qu'imaginé dont les leçons peuvent être riches pour de futures crises. Pourquoi ne pas le faire ?

Ne pas voir l'éléphant dans la pièce ?

« *Sans la curiosité de l'esprit, que serions-nous ? (...)* » disait Marie Curie. La réponse : malades.

Les faits sont là, mais pourtant pas prépondérants dans les discours des autorités politiques et médiatiques d'Europe, bien qu'ils parlent de pandémie mondiale et leçons à tirer pour les futures nouvelles maladies. Dire qu'aucun ne parle de cette différence serait mentir : certains auteurs ont fait le constat qu'il y avait là un enseignement à recevoir, et recoupé des propos pertinents^[18]. Plus globalement, il est bien fait écho d'un impact moindre en Afrique dans la presse européenne francophone (belge, française, suisse par exemple), relayant souvent les mêmes propos d'instances internationales^[19] ; mais une fois traitée, peut-on dire que l'information le soit à sa juste valeur ? Ce sont surtout les moments de recrudescence des cas qui sont mis en avant quand on mentionne l'Afrique (comme l'a montré Omicron), sinon le doute quant aux chiffres ou l'accès aux vaccins. L'emphase n'est pas mise sur le décalage (de cas, d'hospitalisations, de décès) et ce que cela pourrait inspirer. Il est même à présent cocasse de lire des présentations favorables des résultats belges et européens, mi-2020, par rapport au reste du monde dont l'Afrique^[20], ou encore des préconisations à l'Afrique formulées par les autorités – par exemple françaises^[21]. On peut dire que l'information est traitée en surface, et non dans le but d'investiguer pour en apprendre davantage. Ce serait pourtant une approche des plus scientifiques. Surtout pour une Europe qui *commissionne* la lutte contre la désinformation^[22] et la pandémie^[23]. Après deux années, notre façon de traiter l'information peut être remise en perspective : lorsque la directrice de l'OMS pour l'Afrique déclarait en 2020^[24] « *Même si ces cas enregistrés en Afrique représentent moins de 3% du total mondial, il est clair que la pandémie s'accélère* », le chiffre cité était-il traité avec autant d'excitation que l'accélération ? Notons qu'elle confirmait dans l'article sa confiance globale dans les chiffres.

Alors que la science est mélangée aux médias, se satisfaire à dire que « *c'est comme ça là-bas* » reviendrait à traiter l'information comme une *curiosité*, au sens d'une étrangeté^[25] ; présenter la situation africaine comme une donnée marginale au milieu d'une série de tendances^[26]. L'on aurait alors troqué la curiosité de l'esprit pour celle du divertissement et de l'étrange. À moins qu'il ne s'agisse d'un refus de considérer l'évidence car elle constitue, selon l'expression : « *Un éléphant dans la pièce* »^[27]. L'éléphant africain pourrait peser lourd, si de nouveaux fléaux devaient nous laisser sans défense. « *Dans la vie, rien n'est à craindre, tout est à comprendre* »^[28] disait aussi Marie Curie.

Alors, que peut-on apprendre ?

Afin de s'armer pour demain, il faudrait répondre à cette question en dialoguant avec nos pairs de la Terre Mère, sans donner des explications déjà faites. D'ici là, voici quelques pistes d'inspiration.

- **Science** – Lutter contre une épidémie requiert d'en comprendre le comportement, c'est-à-dire quelle partie de la population est malade et en décède^[29]. Autrement dit, il y a lieu d'investiguer le pourquoi du comment du « râteau » connu par le Covid-19 autant que de son « succès », pour éviter la fuite en avant. Dès lors, pourquoi faire fi de l'Afrique dans les statistiques et modèles venus d'ailleurs ? Pourquoi se priver de cet énorme jeu de données, qui plus est le moins alarmant ? On ne peut traiter une donnée aussi colossale comme marginale.
- **Éthique** – Que dire d'une argumentation statistiquement incomplète qui veuille déduire des mesures sanitaires pour tous et les appliquer partout ?
- **Médecine** – Les débats houleux que nous connaissons au sujet des vaccins et de l'immunité sont amputés d'une expertise. L'Afrique a l'expérience d'épidémies bien plus fatales, et moins d'accès aux vaccins^[30]; ses experts n'ont pas à rougir quant à leurs compétences^[31]. Sur les plateaux télé européens, où sont les étrangers au pays mais pas au sujet traitant du sort du monde ?
- **Philosophie** – Le continent fait à nouveau preuve de résilience^[32]; c'est d'autant plus remarquable si l'on considère qu'il a une infrastructure hospitalière plus fragile ou moins accessible^[33], rencontre d'autres problématiques^[34], et que son économie est impactée par la crise mondiale^[35]. L'Europe peut aussi avoir besoin que d'autres mettent la Lumière sur une situation. Et si la Raison était un mirage des zones tempérées ? Dans un monde que l'on présente en proie aux crises, se priver du savoir-faire africain relève peut-être plus du dogme que du paradigme. Comme l'écrivait Douglas Kennedy, « Les gens raisonnables sont ceux qui survivent »^[36].

Conclusion : Afrique, un nouveau modèle ?

Ainsi, même exprimé avec prudence, le constat demeure : dans son ensemble, par rapport à ses voisins et lorsque l'on met tout en perspective, le continent des origines de l'humanité a traversé la crise la tête haute. Serait-il aussi à l'origine de futures solutions ? Il n'y a en tous cas plus aucune raison de considérer que l'Europe les possède toutes. Ce n'est ni bien, ni mal ; c'est une aubaine.

Que ce soit grâce à sa compétence, son expérience, sa chance, l'Afrique a beaucoup à enseigner. Quand questionnera-t-on les hiérarchies prétendument établies ? Quand anticiperons-nous sur les crises et nous mettrons-nous, autorités, médias et citoyens de Belgique, de France ou d'Europe, autour de la table avec nos homologues pour leur demander, humblement : « Comment vous faites ? ».

Benjamin SION, dit « Tiche Comedy », 14 octobre 2022

Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que la responsabilité de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celle de BAM !

- [1] Johns Hopkins University of Medicine. Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. WHO Coronavirus (Covid-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>
- [3] African Union. Covid-19 Surveillance Dashboard. <https://au.int/fr/covid19>
- [4] Covid-19 en Afrique : une carte pour suivre au jour le jour l'avancée de l'épidémie. (2022, 14 janvier). *Jeune Afrique*. <https://www.jeuneafrique.com/910230/societe/coronavirus-en-afrique-une-carte-pour-suivre-au-jour-le-jour-lavancee-de-lepidemie/>
- [5] Reuters. Coronavirus tracker. <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/>
- [6] Covid-19 : le Kenya face à une puissante troisième vague. (2021, 27 mars). *Jeune Afrique*. <https://www.jeuneafrique.com/1144650/societe/covid-19-le-kenya-face-a-une-puissante-troisieme-vague/>
- [7] France24, Reuters et AFP (2021, 6 décembre). Covid-19 : l'Afrique a enregistré une hausse de 83 % des cas la semaine dernière. <https://www.france24.com/fr/afrique/20211214-covid-19-l-afrique-a-enregistr%C3%A9-une-hausse-de-83-des-cas-la-semaine-derni%C3%A8re>
- [8] Covid-19: plus de dix millions de cas en Afrique, selon le comptage de l'AFP. (2022, 7 janvier). *La Libre Afrique*. <https://afrique.lalibre.be/67105/covid-19-plus-de-dix-millions-de-cas-en-afrique-selon-le-comptage-de-lafp/>
- [9] Afrique du Sud: le vague Omicron passée sans pic des décès. (2021, 31 décembre). *La Libre Afrique*. <https://afrique.lalibre.be/66996/afrique-du-sud-le-vague-omicron-passee-sans-pic-des-deces/>
- [10] Tolbert Nyenswah. (2020, 6 April). Africa has a Covid-19 time bomb to defuse. *World Economic Forum*. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/africa-covid-19-time-bomb-defuse/>
- [11] Joshua Rhett Miller. (2021, December 22). Rapid drop in South Africa's Covid-19 cases means Omicron may have peaked, experts say. *New York Post*. <https://nypost.com/2021/12/22/south-africas-covid-19-rates-rapidly-drop-after-omicron-spike/>

- [12] Lafrance, C. (2021, juin 10). « Les morts du Covid-19 en Afrique seraient trois à quatre fois plus nombreux, selon l'OMS ». *Jeune Afrique*. <https://www.jeuneafrique.com/1184057/economie/abdou-salam-gueye-oms-les-morts-du-covid-19-en-afrique-seraient-trois-a-quatre-fois-plus-nombreux/>
- [13] Marbot, O. (2021, octobre 14). « Covid-19 : le nombre de cas en Afrique sept fois supérieur aux estimations. ». *Jeune Afrique*. <https://www.jeuneafrique.com/1251216/societe/covid-19-le-nombre-de-cas-en-afrique-sept-fois-superieur-aux-estimations/>
- [14] Petite, S. (2021, octobre 14). « En Afrique, la pandémie de covid est totalement sous-estimée. ». *Le Temps*. <https://www.letemps.ch/monde/afrique-pandemie-covid-totalement-sousestimee>
- [15] Prevent Epidemics (2021, 14 mai). Covid-19 in Africa: Are reported cases and deaths only the eyes of the hippo? In-depth review. <https://preventepidemics.org/covid19/science/review/april-17-may-13-2021/>
- [16] Deluzarche, C. (2020, 28 avril). Coronavirus en Afrique : pourquoi la catastrophe annoncée n'a pas eu lieu ? *Futura Santé*. <https://www.futura-sciences.com/sante/actualites/coronavirus-coronavirus-afrique-catastrophe-annoncee-na-pas-eu-lieu-79699/>
- [17] Omicron : « augmentation exponentielle » des cas en Afrique du Sud. (2021, 2 décembre). *Jeune Afrique*. <https://www.jeuneafrique.com/1275402/societe/omicron-augmentation-exponentielle-des-cas-en-afrique-du-sud/>
- [18] Forson, V. (2020). Covid-19 : pourquoi l'Afrique ne va pas si mal. *Le Point Afrique*. https://www.lepoint.fr/afrique/covid-19-pourquoi-l-afrique-ne-va-pas-si-mal-25-09-2020-2393682_3826.php
- [19] Berthemet, T. (2020, 18 mars). Coronavirus : le point sur la situation en Afrique. *Libération*. <https://www.lefigaro.fr/international/coronavirus-le-point-sur-la-situation-en-afrique-20200318>
- [20] Ghyselings, M. (2020, 13 juin). Ces pays où la pandémie progresse encore. *Moustique*. <https://www.moustique.be/actu/2020/06/13/ces-pays-ou-la-pandemie-progresse-encore-184113>
- [21] Rapport d'information n° 560 (2019-2020) de M. Jean-Pierre VIAL et Mme Marie-Françoise PEROL-DUMONT, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, déposé le 24 juin 2020. https://www.senat.fr/rap/r19-560/r19-560_mono.html#toc55
- [22] Commission Européenne. « Lutter contre la désinformation ». https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/fighting-disinformation_fr
- [23] Lesur, A. (2021, mars 3). « L'Europe de la recherche et de l'innovation ». *Toute l'Europe*. <https://www.touteurope.eu/economie-et-social/l-europe-de-la-recherche-et-de-l-innovation/>
- [24] Coronavirus : la pandémie s'accélère en Afrique, avertit l'OMS . *Le Soir*. <https://www.lesoir.be/306670/article/2020-06-11/coronavirus-la-pandemie-saccele-re-en-afrique-avertit-loms>
- [25] Dictionnaire Larousse, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/curiosit%C3%A9/21172>
- [26] Berthaud-Clair, S. et Faravel, J. (2021, 23 juillet). L'Afrique face au Covid-19 : en Afrique du Sud, l'espérance de vie a baissé de quatre ans. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2021/07/23/l-afrique-face-au-covid-19-en-afrique-du-sud-l-esperance-de-vie-a-baisse-de-quatre-ans_6089301_3212.html
- [27] Expression: The elephant in the room. <https://anglais-pratique.fr/index.php/rubriques/expressions/222-elephant-in-the-room>
- [28] Citations célèbres de Marie Curie. *Le Parisien*. <https://citation-celebre.leparisien.fr/auteur/marie-curie>
- [29] Parikka, K. (2020). Errare humanum est perseverare diabolicum*. *Kairos Presse*. <https://www.kairospresse.be/errare-humanum-est-perseverare-diabolicum/>
- [30] Petite, S. (2021, 14 janvier). L'Afrique, grande oubliée des vaccins. *Le Temps*. <https://www.letemps.ch/monde/afrique-grande-oubliee-vaccins>
- [31] Raoult, D. (2020, 4 novembre). « Il faut arrêter de pleurnicher sur l'Afrique ! », interview en 3 parties. *Jeune Afrique*. <https://www.jeuneafrique.com/1067785/societe/didier-raoult-je-suis-extremement-enthousiaste-sur-lafrique-3-3/>
- [32] ONU Info. (2022, 10 février). Covid-19 : l'Afrique en bonne voie pour maîtriser la pandémie en 2022. <https://news.un.org/fr/story/2022/02/1114032>
- [33] Jacquemot, P. (2012). Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins. *Afrique contemporaine* 2012/3 (n° 243), pages 95 à 97. <https://www.cairn.info/revue-afrique-contemporaine-2012-3-page-95.htm?contenu=article>
- [34] Borel, B. (2020, 30 avril). L'autre épidémie qui menace l'est de l'Afrique. (Le criquet pèlerin). *Le Courrier*. <https://lecourrier.ch/2020/04/30/lautre-epidemie-qui-menace-lest-de-lafrique/>
- [35] Etwarea, R. & Petite, S. (2020, 19 avril). L'Afrique brutalement coupée dans son élan. *Le Temps*. <https://www.letemps.ch/economie/afrique-brutalement-coupee-elan>
- [36] Kennedy, D. (2015). *Mirage*. Belfond. Citation disponible dans https://www.dicocitations.com/auteur/7131/Douglas_Kennedy.php

Sources supplémentaires :

- Agazzi, I. (2021, avril 2). « Covid : et si on s'inspirait de l'Afrique ? ». *Le Temps*. <https://blogs.letemps.ch/isolda-agazzi/2021/04/02/covid-et-si-on-sinspirait-de-lafrique/>
- Badjo, C. & Job, D. (2020, 26 novembre). « En Afrique, il est temps de traiter le Covid-19 comme une maladie parmi d'autres ». *Le Temps*. <https://www.letemps.ch/opinions/afrique-temps-traiter-covid19-une-maladie-parmi-dautres>
- Belga News. (6 janvier 2022). Coronavirus - Covid-19 : plus de dix millions de cas en Afrique, selon le comptage de l'AFP. *RTL*. <https://www.rtl.be/info/monde/international/coronavirus-covid-19-plus-de-dix-millions-de-cas-en-afrique-selon-le-comptage-de-l-afp-1348642.aspx>
- Bobin, F. (2020, 5 mai). Coronavirus : pourquoi l'Afrique résiste mieux que le reste du monde. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/05/coronavirus-pourquoi-l-afrique-resiste-mieux-que-le-reste-du-monde_6038758_3212.html
- Borel, B. (2020, 20 août). Covid-19 et santé des enfants dans le monde : une bombe à retardement. *Le Courrier*. <https://lecourrier.ch/2020/08/20/covid-19-et-sante-des-enfants-dans-le-monde-une-bombe-a-retardement/>
- Caramel, L. (2021, 8 juillet). Covid-19 en Afrique : « À cause du manque d'accès aux vaccins, c'est terminé, nous ne sommes plus une exception ». Interview de CDC Afrique. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2021/07/08/covid-19-il-n-y-a-plus-d-exception-africaine_6087568_3212.html
- Cessou, S. (2020, 2 juin). Les droits de l'homme bafoués à l'ère du coronavirus. *Le Courrier*. <https://lecourrier.ch/2020/06/02/les-droits-de-lhomme-bafoues-a-lere-du-coronavirus/>
- Chabrol, F. Albert, L. Ridde, V. (2018, 14 novembre). Afrique francophone : à quoi servent tous ces hôpitaux ? *The Conversation*. <https://theconversation.com/afrique-francophone-a-quoi-servent-tous-ces-hopitaux-106459>
- Etwareea, R. (2021, 5 mai). Le Covid-19 a exacerbé les crises alimentaires. *Le Temps*. <https://www.letemps.ch/economie/covid19-exacerbe-crisis-alimentaires>
- Foute, F. (2021, 5 mai). Cameroun : Maurice Kamto embarrassé par une collecte de fonds contre le coronavirus. *Jeune Afrique*. <https://www.jeuneafrique.com/1166304/politique/cameroun-af-maurice-kamto-embarrasse-par-une-collecte-de-fonds-contre-le-coronavirus/>
- Girardot, C. (2020, 29 septembre). Togo : quand un virus en cache un autre. *Le Courrier*. <https://lecourrier.ch/2020/09/29/togo-quand-un-virus-en-cache-un-autre/>
- Le Monde et AFP. (2021, 8 septembre). Covid-19 : en Afrique, le bilan de la pandémie dépasse les 200 000 morts. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2021/09/08/covid-19-l-afrique-enregistre-plus-de-200-000-morts_6093849_3212.html
- Le Point Afrique. (2020, août 7). « À bas bruit, le Covid-19 franchit le cap du million de contaminés en Afrique ». https://www.lepoint.fr/afrique/a-bas-bruit-le-covid-19-franchit-le-cap-du-million-de-contamines-en-afrique-07-08-2020-2387039_3826.php
- Marbot, O. (2019, 3 novembre). Santé : que valent vraiment les hôpitaux africains ? *Jeune Afrique*. <https://www.jeuneafrique.com/mag/848012/societe/sante-que-valent-vraiment-les-hopitauxafricains/>
- Morand, C. (2021, 2 juin). En Afrique, détournements de fonds Covid et défiance face au vaccin. *Le Courrier*. <https://lecourrier.ch/2021/06/02/en-afrique-detournements-de-fonds-covid-et-defiance-face-au-vaccin/>
- Olivier, M. (2021, 13 avril). Cameroun : comment Paul Biya veut reprendre les « fonds Covid » en main. *Jeune Afrique*. <https://www.jeuneafrique.com/1153826/politique/cameroun-comment-paul-biya-veut-reprendre-les-fonds-covid-en-main/>
- Resnais, V. (2018, 1 février). En Afrique, trop peu d'infrastructures et de médecins mais des bonnes volontés. *Economie matin*. <http://www.economiematin.fr/news-infrastructure-sante-afrique-creation-danger-futur-resnais>
- Veysset, P. (2020, 12 juin). Coronavirus en Afrique : la pandémie s'accélère sur le continent selon l'OMS. *TV5 Monde*. <https://information.tv5monde.com/afrique/coronavirus-en-afrique-la-pandemie-s-accelere-sur-le-continent-selon-l-oms-362992>

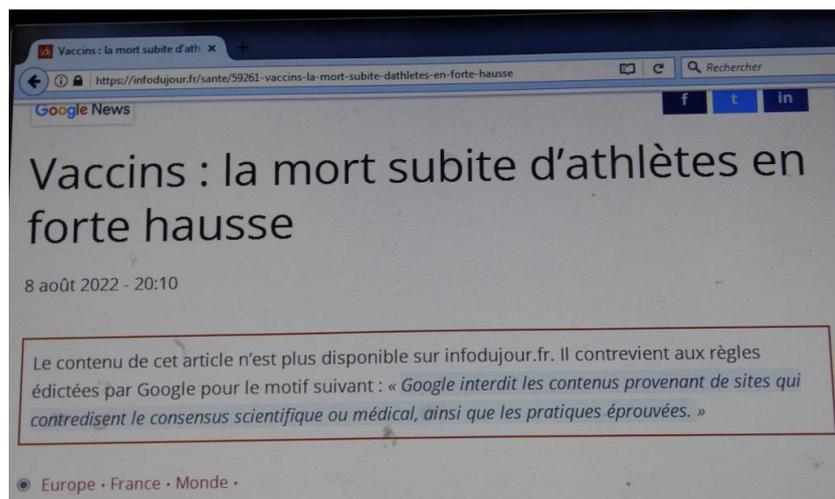
Source photos : © Tiche Comedy

Benjamin Sion, dit « Tiche Comedy », auteur-interprète belge au Burkina Faso, est coach et diplômé en biologie, économie et sciences politiques. Inspiration africaine.
#tichetalk – <https://tichecomedy.com> – tichecomedy@gmail.com

https://bam.news/politique/le-monde/afrique-un-nouveau-modele?utm_source=newsletter_40&utm_medium=email&utm_campaign=toute-l-equipe-de-bam-vous-sou

Experts en négligence criminelle

Que vous soyez « pour » ou « contre » les vaccins liés à la Covid, un fait demeure : en science, on doit considérer le plus d'éventualités possibles. Lorsque certains sites ou groupes s'inquiètent du nombre d'individus âgés entre 19 et 35 ans qui souffrent de problèmes respiratoires, ou du nombre de décès parmi les sportifs professionnels, on ne devrait pas nier cette possibilité sans procéder à plus d'investigation. *Que le nombre d'athlètes succombant à une crise cardiaque soit exagéré ou non, que les cas pointés soient sans rapport avec les vaccins, tout soupçon à propos d'un traitement devrait être pris en considération. S'empressement de prétendre qu'il s'agit de fausses nouvelles, cette attitude n'a rien de scientifique. Si des études confirment les effets nocifs des vaccins, cette lenteur à envisager les risques devra être jugée criminelle.*



Est-il raisonnable de suspecter un lien entre vaccination et le système cardio-vasculaire ?

Les ministres et journalistes honnêtes devraient lire les études publiées par des médecins et biologistes. Comme la plupart ne s'en donneront pas la peine, voici une hypothèse susceptible d'expliquer le nombre inhabituel de sportifs et de jeunes victimes de problèmes cardio-respiratoires.

Des glandes, situées dans nos reins, sécrètent une hormone. Elle aide à réguler la tension artérielle et le rythme cardiaque. Une autre hormone, provenant des glandes surrénales, dose la quantité de sodium et de potassium dans l'urine. Elle agit aussi sur la pression sanguine.

Lorsqu'on injecte la protéine qui compose l'enveloppe d'un coronavirus, la fameuse protéine *spike* que nos cellules immunitaires doivent neutraliser, on ne peut pas, actuellement, contrôler si cette protéine sera plus ou moins sécrétée dans notre organisme. Des études démontrent que lorsque la protéine est produite en excès, la *spike* virale interagit avec le système hormonal qui règle la tension artérielle et le tonus des vaisseaux sanguins. Ce dérèglement peut entraîner une inflammation, une hypercoagulation du sang, des lésions d'organes comme les poumons, en plus des troubles respiratoires. Même la composition des microorganismes présents dans nos intestins peut en être altérée. Voilà ce qu'on nomme scientifiquement le *système rénine angiotensine-aldostérone*, du nom des deux hormones impliquées et « rénine » pour rein.¹

Alors, lorsque des journalistes ignorants nient, sans plus d'arguments, la possibilité que des sportifs professionnels ou des jeunes, en bonne santé (et ne risquant pas de mourir d'une grippe qu'ils n'auraient d'ailleurs peut-être jamais attrapée), soient victimes de problèmes cardiaque, respiratoire ou de tension artérielle, il serait opportun de leur écrire et leur demander de lire les études traitant du système rénine angiotensine-aldostérone !

La facilitation de l'infection par les anticorps

Gardons bien en mémoire que les anticorps sont des cellules du système immunitaire. Ils sont nombreux, ont des fonctions distinctes et des noms particuliers. Le plus connu étant globule blanc (leucocyte). Les anticorps sont si variés que certains sont dits « non neutralisants » : eux-mêmes ne sont pas aptes à détruire les virus. Leur fonction est de se lier aux pathogènes et alerter les cellules capables de les éliminer.²

Il arrive cependant que ces anticorps, chargés de capturer les virus, soient produits en excès. Il entrera alors trop de pathogènes dans nos cellules pour que nos globules puissent les éliminer. Dans un tel cas, au lieu

d'aider les cellules qui nous protègent des infections, les anticorps préventifs faciliteront l'entrée des virus... Ce qui induira une inflammation, provoquée par notre propre organisme. Ce que l'on nomme « inflammation auto-immune ».³

Nous pourrions alors dire aux promoteurs de vaccins que recevoir des injections, à répétition, épuise notre système immunitaire qui, normalement, n'a pas à combattre de grippe virulente entre les mois de mai et septembre, mais doit le faire lorsqu'on oblige notre organisme à lutter contre la Covid en vaccinant à tous les trois ou six mois. En plus, cette répétition de dose de protéine *spike* peut induire une surproduction d'anticorps (non neutralisants) qui faciliteront l'entrée et la multiplication d'un virus. *C'est d'ailleurs l'hypothèse la plus susceptible d'expliquer pourquoi des gens vaccinés à plusieurs reprises se réinfectent et que la contamination s'aggrave à chaque fois.*

Cette possibilité fut observée et démontrée dans les années 2010, in vitro, notamment dans les cas d'infections telles que la dengue et la fièvre jaune, causées par des parasites transmis par piqûres de moustiques. Ensuite, on le nota à propos du VIH... On soupçonne donc que les formes graves de la Covid puissent découler d'une infection antérieure, modérée, qui se complique à chaque nouvelle infection provoquée par un variant de coronavirus.

Les vrais mensonges ne sont pas ceux qu'on croit...

On continue de prétendre que le nombre d'hospitalisations des non vaccinés excède celui des individus injectés. La tromperie est cachée dans la mention « non adéquatement vaccinés » : il ne s'agit plus majoritairement de gens n'ayant reçu aucun vaccin, mais des infectés ayant reçu *moins de quatre doses*. Et malgré les alertes, on continue à prétendre que les bénéfices surpassent les dommages, ce qui n'est pas prouvé.

Experts en ignorance et en racisme

Durant la construction du canal de Panama, la première compagnie, française, reconnue le décès de 5 618 ouvriers. D'autres études mentionnent 22 189 morts. Beaucoup ont succombé par dysenterie, fièvre jaune ou paludisme. Le personnel en charge des malades eut l'idée d'installer des contenants remplis d'eau, aux pattes des lits, afin que les insectes rampants ne puissent nuire aux malades. Autrement dit, leur ignorance aggrava les infections : on croyait que les fièvres émanaient des miasmes aériens. Puis on finit par comprendre que les vecteurs s'avaient des moustiques qui pondaient... dans l'eau, le milieu adéquat au développement des larves ! En voilà, une piqûre qu'on n'hésite pas à traiter de fatale.

De plus, ce qui est loin de constituer une négligence par ignorance, on embauchait des ouvriers noirs. Le racisme n'ayant pas été aboli en même temps que l'esclavage, les affranchis peinaient à chercher un emploi décent. Beaucoup se firent terrassiers. Les dirigeants blancs, eux-mêmes, ne purent tous éviter l'invasion de parasites du genre *Plasmodium*. Un unicellulaire dont cinq espèces affligent les humains. La France abandonna le projet par manque de fonds. Le gouffre financier s'élargissant plus vite que la voie maritime... Les États-Unis acquirent la concession à rabais et le projet monstrueux se concrétisa. L'achèvement du canal mena à la création du Panama qui, jusque-là, n'était qu'une portion de ce que l'on appelait la Grande Colombie. Le plus important, dans ce rappel, est de tenir compte que nous n'avons jamais élaboré de vaccins efficaces contre le paludisme. *Le Plasmodium est capable de modifier ses protéines de surface, ce qui empêche le système immunitaire de le reconnaître.*⁴

On se pique de savoir

Durant des années, les généticiens nommaient « ADN poubelle » les parties du génome n'ayant pas d'effets apparents sur l'hérédité. Par ignorance. On commence à admettre les risques, pour les femmes enceintes, d'ingérer de l'acétaminophène, commercialisé sous le nom de *Tylenol*©. Synthétisée depuis plus d'un siècle, cette substance est soupçonnée de provoquer des troubles de l'autisme ou de déficit de l'attention et, plus grave encore, de malformations congénitales. Des experts nient ces conséquences. N'oublions pas qu'au milieu du XX^e siècle, on recommandait aussi la *Thalidomide*... Neuf mois, c'est long. Cependant, mieux vaut endurer un peu de fièvre ou de douleur, enceinte, que mettre en péril la santé d'un enfant en gestation.⁵

Alors, lorsqu'on nous assure que des experts veillent sur notre santé, rappelons-nous ces faits. Sans oublier que toute excellente dictature débute en affirmant œuvrer pour le bien de la population. Ensuite, s'infiltrer une censure subtile, puis vient la fin des droits, collectifs ou individuels.

Même une boîte de médicaments en vente libre doit contenir une mention des effets secondaires et des substances qu'on ne doit pas ingérer en même temps. Dans les publications gouvernementales, on assure que les vaccins sont sans danger, ce que personne ne peut prouver. Bien que nos dirigeants et la plupart des

médias assurent que la vaccination est sans danger, le discours commence à changer. On n'affirme plus que la 2^e, 3^e et 4^e dose s'avère chaque fois plus efficace, mais restreint les formes graves de contamination. Ce qui est loin d'être le cas.

Je comprends que les gens ayant des enfants, une hypothèque de maison à payer, un métier qu'ils ne désirent pas perdre, aient accepté la vaccination. Mais actuellement, les cas d'effets secondaires graves augmentent et des personnes injectées continuent d'être contaminées. Bien souvent, les symptômes s'aggravent. La vaccination n'est donc pas efficace, on ne peut pas prévoir la mutation des virus ni concocter un vaccin sûr et à temps pour les neutraliser.

Si on nous interdit de mettre en doute la vaccination ; si on prohibe les études qui prouvent la nocivité des injections; qu'on ne peut émettre d'opinions autres que celles acceptées par les ministres, les médias et scientifiques en collusion avec *Pfizer* ou *Moderna*, alors il faudra bien que l'on renonce aux préoccupations personnelles. Avant que la censure et les passeports totalitaires transmutent « le monde libre » en dictature qui n'aura rien à envier à celles que l'Occident craint ou crée par ses propres agressions.

Je peux donner « le bénéfice du doute » au ministre provincial de la santé du Québec, M. *Christian Dubé*, ainsi qu'à son équivalent fédéral, M. *Jean-Yves Duclos*. Ils ne connaissent rien aux sciences de la santé, leurs domaines d'études ayant été l'administration et l'économie. Mais *Mathieu Nadeau-Vallée*, lui, connaît la médecine et la biologie. Lui sait que les jeunes n'ont aucune possibilité de mourir d'une grippe, sauf s'ils souffrent d'une maladie chronique. Il est donc doublement responsable des effets secondaires graves dont pâtissent des jeunes vaccinés : il les encourage à recevoir les doses, sur le site « Tik-Tok » et collabore avec l'entreprise *Pfizer*. Ses études supérieures ayant été financées par *Pfizer*, ses déclarations ne sont pas neutres. C'est un double cas de complicité à mettre en danger la santé des jeunes et de conflit d'intérêt avec une entreprise. Il doit cesser cette promotion et se dédier à son emploi habituel. Et je suis clémentine en demandant cette grâce, car son attitude mérite d'être jugée criminelle.

Maryse Laurence LEWIS
Mondialisation.ca, 31 janvier 2023

Références / Notes

- 1.1 <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/multimedia/figure/régulation-de-la-pression-artérielle-le-système-rénine-angiotensine-aldostérone>
- 1.2 <https://www.chuv.ch/fr/nephrologie/nep-home/professionnels-de-la-sante/laboratoire/hormones-et-composants-du-systeme-renine-angiotensine-aldosterone-raas>
2. N.B. J'utilise le mot virus, bien que ce nom soit donné à un pathogène interne à une cellule, en voie de multiplication ou en fin de multiplication... et qu'on emploie normalement le mot « virion » pour désigner la forme virale externe, encore hors d'une cellule. Et dans les cas actuels, il s'agit de rétrovirus.
- 3.1 L'hypothèse étant que les monocytes-macrophages du système immunitaire sont dépourvus à leur surface des récepteurs habituels que les virions utilisent pour pénétrer dans les cellules et y être phagocytés. Les monocytes-macrophages auraient des récepteurs gamma Fc pour se lier à l'extrémité des anticorps. Des virions capables de se lier à l'autre extrémité pourraient alors entrer et infecter les cellules mêmes qui sont chargées de les détruire.
- 3.2 <https://www.revmed.ch/covid-19/anticorps-facilitants-et-pathogenese-du-covid-19>
- 3.3 https://fr.wikipedia.org/wiki/Facilitation_de_l'infection_par_des_anticorps
4. https://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_du_canal_de_Panama
- 5.1 <https://www.lapresse.ca/actualites/sciences/2021-09-24/attention-au-tylenol-durant-la-grossesse>.
- 5.2 <https://www.inspq.qc.ca/toxicologie-clinique/mecanismes-d-action-et-de-toxicite-de-l-acetaminophene>

La source originale de cet article est Mondialisation.ca
Copyright © Maryse Laurence Lewis, Mondialisation.ca, 2023

Deux ans de vaccination anti-Covid-19 : les « vaccins » ont une efficacité négative. Ce n'est pas nous qui le disons mais les données de la Santé publique

Afin de montrer l'efficacité de la vaccination, les autorités de santé (Santé Québec et l'INSPQ) ont publié des données censées le confirmer. Hélas, les résultats montrent l'inverse. À tel point qu'elles sont contraintes de les cacher. Cet article présente donc une analyse des données que la santé publique a rendu publiques et qui montrent qu'elle sait parfaitement que la balance bénéfice/risque des vaccins est négative.

Contamination et transmission

Rappelons que tout d'abord les autorités avaient repris le triomphal 95 % d'efficacité annoncé par Pfizer dans son communiqué du 18 novembre 2020. Efficacité « confirmée » par un autre communiqué de la compagnie publié le 1er avril 2021 et qui confirmait « une efficacité vaccinale de 91,3 % observée contre la Covid-19, mesurée de 7 jours à 6 mois après la seconde dose ».

Mais celles-ci avaient rapidement dû déchanter.

Ainsi, Benjamin Netanyahu, alors premier ministre d'Israël, déclarait, probablement le même jour (!), que « les 9 millions d'Israéliens doivent être vaccinés tous les 6 mois », preuve que l'on savait déjà que la « protection » contre la contamination diminuait rapidement... et qu'il faudrait recevoir une dose au moins tous les 6 mois. Ce qui allait s'avérer exact, puisque l'on est rendu aujourd'hui à 5 doses, et que cela n'est peut-être pas fini.

L'INSPQ (Institut national de la santé publique du Québec), réussissait même à se contredire en l'espace de quelques semaines. Afin de justifier le passeport vaccinal, il publiait tout d'abord une première étude qui montrait que « l'efficacité vaccinale contre toutes infections (asymptomatiques, symptomatiques, ambulatoires ou hospitalisées) causées par l'ensemble des SRAS-CoV-2 est supérieure ou égale à 89 % chez les personnes ayant reçu deux doses de vaccins à ARNm. » Il précisait même dans la section « Intervalle entre les doses » que l'efficacité vaccinale contre les infections reste stable pendant plus de 16 semaines.

Mais dans une deuxième étude publiée quelques semaines plus tard, l'INSPQ constatait finalement que « les données actuellement disponibles indiquent une diminution progressive de la protection des vaccins contre les infections au SRAS-CoV-2 dans tous les groupes d'âge. » L'INSPQ était en fait contraint à ce pas de danse afin de justifier la 3e dose, ce qui n'aurait pas été possible s'il avait continué de conclure que la protection conférée avec 2 doses était durable. Ce faisant, il se contredisait totalement.

Dès juillet 2021, au moment même où quasiment tous les gouvernements occidentaux mettaient en place le passeport vaccinal, à l'exception notable de la Suède et de l'Angleterre, qui ne semblent pas en avoir pâti, la directrice des CDC (les centres de contrôle des maladies, USA), Rochelle Walensky, reconnaissait que les vaccins « ne peuvent plus prévenir la transmission ». Tandis que La Dr Bix, ancienne coordinatrice pour le groupe de travail sur le coronavirus de la Maison-Blanche, déclarait sur Fox en juillet 2022 qu'elle « savai[t] que ces vaccins n'allaient pas protéger contre l'infection ». Le Monde publiait le 30 juillet 2021 un article intitulé Covid-19 : de nouvelles données suggèrent que les personnes vaccinées peuvent transmettre le virus. Il rapportait notamment que « le vaccin de Pfizer et BioNTech ne protégerait plus qu'à 39 % contre l'infection ».

Le tout alors que de nombreuses études montraient que les vaccins étaient inefficaces, comme par exemple celle-ci (<https://www.theguardian.com/world/2021/oct/28/covid-vaccinated-likely-unjabbed-infect-cohabiters-study-suggests>) ou celle-là (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.28.21264262v2>). Et que de nombreux articles, de la presse subventionnée et de revues scientifiques, montraient que des foyers de contamination se produisaient dans des lieux avec seulement des personnes vaccinées (notamment dans des hôpitaux et des CHSLD où il n'y avait en principe que des vaccinés).

On voit donc que la Santé publique savait quasiment dès le début que les vaccins ne protégeaient pas de la contamination et n'empêchaient pas la transmission.

Face à cet état de fait, les autorités ont alors progressivement reconnu à partir de l'été 2021 que les vaccins ne protégeaient ni de la contamination ni de la transmission, perdaient en efficacité avec le temps, ce qui a d'ailleurs permis de justifier la 3e dose (puis les suivantes)... et se sont réfugiées derrière la protection contre les « formes graves ».

Malheureusement, leurs propres données devaient infirmer ces déclarations.

50 % de la population mais 70 % des hospitalisations : quand les triples doses sont surreprésentés parmi les hospitalisations Covid-19

Lorsque l'on parle de formes graves, on parle des décès et des hospitalisations. Concernant ces dernières, il a été possible de mesurer l'efficacité des vaccins puisque la Santé publique a partagé les données des hospitalisations en fonction du statut vaccinal.

D'abord favorables aux vaccinés (en fait grâce à la classification des contaminés vaccinés depuis moins de 14 jours avec les non vaccinés puisque les primo vaccinés ont tendance à contracter les symptômes de la maladie justement lors des 2 premières semaines suivant leur inoculation), ce qui a permis aux autorités de dénoncer une « épidémie de non vaccinés », la tendance s'est peu à peu inversée. Voici ce que les données des autorités indiquaient le 4 juillet 2022 et que nous affichons dans notre tableau de bord :

Total des hospitalisations Covid-19 par catégorie d'âge en fonction du statut vaccinal au Québec :

30 mai au 26 juin 2022 (Semaines 22, 23, 24 et 25)

	TOTAL	0 À 4 ANS	INCONNU	NON-VACCINÉ	VACCINÉ 1 DOSE	VACCINÉ 2 DOSES	VACCINÉ 3 DOSES
0-9 ANS	69	40	16	9	1	3	0
10-19 ANS	26	0	1	5	2	15	3
20-29 ANS	76	0	1	23	3	24	25
30-39 ANS	89	0	3	17	2	33	34
40-49 ANS	46	0	1	6	1	10	28
50-59 ANS	117	0	3	17	4	24	69
60-69 ANS	212	0	4	22	4	29	153
70-79 ANS	422	0	2	23	2	47	348
80-89 ANS	474	0	2	28	3	50	391
90 ANS ET PLUS	203	0	0	28	1	11	163
TOTAL	1 734	40	33	178	23	246	1 214
% HOSPITALISATIONS COVID-19	1,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,8
% TOUTES HOSPITALISATIONS		2,3	1,9	10,3	1,3	14,2	70,0
% POPULATION		4,7	0,0	11,0	6,9	26,2	51,2
DIFFÉRENTIEL		-2,4	1,9	-0,7	-5,6	-12,0	18,8

On voit que les vaccinés 3 doses, qui étaient 51,2 % de la population... représentaient 70 % des nouvelles hospitalisations Covid-19, soit un différentiel négatif de -18,8 points ! Cela signifie que contrairement à ce que médias et autorités ont faussement asséné pendant des mois, les vaccinés sont en fait surreprésentés à l'hôpital. Au lieu d'une « épidémie de non vaccinés », c'est plutôt d'une « épidémie de vaccinés » qu'il faut parler.

La situation ne faisant que se dégrader pour les vaccinés, Santé Québec a alors tout simplement cessé de partager les données, le 4 juillet 2022 : un incroyable aveu.

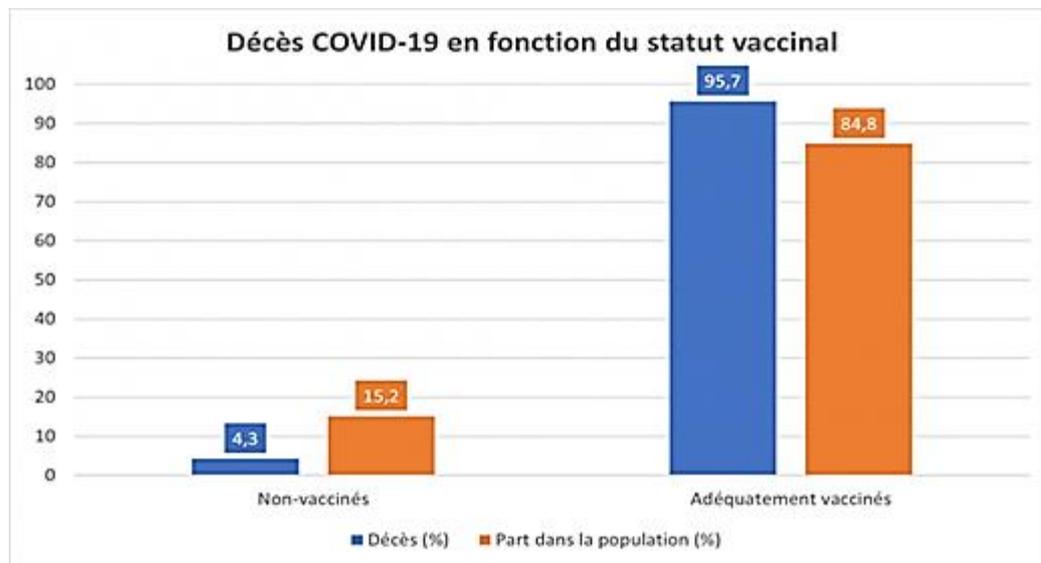
Nous le répétons ici, ces constats sont tirés de calculs réalisés à partir des données partagées par Santé Québec, ce sont les données des autorités, nous n'inventons rien.

Mais ce n'est pas tout.

Quand 3 303 vaccinés décèdent de la Covid-19... contre seulement 147 non vaccinés

Comme le rappelle l'épidémiologiste français Laurent Toubiana, les indicateurs pour mesurer une pandémie sont avant tout les décès (puis les soins intensifs puis les hospitalisations). Cependant, les autorités de santé n'ont pas partagé les données des décès en fonction du statut vaccinal. Et quand on voit les résultats, on comprend pourquoi.

Ainsi, comme nous l'expliquions dans cet article, en vertu de la loi sur l'accès à l'information, nous avons demandé à Santé Québec les données sur les décès de la Covid-19 en fonction du statut vaccinal. Et les résultats ne laissent pas de place au doute : sur les 3 450 décès Covid-19 correctement catégorisés depuis le début de la 4e vague (la période étudiée va de juillet 2021 à juin 2022), 95,7 % (3 303) sont « adéquatement vaccinés » alors que 4,3 % (147) sont non-vaccinés. À comparer au taux de vaccination actuel (mais qui était inférieur au début et durant quasiment toute la période étudiée) de 84,8 %.



Comme le montrent le graphique ci-dessus et notre constat précédent sur les hospitalisations, il apparaît donc que les vaccins sont inefficaces contre les formes graves. Pire : ils ont tendance à aggraver les symptômes.

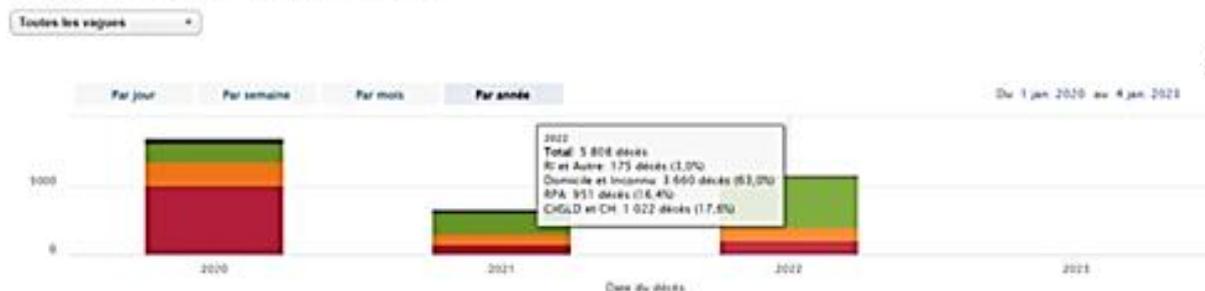
Une preuve supplémentaire est donnée par les statistiques que publie l'INSPQ. La simple lecture des graphiques sur les hospitalisations et les décès montre des hausses étonnantes en 2022 :

3.2 - Évolution du nombre de nouvelles hospitalisations liées à la COVID-19 selon la date d'admission et le type de séjour - Ensemble du Québec



2.2 - Évolution du nombre de décès liés à la COVID-19 selon le milieu de vie et la date de décès - Ensemble du Québec

Le nombre de nouveaux décès quotidiens correspond au nombre de décès rapportés par la famille pendant et non au nombre de décès survenus dans les 24 heures précédentes. Certains décès sont absents de la figure car l'information sur la date de décès est manquante. Le groupe CHSLD inclut les unités de soins de longue durée au centre hospitalier.



Il y avait eu 15 000 hospitalisations Covid-19 en 2020... on est rendu à 51 000 en 2022 !

Les données sont tout aussi déroutantes concernant la mortalité : on note une étonnante augmentation des décès Covid-19 entre 2021 (3 300 morts) et 2022 (5 800 morts).

Comment expliquer cela alors que la population est vaccinée à près de 85 % ? N'est-elle pas censée être « protégée » ? Pire, Omicron étant moins virulent que la souche de Wuhan, la situation devrait nettement s'améliorer. Pourquoi constate-t-on alors cette étonnante évolution ? La seule explication est, comme nous l'avons montré plus haut, que les vaccins ont tendance à aggraver la situation.

Une hausse de 10% de la mortalité... mais aucun suivi des décès toutes causes en fonction du statut vaccinal

Rendu-là, on réalise que les autorités savaient :

- depuis le début que les vaccins n'empêchent pas la contamination, comme l'a révélé la Dr Birx;
- depuis au moins l'été 2021 qu'ils ne préviennent pas la transmission, comme l'a reconnu Rochelle Walensky. Ils ne le savaient pas déjà auparavant car comme l'a confirmé Madame Small, chargée auprès de Pfizer des marchés internationaux, l'essai initial n'avait pas permis d'évaluer l'impact sur la transmission;
- que les vaccins n'empêchent pas des formes graves. Comme on l'a vu, leurs propres données montrent que les vaccinés sont surreprésentés parmi les décès et les hospitalisations. Ils ne peuvent donc pas ne pas le savoir. Et à contrario, l'arrêt du partage des données montre qu'ils tentent de cacher cette information.

•

Et encore ne parle-t-on pas ici des effets secondaires. Si Santé Canada affirme que les effets secondaires sont rares et que les bénéfices l'emportent sur les risques, il en va tout autrement dès que l'on regarde ailleurs. Par exemple le ministère allemand de la Santé reconnaît un effet secondaire grave toutes les 5 000 injections. Les données de la pharmacovigilance finlandaise montrent un effet grave... toutes les 2 000 doses. Au Canada même, le ministre de la Santé de l'Ontario reconnaît lui une myocardite chez les jeunes toutes les 5 000 doses. Et il ne parle que des myocardites, qu'en est-il de l'ensemble des effets indésirables ?

Les données montrent que les vaccins renforcent la maladie et génèrent d'importants effets secondaires. Dans ces conditions, est-il surprenant que l'ISQ (Institut de la statistique du Québec) reconnaisse une hausse de 10 % de la mortalité ? Et encore ne parle-t-on que de la mortalité : qu'en est-il de toutes les personnes blessées par les vaccins et qu'ignorent totalement médias et autorités ? Par exemple, ce jeune qui espérait faire carrière dans le baseball et qui déclare que « depuis la vaccination, je ne suis plus la même personne » et que « du jour au lendemain, j'ai tout perdu ». Mais il n'aura droit à aucune indemnisation.

Notons que parallèlement à cette hausse inexplicquée de la mortalité, les médias remarquent dans le même temps un « baby crash ». Ainsi, en France, la presse subventionnée note que « le nombre de naissances en 2022 est le plus faible depuis 1946 ». Mais elle n'attribue pas cette baisse aux vaccins, alors que de nombreuses femmes font état de problèmes de cycles notamment, mais à la tendance (réelle certes, mais qui n'explique pas tout) à la diminution des naissances.

Pour revenir à la hausse de la mortalité, une façon de mesurer le phénomène et de voir si les vaccins en sont la cause, est d'analyser les données des décès toutes causes en fonction du statut vaccinal. Malheureusement, tout comme pour les hospitalisations et les décès Covid-19, ces données ne sont pas publiques.

Nous avons donc fait une demande d'accès à l'information à Santé Québec pour obtenir ces informations. Quelle ne fut pas notre surprise d'apprendre que ces données n'existent pas ! En effet, dans sa réponse à notre demande, Santé Québec explique qu'il ne peut « transmettre les données des décès toutes causes en fonction du statut vaccinal, puisque pour [...] transmettre cette information cela nécessiterait de produire un document et d'effectuer notamment des travaux d'extraction, de compilation et de comparaison de données ». La demande serait tellement complexe et chronophage qu'elle « risquerait de nuire sérieusement aux activités de l'organisme ». Rien de moins !

En ce qui concerne le premier point de votre demande, le ministère de la Santé et des Services sociaux ne peut vous transmettre les données des décès toute causes en fonction du statut vaccinal, puisque pour vous transmettre cette information cela nécessiterait de produire un document et d'effectuer notamment des travaux d'extraction, de compilation et de comparaison de données et risquerait de nuire sérieusement aux activités de l'organisme, et ce conformément aux articles 15 et 137.1 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, RLRQ., c. A-2.1.

Par ailleurs, nous vous informons que vous pouvez demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision. Vous trouverez ci-annexée une note explicative à cet égard ainsi qu'une copie des articles précités de la Loi.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur,



Robin Aubut-Fréchette

p.j. 3

Pourtant, on parle de données qui ne sont pas beaucoup plus compliquées à obtenir que les décès de la Covid-19 en fonction du statut vaccinal. Surtout, tout organisme de Santé publique qui se respecte devrait suivre l'évolution de ces données comme le lait sur le feu.

Alors, soit Santé Québec ne collige effectivement pas ces données, ce qui dénoterait une incompétence difficilement imaginable. Soit les autorités mentent pour tenter de cacher la réalité. En tout état de cause, il est fort probable que si les données étaient à l'avantage des vaccinés, celle-ci seraient facilement accessibles, voire feraient régulièrement la Une des journaux.

Rendre des comptes

Nous avons donc vu que les autorités savent que les vaccins sont inefficaces. Pire, qu'ils ont même une efficacité négative. Et ce, sans parler des effets secondaires. Cela signifie que des gens sont décédés ou ont été blessés alors qu'ils n'auraient pas dû l'être.

Pourtant, la Santé publique qui a toutes les données et sait parfaitement ce qui se passe, a recommandé leur utilisation et continue de le faire. Faisant fi de toute logique, elle est même favorable à leur mise à disposition aux enfants dès l'âge de 6 mois (alors que l'INSPQ reconnaît lui-même que les enfants « sont rarement hospitalisés » et qu'il sait donc qu'ils n'ont quasiment rien craindre).

Elle a aussi soutenu le passeport vaccinal. Celui-ci a privé des centaines de milliers de québécois de droits fondamentaux, rendant complexe l'accès à des services de base comme le simple fait d'aller à l'hôpital, tout en forçant des centaines de milliers d'autres, peut-être même des millions, à s'injecter contre leur volonté un produit encore en phase expérimentale. Elle savait pourtant au moment de sa mise en place qu'il était inefficace et donc inutile. En fait, la raison n'était pas sanitaire mais politique (probablement dans le but d'habituer le public aux QR codes, première étape vers l'identité numérique).

Elle cache aux québécois des données fondamentales comme le statut vaccinal des personnes décédées de la Covid-19, mais aussi des morts toutes causes, qui permettraient à la population d'avoir l'heure juste. Dans le même temps, elle ne fait aucun suivi sérieux des effets secondaires. Ce qui donne la fausse impression aux gens que les vaccins sont sécuritaires.

Tout cela est d'une extrême gravité.

Les responsables doivent rendre des comptes et être jugés.

Christian LERAY, *reinforcovid.ca*, 18 février 2023

<https://fr.sott.net/article/41868-Deux-ans-de-vaccination-anti-Covid-19-les-vaccins-ont-une-efficacite-negative-Ce-n-est-pas-nous-qui-le-disons-mais-les-donnees-de-la-Sante-publique>

Le Royaume-Uni met fin au programme de vaccination de rappel anti-Covid-19 pour les moins de 50 ans

En novembre 2021, l'organe consultatif du gouvernement britannique (JCVI) avait conseillé des rappels pour les adultes en bonne santé âgés de 40 à 49 ans en raison de l'épidémiologie du moment. Avec l'émergence du variant Omicron, fin novembre 2021, puis des sous-variants d'Omicron, l'offre avait été étendue aux individus en bonne santé âgés de 16 à 39 ans dans le cadre d'une réponse d'urgence.



Néanmoins, malgré un taux d'incidence en forte hausse à cette époque et les recommandations gouvernementales d'effectuer ce rappel, les Britanniques jeunes n'ont pas été nombreux à suivre les conseils des autorités sanitaires.

En effet, à l'automne dernier, le JCVI avait informé le gouvernement du taux extrêmement bas des personnes de moins de 50 ans qui choisissaient de faire le rappel, soit moins de 0,1 % par semaine depuis avril 2022. Par conséquent, cette offre n'a eu qu'un impact très limité sur la couverture vaccinale.

Cette décision de mettre fin au rappel vaccinal pour les moins de 50 ans qui ne présentent pas de problèmes de santé connus intervient suite aux mises en garde de l'organe consultatif du gouvernement britannique (JCVI) et dans un contexte de surmortalité dont toutes les causes soient loin d'être élucidées.

En 2022, plus de 650 000 décès ont été enregistrés au Royaume-Uni, soit un excès de mortalité de 9 % . Si le Covid continue de tuer, il ne serait responsable que de 38 000 décès en 2022, contre plus de 95 000 en 2020. Par conséquent, on est en droit de s'interroger sur l'origine des 57 000 décès qui sont le principal facteur de cet excédent.

Si la débâcle au niveau de l'organisation des soins est souvent évoquée, notamment les retards de prise en charge des patients aux urgences, des nouvelles voix s'élèvent pour évoquer *le problème des effets secondaires des injections vaccinales*.



Loridan Erik

Uk : La députée McVey interroge la secrétaire d'État Caulfield au Parlement sur les causes de la récente hausse significative de la surmortalité. « Ce n'est pas grave, le phénomène se produit également dans de nombreux autres pays européens ! » Dormez tout va bien.



7:24 AM · Jan 26, 2023

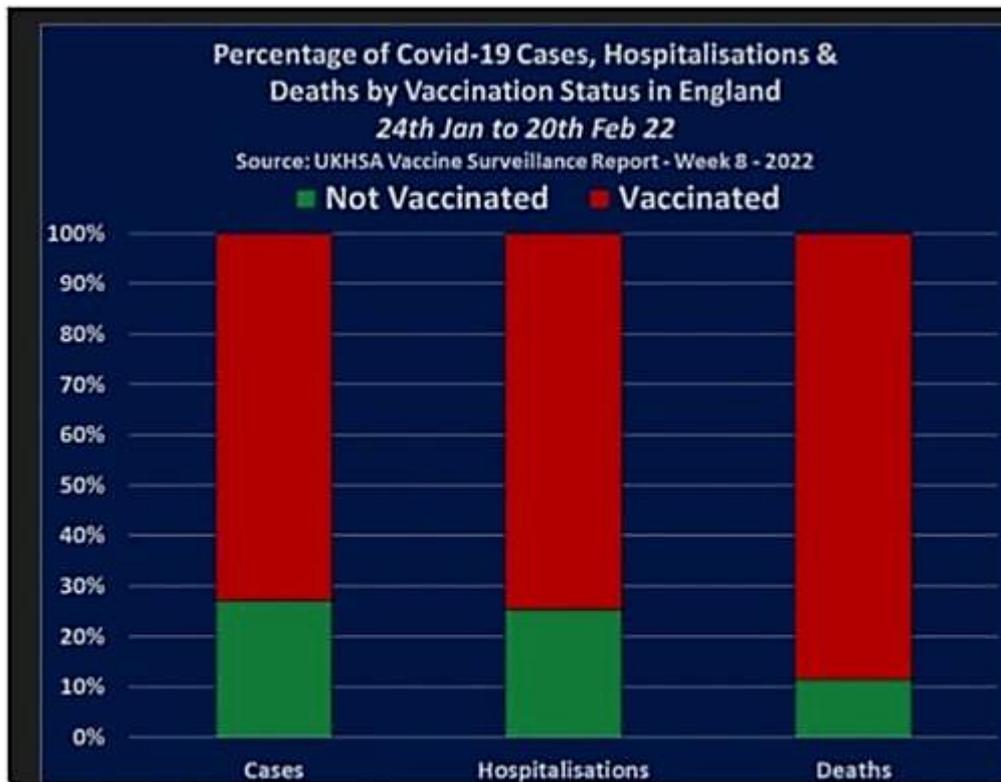
Le 13 janvier 2023, Aseem Malhotra, cardiologue à la clinique privée ROC à Londres, invité sur la BBC pour parler des statines, a profité de son passage dans le média pour déclarer que les vaccins anti-Covid-19 à ARN messenger comportent un risque cardiovasculaire, ajoutant qu'il avait demandé la suspension de la vaccination en population générale en raison de l'incertitude devant l'excès de mortalité. Il avait, entre autres choses, rappelé les chiffres de la British Heart Foundation (BHF) qui annonçait qu'il y avait plus de 30 000 morts supplémentaires liées aux maladies cardiaques.

[...]



6:50 AM · Jan 18, 2023

Quoique l'on pense de la politique de vaccination du Royaume-Uni, on peut néanmoins noter que peu de pays ont pratiqué une politique aussi transparente. En effet, il est un des rares à avoir transmis ses résultats après avoir recensé les pourcentages de cas de Covid-19, d'hospitalisation ou de décès par rapport au statut vaccinal.



Pourcentage de cas, d'hospitalisation et de décès par statut vaccinal au moment de la propagation du variant Omicron puis des sous-variants de cette souche de virus.

Une politique vaccinale se construit en même temps sur la recherche d'un bénéfice individuel pour la personne vaccinée qui doit obtenir une protection par le vaccin et sur un bénéfice collectif à long terme. Or, de nombreuses études scientifiques ont montré qu'il ne peut exister de bénéfice collectif puisque le vaccin n'empêche pas la propagation du virus et que la population jeune n'est que peu affectée par les formes sévères du Sars-CoV-2.

Depuis quelques mois, cet encouragement à la vaccination de la part des autorités sanitaires ne rencontrait plus aucun écho au sein de la population encore jeune. Par ailleurs, la persévérance dans cette dynamique vaccinale apparaissait de plus en plus déconnectée avec la réalité épidémique. Par conséquent, cette décision de mettre fin au rappel vaccinal pour les moins de 50 ans qui ne présentent pas de comorbidités vient à point nommé.

FRANCE-SOIR
22 février 2023

<https://fr.sott.net/article/41901-Le-Royaume-Uni-met-fin-au-programme-de-vaccination-de-rappel-anti-Covid-19-pour-les-moins-de-50-ans>

Ça avance ! Disproportion entre les méfaits et les avantages d'un rappel des vaccins anti-covid pour les jeunes !



C'est la conclusion d'une étude parue le 5 décembre 2022 dans Le British Medical Journal (BMJ) revue médicale britannique de médecine générale (parmi les plus lues dans le monde) rapportée dans un article de « The Defender » de ce 9 décembre.

« Les mandats de rappel de la Covid pour les jeunes adultes causeront des "dommages nets", selon une étude du BMJ. »

« Selon une étude évaluée par des pairs publiée lundi dans le BMJ Journal of Medical Ethics, tout bénéfice potentiel du rappel de la Covid-19 ne surpasse pas les préjudices pour les jeunes âgés de 18 à 29 ans. »

[...]

« Plus de 1 000 universités et collèges américains imposent le vaccin Covid-19 [...] Les étudiants qui ne se conforment pas risquent la désinscription. »

[...]

« Pour 32 hospitalisations évitées, il y aurait 593,5 événements indésirables graves. »

« Les chercheurs ont également prévu que pour chaque hospitalisation évitée, il y aurait 1 430 à 4 626 cas d'événements indésirables suffisamment graves pour empêcher les gens d'effectuer leurs activités quotidiennes régulières. »

« Selon les auteurs, tout mandat de vaccination doit être fondé sur le principe de santé publique de la « proportionnalité » – les avantages doivent l'emporter sur les risques pertinents. Jusqu'à présent, aucune évaluation des risques et des avantages n'avait été effectuée. »

[...]

22 décembre 2022

Lire l'article dans son intégralité ici : <https://childrenshealthdefense.org>

Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que la responsabilité de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celle de BAM !

Extraits de l'article traduits de l'anglais par BAM !

Le chapô est de la rédaction de BAM !

Source photo : Image recadrée et redimensionnée à partir de l'image originale de Merrimack College sur flickr, CC BY-NC-ND 2.0

Carton noir sans but

Le foot avec 264 millions de pratiquants est le sport le plus pratiqué dans le monde. On sort de la grand-messe de la Coupe du Monde. Le football est aussi le sport le plus vérolé et pourri financièrement du monde. Mais cela devient un sport dangereux surtout suite au cocktail des vaccins. Il ne se passe pas un jour sans que l'on nous annonce le décès, foudroyé par une crise cardiaque, d'un jeune sportif en pleine santé.

Nouvelle carte au football

Même si vous n'aimez pas le foot, vous devez savoir qu'un arbitre a deux cartes pour régner et communiquer. Une jaune et une rouge. Un avertissement, c'est jaune. Une exclusion, c'est rouge. Maintenant, le Big Pharma vient d'en créer une nouvelle. La noire. C'est une exclusion définitive, donc la mort pour les sportifs. La condition sine qua non, c'est d'être full vaccins.

Les chiffres des sportifs en pleine possession de leurs moyens qui s'effondrent sont édifiants. Il est anormal que la Fifa, cette association mafieuse qui gère le foot mondial, n'en prenne pas conscience car cela devient difficile à camoufler. Le déni collectif commence à ressembler à une association de malfaisants.

D'après le docteur Peter McCullough, cardiologue émérite américain : « Avant les "vaccins" Covid, le nombre d'arrêts cardiaques dans les ligues européennes de football était de 29 par an. La moyenne actuelle est maintenant de 1 589 arrêts cardiaques parmi les footballeurs européens, dont 1 101 mortels ».

Un sportif bankable fera basculer la donne

Il faudra bien qu'un jour, un sportif qui touche des millions s'effondre pour que la conscience collective s'éveille. Le sportif professionnel, c'est d'abord une énorme tirelire. Que son club cherche à récupérer sa mise puis qu'un proche finisse par dire : « La cause de la mort, c'est un effet secondaire des vaccins ».

Imaginons Cristiano Ronaldo qui s'effondre mort télécommandé par les vaccins. On va basculer dans l'effet médiatique à retentissement planétaire. Il y aura un moment où la médecine devra suivre le serment d'Hippocrate dans lequel il est précisé : « J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences ».

La pierre d'achoppement se situe dans la non-communication des effets néfastes possibles. Pire même, ils sont présentés comme la panacée universelle et salvatrice. Le sportif deviendra un instrument mécanique de travail. Tout d'un coup, un club va tenter un procès non pas pour récupérer son joueur, mais en faire un centre de profits très lucratif. La justice étant plus agressive, il y a intérêt à ce que cela soit un sportif de haut vol américain qui s'effondre. Cela sèmera un vent de panique dans le corps médical mondial et un cataclysme dans les Big Pharma. Imaginez que Max Verstappen meurt au volant de sa Formule 1 en plein Grand Prix.

Morts pour rien

Les footballeurs sont hélas morts pour rien. Pas de pharmacovigilance, pas d'autopsie, pas d'excuses. Ils ne sont que des chiffres. Il faut qu'ils deviennent des noms de victimes d'un système articulé autour d'un pouvoir central et d'une machination financière. Verra-t-on un participant du World Economic Forum mourir à Davos ? Pour cela, il faudrait qu'il soit vacciné.

2021-2022 Epidemic of heart issues in athletes

* Liste des footballeurs morts sur un terrain en 2021

Source : [Claims baselessly link COVID vaccines to athlete deaths](#) | AP News

Pietje SCHRAMOUILLE, 16 janvier 2023

Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que la responsabilité de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celle de BAM !

Chapô de BAM !

Image recadrée à partir de l'image originale de oilslo adobestock

De l'humiliation à la gloire : retour sur l'odyssée de Novak Djokovic



Vainqueur du Grec Stefanos Tsitsipas, le Serbe a remporté le 29 janvier son dixième titre à Melbourne, le vingt-deuxième de sa carrière en Grand Chelem, récupérant la place de numéro 1 mondial.

©MANAN VATSYAYANA / AFP

TRIBUNE - 5 janvier 2022. Novak Djokovic rejoint l'Australie sans la moindre trace de vaccin anti-Covid dans le sang. La fédération australienne de tennis l'a autorisé – sur dérogation médicale – à participer au premier Open de la saison. Mais une fois son visa annulé à l'aéroport de Melbourne, le joueur serbe tombe dans un traquenard politico-administratif. Détenu cinq jours dans une chambre aéroportuaire et tancé par les autorités politiques, Djokovic finit par perdre son ultime recours auprès de la Cour fédérale, puis, expulsé par le ministre de l'immigration, il doit quitter le pays. Un an plus tard, ce dimanche, le numéro 1 mondial renoue avec la victoire finale au sein de la John Cain Arena, montrant une patience à toute épreuve et un physique d'acier. Éloge de la détermination.

Après cette dixième victoire de Novak Djokovic à l'Open d'Australie, les principaux médias français mentionnent à peine les raisons de son exclusion du tournoi l'année dernière. À savoir le refus, par ce sportif de haut niveau, d'une vaccination en cours d'expérimentation, qui n'a jamais empêché la transmission d'un virus dont les victimes ont en moyenne plus de 80 ans.

Un risque politique ?

Le Figaro, par exemple, évacue complètement le scandale de 2022, se contentant d'évoquer un « imbroglio », sans se donner la peine de rappeler le moindre fait.

Enchaînement de décisions incompréhensibles dans les méandres administratifs de l'État de Victoria, « erreur de remplissage de formulaire » avouée par le champion sur son compte Instagram, acharnement politico-médiatique contre un homme non vacciné ? Le ministre de l'Immigration, Alex Hawke estime alors de façon abracadabrantesque que Novak Djokovic est « susceptible de représenter un risque sanitaire »... Mais que s'est-il passé véritablement ?

À l'approche du premier grand tournoi de la saison 2022 de l'ATP tour, plusieurs sportifs bénéficient déjà d'une exemption vaccinale et sont entrés sur le territoire australien avant Novak Djokovic. Nuance de taille, le Serbe risque fort de gagner encore une fois l'Open d'Australie : victorieux trois fois de suite (2019, 2020 et 2021), son nom s'affiche neuf fois au palmarès du tournoi. Un habitué.

Pour tous ceux qui promeuvent la croyance que « sans vaccin, la maladie et la mort guettent à tous les coins de rue », le fait qu'un athlète performant, philanthrope de surcroît, puisse s'exonérer de l'idéologie covidiste est à la fois intolérable, insupportable et ingérable.

Covidisme d'arrière-cour

L'immense champion qu'est Djokovic n'a jamais cherché à se dissimuler. Réservé, il s'est borné à présenter des faits. Déclaré positif au SARS-CoV-2 en décembre 2022 à la suite d'un test PCR, le tennisman n'est plus

concerné par l'obligation vaccinale – au moins provisoirement.

Alors Premier ministre australien, Scott Morrison n'apprécie guère cette exemption, pourtant conforme au précepte médical parfaitement consensuel de l'immunité naturelle (selon la législation australienne en la matière, début 2022, avoir contracté le covid dispense de vaccination pour une durée de six mois).

Partisan et artisan d'une des formes de covidisme les plus extrêmes (confinements sans fin, camps d'isolements, arrestations musclées des oublieux du masque qui ne sert pourtant à rien), il orchestre la mise au pilori de Djokovic. Les attaques judiciaires à l'encontre de ce dernier se multiplient. En vain.

Lorsque ces dernières finissent par échouer (dans un premier temps, le juge de la *Federal Circuit Court of Australia* avait libéré Djokovic, lui permettant de disputer le tournoi) et que le droit ne peut pas être utilisé pour légitimer l'arbitraire, le bannissement du Serbe est ordonné avec pour justification officielle d' « éviter de développer le sentiment anti-vaccinal dans la population ».

Autrement dit, pour éviter de faire comprendre aux Australiens la complète inutilité d'une gestion coercitive de la pandémie. Alors que toute personne avertie savait en ce début 2022 que le vaccin n'arrêtait pas la transmission de Sars-Cov-2, et que Djokovic ne menaçait personne à l'exception de la carrière des acteurs de ce petit jeu de dupes.

Passing shots

Un an plus tard, « *l'accro au pouvoir* » Scott Morrison, visé par une enquête parlementaire et atteint par une inédite motion de censure, a disparu du paysage.

En revanche, Novak Djokovic, probablement à son corps défendant, est devenu la célébrité mondiale la plus emblématique de la résistance à la pression vaccinale. Silencieux mais déterminé, implacable et sûr de lui, le Serbe a remporté bien plus qu'un tournoi de tennis aux antipodes.

Florian Philippot, président du parti Les Patriotes est l'un des premiers hommes politiques à avoir félicité le sportif sur les réseaux sociaux. Interrogé par *FranceSoir*, il abonde : « *Je crois qu'il était conscient qu'il incarnait quelque chose qui le dépassait : la résistance de millions de personnes qui n'avaient pas le choix dans leurs pays respectifs. Je pense qu'il savait qu'il incarnait un espoir pour beaucoup de gens, et il en a fait une sorte de devoir moral* ».

Alain Houpert, Sénateur de la Côte-d'Or et membre de la Commission des affaires étrangères et de La défense, Les Républicains, remercie Djokovic de « *l'espoir qu'il donne à l'humanité* ». L'espoir de ne jamais croire que tout est joué d'avance.

La députée européenne Michèle Rivasi, d'Europe Écologie Les Verts (EÉLV), décrit « *une belle victoire de Djokovic qui doit beaucoup à son caractère bien trempé après avoir montré sa capacité à exercer son libre arbitre. Notamment vis-à-vis de la vaccination contre le Covid-19, il n'a jamais renoncé à l'idée d'un consentement libre et éclairé* ».

Le sociologue engagé à gauche Laurent Mucchielli éclaire de son côté la situation pour *FranceSoir* : « *Sur le plan tennistique, Djokovic gagne son 22ème Grand Chelem. Mais il y a évidemment aussi une deuxième victoire, sur le plan politico-médiatique. Il été l'une des victimes les plus célèbres de la discrimination politique des non-vaccinés. Ses saisons 2021 et 2022 en ont été gravement affectées. Les politiciens et les journalistes de nombreux pays l'ont critiqué et souvent tourné en ridicule, considérant au fond que 'c'était bien fait pour lui'. Djokovic vient de leur donner une belle leçon d'intégrité et de courage.* »

Libérer la parole des sportifs

Laurent Mucchielli revient sur « *l'arbre qui cache la forêt. Beaucoup de tennismen du plus haut niveau ont connu des problèmes de santé et des baisses voire des chutes de performance après les injections des vaccins génétiques expérimentaux anti-Covid. Certains ont eu le courage de le dire publiquement (comme Gaël Monfils et Jérémy Chardy en France), d'autres ont préféré se taire de peur d'être stigmatisés, d'autres enfin ne font pas le lien parce que, officiellement, il ne peut pas y en avoir, la propagande clamant sur tous les toits et par tous les moyens que 'le vaccin est sûr et efficace à 95%'. La réalité est bien différente. Elle se dévoilera le jour où la parole pourra se libérer complètement.* »

Comme il l'a toujours fait sur les terrains, Novak Djokovic affiche le masque de l'impassibilité. Face à une propagande à laquelle le monde sportif n'a pas échappé, il s'est toujours défendu d'avoir voulu incarner une quelconque idéologie « antivax ». Son opposition à la vaccination forcée, s'est d'abord et toujours exprimée « à titre personnel », face à l'impossibilité de « continuer à voyager librement » et de participer au circuit international tennistique.

Impossibilité éprouvée également au moment de l'US Open 2022. Mais Djokovic ne cédera jamais à l'injonction vaccinale, ou aux sirènes de la facilité en se procurant, par exemple, à coups de dollars, un « vrai faux » certificat numérique de vaccination.

Le temple de l'esprit

Fidélité à ses promesses envers lui-même et à ses convictions, authenticité : Djokovic porte la marque des grands. Il est adepte de médecines holistiques et de diététique naturelle depuis plus d'une décennie et ne s'en cache pas. Depuis, il domine le tennis mondial, comme il l'a expliqué en 2013 dans un livre autobiographique, *Service gagnant*.

Une discipline qui lui assure d'incroyables résultats et se fonde sur une profonde connaissance du corps, inscrite dans les traditions philosophiques emblématiques de notre civilisation : le *mens sana in corpore sano* de Juvénal, le corps, temple de l'esprit, de Saint-Paul.

Une ferveur qui fait des miracles ? Le directeur du tournoi de l'Open d'Australie, Craig Tiley, a révélé que le Serbe avait remporté la victoire avec... une déchirure musculaire profonde de 3 centimètres dans son ischio-jambier gauche. « *Les médecins vous le confirmeront* », dit-il. Loin d'abandonner, Djokovic est resté déterminé. « *Il a géré ça avec beaucoup de professionnalisme. Il est tellement concentré sur tout ce qu'il fait, chaque minute de chaque journée. Ce qu'il mange, ce qu'il boit, ce qu'il fait, comment il le fait.* » Ce n'est pas une première : en 2021, il avait connu la victoire malgré une déchirure abdominale.

Ce travail offre à l'évidence un exemple et une sincérité dans l'effort capables de menacer le discours terre-à-terre, matérialiste, de l'industrie pharmaceutique. Le refus d'un système, en somme, avec discrétion et humilité. Pour paraphraser l'écrivain Patrick Besson, qui a fait paraître *Djokovic*, le refus en novembre dernier : « *Quand il dit 'non', on a l'impression qu'il le dit en murmurant. Mais un murmure de géant fait beaucoup de bruit* ».

« Il transpire l'honnêteté et la droiture »

Du bruit, les spectateurs australiens en ont finalement beaucoup fait pour acclamer le grand champion lors de cette dernière édition de l'Open de tennis. Malgré les sondages publiés l'année dernière, qui faisaient état d'un souhait majoritaire de voir le Serbe expulsé. Le vent a tourné. Et il inspire toutes les franges de la société, partout dans le monde.

« *Djokovic, c'est la patience, la constance. Il transpire l'honnêteté et la droiture. L'Australie quant à elle a longtemps été dans la psychose du covid, tout ça pour mener une politique ratée. Ils ont persévéré dans l'erreur, comme nous, encore aujourd'hui, avec les soignants.* » note Grégory Luga, professeur de tennis au Saint-Denis Union Sport (93). « *Djokovic a gagné une cote de popularité énorme. Les autres personnalités du sport, mais aussi les acteurs, les chanteurs, les artistes, on les attend toujours... Djokovic, en étant fidèle à lui-même, a plus gagné qu'il n'a perdu.* »

Et l'avenir ? Les États-Unis requièrent toujours une preuve de double vaccination contre le Covid à l'entrée de leur territoire par voie aérienne, avec une extension décidée lundi dernier jusqu'en mai 2023. Ce qui pourrait exclure Djokovic, des Masters 1000 d'Indian Wells (début mars en Californie) et de Miami (fin mars en Floride).

Un voyageur qui n'oublie pas son histoire

À moins que le numéro 1 mondial ne préfère disputer précédemment l'Open d'Acapulco au Mexique, avant de prendre... le bus jusqu'en Floride, ce qui le dispenserait légalement de toute injection. Car le virus ne circule évidemment que par les corridors aériens, mais ne supporte pas la route ! Devant cette politique de la vaccination vaccinolâtre, Novak pourrait poursuivre son odyssée.

Autre aspect politique notable, naturellement indépendant de sa volonté, du personnage Djokovic : sa nationalité serbe et son appartenance au monde slave. L'opinion publique de son pays, sans véritable surprise compte tenu de ses engagements historiques passés, est largement favorable à la Russie dans le conflit qui l'oppose à l'OTAN, par le truchement de l'Ukraine.

Des supporters ont posé avec le père de Djokovic, semble-t-il à son insu, derrière un drapeau russe. Dans son livre, *Service Gagnant*, le Serbe commence par rappeler l'horreur des bombardements de l'OTAN sur la Serbie pendant son enfance.

Pour enfoncer le clou, c'est une autre Slave, Aryna Sabalenka, issue directement de la sphère d'influence de la Russie puisque biélorusse, qui a remporté l'Open d'Australie féminin.

Julien TAILLEFER, pour FranceSoir
Publié le 02 février 2023

La vaccination obligatoire : l'ultime violence faite aux populations

Alors que le virus Covid était présent sur le territoire métropolitain depuis plusieurs semaines, ce n'est que début mars 2020 que les autorités ont pris acte « officiellement » qu'il circulait. Force est de constater que, quelles que soient les mesures prises à partir de ce moment, aussi extraordinaires soient-elles, il circule toujours.

Le virus circule... Et alors ? Un virus qui circule en faisant peu de malades et peu de morts, ne présente aucun danger pour la population.

Les faits

Le virus circule, mais il fait 4 fois moins de malades qu'une grippe saisonnière (voir la figure ci-dessous).

Le virus circule, mais seulement 2% de l'activité hospitalière lui ont été consacrées en 2020 (Rapport de l'ATIH 2021¹).

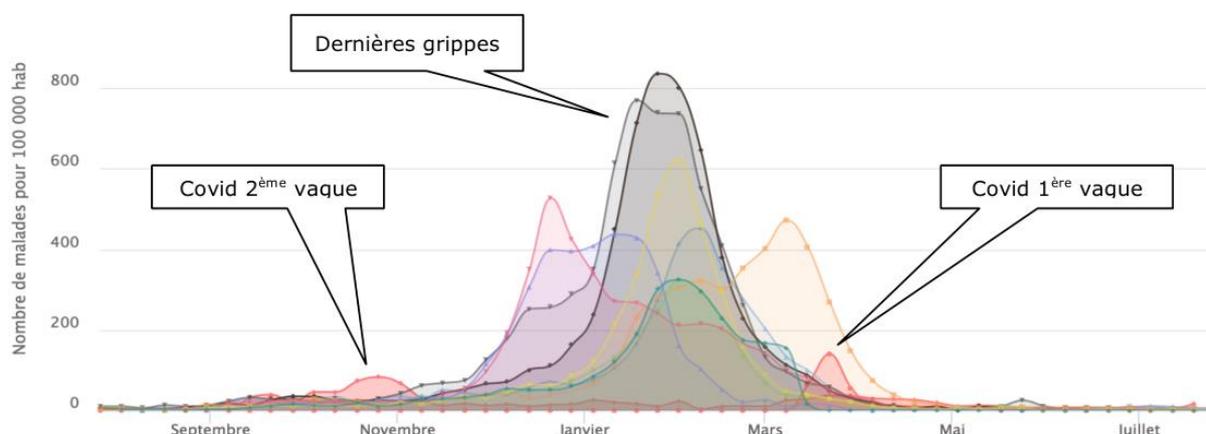
Le virus circule, mais 80 % de la population (les moins de 65 ans) n'ont pas connu de surmortalité en 2020. (IRSAN²).

Les conséquences

Le virus circule, mais cela ne justifie pas de semer la peur et la psychose.

Le virus circule, mais cela ne justifie pas que les autorités décrètent un régime d'exception et violent les libertés.

Le virus circule, mais cela ne justifie pas que les autorités décrètent l'injection massive d'un « vaccin ».



Importance des épidémies de grippe comparées à celles du Covid-19

Source : Réseau Sentinelles. Mise en forme IRSAN (<https://covid.irsan.eu>)

Note de lecture : Les courbes montrent les évolutions saisonnières des incidences hebdomadaires pour 100 000 habitants de malades des 2 premières saisons de Covid-19 et des 8 dernières saisons d'épidémie de syndromes grippaux recueillies dans les mêmes conditions avec les mêmes méthodes par le Réseau Sentinelles. À partir du mois de mars 2020, un nouveau virus le Sars-Cov-2 provoque une épidémie qui dure 5 semaines et atteint une incidence maximum de 140 nouveaux malades pour 100 000 habitants lors de la semaine du 23 au 29 mars 2020. La courbe en rouge fléchée par le label « Covid 1ère vague » montre l'évolution du taux d'incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants de malades du Covid-19 au cours de la saison 2019-20 (pic entre les mois de mars et mai de l'axe horizontal). La courbe fléchée par le label « Covid 2ème vague » montre l'évolution de l'incidence du Covid-19 au cours de la saison 2020-21 dont le maximum se situe au niveau de novembre 2020. Toutes les autres courbes fléchées par le label « dernières grippes » montrent l'évolution de l'incidence de syndromes grippaux au cours des 8 dernières saisons de 2010 à 2019. Les pics de ces épidémies sont centrés autour du mois de janvier. Les incidences sont parfois supérieures à 800 nouveaux malades par semaine pour 100 000 habitants, mais la valeur

moyenne pour toutes les dernières années se situe autour de 600 malades par semaine pour 100 000 habitants soit 4 fois plus que l'unique pic de Covid-19 en mars 2020.

Conclusion

Rendre la « vaccination » obligatoire au motif qu'un « virus circule » tient donc de l'irrationnel, de la pensée magique, d'une idéologie sanitaire non éloignée de l'hygiénisme.

Cette « vaccination » obligatoire constitue l'ultime violence qu'un pouvoir politique impose à une population.

1 https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4144/aah_2020_analyse_covid.pdf

2 <http://recherche.irsan.fr/fr/documentation/index/voir/154>

Laurent TOUBIANA
IRSAN : Institut de Recherche pour la valorisation des données de SANTé
37, rue des Mathurins 75008 Paris.
Paris, le 28 novembre 2021

<http://recherche.irsan.fr/fr/documentation/index/voir/164-Analyse-du-28-novembre-2021>

Covid-19 : Une épidémie déconcertante

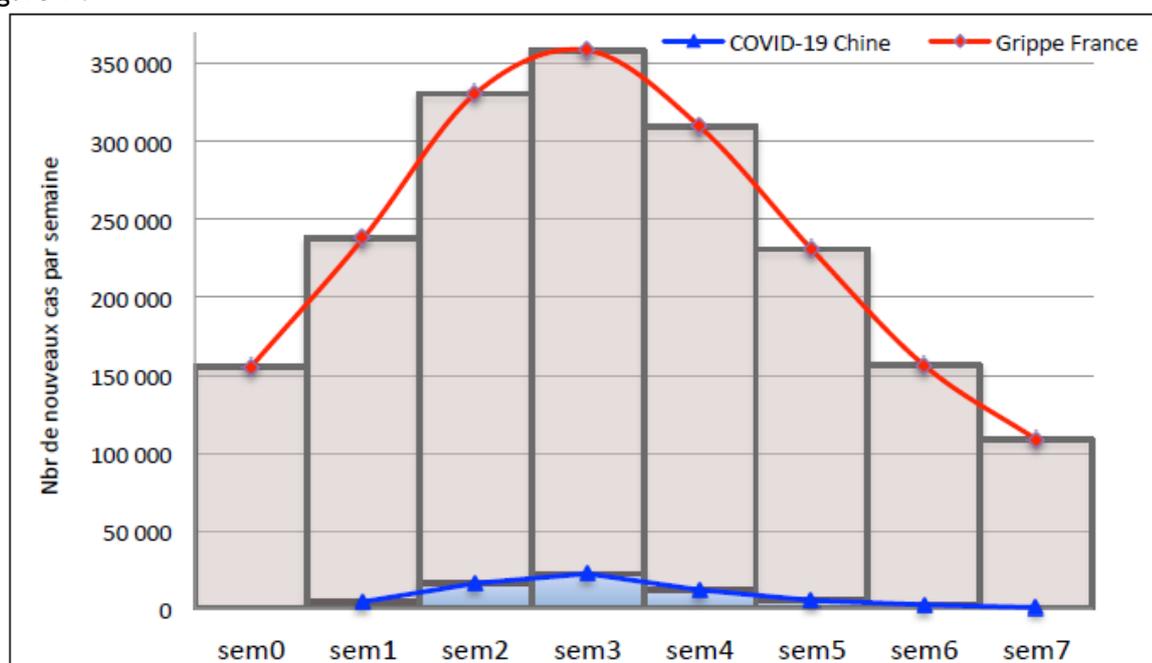
Au cours des premières semaines après l'annonce des premiers cas en Chine de ce qui allait être appelé le Covid-19, nous avons préféré ne pas réagir précipitamment face à ce phénomène émergent. Les chiffres rapportés, les grandeurs utilisées, les calculs peu rigoureux mais pourtant publiés dans des revues sérieuses, nous indiquaient qu'il était urgent de prendre du recul vis-à-vis de la question.

Les jours, les semaines ont passé. Des bulletins égrenant chaque jour le décompte alarmant et macabre ont renforcé notre impression initiale. Désormais, nous disposons d'un historique de 50 jours de données diffusées par l'organisation Mondiale de la santé (OMS). Nous posons comme hypothèse forte que ces données sont fiables.

Comment en serait-il autrement ? Ce sont sur ces données que se fonde la connaissance épidémiologique de ce qui est désormais qualifié de pandémie.

Fiables ou non, tout dépend de la manière de les utiliser. Par exemple, en déduire des taux de reproductions de base (nombre de cas secondaires à partir d'un cas primaire) pour un modèle de prédiction épidémique est délicat car les erreurs commises sont cumulatives et engendrent très rapidement des valeurs aberrantes. En revanche, utiliser des ordres de grandeur certes peu précis peuvent donner matière à réflexion sur des tendances ou mettre en perspective les phénomènes.

Figure 1 :



Évolution comparée des incidences hebdomadaires de Covid-19 en Chine (en bleu) et des incidences moyennes sur 10 ans (2009 à 2019) de syndromes grippaux en France au cours de 7 semaines d'épidémies (en rouge).

L'incidence, c'est à dire le nombre de nouveaux cas dans un lieu donné par unité de temps, est utilisée pour décrire l'évolution des épidémies. Cet indicateur est paradoxalement très peu utilisé dans le cadre du Covid-19. La valeur cumulée moins efficace en l'espèce (et plus dramatique) semble avoir toutes les faveurs. Nous avons utilisé pour notre part l'incidence quotidienne afin de déterminer la date du pic épidémique en Chine. L'incidence culmine à une valeur d'environ 27 000 nouveaux cas lors de la semaine centrée sur le 8 février 2020 (voici plus d'un mois). Sur la figure 1, cette valeur correspond au triangle sur la courbe bleue en semaine 3 (sem3). Ces derniers jours (sem7) les valeurs d'incidence sont inférieures à 50 cas par jour sur l'ensemble de la Chine (1,7 milliard d'habitants) et ne cessent de décliner, nous considérons que cette épidémie est terminée en Chine. Bien sûr, d'aucuns prédisent un possible rebond épidémique en Chine. Tout est possible mais ce sont des conjectures, rien ne permet pour l'instant de croire à une telle hypothèse. Certains lanceurs

d'alerte n'hésitent pas à prédire les pires situations nonobstant les conséquences économiques, sociales et anxiogènes.

Le Covid-19 a un mode de contamination (projections « aérosol » de virus) et un tableau clinique similaire à ceux des pathologies virales en périodes hivernales telles que les épidémies de syndromes grippaux (grippes saisonnières).

Dans l'état de nos connaissances, malgré ce qui est écrit émanant de scientifiques connus, il n'est pas inconvenant de comparer la dynamique connue de ces épidémies hivernales avec celle du Covid-19 en Chine que nous connaissons maintenant.

La figure 1 montre l'évolution comparée des incidences hebdomadaires de Covid-19 en Chine (Source OMS) et de syndromes grippaux en France au cours de 7 semaines d'épidémies (Source Santé Publique France). Nous constatons que le profil dynamique est comparable. Il commence en une phase ascendante rapide, atteint un pic en 3 à 4 semaines puis reflue de manière quasi symétrique pendant les 3 à 4 semaines suivantes. Ce profil épidémique est celui observé depuis plus de 30 ans par les équipes de santé publique en France et depuis 50 jours en Chine. En revanche, les amplitudes sont très différentes. Entre le 21 janvier 2020 et 9 mars 2020 soit environ 7 semaines, le Covid-19 en Chine a touché 80 904 personnes. Pour une période équivalente de 7 semaines d'épidémie, le nombre de personnes atteintes par un syndrome grippal en France avoisine en moyenne 2,2 millions de cas. Ce qui veut dire qu'en France la grippe touche tous les ans près de 20 fois plus d'individus que le Covid-19 en Chine. Ce calcul relativise considérablement la supposée « violence » de cette nouvelle épidémie.

Le cas de l'Europe :

L'Italie puis la France et l'Allemagne connaissent actuellement une phase de croissance rapide de l'épidémie de Covid-19. Avons-nous si peu confiance en notre réponse sanitaire pour penser que la dynamique observée en Chine sera différente en Europe ? Il est bien sûr trop tôt pour faire des pronostics.

Cependant, dans l'hypothèse forte et risquée que la dynamique de cette épidémie reste identique partout, alors il est très possible d'espérer que l'épidémie atteigne son pic en Europe avant la fin mars et avec une fin de l'épidémie vers la fin avril 2020.

Même si cette hypothèse s'avère exacte, il faudra avoir les « nerfs solides » car pendant cette période, l'incidence va s'accroître de manière « exponentielle » comme pour toutes les épidémies de ce type et comme ce que nous avons constaté en Chine, sans pour autant atteindre des niveaux très importants ; rappelons que la Chine n'était qu'à 27 000 nouveaux cas par semaine au moment du pic à comparer aux 350 000 cas de la grippe en France.

Mortalité :

Dans son dernier rapport sur le Covid-19, du 10 mars 2020, l'OMS fait état de 3 140 morts en Chine en 50 jours alors que, selon toute vraisemblance et sauf rebond, l'épidémie semble terminée. Oui, en période épidémique des gens meurent. 4 012 morts sur toute la planète c'est beaucoup, oui bien sûr, mais nous sommes très loin des ravages annoncés au début de l'épidémie (soit depuis 2 mois). Pendant la même période, 90 000 personnes sont décédées en France toutes causes confondues certes, mais la surmortalité attribuable aux épidémies de grippe est de l'ordre de 5 000 décès en moyenne (estimation basse sur les 10 dernières années). Pendant le seul mois de janvier 2017, au passage de la grippe, 15 000 décès supplémentaires ont été enregistrés (source INSEE) par rapport au nombre attendu (surmortalité) ; ce qui est l'équivalent de la canicule de 2003. Ceci nous permet tout de même de relativiser considérablement les 33 morts du Covid-19 cumulés à ce jour en France.

Certes nous avons raison d'avoir peur. Nous avons raison de prendre toutes les mesures à notre disposition pour endiguer les épidémies de maladies émergentes. La Chine semble avoir appliqué ces mesures et d'après les chiffres de l'OMS, a réussi à endiguer l'épidémie.

Par définition, la démarche scientifique est fondée sur l'incertitude. La communauté scientifique dispose de méthodes et de ressources permettant de corriger en permanence cette incertitude voire de se remettre en question radicalement. Nous tentons ici, à notre mesure, de corriger légèrement la perspective.

Laurent TOUBIANA, PhD. (Physique), Épidémiologiste
IRSAN : Institut de Recherche pour la valorisation des données de SANTé
37, rue des Mathurins 75008 Paris.
Paris, le 11 mars 2020

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

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.

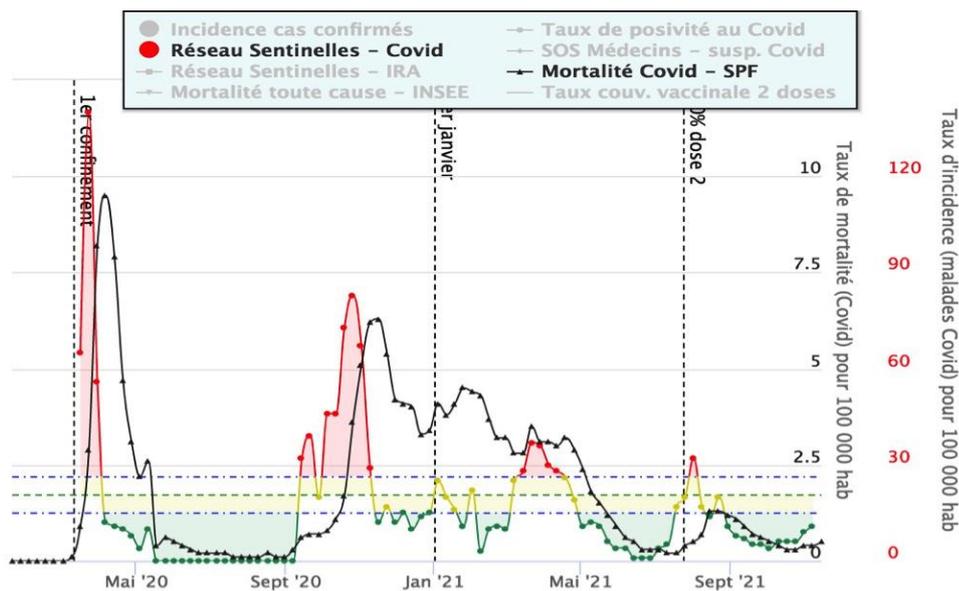


Fig. 1 : Évolution du taux d'incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants de malades du Covid-19 et des décès liés au Covid-19

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 4ème « 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.

Laurent TOUBIANA

Les vaccins covid sont « manifestement dangereux » et devraient être arrêtés immédiatement, affirment des médecins suédois de haut niveau

Cet article fait suite à la déclaration d'un groupe de cinq médecins suédois de haut niveau qui, en collaboration avec le Dr Johan Eddebo, chercheur dans le domaine de la numérisation et des droits de l'homme, lancent une alerte à propos des vaccins covid, qu'ils décrivent comme « manifestement dangereux ». Ils affirment qu'il faut « arrêter immédiatement » la vaccination de masse en attendant des « enquêtes approfondies » sur l'incidence réelle et la gravité des effets indésirables.

La véritable nature et l'étendue des dommages causés par les vaccinations de masse sans précédent pour le covid-19 commencent tout juste à apparaître clairement. Des revues scientifiques de premier plan ont enfin commencé à publier des données corroborant ce que la communauté des chercheurs clandestins a observé au cours des deux dernières années, notamment en ce qui concerne les problèmes complexes de l'immunodépression¹.

Des chiffres vraiment inquiétants, tant en ce qui concerne les naissances que la mortalité, apparaissent également.

En ce moment, XxB, un nouveau variant Omicron et prétendument super-infectieux, fait la une des journaux. Il posséderait des capacités d'échappement au système immunitaire, précisément du type de celles que certains chercheurs indépendants avaient prédites et qui suivraient rapidement une vaccination de masse impliquant une fixation limitée des antigènes.

L'OMS maintient que, dans le monde, 10 000 personnes meurent encore chaque jour à cause du covid, un bilan invraisemblable, plus de dix fois supérieur à celui d'une grippe moyenne. Elle réaffirme l'urgence des vaccinations, notamment à la lumière de la réouverture de la Chine et des données sur la mortalité et les infections qui seraient falsifiées.

L'UE a même convoqué un sommet d'urgence face au prétendu « chaos covidien » chinois qui « rappelle comment tout a commencé à Wuhan, il y a trois ans ».

En Suède, le ministre de la Santé et des Affaires sociales a déclaré qu'il ne pouvait exclure de nouvelles restrictions et a affirmé que chacun devait prendre « ses trois doses », car « seulement » 85 % de la population est « complètement vaccinée ».

Qu'une couverture vaccinale aussi étendue n'ait pas donné de meilleurs résultats après près de deux ans est un fait remarquable. C'est d'autant plus remarquable que certaines personnes ont été exposées à quatre reprises ou plus au même antigène vaccinal et ont pourtant contracté la maladie contre laquelle elles sont censées être immunisées.

Dans le même temps, des signes d'alerte encore plus inquiétants abondent.

L'un de ces signaux d'alerte est le fait que la mortalité moyenne dans de nombreux États occidentaux reste à un niveau remarquablement élevé, bien que les effets directs du coronavirus soient marginaux depuis plus d'un an. Les données d'EuroMOMO indiquent une surmortalité marquée dans l'UE pour toute l'année 2022, et le Bureau allemand des statistiques signale que la mortalité du pays en octobre était supérieure de plus de 19 % à la valeur médiane des années précédentes.

Est-ce dû au covid, comme semble l'indiquer le chiffre de « 10 000 par jour » de l'OMS ?

¹ Le système immunitaire ne remplit plus son rôle. En Belgique, début janvier 2023, « pour les 75 ans et plus, une réelle surmortalité est actuellement visible. Peut-être est-ce lié à des infections respiratoires aiguës de type influenza qui domine progressivement le tableau, MAIS peut-être aussi à la revaccination (4e ou 5e dose) du vaccin-thérapie génique : cette hypothèse ne peut pas être écartée, puisque la campagne de ce type de vaccin dans cette population âgée se poursuit et atteint un niveau de 75 % dans cette tranche d'âge. Il faut vraiment arrêter la pratique de ce genre de vaccin. D'abord essayer de comprendre ses risques (très réels) et ses bénéfices (faibles à négatifs) dans cette population de toute façon moins réceptive aux vaccins d'une manière générale ». Source : la lettre du 19 janvier 2023 de Christophe de Brouwer, professeur et président émérite de l'École de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles ([graphiques-belgique.over-blog.com/...](http://graphiques-belgique.over-blog.com/)).

La responsabilité en est attribuée au « covid long » ainsi qu'aux infections aiguës habituelles, mais selon les statistiques d'EuroMOMO et de Our World in Data, la majeure partie de la surmortalité en Europe en 2022 n'est pas due à des infections à coronavirus cliniquement manifestes.

En outre, nous ne devrions pas constater une surmortalité continue due à un virus respiratoire de ce type après trois ans d'exposition mondiale, en raison de l'immanquable progression de l'immunité naturelle.

Si une telle situation persiste, le lien hypothétique avec une suppression de l'immunité liée aux vaccins qui vient d'être mis en évidence devient pertinent et doit être étudié en détail.

Si, comme cela a été avancé, les vaccinations, et en particulier les rappels, modifient le profil immunitaire des receveurs de telle sorte que les infections de type covid sont « tolérées » par le système immunitaire, il est possible que les personnes vaccinées tendent vers un état où elles subissent durablement des infections répétées qui ne sont pas éliminées et ne présentent pas de symptômes évidents, tout en favorisant les dommages systémiques.

La littérature indique aujourd'hui que les anticorps neutralisant les virus sont largement remplacés par des anticorps non inflammatoires chez les vaccinés, un « changement de classe » d'anticorps visant à éliminer le virus de notre système à une classe d'anticorps dont le rôle est de nous désensibiliser aux irritants et aux allergènes.

L'effet net est que la réponse inflammatoire à l'infection par covid est régulée à la baisse (réduite). Cela signifie que les infections complètes se présenteront avec des symptômes plus légers et qu'elles ne seront pas éliminées aussi efficacement (en partie parce que la fièvre et l'inflammation sont essentielles pour que votre corps se débarrasse d'un agent pathogène).

Il est étonnant que ces seuls développements ne justifient pas l'arrêt immédiat des vaccinations de masse, ainsi que des enquêtes approfondies.

Il existe bien sûr une autre explication partielle potentielle, plus connue, de cette surprenante surmortalité. Nous avons des indications de troubles de la coagulation liés aux vaccins covid, mises en évidence dans une nouvelle étude nordique majeure, tandis que des études répétées mettent en évidence une corrélation claire entre les maladies cardiaques et la vaccination covid (voir Le Vu et al., Karlstad et al. et Patone et al.).

Une étude thaïlandaise récemment publiée a en outre indiqué que près d'un tiers des jeunes vaccinés inscrits présentaient des manifestations cardiovasculaires, et une étude suisse non encore publiée suggère que jusqu'à 3 % des personnes vaccinées manifestent des lésions du muscle cardiaque.

Et comme indiqué plus haut, nous voyons également des signaux relatifs à des troubles de la fertilité liés aux vaccins covid.

Une étude israélienne montre une altération de la motilité et de la concentration des spermatozoïdes après la vaccination par Pfizer et Moderna. Le comité de sécurité de l'Agence européenne des médicaments a également affirmé que les vaccins pouvaient provoquer des troubles menstruels, et les propres études de Pfizer indiquent que les nanoparticules lipidiques des vaccins à ARNm se concentrent dans les organes reproducteurs.

L'hypothèse selon laquelle les vaccins covid-19 influencent la fertilité est étayée par une baisse significative et sans précédent du taux de natalité suédois au cours des premiers mois de 2022. Selon les démographes suédois, cette baisse est « surprenante »².

Il existe des données similaires dans de nombreux autres pays occidentaux, et il est tout à fait irresponsable de poursuivre les vaccinations de masse pour les groupes à faible risque tels que les enfants ou les femmes enceintes – d'autant plus que les vaccinations ne font rien ou presque pour arrêter la propagation, comme cela avait été initialement promis, et comme cela est encore souvent affirmé à tort.

Il faut espérer que l'hypothèse d'une baisse des taux de natalité due aux vaccinations pourra être confirmée par une enquête approfondie et indépendante dès que possible. Les chiffres sont vraiment inquiétants.

Pourtant, le fait que les données de Pfizer relatives aux troubles de la fertilité aient été cachées et aient dû être découvertes par une requête FOIA³ est caractéristique de l'ensemble de la situation.

Il n'y a pratiquement pas de débat public indépendant sur ces questions, et les grandes plateformes numériques suppriment activement les perspectives critiques.

² Autre exemple : La vaccination covid a dévasté la natalité en Suisse, un article de l'AIMSIB (Association Internationale pour une médecine Scientifique, Indépendante et Bienveillante) : www.liege.decroissance.be/doc/divers/covid-19/vaccin/AIMSIB_Vaccination-devaste-natalite-en-Suisse_nov2022.pdf

³ Freedom of Information Act, <https://www.foia.gov/>

Les organismes publics de surveillance tels que l'Agence européenne des médicaments sont financés par l'industrie pharmaceutique et fondent souvent leurs recommandations sur les études internes de Big Pharma. L'indépendance de nos institutions scientifiques et universitaires est menacée, et nous constatons une convergence de la recherche scientifique, des intérêts des entreprises privées et des objectifs politiques et idéologiques à tous les niveaux.

Placer un filtre numérique de censure par-dessus tout cela, où des algorithmes propriétaires microgèrent le flux d'informations et le débat public conformément aux intentions de leurs propriétaires, revient en pratique à abolir la société démocratique ouverte et la recherche scientifique indépendante.

Des révélations récentes montrent également que les plateformes numériques ont activement travaillé à la suppression des analyses critiques sur les politiques du covid et les vaccinations de masse. Twitter a développé à cette fin des stratégies de censure clandestines et a utilisé ce que l'on appelle le « shadowbanning », qui a pour effet de supprimer de manière presque indétectable la visibilité des messages et des comptes liés à des perspectives et des analyses indésirables. Facebook a supprimé plus de sept millions de publications visant à influencer le débat sur covid uniquement au cours du deuxième trimestre de 2020. YouTube a interdit la publication de matériel vidéo contenant des perspectives critiques sur les vaccinations covid. Ces contenus sont désignés comme de la « désinformation » et de la « mésinformation », qu'ils soient ou non étayés par des données pertinentes.

Ce type de mesures a des conséquences très graves. Le contrôle centralisé du flux d'informations par la numérisation n'affecte pas seulement la politique au niveau local et régional, mais influence également la manière dont le travail scientifique et journalistique peut être conçu et réalisé. Elle crée des structures qui répriment immédiatement les opinions hétérodoxes et réduit au silence les voix critiques par la peur et la persécution indirecte.

La confiance du public dans nos institutions communes sera inévitablement érodée par cette évolution.

La société ouverte a aujourd'hui désespérément besoin d'une renaissance. Les discours démocratique et scientifique doivent être reconstruits à partir de la base, d'une manière qui respecte les risques nouveaux et uniques de notre situation contemporaine, et qui protège et souligne la responsabilité de chaque citoyen.

Dans la situation actuelle, il est essentiel de continuer à poser les questions essentielles relatives aux vaccinations de masse manifestement dangereuses et d'enquêter sur la corruption de nos institutions politiques et scientifiques que la situation de covid a mise en lumière.

Il est essentiel que nous commençons immédiatement à réparer les dommages importants qui ont été causés à la santé publique mondiale et à la société ouverte en tant que telle.

Johan Eddebo, Ph.D., chercheur en numérisation et droits de l'homme.

Sture Blomberg, MD, Ph.D., professeur associé en anesthésiologie et en soins intensifs et ancien médecin principal.

Ragnar Hultborn, professeur émérite, spécialiste en oncologie.

Sven Román, MD, psychiatre pour enfants et adolescents depuis 2015 psychiatre consultant travaillant en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans toute la Suède.

Lilian Weiss, professeur associé, spécialiste en chirurgie

Nils Littorin, résident en psychiatrie, MD en microbiologie clinique.

Les auteurs sont membres du réseau bio-médico-légal de Läkarpappet. Ils organisent une conférence à Stockholm les 21 et 22 janvier en collaboration avec le réseau Swedish Doctors' Appeal. Elle portera principalement sur les conséquences de la politique mondiale de covid-19 et les effets des vaccins covid.

Dr Johan EDDEBO

Article original en anglais : [dailysceptic.org/...](https://dailysceptic.org/), le 13 janvier 2023

Traduction et notes : Liège-Décroissance (liege.decroissance.be)

Quatre fois plus de mortalité suite au Covid chez les 65-80 ans à cause de la vaccination ? Le Pr Masanori Fukushima porte plainte contre l'État japonais



Vaccination contre le Covid-19 au Japon. ©STR / Japan Pool / Jiji Press / AFP

Le Japon connaît un contexte général de hausse de la mortalité. Certains scientifiques et médecins, après avoir constaté une inflammation générale de l'organisme chez certaines personnes décédées ainsi que des anomalies au niveau du système immunitaire, s'interrogent sur un lien possible avec les injections vaccinales anti-Covid-19. En parallèle, le professeur émérite de médecine Masanori Fukushima, déclare porter plainte contre l'État japonais qui a fait la promotion de vaccins. Or, loin de réduire la mortalité par Covid, cette dernière aurait été multipliée par quatre pour la tranche d'âge des 65-80 ans.

Depuis un an, l'archipel japonais affiche un excès inquiétant de la mortalité de sa population. La courbe des décès, au plus bas en mars-avril 2021, commence à monter vers le mois de mai 2021. Si elle est restée dans des limites « acceptables » jusqu'au début de l'année 2022, on constate une très vive accélération des décès à partir dès mars-avril de cette même année.

Une hausse inquiétante de la mortalité

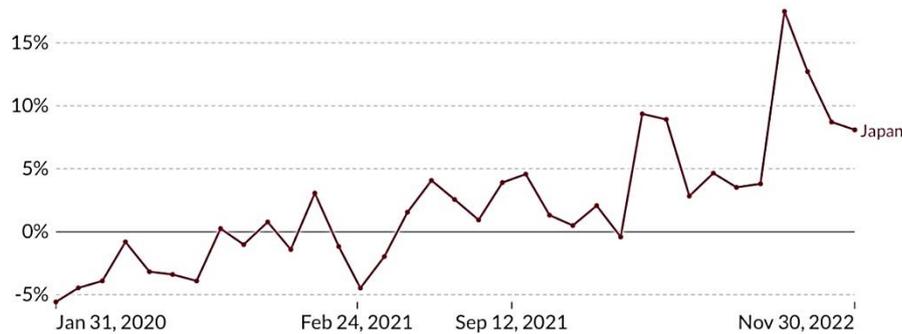
Un phénomène qui n'est pas propre au Japon puisque l'ensemble des pays du bloc occidental, mais également Israël, certains pays d'Amérique du Sud enregistrent des décès supplémentaires par rapport à « une année normale ».

Excess mortality: Deaths from all causes compared to projection



The percentage difference between the reported number of weekly or monthly deaths in 2020–2022 and the projected number of deaths for the same period based on previous years. The reported number might not count all deaths that occurred due to incomplete coverage and delays in reporting.

+ Add country



Source: Human Mortality Database (2023); World Mortality Dataset (2023)

OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Note: Comparisons across countries are affected by differences in the completeness of death reporting. Details can be found at our Excess Mortality page.

▶ Jan 31, 2020 ○ Nov 30, 2022

CHART

MAP

TABLE

SOURCES

↓ DOWNLOAD



Au Japon, ces niveaux élevés de mortalité surgissent dans un contexte de poursuite de l'épidémie, même si depuis le 20 janvier 2023, le Premier ministre japonais Fumio Kishida, considérant que l'épidémie de Covid-19 est beaucoup moins virulente qu'elle n'a pu l'être, a annoncé son intention de rétrograder au printemps prochain le Covid-19 de la catégorie 2 – qui le plaçait au même niveau que la tuberculose – à la catégorie 5, un indice de dangerosité qui classe le virus au même niveau que la grippe saisonnière.

Cependant, l'épidémie est-elle la cause principale de cette hausse de la mortalité ? Tout dépend de ce que l'on entend par « cause principale ». Si l'on prend la cause directe, c'est-à-dire la mortalité par Covid, en examinant les chiffres affichés sur le site *Johns Hopkins University*, on constate que ceux-ci ne sont pas très élevés comparés à ceux de certains pays occidentaux (États-Unis, Royaume-Uni, Belgique, France). Depuis trois ans, il y aurait eu un peu plus de 71 000 décès liés à l'infection par Sars-CoV-2 dans ce pays qui compte 125 millions d'habitants.

Statistiques

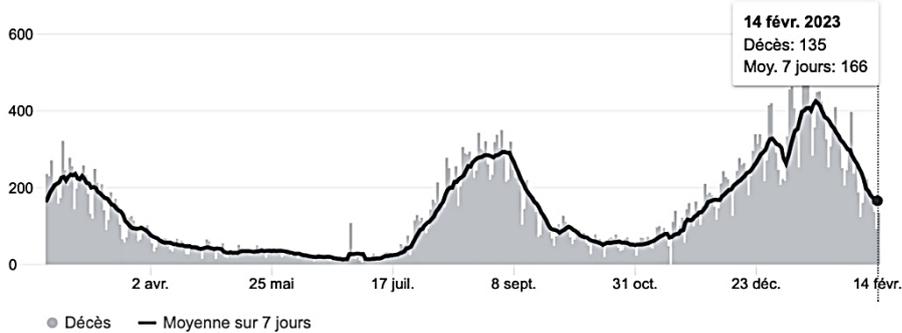
Nouveaux cas et décès

Source : JHU CSSE COVID-19 Data · Dernier rapport : hier

Cas Décès

Japon

1 an



Les données de rapport sont susceptibles de changer et de ne pas refléter tous les nouveaux cas · [À propos de ces données](#)

Cas et décès pour toutes les périodes

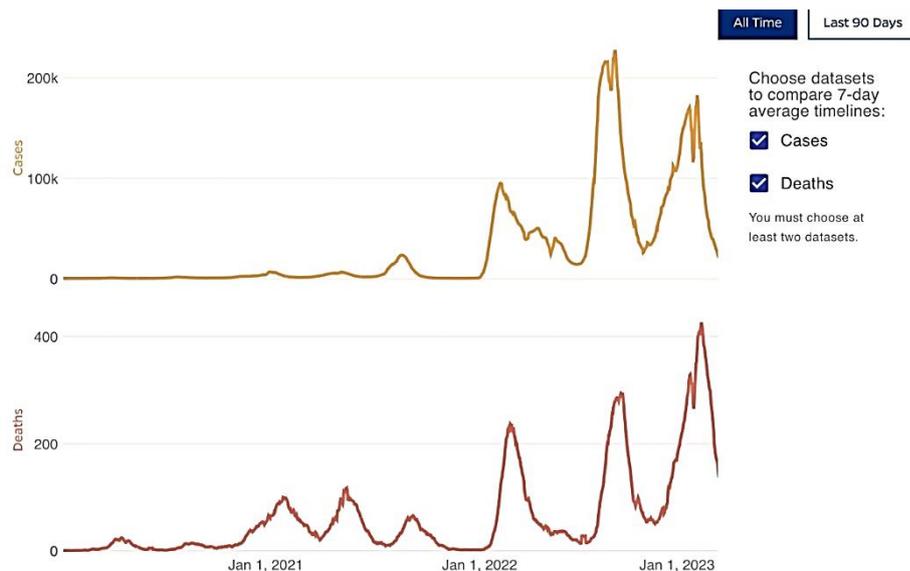
Nombre total de cas

33 M

Total de décès

70 931

Pourtant, la fin de l'année 2022 a été marquée par la reprise de l'épidémie de Covid-19 et un taux de mortalité en nette augmentation. Face à ce phénomène, les autorités ont peu réagi, préférant mettre en avant le taux de vaccination important puisqu'à la fin de l'année 2022, de 700 000 à un million de personnes se sont vaccinées chaque jour, faisant de l'archipel, l'un des pays les plus vaccinés du G7.

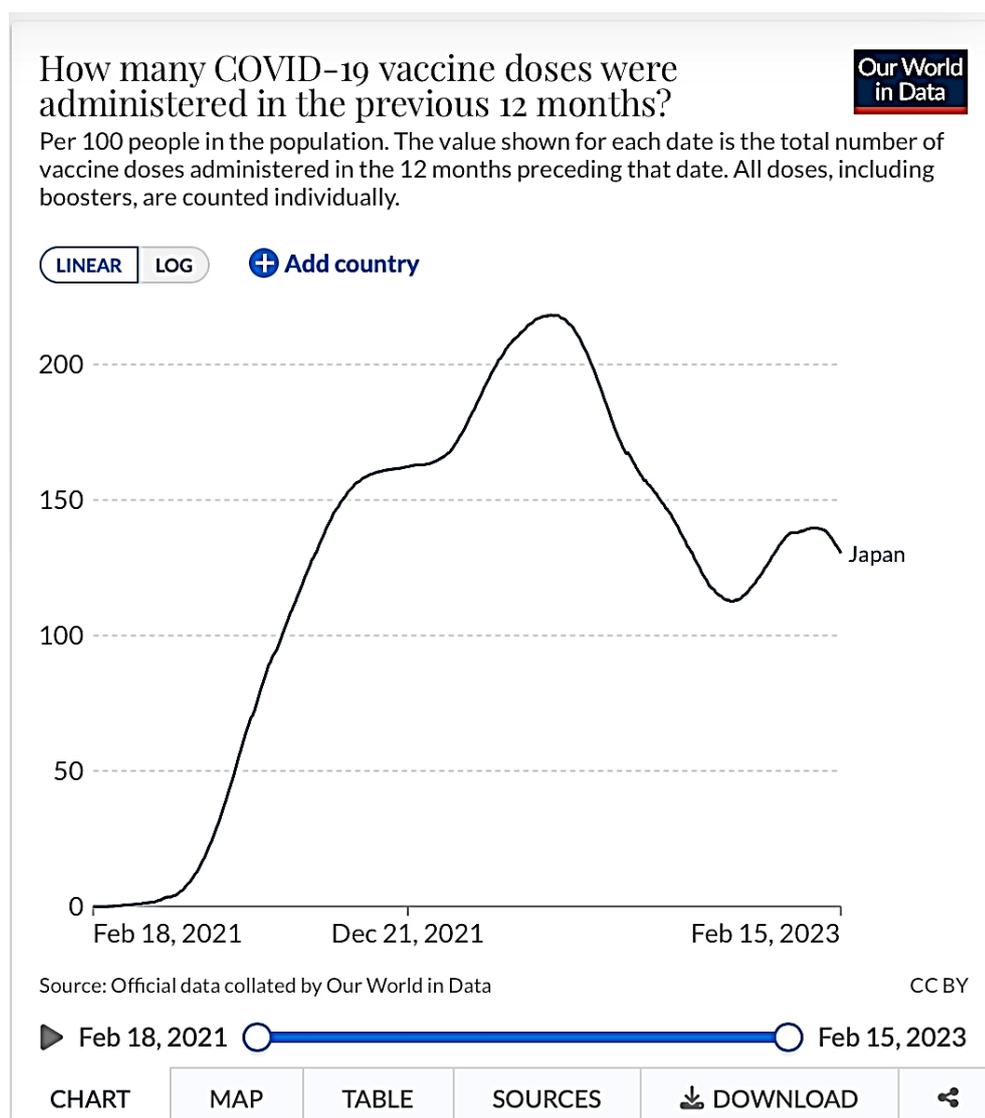


Data Sources: Cases and deaths data from JHU CSSE; testing and vaccine data from JHU CCI; and hospitalization data from the U.S. Department of Health and Human Services.

Cependant, à cette cause directe de la mortalité, il en existe d'autres qui, elles aussi, pourraient être liées à l'épidémie de Sars-CoV-2.

En premier lieu, comme pour de nombreux pays de l'OCDE, la hausse de la mortalité au Japon pourrait être attribuée, d'une part à la chute de la prise en charge des personnes, par l'annulation de certains rendez-vous médicaux de patients, ce qui aurait entraîné des retards de diagnostic et une surmortalité, et d'autre part à la réduction des interactions sociales, avec des conséquences graves sur la santé mentale de certaines personnes.

Par ailleurs, selon les autorités, même si ce pays est l'un des rares à ne pas avoir connu une chute de l'espérance de vie, cette surmortalité serait due à la propagation du variant BQ1 et à un taux insuffisant de rappel vaccinal avec les boosters bivalents destinés à protéger les personnes des sous-variants d'Omicron. La tranche d'âge des 80-90 ans aurait représenté 40,55% de la mortalité par Covid et les plus de 90 ans, 34,76%. Enfin, même si les causes des décès peuvent être multifactorielles, et si l'évolution de la courbe de mortalité doit être interprétée avec beaucoup de prudence, lorsqu'on croise la courbe de la vaccination avec celle de la mortalité, on ne peut pas exclure que la vaccination fasse également partie des causes de la hausse de l'incidence des décès à court et moyen terme.



Cette hypothèse peut d'autant moins être écartée aujourd'hui alors que certains effets indésirables parfois mortels sont désormais reconnus par les autorités qui ont commencé à indemniser les familles concernées par la perte d'un de leur membre.

Par ailleurs, les analyses de certains professeurs de médecine pourraient faire craindre un endommagement du système immunitaire des personnes vaccinées susceptibles de développer des infections plus graves que celles qui ne sont pas vaccinées (voir ci-dessous).

Vers une reconnaissance des effets secondaires post-vaccinaux

Selon la loi japonaise sur la vaccination, les vaccins contre le Sars-CoV-2 sont considérés comme *ad hoc*, entendez par là, destinés expressément à un usage spécifique.

Cette disposition particulière permet de commencer à indemniser les familles dont l'un des membres a été victime d'un effet indésirable suite à une injection vaccinale dès lors que l'imputabilité de la preuve a pu être établie. En effet, lorsque le lien est prouvé, les descendants de la personne décédée à cause du vaccin peuvent recevoir une indemnité forfaitaire de 44,2 millions de yens (310 000 euros environ) et une somme de 212 000 yens (1 500 euros environ) pour contribuer aux frais d'obsèques.

Le 26 juillet 2022, un groupe d'experts du ministère de la Santé japonais a accordé pour la première fois une indemnité forfaitaire à la famille d'une personne décédée après que cette dernière a développé une réaction allergique puis une crise cardiaque après une injection de vaccin contre le Covid-19.

En dépit des comorbidités préexistantes, notamment d'accidents ischémiques transitoires que présentait cette femme, le ministère n'a pas communiqué sur la date de la vaccination et le nombre de doses, estimant qu'une relation de cause à effet entre les problèmes de santé ultérieurs et le vaccin ne pouvait pas être niée dans cette affaire. Par ailleurs, les autorités ont déclaré qu'« *une relation de causalité scientifiquement rigoureuse n'est pas nécessaire* ».

Au-delà, de cet exemple emblématique de reconnaissance d'un effet indésirable ayant entraîné le décès de la personne, à cette date, au Japon, 3 680 personnes avaient déjà vu leur demande d'indemnisation du préjudice lié à la vaccination acceptée. Parmi tous les dossiers, 850 dossiers avaient reçu un avis favorable et 62 dossiers ont été refusés. Par ailleurs, les décisions concernant 16 autres personnes, dont certaines sont décédées, ont été reportées.

La hausse de la mortalité couplée à la reconnaissance de l'existence d'effets indésirables liés à la vaccination ont conduit certains scientifiques et médecins à étudier les liens de causalité entre la vaccination et l'augmentation des décès, notamment en analysant les mécanismes biologiques et physiologiques qui pourraient être à l'origine des réactions graves pouvant entraîner la mort des personnes après avoir reçu une injection de vaccin anti-Covid-19 à ARN messenger.

Les constats biologiques, physiologiques et cliniques des scientifiques et des médecins

La température anormalement élevée des personnes décédées

Dans une vidéo mise en ligne en décembre 2022, deux chercheurs japonais analysent les mécanismes physiologiques induits par les vaccins expérimentaux à ARN messenger et qui ont pu causer des réactions indésirables graves, voire entraîner la mort de sujets vaccinés dans certains cas.

Masataka Nagao, médecin légiste attaché à la faculté de médecine de l'université d'Hiroshima, pratique des autopsies sur plus d'une centaine de corps par an.

Il a constaté que les personnes décédées après une injection de vaccin anti-Covid-19 présentaient une température du corps anormalement élevée.

Benjamin



Le Pr Masataka Nagao, de l'université d'Hiroshima, est médecin légiste. « Les vaccins ont provoqué des anomalies du système immunitaire, et une forte inflammation. Par conséquent, la température corporelle des victimes du vaccin était anormalement élevée. »

7:23 PM · 4 janv. 2023

« La première chose qui m'a interpellée, c'est que la température des cadavres était très élevée

lorsqu'ils ont été examinés par la police. Les températures corporelles étaient anormalement élevées, autour de 33 ou 34 degrés Celsius, ce qui n'est pas normal. Normalement, au stade de l'autopsie, la température du corps est de 20 degrés. La température du corps était très élevée au moment de la mort. La température était supérieure à la normale, c'est-à-dire supérieure à 40 degrés Celsius », a-t-il déclaré.

En examinant le profil génétique, l'équipe de recherche du Pr Nagao a pu constater qu'il existait des anomalies au niveau du système immunitaire et que ces dérèglements pouvaient être la cause de réactions inflammatoires fortes.

À partir de l'analyse que ces équipes ont effectué des données génétiques recueillies sur les patients décédés, le Pr Nagao pense que le vaccin peut être responsable de troubles immunitaires ayant entraîné une inflammation dans le corps et dont le signe clinique principal était cette hausse de la température corporelle au-dessus de 40° Celsius.

« Ces seules données montrant que les gènes impliqués dans la réponse immunitaire étaient hyperactifs, ne permettent pas de conclure que les vaccins sont la cause de la mort, mais ne le mettent pas hors de cause. Je peux dire que c'est une zone grise, et nous pensons que l'administration de ces vaccins est suffisamment reliée à des réactions anormales du système immunitaire. »

La suppression du système immunitaire

Dans cette même vidéo, un autre grand professeur, Shigetoshi Sano, expert en dermatologie de la faculté de médecine de l'université de Kochi, a évoqué la découverte de protéines Spike à l'emplacement de lésions cutanées et d'autres problèmes de peau sur des patients vaccinés.

Jung

The Spike Protein's Impact : « Vaccination may cause our overall immune system to fail to fight against such bad things » - Shigetoshi Sano, M.D., Ph.D., Professor and Chair, Kochi University School of Medicine. <https://t.me/worlddoctorsalliance/26091>



9:55 PM · 15 janv. 2023

« La protéine Spike issue du vaccin a été trouvée dans la peau », a expliqué le professeur Sano en montrant une diapositive montrant une région vert vif sur une lésion rendue visible par un colorant spécial. Cette technique sert à visualiser les régions où l'on peut détecter une inflammation et constater qu'elles sont « inondées » de protéines Spike.

« Les protéines Spike sont dispersées localement, elles suppriment localement le système immunitaire, ce qui a pour conséquence de faciliter la réactivation du virus de l'herpès. (...) La fonction des protéines Spike pour produire des réactions indésirables est la formation de caillots sanguins », a expliqué le Pr Sano. « Et pire encore, les protéines Spike peuvent aussi induire localement une inflammation ».

Interrogé par rapport à l'affaiblissement du système immunitaire et à la possibilité de contracter plus facilement des infections, le Pr Sano, après un bref moment d'hésitation, a répondu :

« Vous avez raison. Je ne sais pas si je devrais dire cela, mais il a été constaté que les personnes vaccinées sont plus susceptibles de contracter le coronavirus que les personnes non vaccinées. Parfois, des choses qui ne sont pas bonnes sont introduites dans le corps humain. La vaccination peut empêcher notre système immunitaire global de lutter contre ces mauvaises choses ».

La plainte contre l'État japonais déposée par le professeur Masanori Fukushima

Tandis que les investigations de scientifiques et de médecins se poursuivent, Masanori Fukushima, professeur émérite de médecine à l'université de Kyoto, dans une allocution prononcée dans un hôpital universitaire le 2 février 2023, a annoncé porter plainte contre l'État japonais qui a fait la promotion du vaccin, une décision d'une extrême gravité, selon lui. Il n'hésite pas à accuser le ministère de la Santé de fraude et dénonce un problème « historiquement grave qui menace l'existence même de la nation japonaise ».

divasonic

02/02/2023 | Des chercheurs japonais intentent une action en justice contre le gouvernement japonais pour avoir dissimulé des données dérangeantes sur le vaccin dans le but de continuer la campagne vaccinale Le professeur Fukushima : « Il s'agit d'un problème historiquement... »



9:06 AM · 7 févr. 2023

« Aujourd'hui, nous avons déposé une plainte contre le gouvernement japonais pour l'annulation de l'action administrative. Aujourd'hui, il est d'une importance fondamentale pour le gouvernement japonais de collecter et de divulguer en permanence des données exactes. Cependant, j'ai été témoin du récent scandale de fraude commis par le ministère de la Santé. Je dois réaliser qu'il s'agit d'un problème historiquement grave qui menace l'existence même de la nation japonaise. En tant que médecin et scientifique, je n'ai pas eu d'autre choix que d'oser engager une action en justice. Il va sans dire qu'il est absolument important de divulguer les données du monde réel sur l'efficacité et la sécurité de la vaccination contre le virus du Covid-19. En effet, ces données sont directement liées à la santé, aux moyens de subsistance et à l'économie de la population. Par conséquent, je pense que le gouvernement japonais, c'est-à-dire le ministère de la Santé, doit divulguer ces données de manière appropriée au public.

Jetez un coup d'œil aux données pour les groupes de 65-69 ans et de 70-79 ans. Il est surprenant de constater que le nombre de nouvelles infections ou de cas positifs pour 100 000 personnes est quatre fois plus élevé chez les personnes vaccinées deux fois que chez les personnes non vaccinées. Regardez également les données fournies par le conseil consultatif en septembre 2021. Le taux de mortalité des personnes non vaccinées et les taux de mortalité des personnes vaccinées à une dose et à deux doses ont été décrits correctement. D'après la description en rouge, la vaccination a effectivement réduit le taux de mortalité des personnes âgées de plus de 65 ans. Cependant, pour tous les âges, la vaccination a démontré l'effet inverse, entraînant une augmentation du taux de mortalité. Il s'agit d'un phénomène paradoxal. En tant que telles, les données sur les taux de mortalité avaient déjà été publiées dans des documents officiels.

Cependant, dans les données de l'année dernière, le ministère de la Santé a supprimé toutes ces informations. En fait, la vaccination a été recommandée sur la base de l'explication suivante : la vaccination ne prévient pas l'infection, mais la vaccination prévient les maladies graves et réduit le taux de mortalité.

Cependant, sur la base des données publiées par le Conseil consultatif en septembre 2021, la base pour recommander la vaccination pour tous les âges ne devrait plus exister. Malgré cela, le ministère de la Santé a poursuivi la vaccination. Je considère qu'il s'agit d'une grave crise nationale. C'est pourquoi j'ai décidé d'intenter un procès cette fois-ci. »

France-Soir, publié le 17 février 2023

Le cri des chiffres

Alors que la pandémie a frappé au plus fort en 2020 et 2021, l'année 2022 enregistre une hausse interpellante des morts subites et de la surmortalité. On peut s'interroger et s'inquiéter.

Alarme planétaire sur la surmortalité en 2022

Aux quatre coins du globe, de nombreux médias annoncent une surmortalité anormale en 2022. Voici quelques exemples parmi d'autres :

- **Belgique** : « Le nombre de décès en augmentation en Belgique en 2022 », titre Le Vif dans son article du 26 janvier, rapportant une augmentation de la hausse des décès de 5,5 %, en 2022^[1].
- **Japon** : « Le Japon enregistre un taux record de surmortalité »^[2] (Ouest France, le 20 janvier 2023).
- **Canada** : « Les AVC sont en hausse au Canada » (Alberta Prime, le 31 janvier 2023).
- **Australie** : « Les crises cardiaques mortelles ont augmenté en Australie »^[3] (Sydney Morning Herald, le 20 janvier 2023).
- **Angleterre** : « La surmortalité en 2022 parmi les pires depuis 50 ans » (BBC News, le 10 janvier 2023).

La chaîne anglaise a récemment rapporté que plus de 650 000 décès ont été enregistrés au Royaume-Uni en 2022, soit 9 % de plus qu'en 2019. En excluant la pandémie, cela représente le niveau de décès excessif le plus élevé en 70 ans – et seule une fraction de ces décès est attribuable au Covid^[4].

- **France** : « La première fois qu'on a un pic aussi important: les délais en forte hausse dans les crématoriums »^[5] (BFMTV, le 6 janvier 2023).
- **Inde** : « Pourquoi les crises cardiaques sont-elles en hausse chez les jeunes adultes ? »^[6] (India TV News, le 15 janvier 2023).
-

On nous propose une mosaïque de causes interchangeable ce qui est fondamentalement assez pratique, finalement.

Petit échantillon : la canicule, la pollution, le froid, le stress, le manque de sport, l'obésité, le vieillissement de la population, les dommages collatéraux liés au confinement, l'effondrement des soins hospitaliers, le Covid et, bien sûr, le Covid long. Par souci de sérieux, nous ne mentionnerons pas ici le homard, envisagé par Le Point^[7] comme éventuelle source de problèmes neurologiques.

Cela fait quand même beaucoup de raisons différentes évoquées, pour un phénomène mondial identique, finalement...

En revanche, certains États ou instances, plus honnêtes, avouent ne pas comprendre.

Force est de constater que deux ans après le début du déploiement massif de la vaccination, aucun lien entre le taux de vaccination et le taux de mortalité n'est officiellement fait. Alors que les habitants de la planète sont de plus en plus vaccinés, la mortalité déclarée Covid de 2022 et de 2023 reste forte, le virus étant pourtant devenu beaucoup moins létal.

L'Europe, pourtant vaccinée à 70% avec des vaccins réputés fiables, a connu en 2022 un taux de mortalité à peine inférieur à celui de l'année 2020 (sans vaccin) et cela avec un variant Omicron beaucoup moins létal que le virus d'origine.

Parlant de fiabilité, on se souviendra qu'Astrazeneca et Janssen ont disparu dans les coulisses sans demander leur reste quand leurs vaccins ont été retirés en douce suite aux effets secondaires.

Pour rappel, les plus grands scientifiques jurent sur tous les plateaux, le sourire humble et les yeux humides, de toujours remettre les résultats des recherches en question.

Pourquoi, alors, ce sacro-saint doute, brandi comme un trophée dans la démarche scientifique, ne vaut-il pas pour le vaccin ?

En Allemagne, « 10 fois plus de morts subites depuis 2021 ! »

C'est ce qui ressort du décryptage des données des caisses maladie sur 72 millions d'assurés par l'analyste Tom Lausen:

« Après avoir obtenu et analysé les données de la KVB (Association fédérale des caisses d'assurance maladie en Allemagne), l'expert est parvenu à faire remonter son dossier explosif jusqu'au niveau fédéral ».^[8]

Le parlementaire Martin Sichert estime scandaleux que l'institut Paul Ehrlich (chargé de la pharmacovigilance pour la vaccination en Allemagne) n'ait pas évalué les données de la KVB, ce qui est contraire à son mandat légal.

Martin Sichert propose une série de mesures d'urgence, dont l'autopsie de toutes les personnes décédées de façon soudaine, l'enregistrement obligatoire du statut vaccinal des personnes décédées et la suspension immédiate des vaccinations Covid.

Face à cette bombe, le vice-président du Bundestag (Parlement allemand) Wolfgang Kubicki a déclaré au quotidien die Welt^[9]:

« Je pense qu'il est essentiel que chaque décès inexplicable survenant dans les 14 jours suivant une vaccination soit automatiquement enregistré comme cas suspect auprès de l'Institut Paul Ehrlich [...] ».

Notons que le vice-président Kubicki s'était également référé à des résultats d'autopsies publiés par Peter Schirmacher, pathologiste en chef à la clinique universitaire de Heidelberg^[10]. Cette étude avait établi, dans 30 à 40 % des cas, un lien de causalité pour les décès survenus peu de temps après la vaccination^[11].

En Suisse, et ceci est également très interpellant, Christoph Berger, président de la Commission fédérale pour les vaccinations a déclaré au quotidien zurichois Tages Anzeiger^[12]: « Il est clair qu'il y a des manifestations indésirables de la vaccination, même des graves [...]. L'évaluation des bénéfices et des risques du vaccin Covid a changé. ».

Les jeunes : les victimes qui interrogent le plus

Les jeunes sont les victimes qui interrogent le plus, ce qui s'avère paradoxal dans la phase de recul d'une pandémie qui les avait largement épargnés lors des premières vagues.

On peut commencer par la liste des sportifs de tous niveaux tombés sur le terrain qui a régulièrement fait la une de tous les journaux depuis 2 ans.

Ensuite les études corroborant le problème se multiplient.

« Cardio-on line » (plateforme digitale dédiée à la communauté francophone de cardiologie) a publié une étude intitulée « Incidence non négligeable des myocardites après la 3ème dose de vaccin à ARN messenger anti-Covid 19 » présentée par le Docteur Christian Eugen Mueller au congrès 2022 de la CSE, société européenne de cardiologie^[13].

En voici un extrait : « Il n'existait avant cette étude aucune donnée prospective sur les lésions myocardiques post vaccinales lors de la vaccination par un vaccin à ARNm. Seules les myocardites les plus graves hospitalisées ont été rapportées, touchant majoritairement les hommes de moins de 18 ans. »^[14]

Une autre étude, parue en septembre dernier dans la revue américaine mensuelle de virologie « Journal of Medical Virology », constate l'excès de décès, et plus particulièrement dans la tranche d'âge des 25 à 44 ans, allant de 23 % à 34 %^[15].

Si l'on continue de s'intéresser aux statistiques, la vidéo publiée ce 23 janvier^[16] par John Campbell, éducateur anglais en soins infirmiers à la retraite et animateur d'une chaîne YouTube très suivie, qui était pourtant favorable au vaccin au début de la pandémie, peut également être source d'inquiétudes.

Selon John Campbell, les statistiques d'EuroMOMO (projet de surveillance de la mortalité dans 29 pays européens ou sous-régions européennes) montrent un excès de décès chez les jeunes de 0 à 14 ans dès début 2023.

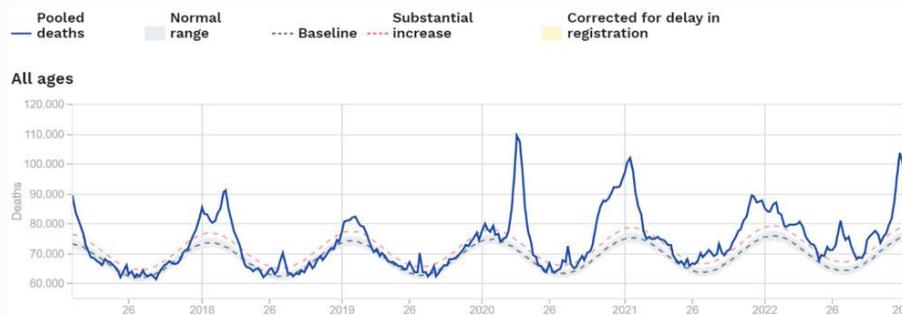
Bulletin EuroMOMO, semaine 3, 2023

imprimer partager

Les estimations groupées d'EuroMOMO montrent un niveau élevé d'excès de mortalité

Les estimations groupées d'EuroMOMO de cette semaine sur la mortalité toutes causes confondues pour les pays européens participants montrent un niveau élevé d'excès de mortalité, tant dans tous les groupes d'âge que dans chacun des groupes d'âge. Cependant, la mortalité semble diminuer.

Les données de 25 pays européens ou régions infranationales ont été incluses dans l'analyse groupée de cette semaine de la mortalité toutes causes confondues.



Note sur l'interprétation des données : Le nombre de décès indiqué au cours des trois dernières semaines doit être interprété avec prudence, car les ajustements pour les inscriptions retardées peuvent être imprécis. En outre, les résultats des analyses regroupées peuvent varier selon les pays inclus dans les analyses hebdomadaires. Les analyses mises en commun sont ajustées en fonction de la variation entre

Source : Graphs and maps — EUROMOMO1

Il estime également que l'excès de décès en Europe ne peut pas être expliqué par le Covid 19. Il ne désigne pas expressément le vaccin comme responsable, mais ne rejette pas pour autant un lien de causalité possible.

C'est écrit noir sur blanc, le vaccin peut tuer et nous n'en connaissons toujours pas les effets à long terme. Ne faudrait-il pas réexaminer la balance bénéfices-risques avant de l'imposer à des populations jeunes et en bonne santé ?

Quant aux myocardites et aux péricardites, elles commencent seulement à être officiellement reconnues comme effets secondaires importants alors qu'auparavant les problèmes liés aux inflammations des muscles cardiaques étaient classés comme rares et bénins.

Pourtant, le 19 juillet 2021 déjà, mais les médias en ont très peu parlé, l'Agence européenne des médicaments conseillait d'ajouter la myocardite et la péricardite à la liste des effets indésirables des deux vaccins à base d'ARN messenger^[17].

Comme on l'a vu précédemment, les chercheurs ont tiré la sonnette d'alarme... mais les gouvernements et instances sanitaires ont très largement choisi de l'ignorer.

Il existe pourtant une piste fondamentale à suivre dans l'observation des effets de cette nouvelle forme de vaccination : l'étude des données relatives au statut vaccinal Covid des personnes décédées... mais il paraît que c'est trop compliqué...

L'épidémiologiste français Laurent Toubiana assure cependant que ces données relatives au statut vaccinal Covid « permettraient d'écarter ou de confirmer l'hypothèse d'un vaccin dangereux ».

En février 2022, Laurent Toubiana sollicite le Sénat pour diffuser une pétition adressée aux parlementaires et destinée à « obtenir l'accès aux données complètes des décès dans le cadre de l'enquête sur les effets secondaires des vaccins Covid-19 ». Après un refus du ministère de la Santé, une requête est déposée devant la Commission d'accès aux documents administratifs (Cada). Cette demande sera déclarée « sans objet » par la Cada, dans un avis rendu le 22 septembre.

Christine Cotton, statisticienne française, écrit sur Twitter : « Réponse EFFARANTE de la CADA [...]. Il n'existe aucune donnée relative au statut vaccinal covid des personnes décédées ? Comment font-ils leurs études PROUVANT que le vaccin diminue la mortalité ? »^[18]

Ces informations sont jugées d'un intérêt relatif par plusieurs experts contactés par CheckNews. Ça a le mérite d'être clair...

Les données sont disponibles mais elles sont difficiles à traiter, paraît-il. Mahmoud Zureik, professeur en épidémiologie et santé publique s'explique sur la complexité de la procédure :

« [...] Un tel appariement de données est très compliqué à analyser : "En croisant deux colonnes dans un Excel, on peut penser qu'on va tirer des conclusions de cause à effet. Or, avant de croiser ces deux colonnes, il faut établir un protocole d'étude, développer une méthodologie adaptée et tenir compte de l'ensemble des paramètres nécessaires [...] ce qui représente des mois et des mois de travail". Et ce n'est pas donné à tout le monde."^[19]

Étant donné le considérable apport que cela pourrait amener à la recherche sur la Covid et les nouveaux vaccins ARN, ça laisse rêveur quand même...

Et l'OMS, que pense-t-elle de tout ça ?

Visiblement, l'OMS vient seulement de se saisir du problème (Eh oui).

Kate O' Brien, Directrice du Département de l'immunisation de l'OMS, s'est exprimée ce 20 janvier :

« Mais je tiens à souligner que nous savions déjà qu'il existe un risque de myocardite, qui a également retenu l'attention récemment »...

« récemment »...

À verser au dossier également, cette autre déclaration de Madame O' Brien :

« [...] Quelques rapports faisant état de présomptions de myocardites ayant un lien potentiel avec l'administration de vaccins à ARNm contre le Covid-19 sont analysés actuellement à travers le monde. Mais compte tenu de la réapparition de rapports et de nouvelles sur la relation entre les vaccins et les problèmes cardiaques, en particulier aux États-Unis, la Dre Kate O'Brien, a estimé qu'il n'y avait aucune preuve d'une relation entre la vaccination et les crises cardiaques. »^[20]

Depuis 2021, une thérapie expérimentale dont on ne connaît pas les effets secondaires est inoculée à des centaines de millions d'êtres humains !

Non, l'objet de cet article n'est pas d'incriminer le vaccin mais de réclamer d'urgence une réponse légitime des autorités scientifiques dont la devise est, rappelons-le,

Primum non nocere.

Sandrine HEEREBOUT, 10 février 2023

Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que la responsabilité de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles de BAM !

Extraits de l'article traduits de l'anglais et de l'allemand par BAM !

Le chapô est de la rédaction de BAM !

[1] Le nombre de décès en augmentation en Belgique en 2022

[2] u-japon-le-covid-19-enregistre-un-record-du-taux-de-mortalite-ff05d2b0-98db-11ed-9608-2a8a34068d24

[3] fatal-heart-attacks-have-surged-in-australia-here-s-why-20230117-p5cd22.html

[4] health-64209221

[5] « La première fois qu'on a un pic aussi important »: les délais en forte hausse dans les crématoriums

[6] Why heart attacks are on rise in young adults? Know risk factors and prevention | Why News – India TV

[7] Canada : des homards responsables d'une maladie neurologique ? - Le Point

[8] Morts subites décuplées : entretien avec Tom Lausen, l'expert qui embarrasse le Bundestag

[9] Wolfgang Kubicki fordert Obduktionen von kurz nach Covid-Impfung Verstorbener - WELT

[10] Demandes d'autopsies et réactions au Bundestag : en Allemagne, les 'morts soudaines inexplicables' font du bruit.

- [11] Autopsy-based histopathological characterization of myocarditis after anti-SARS-CoV-2-vaccination | SpringerLink
- [12] Christoph Berger im Interview: « Es ist klar, dass es unerwünschte Impferscheinungen gibt, auch schwere » | Tages-Anzeiger
- [13] Incidence non négligeable des myocardites après 3ème dose de vaccin à ARN messenger anti-COVID 19
- [14] Incidence non négligeable des myocardites après 3ème dose de vaccin à ARN messenger anti-COVID 19 - Medicatrix
- [15] Excess risk for acute myocardial infarction mortality during the COVID-19 pandemic - Yeo - 2023 - Journal of Medical Virology - Wiley Online Library
- [16] European excess deaths, official data
- [17] Meeting highlights from the Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) 3-6 May 2021 | European Medicines Agency
- [18] Covid : pourquoi ne dispose-t-on pas des données sur le statut vaccinal des Français décédés, toutes causes confondues ? – Libération
- [19] Covid : pourquoi ne dispose-t-on pas des données sur le statut vaccinal des Français décédés, toutes causes confondues ? – Libération
- [20] Covid-19 : l'OMS rassure sur les risques de myocardites concomitantes à des vaccins à ARNm | ONU Info

Source photo : image recadrée à partir de l'image originale de ISENGARD sur Adobestock

Lockdown Files: comment l'ancien secrétaire d'État à la Santé britannique Matt Hancock utilisait la peur et le chantage pour imposer de nouveaux confinements



Matt Hancock, le secrétaire d'Etat à la Santé britannique. ©Steve Reigate / POOL / AFP

#LOCKDOWNFILES - Dans un précédent article, France-Soir évoquait les premiers épisodes des Lockdown files. Ces 100 000 messages échangés au cœur du pouvoir britannique ont été obtenus grâce à la journaliste Isabel Oakeshott. Divulgués au fur et à mesure de leur investigation, dans les colonnes du Telegraph, depuis le 28 février 2023, ils offrent au grand public un éclairage unique quant aux choix et à la méthode opérés par l'exécutif anglais dans la gestion de l'épidémie de Sras-CoV 2.

De nouveaux messages mis en exergue le 4 mars dernier révèlent un dialogue échangé le 13 décembre 2020 entre Matt Hancock, Secrétaire d'État à la Santé, et Damien Pool, l'un de ses conseillers ministériels à la communication.

Matt Hancock s'inquiète de la position du maire de Londres, Sadiq Khan, à propos d'un éventuel re-confinement de ses administrés.

Matt Hancock : « Sounds like Sadiq is lining up to being Burnham »

Matt Hancock : « On dirait que Sadiq s'apprête à s'aligner sur Burnham »

Andy Burham est le maire du Grand-Manchester. Il s'était en partie opposé au durcissement du confinement imposé à son agglomération au mois d'octobre 2020 (le confinement national de la Grande-Bretagne avait pris fin le 2 décembre suivant).

Matt Hancock redoute que Sadiq Khan conteste à son tour d'éventuelles préconisations du gouvernement de confiner strictement la population.

Une perspective qui, non seulement n'intéresse guère l'opinion publique (alors focalisée sur le Brexit en cours de négociation), mais n'enchantent aucunement cette dernière à l'approche des fêtes de Noël.

Pour parvenir à ses fins, et ainsi balayer l'apparition d'un « axe de résistance » aux confinements, constitué de politiques et de citoyens lassés par les mesures d'enfermement, Matt Hancock sort de sa manche la carte de la peur :

Matt Hancock : « When do we deploy the new variant ? »

Matt Hancock : « Quand va-t-on déployer le nouveau variant ? »

Cette interrogation indique le suivi d'un plan de communication construit autour de l'idée que le nouveau variant peut « *mettre la trouille à tout le monde* », comme Hancock l'exprime dans un autre message échangé sur *WhatsApp*, et « *faire changer les comportements* », comme lui répond Damien Pool.

En somme, il s'agit d'utiliser la peur pour faire taire toute contestation à l'encontre des mesures de confinements.

Et d'utiliser le variant en question (le B.1.1.7 dont les premiers échantillons sont étudiés au Royaume-Uni dès septembre 2020, et inscrit dans la nomenclature des coronavirus le 18 décembre 2020) de façon opportuniste dans le cadre d'un agenda plus politique que sanitaire.

Deadly virus

Dès le lendemain des messages échangés entre Hancock et Pool, le Secrétaire d'État déclare lors d'une conférence de presse publique, tenue le 14 décembre, que de nouvelles mesures coercitives doivent être adoptées, en raison d'un « *deadly virus* », un virus mortel.

Aucune nuance n'est apportée à ce constat : ni en fonction de la classe d'âge des personnes éventuellement exposées au virus, ni en fonction de leurs fragilités (comorbidités des personnes infectées, maladies auto-immunes...).

Matt Hancock ne s'est pas limité à l'usage du *Project Fear* (le « projet peur », comme il est communément nommé au sein de la scène politique anglaise).

Chantage aux subventions

Confronté à des résistances locales face à la volonté de mettre en place un confinement le plus large possible, qui concernerait alors Londres et le sud de l'Angleterre, Matt Hancock va pratiquer une forme de chantage aux subventions publiques.

Un autre échange sur *WhatsApp*, daté cette fois-ci du 22 novembre 2020 entre Hancock et Allan Nixon, un conseiller politique, détaille cette stratégie, dont le but est de réduire au silence les élus locaux.

Allan Nixon : I think we need to dangle our top asks over some of these 2019 intake MPs who are going off the boil this coming week. Thoughts on me suggesting to Chief's spads that they give us a list of the 2019 intakes thinking of rebelling. Eg James wants his Learning Disability Hub in Bury - whips call him up and say Health team want to work with him to deliver this but that'll be off the table if he rebels. These guys're-election hinges on us in a lot of instances, and we know what they want. We should seriously consider using it IMO.

Allan Nixon : Je pense personnellement qu'il faudrait suggérer aux chefs de file (des majorités, ndlr) de nous donner une liste des députés (...) qui envisagent de se rebeller. Par exemple, James veut son centre d'apprentissage pour les personnes handicapées à Bury – les Whips l'appellent et lui disent que l'équipe (du ministère) de la Santé veut travailler avec lui pour réaliser ce projet, mais que cela ne sera plus possible s'il se rebelle. La réélection de ces hommes dépend de nous dans de nombreux cas, et nous savons ce qu'ils veulent. Nous devrions sérieusement envisager d'utiliser cela, à mon avis.

Matt Hancock : yes 100%

Matt Hancock : oui à 100%

Nixon évoque le financement d'un centre pour personnes handicapées à Bury dans le Grand-Manchester. Le député conservateur de la circonscription, James Daly, est hostile à de nouvelles mesures de confinement.

La suppression de subventions qui concernent un projet de construction très attendu de ses concitoyens, est donc brandi comme moyen de pression sur le député.

Cette manière de procéder de la part de Matt Hancock vise également d'autres élus, et d'autres subventions de l'État. Certains parlementaires évoquent le comportement d'un homme « *ivre de pouvoir* », d'autres des « *tractations* » politiques qui n'auraient rien d'inhabituel.

Le député Jake Berry (du parti conservateur) a déclaré dans un tweet du 6 mars que « *Hancock devrait être traîné devant la Chambre des communes demain matin à la première heure pour être interrogé à ce sujet.* »

Jake Berry MP

This is an absolute disgrace. Hancock should be dragged to the bar of the House of Commons first thing tomorrow morning to be questioned on this. #Hancock



telegraph.co.uk

Matt Hancock's plot to block funding for disabled children if MP opposed lockdown

The then health secretary and his political aide discussed taking plan for a learning disability hub in Bury 'off the table'

10:38 PM · 6 mars 2023

Chloé LOMMISAN, France-Soir
Publié le 10 mars 2023

Covid-19 : les cas de myocardites après la troisième dose de vaccin ont été multipliés par 800, selon une étude prospective

Depuis le lancement de la vaccination en population générale, de nombreuses études scientifiques confirment un risque de myocardite survenue après la vaccination anti-Covid. L'inflammation du myocarde toucherait majoritairement des hommes jeunes, des adolescents ou des enfants. Cependant, les myocardites étudiées sont généralement les cas les plus graves qui ont nécessité une prise en charge hospitalière. Qu'en est-il des patients qui présentent des lésions myocardites peu symptomatiques ou asymptomatiques, et qui, par conséquent, n'ont fait l'objet d'aucune prise en charge médicale ? Si aucun diagnostic n'est posé sur ces personnes, comment appliquer d'éventuelles mesures de prévention et de protection ? Enfin, comment évaluer l'incidence réelle des cas de myocardites survenues après une injection de vaccin anti-Covid-19 dans la population ?

Pour pallier l'absence de données cliniques chez les sujets qui ne présentent pas de lésions symptomatiques, des chercheurs ont publié une étude prospective dont les résultats ont été présentés le 24 octobre 2022 à la Société européenne de cardiologie. Cette étude avait pour objet d'évaluer l'augmentation de probabilité de myocardite après la troisième dose de vaccin contre le Covid-19. Dans le compte rendu de cette étude publiée sur le site cardio online, il est rapporté qu'en tenant compte de tous les cas de myocardite post vaccinale, l'incidence réelle serait non pas de 0,0035 %, mais de 2,8 %, soit un chiffre 800 fois supérieur à celui de l'incidence habituelle des myocardites.

Vaccination contre le Covid-19 et problèmes cardiaques

Depuis le début de la campagne de vaccination contre le Covid-19, de très nombreux problèmes cardiaques ont été rapportés et inscrits auprès des différentes agences de pharmacovigilance dans le monde. Aux États-Unis, les données du VAERS montrent une explosion exponentielle des cas de myocardites et de péricardites qui sont des inflammations du cœur potentiellement mortelles.

Or, contrairement à ce qu'il a parfois été avancé pour minimiser la gravité de ces pathologies, elles ne peuvent être considérées comme bénignes, d'autant plus que 90 % des cas enregistrés dans le VAERS ont effectué un séjour en établissement de santé disposant d'assistance cardiaque. En effet, comme l'explique le Dr Steven Hatfill, la « myocardite provoque des cicatrices sur le tissu cardiaque, des cicatrices qui peuvent mener à des défauts de conduction, notamment lorsque l'enfant va grandir puis vieillir ». Par conséquent, il existe toujours un risque de dégradation de l'état général du patient avec défaillance viscérale, voire un arrêt cardiaque.

Si l'imputabilité de la preuve n'est pas toujours établie entre un accident cardiaque et une vaccination, de nombreuses études scientifiques publiées ces derniers mois ont montré qu'il pouvait exister des liens entre la vaccination et les myocardites ou péricardites post vaccinales.

Par ailleurs, l'affirmation selon laquelle les cas de myocardites post vaccinales sont rares semble un peu plus fausse chaque jour. Depuis le début de la vaccination en population générale, le nombre de cas a explosé. D'après les données du VAERS, on pouvait recenser près de 25 000 cas de myocardites ou péricardites pour l'année 2021. En 2022, au 25 février, plus de 10 000 rapports étaient déjà enregistrés dans cette base de données.

OpenVAERS

1 avr. 2022

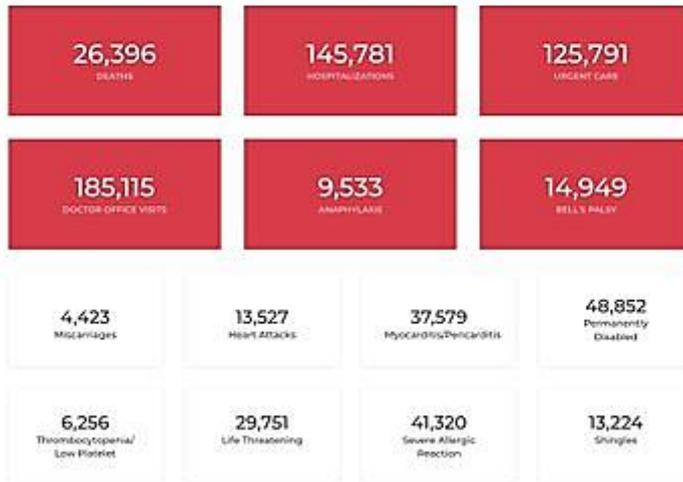
We wish we could say #AprilFools! Unfortunately, it is all too real. New numbers from #VAERS through 3-25-2022 <http://openvaers.com/covid-data>

VAERS COVID Vaccine Adverse Event Reports

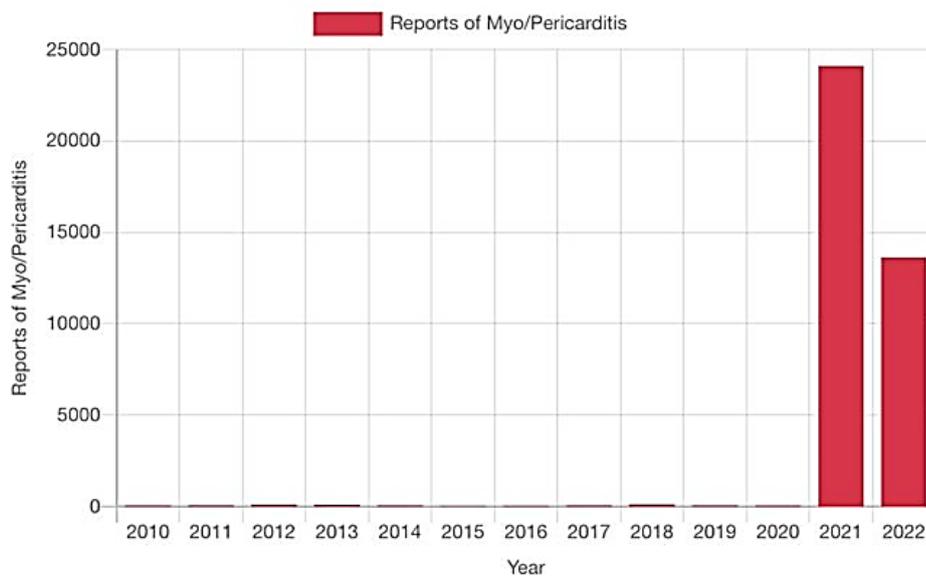
Reports from the Vaccine Adverse Events Reporting System. Our default data reflects all VAERS data including the "non-domestic" reports.

Get reports on more vaccines [VAERS Vaccines/Adverse Events](#)

1,205,753 Reports
Through March 25, 2022



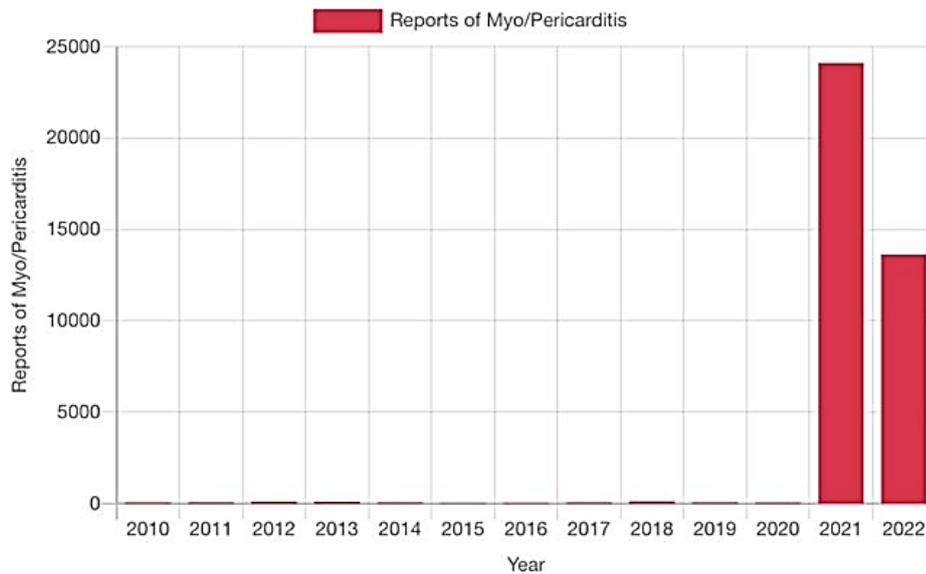
All Myo/Pericarditis Reported to VAERS by Year (all vaccines)



Sebastian Kowalski2

Please note that it is data only for the 3 months of 2022 #myocarditis Proszę zwrócić uwagę, że to dane tylko za pierwsze 3 miesiące 2022 #zapalenie mięśnia sercowego #Pogrom

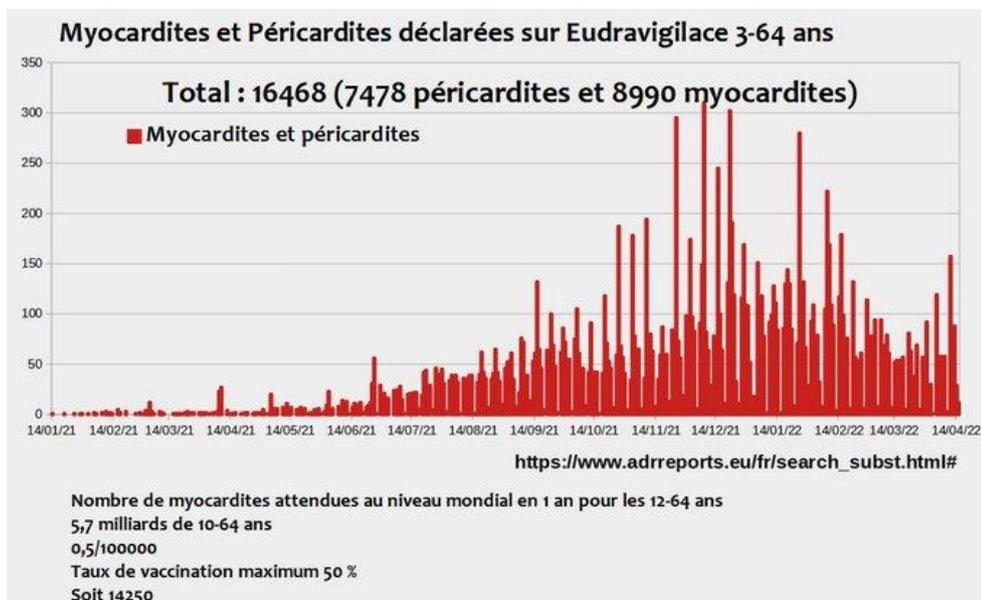
All Myo/Pericarditis Reported to VAERS by Year (all vaccines)



6:44 AM · 7 avr. 2022

Le nombre de myocardites et de péricardites enregistré sur le site de pharmacovigilance européen EudraVigilance a, lui aussi, augmenté rapidement dès lors que la population jeune a commencé à se faire vacciner contre le Covid, c'est-à-dire à partir des mois de juin-juillet 2021, avec une accélération impressionnante à la fin de l'année 2021 et au début de l'année 2022.

Le nombre de myocardites déclarées pour les 3-64 ans sur Eudravigilance dépassent mondialement le nombre maximum attendu pour la population concernée. Il faudrait que 100% des myocardites soient déclarées en pharmacovigilance pour qu'il n'y ait pas de sur risque. Impossible



7:53 PM · 21 avr. 2022

@GabinJean3

Les notifications sur EudraVigilance pour les myocardites et péricardites donnent l'impression que le record de 2021 pourrait être battu en 2022...



OpenEudra.Org

@openeudra

Myocarditis or pericarditis: all reports for all vaccines ("other") and for each covid-19 vaccine, every year since 2004 as reported in the European pharmacovigilance system EudraVigilance. The trend for 2022 is at least as impressive as in 2021 so far.

Pericarditis or Myocarditis (all) (sum per year)



9:41 AM · 11 août 2022

La myocardite reconnue comme un effet indésirable des vaccins à ARN messager Pfizer et Moderna

En novembre 2021, Santé publique France reconnaît la myocardite comme un effet indésirable des vaccins anti-Covid à ARN messager (Comirnaty ou Spikevax).

Epi-Phare, un groupement d'intérêt scientifique constitué par l'ANSM et le Cnam, instauré pour évaluer les risques des produits de santé concernés par la crise de Covid-19, a conduit une étude de pharmacologie-épidémiologie sur le risque de myocardite après la troisième dose de vaccin.

Mené sur 4 890 cas de myocardites chez les personnes de 12 ans et plus ainsi que sur 48 900 personnes admises dans les hôpitaux français entre le 27 décembre 2020 et le 31 janvier 2022, cette étude révèle que le risque de myocardite est augmenté après l'administration de la deuxième injection de vaccin et de manière plus significative après la dose de rappel.

L'examen de l'étude dans le détail montre que « l'excès de cas de myocardites associé à la troisième dose est estimé globalement à 0,25 cas pour 100 000 doses du vaccin Comirnaty et 0,29 cas pour 100 000 doses du vaccin Spikevax, correspondant à 1 cas de myocardite attribuable à la vaccination pour l'administration de 398 000 troisièmes doses de Comirnaty et de 340 000 troisièmes doses de Spikevax. Les excès de cas les plus importants ont été observés chez les hommes de moins de 30 ans, avec un maximum de 1,2 cas pour 100 000 troisièmes doses de Comirnaty, ce qui correspond à 1 cas de myocardite pour 87 000 troisièmes doses. »

Une étude prospective sur les risques de myocardites après la troisième dose de vaccin

Le 24 octobre 2022, le professeur Christian Eugen Mueller, directeur de l'Institut de recherche cardiovasculaire de Bâle est venu présenter une étude intitulée « Myocardial Inflammation/Myocarditis after Covid-19 mRNA Booster Vaccination » écrite par Guillaume Le Pessec, relue par Théo Pezel, tous deux membres du Collège des cardiologues en formation, et supervisée par Albert Hagège, président du comité éditorial de cardio-online.

Cette étude a été conduite dans le but de pointer les failles qui existent dans les études rétrospectives publiées dans les revues scientifiques afin de mieux révéler l'incidence réelle des lésions myocardites beaucoup plus importante au sein de la population vaccinée selon les chercheurs. Pour ce faire, ils ont

expliqué ce qui était pour eux le principal biais de sélection dans les études existantes, à savoir la sous-évaluation des lésions myocardites post vaccinales due aux patients qui présentent des lésions asymptomatiques alors que seules les personnes hospitalisées en raison de la gravité de la pathologie auraient été comptabilisées.

Cette étude prospective monocentrique avec un bras de contrôle a été menée sur 835 personnes, toutes employées du CHU de Bâle en Suisse et vaccinées soit avec une dose de vaccin de Pfizer, soit de Moderna. Afin d'évaluer la survenue ou non d'une lésion myocardite, les chercheurs ont utilisé un critère de jugement principal, à savoir « l'élévation de la troponinémie au-dessus de la norme, dosée à J3 post vaccination » et deux critères de jugement secondaires qui étaient d'une part « la comparaison de la population totale avec des patients ayant été admis pour douleur thoracique sans qu'aucune cause cardiaque ne soit retrouvée » et d'autre part, la survenue des MACE (major adverse cardiovascular events) à 30 jours (1). Ces événements cardiovasculaires indésirables majeurs sont la mort d'origine cardiovasculaire, l'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, l'arythmie ventriculaire et l'infarctus du myocarde.

Cette étude révèle des résultats surprenants : d'abord, "l'incidence des lésions myocardiques est de 2,8%, soit 800 fois supérieure à l'incidence habituelle des myocardites". Ensuite, contrairement aux myocardites virales habituelles, cette pathologie, lorsqu'elle survient après une vaccination, se retrouve majoritairement dans la population féminine qui est touchée à hauteur de 3,7% versus 0,8 % chez les hommes.

Loin de se contenter de leurs découvertes, les auteurs n'hésitent pas à pointer les limites de leur étude en signalant les points qui n'ont pas été élucidés. D'abord, la réalisation du dosage de la troponinémie à J3 pourrait entraîner selon eux « une sous-estimation de l'incidence des lésions précoces à J1 potentiellement déjà normalisées à J3 » alors qu'une faible atteinte pourrait ne pas être détectée par imagerie (IRM cardiaque).

Ensuite, l'absence d'inclusion de patients de moins de 18 ans dans la population étudiée ne permet pas de préciser les estimations des risques parmi les adolescents et les enfants. Enfin, si aucun MACE n'a été rapporté dans la population étudiée pendant 30 jours, les auteurs pensent qu'il serait judicieux de poursuivre les recherches en pratiquant un essai randomisé au long cours afin de vérifier si la répétition des injections ne pourrait pas entraîner des séquelles sur le long terme.

Depuis la mise à disposition des vaccins à ARN messenger contre le Covid-19, les lésions myocardites ont été rapportées avec une prévalence très faible. Cette étude est la première qui avance une cause majeure de biais avec une évaluation et une déclaration des cas non exhaustives. Certaines questions, de l'aveu même de leurs auteurs, n'ayant pas été résolues, des travaux ultérieurs devraient être entrepris afin de confirmer ou infirmer ces résultats.

FRANCESOIR
Publié le 09 janvier 2023

(1) : La troponinémie est le dosage des troponines cardiaques qui sont les marqueurs cardiaques qui permettent d'établir un diagnostic chez les patients qui souffrent de douleur thoracique. Un dommage myocardique peut être défini par la détection d'une élévation de ces biomarqueurs cardiaques.

Mort subite : première cause de décès chez les moins de 65 ans en 2021

L'histoire en un coup d'œil

- Des preuves de plus en plus nombreuses montrent que les injections de Covid détruisent le système immunitaire des gens et déclenchent des cancers accélérés.
- Une enquête de Steve Kirsch a révélé que la mort subite est la première cause de décès chez les personnes de moins de 65 ans ayant reçu le vaccin Covid.
- La myocardite comme cause de décès est désormais enregistrée dans toutes les tranches d'âge, mais uniquement chez les personnes vaccinées. Les décès d'origine cardiaque sont également beaucoup plus nombreux chez les jeunes (moins de 65 ans) qui ont reçu le vaccin que chez ceux qui ne l'ont pas reçu.
- Des recherches récentes montrent que des vaccinations répétées déclenchent un changement dans les types d'anticorps produits par votre organisme et réduisent votre capacité à éliminer les virus. En passant des anticorps IgG neutralisants spécifiques aux pics aux anticorps IgG4, votre organisme passe du mode suppression des tumeurs au mode progression des tumeurs.
- Outre le risque d'emballement des cellules cancéreuses, la prédominance des IgG4 peut également avoir de graves conséquences sur le plan auto-immun, car la protéine spike de l'injection Covid présente des similitudes avec des protéines humaines.

Les preuves que les vaccins Covid sont un désastre pour la santé publique ne cessent de s'accumuler. Fin décembre 2022, Steve Kirsch¹ et Jessica Rose² ont tous deux publié des articles dans Substack détaillant certaines des dernières preuves montrant que les injections détruisent le système immunitaire des gens et ont déclenché une avalanche de cancers.

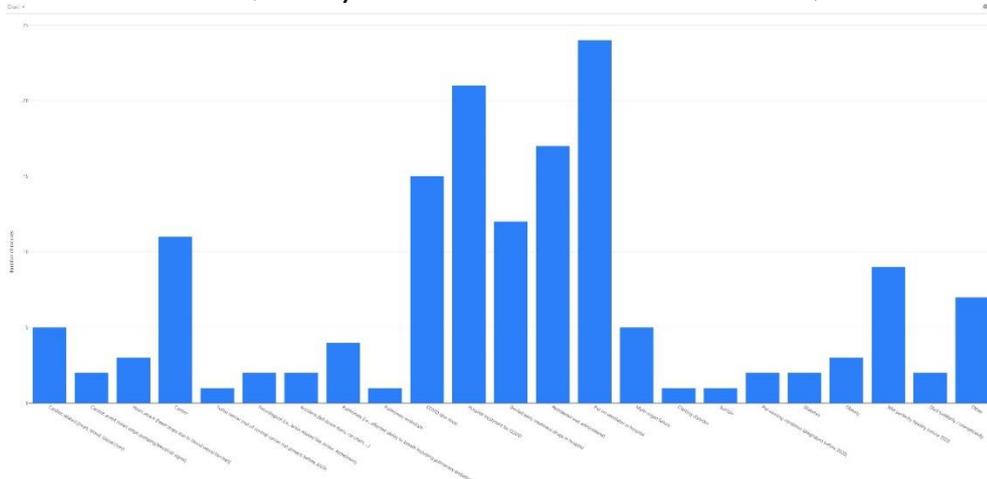
L'article de Kirsch³ présente les résultats d'une enquête récente qu'il a menée. Elle comportait quatre questions : l'âge, le fait que la personne décédée ait été vaccinée ou non, l'année du décès et la cause du décès. Si le nombre de réponses est faible, l'examen des tendances permet néanmoins de dégager des enseignements importants.

Tout d'abord, nous avons les données de base de 2020, qui montrent que le cancer était le tueur numéro 1 des Américains de moins de 65 ans, suivi par le traitement hospitalier pour le Covid. Les cancers turbulents représentaient un neuvième des rapports de cancer, et aucun décès dû à une myocardite n'a été signalé.

Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, les conditions préexistantes étaient la principale cause de décès en 2020. Le cancer était en deuxième position, l'infection à Covid en troisième et les événements cardiaques en quatrième. Il n'y a pas eu de décès par cancer turbulent, ni de décès par myocardite. Kirsch s'intéresse ensuite aux différences entre les vaccinés et les non-vaxés en 2021 et 2022.

Les causes de décès des non-vaccinés [non-vaxés] en 2021 et 2022

En 2021 et 2022, la principale cause de décès chez les personnes de 65 ans et moins était le traitement hospitalier pour le Covid. Les incidences de la mort subite, de l'embolie pulmonaire et des cancers turbulents étaient toutes faibles, et il n'y avait aucune cause de décès inconnue, ni aucun décès par myocardite.



Différence frappante dans les décès par cancer entre les personnes soumises à un traitement par injection et celles qui ne le sont pas

Kirsch résume les trois différences les plus frappantes entre les personnes vaccinées et non vaccinées⁴ :

- 1) *« Les taux de mort subite sont hors normes pour les vaccinés par rapport aux non vaccinés pour les personnes de moins de 65 ans.... C'est la première cause de décès dans ce groupe d'âge... ».*
- 2) *La myocardite comme cause de décès est maintenant enregistrée pour les deux tranches d'âge, mais seulement pour les vaccinés...*
- 3) *Les problèmes cardiaques en tant que cause de décès chez les jeunes vaccinés (<65 ans) sont significativement plus élevés que chez leurs homologues non vaccinés. »*

Comment les vaccins Covid augmentent le risque d'infections et de cancer

L'explosion des taux de cancer est précisément ce que l'on peut attendre d'un médicament qui affaiblit et détruit votre système immunitaire, ce que font les vaccins Covid. L'article scientifique intitulé *« Innate Immune Suppression by SARS-CoV-2 mRNA Vaccinations⁵ »* décrit comment les injections de Covid suppriment votre système immunitaire inné en inhibant la voie de l'interféron de type I, qui constitue la première étape de la réponse à toutes les infections virales.

La raison pour laquelle l'interféron de type I est supprimé est qu'il répond à l'ARN viral, et l'injection Covid ne contient pas d'ARN viral. L'ARN est modifié pour ressembler à l'ARN humain, de sorte que la voie de l'interféron n'est pas déclenchée. Par conséquent, le vaccin Covid vous rend plus sensible aux infections.

L'un des mécanismes par lesquels le vaccin provoque le cancer est lié au fait que la protéine de pointe du SRAS-CoV-2 détruit 90 % du mécanisme de réparation de l'ADN dans les lymphocytes⁶, un type de globules blancs qui aide l'organisme à combattre les infections et les maladies chroniques comme le cancer. C'est déjà assez grave, mais ce n'est qu'un mécanisme parmi d'autres.

Comment l'injection diminue votre capacité de clairance virale

Des recherches récentes^{7,8} montrent également que les piqûres répétées déclenchent un changement dans les types d'anticorps produits par votre organisme et réduisent votre capacité à éliminer les virus. Jessica Rose passe en revue ces résultats dans son article sur Substack⁹ :

Un article intitulé « Class switch towards non-inflammatory, spike-specific IgG4 antibodies after repeated SARS-CoV-2 mRNA vaccination » a été publié dans Science Immunology le 22 décembre 2022¹⁰.

[Il explique en détail comment une classe d'anticorps qui commande une réponse non inflammatoire (plutôt une tolérance) est prédominante chez les personnes qui ont été injectées à plusieurs reprises avec les produits injectables Covid-19 à ARNm modifié.

Traduction : Au lieu que le pool prévu d'anticorps IgG neutralisants spécifiques du pic soit dominant chez les personnes multi-injectées, un pool d'anticorps associés à la tolérance spécifique du pic est dominant chez les personnes multi-injectées.

Outre la capacité de tolérance, ils ont également montré que les capacités phagocytaires étaient globalement très réduites. Ces activités conduisent à la clairance des agents pathogènes viraux. Les réduire → réduction de la capacité de clairance virale

Pour être clair, ce n'était pas un « peut-être que le profil d'anticorps était un peu différent » C'était un « whoa, il y a une augmentation de 48, 075% des anticorps spécifiques au spike entre la 2^{ème} et la 3^{ème} injection »...

Les anticorps IgG4 parmi tous les anticorps IgG spécifiques de l'épi sont passés en moyenne de 0,04 % peu après la deuxième vaccination à 19,27 % après la troisième ... [Il est important de noter qu'il ne s'agit pas d'une conséquence typique de l'exposition répétée à des antigènes, qu'il s'agisse d'infections naturelles ou de vaccinations ».

La surexposition aux pointes ouvre également la porte au cancer

Comme le note l'auteur de Substack, Brian Mowrey¹¹ :

« C'est une chose complètement folle qu'un lymphocyte B anti-spike décide de faire, et cela reflète une surexposition du lymphocyte B au spike, qui reflète une production super-excessive de spike par le code ARNm de Pfizer/BioNTech....

Il n'est pas normal de produire des IgG4 lorsque les rencontres répétées avec un virus sont espacées au cours d'une vie, mais l'exposition à un antigène déclenchée par injection favorise cette réponse, et les vaccins à ARNm accélèrent cet effet ...

Il n'y a aucune raison de prédire que cela serait « bon » dans une réponse antivirale... On pense que « l'usure » de la réponse immunitaire de cette manière contribue au développement de la tolérance aux tumeurs. »

Donc, pour résumer les effets en termes simples, le passage des anticorps IgG neutralisants spécifiques du pic aux anticorps IgG4 fait passer votre organisme du mode suppression des tumeurs au mode progression des tumeurs, car les cellules cancéreuses peuvent désormais échapper à votre système immunitaire. Vous devenez « tolérant aux tumeurs », car votre système immunitaire ne recherche plus et n'élimine plus les cellules cancéreuses. Mowrey souligne également que :¹²

« Une fois qu'une cellule B est passée à l'IgG4, elle ne peut plus passer à aucune autre sous-classe d'IgG, car les gènes de toutes ces autres conceptions de base ont été rejetés. Tous les futurs clones de cette cellule B coderont pour le récepteur/anticorps IgG4 pour l'antigène en question. »

Quels autres effets sur la santé peuvent en résulter ?

Pour clarifier, l'IgG4 est une sous-classe du type d'anticorps immunoglobuline G (IgG) qui répond à une exposition répétée et/ou à long terme à un antigène. L'injection d'ARNm évaluée ici était celle de Pfizer, et elle a été comparée à l'injection à base de vecteur viral de Janssen. L'injection de Moderna n'était pas incluse. Il est à noter que ces résultats n'ont pas été observés chez les personnes qui ont reçu la piqûre de Janssen, mais uniquement celle de Pfizer, le Comirnaty jab.

La comirnaty... induit un passage d'une classe d'anticorps de compensation virale à une classe d'anticorps induisant une tolérance, et ce n'est pas le statu quo pour les vaccins traditionnels ou les infections naturelles. Le principal problème ici est que ... nous n'avons aucune idée des effets de cet « effet ». ~ Jessica Rose, Ph.D.

Comme l'a noté Rose¹³

« ... l'essentiel ici est que le produit Comirnat ... induit un passage d'une compensation virale à une classe d'anticorps induisant une tolérance, et ce n'est pas le statu quo pour les vaccins traditionnels ou les infections naturelles. Le principal problème ici est que... nous n'avons aucune idée des effets de cet "effet". »

Cela dit, nous pouvons regarder ce qui se passe chez les personnes atteintes d'une maladie liée aux IgG4, et commencer à formuler des hypothèses à partir de là. Comme l'explique Rose, l'une des caractéristiques de la maladie liée aux IgG4 est la fibrose, c'est-à-dire la cicatrisation des tissus, qui peut entraîner le dysfonctionnement d'un organe, sa défaillance et même la mort si elle n'est pas traitée.

Rose étudie maintenant les liens possibles entre ce changement d'anticorps et les dépôts blancs filandreux trouvés chez les personnes décédées après avoir reçu le Covid. S'agirait-il d'une nouvelle forme de maladie du tissu conjonctif ?

Outre le risque de voir les cellules cancéreuses se déchaîner (comme nous l'avons vu dans la section ci-dessus), la prédominance des IgG4 pourrait également avoir de graves conséquences sur le plan auto-immun, étant donné que la protéine de pointe du Covid présente des similitudes avec des protéines humaines.

« Le mimétisme moléculaire a été démontré¹⁴ dans de multiples publications comme étant un problème potentiel en ce qui concerne la protéine spike, car il a été démontré qu'elle partage des motifs avec des protéines humaines », écrit Rose.¹⁵ « Cela signifie que le potentiel d'auto-immunité contre ces protéines humaines est clair et présent.

Dans le contexte de cette publication récente montrant un pool dominant d'IgG4, je dois me demander quelles sont les implications de ce pool dominant pour le mimétisme moléculaire. Ces anticorps IgG4 sont-ils capables de tolérer dans le contexte de notre propre protéine ? »

Ressources pour les personnes lésées par l'injection Covid

Si vous avez reçu une ou plusieurs piqûres et avez subi une blessure, avant tout, ne prenez jamais un autre rappel de Covid, une autre piqûre de thérapie génique à ARNm ou un vaccin ordinaire. Vous devez mettre fin à l'agression de votre système.

Il en va de même pour tous ceux qui ont reçu une ou plusieurs injections de Covid et qui ont eu la chance de ne pas subir d'effets secondaires débilissants. Votre santé peut encore être affectée à long terme, alors ne faites plus de piqûres.

En ce qui concerne le traitement, il y a encore plus de questions que de réponses, et la plupart des médecins ne savent pas quoi faire – en partie parce qu'ils n'ont jamais pris la peine d'administrer un traitement précoce contre le Covid et ne comprennent donc pas comment les différents médicaments et suppléments ont un impact sur la protéine de pointe.

Jusqu'à présent, il semble qu'un grand nombre des traitements qui ont fonctionné contre l'infection grave par le Covid-19 contribuent également à améliorer les effets indésirables du vaccin. C'est logique, car la partie toxique et la plus nocive du virus est la protéine spike, et c'est ce que votre corps entier produit si vous avez reçu le vaccin.

Deux médecins ont commencé à s'attaquer sérieusement au traitement des lésions dues au vaccin Covid : le Dr Michelle Perro (DrMichellePerro.com), que j'ai interviewée à ce sujet, et le Dr Pierre Kory (DrPierreKory.com).

Tous deux s'accordent à dire que l'élimination des protéines de pointe que votre corps produit désormais en permanence est une tâche primordiale. Le remède préféré de Perro pour cela est l'hydroxychloroquine, tandis que celui de Kory est l'ivermectine. Ces deux médicaments se lient et facilitent ainsi l'élimination de la protéine spike.

En tant que membre de la Front Line Covid-19 Critical Care Alliance (FLCCC), Kory a participé à l'élaboration du protocole de traitement post-vaccinal de la FLCCC appelé I-RECOVER. Ce protocole étant continuellement mis à jour au fur et à mesure que de nouvelles données sont disponibles, le mieux est de télécharger la dernière version directement sur le site Web de la FLCCC à l'adresse covid19criticalcare.com¹⁶ (lien hypertexte vers la bonne page fourni ci-dessus).

Le Conseil mondial de la santé a également publié des listes de remèdes qui peuvent aider à inhiber, neutraliser et éliminer la protéine de pointe. Les inhibiteurs qui empêchent la protéine spike de se lier à vos cellules comprennent *Prunella vulgaris*, le thé aux aiguilles de pin, l'émodyne, le neem, l'extrait de pissenlit et le médicament ivermectin.

Les neutralisants de la protéine d'épi, qui empêchent l'épi d'endommager les cellules, comprennent la N-acétylcystéine (NAC), le glutathion, le thé de fenouil, le thé d'anis étoilé, le thé d'aiguilles de pin, le millepertuis, le thé de consoude et la vitamine C. Un article de synthèse de mars 2022¹⁷ suggère de combattre les effets neurotoxiques de la protéine d'épi à l'aide des flavonoïdes lutéoline et quercétine.

L'alimentation à durée limitée (ARM) et/ou la thérapie par le sauna peuvent également aider à éliminer les protéines toxiques en stimulant l'autophagie. Plusieurs autres remèdes de désintoxication peuvent être trouvés dans « *World Council for Health Reveals Spike Protein Detox* ».

Autres traitements et remèdes utiles

Les autres traitements et remèdes qui peuvent être utiles pour les lésions de la mâchoire de Covid comprennent :

– *L'oxygénothérapie hyperbare, notamment en cas d'accident vasculaire cérébral, de crise cardiaque, de maladies auto-immunes et/ou de troubles neurodégénératifs. Pour en savoir plus, voir « La thérapie hyperbare – une modalité de traitement largement sous-utilisée ».*

– *Réduisez votre consommation d'oméga-6. L'acide linoléique est consommé en quantités dix fois supérieures à la quantité idéale chez plus de 95 % de la population et contribue à un stress oxydatif massif qui nuit à votre réponse immunitaire. Les huiles de graines et les aliments transformés doivent être évités avec diligence. Vous pouvez consulter mon article précédent (<https://takecontrol.substack.com/p/linoleic-acid-health-effects>) pour plus d'informations.*

– *Le bleu de méthylène de qualité pharmaceutique, qui améliore la respiration mitochondriale et aide à la réparation des mitochondries. C'est en fait la molécule mère de l'hydroxychloroquine. Une dose de 15 à 80 milligrammes par jour pourrait contribuer à résoudre une partie de la fatigue dont beaucoup souffrent après un accident vasculaire cérébral.*

– *Elle peut également être utile en cas d'accident vasculaire cérébral aigu. La principale contre-indication est la présence d'un déficit en G6PD (une maladie génétique héréditaire), auquel cas vous ne devez pas du tout utiliser le bleu de méthylène. Pour en savoir plus, voir « Les avantages surprenants du bleu de méthylène pour la santé ».*

– *La lumière infrarouge proche, car elle déclenche la production de mélatonine dans vos mitochondries¹⁸, là où vous en avez le plus besoin. En éliminant les espèces réactives de l'oxygène, elle contribue également à améliorer la fonction et la réparation des mitochondries. La lumière naturelle du soleil est composée à 54,3 % de rayons infrarouges¹⁹, ce traitement est donc disponible gratuitement. Pour plus d'informations, voir « Ce que vous devez savoir sur la mélatonine ».*

-Lumbrokinase et serrapeptidase sont deux enzymes fibrinolytiques prises à jeun une heure avant ou deux heures après pour aider à réduire le risque de caillots sanguins.

Dr Joseph MERCOLA
Mondialisation.ca, 09 janvier 2023
Mercola.com

Article original en anglais :

Sudden Death: The No. 1 Cause of Death for Under 65s in 2021 le 6 janvier 2023

Mercola

Traduction MCT publiée sur le blog de Marie-Claire Tellier (<https://marie-claire-tellier.over-blog.com/2023/01/mort-subite.html>)

Sources et références

- ^{1, 3, 4} Steve Kirsch Substack December 27, 2022
- ^{2, 9, 13} Jessica Rose Substack December 27, 2022
- ⁵ Food Chem Toxicol June 2022; 164: 113008
- ⁶ The Expose August 2, 2022
- ^{7, 10} Science Immunology December 22, 2022
- ^{8, 11, 12} Brian Mowrey Substack July 22, 2022
- ^{14, 15} Jessica Rose Substack July 4, 2022
- ¹⁶ Covid19criticalcare.com
- ¹⁷ Molecular Neurobiology March 2022; 59(3): 1850-1861
- ¹⁸ Physiology February 5, 2020 DOI: 10.1152/physiol.00034.2019
- ¹⁹ Journal of Photochemistry and Photobiology February 2016; 155: 78-85

La source originale de cet article est Mercola.com

Copyright © Dr Joseph Mercola, Mercola.com, 2023

Loi Pandémie : Analyse critique de l'arrêt de la Cour Constitutionnelle

La Cour Constitutionnelle a finalement rendu son arrêt à la suite du recours en annulation déposé par les Asbl Grappe et Notre Bon Droit et Thierry Vanderlinden (citoyen et juriste) contre la « Loi Pandémie ». La Cour a rejeté tous les recours.

Ci-dessous, l'analyse critique de cet arrêt rédigée par les requérants.

Restent pendants devant la Cour les recours introduits contre le Décret wallon et l'Ordonnance bruxelloise relatifs à la « situation d'urgence épidémique ». Pas de décision attendue avant l'été.

Bam !

11 mars 2023

Analyse critique de l'arrêt prononcé le 2-3-2023 par la Cour Constitutionnelle rejetant les recours introduits contre la loi du 14-8-2021 dite « loi pandémie ».

Dans le courant du mois de mai 2022, pas moins de dix recours en annulation distincts ont été déposés devant la Cour constitutionnelle contre les dispositions de la loi dite « Pandémie » (loi du 14 août 2022 relative aux mesures de police administrative lors d'une situation d'urgence épidémique).

Un de ces recours a été déposé par les associations sans but lucratif GRAPPE et NOTRE BON DROIT ainsi que par Thierry Vanderlinden. Le recours mettait en évidence, sur base de plusieurs moyens, l'irrespect par cette loi de multiples normes supérieures en matière de protection des Droits de l'Homme. La Cour a décidé, ce 2 mars 2023, de rejeter tous les recours.

L'argument principal invoqué par la Cour – et cité 13 fois dans l'arrêt – pour déclarer les arguments des plaignants non fondés consiste à considérer que ce n'est pas la loi elle-même qui constitue une ingérence dans les droits fondamentaux, mais bien les divers arrêtés qui peuvent être pris en vertu de cette loi par les différents niveaux de pouvoir exécutif : gouvernement, ministre, gouverneur, bourgmestre. Or, attaquer ces arrêtés (quels qu'en soient les motifs) n'est pas de la compétence de la Cour mais bien du Conseil d'État.

Toutefois, il faut souligner qu'introduire un recours devant le Conseil d'État contre l'Arrêté Royal déclarant une situation d'urgence épidémique ne va pas de soi : d'abord, il devra être introduit en extrême urgence puisque cet arrêté doit être confirmé par une loi dans les 15 jours, ce qui implique une très grande réactivité de la part de plaignants éventuels ; ensuite, « l'intérêt à agir » dans le chef des plaignants pourrait être délicat à démontrer puisqu'il s'agira d'une simple déclaration d'urgence épidémique, et non de mesures concrètes.

Dès lors, il sera sans doute préférable d'attaquer ces mesures concrètes en visant les arrêtés édictant les mesures de police administrative, tels que le confinement, le port du masque, la fermeture de certains établissements, etc., en démontrant que ces mesures ne répondent pas (en tout ou en partie) aux 4 critères suivants : nécessité, adéquation, proportionnalité et limitation dans le temps. Mais cela nécessitera une multitude de recours, et donc des coûts relativement élevés qui risquent fort – compte tenu de la situation économique actuelle – de rendre quasi impossible pour le citoyen de faire valoir ses droits en justice.

D'autre part, d'autres éléments relevés par la Cour méritent d'être soulignés :

- § B.26.3 : l'analyse de risque préalable visant à démontrer l'existence d'une situation d'urgence épidémique n'est pas réalisée par un organe « mystérieux et obscur » (selon un des requérants), mais par une cellule d'évaluation créée par un AR. du 31-1-2003 qui précise que celle-ci est « composée des spécialistes et scientifiques compétents de l'ensemble des départements ou services concernés par la gestion et l'analyse de l'événement ». Autrement dit, le Gouvernement peut s'appuyer sur ses propres experts qu'il estime « compétents » (sur base de critères non déterminés) sans devoir se soucier d'avis divergents.

- § B.28.2 : le délai de 15 jours dans lequel l'AR. déclarant une situation d'urgence épidémique doit être confirmé par une loi est justifié par les travaux préparatoires de la loi qui affirment qu'« il faut prévoir suffisamment de temps pour pouvoir mener un débat parlementaire approfondi » : depuis le début de la crise « sanitaire », la quasi-totalité des députés a fait preuve d'un silence assourdissant en raison de la discipline de parti ou de paresse intellectuelle.

- § B.20.1 : les travaux préparatoires de la loi du 14 août 2021 mentionnent explicitement que « la déclaration de la situation d'urgence épidémique n'implique en aucun cas qu'il s'agirait d'un état d'urgence par lequel la Constitution serait suspendue, ce qui ne se peut en vertu de l'article 187 de la Constitution ».

- § B. 58 : « ... aucun des droits et libertés fondamentaux mentionnés dans les différentes requêtes n'est absolu. Des limitations sont admises pour autant que certaines conditions soient remplies, telles que le respect du principe de légalité formelle, du principe de légalité matérielle, du principe de la légitimité et du principe de proportionnalité. »
- § B.50.3 : la Cour de Justice de l'Union européenne définit comme suit les principes de précaution et de proportionnalité : « ... lorsque des incertitudes subsistent quant à l'existence ou à la portée de risques pour la santé des personnes, des mesures de protection peuvent être prises sans avoir à attendre que la réalité et la gravité de ces risques soient pleinement démontrées. Lorsqu'il s'avère impossible de déterminer avec certitude l'existence ou la portée du risque allégué, en raison de la nature non concluante des résultats des études menées, mais que la probabilité d'un dommage réel pour la santé publique persiste dans l'hypothèse où le risque se réaliserait, le principe de précaution justifie l'adoption de mesures restrictives. Ledit principe doit, en outre, être appliqué en tenant compte du principe de proportionnalité, lequel exige que les actes des institutions de l'Union ne dépassent pas les limites de ce qui est approprié et nécessaire à la réalisation des objectifs légitimes poursuivis par la réglementation en cause, étant entendu que, lorsqu'un choix s'offre entre plusieurs mesures appropriées, il convient de recourir à la moins contraignante, et que les inconvénients causés ne doivent pas être démesurés par rapport aux buts visés ».
- Il est aujourd'hui avéré qu'il existait d'autres mesures appropriées pour lutter contre la Covid-19 qui étaient « moins contraignantes » que le confinement ou le CST, mais qui surtout respectaient mieux le principe de précaution que la vaccination de masse aux effets délétères.

On peut donc constater que la Cour a en quelque sorte entériné l'action du gouvernement : limitation des libertés individuelles moyennant le respect de certaines conditions, vernis démocratique apposé par un pseudo débat parlementaire et un état d'urgence théoriquement inexistant, pensée unique en matière scientifique par le recours à ses propres experts, et surtout confortation de la « loi pandémie » par le rejet de tous les recours en annulation et en renvoyant les citoyens devant une autre juridiction : dans ce cas, il faudra attendre une nouvelle pandémie puisqu'aucune mesure de police administrative n'est encore d'application aujourd'hui.

Cette décision vise à endormir notre vigilance à la veille des beaux jours, mais nous devons tous ensemble rester en alerte pour défendre nos droits et libertés !

Le 5 mars 2023.

Les opinions exprimées dans cette analyse n'engagent que la responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de BAM !

Chapô et illustration de BAM !

Source photo : mage recadrée à partir de l'image originale de chokniti sur [Adobestock](#)

Reinfocovid nous présente le livre « Témoignages – Chroniques d’une année folle »



Nous recevons Sandrine, coordinatrice du pôle Témoignages de Réinfocovid, qui nous présente le livre « Témoignages – chroniques d’une année folle ». À travers ce recueil de témoignages, des parents, enfants, soignants, anciens, jeunes, enseignants, des femmes et des hommes, des citoyens ordinaires ont pris la parole pour illustrer l’année 2021 qui fut particulièrement folle. Ce livre, magnifiquement illustré, gardera une trace de ce que nous avons vécu. Pour ne pas oublier.



f i e r t é

Du fond du cœur : nous devons être FIER.E.S, nous sommes aujourd’hui une infime minorité, écrasés par un peuple winner qui a choisi de... fermer les yeux, croire aveuglement, céder à la peur, à son « confort » social et matériel, de se défouler aussi en tapant sur ces imbéciles, ces paranos, ces égoïstes qui ne pensent qu’à eux... Ce qui, au final, reflète leur propre faiblesse d’esprit, leur propre paranoïa, leur propre égoïsme.

Soyons FIER.E.S, AMI.E.S, discrets, aidants, humbles, respectueux, soucieux de soi pour mieux l’être de l’autre.
Nous n’avons pas de haine, pas de leçon à donner.
Nous avons fait un choix, et nous le tenons.
Nous ne nous sommes pas résignés.
Nous n’avons pas cédé.

Le Média en 4-4-2 : Bonjour Sandrine, et bienvenue sur Le Média en 4-4-2. Nous vous recevons afin que vous nous présentiez le livre « Témoignages ». Mais avant d’en parler, pouvez-vous vous présenter et nous expliquer votre rôle à Réinfocovid ?

Sandrine (Réinfocovid) : Bonjour, je fais partie de la team du pôle Témoigner depuis novembre 2020. D’abord comme petite main puis, en mars 2021, en tant que coordinatrice de pôle. Les objectifs du pôle Témoigner sont multiples : l’écoute est primordiale, car les gens étaient pour la plupart désorientés, en colère, et avaient besoin de trouver une oreille attentive, car ils se sentaient seuls dans un monde devenu fou. Nous les avons écoutés, rassurés, orientés pour d’éventuels soins, pour déclarer les effets secondaires, rejoindre un collectif près de chez eux et se mettre en lien.



Le Média en 4-4-2 : Comment est venue l'idée de sélectionner des témoignages pour en faire le recueil que vous nous présentez aujourd'hui ?

Sandrine (Réinfocovid) : Il était important pour l'équipe de Témoigner de laisser une trace historique de la folie qui s'est emparée des gens ces deux dernières années. Sur le site Réinfocovid il y a eu des milliers de témoignages publiés (2 250 très exactement) ; tous plus touchants les uns que les autres. Tous les publier en version papier n'était pas envisageable, malheureusement. Nous avons donc opté pour une sélection. Le choix a été cornélien. Alors avec Julia, mon acolyte, nous avons cherché les témoignages les plus touchants et représentatifs de chaque sujet abordé : les ados, les anciens, les soignants, les enseignants, les enfants, les pass... De cette sélection sont ressortis trente témoignages et une petite cerise sur notre gâteau écrite par Éloïse, 14 ans. Des interludes sont parsemés dans le recueil, cinq au total, composant la partie plus légère, décalée et humoristique du livre. Une respiration parmi les témoignages.



Le Média en 4-4-2 : Une fois cette sélection de trente témoignages effectuée, comment s'est passée la conception de cet ouvrage ? Qui a eu l'idée des magnifiques illustrations ? Et qui en est l'auteur ?

Sandrine (Réinfocovid) : Ce beau projet a rassemblé six membres de Réinfocovid : Julia et moi du pôle Témoigner, Mihuma, Florence, Stéphane et Fabien. Chacun d'entre nous a contribué à la naissance de ce livre. Les aquarelles qui illustrent les témoignages ont été réalisées par Julia. Une petite touche de douceur et de sensibilité où toutes les feuilles, symboles de vie, sont différentes et pourtant amenées à faire un tout. Image de notre différence et de notre lien en même temps. Cette période aura eu pour conséquence de créer du lien avec des personnes de tous les horizons et de toute la France, voire même au-delà de nos frontières.



Le Média en 4-4-2 : Vous avez donc choisi d'immortaliser ces témoignages dans un ouvrage. Pouvez-vous nous expliquer comment se le procurer ? Il nous semble qu'il est en précommande ?

Sandrine (Réinfocovid) : Exactement, notre livre est en précommande sur le site de vente « Contre Propagande » que nous remercions chaleureusement d'avoir accepté de nous aider à la diffusion. Nous remercions également Réinfo Liberté pour son soutien. Nous espérons qu'il vous touchera et qu'il trouvera son public. Nous y avons mis tout notre cœur. Je tiens à préciser que ce livre de 120 pages sera au prix mini de 10 € frais de port inclus, le but n'étant pas de faire des bénéfices. Notre équipe ainsi que les témoins ne toucheront rien de ces ventes. Si bénéfices il y a, ils seront reversés à la presse indépendante qui nous a grandement aidés à y voir plus clair et à Réinfo Liberté pour financer d'autres projets.



Réaction au pass vaccinal

Je le sens, c'est au fond de moi, dans mon ventre, on m'attaque, c'est violent, mon cœur s'accélère, ma gorge se serre, mes larmes montent, je panique. Ce monde je n'en veux pas, je ne le comprends pas.

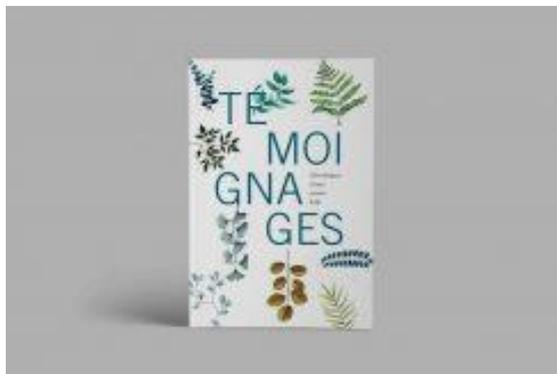
Pourquoi n'y a-t-il pas plus de monde qui s'indigne, où sont les historiens, les philosophes ? La liberté se meurt, l'égalité disparaît, la fraternité n'existe plus. Personne pour les défendre, le monde baisse la tête, « tant pis pour eux, ils n'ont qu'à se faire vacciner ». Comment peut-on ne pas voir que ces décisions sont graves et irréversibles si on ne bouge pas TOUS maintenant ?

Le Média en 4-4-2 : Merci Sandrine pour cette présentation ! Nous vous laissons le mot de la fin.

Sandrine (Réinfocovid) : Ce livre est une belle fin pour notre pôle qui est voué à disparaître avec l'archipélisation de Réinfo. Il symbolisera la fin d'une histoire et le début d'une autre aventure. Puisque tout continue. La résistance ne fait que commencer.

Retrouvez « TEMOIGNAGES – chroniques d'une année folle » en pré-commande sur le site Contre Propagande.

Sur les 10 € du livre (frais de port inclus), 1 € sera reversé à l'association *Le Média en 4-4-2*, pour défendre une information libre et indépendante.



Publié le 13 décembre 2022

<https://lemediaen442.fr/reinfocovid-nous-presente-le-livre-temoignages-chroniques-dune-annee-folle/>

Johan Hoebeke « Le but politique ici ce n'est pas de réfléchir sur la santé mais de taper sur la Chine »



La fin de l'année 2022 et le début 2023 ont été marqués par de nombreuses gesticulations médiatiques et discours attisant la peur à propos du covid venant de Chine. Il y a quelques jours la Commission européenne se réunissait et décidait d' « encourager » les États membres à introduire l'obligation pour tous les passagers en provenance de Chine de se soumettre à un test Covid dans les 48 heures avant leur départ. Qu'en est-il de la réalité scientifique ? Pourquoi uniquement se focaliser sur les voyageurs de Chine ? Nous faisons le point avec le chercheur Johan Hoebeke.

Comment réagissez-vous aux dernières informations sur le covid et les mesures prises par l'Union européenne il y a quelques jours ?

Lundi matin, j'ai écouté Hamid Faljaoui qui présentait la chronique économique à Musique 3 et il répétait tous les poncifs que l'on entend tous les jours du matin au soir. Le message qu'il répétait était : « Ces Chinois qui ont fait des lock-downs c'est une catastrophe, tout le monde est contaminé, on attend des millions de morts, leurs vaccins ça ne marche pas », etc.

De mon côté, je me suis penché sur ce que disaient les revues scientifiques. Tout d'abord, la mortalité : les données de l'OMS disent que les contagions en Chine s'élèvent à onze millions sur un milliard et trois cents millions de Chinois, ça fait moins de 1 %. En comparaison, en Belgique, on a eu quatre millions neuf cent mille contaminations, ça fait 44 %. Le nombre de décès que donne l'OMS est 32 800, pratiquement la même chose qu'en Belgique pour une population de 11 millions. On est pratiquement à cent fois moins de décès en Chine qu'en Belgique. Donc, dire que la politique chinoise n'a pas fonctionné est ridicule quand on compare avec la Belgique. J'ai regardé pour d'autres pays occidentaux, c'est à peu près la même chose. Aux États-Unis, il y a eu cent millions de contagions et un million de morts. Dire que la politique chinoise n'a pas marché est inexact étant donné les chiffres que l'on a, que ce soit des contaminations ou des décès.

L'autre poncif est de dire qu'en Chine, ils ont un vaccin qui ne marche pas alors que nous on aurait un vaccin qui marche à merveille. On a bien vu que les vaccins en Occident sont super efficaces ! (*ironie*). On n'invente rien en disant que la plupart des gens vaccinés ici ont eu la maladie par après. L'efficacité du vaccin ARN, c'est une invention. La communication de Pfizer a bien fonctionné, mais il n'y a aucune réalité tangible derrière cela. J'ai regardé en Belgique, entre la troisième et la quatrième vague, on est passé de 5 % de Belges vaccinés à 70 %. Mais quand on compare les chiffres officiels de Sciensano de décès par le covid et le nombre d'hospitalisations avec le covid, on voit qu'il n'y a aucune différence entre la troisième et la quatrième vague. On est pourtant passé de 5 à 70 % de vaccinations. Cela signifie que s'il y a un effet, il est vraiment minimal. Pour la Chine comme pour l'Occident, le problème est qu'une fois que les variants sont apparus, le vaccin n'avait plus d'effet, surtout avec Delta et Omicron.

Des publications montrent clairement que ces vaccins sont inefficaces contre ces variants. Pourtant, j'ai entendu dans les radios et télévisions françaises que l'on pousse encore les gens à se faire vacciner avec ces vaccins dirigés contre un virus qui n'existe plus. Ce sont des publicités mensongères au profit de Pfizer et autres grosses boîtes pharmaceutiques occidentales.

Une étude a été faite pour comparer les neuf vaccins dont deux vaccins chinois. (1) C'est paru avant les nouveaux variants, et l'étude disait qu'il n'y a pas de différence significative pour prévenir les maladies symptomatiques dans la population âgée. Tous les vaccins ont la même efficacité ou le même manque d'efficacité. Il n'y a pas de différence statistique sur les risques de covid sévère. On entend si souvent que la Chine aurait un mauvais vaccin comme le dit Faljaoui, mais il n'y a aucune preuve scientifique qui le dit.

On sait maintenant qu'au plus il y a de variants, au plus ils sont plus contagieux, mais ils sont moins sévères. Les gens qui prévoient un million de morts ne tiennent pas compte du fait que l'omicron qui sévit en Chine est aussi ou moins dangereux que le virus de la grippe. Et même avec les prévisions les plus pessimistes, il y aurait trois fois moins de mortalité en Chine que chez nous.

Une information venant de CNN que l'on ne peut pas qualifier de pro-chinois, disait que le pic de la vague Omicron en Chine dans les villes peuplées est passé. Dire que les Chinois étaient mal préparés et que c'est une catastrophe, je pense que c'est pour cacher la mauvaise gestion à laquelle on a pu assister en Europe et en Occident en général, sur les malades et les règles qui ont été mises en place pour diminuer la contagion. Tout le monde le sait, le pass vaccinal était ridicule, parce que le vaccin n'arrêtait pas la contagion. Ce pass était inutile. Toutes ces mesures ont été utiles pour qui ? Pour les Bill Gates et autres grandes compagnies qui ont fait des profits incroyables.

Est-ce qu'on peut dire que les informations et analyses des pays occidentaux sont systématiquement biaisées quand il s'agit de la Chine ?

Oui, les journalistes agissent de manière bête et méchante dans le sens où ils prennent des chiffres venant d'une seule source, on ne sait pas d'où et les annoncent absolument partout. Moi je vois que finalement il y a 34 000 décès sur un milliard et trois cents millions de Chinois. Ce chiffre va encore augmenter, mais de manière moins forte vu que le pic est passé.

Il y a une mise en doute systématique des informations chinoises...

Oui, mais en ce qui me concerne, je parle des données de l'OMS. L'information diffusée par les médias dominants amène la confusion avec toutes sortes d'informations et des prises de position incessantes, notamment au rythme des réseaux dits sociaux, alors que l'analyse exige du recul.

Il faut faire attention parce qu'en Occident, on a exagéré le nombre de décès, car tous les gens qui sont morts avec le virus ne sont pas nécessairement morts à cause du virus, mais ils étaient contaminés avec le virus. On a également donné des chiffres farfelus pour les contaminations pour faire peur aux gens. De fait, beaucoup de gens ont été contaminés sans avoir été malade ou seulement avec un léger rhume. De plus les hôpitaux avaient intérêt à compter toutes les contaminations, même asymptomatiques, comme covid positif. Ainsi tu pouvais être compté comme cas covid alors que tu entrais à l'hôpital pour une jambe cassée. Cela permettait aux hôpitaux en Belgique et en France de recevoir plus de financements. Si l'argent est dominant dans la santé, on n'est plus sur des mesures réellement sanitaires.

Pour en revenir au sujet de ces jours-ci, les tests covid pour les voyageurs chinois, est-ce légitime selon vous ?

Non ce n'est pas sérieux scientifiquement. C'est une blague complète. Des experts du gouvernement hollandais l'ont dit hier, que ça ne servait à rien de les tester à leur départ puisqu'il s'est avéré que ces mesures n'ont jamais arrêté la propagation du virus ! Pourtant le gouvernement hollandais a dit qu'il fallait tester tous les gens qui viennent de Chine. Leur explication est que, puisque les autres pays européens le faisaient, ils avaient peur que tous les Chinois, en voyage en Europe, veuillent passer par Schiphol !

De plus, on sait que le variant dominant en Chine actuellement est déjà passé en août 2022 en Europe. Ce n'est pas un nouveau variant, il s'est montré très peu virulent, mais très contagieux. C'est à travers « nous » qu'il a été envoyé en Chine. Et maintenant, on pose des difficultés aux Chinois pour un même virus présent chez nous il y a peu. Par ailleurs, le nouveau variant qui inquiète l'OMS, d'où est-ce qu'il vient ? Des États-Unis ! Est-ce que l'on contrôle les voyageurs qui viennent de New York ? On tape sur l'Est, bien que le virus à observer vient de l'Ouest ! Le but politique ici n'est pas de réfléchir sur la santé, mais de s'attaquer au péril jaune, vu comme incompetent. Il y a encore cette arrogance occidentale, ce discours dominant qui consiste

à dire nous sommes les meilleurs, les autres ne savent pas quoi faire. Mais je le répète, les chiffres de la Chine ne sont pas mauvais comparés aux occidentaux.

Il y a un an ou plus, c'était vu comme complotiste de dire cela.

Selon le Wall Street Journal, ce nouveau variant a son origine dans la recombinaison de deux autres variants omicron. La possibilité d'une telle recombinaison est probablement due à la super-vaccination avec des vaccins auxquels ils ont échappé. Il y a un an, on aurait été taxé de complotiste si on avait osé parler des dangers de la vaccination pendant une pandémie. Maintenant, c'est publié dans Wall Street Journal et Nature. Mettre des scientifiques sérieux de côté, trop critiques, en les stigmatisant comme antivax était la manière la plus facile de fermer le débat.

Or, qui sont ces experts qui ont proclamé les dogmes officiels sur la pandémie ? Ce sont des directeurs de laboratoire financés par Pfizer, GSK, Janssen etc. Ou qui avaient des avantages financiers dans l'utilisation des tests PCR pour détecter le virus. S'ils osaient aller à l'encontre du dogme imposé par les firmes pharmaceutiques et les vendeurs de tests, ils auraient dû fermer leur laboratoire puisque l'État ne paye pratiquement plus la recherche publique.

Au début, on entendait les experts dire « Oui le vaccin c'est la solution parce que SARS COV 2 a un mécanisme de réparation de l'ARN qui empêche l'apparition de nouveaux mutants ». Ils ont dit et répété que le vaccin empêche la transmission. Malgré leurs erreurs, ils ne se sont jamais excusés. Ils ont besoin de Pfizer, GSK et compagnie pour leurs laboratoires.

Ils sont maintenant en train de tester les eaux sales des avions. Est-ce que c'est un hasard si les mêmes « experts » demandant maintenant de tester les eaux sales des avions provenant de Chine sont ceux que l'État payera pour faire ces tests ?

Ce n'est pas sérieux de faire ces tests ?

Et bien non parce que dans l'avion ce sont principalement des urines et pas des selles. Puis la période entre le départ et l'arrivée font qu'il n'y a pratiquement pas de virus trouvé dans ces analyses. C'est confirmé par une porte-parole de l'université de Louvain qui le dit bien, ils ne trouvent pratiquement pas de virus. Mais faire des séquençages, ça coûte de l'argent. Et qui paie ? Le contribuable ! De fait, en 2020 et 2021, l'État a déjà payé vingt millions d'euros pour des tests qui n'ont jamais été faits.

Par contre pendant ce temps, les hôpitaux ne sont pas refinancés

Oui, c'est une question d'argent, mais c'est la santé des gens qui en pâtit. Les hôpitaux malheureusement doivent se débrouiller pour trouver l'argent.

Vous avez un mot pour la fin ?

De tout ce qui précède, il est clair que ce n'est pas la santé publique qui est importante dans la politique suivie pour enrayer la Covid-19. C'est une politique favorisant les grandes compagnies pharmaceutiques et stigmatisant la Chine pour des raisons géopolitiques.

Robin DELOBEL, 12 janvier 2023

(1) Rotshild et al., Science Reports. 2021 Nov 23;11(1):22777. Doi : 10.1038/s41598-021-02321-z

Source : <https://www.investigaction.net/fr/johan-hoebeke-le-but-politique-ici-ce-nest-pas-de-reflechir-sur-la-sante-mais-de-taper-sur-la-chine/>

À quel moment surviennent les effets secondaires liés à la vaccination anti-Covid ?

Les vaccins à ARN messager ont été utilisés comme principale mesure pharmacologique contre la pandémie de Covid-19. Présentée d'emblée comme « sûre et efficace », cette nouvelle génération de vaccins est radicalement différente de celles développées traditionnellement et pour lesquelles les effets indésirables (EI) potentiellement associés ne sont pris en compte au Québec que durant une période standard de 6 semaines. Ce délai correspond-t-il à la réalité ? Dans cette étude rétrospective et observationnelle, nous avons cherché à évaluer la chronologie des affections nouvelles ou aggravées survenant après l'administration de vaccins anti-Covid en nous basant sur les modifications des dossiers pharmacologiques de patients adultes vaccinés au Québec et ayant connu des événements liés à la santé entre le 30 septembre 2021 et le 15 juillet 2022. 112 patients adultes ont signalé des modifications de leur dossier pharmacologique survenues en moyenne près de 12 semaines après leur deuxième ou troisième injection. Les affections les plus fréquentes étaient les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le zona. Enfin, 19 patients sont décédés en moyenne 17 semaines après leur dernière injection. Il conviendrait donc d'étendre la période de prise en considération des effets secondaires post-vaccination

Hélène BANOUN (pharmacienne biologiste, ancienne chercheuse INSERM, France) et Patrick PROVOST (Centre de recherche CHU de Québec-Université Laval et Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Canada).

Cet article est actuellement en pré-print (voir ici : <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2327212/v1>).

Conflit d'intérêts : cette recherche n'a pas été financée et les auteurs déclarent qu'elle a été menée en l'absence de toute relation commerciale ou financière qui pourrait être interprétée comme un conflit d'intérêts potentiel.

Introduction

Les vaccins à base d'ARN messager (ARNm) et les vaccins adénoviraux exprimant la protéine Spike du SRAS-CoV-2 ont été promus par les entreprises pharmaceutiques, les organismes gouvernementaux, les associations médicales et les médias du monde entier comme la principale mesure sanitaire destinée à lutter contre la pandémie de Covid-19 (Kis et al., 2021). Les campagnes publicitaires ont rapidement présenté cette nouvelle génération de vaccins, autorisée pour une utilisation d'urgence, comme étant « sûre et efficace ». Actuellement toujours en phase 3 des essais cliniques, consultables par le public sur le site des Clinical trials (voir aussi le protocole Pfizer/BioNTech), la sécurité et l'efficacité de ces injections restent à confirmer, leurs effets bénéfiques et indésirables à court, moyen et long terme restant à documenter de manière approfondie et leur lien avec les injections à établir et à étudier de manière indépendante (Fraiman et al., 2022).

Plusieurs obstacles subsistent pour décrire la nature précise et la véritable incidence des effets indésirables (EI) associés à cette vaccination, notamment les directives des ordres professionnels, la sensibilisation de la communauté médicale, la surveillance passive des EI et leur déclaration (Lazarus et al., 2010), ce qui pourrait constituer l'angle mort de la crise sanitaire (Provost, manuscrit soumis). Selon Tom Shimabukuro du CDC d'Atlanta et ses coauteurs, le taux de déclaration de ces EI peut être inférieur à 1% selon le type d'EI et le type de vaccin (Shimabukuro et al., 2015).

La durée de suivi recommandée pour les effets indésirables des vaccins en général, et des vaccins anti-Covid en particulier, est très mal définie et souvent contradictoire selon les références. La Brighton Collaboration, qui est chargée de surveiller les profils de sécurité et les rapports bénéfice/risque des vaccins, a publié un guide pour la surveillance de certains effets indésirables des vaccins en général. La plupart des documents font références aux vaccins antérieurs à ceux contre la Covid et principalement aux vaccins pédiatriques. Les durées de suivi sont parfois spécifiées (28 jours pour les Guillain-Barré, 10 jours pour les vasculites, 28 jours après un vaccin anti-pneumocoque, 42 jours pour les Kawasaki, 28 jours pour les pertes d'audition) et parfois non spécifiées (paralysie de Bell, thrombose et thromboembolie). Dans les documents actualisés récemment, pour les vaccine-associated enhanced disease (VAED) et vaccine-associated enhanced respiratory disease (VAERD), qui sont des phénomènes d'aggravation de l'infection par le vaccin, le suivi peut aller jusqu'à 2 ans ; pour les myocardites, le suivi peut aller jusqu'à plus de 42 jours. Pourtant, les études publiées ne prennent en compte qu'une durée de suivi de 28 jours après la vaccination Covid-19 en ce qui concerne les myo/péricardites. Les documents de la province de l'Ontario (mai 2022) recommandent pour les vaccins une durée de suivi de 2 à 42 jours pour les EI en général et de 42 jours pour les Guillain-Barré; il est signalé un

guide supplémentaire pour les vaccins Covid-19, mais le lien internet n'est pas fourni et il nous a été impossible de le retrouver. Enfin, selon une étude de pharmacovigilance des vaccins Covid-19 de la FDA (Wong et al., 2022) publiée en décembre 2022, les personnes vaccinées sont suivies pendant une durée maximum de 42 jours (pendant seulement 28 jours pour les événements indésirables suivants : infarctus aigu du myocarde, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, coagulation intravasculaire disséminée et accident vasculaire cérébral, et pendant 42 jours pour la thrombocytopénie immunitaire, la myo/péricardite, le syndrome de Guillain-Barré, la paralysie de Bell, l'encéphalomyélite, la myélite transverse, la narcolepsie et l'appendicite). Il est précisé dans cette étude que les références concernant la durée de ces fenêtres n'ont pas pu être trouvées dans la littérature et qu'elles sont plutôt basées sur les commentaires des cliniciens. Cependant, les vaccins à ARNm et à vecteur adénoviral ont un contenu et des mécanismes d'action (c.-à-d., pharmacodynamiques) très différents de ceux des vaccins traditionnels, et il n'existe aucun précédent d'une période minimale optimale de surveillance post-vaccination nécessaire pour saisir les EI liés à ces nouvelles technologies. La seule nouveauté de ces approches, désormais appliquées à la population à l'échelle mondiale, devrait suffire à remettre en question cette période de 6 semaines après la vaccination pour considérer l'apparition d'une nouvelle affection ou son aggravation comme un EI potentiel méritant d'être étudié. La prise en compte d'une période relativement courte de 6 semaines exclut la possibilité de détecter des problèmes de santé à développement lent ou plus insidieux qui prennent davantage de temps pour devenir symptomatiques et pourraient affecter les patients à long terme. Si les nouvelles affections ou les aggravations qui surviennent plus de 6 semaines après la vaccination sont systématiquement écartées par les organismes de santé, elles risquent de passer inaperçues et de laisser les scientifiques dans l'incapacité de réaliser une analyse observationnelle et descriptive et, si nécessaire, d'alerter les autorités.

Par conséquent, nous avons exploré une source alternative de données de santé, enregistrée par les pharmaciens suite à la réception de nouvelles prescriptions ou de modifications de prescriptions antérieures liées à la survenue d'une nouvelle pathologie ou à l'aggravation d'une pathologie existante. La raison pour laquelle nous considérons cette source de données est la suivante : les personnes qui s'inquiètent de leur santé et/ou qui connaissent des changements significatifs de leur état de santé consultent généralement leur médecin ou se rendent dans un établissement de soins ou un hôpital. Les patients font alors l'objet d'un diagnostic et, selon que l'affection existante et/ou nouvelle peut être traitée pharmacologiquement ou non, une nouvelle ordonnance de médicament ou la modification d'une ordonnance existante (par exemple, la modification de la dose d'un médicament) est alors transmise à leur pharmacie locale. Par conséquent, cette composante périphérique du système de santé québécois représente une source précieuse d'information sur la santé, fournie indirectement par les médecins praticiens et utilisée par les pharmaciens, qui peut apporter une perspective unique dans l'analyse descriptive des EI post-vaccinaux.

Méthode

Nous avons utilisé un échantillon de patients d'une pharmacie communautaire située dans la région du Bas-St-Laurent-Gaspésie de la province de Québec, qui ont eu de nouvelles prescriptions ou des modifications de prescriptions existantes en raison du diagnostic d'une nouvelle maladie ou de l'aggravation d'une maladie existante, ainsi que des patients dont le dossier a été clos suite à un décès. La période d'étude considérée était comprise entre le 30 septembre 2021 et le 15 juillet 2022. Un consentement éclairé écrit a été obtenu de tous les patients ou de leurs représentants légaux.

Nous avons considéré les variables suivantes : l'âge, le sexe, le type de vaccin reçu, le nombre de doses reçues, le nombre et le type d'affection nouvelle/aggravée (selon la nouvelle/modification de la prescription de médicaments), le temps écoulé entre la date de la dernière vaccination et la date de début de l'affection nouvelle/aggravée, le nombre de comorbidités, les résultats des tests PCR ou antigéniques Covid-19, le diagnostic (c'est-à-dire le type de maladie) d'une affection nouvelle/aggravée et la cause du décès.

Toutes les variables ont été recueillies à partir des dossiers pharmaceutiques, du système de santé du Québec pour enregistrer les numéros de lot du vaccin Covid-19, des informations figurant sur les certificats de décès, et auprès des patients eux-mêmes ou de leur plus proche parent ou représentant légal.

Résultats

Cent douze (112) patients adultes ayant signalé des troubles nouveaux ou aggravés après la vaccination contre le Covid-19 ont été inclus dans cette étude, soit 63 hommes (56,25 %) et 49 femmes (43,75 %) (tableau supplémentaire S1). L'âge moyen de la population était de 67,5 ans et il n'y avait pas de différence significative entre celui des hommes et celui des femmes.

Tous les patients ont reçu au moins une dose de vaccin anti-Covid, mais tous n'ont pas reçu la série complète de deux doses ou n'ont pas continué à recevoir une troisième ou une quatrième dose. (Remarque : nous avons utilisé tout au long de ce manuscrit la troisième et la quatrième dose au lieu de la première et de la deuxième dose de rappel, afin de mieux représenter la chronologie des administrations). À la fin de la période d'observation, seuls 2 patients n'avaient reçu qu'une seule dose, alors que tous les autres reçurent au moins deux doses (35 patients ont reçu deux doses, 62 patients ont reçu trois doses et 13 patients ont reçu quatre doses. Les patients ont reçu au moins l'un des vaccins suivants : Pfizer/BioNTech (76 patients), Moderna (55 patients) ou AstraZeneca (7 patients)/CoviShield (2 patients). Les patients ont reçu une (2 patients), deux (35 patients), trois (62 patients) ou quatre (13 patients) doses du même vaccin (88 patients), et deux (22 patients) ou trois (2 patients) doses de vaccins différents.

Quarante-neuf (49) lots de vaccins différents ont été administrés à ces patients, les représentants les plus fréquents étant Pfizer/BioNTech #EW3344 (N = 20), Moderna #3001658 (N = 14) et Moderna #043D21A (N = 14), AstraZeneca #MT0056 (N = 5) et CoviShield #4120Z003 (N = 2) (Tableau supplémentaire S2).

Apparition ou aggravation d'affections après la vaccination

Les affections les plus fréquentes qui sont apparues ou se sont aggravées chez les patients vaccinés étaient les maladies cardiovasculaires (n=61), le cancer (n= 31, dont deux en attente de confirmation par biopsie), les maladies respiratoires (n=22) et le zona (n= 10, dont deux cas bilatéraux). Les autres symptômes (n=10) comprennent une fatigue intense, une infection, une inflammation des ganglions lymphatiques et une hémorragie.

La plupart des patients ont connu une seule affection nouvelle ou aggravée (n=100) et 10 patients ont connu deux affections nouvelles ou aggravées, 1 patient en a connu trois, et 1 patient en a connu quatre. Il n'y avait pas de différence significative entre hommes et les femmes (Fig. 1). Le temps médian écoulé entre la dernière dose administrée et l'apparition de la première affection nouvelle ou aggravée était de 11,57 semaines. La majorité des patients (76%) ont connu l'apparition de l'affection nouvelle/aggravée plus de 6 semaines post-vaccination, et seulement 26 (24%) avant 6 semaines. Dans le groupe de patients ayant présenté une affection nouvelle ou aggravée 6 semaines après la vaccination, le temps médian écoulé était de 15 semaines, et dans le groupe ayant présenté une affection nouvelle ou aggravée avant 6 semaines après la vaccination, le temps médian écoulé était de 4,3 semaines.

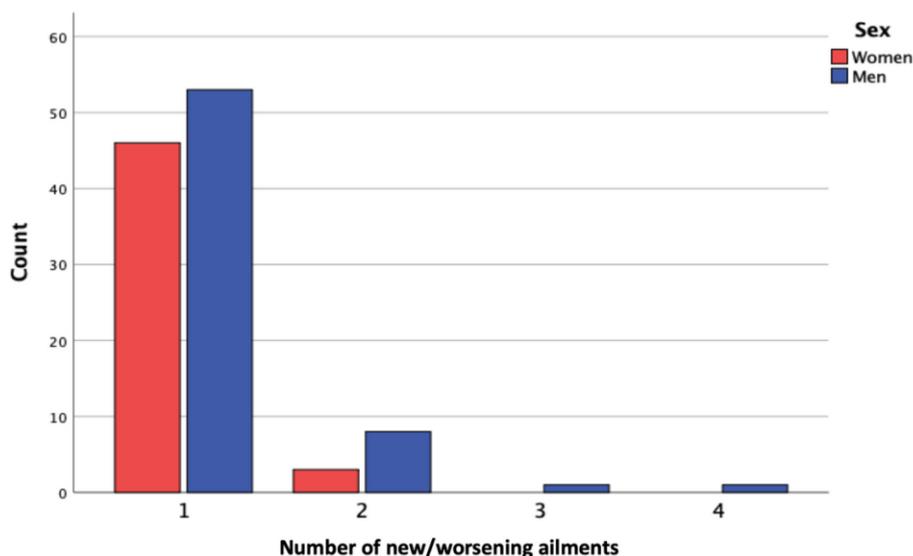


Figure 1

Il n'y avait pas de différence d'âge significative entre les patients dont la première affection nouvelle ou aggravée est apparue avant les 6 semaines suivant la vaccination et ceux dont la première affection nouvelle ou aggravée est apparue après les 6 semaines suivant la vaccination. Il n'y avait pas de différence significative dans la proportion d'hommes et de femmes présentant une première affection nouvelle/aggravée avant ou après 6 semaines post-vaccination (Fig. 2).

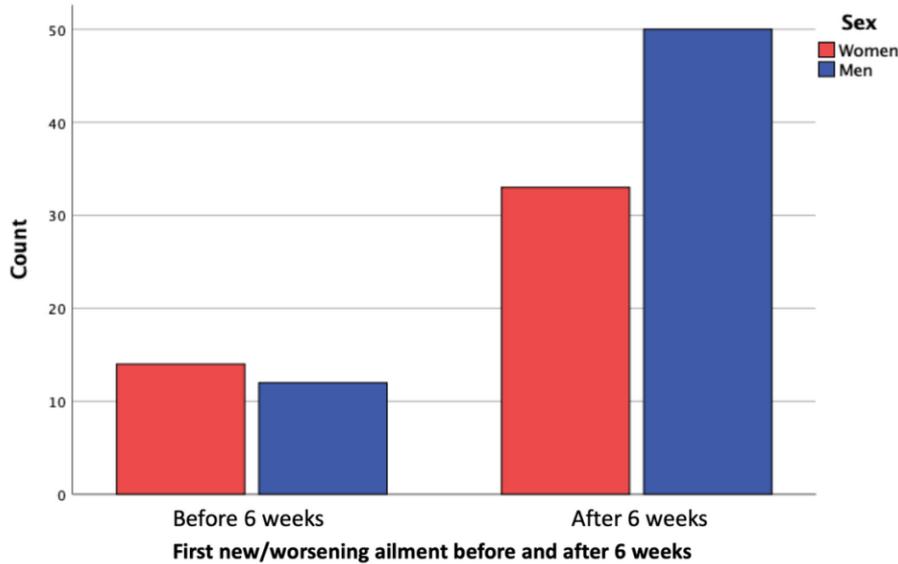


Figure 2

Le temps médian écoulé entre la dernière dose administrée et l'apparition de la deuxième affection nouvelle/aggravée était de 18,2 semaines, toutes survenant plus de 6 semaines post-vaccination. L'âge moyen de ces patients était de 68,8 ans, 75 % étaient des hommes et 25 % des femmes. Un homme de 61 ans a présenté une troisième nouvelle affection, survenue 30 semaines après la dernière dose administrée, et un homme de 82 ans a présenté une quatrième nouvelle affection 21,4 semaines après.

Le nombre de doses administrées avant l'apparition d'une première affection nouvelle/aggravée était d'une dose pour 14 patients, deux doses pour 64 patients, trois doses pour 24 patients et quatre doses pour 7 patients (Fig. 3). En outre, 6 patients ont présenté une deuxième affection nouvelle/aggravée après avoir reçu deux doses, et 5 patients après avoir reçu trois doses. Le patient qui a présenté une troisième affection nouvelle ou aggravée a reçu trois doses, et le patient qui a présenté une quatrième affection nouvelle ou aggravée a reçu 4 doses. Le nombre d'affections nouvelles/aggravées survenues avant 6 semaines était significativement plus élevé chez les patients ayant reçu quatre doses, alors que la plupart des affections nouvelles/aggravées chez les personnes ayant reçu deux et trois doses sont survenues après 6 semaines (Fig. 4). En ce qui concerne le nombre d'affections nouvelles/aggravées survenues chez les patients recevant 1, 2, 3 ou 4 doses, nous n'avons pas trouvé de différences significatives entre les groupes.

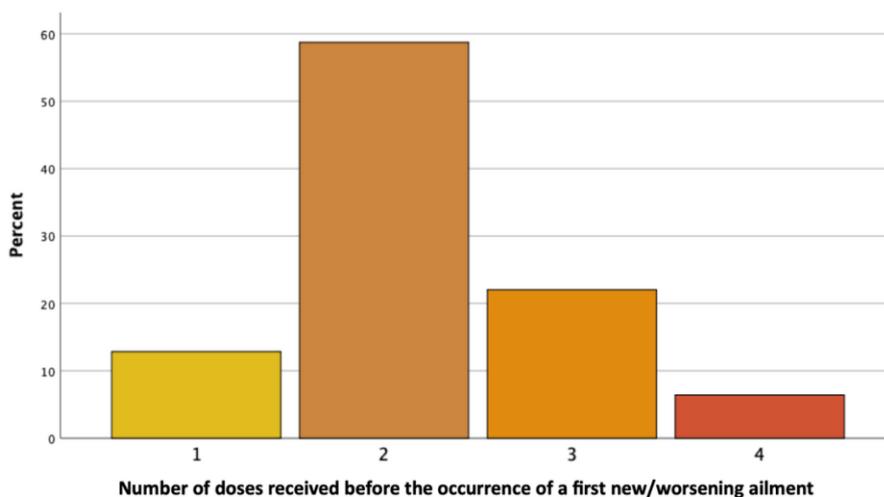


Figure 3

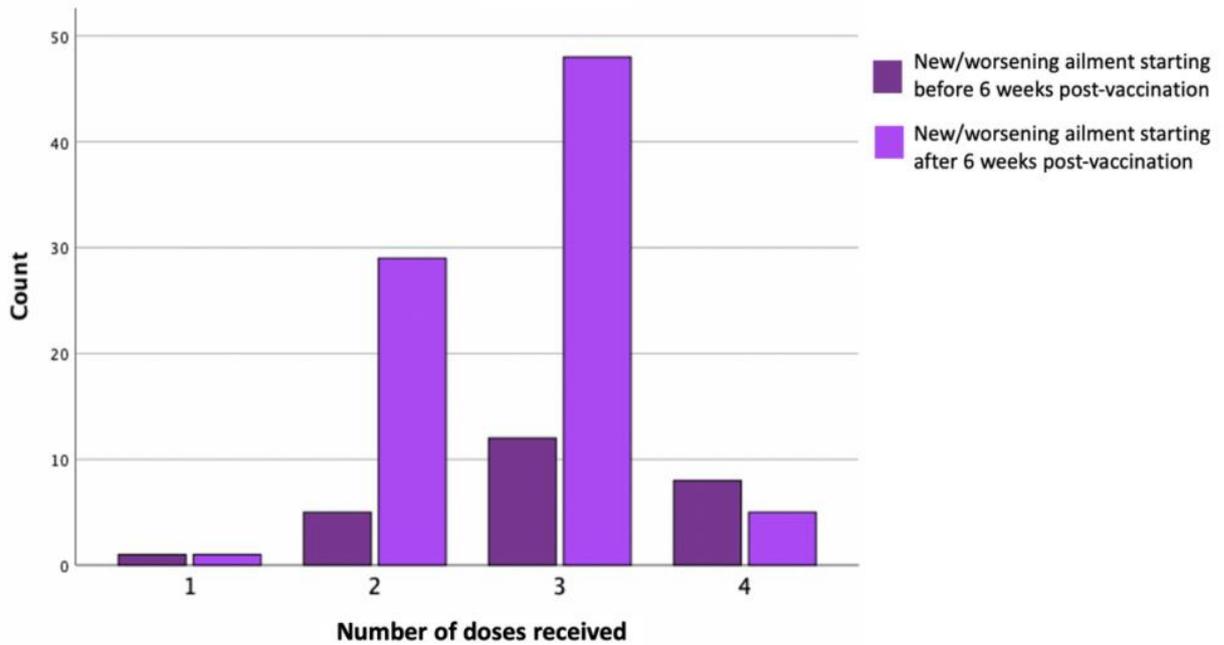


Figure 4

Lors de l'évaluation du nombre d'affections nouvelles/aggravées par type de vaccin, nous n'avons pas constaté de différence significative. De même, le nombre de semaines avant l'apparition d'une première ou d'une deuxième affection nouvelle/aggravée n'était pas significativement différent selon le type de vaccin.

Enfin, nous avons évalué le nombre de comorbidités (par exemple, hypertension, diabète, hypercholestérolémie, etc.) et avons trouvé un nombre médian de comorbidités de 4, avec un nombre de comorbidités significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Le nombre de comorbidités était également significativement plus élevé chez les participants développant une première affection nouvelle ou aggravée avant les 6 semaines suivant la vaccination qu'après les 6 semaines suivant la vaccination. Nous avons également constaté une corrélation négative faible mais significative entre le nombre de comorbidités et le nombre d'affections nouvelles/aggravées des participants, qui a été confirmée en utilisant un modèle linéaire généralisé, en corrigeant pour le sexe, l'âge et le type de vaccin.

Résultats du test Covid-19

Parmi les 112 patients inclus dans l'étude, 33 ont été testés positifs à un test PCR ou antigénique Covid-19 pendant la période d'étude, 48 étaient négatifs et 31 n'ont pas fourni l'information.

Sur les 38 événements liés à la santé survenus chez les 33 patients dont le test était positif, 26 sont survenus après la vaccination mais avant l'infection, tandis que 12 sont survenus après la vaccination et l'infection.

Patients décédés

19 patients (10 hommes, 9 femmes) d'un âge moyen de 78,2 ans sont décédés en moyenne 17,1 semaines après leur dernière injection. Les causes connues du décès étaient le cancer (n=9) ou les maladies cardiovasculaires (n=8). Un patient est décédé à la suite d'une fracture de la hanche, et la cause probable du décès d'un autre patient n'est pas disponible. Seuls deux des 19 patients décédés ont été testés positifs à la Covid-19 dans le mois précédant leur décès.

Discussion

Les autorités sanitaires supposent que les EI associés à la vaccination Covid-19 se produiraient aussi rapidement qu'avec les vaccins traditionnels. Nos résultats suggèrent que, si certains EI surviennent dans les 6 semaines, ce n'est pas le cas de la plupart des EI, ce qui prouve que cette hypothèse est erronée et qu'il faut la revoir. L'utilisation actuelle de la fenêtre temporelle étroite de 6 semaines, qui a été mise en place pour les vaccins traditionnels, laisse les trois quarts (76,1 %) d'EI potentiels hors de portée de toute investigation, ce qui justifie la nécessité d'étendre cette fenêtre temporelle, de sorte que (i) elle englobe la plupart, sinon la totalité, des événements liés à la santé pouvant être liés à la vaccination, (ii) elle soit

spécialement conçue pour cette nouvelle génération de vaccins, et (iii) elle permette une investigation approfondie de la relation entre les événements liés à la santé et la vaccination.

Période d'observation

Nos données ont montré que le délai médian d'apparition des premiers troubles nouveaux/aggravés était de 11,57 semaines après la dernière injection de vaccin anti-Covid. Ce délai est deux fois plus long que le délai de 6 semaines actuellement utilisé par l'Agence de santé publique du Québec qui ne prend pas en compte ni n'enquête sur les EI signalés au-delà de cette période. Notamment, moins d'un quart (23,9 %) des affections nouvelles ou aggravées que nous avons documentées sont survenues dans les 6 semaines et pourraient être utilisées pour établir une relation possible, le cas échéant, avec les vaccins. Avec la période de déclaration actuelle de 6 semaines, les EI post-vaccinaux pourraient être sous-estimés au moins d'un facteur 4, à condition qu'ils soient systématiquement déclarés aux autorités et fassent l'objet d'une enquête, ce qui est très peu probable pour plusieurs raisons discutées ailleurs (Provost, manuscrit soumis). La sous-déclaration globale des EI peut être beaucoup plus importante, car une évaluation de la base de données VAERS a précédemment montré que moins de 1% des EI des vaccins sont déclarés à la Food and Drug Administration (FDA) (Lazarus et al., 2010).

Dans notre étude, le temps médian écoulé jusqu'à l'apparition d'une première affection nouvelle/aggravée survenant après 6 semaines post-vaccination était de 15 semaines, avec une fourchette comprise entre 6 et 47 semaines. De même, le temps écoulé avant l'apparition d'une deuxième affection nouvelle ou aggravée était de 18 semaines, avec une fourchette comprise entre 8 et 60 semaines. Ces délais justifieraient donc l'extension de la fenêtre de déclaration pour enregistrer les affections nouvelles/aggravées en tant qu'EI potentiels à au moins 15 à 18 semaines, jusqu'à un maximum de 60 semaines, afin de fournir une image plus proche de la réalité des vaccins anti-Covid.

Notre étude a également évalué les différences potentielles entre les participants développant une affection nouvelle ou aggravée avant et après 6 semaines post-vaccination, puisque cette information pourrait influencer la fenêtre temporelle pendant laquelle les personnes présentant certaines caractéristiques sont suivies pour enregistrer les EI potentiels. Nous n'avons pas constaté de différence dans l'âge et le sexe des participants qui ont développé de nouvelles affections ou qui ont vu leur état s'aggraver avant ou après 6 semaines après la vaccination. Cependant, nous avons constaté un nombre significativement plus élevé d'affections nouvelles/aggravées survenant avant 6 semaines, chez les participants recevant leur 4^{ème} dose, et chez les participants présentant un nombre plus élevé de comorbidités. Si cette observation est reproduite dans des cohortes plus importantes de participants vaccinés, elle pourrait être utilisée pour optimiser la période de suivi des personnes présentant moins de comorbidités.

La plupart des participants, hommes ou femmes, ayant reçu un nombre quelconque de doses de n'importe quel type de vaccin, n'ont présenté qu'une seule affection nouvelle ou aggravée. Il est intéressant de noter qu'il existe une corrélation faible, mais significative, entre le nombre d'affections nouvelles/aggravées et le nombre de comorbidités. Cela suggère que les patients présentant un nombre accru de comorbidités, qui sont considérés comme présentant un risque plus élevé de complications liées au Covid-19, sont également plus susceptibles de présenter des EI post-vaccinaux.

Relation de cause à effet des EI post-vaccinaux

L'évaluation de la relation causale (ou de l'absence de relation) entre les vaccins anti-Covid et l'apparition d'affections nouvelles ou aggravées nécessite des enquêtes approfondies, dont le succès dépend directement de la quantité et de la qualité des données. C'est pourquoi il faut collecter le plus grand nombre d'informations possible pendant la plus longue période possible, les communiquer aux autorités, les traiter, les classer, les trier et les analyser de manière approfondie jusqu'à ce que le profil de sécurité de cette nouvelle génération de vaccins soit déterminé. Ceci est particulièrement important pour les médicaments, y compris les vaccins, qui modulent les systèmes immunitaires adaptatifs. En effet, contrairement à de nombreux médicaments présentant une relation dose/exposition/toxicité classique, les médicaments qui modulent le système immunitaire peuvent déclencher des processus pathologiques qui évoluent indépendamment de l'exposition et peuvent être révélés ultérieurement, par exemple à la suite d'un « second hit » (rencontre d'un antigène similaire) (Kostoff et al., 2020). S'il s'avère qu'ils sont similaires aux vaccins traditionnels, la période d'observation sera jugée appropriée. Si ce n'est pas le cas, il faudra alors considérer que le ou les mécanismes sous-jacents en jeu peuvent être différents de ceux des vaccins traditionnels et que la période d'observation doit être ajustée/étendue en conséquence. Il s'agit là d'un élément essentiel, car l'apparition, la nature, la gravité et la persistance des symptômes influencent directement l'évaluation du rapport risque-bénéfice des

injections, sans parler des effets secondaires à long terme, l'inconnue de cette équation, qui devront être surveillés et pris en compte. Cette influence peut être telle que, pour une population dans laquelle la vaccination n'a que des avantages limités (par exemple, les enfants en bonne santé) (Banoun, 2022), les risques reconnus peuvent faire pencher la balance en défaveur de la vaccination, ce qui peut également être dû à des raisons éthiques (Kraaijeveld et al., 2022). Si les risques sont tels que le rapport risque/bénéfice devient défavorable à la vaccination des individus jeunes ou en bonne santé, alors des campagnes de vaccination ciblées seraient plus indiquées. Si les risques s'avèrent peser encore plus lourd, alors l'application de la technologie ARNm comme plateforme vaccinale devrait être reconsidérée.

Variations d'un lot à l'autre de vaccins

Nous n'avons pas tenté d'analyser l'association entre des lots de vaccins spécifiques et le nombre et/ou le type d'affections nouvelles/aggravées en raison du faible nombre de patients par lot de vaccins dans notre échantillon, ce qui empêche une analyse statistique valide.

Néanmoins, des variations d'un lot à l'autre du vaccin anti-Covid ont été rapportées précédemment, ce qui suggère que certains lots peuvent être plus problématiques que d'autres. Certains lots sont associés à plusieurs événements liés à la santé, alors que d'autres ne le sont pas. Certaines des divergences entre les lots de vaccins peuvent être dues à leur production accélérée par différents fournisseurs ainsi qu'à leur durée et à leurs conditions de stockage, ce qui entraîne des problèmes de qualité et de contrôle variables.

Une partie des problèmes peut résider dans les variations de l'intégrité de l'ARNm d'un lot à l'autre (Gutschi, 2022). Les organismes de réglementation (FDA, Santé Canada et EMA) se sont fortement inquiétés des quantités étonnamment faibles d'ARNm intactes dans les lots du vaccin mis au point pour la production commerciale, mais aucun seuil – en termes de pourcentage d'intégrité de l'ARNm qu'ils considèrent comme acceptable pour les vaccins contre le Covid-19 – n'a été spécifié par Pfizer, Moderna et CureVac, ainsi que par plusieurs organismes de réglementation (Tinari, 2021). De toute évidence, la molécule d'ARNm complète et intacte est essentielle à son efficacité en tant que vaccin, car même une dégradation mineure, n'importe où sur le brin d'ARNm, peut gravement ralentir ou arrêter la traduction correcte de ce brin et ainsi entraîner l'expression incomplète de l'antigène codé (Crommelin et al., 2021). On peut donc supposer que l'absence d'efficacité ou l'augmentation des effets indésirables associés à certains lots de vaccins peuvent être liés, respectivement, à la dégradation de l'ARNm ou à la présence de fragments d'ARNm, dont certains peuvent coder pour des formes tronquées de l'antigène ayant une bioactivité et des propriétés différentes. À cet égard, la détection de peptides Spike S1 mutants chez des patients qui présentent des symptômes semblables à ceux du Covid long plus de 4 semaines après la vaccination (Patterson et al., 2022) soulève également des préoccupations concernant l'authenticité de la séquence de l'ARNm du vaccin et la fidélité de sa traduction en protéines Spike.

Effets indésirables post-vaccination

Au Canada, en date du 28 octobre 2022 (avec les données jusqu'au 14 octobre 2022 inclusivement), il y a eu un total de 51 714 déclarations d'EI (soit 57 déclarations pour 100 000 doses administrées), dont 10 501 (20,3 %) ont été considérées comme graves (soit 11,6 déclarations pour 100 000 doses administrées). Au total, 382 cas de décès ont été signalés après la vaccination. La prévalence des EI après la vaccination chez les femmes était de 77,1 rapports pour 100 000 doses administrées, contre 31,1 pour 100 000 doses administrées chez les hommes. Le taux combiné d'EI a atteint 108,2 rapports pour 100 000 doses administrées, soit 1 rapport pour 1 000 doses et 1 rapport grave pour 5 000 doses, ce qui est considérable. Ce taux d'EI post-vaccinaux peut être largement sous-estimé car – comme le suggèrent les résultats de la présente étude – la plupart des EI peuvent survenir au-delà de la fenêtre temporelle limitée de 6 semaines pendant laquelle l'apparition d'une affection nouvelle/aggravée est actuellement examinée par les autorités. Au facteur temps, nous pouvons également ajouter le manque de sensibilisation des patients, la possibilité d'automédication pour les maladies nouvelles/aggravées et le manque de déclaration par les médecins, comme discuté ailleurs (Provost, manuscrit soumis). Le taux authentique d'EI, qu'ils soient graves ou non, peut donc atteindre un niveau qui ne peut être ignoré, d'autant plus que les EI à long terme restent inconnus.

Les maladies cardiovasculaires constituent l'affection médicale la plus fréquente qui est apparue ou s'est aggravée chez les participants à notre étude. Au Canada, les complications cardiaques, comme la myocardite/péricardite, représentent 1,53 déclaration d'EI d'intérêt particulier (EIP) pour 100 000 injections, et les complications de l'appareil circulatoire totalisent 1,65 pour 100 000 injections. Ensemble, les complications cardiaques/circulatoires (cardiovasculaires) représentent la moitié des 6,26 rapports pour 100 000 injections pour toutes les catégories d'EI d'intérêt spécial. Cette proportion est très similaire à celle

observée dans notre étude, malgré le nombre relativement faible de patients. La similitude entre ces deux proportions est en faveur de l'attribution de la causalité des EI observés au vaccin, indépendamment du temps écoulé depuis la vaccination. Cette proportion relativement élevée de complications cardiovasculaires pourrait être liée au drainage des composants du vaccin du site d'injection dans la circulation sanguine et à leur contact avec le système vasculaire. D'autres investigations, telles que des analyses sanguines (par exemple, taux de troponine), des analyses histologiques et immunohistochimiques de biopsies tissulaires et des autopsies, devraient être menées pour confirmer ou infirmer tout lien de causalité avec la vaccination anti-Covid (Maiese et al., 2022). Une analyse du *US Vaccine Adverse Events Reporting System* (VAERS) et de la *European Database of Suspected Adverse Drug Reaction* (EudraVigilance) a révélé, pour un nombre équivalent de personnes vaccinées, un risque d'EI cardiovasculaires supérieur de 154 fois pour les vaccins Covid-19 par rapport aux vaccins antigrippaux (Montano, 2022).

En France en 2021, la différence de taux de myocardite avec 2019 et 2020 coïncide avec la campagne de vaccination chez les jeunes individus (Boudemaghe et al., 2022). Dans une étude rétrospective israélienne basée sur une cohorte de 196 992 adultes, aucune augmentation de l'incidence de péricardite ou de myocardite n'a été observée après une infection par Covid-19 (Tuvali et al., 2022). Dans une cohorte de 23 millions de personnes, chez les hommes de plus de 12 ans, l'incidence de la myocardite/péricardite chez les non-vaccinés était de 0,261/100 000 personnes et variait en fonction du calendrier de vaccination : entre 0,322/100 000 personnes (1 dose de Moderna) et 2,402/100 000 personnes (1 dose de Pfizer suivie d'une dose de Moderna) (Karlstad et al., 2022). Une prévalence similaire ou supérieure de myocardite/péricardite post-vaccinale a été rapportée ailleurs : en 2021, les CDC ont rapporté un taux de 3,23/100 000 injections pour les 18-39 ans dans le Vaccine Safe Datalink (Klein, 2021) et une étude israélienne a rapporté un taux de 3,83/100 000 hommes de tous âges après leur 2^{ème} dose (Mevorach et al, 2021), tandis que des données récentes de santé publique de l'Ontario, au Canada, ont fait état d'un taux de 13 pour 100 000 injections, tous âges confondus (Buchan et al., 2022). L'incidence réelle des lésions myocardiques post-vaccinales pourrait cependant atteindre 2,8% (estimée par l'augmentation du taux de troponine), soit 800 fois plus que les myocardites rapportées dans des études rétrospectives.

Fenêtre de protection vaccinale

Nous avons remarqué qu'un patient a été testé positif à la Covid-19 et hospitalisé dix jours après sa quatrième dose de vaccin Pfizer-BioNTech. Ce cas est compatible avec l'hypothèse d'une protection réduite contre la maladie dans les 14 premiers jours suivant l'injection et souligne la nécessité de constituer un groupe distinct de patients (0 à 14 jours post-vaccination) pour l'utiliser dans des analyses comparatives avec d'autres groupes de patients non vaccinés et vaccinés. La facilitation dépendante des anticorps (ADE) peut être impliquée dans la facilitation ou l'aggravation d'une infection à la Covid-19 survenant dans les jours suivant la vaccination (Shimizu et al., 2022 ; Sridhar et al., 2022).

Limites

Le délai deux fois plus long avant l'apparition des EI (11,57 semaines au lieu de 6) rend plus difficile l'établissement d'un lien de causalité avec les injections anti Covid-19. Ce problème peut être contourné en augmentant le nombre de patients vaccinés et en incluant un groupe témoin de patients non vaccinés dans une étude rétrospective de plus grande envergure qui couvrirait également une période similaire avant Covid-19 et/ou avant la vaccination afin de corriger les changements qui ont pu se produire en l'absence de vaccination.

Seuls les patients présentant des EI symptomatiques ou des événements majeurs liés à la santé ayant entraîné des changements dans leurs prescriptions ont été inclus dans notre étude. D'autres patients ayant connu des changements mineurs, qu'ils ont traité par eux-mêmes ou qui ne nécessitaient pas de modifications de leurs médicaments ou de leur dossier pharmaceutique, n'ont pas pu être identifiés et n'ont pas été inclus dans cette étude, contribuant ainsi à la sous-déclaration des EI.

Au cours du printemps 2022, le test PCR est devenu réservé aux travailleurs de la santé et les patients devaient être inscrits à la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour obtenir un kit de détection du Covid-19 antigénique. Par conséquent, nous ne pouvons pas exclure la possibilité que certains de nos patients aient pu avoir la Covid-19 sans avoir été testés positifs ou sans le savoir (asymptomatiques).

Conclusion

La principale conclusion de notre étude est que la plupart des événements liés à la santé, tels qu'enregistrés comme des changements dans les dossiers pharmaceutiques des patients, se sont produits au-delà de la

période d'observation de 6 semaines, qui est actuellement utilisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), appelant ainsi à une extension de cette période et à une révision des directives établies pour la déclaration et les analyses des EI post-vaccination.

L'association entre la vaccination anti-Covid et l'apparition subséquente d'EI n'est pas nécessairement synonyme de causalité. Cependant, les affections nouvelles ou aggravées que nous avons observées chez les patients vaccinés d'une pharmacie québécoise, la période après laquelle elles sont survenues et leur apparition plus rapide en association avec le nombre de doses reçues et le nombre de comorbidités, soulèvent des questions de santé publique suffisamment sérieuses et importantes pour justifier des enquêtes collaboratives plus larges, plus étendues et plus approfondies par des groupes indépendants de pharmaciens et de chercheurs. Des opportunités de financement de recherches indépendantes devraient être lancées pour promouvoir des études rétrospectives bien contrôlées visant à caractériser la nature, l'occurrence et la gravité des effets indésirables associés à cette nouvelle génération de vaccins et, espérons-le, à déterminer tout lien de causalité possible, le cas échéant, avant que leur utilisation ne soit encore plus étendue pour lutter contre les variants du Covid-19 et d'autres maladies infectieuses.

Blog de Laurent MUCCHIELLI, 23/12/2022

Références

- Banoun H. Why are children and many adults not affected by Covid-19? Role of the host immune response. *Infect Dis Res.* 2022;3(3):18. doi:10.53388/IDR20220825018
- Boudemaghe T, Léger L, Perez-Martin A, Suehs CM, Gris J-C. Change in incidence of cardiovascular diseases during the covid-19 pandemic and vaccination campaign: data from the nationwide French hospital discharge database, medRxiv 2022.08.01.22278235; doi: <https://doi.org/10.1101/2022.08.01.22278235>
- Buchan SA, Seo CY, Johnson C, Alley S, Kwong JC, Nasreen S, Calzavara A, Lu D, Harris TM, Yu K, Wilson SE. Epidemiology of Myocarditis and Pericarditis Following mRNA Vaccination by Vaccine Product, Schedule, and Interdose Interval Among Adolescents and Adults in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open.* 2022 Jun 1;5(6):e2218505. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.18505. PMID: 35749115; PMCID: PMC9233237
- Crommelin DJA, Anchordoquy TJ, Volkin DB, Jiskoot W, Mastrobattista E. Addressing the cold reality of mRNA vaccine stability. *J Pharm Sci* 2021;110:997-1001. doi: 10.1016/j.xphs.2020.12.006 PMID: 33321139
- Fraiman J, Erviti J, Jones M, Greenland S, Whelan P, Kaplan RM, Doshi P. Serious adverse events of special interest following mRNA Covid-19 vaccination in randomized trials in adults. *Vaccine.* 2022 Sep 22;40(40):5798-5805. doi: 10.1016/j.vaccine.2022.08.036. Epub 2022 Aug 31. PMID: 36055877; PMCID: PMC9428332. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36055877/>
- Gutschli LM. Quality issues with mRNA Covid vaccine production. Nov. 2, 2022. <https://www.bitchute.com/video/muB0nrznCAC4/>
- Karlstad Ø, Hovi P, Husby A, Härkänen T, Selmer RM, Pihlström N, Hansen JV, Nohynek H, Gunnes N, Sundström A, Wohlfahrt J, Nieminen TA, Grünewald M, Gulseth HL, Hviid A, Ljung R. SARS-CoV-2 Vaccination and Myocarditis in a Nordic Cohort Study of 23 Million Residents. *JAMA Cardiol.* 2022;7(6):600–612. doi:10.1001/jamacardio.2022.0583
- Kis Z, Kontoravdi C, Shattock R, Shah N. Resources, Production Scales and Time Required for Producing RNA Vaccines for the Global Pandemic Demand. *Vaccines (Basel).* 2020 Dec 23;9(1):3. doi: 10.3390/vaccines9010003. Erratum in: *Vaccines (Basel).* 2021 Mar 01;9(3): PMID: 33374802; PMCID: PMC7824664. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33374802/>
- Klein N. Myocarditis analyses in the vaccine safety datalink: rapid cycle analyses and “head-to-head” product comparisons. <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-202110-20-21/08-Covid-Klein-508.pdf>. Accessed on November 11, 2021
- Kostoff RN, Briggs MB, Porter AL, Spandidos DA, Tsatsakis A. (2020). [Comment] Covid19 vaccine safety. *International Journal of Molecular Medicine*, 46, 1599-1602. <https://doi.org/10.3892/ijmm.2020.4733>
- Kraaijeveld SR, Gur-Arie R, Jamrozik E. Against Covid-19 vaccination of healthy children. *Bioethics.* 2022 Jul;36(6):687-698. doi: 10.1111/bioe.13015. Epub 2022 Mar 25. PMID: 35332941
- Lazarus R, Klompas, M., Harvard Pilgrim Health Care, Inc, Steve Bernstein. Electronic support for public health-vaccine adverse event reporting system (ESP:VAERS), 2010
- Maiese A, Baronti A, Manetti AC, Di Paolo M, Turillazzi E, Frati P, Fineschi V. Death after the Administration of Covid-19 Vaccines Approved by EMA: Has a Causal Relationship Been Demonstrated? *Vaccines (Basel).* 2022 Feb 16;10(2):308. doi: 10.3390/vaccines10020308. PMID: 35214765
- Mevorach D, Anis E, Cedar N, Bromberg M, Haas EJ, Nadir E, Olsha-Castell S, Arad D, Hasin T, Levi N, Asleh R, Amir O, Meir K, Cohen D, Dichtiar R, Novick D, Hershkovitz Y, Dagan R, Leitersdorf I, Ben-Ami R, Miskin

I, Saliba W, Muhsen K, Levi Y, Green MS, Keinan-Boker L, Alroy-Preis S. Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccine against Covid-19 in Israel. *N Engl J Med.* 2021 Dec 2;385(23):2140-2149. doi: 10.1056/NEJMoa2109730. Epub 2021 Oct 6. PMID: 34614328; PMCID: PMC8531987

Montano D. Frequency and Associations of Adverse Reactions of Covid-19 Vaccines Reported to Pharmacovigilance Systems in the European Union and the United States. *Front Public Health.* 2022 Feb 3;9:756633. doi: 10.3389/fpubh.2021.756633. eCollection 2021. PMID: 35186864

Patterson BK, Francisco EB, Yogendra R, Long E, Pise A, Beaty C, Osgood E, Bream J, Kreimer M, Vander Heide R, Guevara-Coto J, Mora R, Mora J. SARS-CoV-2 S1 Protein Persistence in SARS-CoV-2 Negative Post-Vaccination Individuals with Long Covid/ PASC-Like Symptoms, 12 July 2022, PREPRINT (Version 1) available at Research Square [<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1844677/v1>]

Shimabukuro TT, Nguyen M, Martin D, DeStefano F. Safety monitoring in the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). *Vaccine.* 2015 Aug 26;33(36):4398-405. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.07.035. Epub 2015 Jul 22. PMID: 26209838; PMCID: PMC4632204

Shimizu J, Sasaki T, Koketsu R, Morita R, Yoshimura Y, Murakami A, Saito Y, Kusunoki T, Samune Y, Nakayama EE, Miyazaki K, Shioda T. Reevaluation of antibody-dependent enhancement of infection in anti-SARS-CoV-2 therapeutic antibodies and mRNA-vaccine antisera using FcR- and ACE2-positive cells. *Sci Rep.* 2022 Sep 16;12(1):15612. doi: 10.1038/s41598-022-19993-w. PMID: 36114224

Sridhar P, Singh A, Salomon N, J. Steiger D. Vaccine-Induced Antibody Dependent Enhancement In Covid-19. *Chest.* 2022 Oct;162(4):A646–7. doi: 10.1016/j.chest.2022.08.506. Epub 2022 Oct 10. PMCID: PMC9548747

Tinari S. The EMA covid-19 data leak, and what it tells us about mRNA instability. *BMJ.* 2021 Mar 10;372:n627. doi: 10.1136/bmj.n627. PMID: 33692030

Tuvali O, Tshori S, Derazne E, Hannuna RR, Afek A, Haberman D, Sella G, George J. The Incidence of Myocarditis and Pericarditis in Post Covid-19 Unvaccinated Patients-A Large Population-Based Study. *J Clin Med.* 2022 Apr 15;11(8):2219. doi: 10.3390/jcm11082219. PMID: 35456309

Wong HL, Tworokski E, Ke Zhou C, Hu M, Thompson D, Lufkin B, Do R, Feinberg L, Chillarige Y, Dimova R, Lloyd PC, MaCurdy T, Forshee RA, Kelman JA, Shoaibi A, Anderson SA. Surveillance of Covid-19 vaccine safety among elderly persons aged 65 years and older. *Vaccine.* 2022 Dec 1:S0264-410X(22)01493-1. doi: 10.1016/j.vaccine.2022.11.069. Epub ahead of print. PMID: 36496287; PMCID: PMC9712075.

La criminalité de Pfizer révélée : la princesse royale de Thaïlande dans le coma après avoir reçu le rappel du vaccin Covid de Pfizer Covid



« Le 15 décembre, environ trois semaines après sa troisième injection de rappel Pfizer, la princesse Bajrakitiyabha Narendira Debyavati s'est effondrée en raison de problèmes cardiaques et est tombée dans le coma.

« La fille aînée du roi de Thaïlande, âgée de 44 ans et probable héritière du trône, était en excellente santé avant d'être vaccinée et de s'effondrer en entraînant ses chiens. »

Les médias ont semblé se désintéresser de l'affaire après une mise à jour le 9 janvier dans laquelle il était indiqué que la princesse restait dans le coma et que, selon le palais, elle souffrait désormais d'une « arythmie cardiaque sévère résultant d'une inflammation consécutive à une

infection à mycoplasme ».

Un porte-parole du gouvernement thaïlandais a déclaré cette semaine au professeur Sucharit Bhakdi que son pays pourrait bientôt devenir le premier au monde à annuler et rendre nuls ses contrats avec le géant pharmaceutique Pfizer et pourrait poursuivre le fabricant de vaccins en dommages et intérêts.

Les propagandistes dans les médias se sont lancés dans une course effrénée pour tenter de discréditer ces nouvelles, et pour affirmer qu'il n'y a « aucune preuve » d'un lien entre le vaccin et la maladie soudaine de la princesse (sans mentionner qu'il n'y a pas non plus de preuve disculpant le vaccin).

Google et d'autres sociétés de Big Tech, ainsi que leurs « vérificateurs de faits » ont à plusieurs reprises diffusé de la désinformation et censuré des informations exactes sur Covid et les vaccins au nom des intérêts de l'industrie du vaccin. » (Sheryl Attikson)

« Le diagnostic qui a été donné par les autorités et par l'université est tellement ridicule – elle est censée avoir une infection bactérienne qui ne fera jamais ce dont elle a souffert.

Nous sommes donc déterminés, et les militants thaïlandais qui travaillent sur ce dossier depuis de nombreux mois – des gars formidables, ainsi qu'un professeur de l'université de Bangkok – ont pris contact avec la famille royale, et nous lui envoyons des informations pour l'alerter sur le fait que, selon toute probabilité, la princesse est victime de cette piqûre, comme tant de personnes dans le monde. » (Sucharit Bhakdi, ancien professeur de microbiologie à l'université de Mayence, en Allemagne).

Dr. Adrian Wong

Is Pfizer in trouble with the Thai government over the Thai Princess' "vaccine injury"? Here are the facts : <https://wp.me/p6DhDK-fHi> #TechARP #Thailand #SucharitBhakdi #Pfizer #COVID19 #Vaccine #Vaccination #Princess #Royalty #Health #Facts #FactsMatter #FactCheck #Thai



11:00 AM · Jan 30, 2023

Les hauts fonctionnaires thaïlandais retirent leurs protections contre Pfizer Bio N Tech et pourraient devenir le premier pays au monde à annuler les contrats entre le gouvernement et Pfizer. Ce qui signifierait que Pfizer devrait rembourser des milliards de dollars en raison des injections qu'ils ont faites au peuple thaïlandais.

Commentaire du Prof. Michel Chossudovsky

Nos pensées sont avec la princesse Bajrakitiyabha de Thaïlande.

La décision de la Thaïlande de révoquer son contrat avec Pfizer est un non sequitur. Ce dont il est question ici, c'est la criminalité et la valeur de la vie humaine.

Le gouvernement royal thaïlandais devrait envisager une procédure pénale à l'encontre de Pfizer (qui a déjà un casier judiciaire pour commercialisation frauduleuse auprès du ministère américain de la Justice en 2009). Nous ne sommes plus dans le domaine du « marketing frauduleux ».

Le vaccin a été lancé à la mi-décembre 2020. Un rapport confidentiel de Pfizer, publié en octobre 2021 dans le cadre de la liberté d'information, confirme sans équivoque, sur la base des données enregistrées de mi-décembre 2020 à la fin février 2021, que le vaccin est une substance toxique entraînant mortalité et morbidité. Le rapport qui est maintenant dans le domaine public devrait être consulté par le gouvernement royal thaïlandais :

« Pfizer avait déjà reçu plus de 1 200 rapports de décès prétendument causés par le vaccin et des dizaines de milliers d'effets indésirables signalés, dont 23 cas d'avortements spontanés sur 270 grossesses et plus de 2 000 rapports de troubles cardiaques. »

Les preuves sont accablantes. Les données compilées de la mi-décembre 2020 à la fin février 2021 confirment sans équivoque « l'homicide involontaire ». Sur la base de ces preuves, Pfizer avait la responsabilité d'annuler et de retirer immédiatement le « vaccin ».

La commercialisation mondiale par Pfizer du vaccin Covid-19 au-delà du 28 février 2021 ne constitue plus un « acte d'homicide involontaire ».

Le meurtre, par opposition à l'homicide involontaire, implique une « intention criminelle ».

Le vaccin Covid-19 de Pfizer constitue un acte criminel. D'un point de vue juridique, il s'agit d'un « acte de meurtre » appliqué dans le monde entier à une population cible de 8 milliards de personnes. C'est un projet de plusieurs milliards de dollars.

Le rapport « confidentiel » de Pfizer contient des preuves détaillées de l'impact du « vaccin » sur la mortalité et la morbidité.

Ces données qui émanent de la « bouche du cheval » peuvent être utilisées pour confronter ainsi que formuler des procédures légales criminelles contre Pfizer.

Voir l'article détaillé ci-dessous :

Vidéo : Rapport « secret » de Pfizer sur le vaccin Covid. Au-delà de l'homicide involontaire. Les preuves sont accablantes. Le vaccin devrait être immédiatement retiré dans le monde entier *Par Prof Michel Chossudovsky et Caroline Mailloux, 17 mai 2022*

Voir également :

Une véritable bombe : Aux États-Unis le CDC ne reconnaît plus le test PCR comme une méthode valide pour détecter les « cas confirmés de Covid-19 » *Par Prof Michel Chossudovsky, 18 janvier 2022*

Traduit par Mondialisation.ca avec DeepL

Mondialisation.ca, 04 février 2023

La source originale de cet article est Mondialisation.ca

Copyright © Dr Sucharit Bhakdi, Prof Michel Chossudovsky, et Redacted, Mondialisation.ca, 2023

Comment mettre fin à l'épidémie de Covid 19 ?

15 décembre 2022. 100 morts par jour. Notre 9^e vague a déjà fait plus de morts que la 8^e vague et ce n'est pas fini. Quel échec de la médecine du 21^e siècle ! Quels progrès depuis 100 ans ?

Des millions de chercheurs, de médecins, de politiques, tous incapables de contrôler ce petit parasite qui nous bousille la vie depuis 3 ans. Si on avait le même virus que celui de la grippe espagnole de 1918, on a l'impression que 100 ans après les problèmes seraient les mêmes et que nous n'avons fait aucun progrès.

Que nous propose-t-on pour sortir de là ? La même chose que ce qui n'a pas empêché les vagues précédentes, et rien d'autre. Répéter inlassablement ce qui ne marche pas, sans rien essayer d'autre, est une grande première en médecine. Nos ancêtres, quand cela ne marchait pas, essayaient autre chose. Nous, non ! Rien ne marche, pourtant on part avec un nouveau vaccin « bivalent », le must, dont tout le monde sait très bien qu'il ne marche pas : le Président du Conseil scientifique le Pr Delfraissy l'avait dit en partant en juillet, ce que des études confirment : les variants omicron BQI ou I.I, ne sont pas sensibles au vaccin contre le BA5, encore moins contre le Wuhan, composants de cette dernière génération de vaccin. On n'essaie même plus de soigner, on fait semblant, en attendant que cela passe tout seul, pour crier victoire après : « *on vous l'avait bien dit qu'il fallait 8 doses, et ceux qui ne nous ont pas cru sont des irresponsables* ».

Pas de solution ?

Il y avait pourtant quelque chose qui aurait peut-être pu faire que les choses se passent différemment. Ce quelque chose, on en a eu connaissance depuis le tout début, mais on n'a pas voulu l'exploiter et on a tout fait pour le cacher.

Si le site c19ivm.org, qui recense les 93 études parues à ce jour sur l'ivermectine, en recense 16 concernant la prophylaxie, j'en ai retrouvé 17 avec celle de Elgazzar, retirée par certains en raison de la méthodologie, mais retenue par une trentaine de méthodologistes (!), voir plus loin. La plupart de ces études ont été faites avec des patients à haut risque de contamination, contrairement à une population sans contacts, plus difficile à étudier.

Aucune étude ne dit que cela ne fonctionne pas, les résultats globaux montrant une efficacité de 80% pour enrayer l'épidémie, contre 0% pour les vaccins, étant reconnu maintenant même par les plus sceptiques, que, vacciné ou pas, on attrape autant le virus. On peut chipoter sur ces 80%, enlever nombre de cas, mais il restera toujours une très forte présomption qui aurait dû obliger à essayer à grande échelle.

Ces 17 études en prophylaxie :

- *Bernigaud*, France. Février/mars 2020. 69 résidents d'ehpad et 52 soignants traités à l'ivermectine contre la gale. 11 contaminés, 0 hospitalisation et décès, contre 4,9% de décès chez les résidents d'ehpads dans le département.
- *Carvalho*, Juin/août 2020. 1195 soignants dans 4 hôpitaux. 788 avec ivermectine + carraghénane, 407 sans rien. Après 2 mois et demi, 0 infection dans le groupe traité, contre 237 (58%) dans le groupe non traité. Il refera une autre étude, cette fois randomisée en octobre 2020.
- *Shouman*, Égypte. Randomisée, contrôlée (NCT04422561.), mai/juillet 2020. 203 cas contacts traités, 101 non traités. 15 ont développé un covid chez les traités, soit 7,4%, 59 chez les non traités, soit 58,4%
- *Carvalho*, Argentine. Octobre 2020. Randomisée (NCT04425850). 131 traités (ivermectine + carraghénane), 98 non traités. 0 contamination chez les traités (100%), 11 chez les non traités (11,2%). Non publiée, mais résultats détaillés sur beta.clinicaltrials.gov.
- *Bereha*, Septembre/octobre 2020. 186 soignants ont été traités avec ivermectine, hydroxychloroquine (HCQ) ou vitamine C, et appariés avec un groupe témoin testé négativement au départ. Réduction de 73% de l'infection dans le groupe ivermectine.
- *Hellig*, Avril/octobre 2020. Analyse statistique entre pays qui traitent avec ivermectine, avec un autre traitement et ceux qui ne traitent pas, à partir de données OMS et de l'Université Johns Hopkins à la date du 20 octobre 2020. Action prophylactique de l'ivermectine statistiquement significative.
- *Amal*, Bangladesh. 118 soignants de mai à août 2020. 6,9% des traités à l'ivermectine ont contracté le covid, contre 73,3 % dans le groupe non traité.
- *Ivercor Prep*, Argentine. Soignants. Non publiée. Ceux qui ont pris de l'ivermectine (389 patients) avaient 74% d'infections en moins comparé à ceux qui n'en ont pas pris (486 patients). Durée 6 mois.
- *Chahla*, Argentine. Randomisée, contrôlée (NCT04701710). 117 soignants traités, 4 contaminés soit 3,4%, versus 117 non traités, 25 contaminés, soit 21,4% (6 fois plus). Avec carraghénane.

- *Behera*, Inde. Septembre/octobre 2020. Contrôlée (T/IM-NF/CM&FM/20/142). 3 532 employés ont participé à l'étude, réduction de 83% du risque d'infection à 1 mois. 6% de contaminations avec 2 doses d'ivermectine contre 15% avec une dose.
- *Tanioka*, Japon. Comparaison de 31 pays africains utilisant l'ivermectine pour l'onchocercose, avec 22 pays africains ne l'utilisant pas. Réduction significative de la mortalité, divisée par 10 (mais population moyenne plus jeune de 6 ans entre les 2 groupes).
- *Seet*, Étude randomisée, contrôlée, sur travailleurs migrants en quarantaine (NCT04446104). Mai/juin 2020. 3037 participants, traités soit par ivermectine, soit HCQ, soit Zinc/Vit C, soit spray Povidone. 65% de contaminés avec ivermectine, contre 49% avec HCQ, 46% avec Povidone, 47% avec Zinc+Vit C. Le traitement a été journalier pendant 42 jours dans toutes les catégories, sauf une dose unique le premier jour pour l'ivermectine, donc résultats faussés par un protocole anti-ivermectine qui ne peut protéger plus de 15 jours.
- *Morgenstern*, République Dominicaine. Contrôlée (ME-GRUR-328-2020). Juin/juillet 2020. 271 soignants traités, appariement avec 271 soignants témoins. Réduction de 74% de l'infection. 1 mois de traitement journalier.
- *Mondal*, Inde. Contrôlée (IPGMR/IEC/2020/482). Septembre 2020/janvier 2021. 1470 soignants suivis. Réduction de 88% des contaminations.
- *Samajdar*, Inde. Septembre/décembre 2020. Enquête sur les prescriptions d'ivermectine chez les médecins. 44% prescrivait de l'ivermectine, 34% de l'HCQ. 164 patients sous prophylaxie à l'ivermectine, 129 à l'HCQ et 81 témoins. Montre une diminution significative des cas de COVID-19 avec le traitement, mais biais d'enquête trop importants pour retenir cette publication.
- *Kehr*, Mexique. Juillet/novembre 2020, les autorités de la ville d'Itajai ont organisé une campagne de dépistage et protection avec 35 centres. Réduction de 67% des hospitalisations et de 70% de la mortalité chez les 113 845 traités, comparés aux 45 716 non traités.
- *Elgazzar*, Égypte. Randomisée, double aveugle, contrôlée (NCT 04668469). Juin/septembre 2020. 600 patients répartis en 6 catégories de 100 personnes, 4 selon la gravité de l'atteinte, 1 en prophylaxie et 1 témoin. On relève 2% de contaminations contre 10% dans le groupe témoin. Signalons au passage que l'ivermectine réduit dans les mêmes proportions la durée des symptômes, des hospitalisations et des décès.

À ces études, on peut ajouter une expérience non scientifique faite par la société GTFoods au Brésil, entreprise agroalimentaire, notamment autour de la viande. Il y avait 5 000 morts en juillet 2020 dans le monde et dans cette branche. 12 000 employés, 143 en arrêt en juillet, passant à 76 après 15 jours, 6 après 4 semaines, et 2 après 5 semaines de prophylaxie à l'ivermectine. Les 10 à 15 cas positifs par jour passant à 0.

J'ai retrouvé également 2 « méta-analyses » qui tentent très maladroitement et avec beaucoup de mauvaise foi, de démontrer, avec ces études, que l'ivermectine n'a aucune action en prophylaxie.

La première, une étude Cochrane a choisi la facilité fuyant le débat, pour dire que : « *il n'y a aucun essai portant sur l'ivermectine pour prévenir l'infection par le SARS-CoV-2... Aucune donnée probante n'est disponible sur l'ivermectine pour prévenir l'infection... Nous ne savons pas si l'ivermectine comparée au placebo ou aux soins standards, entraîne plus ou moins de décès, aggrave ou améliore l'état clinique... L'ivermectine, comparée au placebo, ne fait probablement peu ou pas de différence* ». Certains ne retiendront que ces conclusions ! « Ne fait probablement pas », sans aucune démonstration.

La seconde de *Jessica Bartoszko*, qui est « méthodologiste » (l'article étant par ailleurs signé par une trentaine de méthodologistes), « *recherchant si l'ivermectine est utile dans la prévention de l'infection* ». Ils ne retiendront que 3 études en prophylaxie, et bien que toutes positives, ils concluent : « *nous ne savons pas très bien si l'ivermectine avec ou sans iota-carraghénane réduit le risque d'infection, en raison d'un risque sérieux de biais* ». C'est pourtant dans cet article que j'ai trouvé l'étude d'Elgazzar, digne d'intérêt, puisque faisant partie des rares sélectionnées dignes d'intérêt, randomisée, contrôlée, double aveugle, avec des résultats spectaculaires dépassant 80%, tant en prophylaxie qu'en thérapeutique ! Lisez-la, vérifiez. Toutes les études sur l'ivermectine associée à de la carraghénane donne les meilleurs résultats, certainement 100% d'erreurs de la part des auteurs incompetents !

Cela montre que ces « méta-analyses » ne sélectionnent que de rares études, celles qui les arrangent pour une démonstration rédigée à l'avance. Ils éliminent systématiquement les études non randomisées, sans discussion. Exit les milliers de patients de ces études, qui n'existent pas, et qui seraient traités par des incompetents, ne sachant pas interpréter ce qu'ils font. Ne pouvant décemment pas dire devant ces résultats que cela ne marche pas, ils disent « *on ne sait pas* », « *il n'y a pas de bonnes études* ».

Pourtant Anglemeyer a publié en 2014 dans Cochrane un énorme recueil de 1 583 méta-analyses avec pour objectif de comparer le résultat des études randomisées avec les études observationnelles, pour voir s'il y avait une différence entre ces deux types d'études. Cela n'a pas été fait sur une seule pathologie, mais sur 228 pathologies différentes, évitant ainsi les biais liés à la pathologie. Le résultat de ce travail montre *qu'il n'existe aucune différence entre les études « Gold standard » et les études observationnelles*. Logique parce que ce sont les mêmes patients, la même maladie et le même traitement : comment voulez-vous que la méthodologie de l'étude change le résultat du traitement ?

Fin d'épidémies ?

Fort de toutes ces études, comme l'ivermectine prise en prophylaxie diminue par 3 ou 4 les contaminations, cela diminue par 4 les malades, par 4 les hospitalisations, et par 4 les décès. Si on en donne systématiquement, non pas à toute une population, mais uniquement aux cas contacts et aux professions exposées comme les soignants (qui ne sont alors plus contaminants contrairement aux soignants vaccinés), cela diminue d'autant les contaminations et les cas. C'est ce qu'a fait le médecin de l'ehpad de L'isle d'Espagnac à l'arrivée d'une épidémie, avec 100% de résultat sur les hospitalisations et décès. Pour ce résultat, il a été obligé de démissionner sous la menace d'une suspension par l'ARS et l'Ordre des médecins. Interdit de soigner !

En réalité c'est même plus, car en traitant les cas contacts, on diminue fortement le R, taux de reproduction. Ainsi si de 1,5 il passe en dessous de 1, l'épidémie s'éteint rapidement. En plus clair : si les cas contacts traités sont 4 fois moins contaminés, le quart restant voit encore ses contacts divisés par 4, reste 1/16^e, et ainsi de suite. C'est ce qu'il s'est passé avec la vague delta dans les États indiens qui ont traité massivement les cas contacts.

Alors si on essayait avec nos cas contacts ? Cela ne coûte rien, c'est sans danger, et on en verrait le résultat après 15 jours. Les femmes, les hommes, les virus, qu'ils soient indiens, argentins et égyptiens ou européens sont les mêmes, il n'y a pas de raison que les résultats ne soient pas les mêmes. Quelques milliers de morts en moins méritent bien un essai ?

Après avoir été condamnée en 2021 pour « tromperie aggravée et homicides involontaires » dans l'affaire du Médiateur, ceci dans la continuité de l'AFSSAPS qu'elle a remplacée en 2012 (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé), l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) vient d'être mise en examen pour tromperie dans l'affaire du Lévothyrox. On peut se demander si l'histoire ne se répète pas avec l'ivermectine, quand on voit ces études, dont aucune ne dit qui cela ne marche pas en prophylaxie. Pour refuser la RTU (Recommandation Temporaire d'Utilisation) elle écrit en mars que « *nous ne pouvons pas présumer d'un rapport bénéfique/risque favorable de l'ivermectine en prévention de la Covid-19* ».

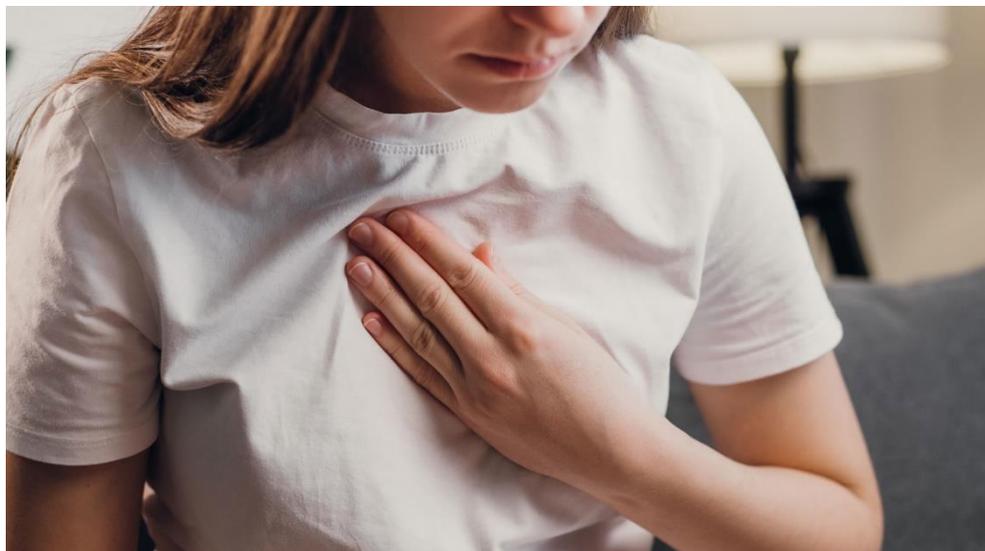
On peut critiquer certaines de ces études, mais quelle est la signification du mot « présomption » d'efficacité, les textes ne demandant pas de prouver une efficacité, mais d'avoir une présomption d'efficacité ? « *Si l'évaluation effectuée par l'ANSM permet de présumer que le rapport entre le bénéfice **présumé** et les effets indésirables encourus est favorable, l'ANSM élabore un projet de RTU* ». **Présumé** est en gras dans le texte de l'ANSM, page 6.

De plus cette décision a été prise dans l'opacité la plus totale, la même qui a conduit à la dissolution de l'AFSSAPS, décision prise sans respecter la règle de base imposée à sa naissance pour remédier à cette opacité, l'Article L1451-1-1 du Code de la Santé Publique, qui impose que les réunions qui conduisent à ces décisions soient *enregistrées et disponibles*. Il n'y a eu ni enregistrement, ni même réunion, à en croire la réponse de l'ANSM à notre demande de communication. Affaire à suivre.

Dr Gérard MAUDRUX pour FranceSoir
Publié le 28 décembre 2022

La recommandation des vaccins anti-covid mise à mal dans plusieurs pays

Revue de presse



Le pourcentage des myocardites en augmentation, ainsi qu'une étude en Floride poussent certains pays à faire marche arrière en ce qui concerne la vaccination anti-covid, principalement pour les 18-39 ans.

« Après la Grande Bretagne qui ne conseille pas la vaccination anti-Covid-19 pour les moins de 12 ans, le Danemark pour les moins de 50 ans depuis le 13 septembre [1-2], puis la Suède qui depuis le 31 octobre ne conseille plus la vaccination pour les adolescents de 12 à 17 ans en bonne santé [2], le monde occidental fait face à une vague de dé-recommandation de la vaccination anti-Covid-19. Les raisons officielles invoquées sont le moindre risque de ces groupes d'âge en bonne santé de faire une forme grave de la Covid-19. » [...]

« C'est maintenant autour de la Floride de faire marche arrière, cette fois-ci devant un risque accru de décès d'origine cardiaques qui sont suspectés d'être liés à la vaccination anti-Covid-19 ! »

Le chirurgien général en chef de l'État de Floride a alerté la population de son État le 7 octobre sur l'augmentation d'évènements cardiaques à la suite de la vaccination anti-Covid-19 [3]. Les services sanitaires de Floride ont en effet réalisé une étude auto-contrôlée évaluant la sécurité de ces vaccins. [...]

Les résultats de cette analyse ont montré une augmentation spectaculaire de 84 % de l'incidence des décès d'origine cardiaque chez les hommes de 18 à 39 ans dans les 28 jours suivant une vaccination par ARNm contre la Covid-19. [...]

Les services de santé de Floride déconseillent donc maintenant les vaccins à ARNm contre la Covid-19 aux hommes de 18 à 39 ans.

« Comment s'est déroulée cette étude ? »

« Il s'agit d'une étude auto-contrôlée évaluant comme critère principal le décès [4]. Cette méthode estime l'incidence relative du décès en comparant l'incidence de décès pendant une période à risque avec l'incidence de ce même évènement sur une période contrôle. Les études auto-contrôlées permettent de limiter de nombreux biais dus, par exemple, aux comorbidités. »

« Toutes les personnes résidant en Floride de plus de 18 ans qui sont décédées dans la période des 25 semaines suivant leur vaccination anti-Covid-19 ont été comptabilisées, à l'exclusion des personnes :

- avec une infection à Covid-19 documentée
- décédées de la Covid-19, d'homicide, de suicide ou d'accident
- ayant reçu un booster du vaccin
- ayant reçu leur dernière dose vaccinale moins de 25 semaines avant la fin de l'étude. »

« Mais jusqu'à présent les séquelles à long terme des myocardites post-vaccinales n'ont pas encore été étudiées. Or, on sait que les myocardites laissent des séquelles à long terme sur 5 à 10 ans après l'épisode aigu initial. »

« Principaux résultats de l'étude »

« La période de risque retenue comprenait les 28 jours après la vaccination pour laquelle a été collecté le nombre de décès de cause naturelle (toutes causes confondues) et les décès d'origine cardiaque. Aucune augmentation de la mortalité toutes causes confondues n'a été trouvée dans cette période et il y a même une diminution significative pour les plus de 60 ans. »

« En revanche, une augmentation de l'incidence relative modeste mais significative (1,07) a été observée pour les décès du fait d'un problème cardiaque dans la population entière avec une incidence relative double (2,16) chez les 25-39 ans et de 1,05 pour les plus de 60 ans. »

« En stratifiant par, type de vaccin, groupe d'âge et sexe, le risque de décès dû à une cause cardiaque était statistiquement augmenté chez les hommes (mais pas chez les femmes) et plus particulièrement chez les hommes recevant un vaccin à ARNm mais pas chez ceux recevant un autre type de vaccin non ARN ou de nature inconnue. »

« Limitations de l'étude »

« Comme toute étude préliminaire, celle-ci présente quelques limites. » [...]

« Conclusions »

« Malgré des limitations, l'augmentation des décès de cause cardiaque dans les 28 jours suivant la vaccination a été jugée suffisamment inquiétante pour que les autorités de santé de la Floride déconseillent désormais les vaccins anti-Covid-19 ARNm aux hommes de 18 à 39 ans. »

« Un suivi sur plus de 5 à 10 ans serait souhaitable pour donner une image correcte du pronostic réel de ces myocardites post-vaccinales. En attendant, il semble évident que ces injections ne devraient pas être recommandées. »

BAM !, 23 janvier 2023

[1] <https://www.sst.dk/en/English/Corona-eng/Vaccination-against-COVID-19>

[2] <https://www.lematin.ch/story/>

[3] <https://floridahealthcovid19.gov/wp-content/>

Lire l'intégralité de l'article ici :

<https://www.conseil-scientifique-independant.org/>

Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que la responsabilité de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celle de BAM !

Le chapô est de la rédaction de BAM !

Source photo : Image recadrée à partir de l'image originale de Yura Yarema sur Adobestock

https://bam.news/politique/revues-de-presse/la-recommandation-des-vaccins-anti-covid-mise-a-mal-dans-plusieurs-pays?utm_source=newsletter_45&utm_medium=email&utm_campaign=bam-les-nouvelles-de-la-semaine

La sous-déclaration des effets indésirables, angle mort de la politique vaccinale



L'analyse des cas de deux patients-universitaires suggère que les effets indésirables de la vaccination par l'ARN messager contre le Covid-19 sont très largement sous-déclarés. L'absence d'analyse et de prise en compte des effets signalés suggère également que ces injections ne sont pas aussi sûres qu'on le prétend généralement. L'évaluation biaisée des risques et avantages qui en résulte ne peut que produire des recommandations de santé publique mal informées et des décisions politiques erronées, exposant ainsi la population à un risque sous-estimé, en violation du principe de précaution et du droit à un consentement libre et éclairé. Les mécanismes possibles à l'origine de ces effets indésirables soulèvent par ailleurs de sérieuses inquiétudes quant à de nouvelles applications vaccinales de la technologie de l'ARNm

Par Patrick PROVOST, professeur titulaire à la faculté de médecine de l'Université de Laval (Québec, Canada). Cet article constitue la version française de celui paru dans *l'International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research* en janvier 2023 (<https://doi.org/10.56098/ijvtp.v3i1.65>).

L'ampleur et l'étendue de la réponse à la crise du Covid-19 sont sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Un effort majeur de coordination à l'échelle mondiale a été mis en place pour endiguer la menace perçue, ce qui a conduit dans un premier temps à l'imposition de mesures sanitaires drastiques – telles que les fermetures de magasins, les couvre-feux, les fermetures d'entreprises, le port de masques, la désinfection des mains, la distanciation sociale et la ségrégation entre les personnes vaccinées et non vaccinées – et à une réduction spectaculaire des activités humaines et des échanges commerciaux. Ce changement sociétal a été rendu possible, dans la plupart des pays, par la déclaration de l'état d'urgence par les gouvernements en place, ce qui a renforcé leur autorité, tout en réduisant au silence toute opposition, un processus qui a ébranlé le fondement démocratique de nos institutions et de notre société.

Au Canada, les autorités ont décidé de combattre la crise du Covid-19 en axant leur stratégie sur la vaccination. Conseillé par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), le gouvernement canadien a opté pour une nouvelle génération d'injections expérimentales d'ARNm développées par l'industrie pharmaceutique (ex. Pfizer/BioNTech et Moderna), présentées avec la promesse d'un retour à la normale qui ne s'est pas encore concrétisé. Ces vaccins sont basés sur des nanoparticules lipidiques encapsulant un ARN messager (ARNm) non naturel, synthétique, modifié et stabilisé, codant pour la protéine de pointe du SRAS-CoV-2 (Nance et Meier, 2021 ; Kim et al., 2022 ; Santiago, 2022a) et autorisés pour un usage d'urgence (Associated Press, 2022 ; Moderna TX, Inc., 2020 ; US Department of Health and Human Services Food and Drug Administration Center for Biologics Evaluation and Research, 2020). Leur formulation et leurs mécanismes d'action diffèrent nettement de ceux des vaccins traditionnels, qui consistent en l'injection d'une forme atténuée ou inactivée du virus ou d'un antigène dérivé exprimé sous une forme recombinante qui demeure au site d'injection.

Les nouvelles injections d'ARNm synthétiques sont néanmoins considérées comme des « vaccins ». Jusqu'à récemment, la définition du CDC d'un vaccin était « un produit qui stimule le système immunitaire d'une personne pour produire une immunité contre une maladie spécifique, protégeant la personne contre cette maladie » (CDC, 2018). En septembre 2021, cette définition a été modifiée pour devenir « une préparation utilisée pour stimuler la réponse immunitaire du corps contre les maladies » (CDC, 2021). La deuxième partie de la définition, « Les vaccins sont généralement administrés par des injections avec une aiguille, mais peuvent également être administrés par la bouche ou pulvérisés dans le nez », est restée inchangée. Cette définition élargie implique qu'un yaourt probiotique, par exemple, serait considéré comme un « vaccin » selon la nouvelle définition, mais pas selon la précédente, ce qui montre à quel point un nouveau vaccin peut être différent des vaccins traditionnels.

La définition du terme « vaccination » a également été modifiée, passant de « l'acte d'introduire un vaccin dans l'organisme pour produire une immunité contre une maladie spécifique » à « l'acte d'introduire un vaccin dans l'organisme pour produire une protection contre une maladie spécifique » (CDC, 2018, 2021). Ce passage du concept d'« immunité » à celui de « protection » (plus vague et plus sujet à la subjectivité) implique que le terme « vaccination » peut être utilisé pour un produit « vaccin » qui ne confère pas d'immunité et ne prévient pas la transmission de maladies, comme c'est le cas des vaccins actuels Covid-19.

Définies et considérées comme un « vaccin », les injections d'ARNm radicalement différentes contre le Covid-19 peuvent être soumises aux mêmes directives, réglementations et lois de santé publique que les vaccins traditionnels – en plus de bénéficier de la confiance de la population dans les vaccins développés de manière traditionnelle – de sorte qu'elles peuvent être mandatées ou imposées légalement. L'inclusion des nouvelles injections d'ARNm dans la même catégorie que les vaccins traditionnels ouvre la porte à une classe entièrement nouvelle de produits pharmaceutiques à base d'ARNm à des fins vaccinales, ce qui soulève des questions et des considérations morales, éthiques et juridiques quant à leur utilisation. Une définition spécifique et un ensemble distinct de lignes directrices auraient dû être adoptés pour ces produits thérapeutiques à base d'ARNm qui, en utilisant la machinerie cellulaire en aval du code ADN et en ordonnant à nos cellules de produire un produit génique protéique qui aura un impact phénotypique, sont plus proches de la thérapie génique que les vaccins traditionnels.

À ce jour, cependant, ces vaccins à ARNm n'ont pas encore été approuvés pour une utilisation de routine par les autorités réglementaires, ce qui peut expliquer pourquoi certains pays ont maintenu l'état d'urgence, afin de continuer à injecter à leurs citoyens ces produits expérimentaux. Comme tout nouveau médicament commercialisé pour un usage humain, les vaccins à ARNm devaient, en théorie, faire l'objet d'un examen réglementaire approfondi, dont l'adéquation et la crédibilité dépendaient (et dépendent toujours) d'un système complet, accessible et précis d'enregistrement et de notification des événements indésirables (EI). Ce point est particulièrement critique, compte tenu de la nouvelle application vaccinale de la technologie ARNm, du nombre de doses administrées et du nombre de personnes auxquelles ces nouveaux produits sont injectés dans le monde.

Le mécanisme par lequel les vaccins à ARNm sont censés conférer une protection (c'est-à-dire par l'expression et l'exposition de l'antigène protéine Spike virale à notre système immunitaire ; voir Nance et Meier, 2021) peut, de ce fait même, être la cause d'EI. Par exemple, les vaccins à ARNm ont la capacité de forcer les cellules nucléées à produire une protéine virale étrangère, stable et bioactive qui peut entraîner des complications à long terme. Il est particulièrement préoccupant de constater que les cellules exprimant la Spike passent, aux « yeux » des cellules du système immunitaire chargées de reconnaître les organismes étrangers, du statut de soi (et donc reconnu comme faisant partie de l'organisme hôte) à celui de non-soi (et donc reconnu comme étant un organisme étranger à combattre), ce qui peut soulever des problèmes d'auto-immunité (Lyons-Weiler, 2020 ; Nunez-Castilla et al., 2022 ; Vojdani & Kharrazian, 2020 ; Vojdani et al., 2021) et favoriser les réactions inflammatoires (Blaylock, 2021 ; Baumeier et al., 2022). De plus, il a été rapporté que les nanoparticules lipidiques vides (eLNP) provoquent la maturation des cellules dendritiques ainsi que les voies de signalisation de l'immunité innée par l'induction du TGF- β (Connors et al., 2022), dont l'activation peut avoir des conséquences profondes encore à analyser.

Cet article examine les raisons d'améliorer la déclaration des EI post-vaccinaux en mettant en évidence les obstacles, internes au système, qui entraînent une sous-déclaration. La discussion est basée sur les rapports de cas de deux scientifiques universitaires impliqués dans la recherche avancée et l'enseignement dans le domaine de la médecine. Ces deux exemples sont utilisés pour dévoiler les faiblesses du système actuel de notification des EI qui pourraient être améliorées par les autorités. Les expériences rapportées par ces derniers sont analysées et utilisées pour formuler des recommandations aux autorités sanitaires et aux

gouvernements du monde entier afin de parvenir à des rapports d'EI plus fiables et plus précis, et de guider les décideurs politiques et le public vers des décisions mieux informées.

Présentation de cas

Les deux scientifiques universitaires en question étaient, par ailleurs, en bonne santé et en bonne condition physique avant de recevoir une injection Covid-19. Tous deux ont subi plusieurs EI et souffrent encore d'EI consécutifs à une injection Covid-19. Leur expérience personnelle avec les médecins qu'ils ont consultés les a amenés à s'interroger sur leur manque de conscience professionnelle dans leur recherche de la cause et de l'origine des EI rapportés lors du diagnostic des conditions, du traitement et du suivi. Cela a conduit à la formulation de l'hypothèse selon laquelle, dans le système de santé publique de la province de Québec, du moins au Canada, le nombre d'EI attribuables aux injections Covid-19 pourrait être sous-déclaré, et donc sous-estimé.

Leurs préoccupations pour leur propre santé, compte tenu de leurs connaissances, de leur formation et de leur esprit d'investigation, les placent dans une position unique pour témoigner des lacunes dans la déclaration des EI après des injections Covid-19.

Rapport de cas n°1. L'un des deux scientifiques traite avec succès un diabète de type I auto-immune depuis 2006. Cependant, après la première injection Pfizer/BioNTech, le 5 juillet 2021, cette personne a connu cinq EI différents : des migraines ophtalmiques occasionnelles (deux épisodes dans les 8 jours suivant l'injection), des éruptions cutanées bilatérales (droite>gauche) occasionnelles sur les avant-bras, une toux persistante (à partir de 2,5 mois après l'injection), deux épisodes de vibrations internes anormales (5 mois après l'injection) et un déséquilibre diabétique précédemment inexpérimenté (entre 7 et 10 semaines après l'injection). Ce dernier semble être lié à une augmentation de l'auto-immunité, qui est largement rapportée comme l'un des EI attribués aux injections de Covid-19 (Baumeier et al., 2022 ; Chen et al., 2022 ; Ruggeri et al., 2022). Tous les EI ont été autotraités et signalés à un médecin traitant spécialisé du CHU de Québec – Université Laval. Le médecin, suivant les instructions du Collège des médecins du Québec (CMQ) – l'ordre professionnel des médecins québécois – a encouragé une injection supplémentaire d'ARNm Covid-19, tout en ignorant, minimisant, voire niant, tout lien possible entre les EI auto-déclarés et le vaccin. Le médecin n'a pas répondu directement aux préoccupations du patient, n'a jamais reconnu que les symptômes pouvaient être liés aux injections de Covid-19 et a continué à insister pour qu'il prenne une autre dose de vaccin. Bien que le patient-scientifique lui ait demandé à plusieurs reprises par écrit au cours des trois mois suivants, l'endocrinologue n'a jamais signalé aucun des EI subis à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) – l'organisme gouvernemental chargé d'enregistrer les EI, d'en assurer le suivi et d'établir tout lien possible entre ces EI signalés et les injections qui les ont précédés – et le médecin traitant n'a pas répondu aux préoccupations raisonnables du patient. L'absence de reconnaissance et de prise en compte des EI signalés a brisé le lien de cette relation médecin-patient particulière qui s'était construite au fil des ans dans le cadre du traitement du diabète auto-immune de type I. Trois mois plus tard, un médecin généraliste – vers lequel le patient s'est finalement tourné – a accepté de déclarer les symptômes à l'INSPQ sous la direction et avec l'aide du scientifique-patient.

Rapport de cas n°2. L'autre patient-scientifique a reçu la première injection Pfizer/BioNTech le 5 octobre 2021 et, 9 jours plus tard, il a développé une chaleur et une pression autour du cou, une difficulté à avaler et une sensation de tiraillement et de picotement sur les côtés du cou. Le jour 9 a également marqué l'apparition de symptômes crâniens inhabituels (étourdissement, pression interne dans le crâne, vibrations internes inhabituelles, engourdissement et picotements dans la tête s'étendant même au cou et jusqu'au bout des doigts). Ces symptômes se sont aggravés le jour suivant. Le 11^e jour, le patient a ressenti l'apparition d'une douleur thoracique, qui a continué à augmenter le jour suivant, ce qui a conduit à la première visite à l'unité de soins d'urgence de l'Hôpital général juif (Montréal, QC, Canada) le 13^e jour. Les symptômes cardiaques et thoraciques comprenaient des palpitations, une douleur nauséuse dans le sternum, des sensations acides dans le thorax et une tachycardie avec une fréquence cardiaque au repos de 130+ battements par minute. Les symptômes ont continué à s'aggraver, entraînant des visites supplémentaires dans la même unité de soins d'urgence les jours 15 et 16 après l'injection. Le patient-scientifique, qui se rétablit lentement et revient progressivement d'un congé médical de six mois, a été admis à l'unité de soins d'urgence à trois reprises et, après une batterie de tests, a été diagnostiqué avec une myocardite et un syndrome de tachycardie orthostatique posturale (POTS ; voir Patone et al., 2022). Aucun des médecins n'a considéré l'injection antérieure d'ARNm comme une cause possible de la myocardite ou du diagnostic de syndrome de tachycardie

orthostatique posturale, ni n'a signalé l'un ou l'autre de ces résultats en tant qu'EI à l'INSPQ. Les médecins légistes se sont concentrés sur ce que le patient avait mangé deux ans avant les EI au lieu de s'enquérir de l'injection reçue la semaine précédente, ou même de la considérer après que le patient-scientifique l'ait suggérée comme une cause plausible. Lorsque le patient lui a demandé d'examiner le lien suspecté entre les symptômes et l'injection – liens déjà attribués par des médecins compétents aux injections de Covid-19 peu après leur lancement (voir par exemple Das et al., 2021 ; Patel et al., 2021), comme l'ont confirmé ultérieurement de nombreux autres chercheurs (Massari et al., 2022 ; Østein et al., 2022 ; McLernon, 2022 ; Jablonowski & Hooker, 2022 ; Sun et al., 2022) – les médecins déclarants ont attribué les symptômes signalés à l'« anxiété » dans le dossier médical. À plus d'une reprise dans les mois suivants, les médecins minimisaient l'importance et la gravité des symptômes, voire déclaraient le contraire, dans le dossier médical du patient, en l'absence de soins médicaux personnalisés et de suivi de l'état de santé du patient. Enfin, c'est une infirmière qui a signalé les symptômes comme des EI potentiels consécutifs à l'injection de Covid-19 à l'INSPQ pour une investigation plus approfondie.

Analyse de la sous-déclaration des EI

Mécanismes sous-jacents aux AES

La myocardite/péricardite est essentiellement le seul EI de l'injection de Covid-19 officiellement reconnu par l'INSPQ qui peut donner droit à une exemption de l'une des injections autrement obligatoires. Pourtant, les causes sous-jacentes à ces importantes séquelles médicales ne sont toujours pas discutées. Comment les injections de Covid-19 dans l'épaule peuvent-elles provoquer une inflammation cardiaque, qui peut ne pas être symptomatique ou diagnostiquée ? Est-ce lié au site d'injection, à la technique et/ou à l'anatomie de l'épaule des patients ? Les patients qui présentent des EI mineurs après une injection sont-ils susceptibles de présenter des EI plus importants après chaque dose successive ? La prévalence et la gravité des EI post-injection sont-elles en corrélation avec l'intégrité de l'ARNm du vaccin et le niveau d'expression de la protéine Spike ?

Le plus inquiétant est le fait que les mécanismes qui sous-tendent l'inflammation du muscle cardiaque après l'injection peuvent également être en jeu dans d'autres organes et tissus, et que l'on peut s'attendre, s'ils sont présents, à déclencher une série de symptômes ou de complications à court, moyen et long terme. Ces séquelles, inconnues jusqu'alors avant les injections de Covid-19, d'après les expériences rapportées par les deux patients-scientifiques en cause ici, ne seront probablement pas considérées selon leur prévalence et leur gravité réelles, car, comme le montrent les deux études de cas, il est peu probable qu'elles soient rapportées tout court. La mesure dans laquelle les vaccins Covid-19 induisent ou exacerbent des maladies auto-immunes ou d'autres affections comorbides, par exemple, est particulièrement préoccupante et ne peut être ignorée qu'au péril des millions de bénéficiaires (voir pour la discussion Classen, 2021a ; Seneff & Nigh, 2021).

On peut émettre l'hypothèse que les EI post-vaccination sont liés à la formulation de la nanoparticule injectable Covid-19, qui permet une distribution systémique et une absorption de la séquence codant pour la Spike (S) par des cellules non immunes, qui ne sont pas censées présenter des antigènes aux cellules immunitaires. Cela pourrait-il déclencher des réactions inflammatoires ou auto-immunes indésirables à l'encontre des cellules exprimant la Spike ? Cela pourrait-il expliquer la grande diversité des EI associés aux injections de Covid-19 répertoriés dans les documents publiés par Pfizer et dans la base de données VAERS ? Comment expliquer une telle diversité d'EI post-vaccinaux alors qu'ils ont tous en commun une composition supposée standardisée et très contrôlée (fluide exactement similaire) des produits injectés au même endroit ? Comme on peut s'y attendre, les différences dans la nature des effets indésirables post-vaccinaux peuvent refléter, en plus des variations d'un lot à l'autre, une distribution tissulaire/organique différentielle de la formulation du vaccin lors de l'injection, tandis que les différences dans l'intensité des symptômes peuvent être liées à un niveau inconnu, mais vraisemblablement élevé, de protéine Spike produite par les cellules, qui sont forcées d'exprimer, contre leur nature, une protéine virale biologiquement active, mais synthétique. En effet, chez une femme présentant une thrombocytopénie induite par le vaccin ARNm-1273 Covid-19, le niveau de protéine Spike plasmatique 10 jours après la vaccination était de 10 ng/ml (Appelbaum et al., 2022), près de 100 fois plus élevé que celui rapporté par Ogata et ses collègues chez des sujets vaccinés sans effets indésirables apparents (Ogata et al., 2022), ce qui indique une production excessive de protéine Spike induite par le vaccin pouvant être à l'origine des EI (Cosentino & Marino, 2022a, 2022b). L'incertitude entourant la dose du produit actif administré, qui peut être très variable, et sa biodistribution est jugée suffisante pour justifier une objection de conscience à la technologie ARNm (Provost et al., 2022).

On s'attend à ce que les niveaux réels de production de la protéine Spike varient de plusieurs ordres de grandeur en fonction d'une multitude de facteurs, notamment la dose par rapport à la masse corporelle, la génétique, l'état métabolique des cellules qui absorbent l'ARNm du vaccin, l'état nutritionnel et pharmacologique du receveur, et une multitude d'interactions aux conséquences inconnues entre les facteurs précédents. En outre, des ARNm tronqués peuvent être présents dans le vaccin (Tinari, 2021 ; voir également la présentation de Gutsch, 2022) et, à leur tour, peuvent produire une diversité considérable de protéines Spike tronquées (Santiago, 2022a), conduisant à des antigènes plus courts et à une réponse anticorps altérée, moins spécifique, avec un potentiel d'amorçage pathogène auto-immun supplémentaire (Lyons-Weiler, 2020 ; Vojdani & Kharrazian, 2020 ; Vojdani et al., 2021).

Sous-déclaration des EI

Plusieurs facteurs différents peuvent expliquer la sous-déclaration des EI qui surviennent à proximité temporelle des injections d'ARNm Covid-19 et sont classés comme étant d'ordre clinique, systémique, politique ou médiatique.

Facteurs cliniques de la sous-notification des EI

Parmi les facteurs cliniques de sous-déclaration des EI que les deux scientifiques ont observés, citons :

- (i) le manque d'ouverture des médecins à considérer l'injection Covid-19 comme une cause possible des EI signalés ;
- (ii) l'existence d'une croyance a priori selon laquelle tout EI observé ne peut être attribué aux injections Covid-19 ;
- (iii) la pression exercée par les pairs pour ne pas considérer les EI liés aux injections comme une explication diagnostique possible ;
- (iv) la confiance des médecins dans les politiques et les déclarations de leur ordre professionnel supérieur (CMQ), plutôt que dans leurs propres connaissances médicales, leur jugement et leur expérience clinique ;
- (v) les médecins et autres professionnels de la santé suivent aveuglément les directives de leur ordre professionnel plutôt que d'écouter leurs patients ;
- (vi) le manque de connaissances des médecins en immunologie et sur les injections Covid-19 et leurs « effets secondaires » connus et documentés (Borroni et al., 2021 ; Das et al., 2021 ; Baumeier et al., 2022 ; Deutsche Wirtschaftsnachrichten, 2022 ; Massari et al., 2022 ; McLernon, 2022 ; Oster et al., 2022 ; Patone et al., 2022) ;
- (vii) l'absence d'un véritable état d'esprit d'investigation, authentique et objectif, des médecins rencontrés ;
- (viii) le manque de connaissances ou d'intérêt des patients pour la biologie humaine ou leur propre santé ;
- (ix) le manque de sensibilisation des patients aux signes ou symptômes corporels des « effets secondaires » (EI potentiels), ou à la constatation de changements dans leur état de santé après les injections Covid-19 ;
- (x) le désengagement des patients vis-à-vis de leur propre santé et leur dépendance à l'égard de leurs médecins pour sa gestion (comme un propriétaire de voiture qui apporte sa voiture à réparer à un mécanicien de confiance) ;
- (xi) le fait de ne pas avoir de médecin, de ne pas pouvoir aller chez le médecin ou de ne pas penser que les symptômes sont suffisamment graves pour consulter un médecin ;
- (xii) la nature volontaire (passive) de la déclaration d'EI ;
- (xiii) le temps (~45 min) nécessaire aux médecins déjà surchargés pour remplir le rapport d'EI de 5 pages sans compensation monétaire ; et
- (xiv) le manque de recul et d'esprit critique à l'égard des nouveaux vaccins génétiques, qui n'ont pas encore été entièrement caractérisés et dont les effets secondaires doivent encore être documentés avec la même minutie que celle consacrée à leurs effets bénéfiques escomptés.

Facteurs systémiques de la sous-déclaration des EI

Parmi les multiples facteurs systémiques qui peuvent contribuer à la sous-estimation des EI découlant des injections Covid-19, on peut s'inquiéter de ce qui suit :

- (i) le public est (erronément) amené à croire que ces injections, qui ont été développées et déployées dans le monde entier en quelques mois (Gutsch, 2022), sont aussi sûres et éprouvées que les vaccins traditionnels testés, éprouvés et utilisés pendant des décennies, ce qui réduit la vigilance à l'égard d'éventuels EI ;
- (ii) le discours dominant, tenu par les agences de santé publique et martelé par les médias, prétendant que les vaccins Covid-19 sont sûrs et efficaces, discréditant ainsi toute personne qui soulèverait un doute ou une question ;

- (iii) le pouvoir de l'ordre professionnel des médecins du Québec (CMQ), qui contraint ses membres à suivre leurs directives spécifiques dans les soins et le traitement de leurs patients (y compris la promotion de la vaccination) en les menaçant de révoquer leur permis d'exercer la médecine s'ils ne s'y conforment pas ;
- (iv) l'obéissance parfois aveugle des médecins à leur ordre professionnel au détriment de leur propre conscience professionnelle et de leur esprit critique ;
- (v) les médecins sont contraints d'approuver le récit dominant sans pouvoir le remettre en question ou exercer leur esprit scientifique critique, ce qui les amène à l'accepter pour ne pas mettre en péril leur carrière pour laquelle ils ont fait d'importants sacrifices ;
- (vi) les médecins ne sont pas libres de s'exprimer contre le récit dominant, ce qui empêche le partage d'informations médicales potentiellement importantes, et empêche une meilleure sensibilisation de leurs pairs et du public ;
- (vii) le fait de réduire au silence ou de calomnier publiquement les médecins qui remettent en cause le discours dominant, décourageant ainsi leurs collègues de poursuivre leurs interrogations et leurs investigations ;
- (viii) le fait que les gouvernements court-circuitent les médecins et rompent la relation médecin-patient par la vaccination de masse, ce qui rend les médecins incapables de suivre systématiquement et cliniquement leurs patients vaccinés ;
- (ix) tout retard dans la déclaration et l'analyse de l'EI peut compromettre l'ajustement en temps voulu des politiques de santé publique ;
- (x) l'influence politique du gouvernement du Québec sur son agence de santé publique (INSPQ), dont les enquêtes et les recommandations peuvent être soumises à des pressions et des influences politiques par lesquelles l'autorité politique peut contraindre ou l'emporter sur la science (l'INSPQ peut être appelé par le gouvernement à fournir la justification scientifique pour soutenir une décision politique) ;
- (xi) le manque de cohérence dans le discours public, où les gouvernements prétendent suivre la science, tout en imposant des mesures sanitaires (ex. : couvre-feu) qui ne sont pas soutenues par la science ou en maintenant d'autres (ex. : obligation de vaccination pour voyager ou pour les travailleurs de la santé) qui sont devenues inutiles à la lumière du contexte sanitaire, causant plus de mal que de bien ;
- (xii) le retard pris pour inverser des mesures sanitaires pour lesquelles les données émergentes et la science ne sont plus favorables ;
- (xiii) l'utilisation de la science (cherry-picking) par les politiques, au lieu de véritables décisions politiques fondées sur la science, entraînant une perte de confiance dans les autorités ;
- (xiv) le manque de conseils et d'instructions claires transmis aux profanes sur la manière de s'autocontrôler et de signaler aux autorités compétentes les éventuels effets indésirables des injections Covid-19 ;
- (xv) des données officielles gouvernementales faussées, qui considèrent qu'une personne n'a été vaccinée qu'après le 7^{ème} ou le 14^{ème} jour suivant l'injection, peuvent avoir conduit à une sous-déclaration des EI dans le groupe vacciné (et à une surdéclaration correspondante dans le groupe non vacciné) ;
- (xvi) la pression et l'influence éventuelles des lobbies de l'industrie pharmaceutique et de la société de conseil McKinsey – qui a coordonné la gestion de la crise et comptait Pfizer parmi ses clients pendant cette période – pour que les injections soient considérées comme « sûres et efficaces » peuvent avoir réduit la vigilance des autorités et des professionnels de la santé, et minimisé l'importance de la déclaration et de l'analyse des EI, ou les avoir assimilés à ceux des vaccins traditionnels ; et
- (xvii) une pression et une influence similaires ont été exercées sur les maisons d'édition et les revues scientifiques, entraînant un manque d'objectivité, d'indépendance et d'ouverture dans la communication des EI liés à la vaccination par Covid-19.

C'est après que l'un des deux patients-scientifiques ait été contacté par une infirmière diplômée de l'INSPQ que nous avons appris que l'agence de santé publique ne prend pas en compte les EI qui apparaissent plus de six semaines après une injection Covid-19. Cette contrainte est basée sur la procédure standard des vaccins traditionnels, ce que les injections de Covid-19 ne sont pas ; il s'agit plutôt de produits fondés sur la création génétique synthétique présentée au public comme un ARNm ordinaire – ce que, encore une fois, ce nouveau produit pharmaceutique n'est pas (voir Santiago, 2022). En présence d'une technologie nouvelle et non éprouvée, qui devrait être présumée potentiellement dangereuse plutôt que sûre, il n'est certainement pas bon pour la santé publique de rejeter d'emblée tout EI signalé ; les EI devraient plutôt être recueillis et analysés en profondeur avec un esprit ouvert et investigateur. Une enquête récente sur les effets indésirables potentiels après la vaccination Covid-19, basée sur les modifications des dossiers pharmaceutiques des patients vaccinés, a montré que 76,1 % des événements liés à la santé se sont produits au-delà de la période

de 6 semaines prescrite par les autorités sanitaires, ce qui suggère que cette période devrait peut-être être prolongée de manière significative (Banoun & Provost, 2023).

En outre, la charge de la preuve devrait consister à s'assurer que les nouveaux produits génétiques expérimentaux sont sûrs. Ce ne devrait pas être aux bénéficiaires de prouver qu'ils ne sont pas sûrs. Quel individu, dans le grand public ou dans la profession médicale, pourrait démontrer que les thérapies Covid-19 provoquent effectivement des effets indésirables au-delà de la période prescrite de six semaines, si les preuves qui le démontrent ne sont jamais enregistrées ou dûment prises en compte ? Ou, si elles sont rapportées, qu'elles sont sommairement rejetées sur la base de la limite proscrite de six semaines pour les EI ?

Il est clair que la pression hiérarchique et la censure imposées aux médecins et aux professionnels de la santé par leurs ordres professionnels ont une forte influence sur l'état d'esprit des praticiens qui se répercute sur l'ensemble des professions liées à la santé et contribue à un système de soins de santé dans lequel les EI sont certainement sous-déclarés.

Malheureusement, le gouvernement du Québec a cessé [LMI] de divulguer publiquement le statut vaccinal des patients infectés, hospitalisés et décédés, ce qui entrave la surveillance continue de ces nouveaux produits génétiques, minimise les éventuels risques associés et empêche toute analyse corrélative qui confirmerait (ou infirmerait) que ces injections sont effectivement aussi sûres et efficaces qu'on le prétend.

Facteurs politiques de la sous-notification des EI

Plusieurs des facteurs de sous-déclaration des EI abordés dans les deux sous-sections précédentes sont liés ou conditionnés par des facteurs politiques ou médiatiques.

L'enjeu principal est le message unique véhiculé par les entreprises pharmaceutiques, les gouvernements et les médias, selon lequel « les vaccins à ARNm Covid-19 sont sûrs et efficaces ». Il s'est avéré qu'il s'agissait d'un slogan publicitaire résonnant qui a suscité la confiance et a eu un effet remarquable sur la conformité de la population à se soumettre aux injections – tout comme l'utilisation du terme « vaccin » -, alors que, dans le même temps, la stratégie marketing a réduit la vigilance des médecins quant au diagnostic et à la déclaration des EI. Aux États-Unis, Jablonowski et Hooker (2022) ont documenté le fait qu'une telle publicité et la promotion d'un récit marketing peuvent influencer les organismes de surveillance eux-mêmes ainsi que toutes les personnes qu'ils tendent à contrôler par leur puissante influence politique et réglementaire.

Les responsables gouvernementaux, qui gouvernent par décret, sont rarement, voire jamais, contestés par les partis d'opposition au parlement, tout comme les experts de la télévision, très souvent en conflit d'intérêts, sont rarement contestés par les experts scientifiques indépendants, tels que les professeurs d'université et les chercheurs qui étudient les théories avancées et les preuves expérimentales dans les domaines d'étude contrôlés dans une large mesure par ces responsables.

Le directeur de l'agence de santé publique du Québec (INSPQ), dont la nomination est politique, occupe également le poste de sous-ministre adjoint de la Santé et des Services sociaux au sein du gouvernement, ce qui fait que cette personne est soumise à une influence politique considérable et à des contraintes strictes dans l'exercice de ses fonctions.

À cet égard, le Canada se distingue de la Suède, par exemple, où la santé publique est indépendante du gouvernement. De plus, le gouvernement peut démettre le sous-ministre adjoint de ses fonctions s'il n'est pas satisfait de son travail. Ce manque d'indépendance politique de l'INSPQ, qui est chargé d'enquêter sur les EI post-vaccination, peut réduire considérablement l'autonomie des experts de l'INSPQ dans leurs enquêtes et investigations. On peut également se demander si les avis émis par l'INSPQ sont produits de manière réellement indépendante ou s'ils sont plutôt alignés pour soutenir les décisions ou le discours politiques, car l'organisation n'encourage pas l'expression d'opinions dissidentes.

Il est également à noter que les décisions politiques sont en retard sur la science et la réalité sur le terrain. Ce décalage est bien documenté par les données officielles de santé publique, les connaissances scientifiques actuelles cumulées et l'expérience situationnelle dans d'autres pays. Il en résulte un écart important entre la situation sanitaire actuelle et les mesures attendues pour la normaliser. Cela empêche également d'adapter en temps utile les mesures qui pourraient maximiser l'impact des connaissances accumulées sur la santé de la population.

Facteurs médiatiques de la sous-déclaration des EI

Parmi les facteurs médiatiques influençant la sous-déclaration des EI, on peut citer :

(i) les messages récurrents des médias grand public affirmant universellement la sécurité des injections Covid-19 ;

- (ii) la couverture médiatique des conférences de presse quotidiennes ou hebdomadaires du gouvernement, au cours desquelles la population est exhortée à « se faire vacciner », une directive qui est rarement remise en question par les membres de la presse et qui conduit à la croyance générale que les injections sont effectivement « sûres et efficaces » ;
- (iii) la couverture médiatique déséquilibrée qui promeut les avantages de la vaccination Covid-19, tout en minimisant les risques potentiels, ce qui biaise toute évaluation possible des risques et des avantages, de même que le consentement éclairé du grand public ;
- (iv) l'absence de couverture médiatique représentative concernant les victimes de complications de la maladie, avec une focalisation sur les exceptions, déformant ainsi la réalité sanitaire, créant la peur et conduisant à la croyance que tout le monde supporte les mêmes risques ;
- (v) la méconnaissance de l'immunité naturellement acquise et la promotion de l'immunité induite par la vaccination et des campagnes de vaccination de masse ;
- (vi) le manque de couverture médiatique des EI raisonnablement attribuables aux injections Covid-19, amenant les gens à croire qu'il n'y en a pas, ou qu'ils sont mineurs ou excessivement rares ;
- (vii) l'absence de couverture médiatique ou de publicité invitant à déclarer les EI (par exemple, comment les signaler), ce qui devrait être aussi important que la promotion des injections et l'information sur les risques potentiels ; et
- (viii) le mépris et l'atteinte à la réputation des scientifiques indépendants exprimant des points de vue dissidents et des analyses critiques, afin de maintenir la cohésion sociale et de préserver le message unique de sécurité et d'efficacité.

Nous avons observé que les progrès et les faits relatifs à la même crise sanitaire mondiale dans d'autres pays ne sont pas couverts par nos propres médias, à moins que les nouvelles ne viennent appuyer le message des médias grand public, de sorte que notre pays ne peut pas bénéficier de l'expérience valable des autres pays qui s'attaquent aux problèmes du Covid-19.

Enfin, les débats sont devenus impossibles, les discussions de fond sont proscrites et les points de vue alternatifs sont réprimés par les médias. Cette dernière éventualité est remarquable, car les journalistes ne sont presque jamais des experts dans les domaines de la virologie, de l'immunologie, de la médecine, de la pharmacie, de la génétique, etc. Pourtant, leur manque d'expertise ne les empêche pas d'adopter une position d'autorité en répétant le message du gouvernement à tous ceux qui les écoutent, tandis qu'ils mettent de côté leur propre esprit critique et leurs limites éthiques pour discréditer, disqualifier par stigmatisation ou censurer, sans arguments substantiels, les experts indépendants qui, sur la base d'une autorité valide, expriment des points de vue ou des critiques différents. Le résultat de la partialité des médias est une illusion de consensus scientifique et de vérité, alors que ce qui est diffusé est de la propagande. La couverture médiatique favorable des soi-disant « fact-checkers », détenteurs autoproclamés de la vérité, qui calomnient souvent les experts indépendants, sans possibilité d'échange et de discussion scientifiques, contribue à l'illusion que tous les vrais experts soutiennent résolument le message dominant. Le fait que les journalistes puissent être licenciés s'ils s'y opposent n'aide pas.

Conséquences de la sous-notification des EI

On peut s'attendre à ce que le nombre d'EI post-vaccinaux signalé aux responsables de la santé publique (i) augmente au moins proportionnellement au nombre de doses administrées, et (ii) soit multiplié par plusieurs fois avec une surveillance active plutôt qu'avec le système de surveillance passive actuel, qui laisse à désirer. La principale conséquence de la sous-déclaration des EI est une sous-estimation correspondante des risques et une évaluation biaisée du rapport risque-bénéfice, qui peut être considéré comme favorable à la vaccination alors qu'il ne l'est peut-être pas. Cela conduit nécessairement à des recommandations de santé publique mal informées (par exemple, promouvoir les injections) et à des décisions politiques malencontreuses (par exemple, imposer des règles obligatoires) qui peuvent être préjudiciables à la santé publique et exposer la population à un risque sous-estimé d'EI.

Une autre conséquence majeure est que les patients peuvent difficilement donner un consentement libre et éclairé aux injections Covid-19 lorsqu'on leur présente des données inexistantes ou incomplètes sur les EI, des diagnostics faussement positifs de la maladie (Basile et al., 2020 ; Borger et al, 2020 ; Yeadon, 2020 ; Lyons-Weiler, 2021), des recommandations biaisées, des décisions politiques malencontreuses, mis sous pression par leurs parents, amis, pairs, employeurs ou gouvernements, ou pour des raisons sans rapport avec leur santé (par exemple, pour participer à un programme scolaire ou activer un passeport vaccinal pour voyager ou aller au restaurant). Ces situations peuvent conduire à une forme de consentement extorqué.

Considérations juridiques relatives à la sous-déclaration des EI

La sous-déclaration des EI mérite également une considération juridique. En particulier, il est inquiétant de constater que la Loi sur la santé publique du Québec n'impose pas la mise en place d'une surveillance active et d'un suivi et d'une déclaration proactifs des EI liés aux nouveaux vaccins, aux nouvelles thérapeutiques ou aux nouvelles technologies, alors qu'elle permet au gouvernement d'imposer la distribution et l'acceptation obligatoires de ces produits expérimentaux. Lorsqu'ils ont rédigé et adopté cette loi, les législateurs avaient certainement à l'esprit la sécurité et l'efficacité des vaccins « traditionnels » et ne pouvaient pas s'attendre à ce que la définition du terme « vaccin » soit aussi radicalement modifiée qu'elle l'a été pour inclure les produits génétiques expérimentaux Covid-19. Ce changement récent étend l'intention et la portée de la Loi sur la santé publique du Québec au-delà de son objectif initial, ce qui rend son applicabilité dans le cadre de l'imposition des injections de Covid-19 très discutable et contestable.

Selon l'article 83 de la loi, le ministre peut, par règlement, dresser la liste des maladies ou infections contagieuses pour lesquelles toute personne atteinte à l'obligation de se soumettre aux traitements médicaux requis pour éviter la contagion. Cette liste ne peut comprendre que les maladies ou infections contagieuses qui sont médicalement reconnues comme pouvant constituer une menace grave pour la santé d'une population et pour lesquelles il existe un traitement efficace permettant de mettre fin à la contagion.

On peut comprendre que dire à quelqu'un qu'il est « obligé » de faire quelque chose est très similaire à le contraindre à « se soumettre au traitement médical [supposé « obligatoire »] ». Faut-il comprendre que cet article s'applique aux traitements médicaux dûment autorisés, et qu'il peut être invalidé si le traitement (par exemple, les injectables Covid-19) provoque un ou plusieurs EI importants – qui ne peuvent être évalués avec précision s'ils sont sous-déclarés ? De plus, le Covid-19, dont le taux de létalité de l'infection (*infection fatality rate* ; IFR) était estimé à moins de 0,1 % pour les 0-69 ans à l'époque prévaccinale (Pezzullo et al., 2022), peut-il être considéré comme une « menace sérieuse pour la santé d'une population », par rapport à la variole – qui était censée être mortelle dans 30% des cas – utilisée comme exemple dans l'article suivant de la même loi ? L'article 83 est-il toujours applicable si le traitement est rendu « disponible » par une autorisation d'utilisation d'urgence et qu'il n'a pas permis de prévenir et de mettre fin à la contagion qu'il est censé atténuer ?

L'article 123 de la loi est libellé comme suit : nonobstant toute disposition contraire, tant que l'urgence de santé publique est en vigueur, le gouvernement ou le ministre, s'il a été habilité à le faire, peut, sans délai et sans autre formalité, afin de protéger la santé de la population, ordonner la vaccination obligatoire de toute la population ou d'une partie de celle-ci contre la variole ou toute autre maladie contagieuse menaçant gravement la santé de la population....

Cet article et le précédent s'appliqueraient-ils à un produit injectable encore expérimental ? La « vaccination obligatoire de toute la population » serait-elle indiquée si l'on sait que la maladie contagieuse affecte plus particulièrement les personnes très âgées et malades, « ou toute partie de celle-ci » avec un produit pharmaceutique qui n'empêche pas la contagion ? Ces articles s'appliqueraient-ils au virus SRAS-CoV-2 (ou à tout autre virus), qui est ~300 fois moins mortel que la variole, utilisée comme exemple dans l'article 123 ? Récemment, au Canada, la Cour d'appel de l'Alberta a confirmé que la vaccination obligatoire pour les transplantations d'organes ne viole pas les droits et libertés des Canadiens, qui ne s'appliquent pas aux décisions médicales, rejetant ainsi la demande d'une femme non vaccinée pour une transplantation d'organe qui lui sauverait la vie.

Actuellement, nos parlementaires au Québec débattent d'amendements à la garde d'enfants dans lesquels le gouvernement pourrait supplanter le droit des parents de refuser les injections de Covid-19 pour leur enfant. Déjà, dans les tribunaux, des scientifiques qualifiés indépendants appelés par des parents opposés à la vaccination de leur enfant voient leurs rapports d'expertise rejetés par les juges, qui imposent les directives et recommandations des gouvernements qui peuvent être sous l'influence des lobbies et des compagnies pharmaceutiques. Les agences de santé publique et les chercheurs peuvent vouloir étendre la portée de leurs travaux à la législation en vigueur et en cours de révision dans leurs juridictions, et sensibiliser et intervenir pour défendre la santé publique. Par exemple, est-il légitime qu'un gouvernement décide unilatéralement de prolonger l'état d'urgence qu'il a lui-même instauré, et de le perpétuer même lorsque la période d'urgence est terminée ?

Recommandations

Les lacunes du système évoquées ci-dessus – du manque de compassion et d'empathie véritables de la part des professionnels de la santé aux obstacles de la sous-déclaration des EI – ont affecté la vie des deux patients-

scientifiques, comme elles sont susceptibles d'affecter la vie de millions de personnes dans le monde. Compte tenu de tous les éléments discutés et des arguments soulevés au sujet de la sous-déclaration des EI liés à la vaccination Covid-19, de son impact négatif sur l'évaluation des risques et des bénéfices et de l'importance de corriger chaque étape de la déclaration des EI afin qu'elle reflète la réalité par des rapports valides, les recommandations suivantes sont faites aux gouvernements et aux autorités sanitaires du monde entier :

1. Améliorer les rapports d'EI de la vaccination Covid-19. Au vu de tout ce qui précède, les gouvernements du monde entier devraient rendre la déclaration des EI attribuables à la vaccination Covid-19 ou à toute injection d'ARNm par une surveillance active plutôt que passive – dans laquelle les EI sont sous-déclarés de 90 à 95 % (Lazarus et al., 2010) -, c'est-à-dire facilement accessible, précise et obligatoire pour ceux qui administrent les injections, afin que les risques soient correctement pris en compte et que le rapport risque-bénéfice estimé soit aussi proche de la réalité que possible. Une enquête indépendante devrait être lancée pour estimer de combien de fois les EI sont actuellement sous-déclarés, afin de permettre l'utilisation de la prévalence corrigée des EI dans les évaluations risques-bénéfices de la vaccination Covid-19.

Au Québec, les autorités devraient également revenir à l'évaluation individuelle du risque-bénéfice des injections de Covid-19 en fonction de l'âge et des comorbidités, qui sont, de loin, les plus importantes des variables connues dans les décès enregistrés par le Covid-19 au Québec (voir le rapport du tableau 2.2 « Nombre de décès cumulés selon la présence d'une condition médicale préexistante par groupe d'âge ») à cette source hyperliée de l'INSPQ.

2. Importance des groupes contrôle. Il est important de se rappeler que les injections Covid-19 actuelles ont été autorisées pour une utilisation dans le cadre d'une exception d'urgence et sont toujours considérées comme étant en phase III d'évaluation clinique (lien vers le protocole Pfizer/BioNTech). Les conclusions attendues de cette évaluation sont limitées par le manque connu de groupes contrôle (placebo, véhicule sans le principe actif) de taille adéquate et par l'absence de rapport obligatoire de tout événement indésirable éventuel. De plus, dans le cadre de ces essais cliniques de phase III, les groupes vaccinés et témoins sont faiblement représentés par certains segments de la population, tels que les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées et les personnes présentant des comorbidités. Le groupe témoin a même été perdu lorsque Pfizer a proposé à des personnes non vaccinées de recevoir des injections d'ARNm.

3. Faire appel à des experts indépendants exempts de conflits d'intérêts. Les politiques de santé publique doivent être formulées par un panel de scientifiques libres de tout conflit d'intérêts et indépendants de toute influence politique, de tout lobby ou de toute incitation financière.

Tant les avantages promis que les inconvénients potentiels des injections de Covid-19 doivent être discutés librement et ouvertement, et doivent impliquer des scientifiques qui n'ont aucun conflit d'intérêts politique ou financier. Il en va de même pour la divulgation et l'analyse détaillée de la composition exacte des vaccins (y compris les ingrédients dits « inactifs »), qui ne peut être dissimulée sous le prétexte du secret industriel. La population doit disposer d'une information scientifique éclairante, factuelle, équilibrée et impartiale pour permettre un consentement libre (et non contraint) et éclairé aux actes médicaux, plutôt que de subir des pressions sous la contrainte pour se conformer à des exigences sanitaires prétendument « sûres et efficaces », comme la vaccination obligatoire.

Les agences de régulation sanitaire doivent également faire appel à des scientifiques indépendants et libres de tout conflit d'intérêts pour s'assurer, en toute objectivité scientifique et avant de donner une autorisation conditionnelle à un vaccin expérimental dans une situation de crise sanitaire, qu'il n'existe pas d'autre alternative, comme des traitements précoces efficaces de la maladie à traiter par la vaccination.

4. Restaurer la relation médecin-patient. À la lumière de ce qui précède, non seulement la relation médecin-patient doit être restaurée, mais plusieurs codes de conduite des médecins – dont le non-respect représente de graves manquements à l'éthique – doivent être rétablis : (i) appliquer le principe de précaution ; (ii) évaluer la nécessité et le rapport risque-bénéfice de toute intervention médicale proposée à leurs patients ; (iii) obtenir un consentement libre et éclairé de leurs patients ; (iv) pour les cliniciens, appliquer l'ancienne règle de « ne pas nuire » ; et (v) le gouvernement du Canada doit reconnaître le droit des individus à refuser un traitement, indépendamment de ce que le gouvernement peut prétendre être pour « le bien de tous ».

5. Reconnaître l'immunité naturelle. Nous devons également reconnaître et dûment prendre en compte l'immunité naturelle acquise à la suite d'une infection par le SRAS-CoV-2 lorsque nous établissons des politiques de santé publique (Koch, 1939 ; Panda et Ding, 2015 ; Aung et al., 2016 ; Gazit et al., 2021 ; Pugh et al., 2022). Il existe de plus en plus de preuves que les injections répétées de Covid-19 peuvent en fait réduire l'efficacité de l'immunité naturelle contre le SRAS-CoV-2 (Goldman et al., 2021 ; Bardosh et al., 2022 ; Guetzkow, 2022 ; Kampf, 2022).

6. Améliorer la transparence des autorités sanitaires. La science, à condition qu'elle ne soit pas entravée par des interventions autoritaires et des intimidations, progresse normalement et rapidement au fur et à mesure de l'évolution de toute crise sanitaire. Dans cette optique, les autorités doivent améliorer leur transparence, rendre leurs données accessibles aux scientifiques indépendants et adapter rapidement leurs mesures de santé publique afin qu'elles restent scientifiquement valables et justifiées. Dans le même temps, il est essentiel de chercher à éliminer les conséquences de la sous-déclaration des EI (biais favorable important de l'évaluation risque-bénéfice de la vaccination Covid-19 et à des décisions politiques mal avisées, qui peuvent alors porter atteinte à la santé, au bien-être et aux droits et libertés de la population). Compte tenu de l'importance cruciale de la confiance du public dans les politiques fondées sur la science, afin de maintenir la cohésion sociale, les informations selon lesquelles les CDC ont fait de fausses déclarations sur la surveillance de la sécurité des vaccins sont loin d'être rassurantes. Bien que le système VAERS soit profondément défectueux et sous-estime grandement les signaux qui devraient être pris au sérieux et faire l'objet d'une enquête (Lazarus et al., 2010), le CDC continue de faire preuve d'un manque de sérieux dans le traitement des signaux d'alerte importants, ce qui suggère que les garanties et les réglementations sur lesquelles le public s'est appuyé pendant des années et qu'il a supposé être en place pour les produits pharmaceutiques ont été supprimées pour les vaccins à base d'ARNm (voir Latypova, 2022 ; en particulier de 10:23 à 15:00 pour la discussion).

7. Responsabiliser l'industrie pharmaceutique. Enfin, les entreprises pharmaceutiques devraient être tenues responsables et redevables, par le biais de contrats transparents, des EI causés par l'utilisation de leurs produits – qui leur rapportent des milliards de dollars de bénéfices annuels. Si la technologie de l'ARNm ne peut pas être utilisée pour produire des vaccins fiables dont la sécurité et l'efficacité ont été prouvées de manière indépendante, alors leur utilisation et leur application en tant que vaccins devraient être abandonnées, voire interdites.

Conclusions

Les EI associés aux injections Covid-19 ne doivent pas être cachés, ni niés, ni rejetés. Ils doivent être signalés, documentés, analysés objectivement et rigoureusement, discutés et recherchés jusqu'à leurs causes réelles. Ce n'est qu'en les étudiant de manière intensive que les EI post-injection peuvent être compris et, espérons-le, évités à l'avenir, tandis que les personnes touchées par ces effets sont traitées de la meilleure manière possible dans le présent.

Les questions et les obstacles soulevés dans cet article concernant la notification des EI post-vaccinaux, l'angle mort de la crise toujours en cours, doivent être abordés et résolus pour que le nombre d'EI soit beaucoup plus proche de la réalité, d'autant plus que la technologie ARNm est envisagée pour traiter d'autres maladies infectieuses (par exemple, la grippe). Nous devons agir de la sorte si nous voulons nous assurer que les remèdes à base d'ARNm sont sûrs et qu'ils feront beaucoup moins de mal que de bien à court, moyen et long terme pour chaque segment de la population – toutes les personnes injectées ne subiront pas d'EI, mais toutes celles qui en subiront seront affectées et en subiront tous les effets, avec des conséquences potentiellement permanentes. Il est essentiel de s'attaquer aux angles morts chroniques signalés ici si nous voulons disposer de politiques de santé publique solides et pertinentes permettant une réponse mesurée aux problèmes de santé qui puisse améliorer et, espérons-le, rétablir la confiance du public dans nos autorités et dans les produits pharmaceutiques en général.

Si des données précises ou inquiétantes sur les EI montrent que les injections Covid-19 causent en fait plus de mal que de bien (comme certains le soutiennent ; voir Seneff & Nigh, 2021 ; Classen, 2021b ; Santiago, 2022b), les autorités ont l'obligation morale de protéger le public, de regarder attentivement dans leur « angle mort » et de rappeler ces produits expérimentaux rapidement et globalement, et d'envisager de promouvoir des mesures préventives et des interventions et traitements médicaux alternatifs plus sûrs contre le Covid-19.

Dans un contexte où une grande partie de la population a déjà été exposée à l'un des variants hautement transmissibles d'Omicron et a développé une immunité naturelle protectrice contre les infections ultérieures, il est peut-être temps de reconsidérer le rôle et l'importance de la vaccination en général, et celle de la technologie ARNm en particulier, comme centre de la politique stratégique de santé publique.

La bibliographie intégrale de cet article est accessible gratuitement sur le site de la revue

<https://qg.media/blog/laurent-mucchielli/la-sous-declaration-des-effets-indesirables-angle-mort-de-la-politique-vaccinale/>

Le 31/01/2023 par Laurent MUCCHIELLI

Le vaccin Covid-19 de Pfizer lié à la coagulation du sang, selon la FDA

Le vaccin Covid-19 de Pfizer a été lié à la coagulation du sang chez les personnes âgées, selon la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis.

Les chercheurs de la FDA, qui ont analysé les données d'une base de données de personnes âgées aux États-Unis, ont constaté que l'embolie pulmonaire – la coagulation du sang dans les poumons – avait atteint le seuil initial d'un signal statistique et continuait de répondre aux critères après une évaluation plus approfondie.

Selon les chercheurs, trois autres résultats intéressants – un manque d'oxygène au niveau du cœur, un trouble des plaquettes sanguines appelé thrombocytopénie immunitaire et un autre type de coagulation appelé coagulation intravasculaire – ont initialement déclenché des signaux d'alarme. Des évaluations plus approfondies, telles que des comparaisons avec des populations ayant reçu des vaccins contre la grippe, ont montré que ces trois cas n'atteignaient plus les seuils statistiques d'un signal.

Les chercheurs ont examiné les données concernant 17,4 millions d'Américains âgés qui ont reçu un total de 34,6 millions de doses de vaccin entre le 10 décembre 2020 et le 16 janvier 2022.

L'étude a été publiée dans la revue *Vaccine* le 1^{er} décembre.

La FDA a déclaré qu'elle ne prenait aucune mesure concernant les résultats parce qu'ils ne prouvent pas que les vaccins sont à l'origine de l'une ou l'autre des quatre conséquences, et parce que les conclusions « sont toujours en cours d'investigation et nécessitent une étude plus solide ».

Le Dr Peter McCullough, conseiller médical en chef de la Fondation Truth for Health, a déclaré à *The Epoch Times* par courrier électronique que le nouveau document « corrobore les préoccupations des médecins selon lesquelles la forte augmentation des caillots sanguins, la progression des maladies cardiaques athérosclérotiques et les troubles sanguins sont indépendamment associés à la vaccination par le Covid-19 ». Pfizer n'a pas répondu à une demande de commentaire.



© Jeenah Moon/Getty Images. Un piéton passe devant le siège de Pfizer à New York, dans une photo d'archive.

Comment la recherche a été effectuée

Les chercheurs de la FDA, avec l'aide de chercheurs des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), ont analysé les données de la base CMS. Ils ont inclus les bénéficiaires de Medicare Fee-for-Service âgés de 65 ans ou plus qui ont reçu un vaccin dans le délai imparti, qui ont été inscrits lorsqu'ils ont été vaccinés et qui ont été inscrits pendant une « fenêtre propre » de temps avant la vaccination. Cette fenêtre était de 183 jours ou 365 jours, selon le résultat.

Environ 25 millions de personnes bénéficient du système Medicare Fee-for-Service, mais seulement 17 millions environ ont été vaccinées pendant la période étudiée.

Les chercheurs ont utilisé des tests de probabilité pour détecter un risque accru d'un ou plusieurs des 14 résultats après la vaccination. L'objectif était de voir si la vaccination pouvait augmenter le risque d'effets indésirables, tels que l'embolie pulmonaire, ou la formation de caillots sanguins dans les poumons. Si un résultat atteignait un certain seuil statistique, cela signifiait qu'il pouvait augmenter le risque.

Les premiers résultats de la surveillance de la sécurité ont détecté un risque accru de quatre événements, a annoncé la FDA le 12 juillet 2021. Il s'agit des mêmes quatre événements décrits dans le nouveau document, qui constitue la première mise à jour de l'agence sur le sujet depuis son annonce.

Au 15 janvier 2022, 9 065 cas de manque d'oxygène au cœur – connus sous le nom d'infarctus aigu du myocarde – ont été détectés, ont révélé les chercheurs dans la nouvelle étude. À la même date, 6 346 cas d'embolie pulmonaire, 1 064 cas de thrombocytopénie immunitaire et 263 cas de coagulation ont été détectés.

Table S108. Summary of Primary and Sensitivity Rapid Cycle Analyses for Acute Myocardial Infarction, Pulmonary Embolism, Disseminated Intravascular Coagulation, and Immune Thrombocytopenia identified after BNT162b2/Pfizer-BioNTech vaccination in Medicare Shared Systems Database

Analysis	Data Through Signal Date of Primary Analysis		Data Through May 1, 2021		Statistical Signal	Last LLR / Critical Value
	Observed Cases	RR	Observed Cases	RR		
AMI						
Primary	1526	1.42	6224	1.13	Yes	11.42/3.49
Variation in monthly rates	1526	1.24	6224	1.02	No	0.00/4.10
Influenza-Vaccinated	1526	1.41	6224	1.14	Yes	10.93/3.50
PE						
Primary	1197	1.54	4538	1.36	Yes	23.76/3.77
Variation in monthly rates	1197	1.35	4538	1.25	Yes	14.15/4.03
Influenza-Vaccinated	1197	1.48	4538	1.30	Yes	15.65/3.73
Peri-COVID	1197	1.22	4538	1.10	No	0.00/3.59
Inpatient-Only	498	2.17	1876	1.45	Yes	63.23/4.90
DIC						
Primary	82	1.91	181	1.30	Yes	6.45/6.03
Variation in monthly rates	82	1.59	181	1.16	No	0.00/5.05
Influenza-Vaccinated	82	1.87	181	1.30	No	0.14/5.15
Peri-COVID	82	1.54	181	1.06	No	0.00/4.98
IITP						
Primary	644	1.44	691	1.42	Yes	5.87/5.07
Variation in monthly rates	644	1.37	691	1.35	No	2.15/5.07
Influenza-Vaccinated	644	1.28	691	1.26	No	0.03/5.17
Peri-COVID	644	1.64	691	1.62	Yes	6.86/5.77

Abbreviations: LLR, log likelihood ratio; RR, risk ratio

Un des tableaux du nouveau document.

L'analyse primaire a montré un signal de sécurité pour les quatre résultats. Les chercheurs ont essayé d'ajuster les chiffres en utilisant différentes variables. Par exemple, à un moment donné, ils ont ajusté la variation des taux de base, ou les taux de chaque résultat dans la population générale avant la pandémie. Après certains ajustements – pas tous – l'infarctus du myocarde, la thrombocytopénie immunitaire et la coagulation intravasculaire ont cessé d'être statistiquement significatifs.

L'embolie pulmonaire, en revanche, est restée statistiquement significative, ont indiqué les chercheurs. L'embolie pulmonaire est une affection grave qui peut entraîner la mort.

Les limites de l'étude incluent la possibilité de faux signaux et de signaux manqués dus à des facteurs tels que des paramètres mal spécifiés.

Les conditions qui n'ont pas déclenché de signal comprenaient l'accident vasculaire cérébral, l'inflammation cardiaque et l'appendicite.

Les signaux n'ont été détectés qu'après la vaccination par Pfizer. Les analyses des signaux après la réception des vaccins Moderna et Johnson & Johnson n'ont pas révélé de problèmes.

Moderna et Johnson & Johnson n'ont pas répondu aux demandes de commentaires.

Effets secondaires

Les trois vaccins ont été associés à un certain nombre d'effets secondaires. *Des experts du monde entier ont*

confirmé que l'inflammation cardiaque est liée aux vaccins Moderna et Pfizer, tandis que le vaccin de Johnson & Johnson a été associé à des caillots sanguins.

D'autres pathologies, telles que l'embolie pulmonaire, ont été signalées aux autorités et décrites dans des études, bien que certains articles n'aient constaté aucune augmentation du risque après la vaccination.

Environ 4 214 rapports d'embolie pulmonaire post-vaccination, dont 1 886 après réception du vaccin de Pfizer, ont été signalés au U.S. Vaccine Adverse Event Reporting System en date du 9 décembre.

À la même date, 1 434 rapports d'infarctus du myocarde post-vaccination, dont 736 après réception du vaccin Pfizer, 469 rapports de thrombocytopénie immunitaire post-vaccination, dont 234 après réception du vaccin Pfizer, et 78 rapports de coagulation intravasculaire post-vaccination, dont 42 après réception du vaccin Pfizer, ont été signalés.

Les rapports au système peuvent être faits par n'importe qui, mais la plupart sont déposés par des travailleurs de la santé, selon les études. Le nombre de rapports est un sous-dénombrement, selon les études.

La nouvelle étude indique que la FDA « croit fermement que les avantages potentiels de la vaccination contre le Covid-19 l'emportent sur les risques potentiels de l'infection par le Covid-19 ». Aucune preuve n'a été citée à l'appui de cette conviction.

La FDA doit rencontrer son groupe consultatif sur les vaccins en janvier 2023 au sujet de l'avenir des vaccins Covid-19, car les vaccins ont été beaucoup moins performants contre Omicron et ses sous-variantes.

McCullough a déclaré à The Epoch Times :

« Une des lacunes du système de surveillance de la CMS est qu'il n'a pas saisi les infections antérieures et ultérieures au SRAS-CoV-2 qui accentuent le risque cumulatif de la vaccination Covid-19. Étant donné le grand nombre d'individus qui ont été vaccinés, la fraction attribuable à la population des problèmes médicaux attribués aux vaccins est énorme. Je m'inquiète de la charge future que représentera pour le système de santé la vaccination massive et indiscriminée contre le Covid-19. »

Zachary STIEBER
crashdebug.fr
19 décembre 2022

Source : *Theepochtimes.com*

<https://fr.sott.net/article/41451-Le-vaccin-Covid-19-de-Pfizer-lie-a-la-coagulation-du-sang-selon-la-FDA>

Le vaccin Pfizer : un bilan de deux rapports. « Profit vs. Mortalité »



« Des profits se chiffrant en milliards de dollars étaient la force motrice de ce programme diabolique. « Tuer est une bonne affaire ». Ce dont nous sommes témoins est un crime contre l'humanité d'une ampleur sans précédent, affectant la vie de toute la population de notre planète ».

INTRODUCTION

Ce matin, j'ai reçu un document intéressant : Pfizer 2022 Full Year Financial Report, qui, à mon avis, en tant qu'économiste formé à l'analyse de corrélation (statistique), soulève des questions importantes.

Il y a deux rapports de Pfizer

L'un traite de l'Argent (Money), l'autre qui est « confidentiel » traite de la mortalité et de la morbidité résultant du vaccin Pfizer-BioNTech contre la Covid-19.

Le rapport sur les recettes de l'année complète est un document public. Il évalue l'impressionnant « performance financière » de Pfizer. Il est également destiné à être consulté par des investisseurs potentiels, rapporté par les analystes financiers et les médias.

Le second est le rapport « confidentiel » de Pfizer qui vous donne un aperçu de la « performance » du vaccin contre la Covid-19 de Pfizer : c'est-à-dire la mortalité et la morbidité. Publié en octobre 2021 sous Liberté d'information. Vous n'étiez pas censé le voir. Et ce n'est pas rapporté par les médias.

Existe-t-il une relation de causalité entre le bilan de 100,3 milliards de revenus de 100,3 milliards de dollars (en année complète 2022) et la tendance à la hausse du vaccin à ARNm en matière d'événements indésirables et de mortalité dans le monde entier, affectant 8 milliards de personnes.

Y a-t-il une relation ? Y a-t-il une corrélation ? Ce sont les statistiques 101.

Cette tendance à la hausse de la mortalité et de la morbidité est la source d'un énorme bénéfice résultant de l'application du vaccin à ARNm par les gouvernements nationaux du monde entier. Les preuves sont accablantes. Il s'agit du plus grand programme de vaccins de l'histoire du monde qui cible l'ensemble de la population mondiale soit 8 milliards d'habitants.

*

[...]

I

LE RAPPORT SUR LE PROFIT

C'est une opération de plusieurs milliards de dollars dans le monde entier.



PFIZER REPORTS RECORD FULL-YEAR 2022 RESULTS AND PROVIDES FULL-YEAR 2023 FINANCIAL GUIDANCE

- Full-Year 2022 Revenues of \$100.3 Billion, An All-Time High for Pfizer, Reflecting 30% Operational Growth

Selon le Dr. Albert Bourla, directeur général de Pfizer :

« 2022 a été une année record pour Pfizer, non seulement en termes de revenus et de bénéfices par action, qui ont été les plus élevés de notre longue histoire, mais plus important encore, en termes de pourcentage de patients qui ont une perception positive de Pfizer et du travail que nous faisons.

Cliquez ici pour lire le rapport sur les revenus de l'année complète 2022 de Pfizer :

https://s28.q4cdn.com/781576035/files/doc_financials/2022/q4/Q4-2022-PFE-Earnings-Release.pdf

Une affaire de plusieurs milliards de dollars

Le rapport financier sur l'année complète 2022 de Pfizer ne fournit pas de détails sur la commercialisation mondiale du vaccin de Pfizer.

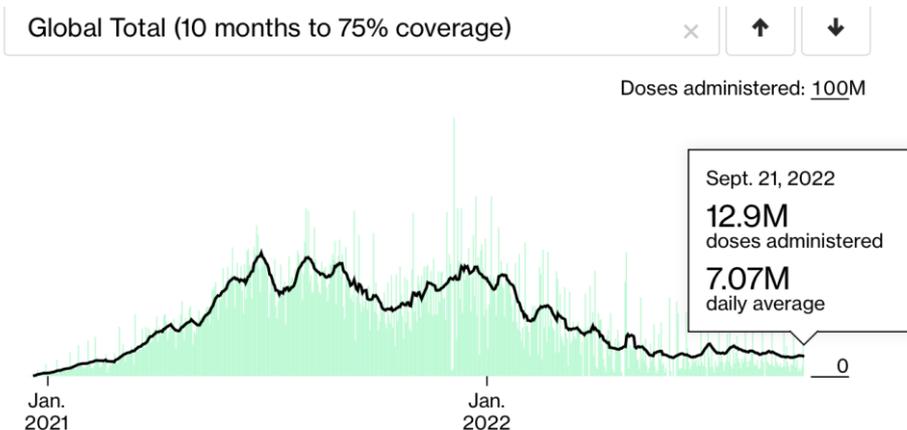
Vous trouverez ci-dessous une analyse de la commercialisation mondiale du vaccin contre la Covid par Big Pharma, avec Pfizer en tête. Dès le début en novembre 2020, l'objectif était de vacciner complètement (avec plusieurs doses) chaque personne dans le monde entier : une population de 8 milliards de personnes.

Dans de nombreux pays, sous la pression abusive de Big Pharma, les gouvernements nationaux corrompus ont mis en œuvre des politiques d'application sociale et d'acceptation. De plus, les impacts dévastateurs du vaccin contre la Covid-19 sur la santé ont fait l'objet d'un déni systématique par les autorités sanitaires ainsi que par les médias.

L'ensemble de ce processus est « axé sur le profit » à coups de milliards, soutenu par la fraude scientifique et la désinformation.

Opération Mondiale « Big Money » Vaxx

Sur une période de deux ans, plus de 12,9 milliards de doses de vaccin ont été administrées dans 184 pays (Bloomberg, 21 septembre 2022, voir le graphique ci-dessous).



Note: *Coverage may exceed 100% in some places, as shots may be administered to non-residents. The "daily rate estimate" is a seven-day trailing average; interpolation is used for jurisdictions with infrequent updates. Data are from Bloomberg's Covid-19 Vaccine Tracker.

Enregistré le 21 septembre 2022 : 12,9 millions de doses administrées (mi-décembre 2020 – 21 septembre 2022)

L'estimation de l'augmentation quotidienne du nombre de doses était d'environ 7,07 millions de doses par jour. (Octobre 2022).

Au moment de la rédaction de ce rapport (20 février 2023), le nombre estimé de doses dans le monde est de l'ordre de 14 milliards, pour une population mondiale totale de 8 milliards de personnes. (1,75 doses par personne pour une population mondiale de 8 milliards)

L'ampleur et l'impact social de cette opération vaccinale sont ont indescriptibles.

La vérité non dite : Nous avons affaire à une opération de plusieurs milliards de dollars très rentable qui repose sur l'augmentation des niveaux de mortalité et de morbidité liées aux vaccins.

Pfizer/Biontech Moderna ont tendance à dominer le marché mondial.

(Voir le graphique de l'UE ci-dessous)

Le coût de la dose unitaire initiale peut varier d'un pays à l'autre.

En supposant un prix de 20,00 \$ pour chaque dose de vaccin, (prix approximatif de Pfizer/ Moderna payé par le gouvernement américain au début à la mi-décembre 2020) les ventes globales dans le monde entier du vaccin contre la Covid-19 avec Pfizer en tête seraient de l'ordre de 280 milliards de dollars.

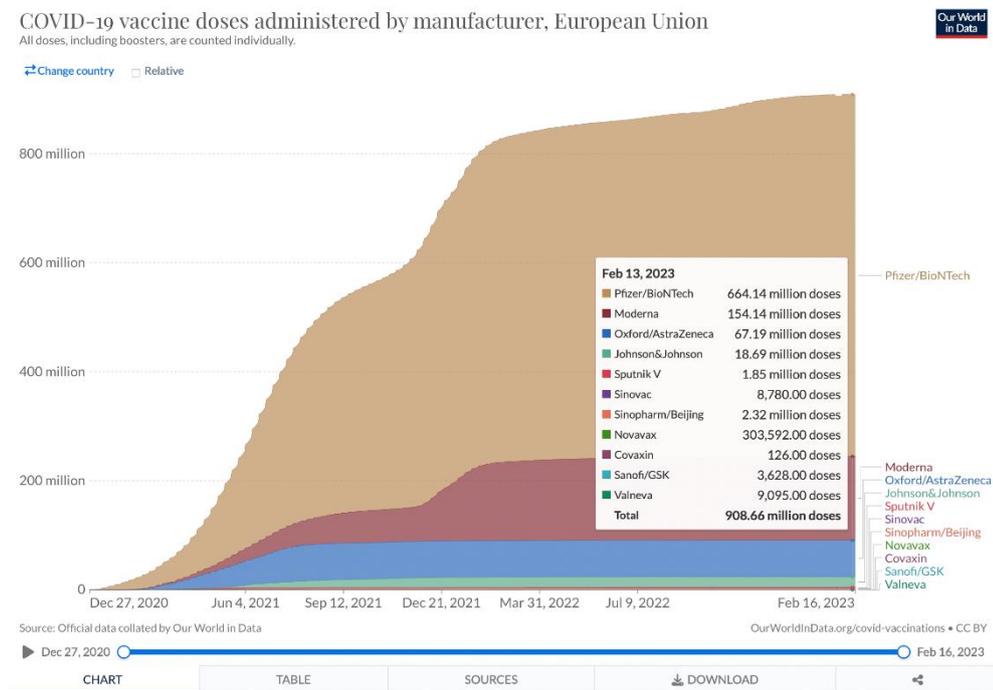
Le gouvernement fédéral américain sur une période de deux ans (décembre 2020-décembre 2022 a acheté 1,2 milliard de doses de doses de vaccin Covid Pfizer et Moderna pour une population américaine de 339 millions de personnes, pour un coût de 25,3 milliards de dollars, soit à un prix d'achat de 20,69 \$ par dose. »

Un « Vaccin tueur » qui coûte très cher

De loin, Pfizer-BioNTech est le plus grand distributeur aux États-Unis et dans l'UE, suivi de Moderna, qui opère en partenariat de facto avec Pfizer.

La population de l'Union européenne est de l'ordre de 450 millions. Pfizer/Moderna représente déjà la vente de 818,28 millions de doses (presque deux fois la population de l'UE, c'est-à-dire 1,8 doses par personne). (voir le graphique ci-dessous). Le nombre total de doses dans l'UE est de 908, 66 millions (deux fois la population de l'UE)

Et un autre grand contrat est en cours de négociation avec des responsables du gouvernement de l'UE qui sont pleinement conscients que le vaccin contre la Covid-19 a entraîné une tendance à la hausse de la mortalité et de la morbidité.



Ursula von der Leyen : « Mme 4,5 milliards de doses »



Le prix de chaque dose de vaccin a été négocié directement avec la présidente de la Commission européenne, *Ursula von Der Leyen*, qui est connue pour être corrompue.

L'objectif plus large du PDG de Pfizer, le Dr. Bourla va négocier un contrat de doses de vaccin de 4,5 milliards pour une population de l'UE de 450 millions d'habitants, en d'autres termes, 10 doses par personne. Il s'agit de doses supplémentaires à celles déjà achetées par l'UE (plus de 800 millions)



Mislav Kolakusic, député croate (MEP) en octobre 2022, a dénoncé l'achat prévu de 4,5 milliards de doses du « vaccin » contre la Covid-19 négocié avec la présidente de l'UE Ursula von Der Leyen pour 450 millions de résidents de l'UE. 10 doses par personne, ce qui représente « le plus grand scandale de corruption de l'histoire de l'humanité ». Kolakusic a qualifié, en plaisantant, la présidente de la Commission européenne (CE) Ursula von der Leyen de « Mme 4,5 milliards de doses » parce qu'elle est responsable de cette fraude massive contre le peuple européen, dont un grand nombre ne savent même pas qu'elle a eu lieu.

Et maintenant, ce que veut Pfizer, c'est augmenter le prix de la dose entre 110 \$ et 130 \$. Pfizer Moderna : « a indiqué des écarts probables qui sont trois à quatre fois supérieures au prix fédéral [américain] préacheté pour le rappel du vaccin bivalent ».

Cette augmentation du prix du vaccin contre Covid-19 repose sur une campagne de peur qui se poursuit. Cela se traduira-t-il par une nouvelle flambée de plusieurs milliards de dollars pour Big Pharma ? Quels seraient les impacts probables sur l'excès de mortalité liée au vaccin ARNm contre la Covid-19 ? (Voir la partie II ci-dessous)



PFIZER REPORTS RECORD FULL-YEAR 2022 RESULTS AND PROVIDES FULL-YEAR 2023 FINANCIAL GUIDANCE

- Full-Year 2022 Revenues of \$100.3 Billion, An All-Time High for Pfizer, Reflecting 30% Operational Growth
 - Excluding Contributions from Paxlovid and Comirnaty⁽¹⁾, Revenues Grew 2% Operationally
- Strong Fourth-Quarter 2022 Revenues of \$24.3 Billion, Reflecting 13% Operational Growth
 - Excluding Contributions from Paxlovid and Comirnaty⁽¹⁾, Revenues Grew 5% Operationally

[...]

Les détails spécifiques sur les revenus résultant de cette vente de milliards de doses du vaccin ne sont pas décrits dans le rapport financier de Pfizer.

Selon *David Denton*, directeur financier et vice-président exécutif :

« Je suis très satisfait de notre performance au quatrième trimestre, qui a été marquée par une forte croissance opérationnelle de [Covid-19 Vaccine] *Paxlovid*, *Pevnar 20*, [Pfizer BionTech Covid-19 Vaccine] *Comirnaty*, *Vyndaqel* et [Covid related] *Eliquis*, ainsi que par l'inclusion de *Nurtec ODT/Vydura* et *Oxbryta*. » (c'est nous qui soulignons).

.
.
II

LE RAPPORT SUR LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ

Examinons maintenant le deuxième rapport, à savoir le rapport confidentiel de Pfizer (<https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf>), intitulé

“Cumulative Analysis of Post-authorization Adverse Event Reports”

(Analyse cumulative des rapports sur les événements adverses post-autorisation)

Le rapport a été rendu public dans le cadre de la liberté d'information en octobre 2021.

Ce rapport fournit des données détaillées sur les *événements adverses et les décès liés au vaccin Pfizer BioNTech Covid-19*.

Il s'agit d'un document confidentiel interne qui fournit des données sur les décès et les événements indésirables enregistrés par Pfizer depuis le début du projet de vaccination en décembre 2020 jusqu'à la fin février 2021, à savoir une période très courte (au plus deux mois et demi).

Un échantillon relativement important provenant de nombreux pays. Enregistrement des décès et des événements indésirables, catégorisé.

Lisez-le attentivement. Il s'agit d'un document interne qui a été déclassifié au détriment de Pfizer. Le rapport confirme de très nombreux événements indésirables (morbidité). Il confirme également d'innombrables décès, à savoir la mortalité.

Gardez à l'esprit que les données dérivées de l'échantillon de Pfizer ont été collectées sur une courte période de deux mois et demi. Il n'évalue pas les *impacts à long terme du vaccin*. Un récent rapport de l'UKHSA confirme que « les vaccins contre la Covid-19 augmentent considérablement le risque d'hospitalisation dans les mois 7-9 après la vaccination »

Les données de la mi-décembre 2020 à la fin février 2021 confirment sans équivoque « l'homicide involontaire ». Sur la base de ces données, Pfizer avait la responsabilité d'annuler et de retirer le « vaccin » le 1er mars 2021, après l'examen des résultats de son propre rapport confidentiel (mortalité et événements indésirables).

Le rapport est dans le domaine public. Et vous pouvez le consulter.

Les gouvernements nationaux et les médias n'ont pas informé le public de ce rapport confidentiel de Pfizer qui vient directement de la « bouche du cheval ». Les données sont irréfutables.

Extraits sélectionnés du rapport confidentiel de Pfizer

BNT162b2

5.3.6 Cumulative Analysis of Post-authorization Adverse Event Reports

5.3.6 CUMULATIVE ANALYSIS OF POST-AUTHORIZATION ADVERSE EVENT REPORTS OF PF-07302048 (BNT162B2) RECEIVED THROUGH 28-FEB-2021

[traduit de l'anglais]

« Ce document fournit une analyse intégrée des données cumulées de sécurité post-autorisation, y compris les rapports d'événements indésirables post-autorisation aux États-Unis et à l'étranger reçus jusqu'au 28 février 2021.

« Cumulativement, jusqu'au 28 février 2021 [en moins de trois mois], il y a eu un total de 42 086 rapports de cas (25 379 médicalement confirmés et 16 707 non médicalement confirmés) contenant 158 893 événements. La plupart des cas (34 762) ont été reçus des États-Unis (13 739), du Royaume-Uni (13 404), d'Italie (2 578), d'Allemagne (1913), de France (1506), du Portugal (866) et d'Espagne (756) ; les 7 324 restants ont été répartis entre 56 autres pays.

Comme le montre la figure 1 [voir ci-dessous], les classes d'organes systémiques (SOC) [System Organ Classes] qui contenaient le plus grand nombre ($\geq 2\%$) d'événements, dans l'ensemble de données, étaient les troubles généraux et les conditions du site d'administration [Administration Site Conditions] (51 335 AE), Troubles musculo-squelettiques et du tissu conjonctif (17 283), Troubles gastro-intestinaux (14 096), Troubles de la peau et du tissu sous-cutané (8 476), Troubles respiratoires, thoraciques et médiastinaux (8 848), Infections et infestations (4 610), Blessures, empoisonnements et complications procédurales (5 590) et Investigations (3 693).

Figure 1. Total Number of BNT162b2 AEs by System Organ Classes and Event Seriousness

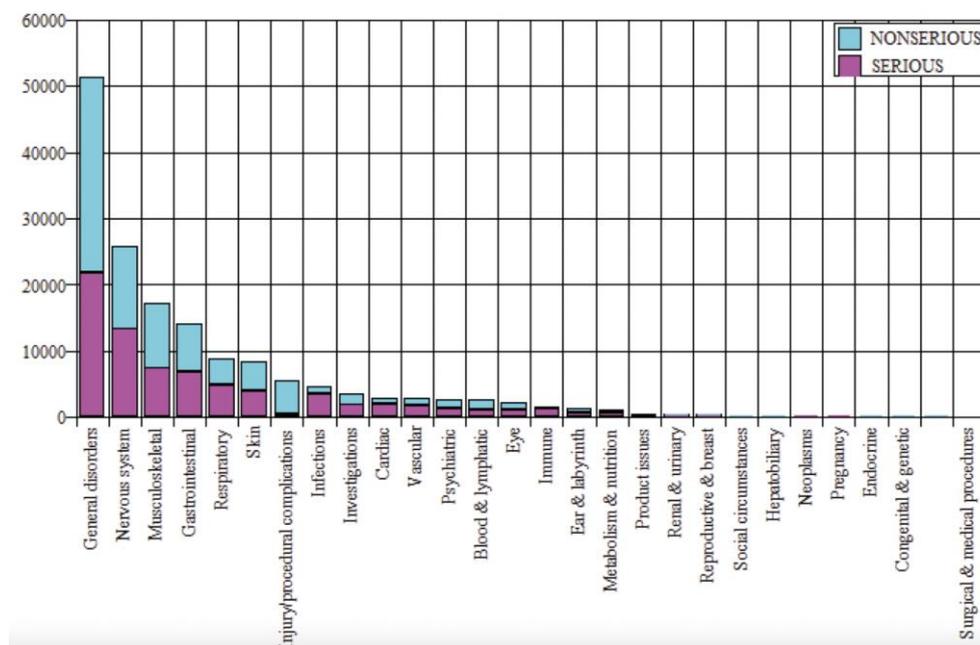


Table 1. General Overview: Selected Characteristics of All Cases Received During the Reporting Interval

Characteristics		Relevant cases (N=42086)
Gender:	Female	29914
	Male	9182
	No Data	2990
Age range (years): 0.01 -107 years Mean = 50.9 years n = 34952	≤ 17	175 ^a
	18-30	4953
	31-50	13886
	51-64	7884
	65-74	3098
	≥ 75	5214
	Unknown	6876
Case outcome:	Recovered/Recovering	19582
	Recovered with sequelae	520
	Not recovered at the time of report	11361
	Fatal	1223
	Unknown	9400

a. in 46 cases reported age was <16-year-old and in 34 cases <12-year-old.

Table 2. Events Reported in $\geq 2\%$ Cases

MedDRA SOC	MedDRA PT	Cumulatively Through 28 February 2021 AEs (AERP%) N = 42086
Blood and lymphatic system disorders		
	Lymphadenopathy	1972 (4.7%)
Cardiac disorders		
	Tachycardia	1098 (2.6%)
Gastrointestinal disorders		
	Nausea	5182 (12.3%)
	Diarrhoea	1880 (4.5%)
	Vomiting	1698 (4.0%)
General disorders and administration site conditions		
	Pyrexia	7666 (18.2%)
	Fatigue	7338 (17.4%)
	Chills	5514 (13.1%)
	Vaccination site pain	5181 (12.3%)

Table 7. AESIs Evaluation for BNT162b2

AESIs ^a Category	Post-Marketing Cases Evaluation ^b Total Number of Cases (N=42086)
Anaphylactic Reactions <i>Search criteria: Anaphylactic reaction SMQ (Narrow and Broad, with the algorithm applied), selecting relevant cases according to BC criteria</i>	Please refer to the Risk 'Anaphylaxis' included above in Table 4.
Cardiovascular AESIs <i>Search criteria: PTs Acute myocardial infarction; Arrhythmia; Cardiac failure; Cardiac failure acute; Cardiogenic shock; Coronary artery disease; Myocardial infarction; Postural orthostatic tachycardia syndrome; Stress cardiomyopathy; Tachycardia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Number of cases: 1403 (3.3% of the total PM dataset), of which 241 are medically confirmed and 1162 are non-medically confirmed; • Country of incidence: UK (268), US (233), Mexico (196), Italy (141), France (128), Germany (102), Spain (46), Greece (45), Portugal (37), Sweden (20), Ireland (17), Poland (16), Israel (13), Austria, Romania and Finland (12 each), Netherlands (11), Belgium and Norway (10 each), Czech Republic (9), Hungary and Canada (8 each), Croatia and Denmark (7 each), Iceland (5); the remaining 30 cases were distributed among 13 other countries; • Subjects' gender: female (1076), male (291) and unknown (36); • Subjects' age group (n = 1346): Adult^c (1078), Elderly^d (266) Child^e and Adolescent^f (1 each); • Number of relevant events: 1441, of which 946 serious, 495 non-serious; in the cases reporting relevant serious events; • Reported relevant PTs: Tachycardia (1098), Arrhythmia (102), Myocardial infarction (89), Cardiac failure (80), Acute myocardial infarction (41), Cardiac failure acute (11), Cardiogenic shock and Postural orthostatic tachycardia syndrome (7 each) and Coronary artery disease (6); • Relevant event onset latency (n = 1209): Range from <24 hours to 21 days, median <24 hours;

Topic	Description
Missing Information	<p>Post Authorization Cases Evaluation (cumulative to 28 Feb 2021) Total Number of Cases in the Reporting Period (N=42086)</p>
Use in Pregnancy and lactation	<ul style="list-style-type: none"> Number of cases: 413^a (0.98% of the total PM dataset); 84 serious and 329 non-serious; Country of incidence: US (205), UK (64), Canada (31), Germany (30), Poland (13), Israel (11); Italy (9), Portugal (8), Mexico (6), Estonia, Hungary and Ireland, (5 each), Romania (4), Spain (3), Czech Republic and France (2 each), the remaining 10 cases were distributed among 10 other countries. <p>Pregnancy cases: 274 cases including:</p> <ul style="list-style-type: none"> 270 mother cases and 4 foetus/baby cases representing 270 unique pregnancies (the 4 foetus/baby cases were linked to 3 mother cases; 1 mother case involved twins). Pregnancy outcomes for the 270 pregnancies were reported as spontaneous abortion (23), outcome pending (5), premature birth with neonatal death, spontaneous abortion with intrauterine death (2 each), spontaneous abortion with neonatal death, and normal outcome (1 each). No outcome was provided for 238 pregnancies (note that 2 different outcomes were reported for each twin, and both were counted). 146 non-serious mother cases reported exposure to vaccine in utero without the occurrence of any clinical adverse event. The exposure PTs coded to the PTs Maternal exposure during pregnancy (111), Exposure during pregnancy (29) and Maternal exposure timing unspecified (6). Trimester of exposure was reported in 21 of these cases: 1st trimester (15 cases), 2nd trimester (7), and 3rd trimester (2). 124 mother cases, 49 non-serious and 75 serious, reported clinical events, which occurred in the vaccinated mothers. Pregnancy related events reported in these cases coded to the PTs Abortion spontaneous (25), Uterine contraction during pregnancy, Premature rupture of membranes, Abortion, Abortion missed, and Foetal death (1 each). Other clinical events which occurred in more than 5 cases coded to the PTs Headache (33), Vaccination site pain (24), Pain in extremity and Fatigue (22 each), Myalgia and Pyrexia (16 each), Chills (13) Nausea (12), Pain (11), Arthralgia (9), Lymphadenopathy and Drug ineffective (7 each), Chest pain, Dizziness and Asthenia (6 each), Malaise and COVID-19 (5 each). Trimester of exposure was reported in 22 of these cases: 1st trimester (19 cases), 2nd trimester (1 case), 3rd trimester (2 cases). 4 serious foetus/baby cases reported the PTs Exposure during pregnancy, Foetal growth restriction, Maternal exposure during pregnancy, Premature baby (2 each), and Death neonatal (1). Trimester of exposure was reported for 2 cases (twins) as occurring during the 1st trimester. <p>Breast feeding baby cases: 133, of which:</p> <ul style="list-style-type: none"> 116 cases reported exposure to vaccine during breastfeeding (PT Exposure via breast milk) without the occurrence of any clinical adverse events; 17 cases, 3 serious and 14 non-serious, reported the following clinical events that occurred in the infant/child exposed to vaccine via breastfeeding: Pyrexia (5), Rash (4), Infant irritability (3), Infantile vomiting, Diarrhoea, Insomnia, and Illness (2 each), Poor feeding infant, Lethargy, Abdominal discomfort, Vomiting, Allergy to vaccine, Increased appetite, Anxiety, Crying, Poor quality sleep, Eructation, Agitation, Pain and Urticaria (1 each). <p>Breast feeding mother cases (6):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 serious case reported 3 clinical events that occurred in a mother during breast feeding (PT Maternal exposure during breast feeding); these events coded to the PTs Chills, Malaise, and Pyrexia 1 non-serious case reported with very limited information and without associated AEs.

CONFIDENTIAL

IV

CRIMINALITÉ À L'ÉCHELLE PLANÉTAIRE

Pfizer a tout dit. « Mea Culpa »

Pfizer était pleinement conscient, lors de l'évaluation des résultats de son propre « rapport confidentiel » le 1er mars 2021, que la commercialisation mondiale de son vaccin à ARNm Covid-19 impliquant une population cible de 8 milliards de personnes entraînerait une vague à la hausse sans précédent de la mortalité et de la morbidité.

Pfizer a eu le choix de retirer et d'annuler le déploiement de son vaccin mortel le 1er mars 2021.

Les bénéficiaires de plusieurs milliards de dollars ont été la force motrice de ce programme diabolique. « Tuer est une bonne affaire ». Ce dont nous sommes témoins est un crime contre l'humanité à une échelle sans précédent, affectant la vie de toute la population monde entier.



L'OMS ainsi que quelque 190 gouvernements nationaux sont complices du déploiement du vaccin contre la Covid-19. Ils avaient la responsabilité d'annuler le vaccin.

Le rapport confidentiel de Pfizer confirme amplement qu'il s'agit d'un « vaccin tueur ».

Je vous suggère de parcourir ce rapport confidentiel qui a été publié en vertu de la liberté d'information.

Le déploiement mondial du vaccin Covid-19 de Pfizer constitue un acte criminel.

La commercialisation mondiale du vaccin Covid-19 par Pfizer au-delà du 28 février 2021 n'est plus un « acte d'homicide involontaire » ou un « homicide involontaire ». Une fois que la décision a été prise par Pfizer de mettre en œuvre le vaccin sans tenir compte des résultats de son « rapport confidentiel », nous ne traitons plus d'« homicide involontaire ».

« *Le Meurtre par opposition à l'homicide involontaire coupable* » implique une « intention criminelle ». D'un point de vue juridique, il s'agit d'un « acte de meurtre ». Appliqué à l'échelle mondiale à une population cible de 8 milliards de personnes, c'est un génocide.

Ce qui est contenu dans le rapport « confidentiel » de Pfizer (basé sur un grand échantillon réalisé à l'interne, avec des données compilées de nombreux pays) constitue une preuve détaillée des impacts sur la santé du « vaccin » de Pfizer BioNTech en ce qui concerne les événements indésirables et la mortalité, y compris de nombreuses études et rapports évalués par des pairs, des estimations de la surmortalité résultant du vaccin ainsi que des sources officielles : EudraVigilance (UE, EEE, Suisse), MHRA (Royaume-Uni), VAERS (États-Unis). Les « données fiables » contenues dans le rapport secret de Pfizer qui émanent *directement de la « bouche du cheval »* peuvent maintenant être utilisées pour confronter et formuler des procédures juridiques contre les grandes entreprises pharmaceutiques, les gouvernements, l'OMS et les médias.

La décision de Pfizer de distribuer son vaccin dans le monde entier était en grande partie basée sur la maximisation des profits plutôt que sur la minimisation de la mortalité et de la morbidité, qui sont en fin de compte le principal objectif de la vaccination.

Le saviez-vous ? Pfizer a un casier judiciaire

Fait important, jamais mentionnée par les médias ou reconnue par nos gouvernements, Pfizer est la seule société pharmaceutique qui a un casier judiciaire auprès du ministère de la Justice des États-Unis.

[...]

THE UNITED STATES
DEPARTMENT OF JUSTICE

ABOUT OUR AGENCY TOPICS NEWS RESOURCES CAREERS

Home » Office of Public Affairs » News

JUSTICE NEWS

Department of Justice
Office of Public Affairs

FOR IMMEDIATE RELEASE Wednesday, September 2, 2009

Justice Department Announces Largest Health Care Fraud Settlement in Its History

Pfizer to Pay \$2.3 Billion for Fraudulent Marketing

Comment pouvons-nous faire confiance à un conglomérat de vaccins Big Pharma qui a plaidé coupable à des accusations criminelles du ministère de la Justice des États-Unis, y compris le « *marketing frauduleux* » et la « *violation du crime de la Food, Drug and Cosmetic Act* » ?

Les gens n'ont jamais été informés. Les médias et les gouvernements « ferment les yeux ».

Aujourd'hui, nous n'avons pas affaire à une question de « *marketing frauduleux* » : le déploiement du vaccin à ARNm de Pfizer en décembre 2020 est au-delà de la criminalité, c'est du génocide.

Règlement sur la fraude médicale de 2,3 milliards de dollars avec Pfizer. (Déclaration du procureur général associé du ministère de la Justice, Thomas Perelli, 2009)

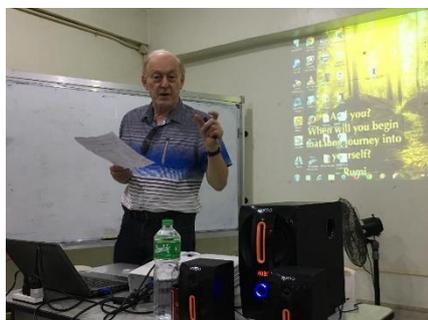
Michel CHOSSUDOVSKY, 27 février 2023

Article original en anglais :



The Pfizer Vaccine: A Tale of Two Reports. « Money vs. Mortality »

Traduit par Maya pour Mondialisation.ca



À propos de l'auteur

Michel Chossudovsky est un auteur primé, professeur d'économie (émérite) à l'Université d'Ottawa, fondateur et directeur du Centre de recherche sur la mondialisation (CRM), Montréal, rédacteur en chef de Global Research.

Il a entrepris des recherches sur le terrain en Amérique latine, en Asie, au Moyen-Orient, en Afrique subsaharienne et dans le Pacifique et a beaucoup écrit sur les économies des pays en développement en mettant l'accent sur la pauvreté et les inégalités sociales. Il a également entrepris des recherches en économie de la santé (Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPA), FNUAP, ACDI, OMS, gouvernement du Venezuela, John Hopkins International Journal of Health Services (1979, 1983)

Il est l'auteur de douze livres dont The Globalization of Poverty et The New World Order (2003) – La mondialisation de la pauvreté, America's « War on Terrorism » (2005) – Guerre et Mondialisation, The Globalization of War, America's Long War against Humanity (2015).

Il collabore à l'Encyclopédie Britannica. Ses écrits ont été publiés dans plus de vingt langues. En 2014, il a reçu la médaille d'or du mérite de la République de Serbie pour ses écrits sur la guerre d'agression de l'OTAN contre la Yougoslavie. On peut le joindre à crgeditor@yahoo.com

La source originale de cet article est Mondialisation.ca

Copyright © Prof Michel Chossudovsky, Mondialisation.ca, 2023

L'acteur Tim Robbins regrette de s'en être pris aux personnes non vaccinées et non masquées



© Photo d'illustration : par John Lamparski/WireImage. « Nous sommes devenus des personnes tribales, furieuses et vengeresses ».

Témoignage poignant, très intéressant de l'acteur américain Tim Robbins qui revient sur sa propre gestion de la crise sanitaire et sur comment il estime aujourd'hui avoir glissé complètement dans un monde tyrannique en voulant imposer l'inacceptable aux autres alors qu'il pensait être quelqu'un de bien, quelqu'un d'ouvert et de bienveillant. Cette vidéo est très intéressante car elle nous explique comment les gens ont pu être trompés et quel est le moyen que Tim Robbins a utilisé pour se réveiller, notamment le fait d'observer ce qui se passait ailleurs, en Angleterre en l'occurrence.

Il a également été choqué par la propagande et les mensonges de la presse officielle qui traitait toute personne opposée aux décisions gouvernementales de factieux-nazis-d'extrême-droite-mangeurs-d'enfants-complotistes... Alors qu'il n'en était rien, bien au contraire, il s'agissait de gens tout à fait normaux, il était même question de libéraux respectueux des autres et de la liberté individuelle de chacun.

Mais le plus intéressant dans ce témoignage est le fait d'avoir politisé la vaccination alors que c'est un acte médical. Immédiatement, aux USA, le vaccin anti Covid-19 a été politisé d'une manière extrêmement grossière. Au tout début il était très mal vu par les démocrates gauchistes étant donné qu'il avait été proposé par Donald Trump. Dès que ce dernier eut perdu la présidentielle américaine, le vaccin était devenu tout à fait acceptable !

Tim Robbins va beaucoup plus loin en accusant cette politisation de la crise sanitaire de destruction de la société et des âmes en affirmant : « *Je pense que nous avons perdu beaucoup de nous-mêmes pendant cette période.* » ! C'est effectivement le cas lorsque la société en arrive à vouloir exclure des services d'urgences les personnes malades non injectées ou de les mettre au chômage sans penser une seconde à comment vont-elles faire pour nourrir leurs enfants ! Tous ces comportements monstrueux et dénués de toute empathie humaine sont bien sûr basés sur un sentiment de justice et de droiture qui devait être imposé à l'autre !

C'est un des plus importants témoignages de star hollywoodienne oscarisée qui va faire beaucoup de bien pour la suite. On imagine qu'à partir de maintenant les langues vont se délier et que d'autres vont suivre également l'exemple d'Éric Clapton concernant son témoignage sur les effets indésirables graves de ces injections criminelles.

L'acteur gauchiste Tim Robbins est apparu cette semaine sur le podcast de l'humoriste britannique Russell Brand pour dénoncer rétroactivement la politisation des politiques de santé pendant la pandémie et pour exprimer des remords quant à son acceptation non critique du récit médiatique du Covid-19.

Dans l'épisode du 18 décembre du podcast de M. Brand, M. Robbins, acteur oscarisé, a expliqué qu'il était passé d'un respect strict des édits gouvernementaux au début de la pandémie à un doute sur l'inerrance des soi-disant experts de la santé et sur le récit officiel construit autour du Covid-19, de la vaccination, du verrouillage et du masquage.

Bien qu'il ait d'abord « adhéré à l'idée » et « suivi les demandes » qui lui ont été faites, M. Robbins a expliqué que ses rencontres dans la vie réelle étaient en contradiction avec ce qu'on lui avait dit sur la pandémie, les manifestants contre le confinement et les personnes non vaccinées. Cela a généré un sentiment de dissonance cognitive, l'incitant à douter du récit officiel.

Quels sont les détails ?

Robbins a déclaré qu'il vivait à Los Angeles lorsque la pandémie a frappé.

Les écoles, les bars, les gymnases, les églises et les terrains de camping ont été bloqués ou fermés. Les habitants ont été confinés chez eux. Le port du masque a été rendu obligatoire. Le gouverneur démocrate de l'État, Gavin Newsom, a comparé les personnes non vaccinées à des conducteurs ivres. Le maire de Los Angeles, Eric Garcetti, a dit aux non-vaccinés de se préparer à perdre leur emploi.

« J'y ai cru... Je me masquais partout. Je gardais mes distances sociales. J'adhérais aux demandes qui m'étaient faites, et j'étais en colère contre ceux qui ne le faisaient pas », a déclaré Robbins à Brand.

Bien qu'il ait vu des zones prospères qui ne suivaient pas strictement les protocoles sanitaires étatiques lorsqu'il a traversé les États-Unis, ce n'est qu'après avoir visité le Royaume-Uni que Robbins a reconnu la possibilité qu'il ait eu tort d'accepter sans réserve le récit officiel de la pandémie.

En Grande-Bretagne, il a « remarqué que beaucoup de gens n'adhéraient pas à nouveau à ces demandes faites par leur gouvernement. J'ai pensé, eh bien, qu'ils allaient avoir une journée difficile, qu'il y aurait des morts graves ici ».

« Quand j'ai vu qu'il n'y avait pas un taux de mortalité énorme [en Grande-Bretagne], après avoir été témoin personnellement de ce qui se passait, j'ai commencé à me poser de plus en plus de questions sur ce qu'on nous disait et si c'était vrai ou pas ». La catastrophe pour les non-vaccinés qui a été garantie par les gouvernements occidentaux et les médias ne s'était pas produite. Tim Robbins a commencé à se demander ce qui n'était pas vrai.

L'acteur se souvient d'avoir traversé une manifestation contre l'enfermement à Londres. Robbins n'avait pas rejoint la manifestation parce qu'il la soutenait, mais plutôt parce qu'il était curieux.

Tim Robbins

Massive protest march in London today. Thousands and thousands arriving in Trafalgar Square. #NoVaccinePassports #NoVaccineMandates



3:40 PM · Jan 22, 2022

« J'ai vu la façon dont ils étaient décrits dans la presse, et ce n'était pas vrai », a-t-il déclaré. « Ce n'était pas, vous savez, des nazis du Front national. C'étaient des libéraux, des gauchistes et des gens qui croyaient en la liberté individuelle. »

Politiser la pandémie

Robbins a suggéré que la pandémie était particulièrement politisée aux États-Unis.

Brand a abondé dans le même sens, suggérant qu'« il y a beaucoup plus d'idéologie politique en jeu qu'il n'est peut-être sage, prudent ou même honnête lorsque l'on prétend suivre la science ».

Robbins a admis : « Au début, si vous étiez un démocrate, lorsque Trump était président, eh bien, vous n'alliez pas prendre ce vaccin parce que c'était le vaccin de Trump, et puis cela a semblé changer d'une manière ou d'une autre. C'était un peu orwellien. C'était comme si nous n'étions plus en guerre avec l'Asie de l'Est. »

Cependant, après que les vents politiques ont tourné et que les démocrates ont pris le pouvoir pendant la pandémie, Robbins a noté que « si vous ne preniez pas le vaccin, vous étiez un républicain ».

Le résultat final, selon Robbins : « Nous nous sommes transformés en personnes tribales, en colère et vengeresses »

James Melville

This is such a powerful commentary by actor Tim Robbins (in discussion with Russell Brand) on the horrendous demonisation of those who questioned the response to Covid. @TimRobbinsI @rustyroockets



1:01 PM · Dec 19, 2022

Robbins a précédemment déclaré au journaliste d'investigation Matt Taibbi : « Je pense que nous avons perdu beaucoup de nous-mêmes pendant cette période. »

« J'ai entendu des gens dire [pendant la pandémie] : « Si vous n'avez pas pris le vaccin et que vous tombez malade, vous n'avez pas le droit à un lit d'hôpital. Cela m'a fait penser au retour à une société où nous nous soucions les uns des autres. Votre voisin était malade, et vous lui apportiez de la soupe. Peu importe leurs opinions politiques, vous êtes leur putain de voisin », a déclaré Robbins.

L'acteur a suggéré à Taibbi que ceux qui déshumanisent et divisent les autres « pensent souvent qu'ils sont vertueux ».

Robbins admet qu'il a lui aussi été emporté dans les rangs des destructeurs sociaux.

« Vous passez de quelqu'un qui est inclusif, altruiste, généreux, empathique, à un monstre. Où vous voulez geler les comptes bancaires des gens parce qu'ils ne sont pas d'accord avec vous », a-t-il dit. « C'est une chose dangereuse. C'est un monde dangereux que nous avons créé. Et je dis 'nous', parce que j'en ai fait partie. J'ai adhéré à cette idée très tôt. »

Alors que Robbins et d'autres ont admis leur culpabilité, d'autres préfèrent passer sous silence leur déshumanisation des personnes traitées comme des parias pour avoir tenu tête aux protocoles coercitifs de la pandémie.

TheBlaze a précédemment rapporté qu'Emily Oster, économiste à l'Université de Brown, a demandé une « amnistie pandémique » dans les pages de l'Atlantic.

Contrairement à Robbins, Oster a suggéré que la conformité aveugle aux édits sanitaires et la diabolisation des dissidents « n'étaient pas un défaut moral » et que « nous devons apprendre de nos erreurs et les laisser partir. Nous devons aussi pardonner les attaques ».

Joseph MACKINNON

Aguellid, lelibrepenseur.org, 24 décembre 2022

Source : The Blaze

Traduction : [Lelibrepenseur.org](http://lelibrepenseur.org)

<https://fr.sott.net/article/41490-L-acteur-Tim-Robbins-regrette-des-en-etre-pris-aux-personnes-non-vaccinees-et-non-masquees>

Cette tribune collective a

été publiée une première fois le jeudi 10 septembre 2020 dans le journal Le Parisien sous la signature de trente-cinq

scientifiques, universitaires et professionnels de santé. Plus de deux-cents autres scientifiques les rejoignent dans les

jours qui suivent pour signer à leur tour ce texte qui critique la politique et la communication gouvernementales.

« Nous, scientifiques et universitaires de toutes disciplines, et professionnels de santé, exerçant notre libre arbitre et notre liberté d'expression, disons que nous ne voulons plus être gouvernés par et dans la peur. La société française est actuellement en tension, beaucoup de citoyens s'affolent ou au contraire se moquent des consignes, et nombre de décideurs paniquent. Il est urgent de changer de cap.

Nous ne sommes pas en guerre mais confrontés à une épidémie qui a causé 30 décès le 9 septembre, contre 1 438 le 14 avril. La situation n'est donc plus du tout la même qu'il y a 5 mois. Par ailleurs, si la guerre peut parfois justifier un état d'urgence et des restrictions exceptionnelles de l'Etat de droit et des libertés publiques qui fondent la démocratie et la République, ce n'est pas le cas d'une épidémie. Aujourd'hui comme hier, cette crise doit nous unir et nous responsabiliser, pas nous diviser ni nous soumettre.

C'est pourquoi nous appelons les autorités politiques et sanitaires françaises à cesser d'insuffler la peur à travers une communication anxigène qui exagère systématiquement les dangers sans en expliquer les causes et les mécanismes. Il ne faut pas confondre la responsabilisation éclairée avec la culpabilisation moralisatrice, ni l'éducation citoyenne avec l'infantilisation. Nous appelons également l'ensemble des journalistes à ne plus relayer sans distance une communication qui est devenue contre-productive : la majorité de nos concitoyens ne fait plus confiance aux discours officiels, les complotismes en tous genres foisonnent sur les réseaux sociaux et les extrémismes en profitent.

Le confinement général, mesure inédite dans notre histoire, a eu des conséquences individuelles, économiques et sociales parfois terribles qui sont loin de s'être encore toutes manifestées et d'avoir été toutes évaluées. Laisser planer la menace de son renouvellement n'est pas responsable. Il faut évidemment protéger les plus faibles. Mais de même que l'imposition du port du masque dans la rue, y compris dans les régions où le virus ne circule pas, l'efficacité du confinement n'est pas démontrée scientifiquement. Ces mesures générales et uniformes, imposées sous surveillance policière, relèvent davantage d'une volonté d'afficher une posture protectrice que d'une stratégie sanitaire précise. D'où leur grande volatilité depuis six mois. Beaucoup d'autres pays agissent avec plus de cohérence. Une coordination européenne serait nécessaire.

Nous appelons également le gouvernement à ne pas instrumentaliser la science. La science a pour condition sine qua non la transparence, le pluralisme, le débat contradictoire, la connaissance précise des données et l'absence de conflits d'intérêts. Le Conseil Scientifique du Covid ne respectant pas l'ensemble de ces critères, il devrait être refondé ou supprimé.

Nous rappelons par ailleurs que les premiers à soigner les malades sont les médecins généralistes. Les écarter de la lutte contre le Covid, en ne leur fournissant ni tests ni masques et en suspendant leur liberté de prescrire les médicaments autorisés de leur choix a constitué une erreur qui ne doit pas se reproduire. L'ensemble des soignants doit au contraire être mobilisé, équipé et solidarisé afin d'améliorer nos capacités de réaction et non les restreindre.

Enfin, les impératifs de protection contre la contagion ne doivent pas conduire à trahir l'éthique médicale et les principes humanistes fondamentaux. Isoler les malades et protéger les personnes à risque ne veut pas dire les priver de tous droits et de toute vie sociale. Trop de personnes âgées sont décédées et se dégradent encore actuellement dans un abandon motivé par des motifs sanitaires non justifiés. Trop de familles souffrent de ne pouvoir leur apporter l'affection indispensable à leur bonheur et à leur santé.

Il est urgent de nous remettre à penser ensemble pour définir démocratiquement nos stratégies sanitaires, redonner de la confiance à nos concitoyens et de l'avenir à notre jeunesse. »

« Covid-19 : nous ne voulons plus être gouvernés par la peur » : la tribune de chercheurs et de médecins

Dans une tribune pour le Parisien, 35 chercheurs, universitaires et médecins, dont Jean-François Toussaint et Laurent Mucchielli, critiquent la communication du gouvernement sur la crise du Covid, qu'ils jugent trop anxiogène.



« La société française est en tension, beaucoup de citoyens s'affolent (...) Il est urgent de changer de cap », insistent ces chercheurs et médecins.
Illustration Reuters/Éric Gaillard

Dans cette tribune collective, 35 scientifiques, universitaires et professionnels de santé critiquent la politique et la communication gouvernementales. Selon eux, elles relèvent davantage d'un affichage d'une « posture protectrice » que d'une stratégie sanitaire précise.

« Nous, scientifiques et universitaires de toutes disciplines, et professionnels de santé, exerçant notre libre arbitre et notre liberté d'expression, disons que nous ne voulons plus être gouvernés par et dans la peur. La société française est actuellement en tension, beaucoup de citoyens s'affolent ou au contraire

se moquent des consignes, et nombre de décideurs paniquent. Il est urgent de changer de cap.

Nous ne sommes pas en guerre mais confrontés à une épidémie qui a causé 30 décès le 9 septembre, contre 1 438 le 14 avril. La situation n'est donc plus du tout la même qu'il y a 5 mois. Par ailleurs, si la guerre peut parfois justifier un état d'urgence et des restrictions exceptionnelles de l'Etat de droit et des libertés publiques qui fondent la démocratie et la République, ce n'est pas le cas d'une épidémie. Aujourd'hui comme hier, cette crise doit nous unir et nous responsabiliser, pas nous diviser ni nous soumettre.

C'est pourquoi nous appelons les autorités politiques et sanitaires françaises à cesser d'insuffler la peur à travers une communication anxiogène qui exagère systématiquement les dangers sans en expliquer les causes et les mécanismes. Il ne faut pas confondre la responsabilisation éclairée avec la culpabilisation moralisatrice, ni l'éducation citoyenne avec l'infantilisation. Nous appelons également l'ensemble des journalistes à ne plus relayer sans distance une communication qui est devenue contre-productive : la majorité de nos concitoyens ne fait plus confiance aux discours officiels, les complotismes en tous genres foisonnent sur les réseaux sociaux et les extrémismes en profitent.

Le confinement général, mesure inédite dans notre histoire, a eu des conséquences individuelles, économiques et sociales parfois terribles qui sont loin de s'être encore toutes manifestées et d'avoir été toutes évaluées. Laisser planer la menace de son renouvellement n'est pas responsable.

Il faut évidemment protéger les plus faibles. Mais de même que l'imposition du port du masque dans la rue, y compris dans les régions où le virus ne circule pas, l'efficacité du confinement n'est pas démontrée scientifiquement. Ces mesures générales et uniformes, imposées sous surveillance policière, relèvent davantage d'une volonté d'afficher une posture protectrice que d'une stratégie sanitaire précise. D'où leur grande volatilité depuis six mois. Beaucoup d'autres pays agissent avec plus de cohérence. Une coordination européenne serait nécessaire.

Nous appelons également le gouvernement à ne pas instrumentaliser la science. La science a pour condition sine qua non la transparence, le pluralisme, le débat contradictoire, la connaissance précise des données et l'absence de conflits d'intérêts. Le Conseil scientifique du Covid-19 ne respectant pas l'ensemble de ces critères, il devrait être refondé ou supprimé.

Nous rappelons par ailleurs que les premiers à soigner les malades sont les médecins généralistes. Les écarter de la lutte contre le Covid, en ne leur fournissant ni tests ni masques et en suspendant leur liberté de prescrire les médicaments autorisés de leur choix a constitué une erreur qui ne doit pas se reproduire. L'ensemble des soignants doit au contraire être mobilisé, équipé et solidarisé afin d'améliorer nos capacités de réaction et non les restreindre.

Enfin, les impératifs de protection contre la contagion ne doivent pas conduire à trahir l'éthique médicale et les principes humanistes fondamentaux. Isoler les malades et protéger les personnes à risque ne veut pas dire les priver de tous droits et de toute vie sociale. Trop de personnes âgées sont décédées et se dégradent encore actuellement dans un abandon motivé par des motifs sanitaires non justifiés. Trop de familles souffrent de ne pouvoir leur apporter l'affection indispensable à leur bonheur et à leur santé.

Il est urgent de nous remettre à penser ensemble pour définir démocratiquement nos stratégies sanitaires, redonner de la confiance à nos concitoyens et de l'avenir à notre jeunesse. »

Les premiers signataires

Le Parisien, 10 septembre 2020

Nouvelle tribune

Dans une tribune publiée lundi sur le site de Médiapart, près de 300 scientifiques, médecins et universitaires critiquent les dernières restrictions décidées par le gouvernement contre le Covid et leurs effets « secondaires » dramatiques. Ils appellent à changer en urgence de stratégie sanitaire.

Le 10 septembre, ils étaient 35 à signer une première tribune « Nous ne voulons pas être gouvernés par la peur ». Le docteur Fouché était déjà de ceux-là.

17 jours plus tard, ils sont près de 300 à clamer : « Il est urgent de changer de stratégie sanitaire face au Covid-19 ».

Louis Fouché, médecin anesthésiste-réanimateur à l'Hôpital de la Conception à Marseille (AP-HM) est à nouveau en tête des signataires de cette tribune publiée par Médiapart.

Des personnalités très médiatiques comme le Pr Jean-François Toussaint, le Pr Christian Perronne, l'épidémiologiste Laurent Toubiana ou le philosophe André Comte-Sponville, côtoient des anonymes professionnels de santé, chercheurs mais aussi universitaires.

Une quinzaine de personnalités de la région PACA co-signent ce texte comme le sociologue Raphaël Liogier, professeur à l'Institut de Sciences Politiques d'Aix-en-Provence.

Porte-parole du collectif « Soignants pour une politique sanitaire juste et proportionnée » qui regroupe 400 médecins, chercheurs et soignants et citoyens, le Dr Fouché dénonce des « mesures disproportionnées ».

« On maintient la peur et c'est surtout ça qui nous gêne. » (Dr Louis Fouché anesthésiste-réanimateur)

Le 23 septembre dernier, le ministre de la Santé a annoncé la fermeture des bars, restaurants et salles de sport dans la métropole d'Aix-Marseille en se basant sur les données de circulation du virus. Pour le docteur Fouché, le Covid masque les « défaillances du système hospitalier ».

« Oui, il y a une tension hospitalière sur le nombre de soignants, de lits, etc. explique-t-il, mais cette situation n'est pas nouvelle, c'est lié à un sous-investissement dans l'hôpital public depuis une quinzaine d'années pour favoriser le secteur privé ».

Dans une vidéo partagée par le professeur Raoult sur Tweeter, le Dr Fouché décrit la prise en charge des patients Covid en réanimation. « Est-ce que l'hôpital est en tension à cause du Covid ? Je dis non, ajoute-il. La réalité, c'est qu'il y a eu un mort du Covid à Marseille ce week-end (Ndlr 27 sur toute la France), alors qu'il y a en moyenne 1 700 morts par jour en France, 450 morts de maladies cardio-vasculaires, 430 de cancers, 110 de maladies respiratoires, 27 suicides, 11 accidents de la route. C'est très disproportionné. »

Statistiques contre statistiques

Le médecin réanimateur estime qu'« on fait peser sur l'institution hospitalière l'ensemble de ces malades, or un certain nombre de ces malades ne sont pas là forcément pour le Covid ».

« Les six derniers malades de la réanimation chez moi, trois avaient un Covid positif, et étaient comptés dans les statistiques Covid positifs. Mais en fait, ils étaient malades d'autre chose, un choc septique sur une pneumonie à bacille pyocyanique, un œdème aigu du poumon, un lymphome en cours d'induction de chimiothérapie... » explique-t-il.

« On fait dire aux chiffres des choses qui ne sont pas vraies, affirme-t-il. On fait dire à ces gens positifs qu'ils sont tous malades de la maladie Covid qu'on a vue au mois de mars, ce n'est pas vrai. Et je ne peux pas croire qu'on soit la seule réa dans ce cas-là. Ça veut dire qu'il y a environ 30% au moins des patients qui ne sont pas malades de la Covid. »

Pour Louis Fouché, il y a une raison à cela.

C'est un chantage aux ressources.

« Quand Olivier Véran vient à Marseille, pourquoi vient-il ? En gros, il vient donner de l'argent si on continue la narration de la peur et il vient faire une espèce de chantage consistant à dire "je ne nourris l'hôpital public que si vous continuez à faire ce que je vous dis sans discuter". Et les gens s'alignent pour maintenir l'institution et continuer de soigner les gens. »

Louis Fouché ne nie pas la recrudescence du nombre de cas positifs. Mais, dit-il, c'est parce qu'« on voit ce qu'on s'est interdit de voir en mars par une politique de tests qui n'étaient pas adaptée à l'époque ».

La menace d'un reconfinement

Pour le praticien, il faut arrêter l'organisation de ces dépistages massifs, et se limiter aux tests sur prescription « quand on a un doute, après avoir vu un médecin ».

On ne peut pas cantonner une maladie virale c'est une illusion.

La menace d'un reconfinement brandie par le ministre de santé est selon lui une façon de « reprendre le contrôle sur les gens par la menace ». « Ça jugule toute contestation, c'est tyrannique, anti-démocratique et ça n'est pas proportionné aux risques de cette épidémie de Covid », assène-t-il.

Selon le docteur Fouché, les restrictions prises rendraient le remède pire que la maladie.

« La volonté de la cantonner actuellement, c'est de ne pas mettre en tension le système hospitalier. Et on fait peser sur la population générale des mesures extrêmement liberticides et qui divisent et qui ont plein de dommages collatéraux alors que c'est la politique de gestion du système de santé qui est défaillante. »

Des effets collatéraux dévastateurs

« On est en train de casser le lien social, de le disloquer en prenant la proie pour l'ombre » s'inquiète le médecin marseillais.

« Il faut protéger les plus fragiles et ce n'est pas par la politique sanitaire actuelle qu'on les protège, au contraire. Il faudrait arrêter les masques dans les écoles, arrêter les masques à l'extérieur, arrêter les tests en population générale parce que tout cela procède d'une imposture et tout le monde le sait. »

L'urgence, affirme-t-il, « c'est de protéger les plus fragiles, ça veut dire donner aux gens qui ont peur, aux gens qui ont une immuno-dépression sévère, ceux qui sont hypertendus, obèses, diabétiques, ou avec des comorbidités sévères, c'est ceux-là qui font les formes graves et on les connaît. Il faut leur donner des FFP2 et qu'ils les portent et pas faussement les rassurer avec un masque chirurgical qui ne les protège pas. Et laisser le reste de l'épidémie circuler pour que l'immunité collective se fasse. »

L'AP-HM joue la transparence

Par souci de transparence, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) a décidé de publier au quotidien « la situation chiffrée des patients Covid dans ses hôpitaux marseillais. »

Le bilan en date du 30 septembre fait état de 43 patients Covid en réanimation contre 46 la veille et 110 en hospitalisation contre 177. En se basant sur une "augmentation significative au cours des dernières semaines", le ministre de la Santé Olivier Véran a classé le territoire d'Aix-Marseille en "zone d'alerte maximale".

Étaient pris en compte le taux d'incidence, le taux d'incidence chez les personnes âgées et la part des patients covid dans les services de réanimations.

<https://france3-regions.francetvinfo.fr/provence-alpes-cote-d-azur/bouches-du-rhone/marseille/covid-tribune-pres-300-scientifiques-denoncent-mesures-gouvernementales-disproportionnees-1878840.html>

BILLET DE BLOG 27 SEPT. 2020

Laurent Mucchielli. Sociologue, directeur de recherches au CNRS (Centre Méditerranéen de Sociologie, de Science Politique et d'Histoire). <https://mesopolhis.fr/membres/mucchielli-laurent/>

Abonné e de Mediapart. Ce blog est personnel, la rédaction n'est pas à l'origine de ses contenus.

Il est urgent de changer de stratégie sanitaire face à la Covid-19

Dans cette tribune, près de 350 scientifiques, universitaires et professionnels de santé critiquent la dérive de la politique sanitaire du gouvernement français. Ils estiment qu'elle conduit à des interprétations erronées des données statistiques et à des mesures disproportionnées. Et demandent que l'on évalue nos connaissances réelles pour définir démocratiquement une stratégie sanitaire.

Avis au lecteur : *cette tribune devait initialement paraître dans le Journal du Dimanche (JDD) ce 27 septembre 2020. Acceptée le samedi matin par le journaliste en charge de la rubrique « Tribune/Opinions », elle devait paraître intégralement sur le site Internet du journal et faire l'objet d'un article dans la version papier du lendemain. Le journaliste nous disait s'en féliciter car cela allait permettre un débat contradictoire avec d'autres opinions très alarmistes exprimées ce jour dans ce journal. À 16 h, ce journaliste nous a pourtant prévenu que sa rédaction en chef interdisait la publication. Certitude de détenir soi-même la vérité ? Couardise ? Volonté de ne pas déplaire au gouvernement ? Nous ignorons les raisons de cette censure que personne n'a jugé utile (ou tout simplement courtois) de nous expliquer.*

Tandis que le gouvernement prépare une nouvelle loi (la quatrième en 6 mois !) prolongeant le « régime d'exception » qui a remplacé « l'état d'urgence » sanitaire, le ministère de la Santé a encore annoncé mercredi 23 septembre des mesures restrictives des libertés individuelles et collectives qu'il prétend fondées scientifiquement sur l'analyse de l'épidémie de coronavirus. Cette prétention est contestable. Nous pensons au contraire que la peur et l'aveuglement gouvernent la réflexion, qu'ils conduisent à des interprétations erronées des données statistiques et à des décisions administratives disproportionnées, souvent inutiles voire contre-productives.

Que savons-nous de cette épidémie et de son évolution ?

Le SARS-CoV-2 menace essentiellement les personnes dont le système immunitaire est fragilisé par le grand âge, la sédentarité, l'obésité, des comorbidités cardio-respiratoires et des maladies sous-jacentes de ces systèmes. Il en découle que la priorité sanitaire est de protéger ces personnes fragiles : le respect des gestes barrières et le lavage des mains en sont deux des clés.

Le SARS-CoV-2 circule dans le monde depuis environ un an. Il continuera à circuler, comme l'ensemble des autres virus qui vivent en nous et autour de nous, et auxquels nos organismes se sont progressivement adaptés. L'espoir de faire disparaître ce virus en réduisant à néant la vie sociale est une illusion. D'autres pays, en Asie comme en Europe, n'ont pas eu recours à ces pratiques médiévales et ne s'en sortent pas plus mal que nous.

Quant à l'évolution, l'idée d'une « deuxième vague » reproduisant le pic de mars-avril 2020 n'est pas un constat empirique. C'est une théorie catastrophiste issue de modélisations fondées sur des hypothèses non vérifiées, annoncée dès le mois de mars et ressortie des cartons à chaque étape de l'épidémie : en avril lors du soi-disant « relâchement » des Français, en mai avant le déconfinement, en juin pour la Fête de la musique, en été pour les « clusters » de Mayenne ou les matchs de foot, et à nouveau cet automne face à une augmentation des cas certes significative, mais lente et grevée d'incertitudes diagnostiques. Au final, cette prétendue « deuxième vague » est une aberration épidémiologique et l'on ne voit rien venir qui puisse être sérieusement comparé à ce que nous avons vécu au printemps dernier.

On ne compte plus les mêmes choses

Nous voyons enfin que, pour des raisons difficiles à cerner (panique, pression politique ou médiatique... ?), les autorités sanitaires françaises ne parviennent pas à stabiliser une communication honnête sur les chiffres de l'épidémie. Elles ont surtout abandonné l'indicateur fondamental, la mortalité, pour ne retenir que celui de la positivité de tests pourtant incapables de distinguer les sujets malades des personnes guéries. Cette politique du chiffre appliquée aux tests conduit à une nouvelle aberration consistant à s'étonner du fait qu'on trouve davantage aujourd'hui ce qu'on ne cherchait pas hier. Elle conduit par ailleurs à des classements des départements ou des régions en zones plus ou moins « dangereuses » à qui l'on donne de jolies couleurs qui cachent la fragilité et l'arbitraire du comptage : untel se retrouvera en « zone rouge » alors qu'il y a moins de dix patients en réanimation, un autre verra tous ses restaurants fermés sans que l'on ait la preuve que ce sont des lieux de contamination majeurs. Tout cela n'est guère cohérent.

Les autorités sanitaires ne s'interrogent pas non plus sur la surmortalité à venir des autres grandes causes de décès (cancers, maladies cardio-vasculaires) dont la prise en charge est délaissée, ni sur le fait qu'une partie des sujets classifiés parmi les personnes « décédées de la Covid » sont en réalité mortes en raison d'une autre pathologie mais classifiées Covid parce qu'elles étaient également porteuses du virus. Or des études récentes montrent que ce groupe pourrait constituer jusqu'à 30% des décès au Royaume Uni ces dernières semaines. Cette façon de compter de plus en plus comme « morts du Covid » des personnes en réalité atteintes avant tout d'autres maladies est probablement l'explication principale du fait que, comme cela est écrit en toutes lettres sur le site de l'INSEE : « depuis le 1^{er} mai, on ne constate plus en France d'excédent de mortalité par rapport à 2019 ».

Il découle de tout ceci qu'il n'y a pas de sens à paralyser tout ou partie de la vie de la société en suivant des raisonnements qui sont parfois erronés dans leurs prémisses mêmes. Il est urgent d'arrêter l'escalade, d'accepter de remettre à plat nos connaissances scientifiques et médicales, pour redéfinir démocratiquement une stratégie sanitaire actuellement en pleine dérive autoritariste.

Les signataires

Laurent Toubiana, chercheur épidémiologiste à l'INSERM, directeur de l'IRSAN

Jean-François Toussaint, professeur de physiologie à l'Université de Paris, ancien président des Etats Généraux de la Prévention

Laurent Mucchielli, sociologue, directeur de recherche au CNRS

Jean Roudier, professeur de médecine, rhumatologue, directeur de l'unité INSERM UMRs 1097

Louis Fouché, médecin, anesthésiste réanimateur à l'Hôpital de la Conception

Olivier Lhoest, médecin anesthésiste réanimateur

Olivier de Soyres, médecin, réanimateur à la clinique des Cèdres

Elise Carpentier, professeur de droit public à l'Université d'Aix-Marseille

André Comte-Sponville, philosophe

Marc Rozenblat, président du Syndicat National des Médecins du Sport-Santé

Anne Atlan, directrice de recherche au CNRS, généticienne des populations et sociologue

Alain Wurtz, professeur émérite de chirurgie thoracique à l'Université de Lille

Bernard Swynghedauw, biologiste, directeur de recherche émérite à l'INSERM

Catherine Gire, chef de service de réanimation, soins intensifs et néonatalogie à l'Hôpital Nord de Marseille

Christian Perronne, chef du service d'infectiologie à l'hôpital de Garches, professeur à l'Université de Versailles Saint Quentin-Paris Saclay

Bernard Dugué, docteur en pharmacologie, docteur en philosophie

Jean-Louis Rouvillain, médecin, orthopédie traumatologie, CHU La Meynard (Fort-de-France)

Jean Bulard, médecin généraliste (Polynésie française)

Marta Barreda González, médecin généraliste, spécialiste en Santé Publique

Laurent Durinck, médecin, anesthésiste

Lisbeth Girard-Claudon, médecin généraliste

Tamara Baron, psychologue à la Maison Centrale de Saint-Martin-de-Ré

Charles Menard, médecin, psychiatre

Françoise Robinson, docteur en médecine (Bron)

Richard Rodriguez, médecin généraliste

Elisabeth Pouffier, médecin généraliste

Emmanuelle Lemonnier, médecin généraliste

Lionel Ferrier, médecin généraliste

Sabine de Monvallier, médecin généraliste

Didier Montet, docteur en sciences et technologie alimentaire, HDR en biochimie

André Burnol, ingénieur ENSTA Paris, docteur en hydrogéochimie

Arnaud Plagnol, psychiatre, professeur de psychologie à l'Université Paris 8

Philippe Brouqui, médecin, chef du pôle des maladies infectieuses au CHU de La Timone-IHU Méditerranée Infection

Isabelle Vinatier, professeur émérite en sciences de l'éducation, université de Nantes

Marnix Dressen-Vagne, professeur de sociologie à l'Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

Nicolas Sembel, professeur de sociologie à l'Université d'Aix-Marseille

Pascal Ragouet, professeur de sociologie à l'Université de Bordeaux

Pascal Roman, professeur de psychologie à l'Université de Lausanne

Bruno Péquignot, professeur émérite de sociologie à l'Université Paris Sorbonne Nouvelle

Marianne Bordenave-Jacquemin, maître de conférences en physiologie végétale à la Sorbonne-Université

Éric Desmons, professeur de droit public à l'Université Sorbonne Paris Nord

Dominique Andolfatto, professeur de science politique à l'Université de Bourgogne Franche-Comté

Dominique Labbé, politiste, enseignant émérite à l'Université de Grenoble-Alpes

Bernard Marsigny, médecin anesthésiste réanimateur

Amandine Thomasset, psychiatre, praticien hospitalier en Loire Atlantique

Romain Torrents, médecin hospitalier, pharmacologie clinique, Centre Antipoison et de Toxicovigilance

Laure Farnault, médecin, praticien hospitalier en Hématologie (Marseille)

Thierry Medynski, médecin généraliste

Martine Wonner, médecin psychiatre et députée du Bas-Rhin

Christophe Leroy, biologiste, docteur en Biologie moléculaire et cellulaire

Béatrice Segurens, chercheuse en génétique et métagénomique au CEA

Jean-François Lesgards, biochimiste, chercheur au CNRS

Alain Deville, physicien, Professeur émérite à l'Université Aix-Marseille

Cécile Fortanier, docteur en Economie de la Santé, Cadre Hospitalier

Frédéric Schnee, Médecin gériatre coordonnateur en EHPAD

Gilles Perrin, médecin, anesthésiste réanimateur à l'Hôpital de la Conception

Yves-Marie Mattheyses, Infirmier Anesthésiste

Bernard Lamizet, ancien professeur des universités à l'Institut d'Études politiques de Lyon
 Alexandra Henrion-Caude, chercheur, ancienne directrice de recherche INSERM
 Vincent Pavan, maître de conférences en mathématiques à l'Université d'Aix-Marseille
 Peter El Baze, médecin Ancien attaché des Hôpitaux du CHU de Nice
 Hélène Banoun, pharmacien biologiste, docteur en pharmacologie moléculaire
 Soizic Noël-Bourgeois, infirmière diplômée d'Etat, docteur en ethno-anthropologie
 Sophie Dessauvages, aide-soignante diplômée d'État
 Monique Lamizet, médecin généraliste
 Thierry Gourvéneq, pédopsychiatre
 Françoise Giorgetti-D'Esclercs, médecin Oto-rhino-laryngologiste
 Arnaud Rey, chercheur en psychologie au CNRS
 Alexandra Menant, chercheuse en biologie au CNRS
 Claire Neirinck, professeur émérite de droit à l'Université Toulouse I Capitole
 Pascal Sacré, médecin, anesthésie-réanimation
 Jean-Michel Crabbé, médecin généraliste
 Nicole Roattino, pharmacien hospitalier
 Clotilde Branly, sage-femme à l'Hôpital de Sarlat
 Brigitte Weiss, médecin généraliste
 Hubert Sroussi, médecin généraliste
 Valérie Giraud, sage-femme sexologue, Dordogne
 Jean-Jacques Coulon, médecin généraliste (Bourges)
 Christophe Dargere, sociologue, chercheur associé au Centre Max Weber
 Stéphane Tessier, médecin de santé publique, docteur en sciences de l'éducation
 Violaine Guérin, médecin endocrinologue et gynécologue
 Alain Le Hyaric, médecin spécialiste Santé Publique (Paris)
 Guillaume Barucq, médecin généraliste à Biarritz
 Franck Enjolras, psychiatre et docteur en anthropologie (EHESS, Iris)
 Claude Gautier, professeur de philosophie à l'Ecole Normale Supérieure (Lyon)
 Agnès Florin, professeur émérite de psychologie de l'enfant à l'Université de Nantes
 Colette Anné, mathématicienne au CNRS (Nantes)
 Jean-Luc Viaux, professeur émérite de psychologie à l'Université de Rouen
 Benoit Marpeau, maître de conférences en histoire à l'Université de Caen-Normandie
 Hervé Joly, historien, chercheur au CNRS (Lyon)
 Bénédicte Helfer, médecin, risques sanitaires majeurs et gestion de crise
 Jean Emsallem, médecin angéologue, enseignant à la Faculté de médecine de la Sorbonne Université
 Charalambos Apostolidis, professeur de droit public à l'Université de Bourgogne-Franche-Comté
 Mathias Delori, politiste, chargé de recherche CNRS
 Christopher Pollmann, professeur de droit public à l'Université de Lorraine
 Farhad Khosrokhavar, professeur émérite à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales
 Maryse Esterle, sociologue, enseignante-chercheure honoraire à l'Université d'Artois
 Thierry Oblet, maître de conférences en sociologie, Université de Bordeaux
 Bernard Lamizet, professeur émérite en sciences de l'information et de la communication à l'IEP de Lyon
 Christophe Leroy, biologiste, docteur en biologie moléculaire et cellulaire
 Docteur Jean-Pierre Letourneur, médecine, hépatogastroentérologie (Saint-Malo)

Morgane Miegeville, cadre de santé, responsable pédagogique (Paris)
 Martine Mérour, médecin pneumologue retraitée
 Brigitte Agostini, infirmière libérale (Corse du Sud)
 Sybille Burtin-Philibert, médecin spécialiste de Santé Publique
 Vincent Reliquet, médecin, Comité Médical AIMSIB (Tourcoing)
 Marie-José Minassian, professeur émérite de philosophe à l'Université Paris 8
 Bernard Banoun, professeur de lettres à Sorbonne Université
 Gérard Ostermann, professeur de thérapeutique, médecine Interne et psychothérapeute
 François Gastaud, chirurgien Orthopédiste (Strasbourg)
 Alix Moulanier, médecin généraliste
 Fouad Daoud, médecin, ostéopathe, psychanalyste
 Laurent Sedel, médecin, ancien chef de service en orthopédie à l'hôpital Lariboisière
 Jean-Michel de Chaisemartin, médecin psychiatre des hôpitaux honoraire (Finistère)
 Patrick Bellier, médecin du sport, pneumologue allergologue (Sainte-Foy-les-Lyon)
 Dominique Géraud-Coulon, médecin rééducateur (Gap)
 Anne-Gabrielle Mottier, orthophoniste
 Koryna Socha, médecin anatomopathologiste
 Jean-François Pascal, médecine, chef de service SSR, gériatre
 Jean-Luc Stanek, Santé Navale et chirurgien-dentiste
 Rose-Marie Castello, médecin du travail et médecin généraliste (Paris)
 Florence Laaziri, infirmière libérale
 Véronique Orth-Weyers, médecin généraliste (Fort-de-France)
 Pierre Concialdi, chercheur en sciences sociales
 Rémy Marchal, professeur des universités à l'École Nationale Supérieure d'Arts et Métiers
 Marc Richevaux, magistrat, maître de conférences à l'Université du Littoral Côte d'Opale
 Laetitia Gorius, infirmière Diplômée d'Etat
 Delphine Rive, médecin généraliste à Rezé
 David Esfandi, médecin, psychiatre (Bordeaux)
 Nadia Lamm, enseignante émérite à l'Université de Rouen
 Pamela Pang, infirmière
 Valérie Legrand, infirmière libérale
 Nicole Chaudière, pharmacienne
 Mariane Huart, infirmière Diplômée d'Etat et ostéopathe
 Véronique Ahari, médecin généraliste (Poitiers)
 Éric Ménat, médecin généraliste (31)
 Sandrine Thiou, médecin généraliste à Besançon
 Patrick Roux, médecin libérale et praticien attaché au CHU de Clermont-Ferrand
 Julien Petit, médecin du sport
 Serge Rader, pharmacien (Paris)
 Arnaud Cabelguenne, pharmacien, Docteur en Toxicologie et Cancers
 Marie-Claire Cabelguenne, pharmacien, Coordinatrice MSP du Lectourois (Gers)
 Katia Chaussepied, infirmière
 Marc Roux, professeur honoraire de Zootechnie
 Caroline Gautier, infirmière
 Évelyne Gandais, médecin dermatologue
 Jérôme Reynier, docteur en psychologie sociale, enseignant en BTS
 Michaël Romain, médecin, ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
 Roseline Marie, médecin généraliste (Balaruc-les-Bains)
 Sébastien Aubert, professeur de génie mécanique à l'École Nationale Supérieure d'Arts et Métiers
 Michelle Zancarini-Fournel, historienne, professeur émérite à l'Université de Lyon
 Patricia Melot, médecin généraliste

Delphine Pages, médecin généraliste
 Sylvie Laval, psychiatre
 Lucie Jouvét Legrand, socio-anthropologue, maîtresse de conférences à l'Université de Franche-Comté
 Launay-Kong Héléne, infirmière libérale
 Bernard Gaillard, psychologue, professeur émérite à l'Université de Rennes 2
 Alix Moulanier, médecin généraliste
 Philippe Raymond, médecin généraliste (Bourg-en-Bresse)
 Murielle Dellemotte, médecin du travail
 Sandrine Vansnick, infirmière
 Isabelle Aubert, maître de conférences HDR à l'Université de Bordeaux
 Pascal Lardellier, professeur à l'Université de Bourgogne
 Myriam Balsat, médecin généraliste
 Vincent Manns, médecin généraliste (46)
 Jean-Louis Thillier, médecin, immunopathologiste
 François Alaux, médecin spécialiste à Montauban
 Jacques Bassier, médecin nutritionniste
 Guy Chapouillié, professeur émérite à l'ENSAV Université Jean-Jaurès
 Catherine Schall Pruvost, médecin généraliste
 Christophe Robin, médecin généraliste (Bayonne)
 Frédéric Barbe, maître de conférences associé à l'École d'Architecture de Nantes
 Françoise Auban, médecin généraliste (Marseille)
 Marc Arer, médecin généraliste (Saint-Etienne)
 Pierre-André Bouillet, médecin généraliste
 Michel Boudet, médecin généraliste
 Nicole Karsenti, médecin, nutritionniste
 Michel Soussalin, chirurgien AIHP ACCA des Hôpitaux de Paris
 Jean-Baptiste Mouzet, praticien hospitalier, Gériatre, soins de suite
 Caroline Mouzet-Heaulmé, Médecin généraliste
 Joël Rezzouk, médecin, chirurgien
 Sylvie merlier, Docteur en pharmacie
 Patrick Sautereau, médecin généraliste, (Caen)
 Michel Angles, médecin généraliste, (Rodez)
 Sylvie Merlier, pharmacien
 Didier Delaitre, médecin légiste, Le Bourget
 Eugenia Lamas, chercheuse en éthique de la recherche biomédicale à l'INSERM
 Élisabeth Delaygue Bevan, médecin nutritionniste
 Didier Girard, médecin généraliste (Paris)
 Véronique Mathevet, infirmière
 Bénédicte Dassonville, médecin généraliste (Beaufort-en-Anjou)
 Stéphanie Rochet, docteur en pharmacie
 Anne Catherine Martin, médecin généraliste (71)
 Nathalie Demonté Dubruque, médecin généraliste (34)
 Christophe Petiau, médecin, neurologue (Strasbourg)
 Nathalie Caradot, médecin généraliste (Sainte-Foy-les-Lyon)
 Philippe Laurent, médecin généraliste
 Michèle Leclerc-Olive, chercheuse émérite au CNRS
 Michel Joubert, professeur émérite de sociologie à l'Université Paris 8
 Marie Pierre Brau Nogué, infirmière clinicienne (Bagnères-de-Bigorre)
 Véronique Chevalier, infirmière
 Olivier Esteves, professeur de civilisation des pays anglophones à l'Université de Lille
 Pierre-Yves Santiago, chirurgien oculaire, Institut Ophtalmologique de l'Oues
 Léna Barbancey, infirmière (Anduze)
 Ambre Limouzy, infirmière libérale
 Pascal Poteri, infirmier
 Guillaume du Manoi, médecin généraliste
 Pascale Gillot, maître de conférences en philosophie à l'Université de Tours
 Jean-Pierre Eudier, chirurgien-dentiste
 Paul-André Bellot, médecin généraliste
 Ghislaine Nicola Deloffre, médecin généraliste
 Florent Gaudez, professeur de sociologie à l'Université Grenoble-Alpes
 Philippe Bos, médecin anesthésiste retraité (46)
 Christian Lagasse, médecin généraliste (82)
 Claire Lenclud, médecin généraliste (38)
 Pascale Brun, médecin, acupuncteur
 Dominique Domergue-Anguis, médecin gynécologue (Amboise)
 Pascal Mensah, médecin généraliste
 Jeanine Jemet, médecin généraliste
 Dominique Carpentier, médecin généraliste (Vallesvilles)
 Didier Blanc, professeur de droit public à l'Université de Toulouse
 Jean-Pierre Garcia, médecin généraliste (Paris)
 Soad Zahaf Leghmizi, psychiatre (Seine et Marne)
 Gérard Le Roux, médecin généraliste retraité
 Jean-François Bayart, professeur de science politique à l'IHEID
 Fanny Morin, médecin généraliste
 Isabelle Autonne, médecin généraliste
 Karim Souanef, maître de conférences en sociologie à l'Université de Lille
 Michelle Lecolle, enseignante-chercheuse en linguistique à l'Université de Lorraine
 Sonia Le Floch, médecin généraliste (34)
 Dominique Leiber, médecin généraliste
 Patrick Guérin, docteur vétérinaire, Président OpenHealth Company
 Héléne Palma, maître de conférences en civilisation des îles Britanniques à l'Université d'Aix-Marseille
 Nathalie Auger, maître de conférences en Chimie à l'Université de Rennes I
 Emmanuel Froelhy, médecin kinésithérapeute ostéopathe
 Claude Veres, médecin, dermatologue (Paris)
 Richard Chantal, médecin généraliste (83)
 Béatrice Petit, médecin généraliste (Marseille)
 Robin Hartmann, médecin généraliste
 Christian Latriche, docteur en médecine
 Christine Fernandez, infirmière diplômée d'État
 Christèle Jousse, infirmière diplômée d'État en EHPAD
 Philippe Rechou, infirmier
 Françoise Douady, médecin nutritionniste
 Catherine Delmas, médecin dermatologue (Toulouse)
 Colette Nordmann, médecin du sport
 James Masy, maître de conférences en Sciences de l'éducation à l'Université Rennes 2
 Evelyne Berthet, médecin généraliste, acupuncteur
 Gérard Delépine, chirurgien oncologue statisticien
 Nicole Delépine, pédiatre oncologue
 Roland Pfefferkorn, professeur émérite de sociologie à l'Université de Strasbourg
 Manuel Rebuschi, enseignant-chercheur en philosophie à l'Université de Lorraine
 Olivier Dumay, médecin manuel orthopédique et traumatologie du sport, expert près des Tribunaux
 Dominique Eraud, médecin, acupuncteur, président de la Coordination nationale médicale santé environnement (CNMSE)
 Rosa Gutierrez Silva-Lenud, infirmière, diplômée en Santé publique
 Philippe Lefebvre, médecin généraliste (33)
 Claire Gallon, médecin généraliste (Asnières-les-Dijon)
 Marie Mas, médecin généraliste, Clinique Convert, Service des Urgences
 Frédéric Maucherat, infirmier

Sophie Colas, Coordinatrice, Centres de Référence CHU de la Timone (Marseille)
Jean-Luc Boesch, médecin généraliste (Saint-Jean-de-Vedas)
Idriss Abiola, infirmier anesthésiste (Paris)
Michel Brack, ex médecin attaché INSERM à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière
Marie-Pierre Eveno, médecin généraliste
Olivier Chailley, médecin, gériatre, cardiologue et pharmacologue clinicien
David Lepoutre, professeur de sociologie à l'Université Paris-Nanterre
Claire Paris, médecin généraliste (Paris)
Sylvie Cagnin, médecin anesthésiste-réanimateur
Agnès Nicolas, médecin généraliste (34)
Catherine Rossi, médecin, Chirurgien dentiste (Paris)
Pascale Gabsi, psychologue hospitalière
Michel Deshaies, professeur de géographie à l'Université de Lorraine
Alain Cras, médecin généraliste, compétence en cancérologie et médecine intégrative
Muriel Vannetti, infirmière libérale
Chantal Brichet Nivoit, médecin, correspondante de l'AIEMPP à l'Université Paris-Descartes
Marie Touzet Cortina, enseignante chercheuse à l'Université de Bordeaux
Yves Henin, médecin, ORL, Chirurgien maxillo-facial (Marseille)
Cyril Sala, Aide-Soignant
Raphaël Liogier, professeur des universités à Sciences Po Aix-en-Provence
Claire Delval, médecin généraliste (77)
Soraya Berreggis, médecin généraliste (24)
Jean Dotter, médecin, chirurgien-dentiste
Marie Carol Fleury Munier, médecin, rhumatologue
Eve Villemeur, médecin homéopathe nutritionniste
Claude Murtaza, médecin généraliste homéopathe
Paul Touboul, professeur de cardiologie à l'Université Lyon 1, médecin des hôpitaux
Paul Machto, psychiatre honoraire des Hôpitaux, psychanalyste (Paris)
Marie-Annick Méravilles, infirmière libérale
Évelyne Fargin, professeur de Chimie à l'Université de Bordeaux
Jean-Jacques Vallonton, médecin généraliste (39)
Anne-Marie Luciani, infirmière
Pascale Laureau, infirmière libérale
Charles Pellissier, médecin généraliste (04)
Sylvie Huitorel, infirmière libérale (56)
Dominique Jaulmes, médecin retraitée, ancien PHTP AP-HP
Olivier Négrin, professeur de droit public à l'Université d'Aix-Marseille
Guy Drouot, professeur honoraire de droit à l'Université (Sciences-Po, Aix)
Marie-Laure Cadart, médecin et anthropologue
Olivier Soulier, médecin homéopathe (Marcq-en-Baroeul)
Valérie Lhote, infirmière
Françoise Sironi, maître de Conférences en psychologie à l'Université Paris 8
Martine Idée, médecin neurologue libéral (Montpellier)
Isabelle Donot, médecin généraliste (74)
Heike Freire, philosophe et psychologue à l'Université de Valencia
Pierre Pennamen, médecin généraliste (Paris)
Patrick Frayssinet, biologiste, Directeur R&D Urodelia SA (Toulouse)
Alexandre Guerin, infirmier
Isabella Annesi-Maesano, directeur de Recherche à l'INSERM, présidente du Comité consultatif d'éthique pour la recherche en partenariat de l'IRD

Justine Schaal, infirmière
Sabine Marduel, enseignante à l'Institut Universitaire de Technologie d'Orsay
Sandrine Dekens, psychologue clinicienne
Thierry Orsiere, Ingénieur de Recherche à l'Université d'Aix-Marseille, docteur en Pharmacologie, HDR en Sciences Biologiques et Médicales
Éric Reboli, médecin urgentiste (Paris)
Cécile Bourdais, maîtresse de Conférences en psychologie à l'Université Paris 8
Didier Le Vaguerès, médecin généraliste (91)
Jean-Loup Mouysset, médecin, oncologue médical (Aix-en-Provence)
Emmanuel Sarrazin, médecin urgentiste libéral, médecin du sport
Sophie Lambert-Wiber, maître de conférences en droit à l'Université d'Angers
Isabelle Rognon, infirmière libérale (83)
Laurence Maury, psychologue
Pamela Dugain, médecin pédiatre
François de Chabalière, psychiatre (Bergerac)
Daniel Scimeca, médecin, président de la Fédération Française des Sociétés d'Homéopathie
Florence Lair, médecin, radiologue en libéral
Mohamed Zelmat, biologiste médical
Pierre Couturier, maître de conférences en sociologie à l'Université Clermont-Auvergne
Stéphane Ottin Pecchio, médecin, rhumatologue (Paris)
Christiane Dehan, médecin ophtalmologiste (24)
Pascal Vrignat, maître de conférences à l'Université d'Orléans - IUT de l'Indre
Magali Pontois, médecin, podologue (Strasbourg)
Anna Torra Campos, masseur kinésithérapeute diplômé d'État à l'Hôpital Édouard Herriot
Aurélia Vessière, virologue, chercheuse en maladies infectieuses à l'Université de Bordeaux
Aude Meesemaeker, infirmière libérale (Montpellier)
Fausto Lanzeroti, masseur kinésithérapeute diplômé d'État (57)
Florence Jacquelin, médecin spécialisé en soins palliatifs
Thierry Loloum, médecin, psychiatre (16)
Michel Soleilhavoup, infirmier (Limoges)
Caroline Gauthier, infirmière
Évelyne Godefroy, infirmière
Sébastien Lagorce, médecin généraliste (Dordogne)
Tanguy Martinelli, médecin généraliste (Dordogne)
Sylvain Fève, ingénieur d'études au CNRS

<https://blogs.mediapart.fr/laurent-mucchielli/blog/270920/il-est-urgent-de-changer-de-strategie-sanitaire-face-la-covid-19>

Une sanction « sévère, expéditive et arbitraire » : l'AMDDDM étrille la décision de révocation du Dr Amine Umlil



L'Association médicale de défense de la déontologie et des droits des malades (AMDDDM) a dénoncé la décision du CNG dans un communiqué du 6 février. ©F. Froger / Z9, pour FranceSoir

Dans un communiqué de presse en date du 6 février, l'Association médicale de défense de la déontologie et des droits des malades (AMDDDM) a souhaité apporter son soutien au Dr Amine Umlil, révoqué de ses fonctions sur décision du Centre national de gestion (CNG). « Comment est-il possible qu'un praticien hospitalier, convoqué par le Sénat du fait de son expertise reconnue en pharmacovigilance et en droit de la santé, dans le cadre d'une enquête menée par l'OPESCT (...) puisse subir un quelconque préjudice pour avoir accepté de répondre, sous serment, aux questions qui lui étaient posées par les parlementaires ? », s'insurge le collectif après avoir appris la nouvelle de la sanction dont il dénonce le caractère « sévère », « expéditif » et « arbitraire ». Nous reproduisons leur communiqué ci-dessous :

Nous avons appris, via la presse et les réseaux, que notre collègue et ami, le Dr Amine Umlil Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Cholet, vient d'être sanctionné par la Directrice par intérim du Centre National de Gestion des PH, de la manière la plus sévère, la plus expéditive, et la plus arbitraire possible.

Notre confrère, réputé pour sa rigueur scientifique et dont la manière de servir n'a jamais été remise en cause, y compris par le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens et le CNG lui-même, vient en effet d'être rayé des effectifs de la fonction publique hospitalière, au seul motif d'avoir « manqué au devoir de réserve ».

Comment est-il possible qu'un Praticien Hospitalier, convoqué par le Sénat, du fait de son expertise reconnue en pharmacovigilance et en Droit de la Santé, dans le cadre d'une enquête menée par l'Office Parlementaire d'Évaluation des Choix Scientifiques et Technologiques (OPECST) sur « les effets indésirables des vaccins contre la covid19 et le système de pharmacovigilance français », puisse subir un quelconque préjudice pour avoir accepté de répondre, sous serment, aux questions qui lui étaient posées par les parlementaires ?

Les propos que le Dr A Umlil a tenu pendant l'audition du 24 mai 2022, comme tous les écrits qu'il a publiés et remis à qui de droit, s'appuient sur un corpus de principes fondamentaux en pharmacie, en Santé Publique et en Droit de la Santé, sur des connaissances scientifiques actualisées, et sur des données provenant de l'Agence Européenne du Médicament (EMA), de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Le Dr A Umlil a repris les termes du Ministre de la Santé de l'époque, lui-même, M. Olivier Véran qui, dans son mémoire au Conseil d'État du 28 mars 2021 affirmait que « l'efficacité du vaccin n'est que partielle et n'offre pas de garantie d'immunité » et que « le vaccin n'empêche pas de transmettre le virus aux tiers ».

Dans son rapport du 9 juin 2022, l'OPECST reconnaît le manque de transparence, de vérité et de probité du gouvernement sur la campagne vaccinale.

Dans ce contexte, il est inadmissible que les autorités administratives puissent poursuivre le Dr A Umlil, le traduire devant une commission de discipline, et a fortiori arbitrer en faveur de sa révocation pure et simple. Médecins et pharmaciens ont le devoir d'alerter et d'informer, a fortiori dans le cadre d'une commission d'enquête parlementaire, conformément à leur code de déontologie. Leur indépendance professionnelle est également garantie par la Loi pour la protection du public et pour la préservation de sa confiance. L'article R. 4235-3 du Code de la Santé Publique met en effet l'accent sur l'indépendance du pharmacien en ces termes « Le pharmacien doit veiller à préserver la liberté de son jugement professionnel dans l'exercice de ses fonctions. Il ne peut aliéner son indépendance sous quelque forme que ce soit ». Tout médecin ou pharmacien, sur la base de son expérience professionnelle et de son expertise, doit pouvoir s'exprimer en son âme et conscience, sans crainte et sans intimidation d'aucune sorte.

Nous, médecins, pharmaciens, praticiens libéraux ou hospitaliers en CHU, et professeurs d'université, nous renouvelons ici notre soutien au Dr A Umlil. Nous formulons le vœu que les autorités administratives reviennent sans délai sur cette injustice flagrante et ne laissent surtout pas penser que le Dr A Umlil puisse être en fait un « fusillé pour l'exemple » d'une politique sanitaire qui n'a su que contraindre sans convaincre.

FRANCESOIR, Publié le 08 février 2023

SMS échangés entre Ursula von der Leyen et Albert Bourla : le New York Times en quête de transparence



Le NY Times veut connaître le contenu des SMS échangés entre Ursula von der Leyen et Albert Bourla.

SCANDALE - Le *New York Times* attaque la Commission européenne en justice afin de la contraindre à publier les SMS échangés entre sa présidente Ursula von der Leyen et le PDG de Pfizer, Albert Bourla. La médiatrice européenne a déjà eu l'occasion de rappeler que « l'accès aux documents de l'UE est un droit fondamental », et malgré plusieurs plaintes, la Commission refuse toujours de dévoiler les coulisses de ses négociations avec Big Pharma.

L'affaire a été publiée ce lundi sur le registre public de la Cour européenne de justice. Le directeur de la publication du *New York Times* a refusé de commenter la plainte, mais déclare : « Le Times dépose de nombreuses demandes d'accès à l'information et joue un rôle actif sur le sujet ».

Une obligation légale

D'après les révélations du média en ligne *Politico* publiées le 13 février, l'angle d'attaque du quotidien américain est clair : la Commission européenne est légalement tenue de divulguer au public les informations relatives aux commandes de 1,8 milliard de doses de vaccin Pfizer/BioNTech.

En janvier 2022, la médiatrice européenne Emily O'Reilly avait rappelé que « l'accès aux documents de l'UE est un droit fondamental ». Et pourtant, le contenu de la correspondance entre le PDG du laboratoire et la présidente de l'institution bruxelloise n'est toujours pas révélé au grand jour.

En avril 2021, c'est le même *New York Times* qui avait divulgué dans ses colonnes l'existence de SMS échangés pendant au moins un mois dans le cadre des négociations sur un contrat d'achat de vaccins anti-Covid-19. Le journaliste allemand Alexander Fanta (netzpolitik.org) avait été le premier à demander à y avoir accès.

Il s'était vu opposer un refus par la Commission, cette dernière prétextant que l'échange de textos n'était pas soumis à la réglementation sur la transparence des institutions européennes. Les SMS n'avaient donc pas à être conservés.

Pour le moins insatisfait de cette fin de non-recevoir, le journaliste avait saisi la médiatrice européenne, qui avait appelé le cabinet d'Ursula von der Leyen à « mettre à jour ses procédures en matière d'enregistrement de documents pour être en phase avec les pratiques actuelles ».

Pour elle, « il était clair » que les SMS « entraînent dans le cadre de la législation européenne sur l'accès du public aux documents », car « c'est le contenu du document qui importe et non le support ou la forme ».

Les négociations, l'objet de plusieurs plaintes

Le *New York Times* n'est pas seul à solliciter la justice pour forcer la main de la Commission à exécuter son obligation de transparence.

Comme le rappelle Politico, le quotidien allemand *Bild* a déposé une série de plaintes contre Bruxelles pour obtenir la divulgation de documents liés aux négociations avec Pfizer/BioNTech et AstraZeneca. Le journal a réussi à accéder à une correspondance par mail en date de juin 2020, mais aucun signe de messages directs entre Bourla et von der Leyen.

Le parquet européen a quant à lui annoncé l'ouverture d'une enquête en octobre dernier.

FRANCE-SOIR
Publié le 16 février 2023

L'obligation du masque n'a servi à rien. Va-t-on en tirer les leçons ?

Revue de presse

The New York Times

OPINION
BRET STEPHENS

The Mask Mandates Did Nothing. Will Any Lessons Be Learned?

Feb. 21, 2023 4 MIN READ

Fin janvier, la Cochrane Library publiait « Interventions physiques pour interrompre ou réduire la propagation des virus respiratoires »^[1], une analyse invalidant complètement l'obligation du masque. Bret Stephens, journaliste et chroniqueur au *New York Times*, se demande si tout le monde reconnaîtra ses erreurs et si ceux qui ont été traités avec mépris auront droit aux excuses qu'ils méritent.

« L'analyse la plus rigoureuse et la plus complète des études scientifiques menées sur l'efficacité des masques pour réduire la propagation des maladies respiratoires – y compris Covid-19 – a été publiée à la fin du mois dernier. Ses conclusions, a déclaré Tom Jefferson, l'épidémiologiste d'Oxford qui en est l'auteur principal, étaient sans ambiguïté.

« Il n'y a tout simplement aucune preuve qu'ils – les masques – fassent une différence », a-t-il déclaré à la journaliste Maryanne Demasi. « Arrêt complet. »

Mais, attendez, attendez. Qu'en est-il des masques N-95, par opposition aux masques chirurgicaux ou en tissu de moindre qualité ?

« Cela ne fait aucune différence – rien de tout cela », a déclaré Jefferson.

Qu'en est-il des études qui ont initialement persuadé les décideurs politiques d'imposer le masque ?

« Ils ont été convaincus par des études non randomisées, des études observationnelles erronées. »

Qu'en est-il de l'utilité des masques en conjonction avec d'autres mesures préventives, telles que l'hygiène des mains, la distanciation physique ou la filtration de l'air ?

« Il n'y a aucune preuve que beaucoup de ces choses fassent une différence. »

Ces observations ne viennent pas de n'importe où. Jefferson et 11 collègues ont mené l'étude pour Cochrane, une organisation britannique à but non lucratif largement considérée comme la référence en matière

d'examen des données sur les soins de santé. Les conclusions étaient basées sur 78 essais contrôlés randomisés, dont six pendant la pandémie de Covid, avec un total de 610 872 participants dans plusieurs pays. Et ils suivent ce qui a été largement observé aux États-Unis : les États avec des obligations de masque ne se sont pas mieux comportés contre Covid que ceux qui n'en ont pas. »

[...]

« Mais en ce qui concerne les avantages du masquage au niveau de la population, le verdict est tombé : l'obligation de masque a été un échec. Ces sceptiques qui ont été furieusement moqués comme des excentriques et parfois censurés comme des « désinformateurs » [...] avaient raison. Les experts et les experts du courant dominant qui soutenaient l'obligation avaient tort. Dans un monde meilleur, il appartiendrait à ce dernier groupe de reconnaître son erreur, ainsi que son coût physique, psychologique, pédagogique et politique considérable.

Ne comptez pas dessus. Dans un témoignage au Congrès ce mois-ci, Rochelle Walensky, directrice des Centers for Disease Control and Prevention, a remis en question la dépendance de l'analyse Cochrane à un petit nombre d'essais contrôlés randomisés spécifiques à Covid et a insisté sur le fait que les conseils de son agence sur le masquage dans les écoles ne seraient pas changés.

Si jamais elle se demande pourquoi le respect pour le CDC continue de baisser, elle pourrait se tourner vers elle-même, démissionner et laisser à quelqu'un d'autre le soin de réorganiser son agence.

Cela aussi n'arrivera probablement pas : nous ne vivons plus dans une culture dans laquelle la démission est considérée comme la voie honorable pour les fonctionnaires qui échouent dans leur travail.

Mais le prix est plus élevé. Lorsque les gens disent qu'ils « font confiance à la science », ils veulent sans doute dire que la science est rationnelle, empirique, rigoureuse, réceptive aux nouvelles informations, sensible aux préoccupations et aux risques concurrents. Aussi : humble, transparente, ouverte à la critique, honnête sur ce qu'elle ne sait pas, prête à admettre ses erreurs.

L'adhésion de plus en plus aveugle du CDC à ses directives de masquage n'est rien de tout cela. Il ne s'agit pas simplement de saper la confiance dont il a besoin pour fonctionner comme une institution publique efficace. Il se transforme en complice involontaire des véritables ennemis de la raison et de la science – les théoriciens du complot et les colporteurs de charlatanisme – en représentant si mal les valeurs et les pratiques que la science est censée illustrer.

Cela trahit également l'état d'esprit technocratique qui a la désagréable habitude de supposer que rien n'est jamais faux avec les plans bien conçus de la bureaucratie – à condition que personne ne se mette en travers de son chemin, que personne n'ait un point de vue dissident, que chacun fasse exactement ce qu'il demande, et aussi longtemps que l'administration l'exige. C'est la mentalité qui croyait autrefois que la Chine offrait un modèle très réussi de réponse à la pandémie.

[...]

Mais quelle que soit la raison, l'obligation du masque étaient une course folle depuis le début. Ils ont peut-être créé un faux sentiment de sécurité – et donc la permission de reprendre une vie semi-normale. Ils n'ont presque rien fait pour faire avancer la sécurité elle-même. Le rapport Cochrane devrait être le dernier clou dans ce cercueil particulier.

Il y a une dernière leçon. La dernière justification des masques est que, même s'ils se sont avérés inefficaces, ils semblaient être un moyen relativement peu coûteux et intuitivement efficace de faire quelque chose contre le virus dans les premiers jours de la pandémie. Mais « faire quelque chose » n'est pas de la science, et cela n'aurait pas dû être une politique publique. Et les gens qui ont eu le courage de le dire méritaient d'être écoutés, pas traités avec mépris. Ils n'obtiendront peut-être jamais les excuses qu'ils méritent, mais la reconnaissance devrait suffire. »

BAM !, 23 février 2023

Lire l'intégralité de l'article ici : [The Mask Mandates Did Nothing. Will Any Lessons Be Learned ?](#)

Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que la responsabilité de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celle de BAM !

Le chapô est de BAM ! Source photo : capture d'écran du New York Times

[1] Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses - Jefferson, T - 2023 | Cochrane Library

Le Dr Colignon dépose plainte contre le Dr Dauby



Le Dr Alain Colignon a déposé une plainte au Conseil de l'Ordre provincial de Bruxelles et du Brabant Wallon contre le Dr Nicolas Dauby.

Le Dr Colignon reproche au Dr Dauby de ne pas respecter l'article 36 du Code de déontologie qui stipule que « *le médecin déclare de manière spontanée et transparente ses liens d'intérêt susceptibles de générer un doute quant à son indépendance* ».

Expert pour la Task Force Therapeutics (qui étudie la pertinence d'achats de médicaments contre le Covid), l'AFMPS (Agence fédérale des médicaments et des produits de santé) et l'EMA (Agence européenne du médicament), l'influence du Dr Nicolas Dauby sur les décisions en matière de santé publique est incontournable.

BAM ! avait déjà épinglé il y a quelques mois le cumul de fonctions incompatibles dans les institutions publiques et les nombreux conflits d'intérêts du Dr Dauby : BAM ! News - Un expert indépendant ?

Nous reproduisons ici la copie de la plainte que le Dr Colignon nous a envoyée :

Docteur Christian MELOT
Président du Conseil Provincial BBW
Vice-Président de l'Ordre National

Copie Conforme :
Dr Nicolas DAUBY et Dr Michèle GERARD
CHU Saint-Pierre

Facebook, KAIROS, BAM et presse

Le 16 janvier 2022

PLAINTÉ CONTRE :

Docteur Nicolas DAUBY
Infectiologue
Service du Professeur DE WITT
CHU Saint-Pierre
322 rue Haute
1000 Bruxelles

Monsieur le Président,

Veillez prendre connaissance de la plainte que je dépose entre vos mains, contre le docteur Nicolas DAUBY, inscrit à l'Ordre Provincial que vous présidez, pour violation de l'article 36 du Code de Déontologie.

OBJET DE LA PLAINTÉ - FAITS

Docteur DAUBY & Docteur MARCHANT

On trouve sur le site de VIB Conférences (<https://www.vibconferences.be/speaker/nicolas-dauby>) mis à jour le 24 juin 2021 que le docteur DAUBY est *postdoctoral research fellow* dans le labo d'Arnaud MARCHANT.

Le docteur DAUBY n'a déclaré cette collaboration dans aucune des missions publiques dont il est chargé.

Or Arnaud MARCHANT dirige l'IMI (Institut d'Immunologie Médicale). Cette institution qui complète le biopôle de l'ULB à Gosselies depuis 2005 est le fruit d'un partenariat entre l'ULB, la Wallonie et **GSK**.

Le site WEB précise que :

« *The Institute for Medical Immunology (IMI) has a strong experience in vaccine and infectious disease immunology research* ».

Avec le docteur Van Damme, son équivalent en Flandre, Arnaud Marchant est au centre du grand projet *Vaccinopolis* supporté pour moitié par la Région Wallonne et pour moitié par la **Fondation Bill et Mélinda GATES**.



Nicolas Dauby

CHU Saint-Pierre, BE

Biography

Nicolas Dauby MD, PhD is an internal medicine and infectious diseases specialist at CHU Saint-Pierre, Brussels, a reference hospital for HIV/AIDS, Tuberculosis and Emerging pathogens. He is a F.R.S-FNRS postdoctoral research fellow at the Institute for Medical Immunology in Arnaud Marchant's lab.

He has 10 years research experience in the field of immune responses toward vaccines and pathogens, especially during pregnancy and the post-natal period and is a scientific expert for vaccine evaluation at AFPMS/FAGG. He is also a scientific collaborator at the School of Public Health of the ULB and recent works include research on the epidemiology of vaccine-preventable diseases and vaccine hesitancy.

Since the beginning of the COVID-19 pandemic in Belgium, he has been an active member of the Belgian task force for the writing of the therapeutic guidance for SARS-CoV-2 infection in hospitalized patients and has collaborated on the implementation of clinical trials in his Institution. He has also collaborated on different research projects regarding COVID-19 epidemiology and immunology.

Speaker at

[Interdisciplinary Symposium on COVID-19 \(Virtual edition\)](#)

24 June 2021, Virtual

Or, le docteur DAUBY fait partie des experts de l'AFMPS et de la Task Force Therapeutics, organes dont il est membre sans avoir déclaré sa collaboration avec l'IMI. Il semble qu'il soit également chargé de mission auprès de l'EMA et du Conseil Supérieur de la Santé.

AFMPS

Le docteur DAUBY déclare l'absence de tout conflit, si l'on exclut l'intervention banale dans des frais de congrès, notamment de la firme Pfizer et Gilead. Il ne fait aucune mention de sa collaboration à l'IMI.

En plus des intérêts déclarés ci-dessus, je déclare par la présente sur l'honneur que je n'ai aucun autre intérêt ou fait qui doit être communiqué à l'AFMPS et au public. En cas de tout autre intérêt ou fait, veuillez spécifier :

Paiement de frais d'inscription à des congrès

- Pfizer (2016 & 2017, y compris frais d'avion en 2017)
- Gilead (2016)
- Viiv Healthcare (2015, y compris frais d'avion & hôtel)

TASK FORCE THERAPEUTICS

Le docteur Nicolas DAUBY est expert pour la Task Force Therapeutics, or, il ne déclare pas non plus sa collaboration avec l'IMI d'Arnaud Marchant.

INTÉRÊTS DÉCLARÉS

Nom Nicolas Dauby
Fonction Infectiologue
Projet : TaskForce therapeutics COVID (ALL medication)
Intérêts déclarés :

1. Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Pas d'application

Déclarations complètes en pièces jointes.

CONFLITS D'INTERETS ET HYDROXYCHLOROQUINE

Au début de l'épidémie en France, le Professeur RAOULT, 187^e scientifique mondial doté d'un D-Index de 170 et par ailleurs ranké second scientifique Français (research.com) montre que l'Hydroxychloroquine réduit la charge virale et la durée de portage. Il conseille de la prescrire aux stades précoces de l'infection par le SARS CoV2 dans le cadre d'une prise en charge globale.

Le docteur DAUBY qui collabore avec un des maîtres de Vaccinopolis ne peut prétendre être impartial quand il donne un avis sur les traitements ambulatoires précoces (TAPs) et notamment sur l'Hydroxychloroquine. On ne doute pas de sa sincérité, mais la sincérité n'est pas la Science. Les prêtres sont eux aussi sincères !

En réalité un avis positif sur les traitements ambulatoires précoces déforçerait le vaccin. Au contraire, un avis négatif serait un tremplin pour la vaccination.

Démontrer l'efficacité de l'hydroxychloroquine (ou de l'ivermectine) reviendrait à faire obstacle à la vaccination de masse.

OPPOSITION DU DOCTEUR DAUBY AUX TAPs

Le docteur DAUBY ne partage nullement l'avis du professeur RAOULT puisqu'il a participé à l'avis collégial du service d'infectiologie du professeur DE WITT qui appuie la plainte que le docteur GERARD a déposée contre moi en mars 2021 et contre d'autres confrères.

L'opposition du docteur DAUBY aux traitements ambulatoires précoces est patent, puisqu'il publie sur le site mtouch.be un pamphlet intitulé *Hydroxychloroquine : le débat est clos* dans lequel il écrit que *l'Hydroxychloroquine n'est pas une option de traitement*.

Il publie ensuite le 8 janvier 2022, un article soumis le 25 octobre 2021, intitulé *From Hydroxychloroquine to ivermectin: how unproven "cures" can go viral*, où il évoque *la vicieuse progression de l'anti-science*.

The vicious progression of anti-science, sowing doubts about vaccination and promoting treatments with unproven efficacy, such as hydroxychloroquine and ivermectin, has also shown that firm condemnation by the scientific community is not sufficient. As such, scientists should attempt to vulgarize

En janvier 2022, il est donc absolument opposé au protocole RAOULT et considère anti-scientifiques, les médecins qui la prescrivent !

POSITIONS CONTRADICTOIRES DU DOCTEUR DAUBY

Il faut considérer que le discrédit que le docteur DAUBY jette sur l'Hydroxychloroquine a coïncidé avec le lancement de la campagne de vaccination et avec les projets herculéens de « Vaccinopolis » !

Les avis du docteur DAUBY postérieurs à janvier 2021, absolument non étayés scientifiquement et de nature pamphlétaire, contrastent étonnamment avec ses publications scientifiques antérieures ainsi qu'avec les déclarations qu'il a faites à la presse en 2020, totalement favorables à l'Hydroxychloroquine.

Le fait que le docteur DAUBY ait une foi sincère en la vaccination, ne l'immunise pas contre la possibilité d'une influence directe ou indirecte sur ses opinions et ne le protège pas de la pression que peut exercer une institution financée en grande partie par des commerciaux sur une conviction scientifique.

Aucune conviction ne peut donc dispenser un médecin de déclarer un conflit d'intérêt : sa collaboration avec Arnaud MARCHANT en est un de taille. Le docteur DAUBY devait déclarer ce conflit.

DOCTEUR DAUBY FAROUCHE PARTISAN DE L'HYDROXYCHLOROQUINE

Le 18 mars 2020, le docteur DAUBY interrogé par le journal le VIF, déclare :



En mai 2020, alors qu'une étude du Lancet montrait que l'Hydroxychloroquine était inefficace et même dangereuse, le docteur DAUBY sur le plateau de la RTBF lui oppose une critique méthodologique et prend la défense de l'Hydroxychloroquine.



Des doses moins fortes en Belgique

Le spécialiste des maladies infectieuses se veut rassurant. En effet, "les doses que les patients avaient reçues dans l'étude de *The Lancet* étaient beaucoup plus importantes que celles administrées Belgique", pointe Nicolas Dauby. Et pour l'heure, on n'observe pas "de signal de surmortalité en Belgique".

L'article du *Lancet* fait grand bruit et conduit le patron (scandaleusement non-médecin) de l'OMS à supprimer le bras Hydroxychloroquine de l'étude Solidarity. Véran interdit la prescription en France de la très gênante Hydroxychloroquine.

Or, cette étude du *Lancet* portant sur 96.000 patients s'est avérée frauduleuse ! Et c'est un euphémisme !

Ecrite à la sauvette sur un coin de table de la *Medical School of Harvard*, sans le moindre patient par Mandeep Mehra et une prostituée de Vegas, l'étude est mondialement critiquée, mais sa rétractation reste sans effet sur l'opprobre que jettent les politiques relayés par les médias sur l'Hydroxychloroquine.

Notons que cette vaste étude complètement truquée implique que des « forces obscures » l'aient imaginée, conçue, réalisée et diffusée. Or les labos ne se battent pas contre des moulins ! Qui se serait préoccupé d'un traitement repositionné si son efficacité ne mettait en péril le lancement de nouveaux, de douteux et de très coûteux traitements !

Le 25 août 2020, le docteur DAUBY publie une étude très favorable à l'Hydroxychloroquine (HCQ). Cette étude observationnelle dont il est promoteur, portant sur plus de 8000 patients traités à l'hôpital conclut :

tively]. Compared with supportive care only, low-dose HCQ monotherapy was independently associated with lower mortality in hospitalised patients with COVID-19 diagnosed and treated early or later after symptom onset.

Le docteur DAUBY n'émet aucune réserve sur ses propres conclusions ! Le docteur DAUBY est alors interviewé pour le journal *Le Vif*.

A la question que lui pose Frédéric Soumois sur l'efficacité de l'Hydroxychloroquine, le docteur DAUBY répond :

La réduction de mortalité et de gravité de la maladie est impressionnante: tandis que plus d'un patient sur quatre (27,1%) qui n'avait pas reçu l'hydroxychloroquine mourait, le taux de létalité n'était que 17,7% chez ceux qui ont reçu le médicament. Soit un tiers de décédés en moins chez ceux qui ont reçu l'HCQ. De quoi être tenté .../...

Frédéric Soumois l'interroge ensuite sur la raison du si long délai entre la clôture de l'article et sa publication.

Pourquoi avoir attendu presque trois mois pour communiquer ces conclusions essentielles au public? « Plusieurs revues de haut niveau « n'ont pas trouvé opportun » de publier une étude sur l'hydroxychloroquine. Elles ne mettaient pas en doute nos constats ni nos conclusions, que nous avons fait vérifier par des équipes indépendantes de statisticiens. Mais il y a trop de scandales, d'implications socio-politiques, de remous médiatiques au sujet de ce médicament. Il nous semblait pourtant essentiel de fournir au public les résultats de plusieurs mois de traitement sur des milliers de patients Covid belges. Ce mardi 25 août, *l'International Journal of Antimicrobial Agents* a publié nos conclusions. C'est donc maintenant chose faite », conclut le docteur Dauby.

UNE ETUDE BELGE CONDUITE PAR 41 SCIENTIFIQUES DE HAUT NIVEAU

Or, cette étude observationnelle, menée par le docteur DAUBY et Lucy CATTEAU, est plus fiable que les études RCT en ce qu'elle n'est pas financée par les firmes directement intéressées par les résultats et qu'elle a fait l'objet d'un travail très consciencieux. En effet, 41 médecins belges dont des scientifiques des grandes universités belges, des experts de Sciensano, des membres du Conseil supérieur de la Santé, de l'AFMPS et des Task Force, comme Leila Belkhir ou Emmanuel Bottieau, ont participé à cette étude. Sur le plan méthodologique et statistique, elle a été supervisée par Els Goetghebeur, professeur de mathématiques appliquées à l'Université de Gand et éditrice de la revue *statistique et médecine*.

Le docteur DAUBY, est donc fermement convaincu de l'efficacité de l'Hydroxychloroquine. Il publie en septembre 2020 une étude de pharmacocinétique qui vise à optimiser l'administration d'Hydroxychloroquine.

Cerise sur le gâteau, le docteur DAUBY prend à 3 reprises la défense de son étude et de son constat sur l'Hydroxychloroquine, en répondant à des « lettres à l'éditeur » dans des revues prestigieuses :

Thirdly, the authors referred to the randomized controlled trials RECOVERY and SOLIDARITY, which found no benefit of HCQ compared with standard care [5,6]. It is important to note that both trials, assuming potential antiviral activity of HCQ, administered a higher dosage of HCQ than was given in our cohort, and often at a rather late stage of the disease. The antiviral effect of HCQ could

Comment peut-on expliquer que l'homme qui a écrit tout cela persécute aujourd'hui des confrères qui ont suivi ses avis ?

FOND DE LA PLAINTE

La plainte dont je vous saisis n'est pas le résultat d'une rancœur contre mon accusateur. Depuis 40 ans que je côtoie le milieu hospitalier, j'ai bien cerné la nature insidieuse, persuasive et convaincante des influences que les firmes pharmaceutiques exercent sur notre jugement, même sans nous corrompre ou nous acheter et, chose plus grave, souvent à l'insu de notre sens critique.

Combien de médecins ont lu les études qui sous-tendent l'effondrement vertigineux des normes thérapeutiques de l'Hypercholestérolémie, passées pour le taux de Cholestérol Total de 285 à 190 g/L en 40 ans ? Combien de médecins se sont interrogés en profondeur sur l'intérêt de prescrire une statine en prévention primaire ? Combien de médecins se fient, sans autre examen, aux déclarations bien rodées des délégués qui ouvrent des dépliants mis en page par des spécialistes de la communication et de la mise en scène d'une corruption douce et bon marché ?

Combien de conseillers des Ordres se sont-ils sérieusement penchés sur l'avis que les Académies de Médecine ont sollicité sur l'épineux problème de la corruption systémique de la recherche médicale ?

La réponse de l'Ordre de novembre 2002 sous le numéro a099007 peut-elle vraiment satisfaire un médecin soucieux de vérité et qui entend exiger l'intégrité de ceux qui construisent la Science et la Vérité ?

Peut-on imaginer qu'un médecin qui écrit que *l'économie de mortalité sous Hydroxychloroquine est impressionnante* écrive quelques mois plus tard que *le débat est clos et qu'elle ne peut être une option de traitement*, sans que consciemment ou non, quelque chose d'évident ou de sournois l'ait influencé.

C'est pour cette raison qu'il n'appartient pas au déclarant d'évaluer la portée d'un conflit potentiel. Les fonctions qu'occupe le docteur DAUBY, lui ouvrent effectivement des horizons professionnels suffisamment attractifs pour influencer et polariser son jugement – consciemment ou non - dans le cadre de missions publiques dont il a la charge et où son avis est susceptible d'orienter la politique sanitaire de tout un pays.

Les conflits d'intérêts non déclarés du docteur DAUBY ont vraisemblablement eu pour conséquence directe ou indirecte, à son insu peut-être, un changement radical de son point de vue sur l'Hydroxychloroquine qu'il défendit pourtant avec ardeur, armé d'une étude de très grande valeur dont il était le promoteur, avant de la renier sans motif apparent et de la conspuer, sans justifier cette volteface, sauf à affirmer que cette étude conduite par la Belgique entière ne valait rien sur le plan méthodologique.

Car enfin, monsieur le Président, qui a raison ? Dauby 2020 ou DAUBY 2021 ? L'Hydroxychloroquine sauve des vies ou n'est-elle qu'un remède de bonne femme ?

Si l'hydroxychloroquine sauve des vies, la volteface du docteur DAUBY pose un véritable problème de santé publique, si elle n'en sauve pas, il faut légitimement se poser la question du crédit qu'on peut accorder à un expert qui a affirmé que son efficacité est impressionnante dans une étude qu'il conduit avec tant d'experts dont la plupart ont influencé et vont encore influencer les pouvoirs publics sur la gestion de la crise.

Ajouterai-je que le docteur SEMMELWEIS a été licencié (comme Pascal Sacré) du *Allgemeines Krankenhaus der Stad Wien* pour avoir prétendu qu'il fallait désinfecter les instruments et se laver les mains avant d'opérer. Il est mort dans un asile où il fut interné !

Quel épilogue plus puissant pourrait clore ce paragraphe que l'aphorisme cinglant de Richard Horton, éditeur du *Lancet* : *la Science a pris un virage vers les ténèbres*.

L'Ordre peut-il négliger un tel avertissement ?

DEONTOLOGIE & DROIT

ORDRE DES MEDECINS

L'Ordre par le biais du Code de Déontologie fait de la transparence, un point cardinal de l'intégrité du médecin.

L'article 36 du Code de déontologie prescrit que *le médecin déclare de manière spontanée et transparente ses liens d'intérêt susceptibles de générer un doute quant à son indépendance.*

Je me dispense de vous communiquer les commentaires explicites attachés à cet article de notre code.

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE.

Par ailleurs, le Conseil Supérieur de la Santé a été un des premiers à codifier la déclaration de conflits d'intérêts. On peut lire sur son site :

Suite entre autres aux discussions concernant les avis sur la grippe H1N1 au niveau de l'OMS ou sur le Mediator en France, l'attention du public et des médias est focalisée sur les conflits d'intérêts des experts scientifiques.

Le CSS est la première institution d'avis scientifique en Belgique à avoir développé sa propre philosophie et avoir mis en place une approche complète concernant la gestion des déclarations des intérêts et des possibles conflits par une Commission de Déontologie. Cette approche va bien au-delà de la simple déclaration sur l'honneur et est basée sur 7 principes:

- *Il est impossible d'être expert sans avoir des intérêts.*
- *Un intérêt est différent d'un conflit d'intérêt.*
- *Les experts doivent communiquer/rendre publics leurs intérêts de manière transparente.*
- *Ce n'est pas l'expert lui-même qui doit juger si un intérêt conduit à un conflit potentiel.*
- *Il n'est pas suffisant d'identifier les conflits potentiels, il faut aussi les gérer.*
- *La transparence est nécessaire en matière d'intérêts et de conflits potentiels lors de l'émission et de la communication d'un avis.*
- *D'autres institutions doivent aussi appliquer un système de gestion des conflits potentiels d'intérêts; il est tout indiqué de collaborer pour ce faire.*

EN DROIT

Le principe général de droit d'évitement des conflits d'intérêts impose aux personnes en conflit d'intérêts à en faire expressément état et à s'abstenir d'agir (...) Il s'impose dans des situations autres que celles expressément envisagées par le législateur, tels l'audition d'experts par la Chambre ((Krings, Aspects de la contribution de la Cour de cassation à l'édification du droit, JT 1990, p 545 et ss; Silance, L'induction amplifiante, in Le problème de lacunes en droit, 1968, p 492; Van Gysel, L'intérêt de l'enfant, principe général de droit, RGDC 1988, p 186); Au regard des principes rappelés ci-dessus, il me paraît que les experts en conflit d'intérêts ont l'obligation de les déclarer, qu'ils soient publics ou non, et de s'abstenir de témoigner dans le cadre d'une mission officielle destinée à informer des responsables politiques. Comment s'assurer sinon que les recommandations formulées par les experts en conflit ne soient pas guidées par ces intérêts ?

ALAIN COLIGNON

Par ces motifs :

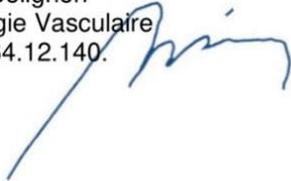
Je prie le Conseil Provincial de Bruxelles-Brabant Wallon d'apporter le soin qu'il convient à la plainte que je dépose officiellement en ses mains, ce jour, le 16 janvier 2023.

Vu l'importance du sujet et son impact majeur sur la Science elle-même, je publierai cette plainte sur mes réseaux et je l'adresse dès maintenant à tous les médias qui voudront bien l'accepter et la publier, y compris ceux qui refusent obstinément depuis trois ans, tout dialogue avec des médecins qui parfois sont les meilleurs de la planète pour offrir le monopole de la vérité à ceux qui sont le mieux payés !

Je sou mets cette plainte, monsieur le Président, à votre Libre-Examen.

Veillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Alain Colignon
Chirurgie Vasculaire
1.55964.12.140.



MARCAN, journaliste pour BAM !, 19 janvier 2023

Source photo : Capture d'écran – BAM !

Moins de la moitié de la population française a reçu une injection contre la Covid-19 en 2022

TRIBUNE - Malgré la propagande du « tout-vaccin » massivement entretenue par Emmanuel Macron, le gouvernement et les autorités sanitaires, une lecture attentive des données officielles relatives à la vaccination anti-Covid-19 permet un constat sans appel : les Français qui ont reçu une injection en 2022 représentent moins de 50% de la population totale. Le « passe vaccinal » n'a pas convaincu.

Le 4 janvier 2022, Emmanuel Macron prononçait cette petite phrase : « Les non-vaccinés, j'ai très envie de les emmerder ». Des propos polémiques, jugés par certains comme une véritable provocation, qui ont aggravé la fracture entre les défenseurs de la vaccination anti-Covid et les personnes qui souhaitent davantage de garanties quant au rapport bénéfice-risque des injections. Au lieu d'entendre les tenants du principe de précaution, au lieu de se référer à l'état de la science, le gouvernement a préféré creuser le sillon de la contrainte : le « passe sanitaire » a été transformé en « passe vaccinal ».

Omicron Vs Business Plan

Le prétexte pour justifier la poursuite de « l'emmerdement » des non-vaccinés ? Le gouvernement agitait le taux d'incidence record du nouveau variant Omicron (apparu fin 2021) et une énième « vague », y compris dans la population très majoritairement vaccinée. Si le narratif qui présente la vaccination comme une nécessité pour atteindre « l'immunité collective » prenait l'eau à cause d'Omicron (transmission rapide et gravité potentielle moindre), le pouvoir et les autorités de santé continuaient tête baissée dans la même direction : le tout-vaccin, pour toute la population, sans aucune distinction, au moyen de mesures liberticides. Le passe vaccinal est entré en vigueur le 24 janvier 2022. Il n'a pas eu la durée de vie escomptée. Peut-être afin de ne pas compromettre la campagne électorale du président Macron, candidat à sa propre succession : dès le 14 mars 2022, la levée du « passe » est réalisée. À partir de l'automne suivant, des doses de rappel à l'aide d'un vaccin « bivalent » sont proposées. Ce dernier est censé protéger à la fois contre la souche « sauvage » de Wuhan, le variant Omicron et ses sous-variants en circulation dès le début de l'année 2022 (BA.2 en janvier, BA.4 et 5 fin janvier, début février 2022).

Le tout-vaccin et le dénigrement des soins précoces

Tout au long de l'année 2022, les médias dits « mainstream » ont relayé ce *story-telling* focalisé sur la politique de vaccination, toujours présentée comme seule porte de sortie de l'épidémie. Tous les autres soins possibles, comme les traitements précoces (hydroxychloroquine, ivermectine, azithromycine), ont été balayés d'un revers de main, moqués, dénigrés, voire interdits.

Il en fut de même pour des mesures de prophylaxie – pourtant préconisées par l'Académie de médecine – à l'aide de la vitamine D. Le rôle essentiel de cette dernière en matière de prévention contre les formes graves de la Covid-19 avait pourtant été démontré par l'étude randomisée COVIT-TRIAL dès la fin mai 2022 (étude pilotée par le Centre Hospitalier d'Angers qui fut très peu évoquée dans la presse).

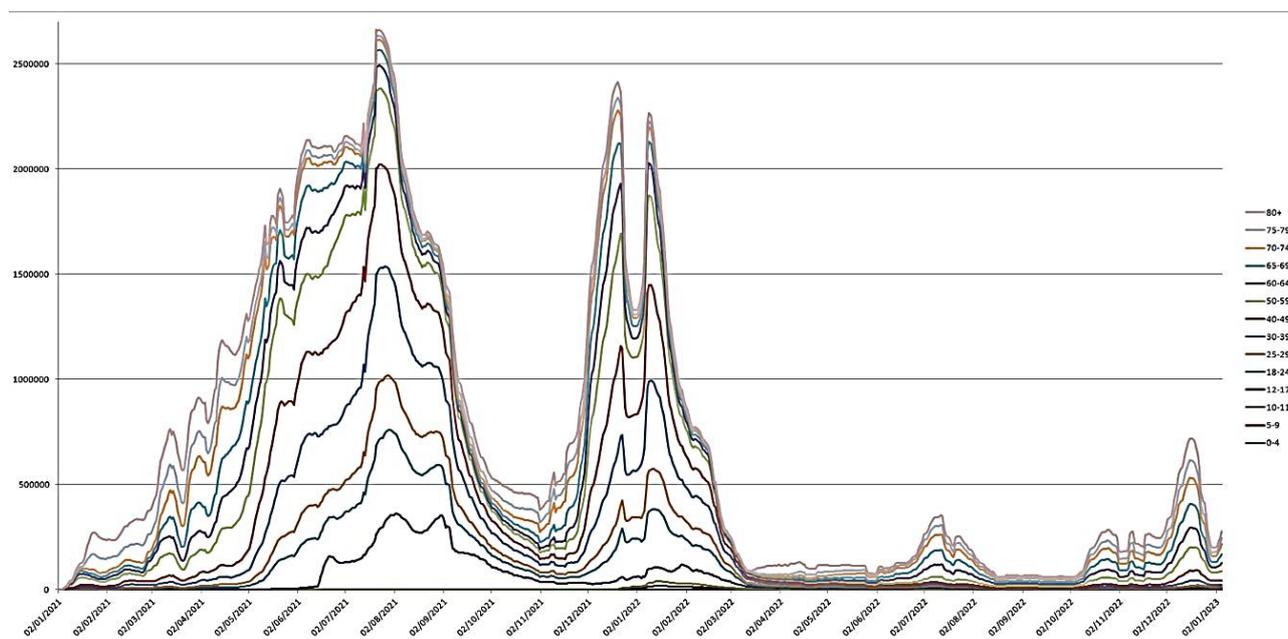
Une situation pour le moins étonnante lorsqu'on considère que le dictionnaire médical par excellence, le Vidal, avait confirmé le rôle positif de la vitamine D dans un article daté du 6 mars 2022, avec une description précise des mécanismes biologiques de cette dernière utiles dans la lutte contre la Covid.

Seul *FranceSoir* avait donné la parole à des spécialistes comme Jean-Marc Sabatier, qui avait compris dès avril 2020 le rôle protecteur de la vitamine D : le directeur de recherche au CNRS et docteur en biologie cellulaire et microbiologie à Marseille avait décrit son implication au niveau du système rénine-angiotensine qui peut être rendu dysfonctionnel par le virus du Sars-CoV 2.

Bilan 2022

Dans ce contexte, il est temps de tirer un bilan objectif de l'intense campagne de « vaccination », plus coercitive que sanitaire, qui a continué en 2022 au vu des chiffres de l'année. Pour faire ce bilan, il suffit de télécharger les statistiques officielles de vaccination, disponibles en ligne.

Le graphique suivant en relation avec ces données indique le nombre d'injections hebdomadaires de "vaccin" contre la Covid-19 contre la tranche d'âge. Clairement, cela s'essouffle depuis le début de l'année 2022.



Nombre d'injections hebdomadaires d'injection contre la Covid-19 par tranche d'âge

Le variant Omicron étant réputé peu dangereux et le certificat de rétablissement suite à une infection permettant d'accéder aux zones soumises au passe sanitaire ou passe vaccinal, la donne a été complètement renversée et certains ont préféré l'immunité acquise naturellement par l'infection.

Les jeunes ne veulent plus du vaccin

Les Français se sont détournés de la vaccination. Cela est particulièrement visible chez les jeunes, moins touchés par les formes graves et exposés aux effets indésirables de la vaccination. Fin 2022, environ la moitié des injections ont été réalisées avec la dose de rappel « bivalente » pour le variant Omicron et la « souche d'origine » de Wuhan.

Maintenant voyons quelle proportion de la population a eu recours à la vaccination en 2022. Pour cela, on compare les données aux 31 décembre 2021 et 31 décembre 2022.

Les données donnent la couverture vaccinale par tranches d'âges. Une anomalie apparaît : pour les personnes âgées de 75 à 79 ans, la proportion de personnes ayant eu au moins une première dose de vaccin est passée de 96% fin 2021 à 87,5% fin 2022. Il s'agit d'une baisse de 8,5%. Aurait-elles réussi à se « dévacciner » ?

À première vue, le nombre de personnes de cette tranche d'âge (75-79 ans) ayant eu au moins une dose de vaccin augmente légèrement de 2 190 273 au 31/12/2021 à 2 208 693 au 31/12/2022... mais l'estimation de la population a curieusement beaucoup augmenté, passant de 2 281 972 à 2 523 680 sur la même période ! Voilà qui nous rappelle les statistiques de la DREES faites sur des estimations douteuses du nombre de non vaccinés. Pour éviter cet écueil, on prendra la population estimée au 31/12/2022 et on regardera uniquement le nombre cumulé de doses par type :

B	C	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ
clage_vacsi	jour	n_cum_dose1	n_cum_complet	n_cum_rappel_e	n_cum_2_rappel_e	n_cum_rappel_biv_e	n_cum_3_rappel_e	n_cum_toutes
0-4	31/12/2022	6 270	3 867	979	36	14	5	11 171
5-9	31/12/2022	137 907	110 937	1 770	17	55	1	250 687
10-11	31/12/2022	171 580	142 754	8 132	159	1 235	4	323 864
12-17	31/12/2022	4 287 632	4 159 057	935 452	16 958	25 632	161	9 424 892
18-24	31/12/2022	5 379 322	5 250 857	3 646 972	79 480	45 702	847	14 403 180
25-29	31/12/2022	3 644 667	3 560 301	2 421 590	73 627	44 590	989	9 745 764
30-39	31/12/2022	7 713 888	7 562 949	5 314 487	201 891	132 792	3 493	20 929 500
40-49	31/12/2022	8 038 094	7 931 585	6 194 737	340 109	232 197	8 047	22 744 769
50-59	31/12/2022	8 371 403	8 292 230	7 107 184	982 581	538 107	50 249	25 341 754
60-64	31/12/2022	3 866 277	3 835 470	3 455 807	1 304 405	502 191	119 424	13 083 574
65-69	31/12/2022	3 618 751	3 591 858	3 311 961	1 555 548	621 457	174 237	12 873 812
70-74	31/12/2022	3 489 229	3 462 680	3 232 914	1 726 703	698 554	235 138	12 845 218
75-79	31/12/2022	2 208 693	2 188 755	2 038 062	1 173 826	496 804	227 052	8 333 192
80 ou plus	31/12/2022	3 696 850	3 635 154	3 249 679	1 918 296	810 164	472 083	13 782 226
Tous	31/12/2022	54 630 585	53 728 475	40 919 742	9 373 646	4 149 495	1 291 731	164 093 674
0-4	31/12/2021	5 697	3 120	477	2	0	0	9 296
5-9	31/12/2021	22 056	2 913	97	0	0	0	25 066
10-11	31/12/2021	40 632	19 296	482	5	0	0	60 415
12-17	31/12/2021	4 087 295	3 905 075	114 120	196	0	0	8 106 686
18-24	31/12/2021	5 202 613	5 002 257	1 294 058	1 699	0	2	11 500 629
25-29	31/12/2021	3 516 589	3 377 170	863 078	1 189	0	1	7 758 027
30-39	31/12/2021	7 493 845	7 245 018	2 183 780	2 331	0	0	16 924 974
40-49	31/12/2021	7 889 657	7 712 019	3 126 995	2 207	0	1	18 730 879
50-59	31/12/2021	8 256 355	8 121 508	4 388 988	3 465	0	2	20 770 318
60-64	31/12/2021	3 821 212	3 771 309	2 470 588	1 776	0	0	10 064 885
65-69	31/12/2021	3 582 401	3 541 048	2 622 507	1 792	0	2	9 747 750
70-74	31/12/2021	3 460 505	3 422 932	2 721 253	1 708	0	2	9 606 400
75-79	31/12/2021	2 190 273	2 163 659	1 769 693	1 188	0	0	6 124 813
80 ou plus	31/12/2021	3 657 596	3 580 807	2 760 100	3 197	0	3	10 001 703
Tous	31/12/2021	53 226 748	51 868 152	24 316 230	20 755	0	13	129 431 898
différence 2022 :								
0-4	365	573	747	502	34	14	5	1 875
5-9	365	115 851	108 024	1 673	17	55	1	225 621
10-11	365	130 948	123 458	7 650	154	1 235	4	263 449
12-17	365	200 337	253 982	821 332	16 762	25 632	161	1 318 206
18-24	365	176 709	248 600	2 352 914	77 781	45 702	845	2 902 551
25-29	365	128 078	183 131	1 558 512	72 438	44 590	988	1 987 737
30-39	365	220 043	317 931	3 130 707	199 560	132 792	3 493	4 004 526
40-49	365	148 437	219 566	3 067 742	337 902	232 197	8 046	4 013 890
50-59	365	115 048	170 722	2 718 196	979 116	538 107	50 247	4 571 436
60-64	365	45 065	64 161	985 219	1 302 629	502 191	119 424	3 018 689
65-69	365	36 350	50 810	689 454	1 553 756	621 457	174 235	3 126 062
70-74	365	28 724	39 748	511 661	1 724 995	698 554	235 136	3 238 818
75-79	365	18 420	25 096	268 369	1 172 638	496 804	227 052	2 208 379
80 ou plus	365	39 254	54 347	489 579	1 915 099	810 164	472 080	3 780 523
Tous	365	1 403 837	1 860 323	16 603 512	9 352 891	4 149 495	1 291 718	34 661 776

Nombre de doses cumulées par tranches d'âges entre le 31/12/2021 et 31/12/2022

On voit qu'au cours de l'année 2022, le nombre de personnes (colonne AT) ayant eu au moins une dose de « vaccin » n'augmente que de 1 403 837 : le « passe vaccinal » destiné à contraindre les récalcitrants ou les hésitants n'a donc guère convaincu.

Les personnes à « une injection » devenues minoritaires

En bas à droite, du tableau (colonne AZ), on voit qu'un nombre total de 34 661 776 doses auraient été injectées. Ce chiffre est un peu surévalué. Car ceux qui ont « acquis » un schéma vaccinal complet après une seule dose – vu qu'ils avaient eu une infection auparavant – comptent double, étant comptés à la fois parmi les personnes ayant eu au moins une dose et les personnes ayant eu un schéma vaccinal complet.

On ne peut savoir exactement avec les chiffres donnés publiquement combien de personnes ont reçu au moins une dose en 2022 car certains ont reçu de multiples doses, notamment les plus âgés. Mais on peut donner une estimation « haute » généreuse.

Ainsi, parmi les plus de 80 ans, au 31/12/2021, il n'y en avait que 3 (colonne AY) à avoir reçu trois doses de rappel et 3 197 (colonne AX) à avoir reçu la 2ème dose de rappel. Par contre, au 31/12/2022, 472 083 (colonne AY) avaient reçu la 3ème dose de rappel. Parmi ceux-là, l'extrême majorité a eu au moins 2 doses

en 2022 puisque, pour être comptabilisé parmi les « 3ème dose de rappel », il faut d'abord avoir reçu la 2ème dose.

Par conséquent, en retirant seulement du nombre cumulé de doses 2022 :

- 90% du nombre de 3ème dose de rappel ;

- et 25% de nombre de doses bivalentes,

on obtient que moins de 48% de la population française a reçu au moins une dose de « vaccin » en 2022.

Alors que les apôtres de la vaccination sont surreprésentés dans les médias dominants, et avaient une attitude hégémonique en 2021, les personnes qui reçoivent une injection en 2022 sont donc minoritaires.

	A	B	C	D
			Couverture au moins 1 dose reçue en 2022 (en %)(*)	Primo-vaccinés en 2022 (en %)
1	Classe âge	Population		
2	0-4	3 531 094	0.1	0.0
3	5-9	4 177 667	5.4	2.8
4	10-11	1 726 143	15.2	7.6
5	12-17	5 088 943	25.8	3.9
6	18-24	5 572 010	51.9	3.2
7	25-29	3 719 093	53.1	3.4
8	30-39	8 292 491	47.9	2.7
9	40-49	8 619 825	45.8	1.7
10	50-59	8 857 278	49.6	1.3
11	60-64	4 145 340	67.2	1.1
12	65-69	3 886 663	72.4	0.9
13	70-74	3 693 349	77.2	0.8
14	75-79	2 281 972	82.3	0.8
15	80 ou plus	4 138 065	76.1	0.9
16	Tous	67 729 931	47.9	2.1
17	Nombre de primo-vaccinés en 2022 :			1 403 837
18	(*) dont les primo-vaccinés, estimation haute car certaines personnes ont reçu de multiples doses			

Pourcentage de la population ayant reçu au moins 1 dose en 2022

Laurent PELÉ, pour FranceSoir
Publié le 12 janvier 2023

Émouvante soirée en hommage au Professeur Luc Montagnier



Soirée en hommage au Pr Luc Montagnier, le 17 février 2023. ©F. Froger / Z9, pour FranceSoir

REPORTAGE - Le 17 février 2023, des médecins et scientifiques se sont réunis pour rendre hommage au Professeur Luc Montagnier dont c'était le premier anniversaire de la disparition.

Lors de cet événement qui a accueilli beaucoup de proches, tous ont rappelé son rôle pionnier dès l'apparition de l'épidémie de Sida et les travaux qui ont permis l'identification du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ce qui lui a valu d'être honoré du prix Nobel de Médecine en 2008.

Beaucoup ont également rappelé, que malgré l'importance de ses découvertes, ce chercheur éminent n'avait pas eu droit à un hommage national. La raison à cela : un discours sur le Covid qui n'épousait pas le narratif officiel autorisé. En effet, depuis le début de l'épidémie de Covid-19, Luc Montagnier a fait entendre une voix différente concernant l'origine du virus.

Loin de la fable du pangolin et de la chauve-souris, dès avril 2020, suite à l'analyse du génome du virus du Sars-CoV-2, le professeur conclut que ce virus ne peut pas être naturel.

Sans jamais affirmer qu'il a été répandu de manière intentionnelle, son hypothèse est que « *des recherches sur les vaccins contre le Sida auraient échappé à leurs auteurs : le nouveau coronavirus contiendrait, en effet, des séquences d'un autre virus qu'il connaît bien, le VIH, une combinaison impossible à obtenir par le seul hasard de la nature* ».

Sans prendre la peine de chercher à comprendre cette découverte, les médias et les autorités n'ont eu de cesse de décrier ses affirmations. Trois années ont passé et la thèse du virus artificiel ne peut plus être considérée comme fausse.

Le professeur Luc Montagnier a-t-il eu raison trop tôt ? C'est souvent le cas des grands savants. « *Avoir raison trop tôt est socialement inacceptable* » écrivait le grand romancier américain Robert Heinle

FRANCE-SOIR
Publié le 21 février 2023