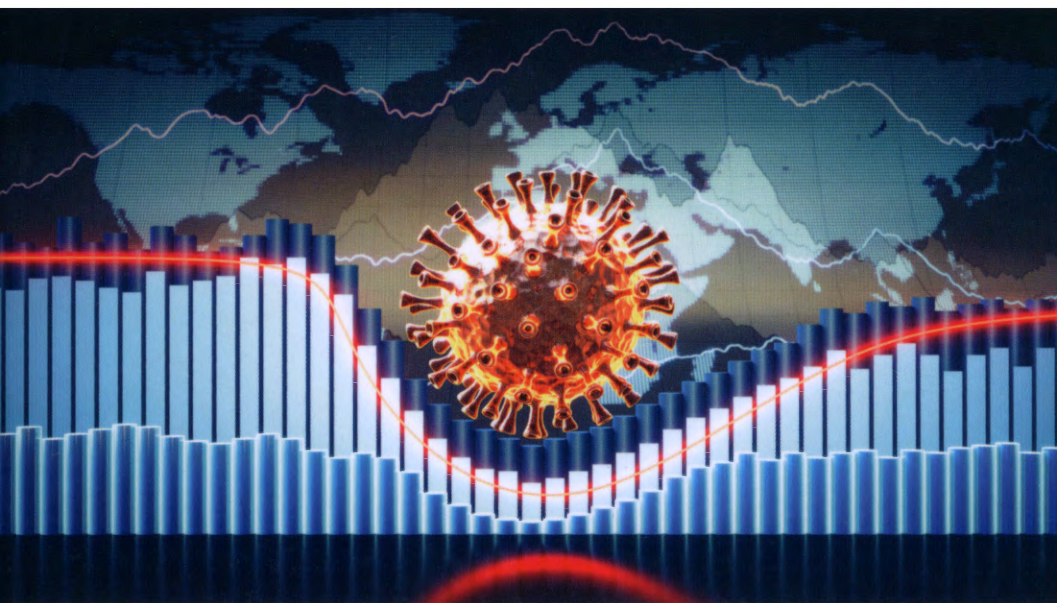


Pierre Chaillot

COVID 19

ce que révèlent les chiffres officiels

Mortalité, tests, vaccins, hôpitaux,
la vérité émerge



**SI VOUS AIMEZ CE LIVRE,
ACHETEZ-LE
POUR AIDER L'ASSOCIATION
"OU EST MON CYCLE"**

Merci

**COVID 19,
CE QUE RÉVÈLENT
LES CHIFFRES OFFICIELS**

Pierre Chaillot

COVID 19,
CE QUE RÉVÈLENT
LES CHIFFRES OFFICIELS

L'ARTILLEUR

ISBN 978-2-81001-152-0

Éditions du Toucan – éditeur indépendant
16, rue de Vézelay, 75008 Paris.
www.editionsdutoucan.fr

Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

Préface	11
Prologue: itinéraire d'un questionnement	31
1. Y a-t-il eu une hécatombe quelque part?	49
a. S'affranchir de la propagande	51
b. Reprendre les données de mortalité française dans le bon sens	56
c. En Europe, rien à signaler non plus	60
d. La fameuse « chute de l'espérance de vie »	62
e. Les années moissons: redécouvrir que les humains ne sont pas éternels	67
f. Les humains meurent de vieillesse, d'exclusion et de pauvreté	71
g. Cas d'école de ce qu'il ne faut pas faire	74
2. Y a-t-il eu la saturation hospitalière annoncée? ..	85
a. Retour sur la stratégie de baisse des effectifs hospitaliers	87
b. Toujours s'affranchir de la propagande	90
c. L'activité Covid-19 de l'hôpital finalement faible sur l'année	93
d. L'activité Covid-19 de l'hôpital finalement faible pendant les vagues	97
e. L'activité Covid-19 de l'hôpital finalement faible dans toutes les régions	99
f. L'activité Covid-19 de l'hôpital finalement faible quelle que soit la statistique retenue	100

g. L'activité Covid-19 de l'hôpital finalement faible sur les soins critiques	101
h. L'activité Covid-19 de l'hôpital pour les réanimations: une augmentation en trompe-l'œil	103
3. A-t-on réellement eu un déferlement de malades?	107
a. Combien de malades?	109
b. Petit retour sur la mortalité.	112
c. Malade ou cas positif Covid-19?	118
d. L'épidémie sans malade.	126
4. La bureaucratie sanitaire au centre de la fraude. .	133
a. La prise de contrôle de l'hôpital	136
b. L'informatisation pour uniformiser et contrôler le processus de soin	138
c. Le dévoiement du système de Santé	139
d. La grippe: la mise en pratique du codage	143
e. Le codage en période Covid	146
f. En résumé, l'hôpital est prisonnier de Big Pharma. .	156
5. Y a-t-il eu une propagation épidémique?	157
a. Des cycles synchronisés annuels de hausse et baisse de mortalité	159
b. Le dogme des modèles épidémiques	164
c. Les hausses de mortalité sont parfaitement corrélées aux chutes de température	184
d. Le microbe est-il responsable de quelque chose? ...	196
e. Les études « scientifiques » défendant les mesures liberticides pour lutter contre la « propagation » sont construites à l'envers	204
6. Les mesures sont responsables de hausses de la mortalité.	213
a. Une « Pandémie » pas si mondiale	218
b. Les AVC et infarctus non soignés	226
c. Les infections respiratoires aiguës dont celles identifiées Covid-19 non soignées	230
d. Des décès à l'hôpital confirmant le défaut de prise en charge	234
e. Le choix palliatif à la place du soin	239

7. Le mythe de l'efficacité vaccinale.	251
a. Les études des laboratoires pharmaceutiques.	253
b. Les conclusions bien hâtives de la première étude en Israël.	260
c. Les statistiques bien arrangeantes du ministère de la santé français.	265
d. Les études d'Epi-phare: auto-validation du ministre de la Santé	280
e. Le mensonge de la saturation hospitalière par les non-vaccinés	289
f. La levée du passe sanitaire révèle la supercherie de l'efficacité vaccinale	296
g. L'épidémie de malchance: comment raconter n'importe quoi, mais sérieusement et à l'aide de statistiques. . .	299
h. Couvrez ce non-vacciné que je ne saurais voir, par de pareils objets les âmes sont blessées.	302
8. De nombreux signes d'une mortalité post-vaccinale.	313
a. Le pic de mortalité d'octobre 2020 en pleine période de vaccination antigrippale.	315
b. La pharmacovigilance est alarmante depuis le début des injections.	324
c. Israël, pays précurseur des injections de masse, montre très vite une hausse de mortalité des jeunes.	336
d. Une surmortalité des jeunes concomitante aux campagnes vaccinales partout en Europe.	348
e. Les données anglaises montrent une mortalité plus forte pour les vaccinés que pour les non-vaccinés. . .	365
f. Les agences gouvernementales au service du gouvernement (et non des citoyens)	378
9. La prise de pouvoir de la finance et du grand capital sur la science et la médecine.	389
a. Retour sur le scandale H1N1	391
b. La nouvelle pièce essentielle du puzzle: les cabinets de conseil.	410
c. La stratégie des médias dans la dictature du « camp du bien ».	430
d. Corruption systémique	440

e. Le danger caché du coronavirus: la stratégie du choc.....	447
Conclusion: quel lien y a-t-il entre la Covid-19 et la mortalité en France et dans le monde?.....	453
Postface	457
Remerciements	467

Préface

Laurent Mucchielli,

Directeur de recherche au CNRS, septembre 2022

Le livre de Pierre Chaillot est important à plus d'un titre, c'est donc un honneur autant qu'un plaisir de le présenter aux lecteurs. Je dirai quelques mots de l'auteur à la fin de cette préface. Pour l'heure, il faut parler de l'essentiel, le fond.

D'emblée, je veux dire que j'ai un désaccord avec Pierre Chaillot sur une de ses déductions importantes. On verra plus loin laquelle. Et, loin d'être un problème, l'existence d'un désaccord est au contraire heureuse. Nous avons vécu durant près de trois ans sous la domination d'un discours se justifiant au nom d'un « consensus scientifique » qui n'a en réalité jamais existé. Il ne s'agit que d'un argument d'autorité, certains ayant eu simplement le pouvoir politique et médiatique d'imposer aux autres leur façon de penser. Ne revenons pas ici sur la composition et la production politico-sanitaire du « Conseil scientifique Covid-19 » dirigé pendant deux ans et demi par M. Delfraissy et son petit groupe de cooptés¹. Rappelons

1. Une analyse dans L. Mucchielli, *La Doxa du Covid*, tome 1 : *Peur, santé, corruption et démocratie*, Bastia, éditions Éoliennes, 2022, p. 42 *sqq.*

en revanche que la science est le contraire du dogme idéologique ou religieux auquel chacun doit se soumettre et se conformer en répétant la même chose, sous peine d'être ostracisé, c'est-à-dire rejeté hors de la communauté. Au fond, la science n'est rien d'autre qu'une méthode visant à rendre compte le plus objectivement possible du fonctionnement d'une réalité, qu'elle soit physique, chimique, biologique, psychologique, sociologique, etc. Il s'agit toujours de répondre à la question « comment ça marche ? qu'est-ce qui fait que les choses ou les personnes se comportent ainsi ? ». On collecte et on analyse des données, on les soumet à la libre discussion contradictoire par ses pairs, on accumule des indices et des preuves, on formule des hypothèses, on tire des conclusions que d'autres viendront discuter, confirmer ou réfuter en tout ou en partie au terme de leurs propres investigations. On comprend ici que ce qui distingue la science du dogme idéologique ou religieux, c'est aussi qu'il s'agit d'une part d'une connaissance provisoire, d'autre part d'une construction collective. Dans l'édifice de la connaissance sur ce qui restera dans l'histoire comme une crise sans précédent, Pierre Chaillot apporte à mon avis une contribution importante, à la fois par les résultats auxquels il est parvenu et par les hypothèses explicatives qu'il avance et qu'il faut donc discuter.

Comment faire parler les chiffres

Le premier mérite de Pierre Chaillot est de nous rappeler que les chiffres ne parlent pas d'eux-mêmes, contrairement à la formule hélas si courante dans les

médias et dans les discours politiques. Le fameux slogan du ministère de la Santé, dirigé alors par Olivier Véran, « on peut discuter de tout sauf des chiffres », constitue une véritable aberration scientifique. C'est précisément le contraire qui est vrai : on doit discuter de tout, *surtout* des chiffres, car il est trop facile de leur faire dire ce que l'on a envie d'entendre¹. Et Pierre Chaillot en fait la démonstration à propos de la Covid. Le gouvernement peut faire publier par la DREES un chiffre qui existe mais garder bien caché sous le tapis un autre chiffre qui existe pourtant lui aussi, le statut vaccinal des personnes décédées par exemple. On ne donne ainsi à voir que la partie de la réalité qui confirme votre discours, et on cache celle qui risquerait de le contredire. Autre exemple : l'INSEE peut donner un chiffre de comparaison sur la mortalité qui soutient l'idée d'une hécatombe inédite en comparant les décès de 2020 et 2021 avec ceux de l'année 2019. Or c'est en réalité un choix politiquement orienté car l'année 2019 était une année de faible mortalité. Il suffit d'élargir la comparaison à d'autres années antérieures qui ont connu de fortes épidémies de gripes (comme 2015 et 2017) pour que le résultat de la comparaison soit beaucoup moins dramatique. Mais on voulait dramatiser le plus possible les choses. Troisième exemple, que Pierre Chaillot discute longuement : après avoir prétendu pendant des mois que l'on ne pouvait pas faire des tests en population générale, le gouvernement

1. Je l'ai pour ma part enseigné pendant des années aux étudiants de sociologie, sur l'exemple de la criminalité : L. Mucchielli, « Les techniques et les enjeux de la mesure de la délinquance », *Savoir/Agir*, 2010, n° 14, p. 93-102 ; et « Grand entretien avec Laurent Mucchielli. Le savant, l'expert et le politique : la production de connaissances sur les délinquances », *Savoir/Agir*, 2010, n° 14, p. 43-56.

a choisi ensuite de les généraliser et il a fait de la courbe des « cas positifs » l'un des deux indicateurs centraux de sa communication politique et de sa politique sanitaire¹. Or ceci est une forme de manipulation mentale, pour plusieurs raisons. D'abord, l'escroquerie intellectuelle de base consiste à faire un amalgame entre la notion de « cas positif » et celle de « malade ». Dans la réalité, plus de 95 % des personnes qui attrapent le virus n'en sont pas ou très peu malades (on dit qu'elles sont « asymptomatiques » ou « paucisymptomatiques »). Si le gouvernement avait voulu avoir un véritable suivi du nombre de malades, il se serait tourné vers d'autres indicateurs comme ceux du réseau Sentinelles (un échantillon de médecins généralistes qui font remonter ce qu'ils observent dans la réalité quotidienne de leurs cabinets médicaux²) et de SOS Médecins. Or ces indicateurs comme ce réseau Sentinelles, mis en place depuis plusieurs décennies pour surveiller précisément et anticiper le développement des épidémies, ont été totalement écartés de l'analyse. Laurent Toubiana l'a également démontré de très belle manière³. Ensuite, comme le détaille Pierre Chaillot, les tests PCR ne sont pas la panacée. Ils ne sont pas fiables à 100 % (question des faux-positifs). Enfin, et surtout, les tests PCR ne constituent en aucun cas un indicateur stable de la réalité des contaminations. Ils dépendent en effet de la politique sanitaire du gouvernement et des conséquences qu'elle a sur la vie

1. On parlera de l'autre un peu plus loin.

2. Voir par exemple A. Flahault et *al.*, « Sentinelle traces of an epidemic of acute gastroenteritis in France », *The Lancet*, 1995, 346 (8968), p. 162-163.

3. L. Toubiana, *Covid-19. Une autre vision de l'épidémie*, Paris, L'Artilleur, 2022.

concrète des citoyens. Si vous obligez ces derniers à faire des tests pour voyager pendant les vacances scolaires, vous aurez soudainement une très forte hausse des « cas positifs », non pas parce qu'ils sont plus nombreux dans la réalité, mais parce que beaucoup plus de personnes se sont fait tester. Vous aboutissez alors à une « épidémie de tests » comme dit aussi Laurent Toubiana, ce qui va en retour justifier *a posteriori* la politique sanitaire du gouvernement. Qui ne comprend l'entourloupe de ce raisonnement circulaire ? Pierre Chaillot démontre par exemple ainsi comment la prétendue « vague » de l'été 2021 a été une pure construction politico-statistique. En réalité, elle n'a jamais existé.

Derrière la saturation apparente des hôpitaux, le renoncement aux soins

L'autre indicateur qui a servi en permanence au gouvernement à justifier sa politique sanitaire est celui du taux d'occupation des lits d'hôpitaux publics. D'abord au prix d'une amnésie volontaire : ces hôpitaux sont systématiquement débordés chaque hiver du fait de la politique de réduction de l'offre de soins poursuivie à des degrés divers par tous les gouvernements de droite comme de gauche ces dernières décennies¹. Ensuite au prix d'une panique générale qui a eu pour effet de dégrader encore plus la prise en charge des malades à l'hôpital. En effet, Pierre Chaillot analyse en détail les deux rapports de l'Agence

1. P.-A. Juven, F. Pierru, F. Vincent, *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir, 2019.

technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), *Analyse de l'activité hospitalière 2020. MCO et Analyse de l'activité hospitalière 2020. Covid-19*, parus respectivement en septembre et octobre 2021, rapports étrangement très peu commentés dans les médias comme dans la classe politique. Ces rapports indiquent que l'épidémie de Covid n'a en réalité mobilisé que 2 % des lits d'hôpitaux et 5 % des lits dans les services de réanimation pendant l'année 2020. Les chiffres étant mensualisés, on constate que, même au plus fort de la première épidémie, en avril 2020, la prise en charge des « patients covid » n'a représenté que 7,5 % de l'activité hospitalière française. Ceci nous rappelle d'abord que, derrière la mise en scène télévisée de la saturation de quelques hôpitaux (surtout dans le Grand Est et en région parisienne), la plupart des territoires français n'étaient pas, ou très peu, impactés par l'épidémie, ce qui n'a pas empêché le gouvernement d'y décréter les mêmes mesures qu'ailleurs (allant jusqu'à imposer le confinement général à des départements entiers où il n'y avait *pas du tout* d'épidémie). Ces rapports montrent ensuite que, toujours en 2020, l'hôpital public a accueilli au final moins de patients qu'en 2019. Dès lors, Pierre Chaillot est fondé à faire l'hypothèse que, derrière la vitrine politico-médiatique de quelques hôpitaux saturés, la panique générale a surtout abouti à un renoncement aux soins et à des déprogrammations de soins qui ont eu des conséquences dramatiques sur la santé de nos concitoyens.

Enfin, il aborde à un autre endroit de son livre une question qui est directement liée à celle de la saturation des hôpitaux et qui, depuis le tout début de cette crise, me semble la plus importante de toutes. Redisons-le

ici en toute clarté et en assumant totalement la gravité de la critique: *les hôpitaux publics n'auraient jamais été saturés si le gouvernement n'avait pas empêché les quelque 100 000 médecins généralistes (et certains spécialistes) de soigner les malades en amont*¹. Car enfin, que se passerait-il chaque année si les médecins généralistes arrêtaient de soigner la grippe saisonnière? Le résultat serait exactement le même: la panique générale à l'hôpital devant un afflux de malades en état grave encore plus important que d'habitude. Ce *diktat* (le refus du soin) est probablement la faute la plus grave de toutes, qui devra être imputée non seulement au ministère de la Santé, mais aussi à toutes les agences sanitaires (à commencer par la Haute Autorité de Santé et le Haut Conseil de Santé Publique) qui l'ont approuvé et s'en sont ainsi rendues complices. Concrètement, il s'est traduit dans la volonté de décrédibiliser toutes les propositions thérapeutiques ayant émergé – et il n'y a pas que celles de l'IHU de Marseille – pour faire croire que « rien ne marche contre le SARS-CoV-2 ». Et par la suite de charger le Conseil de l'Ordre des Médecins (plutôt un Conseil des médecins aux ordres) de pourchasser celles et ceux qui ont dérogé à cette consigne en s'efforçant au contraire de soigner les malades². En retour, la consigne officielle était de rester chez soi, de prendre du paracétamol en cas

1. Pour plus de détails, voir L. Mucchielli, *La Doxa du Covid*, tome 1 : *Peur, santé, corruption et démocratie*, Bastia, éditions Éoliennes, 2022, ainsi que L. Mucchielli (dir.), *La Doxa du Covid*, tome 2 : *Enquête sur la gestion politico-sanitaire de la crise*, Bastia, éditions Éoliennes, 2022 (troisième partie).

2. L. Mucchielli, « Il n'y a pas de démocratie sanitaire quand les professionnels de terrain sont à ce point méprisés », *Alternative Santé*, 22 décembre 2020.

de fièvre et d'attendre que ça passe, ou bien d'appeler les services d'urgence en cas de détresse respiratoire. A-t-on jamais vu consigne « sanitaire » plus mortifère que celle de ne pas soigner les gens et d'attendre patiemment pour intervenir qu'une partie d'entre eux soient en danger de mort ?

Cette catastrophe à tout point de vue, Pierre Chaillot la chiffre en partie en analysant les statistiques des ventes de médicaments en pharmacie pendant la crise. Il montre notamment deux choses cruciales. La première est la chute des ventes d'antibiotiques, de 40 % et 47 % en avril et mai 2020. Conséquence directe de la consigne mortifère du pouvoir politique et des agences sanitaires ayant désarmé les généralistes. La seconde, concomitante mais en sens inverse, est l'explosion de la vente de boîtes de Rivotril (+ 59 % en mars 2020, et + 227 % en avril), et secondairement de Valium. Si le lecteur n'est pas déjà au courant de ce scandale dans le scandale, il faut alors lui conseiller de s'asseoir avant d'entendre la suite : le Rivotril est un médicament antiépileptique dont il est clairement indiqué dans sa notice d'utilisation qu'il ne doit pas être utilisé en cas, notamment, d'insuffisance respiratoire grave du patient. L'incroyable réalité qui apparaît alors est l'usage massif d'une thérapeutique qui ne visait pas à améliorer l'état de santé des malades mais au contraire à précipiter leur mort. Le Valium étant pour sa part un puissant sédatif utilisé également dans les protocoles de fin de vie, la conclusion de Pierre Chaillot est que ceci cache une vaste opération d'accompagnement médicamenteux de la fin de vie (et il cite les documents indiquant la mise sur pieds de « groupes d'intervention rapide (GIR) » chargés de cette mission au sein de l'administration des hôpitaux

parisiens), opération décidée en cachette puisque ni les malades ni leurs familles n'ont jamais été avertis de cette sorte d'euthanasie organisée. Cette réalité est aussi sinistre que révoltante, mais il faut la regarder en face. Notre rôle de savants indépendants est de la mettre en évidence. La suite appartient à la conscience de chacun et à la justice de notre pays.

Penser et mesurer la mortalité occasionnée par une épidémie

La mortalité est, de tout temps, le moins mauvais des indicateurs statistiques pour mesurer une épidémie. Il n'est pas parfait non plus. Car meurt-on *de* la covid ou *avec* la covid ? Cette question importante est soigneusement évitée par la quasi-totalité des prétendus « experts » intervenant dans les médias et des prétendus « journalistes » qui les interrogent. Pierre Chaillot entre en partie dans cette discussion qui met en question la façon de coder les causes de la mort dans les certificats de décès. Il rappelle aussi fort à propos que tout a été fait pour pousser les médecins à voir de la covid partout, notamment l'incitation financière. On a ainsi augmenté le prix des consultations si le médecin pouvait mettre l'étiquette covid, tout comme on a augmenté le remboursement des prises en charge hospitalières pour la même raison. Lorsque le gouvernement voudra pousser les médecins à vacciner à tour de bras, il fera de même en leur offrant plus de 900 euros par jour d'exercice dans les « vaccinodromes ». On peut ici parler de corruption par l'argent. Pierre Chaillot constate par ailleurs l'étrange disparition de la grippe saisonnière

en 2020. Mais il ne s'attarde pas beaucoup plus, choisissant d'aller directement à la conclusion qui s'impose : peu importe au final que l'on parvienne ou non à chiffrer précisément cette distinction (mort *de* ou *avec*), pour mesurer le poids démographique de l'épidémie il faut étudier les statistiques de mortalité *toutes causes confondues*. L'on verra bien ainsi, à la fin de l'année, combien de morts supplémentaires l'épidémie a causées par rapport aux années antérieures.

Dite ainsi, la chose a l'air aisée. Pour que l'analyse soit statistiquement recevable, il faut toutefois tenir compte de deux autres éléments fondamentaux. Le premier est que l'on ne peut comparer que des choses comparables, il faut donc tenir compte des effets de structure démographique (ici la structure par âges). La population française vieillit tendanciellement, parce que les générations issues du « baby-boom » d'après 1945 arrivent à la fin de leur vie. Dès lors il est normal (on dit en démographie qu'il est « attendu ») que la mortalité augmente en tendance. Le deuxième élément est constitué par ce que l'on appelle l'« effet de moisson » (*harvesting effect*). Selon les années, les épidémies virales hivernales sont plus ou moins virulentes et emportent avec elles un nombre plus ou moins élevé de nos anciens. La même chose peut également survenir en été avec les épisodes de canicule. Et ces variations ne sont pas mineures. Elles déterminent des hausses ou des baisses de plusieurs milliers voire, certaines années, plusieurs dizaines de milliers de morts. Dès lors, lorsqu'un événement mortifère saisonnier a brutalement emporté une partie des personnes les plus fragiles (les plus âgées, les plus déjà malades, les moins protégées), les années qui suivent connaissent

généralement au contraire un recul de la mortalité. En attendant le prochain événement mortifère. Beaucoup d'entre nous se souviennent ainsi de la canicule de 2003 ou encore de la grippe de 2015.

Au final, Pierre Chaillot démontre que l'année 2020 ne peut pas être sérieusement décrite comme le cataclysme et l'hécatombe que le gouvernement et les médias qui relayent sans distance critique sa communication n'ont cessé de présenter. Elle est plutôt à rapprocher de l'année 2015, c'est-à-dire d'une année de très forte grippe saisonnière. Et, encore une fois, elle ne l'aurait même pas été si le gouvernement n'avait pas empêché les médecins de soigner les malades. Notre statisticien montre également que la hausse de la mortalité en 2020 n'a par ailleurs été réellement « hors norme » que dans 7 des 35 pays du continent européen dont les données sont disponibles. Il donne enfin une analyse critique très importante de la notion d'espérance de vie et montre que, loin des titres sensationnalistes de la presse basée sur des présentations contestables de l'INSEE, il est faux de laisser croire que l'épidémie y a entraîné des changements majeurs. Il enfonce au contraire le clou en expliquant là encore que seules les générations du baby-boom ont été impactées, sans que cela change quoi que ce soit à l'espérance de vie des jeunes générations.

Les mécanismes de l'épidémie

Pierre Chaillot consacre une partie importante de son livre à la discussion des mécanismes de l'épidémie, et c'est ici que survient à un moment donné notre désaccord.

Il montre d'abord, rejoignant des critiques émises par d'autres chercheurs¹, combien les gouvernements ont été trompés par les fausses prédictions des « modélisateurs » comme Neil Ferguson au Royaume-Uni et ses émules français (comme Simon Cauchemez, membre de l'Institut Pasteur et du « Conseil scientifique Covid-19 »). On se demande du reste comment un modélisateur comme Ferguson peut être encore pris au sérieux tant ses « prédictions » se sont révélées ridiculement erronées depuis des années. Car c'est la même personne qui, avant d'annoncer en février 2020 que son pays (et le nôtre) connaîtrait cette année-là une hécatombe sans précédent (500 000 morts!), avait déjà énoncé des prophéties épidémiques ayant conduit à l'abattage de dizaines de millions d'animaux d'élevage en 2001 (épisode de la fièvre aphteuse), 2002 (crise dite de « la vache folle »), en 2005 (grippe aviaire), en 2009 (grippe porcine) et 2010 (grippe A, H1N1). La religion des grands apeurés des virus a donc depuis longtemps trouvé son prophète... Pierre Chaillot critique ainsi à juste titre, et de façon très forte, le modèle SIRD (Susceptibles-Infectés-Rétablis-Décédés) qui se cache derrière ces modélisations abstraites de « propagation exponentielle » des maladies. On est en revanche un peu déconcerté par l'explication qu'il propose en retour. Détaillons un peu ce point.

Pierre Chaillot démontre d'abord que l'augmentation de la mortalité provoquée par les épidémies saisonnières chez les personnes âgées (passé l'âge de 60 ans)

1. J. Rouchier, « Que restera-t-il de l'épidémiologie à la fin de la crise Covid-19? », in L. Mucchielli (dir.), *La Doxa du Covid*, tome 2 : *Enquête sur la gestion politico-sanitaire de la crise*, Bastia, éditions Éoliennes, 2022, p. 191-202.

est fondamentalement corrélée au climat et, plus précisément, à la température de l'air. Et il constate par ailleurs que l'augmentation de la mortalité provoquée par les épidémies hivernales apparaît simultanément dans des pays situés aux quatre coins du continent européen. Il en conclut logiquement que les modèles de propagation par contacts inter-individuels ne suffisent pas à rendre compte du développement des épidémies. Il y a bien un effet structurel de climat avant tout. Mais, *et c'est là que je cesse de le suivre*, il en déduit ensuite que le principe même de la propagation inter-individuelle des virus (par la respiration et/ou le manuportage) peut être abandonné au profit du seul effet structurel du climat. La propagation ne serait qu'un « épiphénomène » comparé à l'effet structurel du climat. Or, d'une part la propagation virale inter-individuelle me semble depuis très longtemps bien établie sur le double plan microbiologique et épidémiologique, d'autre part je ne vois pas pourquoi les deux explications seraient exclusives l'une de l'autre. Il est facile de trouver des exemples concrets, tels ceux des îles qui, bien qu'entrant dans la période hivernale effectivement propice au développement de certaines maladies virales, ne voient surgir une épidémie qu'à partir du moment où des personnes porteuses du virus concerné y débarquent. En Corse, les trois premiers cas officiels de malades de la Covid furent hospitalisés au tout début du mois de mars 2020, il s'agissait de trois retraités revenant du désormais célèbre rassemblement évangélique de Mulhouse (15-24 février)¹. En Polynésie française, à la fin du mois de juillet 2021 (ce

1. « Covid : six dates clés de la crise sanitaire en Corse », France 3 Corse, 30 septembre 2020.

qui correspond à l'été en Europe mais à l'hiver austral en Polynésie), c'est à la suite d'un voyage d'Emmanuel Macron et de sa suite parisienne (d'autres personnalités politiques, tous leurs collaborateurs ainsi que de nombreux journalistes) que l'épidémie a soudainement flambé même si, sans étonnement, la presse (subventionnée par l'État depuis de nombreuses années) s'est bien gardée de trop ébruiter l'affaire et ses potentielles conséquences mortifères pour les Polynésiens les plus fragiles¹.

Bref, nous savons depuis longtemps que, contrairement au mythe pasteurien entretenu par la médecine industrielle au service des industries pharmaceutiques, c'est bien *le terrain individuel* qui est l'essentiel, et non *l'agent infectieux* (microbe, bactérie, virus, etc.). Surtout du point de vue de la santé publique, c'est-à-dire pour évaluer la dangerosité sociale d'une épidémie et en préserver le plus possible les personnes fragiles. Et Pierre Chaillot montre que c'est la fragilisation de ce terrain individuel en hiver qui constitue le substrat sans lequel il n'y a pas de risque épidémique pour une population. Mais ce n'est nullement une raison suffisante pour en conclure que les agents infectieux ne se transmettent pas d'individu à individu et qu'il faudrait revenir, en quelque sorte, aux antiques théories de la génération spontanée.

1. À lire cependant : « Covid-19: le voyage d'Emmanuel Macron en Polynésie a-t-il pu aggraver la situation ? », *Yahoo! Actualités*, 12 août 2021 (le titre de l'article étant déjà un euphémisme comparé à son contenu bien plus probant).

Penser et mesurer les conséquences sanitaires d'une vaccination industrielle à but *très* lucratif

Pierre Chaillot fait évidemment partie des mécréants de la religion vaccinale telle que le gouvernement a cherché à l'imposer à l'ensemble de la population, pour le plus grand profit des industries pharmaceutiques et de leurs actionnaires. Il est donc l'un de ces chercheurs qui ont gardé les yeux ouverts quand d'autres ne pouvaient que psalmodier. Dès lors, il tente d'évaluer froidement l'impact de cette politique de vaccination généralisée sur la santé de la population. Aux apôtres de l'*Evidence Based Medicine* (EBM), il rappelle d'abord que les essais cliniques de Pfizer et Moderna n'ont pas été réalisés sur des échantillons représentatifs de la population et que, en sur-représentant les populations jeunes et en bonne santé, ils biaisent d'emblée toute tentative de mesure d'efficacité. Il souligne ensuite que, contrairement à la « règle d'or » théorique de l'EBM, ces essais n'ont pas été totalement réalisés en double aveugle, les volontaires recrutés pour l'essai pouvant savoir si on leur a administré le produit annoncé ou un placebo. Ils pouvaient également décider à tout moment de faire ou non un test-covid (alors que l'ensemble des tests auraient dû être faits simultanément dans les deux groupes à des dates définies par avance). Troisième constat scientifiquement dévastateur, il est déjà établi qu'au moins une des équipes de Pfizer a truqué l'essai en décourageant les vaccinés de faire des tests et de remonter les effets indésirables¹. On se demande enfin

1. P. Thacker, « Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity

si les « autorités sanitaires » françaises ont réellement lu ces essais cliniques puisqu'ils ne démontrent aucun gain de la vaccination au regard du risque de décès (« forme grave » s'il en est !). D'emblée, il apparaît ainsi que, une fois de plus, les industriels trichent avec les règles officielles, et que les agences sanitaires sont complices de ces tricheries, faillant ainsi à leur mission fondamentale de protection de la population. Pire encore, Pierre Chaillot indique que « le ministère de Santé et ses agences (au premier rang desquelles la DREES¹) se sont toujours refusés à regarder les décès ou les malades toutes causes confondues selon le statut vaccinal », non-publication qui « finit par ressembler à un aveu ». Encore une fois, quelle scandaleuse hypocrisie que celle consistant à ne publier que les chiffres qui vous arrangent et à se débrouiller pour en rendre d'autres « opaques », selon l'expression de la Cour des Comptes dans son rapport de juillet 2021².

Dans le même registre, Pierre Chaillot démonte les études d'auto-validation du groupement *Epi-Phare*, dépendant d'une Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) ayant montré une fois de plus durant cette crise son manque d'indépendance et d'intégrité³.

issues in Pfizer's vaccine trial », *British Medical Journal*, 2021, 375, n 2635. Anecdote hautement révélatrice, la page Facebook de cette grande revue médicale sera « étrangement » censurée par ce réseau social le jour où cet article était à la Une (R. Coombes, M. Davies, « Facebook versus the BMJ: when fact checking goes wrong », *British Medical Journal*, 2022; 376, o95).

1. La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux.

2. Cour des Comptes, *Les soins critiques*, Paris, juillet 2021, p. 58.

3. Rappelons que l'ANSM a été condamnée par la justice le 29 mars 2021 pour homicides et blessures involontaire par « négligence » dans l'affaire du Mediator, le tribunal jugeant que l'agence d'Etat avait « failli

À distance de toute cette pseudo-science empêtrée dans des liens et conflits d'intérêts structurels avec les industries pharmaceutiques, Pierre Chaillot fait ensuite preuve de la même froide lucidité pour examiner les données disponibles relatives à l'efficacité et à la sécurité des prétendus « vaccins anti-covid »¹. Et la réalité qu'il tente, avec d'autres, de chiffrer fait froid dans le dos. Après avoir rappelé la sous-déclaration structurelle des effets indésirables caractérisant la pharmacovigilance (en France comme dans la quasi-totalité des autres pays occidentaux), il donne les chiffres officiels qui, à eux seuls, auraient dû suffire à justifier un embargo immédiat².

Enfin, sur la base des données israéliennes, et en discutant aussi une partie de la bibliographie concernée, Pierre Chaillot met en évidence une augmentation particulièrement alarmante de la mortalité chez les jeunes adultes. En effet, si de fortes corrélations statistiques existent dans chaque tranche d'âge entre le nombre de vaccins distribués et les taux de mortalité, c'est chez les 20-49 ans qu'une potentielle mortalité post-vaccinale peut le plus sûrement être mise en évidence car elle ne sera pas « noyée dans la surmortalité hivernale ». Passant

dans son rôle de police sanitaire et de gendarme du médicament ». Que l'affaire remonte à plus d'une décennie ne change manifestement rien au problème.

1. On lira également ses pages politiquement hautement incorrectes consacrées à la campagne 2020-2021 de vaccination contre la grippe et à ses impacts apparents sur la mortalité. Sur ce sujet, on lira aussi M. de Lorgeril, *Les vaccins contre la grippe. Illusions et désinformatons*, Escalquens, éditions du Chariot d'Or, 2020.

2. Ainsi que nous l'avons demandé dès le mois d'août 2021 : H. Banoun et al., « La vaccination à l'épreuve des faits : une mortalité inédite », in L. Mucchielli (dir.), *La Doxa du Covid*, tome 2 : *Enquête sur la gestion politico-sanitaire de la crise*, op. cit., p. 357-372.

ensuite à l'examen des données européennes publiées sur Euromomo (*European mortality monitoring*), notre statisticien montre que, « depuis l'été 2021 le nombre de décès des 15-44 ans européens est sorti de la "moyenne normale" calculée par le site, avec un dépassement quasi-continu de la courbe de surmortalité ». Autant d'indices concordants qu'il se passe bel et bien quelque chose, l'arbre de la mortalité cachant par ailleurs la forêt des effets indésirables graves mais non mortels.

Notons enfin sa conclusion, que l'on ne peut que partager : « il est à peine croyable de voir toute l'énergie et le travail qu'il faut produire pour savoir si se faire vacciner contre la Covid est raisonnable, surtout lorsqu'on est jeune ou que nos proches le sont. Nous assistons à un retournement de la charge de la preuve sans précédent. Il est normalement du ressort des industriels de démontrer que leurs produits ont une balance bénéfice-risque favorable et non au public de devoir démontrer le contraire ». Les considérations qui suivent sur « la prise de pouvoir de la finance et du grand capital sur la science et la médecine » sont incontournables. Nous y parvenons tous par des chemins différents. Cette médecine industrielle à but très lucratif est en train d'achever sous nos yeux une OPA sur notre système de soins et, par conséquent, sur un aspect essentiel de nos vies.

La relève est assurée

L'histoire retiendra que, durant cette crise sanitaire 2020-2022, Pierre Chaillot aura été l'un des rares : *primo* à avoir rapidement pris conscience du fait que nous

étions gouvernés par un simulacre de science servant de caution à des politiques à la fois liberticides et mortifères, *secundo* à avoir réellement travaillé pour l'analyser et, *tertio*, à avoir œuvré autant qu'il est possible avec les moyens du bord (en ce qui le concerne, sa chaîne YouTube « Décoder l'Eco ») pour faire connaître le résultat de son travail. Il a de surcroît construit son travail de façon à la fois collective (six autres statisticiens, informaticiens et ingénieurs, cosignent certaines parties de son livre, d'autres encore y ont contribué) et totalement transparente (l'intégralité de ses bases de données et de ses modes de calculs sont disponibles en ligne). Enfin, en homme réellement courageux, il a osé contredire directement nombre de ses collègues statisticiens travaillant dans les agences d'État, à commencer par celle à laquelle il appartient, l'INSEE.

Après bientôt trois ans de « crise », on reste au demeurant effaré devant toutes les lâchetés et toutes les malhonnêtetés intellectuelles qui semblent parfois presque devenues routinières dans les « agences sanitaires » et les directions ministérielles chargées des études et des statistiques. Si l'on comprend évidemment l'impossibilité de contredire frontalement la hiérarchie et le souci de préserver son emploi et sa carrière, nombre de femmes et d'hommes étaient conscients des manipulations destinées à servir la propagande politico-industrielle et ils auraient pu aider beaucoup plus, en sous-main, ceux qui, comme nous, prenaient le risque de parler à visage découvert. Cette lâcheté nous fait mal, tout comme celle de la majorité de nos élus, de droite comme de gauche (et de l'écologie). Et que dire du véritable effondrement du métier de journaliste, ce dernier étant devenu un simple communicant, relayant sans vergogne la propagande des puissances

politiques et financières, traînant donc dans la boue les lanceurs d'alerte que nous fûmes. Tout ceci est écoeurant et la plupart d'entre nous balancent, selon les moments, entre colère, incrédulité et désespoir. Ces émotions, inévitables, humaines, le lecteur les ressentira probablement comme moi à la lecture du livre de Pierre Chaillot. Très perceptible est sa colère. Colère d'avoir été pris pour un imbécile, d'avoir été infantilisé et d'avoir été privé de ses plus élémentaires libertés tout en étant conscient que cela ne réduirait pas les risques que l'épidémie fasse davantage de victimes. Cette colère se signale parfois par le vocabulaire employé, mais elle se lit aussi sur le fond. Elle donne à ce livre un côté parfois trop radical dans ses déductions et conclusions. Les choses humaines sont complexes et la maîtrise des données statistiques, si forte soit-elle, ne règle pas toutes les questions ouvertes par cette crise et sa calamiteuse gestion politico-sanitaire. Il reste que Pierre Chaillot apporte ici une contribution très importante, je dirais même cruciale, à la survie de la pensée critique, pour ne pas dire de la pensée tout court. Dans un monde de plus en plus régi par l'usage propagandiste des chiffres utilisés comme arguments d'autorité, tandis que les statistiques servent de moins en moins à décrire objectivement le réel et de plus en plus à formater les corps et les esprits¹, ce livre témoigne du fait qu'il reste encore des esprits pleinement éveillés. Ayant près de 20 ans de plus que son auteur, je peux donc me permettre de le dire : la relève est assurée, et ça fait rudement plaisir !

1. Une vue d'ensemble de cette histoire dans O. Martin, *L'empire des chiffres. Une sociologie de la quantification*, Paris, Armand Colin, 2020. Une illustration de ce formatage contemporain dans D. Cardon, *À quoi rêvent les algorithmes? Nos vies à l'heure du big data*, Paris, Seuil, 2015.

Prologue : itinéraire d'un questionnement

Perplexité

Le sujet de la Covid-19 a commencé à accaparer toute l'attention médiatique autour du mois de février 2020. Ce nouvel intérêt médiatique a fait suite à la question de la réforme des retraites, voulue par Emmanuel Macron pour sonner le glas du modèle par répartition.

En février 2020, l'analyse de *Google Trends* m'a montré qu'un seul sujet intéressait les Français à l'époque : le nouveau coronavirus tueur en Chine. Au vu des chiffres présentés par les médias comme le début d'une catastrophe mondiale, il m'a paru essentiel de rappeler quelques ordres de grandeurs, visiblement mal maîtrisés par les journalistes, les politiques et les citoyens. Au bout d'un mois, les Chinois déclaraient 2 500 décès dus à ce coronavirus. Dans ce pays vieillissant d'1,5 milliard d'habitants¹, il décède plus de 800 000 personnes tous les mois, dont 80 000 du fait de problèmes respiratoires. Ce nombre de 2 500 morts, des personnes âgées essentiellement, était

1. https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9mographie_de_la_Chine

donc parfaitement insignifiant et ne pouvait être considéré comme source d'inquiétude pour quiconque avait une idée des ordres de grandeur en jeu.

Rappelons, en passant, que des centaines de services d'urgence étaient en grève en France à cette époque, dénonçant le manque de moyens pour faire face, entre autres, aux pathologies hivernales. En effet, tous les hivers, un afflux de personnes âgées souffrant de syndromes grippaux arrive à l'hôpital. Selon les années, entre 10 000 et 20 000 personnes âgées décèdent pour cause de grippe en France, sur environ deux mois d'hiver. D'après mes connaissances démographiques de l'époque, je considérais que la situation était tout sauf inquiétante et que les médias avaient trouvé une nouvelle catastrophe pour vendre leurs articles en excitant la curiosité des Français et en leur faisant peur. Mes connaissances, ou plutôt croyances, sur le sujet à l'époque étaient les suivantes :

- les épidémies hivernales sont dues à des virus qui font le tour de la planète, notamment les virus dits grippaux ;
- ces maladies se transmettent d'individu à individu ;
- ces maladies dégénèrent parfois en infections bactériennes pour lesquelles les antibiotiques ont un rôle salvateur ;
- ces maladies emportent les plus fragiles de la population, notamment les plus âgés, expliquant la hausse de la mortalité de ces derniers en hiver ;
- la vaccination joue un rôle majeur dans la prévention des maladies virales. C'est la raison pour laquelle tous les membres de ma famille et moi nous sommes fait administrer tous les vaccins disponibles jusqu'ici, même facultatifs.

Stupéfaction

Les semaines ont passé, la pression médiatique n'a pas faibli. Quelques péripéties gouvernementales comme la recherche des masques respiratoires perdus ou le départ d'une ministre de la Santé pour la campagne municipale parisienne, ont donné une idée assez précise aux Français du curseur placé par nos élites entre leur propre intérêt et celui des citoyens. L'état de choc en France est arrivé à l'annonce du confinement le 16 mars 2020. « Nous sommes en guerre ». La stupéfaction et la sidération ont été des armes redoutables pour annihiler toute contestation. À cette occasion, j'ai réalisé une vidéo¹ rappelant la similitude de ce que nous vivions avec les événements cités dans le célèbre livre de Naomi Klein, *La stratégie du choc*². Cette vidéo a été l'occasion de faire découvrir mes travaux à un plus grand nombre : elle a rapidement atteint 300 000 vues, soit 300 fois plus que mon objectif par vidéo à cette époque. Elle m'a également permis de découvrir deux grandes techniques de censure immédiate. La première en provenance de YouTube directement qui, au bout de quelques jours, a retiré ma vidéo des propositions faites auprès des internautes et qui l'a fait disparaître des résultats de recherche (technique du *shadow banning*³). La vidéo n'a jamais été supprimée de la plateforme étant donné qu'aucun de mes propos n'en viole les règles. C'est une censure invisible qui permet de faire taire un message. L'autre censure est venue des réponses

1. <https://www.youtube.com/watch?v=rhzqAnpb9cA>

2. <http://www.actes-sud.fr/catalogue/la-strategie-du-choc>

3. https://fr.wikipedia.org/wiki/Shadow_banning

d'autres médias. J'ai découvert l'existence de youtubeurs « bien-pensants » qui passent leur temps à faire la chasse aux propos qui ne sont pas dans leur moule ; leurs vidéos sont bien vues par la plate-forme. Le « succès » de ma vidéo a fait de moi une cible sur laquelle il fallait rapidement inscrire un nom au fer rouge : « complotiste ».

Doute

Durant ce confinement, les Français ont été soumis à une saga de la peur, avec l'annonce chaque soir du nombre de morts attribués au coronavirus. De la même manière qu'en Chine, les chiffres annoncés n'avaient rien à voir avec l'ordre de grandeur habituel des décès. Il meurt chaque jour en France entre 1 500 et 2 500 personnes selon la saison. Habituellement chaque hiver, une bonne partie des 1 000 décès supplémentaires quotidiens est attribuée à la grippe. Annoncer 300 décès de la Covid-19 dans la journée donne juste une impression de mise en scène d'un événement habituel. Toutefois, lorsque les statistiques de décès toutes causes ont été diffusées avec quelques semaines de retard, j'ai pu découvrir que le nombre de décès toutes causes confondues était bien en hausse. Avec un record de l'ordre de 3 000 en 24 heures, le nombre de décès journaliers formait une vague montant à des niveaux observés habituellement au cœur de l'hiver alors que nous étions fin mars. L'état de mes connaissances me faisait conclure que nous avions vécu une « méchante grippe tardive ». Elle s'est arrêtée avec l'arrivée des beaux jours en avril 2020, ce qui était rassurant car les épisodes de mortalité hivernaux s'arrêtent toujours aux beaux jours.

Il me semblait exagéré d'attribuer les mérites de la baisse de la mortalité à un confinement qui précédait de peu les beaux jours, pendant lesquels on a toujours observé des mortalités basses. Au plus, on ne pourrait attribuer à cette mesure qu'une hausse moins forte, si la distanciation avait bien limité le phénomène de propagation, et sans générer de problèmes significatifs d'organisation et de suivi dans le parcours de soin, ce qui était loin d'être évident.

À cette époque, sont arrivées également toutes les politiques de soutien économique ou de relance à destination des entreprises. Les Français ont pu estimer d'une part qu'il était rassurant que l'État se préoccupe d'éviter un effondrement économique immédiat et total, mais d'autre part, qu'il était très curieux que tout l'argent jusqu'alors impossible à trouver pour revaloriser les retraites des plus démunis, trouver un logement ou à manger pour nos concitoyens miséreux (notamment ceux qui ont un emploi et/ou des enfants), diminuer le nombre d'enfants dans les classes, rénover les logements insalubres, augmenter la capacité des hôpitaux, etc. pouvait tout d'un coup tomber du ciel. Il suffisait simplement de le décider pour voir apparaître « l'argent magique ». L'acceptation et la soumission à la mise en place de mesures de privations de liberté aussi extrêmes sous prétexte sanitaire ont été obtenues par le soudoiment d'une grande partie des Français. Il y a fort à parier que peu ont compris à l'époque qu'il s'est toujours agi de « cadeaux » à crédit, et qu'on leur demanderait de les rembourser par la suite.

Colère

La fin du printemps m'a permis de découvrir un nouveau pan des études scientifiques : le mensonge éhonté. Le 22 mai 2020, *The Lancet* a publié un article à charge contre l'utilisation de l'hydroxychloroquine¹ en concluant à une toxicité folle de ce produit. Cette étude a d'ailleurs permis d'interdire ce médicament pour l'indication du Covid-19. Même pour un néophyte, il était impossible de croire une seconde au sérieux de l'étude, ce résultat étant impossible du fait du recul qu'on a sur l'usage de ce médicament (l'un des plus administrés au monde), compte tenu de la prétendue surmortalité qu'il tentait de prouver chez les patients. J'ai réalisé en quelques jours une analyse² pour montrer que la méthode d'appariement utilisée pouvait facilement être détournée pour obtenir les résultats souhaités, tout en gardant une apparence de « sérieux ». En quelques jours, de nombreux scientifiques se sont levés contre cette étude et il s'est avéré que même les données avaient été forgées de toutes pièces. J'ai découvert à ce moment-là que de nombreux chercheurs sont parfaitement au courant de ce type de pratiques. Lorsqu'un laboratoire quelconque souhaite vendre un produit, il utilise des scientifiques (chercheurs, statisticiens, appelés *ghost writers*) qu'il rémunère, leur fait écrire une étude dans les standards des grandes revues, il envoie ensuite cette étude à des scientifiques connus, pour qu'ils apposent leur signature et apportent leur caution au

1. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31180-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31180-6/fulltext)

2. <https://www.youtube.com/watch?v=eCusdTMw6xM>

papier, en échange de nombreux avantages (rémunération, financement de projets...). À ce sujet, certains « scientifiques » sillonnant les plateaux de télévision et ayant reçu de lourdes rémunérations de la part de l'industrie pharmaceutique mériteraient d'être interrogés sur le contenu de l'ensemble des études qu'ils ont signées.

Je n'ai jamais appris dans toute ma scolarité à me méfier des études publiées « revues par les pairs ». Découvrir à la fois que la triche est possible, mais qu'en plus, tout le monde est au courant de ces pratiques (le fait qu'il est impossible de distinguer une avancée scientifique d'une œuvre de propagande semble être un secret de polichinelle) est simplement révoltant. En outre, la découverte de l'arnaque de ce papier du *Lancet* ne semble pas avoir déclenché un questionnement majeur sur les pratiques de publication. Enfin, j'ai découvert que les erreurs de méthodologie statistique, volontaires ou non, semblent être désormais une norme acceptable pour traiter le sujet de la Covid-19 (à condition de défendre le point de vue officiel).

Incompréhension

Malgré le retour à une mortalité normale en France à partir du 1^{er} mai 2020, médias et gouvernement semblaient s'être mis d'accord pour continuer à entretenir le sujet. Pendant l'été, chaque semaine, j'ai téléchargé les statistiques des décès de l'Insee, pour découvrir une mortalité toujours plus basse. À tel point que la hausse de mortalité de mars-avril était en train d'être compensée par la faible mortalité de l'été. Au bilan, tout se passait comme si les

décès de mars-avril 2020 concernaient des personnes qui seraient décédées habituellement dans les semaines suivantes. Seule la petite canicule de fin août 2020¹ a engendré une légère remontée des décès permettant que la mortalité de 2020 reste au-dessus de 2019. Ces résultats n'empêchaient pas les « spécialistes » de se prononcer chaque jour sur la prochaine flambée épidémique dès que les Français seraient de nouveau libres. Cette flambée n'est apparue ni à la fin du confinement, ni pendant le brassage estival, ni même à la rentrée scolaire. Chacun s'attendait bien à ce que l'hiver annonce le retour des maladies hivernales, mais je ne voyais aucune raison de continuer à suivre l'épidémie de coronavirus terminée en mars 2020.

Lassitude

Au mois d'octobre 2020, politiques et médias ont à nouveau annoncé une hausse de décès liés à la Covid-19. Il est classique de voir la mortalité augmenter à cette période, mais la hausse semblait cette fois-ci plus brutale et ne touchait pas les mêmes territoires que la vague de mars-avril 2020. Dans ce contexte, un deuxième confinement, cette fois tardif, a été prononcé. Il ne s'agissait pas d'un choc, puisque la menace avait été clairement annoncée. Autant la décision du premier confinement ne peut pas avoir de rapport avec un constat de hausse de la mortalité (il a été décidé trop tôt pour cela), autant celui-ci a été décidé au moins en partie pour cette raison. Cela implique notamment que ceux qui acceptent l'idée

1. <https://www.youtube.com/watch?v=CwkXvq6vEaw>

que le premier confinement a permis d'arrêter la courbe épidémique au bout de 15 jours doivent rejeter cette hypothèse pour le 2^e confinement car la mortalité est déjà à son pic au moment de la décision. À cette période, la question se pose de savoir si des restrictions drastiques vont désormais être décidées chaque hiver au moment des hausses de mortalité, à partir du moment où des coronavirus seront détectés parmi les malades. Ce type de réponse semble se systématiser, mais également se répandre dans d'autres pays qui ne l'avaient pas mis en place en mars-avril.

Espoir

Avec la fin de 2020, arrivent les dernières données de mortalité permettant de réaliser un premier bilan de cette année. J'applique alors les méthodes qui m'ont été enseignées pour réaliser des analyses statistiques. J'ai déjà téléchargé et analysé ces données au fur et à mesure, mais cette fois, je reprends tout calmement, découpe l'analyse par tranche d'âge et compare les chiffres sur plusieurs années au lieu de seulement l'année 2019. J'explique alors que seuls les plus âgés ont connu des hausses de mortalité¹, mais surtout, que ces hausses de mortalité sont pour beaucoup dues au vieillissement de la population et des célèbres *baby-boomers*, dont j'apprenais il y a quinze ans sur les bancs de l'école l'impact primordial sur notre démographie. À partir de ces résultats, vient naturellement l'idée de standardiser les données pour comparer

1. https://www.youtube.com/watch?v=7JtbzugU9_c

des populations comparables (explications au chapitre 1). C'est à partir de cette technique que je découvre que la période de mars-avril 2020 est, à population égale, bien moins mortelle que la période hivernale 2017-2018 dont le pic de mortalité est attribué à la grippe¹. En faisant le calcul sur toute l'année et en comparant au passé, l'année 2020 est finalement une année tout aussi mortelle que 2015. Les deux épisodes de mortalité liés à la Covid-19 auront finalement fait autant de dégâts que l'hiver 2015 et sa grippe A qui avaient saturé les hôpitaux à l'époque, obligeant le ministre de la Santé à leur rendre visite pour s'expliquer devant les caméras. À ce moment, je suis contacté par Laurent Mucchielli, qui me propose d'écrire un article scientifique avec Laurent Toubiana et Jacques Bouaud sur la mortalité de l'année 2020. Je découvre avec surprise que des chercheurs reconnus regardent mes travaux, mais surtout que je ne suis pas tout seul à faire des analyses, malgré le son de cloche unique entendu dans les médias à ce moment. Je suis assez pressé et content de sortir l'ensemble de mes analyses sur la mortalité, car je suis convaincu que les instituts français Insee, Ined, Inserm, ne vont pas tarder à sortir les leurs qui dévoileront nécessairement les mêmes conclusions, tout le monde ayant accès aux mêmes chiffres. Le fait que 2020 ait finalement été une année de faible mortalité au regard des dix dernières années devrait alors mettre un terme à toute la panique entourant la Covid-19.

1. <https://www.youtube.com/watch?v=8pA9pfFUSik>

Désillusion

Le début de l'année 2021 est marqué par un certain nombre de déceptions. L'Insee diffuse en janvier le bilan démographique¹ de l'année 2020. Cette analyse dont j'attendais qu'elle permette de prendre du recul sur cette année 2020 prend le contre-pied des standards de l'institut. Au lieu d'avoir un regard sur les dernières années, seule l'année 2019 est prise pour référence. Comparer 2020 avec l'année la moins mortelle de toute l'histoire de France n'éclaire pas le lecteur, mais l'oriente. Aucune comparaison par tranche d'âge n'est proposée. La seule standardisation proposée est l'espérance de vie, indicateur dont on apprend les problèmes, d'interprétation notamment, au premier cours de démographie... Son nom volontairement « sexy » fait croire ce qu'il ne dit pas. L'espérance de vie de 2020 ne prédit pas l'avenir. C'est juste un nom qui sonne mieux que « moyenne standardisée de l'âge des décès de 2020 ». On s'étonne d'ailleurs du sens de l'article, qui commence par s'émouvoir de la hausse des décès, pour ensuite parler du vieillissement de la population, sans jamais se demander s'il n'y a pas un rapport entre les deux. Enfin, cet article impose une causalité entre la « pandémie » et la « perte de l'espérance de vie ». Pourtant, l'Insee ne détient aucune statistique permettant de savoir de quoi sont décédés les Français. Il est impossible à l'institut de se prononcer, à partir des statistiques de décès, sur une quelconque causalité. Le faire pose un problème déontologique. Cette causalité sera répétée de

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724>

nombreuses fois, mettant à mal la neutralité de l'Insee, qui doit demeurer au-dessus de la mêlée pour rester d'une crédibilité absolue. Cette prise de parti donne malheureusement une couleur politique à ces analyses. Au mois de mars, l'Ined fera le même choix¹ en attribuant les décès supplémentaires de 2020 à la seule Covid-19. Cet article apporte pourtant plus de nuances, par l'analyse de l'impact démographique, mais fait bien le même choix éditorial. Ces deux articles seront donc abondamment repris par la presse pour accentuer et entretenir la peur. En parallèle, mon analyse des décès standardisés pour comparer les décès de la grippe 2017 à la Covid-19 de mars 2020 fait l'objet d'un pamphlet de la part des décodeurs du journal *Le Monde*², auquel je réponds³. Je découvre que YouTube n'est pas le seul à censurer. Les médias classiques prennent également les devants pour décrédibiliser toute tentative de propos dissidents. L'article scientifique de Toubiana *et al.* auquel j'ai participé est alors censuré par les hébergeurs, rendant impossible sa relecture par les pairs. Les noms des auteurs sont salis⁴ de façon à les décrédibiliser définitivement. Il devient alors évident que la version racontée depuis un an sera défendue bec et ongles et que rien ne devra filtrer qui n'aille dans le sens voulu. Par conformisme, facilité, intérêt, manque de recul peut-être, mais

1. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/31218/587.populations.societes.mars.2021.deces.supplementaires.covid.19.1.fr.pdf

2. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2021/01/22/les-mauvais-calculs-d-une-video-qui-pretend-que-le-covid-19-serait-moins-mortel-que-la-grippe-en-2017_6067272_4355770.html

3. https://youtu.be/E8IWRZ-_nDU

4. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2021/04/01/que-vaut-l-etude-de-toubiana-et-mucchielli-sur-la-tres-faible-sur-mortalite-due-au-covid_6075279_4355770.html

surtout pour notre malheur, les instituts semblent avoir décidé de jouer ce jeu.

Nouveau départ

Malgré ces échecs, malgré la découverte de l'existence de « camps » au sein des instituts et parmi les chercheurs, malgré la force avec laquelle une « version unique seule défendable » de la pandémie de Covid-19 nous est imposée, je continue mes recherches pour comprendre et expliquer ce qui s'est passé en 2020. J'ai beaucoup appris en un an sur la démographie du pays et sur la mortalité en général, mais j'ai toujours le même niveau de connaissances sur les maladies et les virus. J'essaye alors de représenter les différentes vagues de l'épidémie de Covid-19. Je souhaite mesurer la propagation des épidémies et leur intensité. Pour cela, la seule donnée sans biais de déclaration à ma disposition est l'évolution des décès toutes causes confondues. L'évolution des décès est la seule donnée objective pouvant attester la gravité d'un événement et éventuellement justifier des mesures. Le nombre de « malades » sans critère de gravité ne devrait pas permettre une bascule liberticide sous couvert de « protection sanitaire ». Je souhaite donc à ce moment retrouver les discours entendus sur la première vague arrivée par l'est et la seconde par le sud, je compare ces « propagations » à celle des épidémies de grippe de 2015 et de 2017. Je finis par trouver un indicateur qui semble coller au présupposé que ces maladies sont liées à des « vagues de propagations ». Je réalise alors à ce propos une vidéo montrant comment les épidémies sont arrivées et les morts qu'elles

ont pu provoquer. Je fais alors deux rencontres. D'abord, Denis Rancourt, chercheur canadien, m'explique que je me trompe et qu'aucune mortalité hivernale ne s'est jamais propagée : tous les pays de l'hémisphère nord ont des pics de mortalité simultanés. Il n'y a pas de « propagation » épidémique expliquant la mortalité, il y a une apparition, partout en même temps, de malades, suivie d'une hausse des décès. J'ai cherché à vérifier ce point en téléchargeant les données de mortalité de tous les pays que je pouvais, car l'affirmation de ce chercheur canadien détruisait ma compréhension des épidémies. La seconde rencontre est celle d'Eusèbe Rioché, qui a réalisé une analyse complète du recours à l'hôpital et de l'utilisation des médicaments pendant la première vague¹ de la Covid-19. Mon premier réflexe a été de rejeter ce texte, ses conclusions étant trop en désaccord avec ma compréhension du sujet. Sur l'insistance de plusieurs contacts, j'ai fini par étudier sa méthodologie et, devant sa pertinence, j'ai retéléchargé toutes les données disponibles pour tout vérifier de mon côté. Ces deux rencontres m'ont amené à une remise en question totale de mes connaissances : que sais-je et que crois-je ? Finalement, la seule démarche qui me paraissait saine a alors été de repartir de zéro. Abandonner mes présupposés que je croyais « scientifiques » concernant les maladies et leur propagation, repartir de la donnée et trouver des résultats. C'est ce qui est proposé ici.

Toutes les sources permettant la réalisation de ce document sont publiques et explicitées en bas de pages. L'ensemble des programmes réalisant les calculs et

1. <http://www.deboutlafrance.fr/2021/02/covid-19-du-mythe-aux-statistiques/>

graphiques sont téléchargeables et exécutables dans le *repository Github* de la chaîne Décoder l'éco¹. Aussi, dans une démarche de transparence et de science ouverte, j'inviterai les gens pouvant être en désaccord à aller identifier les éventuelles erreurs dans le code, dans une démarche constructive, plutôt que de se contenter de disqualifier le fond en qualifiant son auteur de « complotiste ».

Tous les graphiques sont disponibles en couleur et consultables sur le site dédié à la crise Covid-19 de l'Irsan². Ce site référence toutes les statistiques épidémiques officielles permettant d'objectiver les événements. Des enquêtes y sont également en ligne pour étudier les impacts des confinements sur les organismes. Vous êtes chaleureusement invité à y participer si ce n'est pas encore fait. Pour se rendre sur la page contenant les graphiques en couleur depuis un téléphone, il suffit de scanner le QR-code ci-dessous.



1. https://github.com/decoderleco/deces_europe

2. <https://covid.irsan.eu/>

Cela fait deux ans que nous vivons au rythme de nouvelles mesures dites sanitaires. Nous avons déjà beaucoup discuté de ces mesures sur ma chaîne¹ et de leurs impacts sur la mortalité. Le gouvernement soutient que nous vivons une catastrophe planétaire avec une épidémie mortelle qui ferait beaucoup plus de morts si les mesures n'étaient pas appliquées. Nous allons revenir sur les différents événements survenus depuis deux ans, en étudiant les différents épisodes de mortalité appelés « vagues » par le gouvernement et la presse. Nous mettrons en face de ces événements l'hypothèse gouvernementale (la mortalité observée est entièrement due à la Covid-19 et limitée grâce aux mesures), et nous la confronterons à l'hypothèse opposée (la mortalité observée ne peut pas être imputable à la Covid-19 seule et les mesures ont un impact négatif sur la mortalité). Nous ferons le bilan des indices statistiques à notre disposition et nous proposerons des pistes d'études qui pourraient nous permettre de trancher.

1. <https://www.youtube.com/decoderleco>

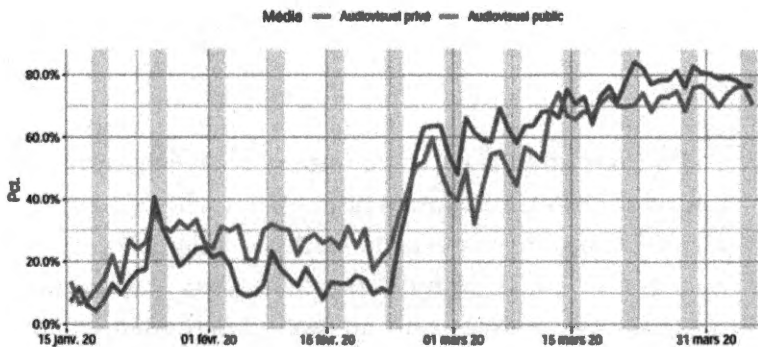
1. Y a-t-il eu une hécatombe quelque part ?



a. S'affranchir de la propagande

Le premier « cas » français est officiellement diagnostiqué le 24 janvier 2020¹. Le coronavirus occupe alors la quasi-totalité de l'espace médiatique. Cette domination totale a été étudiée par l'Ina². Le sujet a accaparé jusqu'à 80 % du temps audiovisuel, des médias d'information continue ou des dépêches de l'AFP (Figure 1).

Figure 1 – Part consacrée à l'épidémie de coronavirus par l'audiovisuel français

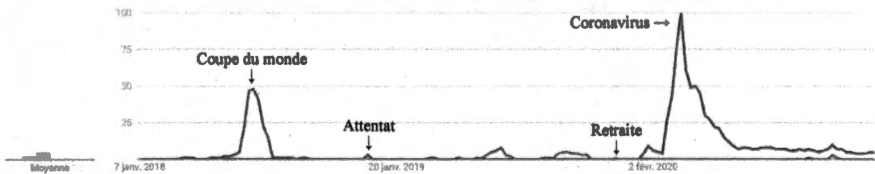


1. https://fr.wikipedia.org/wiki/Pand%C3%A9mie_de_Covid-19_en_France#Premi%C3%A8re_vague

2. http://www.herve.name/research/ina_nherve_mediatiation_coronavirus_v1_2.pdf

Cet accaparement de l'espace médiatique répond toutefois à une réelle demande d'information des Français comme en témoignent les statistiques de recherche internet par thème sur *Google Trends*¹ (Figure 2). La peur est au cœur du système médiatique par sa capacité à intéresser les humains. Si elle peut être utile, elle est surtout beaucoup utilisée pour « vendre » de l'information. Les accidents, attentats, catastrophes, dangers futurs suscitent l'intérêt et forment le noyau dur de l'information. La peur est également un levier politique puissant, permettant de justifier des mesures d'exception comme le montrent par exemple les nombreuses annonces et mesures « exceptionnelles » qui suivent les attentats. La peur est un formidable signal d'alarme, mais une terrible conseillère.

Figure 2 – Part des recherches internet sur Google par thème de novembre 2016 à janvier 2022



En mars 2020, il est donc impossible d'échapper aux informations sur l'évolution de la situation liée au coronavirus. De nombreux esprits sont par ailleurs préparés au scénario qui se déroule sous leurs yeux : les romans, films, séries télévisées, plus ou moins ancrés dans le réel, traitant d'un virus mortel qui se répand par contamination

1. <https://trends.google.fr/trends/explore?date=today%205-y&geo=FR&q=coronavirus,retraite,coupe%20du%20monde,attentat>

ont participé à cette « culture » d'une propagation virale mondiale (*Je suis une Légende*, *The Walking Dead*, *28 jours plus tard*, *le Fléau*, *Pandémie...*). Le jeu de société à succès *Pandémie* apprend aux joueurs la mécanique de la contagion qui doit être contenue, il enseigne également que la seule façon de gagner contre les virus est la découverte de remèdes spécifiques. Le jeu en ligne *Plague Inc* propose la thématique inverse : il apprend aux joueurs à manier les « gains de fonctions » des virus pour infecter et éliminer l'ensemble des humains. Les jeux sont de réels outils pédagogiques, ils permettent d'enseigner des concepts et des stratégies. Le jeu *Monopoly* a été créé dans le but de faire comprendre la prédominance du capital dans la quête de richesse, loin devant le labeur. Les jeux basés sur le principe de contamination ont ancré ce concept dans l'esprit des jeunes générations.

En mars 2020, les Français, comme les autres, sont bombardés d'informations sur l'épidémie en cours et anticipent la suite de l'histoire en fonction de leur culture sur ce sujet. Les annonces de la croissance du nombre de contaminés et de morts, de la saturation hospitalière sont anxiogènes mais, d'une certaine façon, attendues par ceux préparés à ce scénario. Pour certains, c'est une mauvaise surprise, pour d'autres, c'est la réalisation d'une catastrophe prévisible. Pour la télévision et les journaux, c'est le retour à une audience que l'on croyait définitivement perdue. Pour beaucoup, c'est le début d'un abandon sans limite de liberté pour se réfugier dans les bras protecteurs des dirigeants.

Les médias annoncent l'arrivée de l'épidémie par le Haut-Rhin à cause d'un rassemblement évangéliste de plusieurs milliers de personnes. Le scénario prend place

avec quelques malades préalables qui auraient contaminé des milliers de personnes. Ce département est le premier à mettre en place des mesures de restriction de rassemblement. D'autres « cas » sont découverts par la suite en France. Durant cette période, la tension monte dans la société et les entreprises. Les syndicats réclament des mesures sanitaires de protection pour les travailleurs. Délaissés par les travailleurs, ceux-ci retrouvent un élan, se posant en rempart protecteur des salariés. À cette époque, du côté du patronat ou juste de la hiérarchie (dans le public comme dans le privé), on sent plutôt l'agacement et l'incrédulité. Le 8 mars, la barre des 1 000 « cas confirmés » est franchie. Le 11 mars, l'OMS déclare l'état de pandémie. Le 12 mars, les crèches, écoles, collèges et universités sont fermés. Le 14 mars, tous les lieux publics « non indispensables » le sont également. Le 16 mars, Emmanuel Macron prononce sa fameuse allocution dans laquelle il répète plusieurs fois « nous sommes en guerre », il annonce le confinement pour le lendemain. Il s'agit pour le pouvoir de stopper la « trajectoire exponentielle » de l'épidémie¹.

Chaque soir, le Directeur Général de la Santé, Jérôme Salomon, annonce en direct à la télévision le nombre de décès liés au coronavirus. Celui-ci augmente tous les jours jusqu'au mois d'avril. Les soignants réclament des moyens matériels et humains. Les médias expliquent que les masques manquent, les respirateurs et les places à l'hôpital aussi. La situation présentée est celle d'une catastrophe touchant un pays mal préparé, mais ayant des

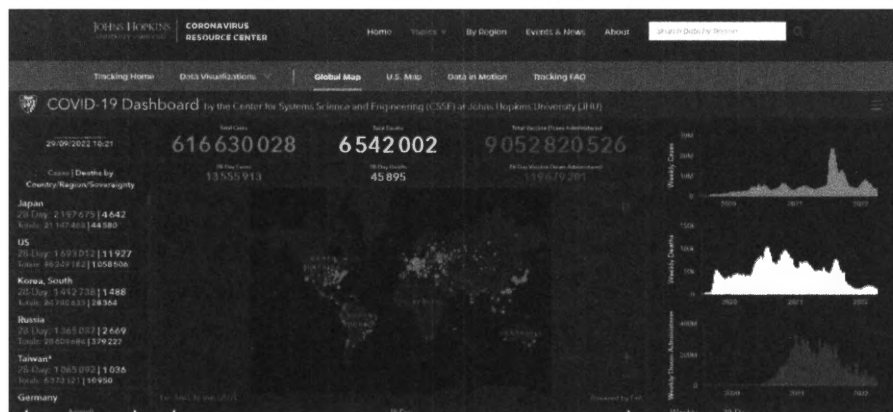
1. <https://www.lefigaro.fr/sciences/coronavirus-la-trajectoire-exponentielle-de-l-epidemie-ne-montre-aucun-signe-de-ralentissement-20200315> / <https://www.pourlascience.fr/theme/covid-19/coronavirus-l-equation-de-l-epidemie-18966.php>

soignants courageux qui ne comptent pas leurs heures. Ils sont applaudis tous les soirs.

Le nombre de décès annoncés commence à diminuer à partir du 6 avril 2020. Le gouvernement et les médias laissent entendre que la vague est passée grâce à toutes les mesures mises en place. Quelle que soit la situation, le décideur défend toujours le bilan de son action.

L'engouement pour cette « crise sanitaire » n'a pas été le seul fait des médias et des politiques. Les instituts de recherche et fournisseurs de données se sont très vite engouffrés dans cette opportunité de visibilité. Le tableau de bord de l'institut John Hopkins¹ (Figure 3) est un modèle du genre. Il reprend les couleurs anxiogènes et les éléments visuels des films ou jeux vidéo cités plus haut.

Figure 3 – Tableau de bord de l'institut John Hopkins



Les sites *OurWorldInData*² ou *CovidTracker*³ sont également de belles illustrations de cette nouvelle

1. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

2. <https://ourworldindata.org/coronavirus>

3. <https://covidtracker.fr/>

appétence pour la donnée chiffrée. Le dernier site réalisé par le Français Guillaume Rozier¹ et spécialisé sur les données françaises a très vite intéressé le gouvernement, celui-ci lui a offert un accès privilégié aux données et une grande visibilité. Le jeune créateur de 25 ans a même été fait Chevalier de l'ordre national du Mérite, sans même avoir besoin d'en satisfaire les conditions nécessaires (*avoir des mérites distingués dans l'exercice, pendant au moins 10 ans, d'une fonction publique, civile ou militaire ou d'une activité privée*).

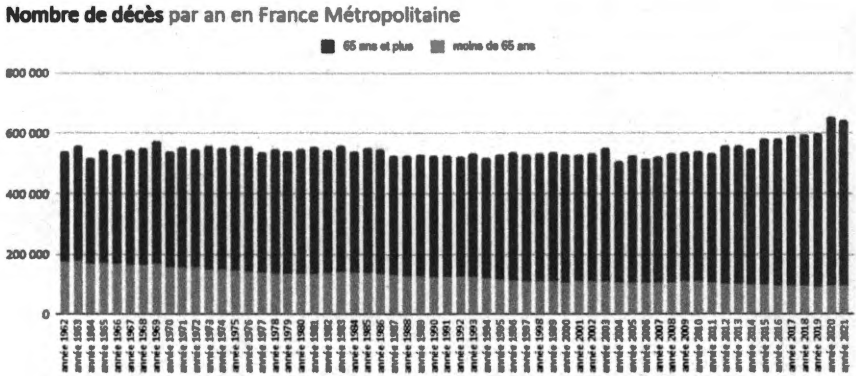
Pour avoir une vue objective de la situation, il est nécessaire de prendre l'exact contre-pied de ce qui a été servi sur un plateau par tous ces médias pendant deux ans. Il faut partir des données officielles, publiques, et utiliser les méthodes d'analyse habituelles pour comprendre ce qui s'est réellement passé. La première vérification à faire est celle qui est à l'origine de la panique : l'hécatombe annoncée a-t-elle réellement eu lieu quelque part ?

b. Reprendre les données de mortalité française dans le bon sens

Le premier constat à rappeler sur la mortalité est qu'il n'y a aucune trace de la moindre hausse avant 65 ans (Figure 4). Quelle que soit la manière de considérer la crise vécue par les Français, 80 % de la population n'a pas été concernée par un phénomène suffisamment grave pour laisser la moindre trace dans les statistiques de mortalité. Seul le nombre de décès des plus de 65 ans a augmenté, ce qui doit nous faire prendre collectivement conscience

1. https://fr.wikipedia.org/wiki/Guillaume_Rozier

Figure 4 – Décès annuels en France



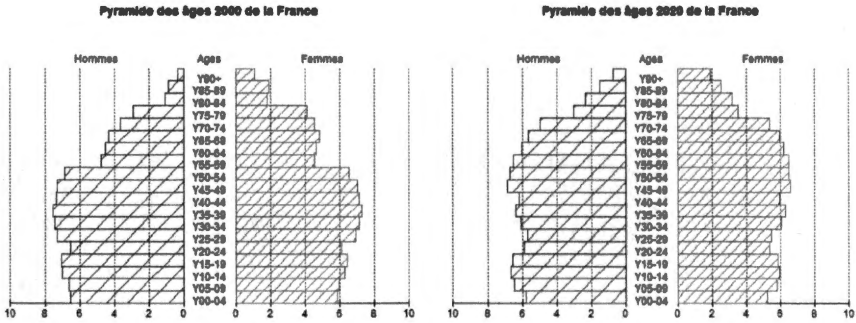
Source : Insee

d'un phénomène majeur : la France vieillit. Par conséquent, le nombre de morts chaque année augmente naturellement depuis 2010. Cette hausse du nombre de décès n'est pas le signe que la santé des Français se dégrade, mais uniquement le résultat de l'augmentation du nombre de personnes âgées. Rappelons-le, à force de vieillir, tous les humains finissent par mourir.

Le vieillissement français s'illustre par l'évolution de la pyramide des âges de la France entre 2000 et 2020, réalisée avec les données disponibles sur Eurostat (Figure 5). En 20 ans, la génération des *baby-boomers* est, logiquement, passée de la tranche des moins de 55 ans à celle des plus de 65 ans. Dès lors, il est tout à fait normal que le nombre de décès en France augmente chaque année, et cela va continuer pendant encore au moins 20 ans, jusqu'à ce que la majeure partie de cette génération soit décédée.

Ainsi, il ne faut jamais commenter les évolutions du nombre brut de décès, mais toujours rapporter ce nombre à la taille de la population et à l'âge des personnes.

Figure 5 – Pyramide des âges de la France en 2000 et 2020



L'arrivée d'une maladie peut être un élément d'analyse dans un deuxième temps, pour expliquer des phénomènes inhabituels. En effet, s'il y a plus de décès en France qu'au Luxembourg, c'est parce que les Français sont 100 fois plus nombreux que les Luxembourgeois. S'il y a plus de décès dans un Ehpad de 200 personnes que dans une école maternelle de 200 enfants, ce n'est pas parce que l'Ehpad est plus dangereux que l'école maternelle, mais uniquement parce que ses résidents sont beaucoup plus vieux que les élèves d'une école maternelle. Ainsi, comparer des nombres de décès entre deux populations ne peut pas se faire sur la base des seuls chiffres bruts, mais toujours en les corrigeant par la taille de la population et l'âge des personnes concernées. Cela s'appelle « standardiser les décès » pour pouvoir comparer les chiffres sur la base de populations identiques en taille et en structure par âge. Cette technique pour comparer les nombres de décès est le calcul reconnu par Eurostat¹ et par l'OMS². L'office

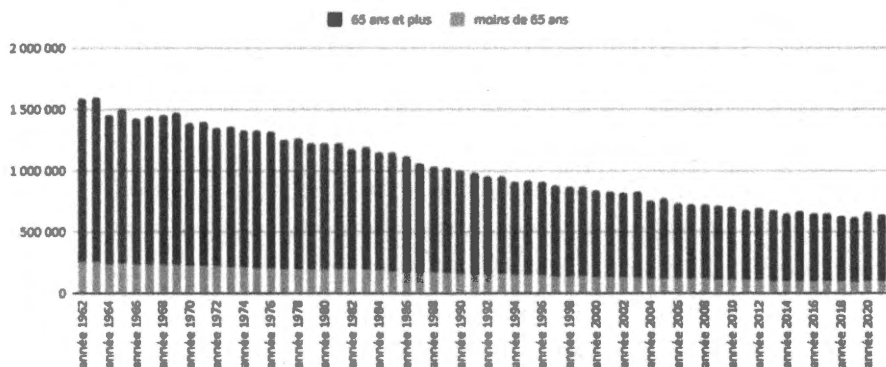
1. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f>

2. <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/78>

statistique écossais en a détaillé les intérêts¹ et compare les résultats des mortalités au regard des standardisations de 1976 et de 2013.

Pour comparer le nombre de décès en France de ces dernières années avec ceux de l'année 2020, nous avons standardisé les décès, en appliquant la population par âge de 2020 à toutes les années du passé. Il en ressort que l'année 2020 n'est pas du tout une année de record de mortalité (Figure 6).

Figure 6 – Décès standardisés en France selon l'année 2020



Source: Insee

La mortalité de l'année 2020 est au niveau de celle de l'année 2015. 2020 est la septième année la moins mortelle de toute l'histoire de la France. La mortalité de 2021 est au niveau de celle de 2018, soit la troisième année la moins mortelle de toute l'histoire de la France.

1. <https://www.nrscotland.gov.uk/files/statistics/age-standardised-death-rates-esp/age-standard-death-rates-background.pdf>

c. En Europe, rien à signaler non plus

La situation décrite pour la France est la même dans les autres pays européens considérés¹. La plupart d'entre eux ont battu leur record en nombre brut de décès en 2020 ou 2021. On repère facilement ceux dont la participation à la Seconde Guerre mondiale a été sensiblement différente de celle des autres (notamment le faible nombre de décès en 2020 de la Suède ou de la Norvège). Cela illustre la puissance d'un événement comme une guerre sur la démographie, sa trace demeure indélébile pendant un siècle. Pour mémoire, nous sommes en train de chercher un indice de surmortalité en 2020, ce qui fait perdre un peu de saveur au fameux « nous sommes en guerre ».

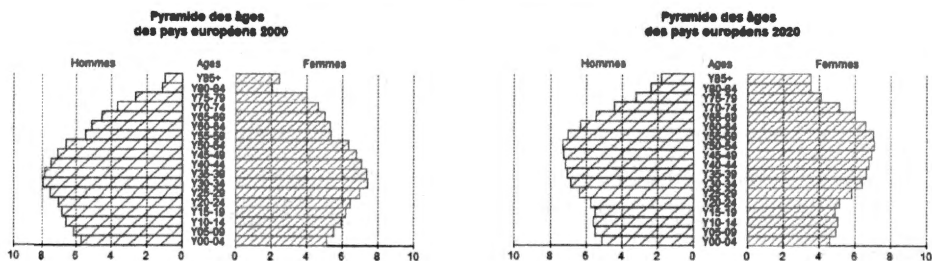
Quoi qu'il en soit, comme la France, l'Europe vieillit, elle porte de mieux en mieux son nom de « vieux continent » comme en témoigne l'évolution de sa pyramide des âges (Figure 7). La France, comme la majorité des pays européens, est à la dernière étape de sa transition démographique². La natalité est faible depuis 40 ans et continue de baisser. Les nombreux départs en retraite ne sont pas entièrement remplacés par des jeunes (ce qui explique majoritairement les problèmes de main-d'œuvre dans les entreprises).

Il convient donc de standardiser le nombre de décès partout, de façon à comparer ce qui est comparable.

1. <https://www.mondialisation.ca/la-mortalite-en-europe-comprendre-les-donnees-de-mortalite-europeenne-pour-prendre-les-bonnes-decisions/5657446>

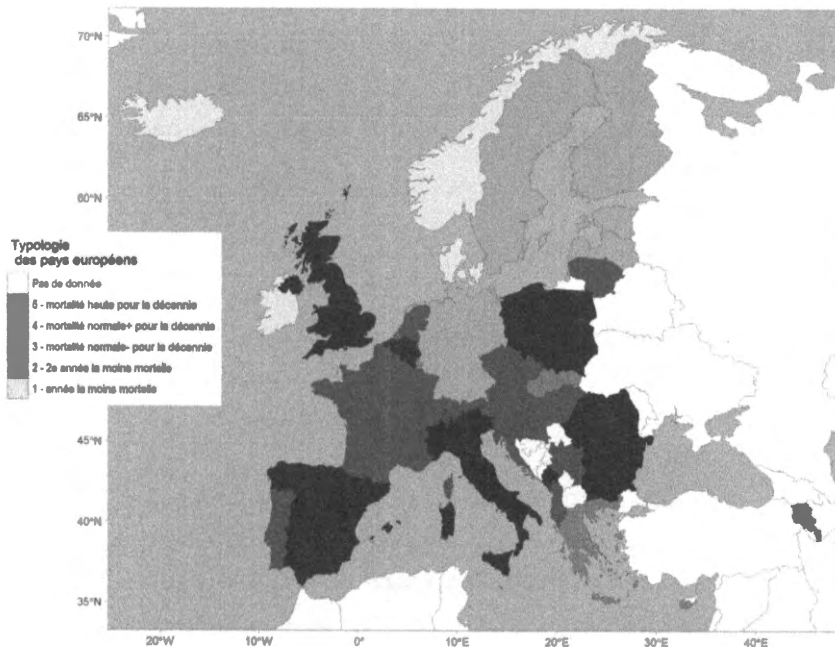
2. https://fr.wikipedia.org/wiki/Transition_d%C3%A9mographique

Figure 7 – Pyramides des âges de l'ensemble des pays européens



Nous appliquerons à chaque pays pour chaque année sa population de 2020 pour obtenir une mortalité annuelle standardisée 2020 (Figure 8). Cela nous permet de comparer les mortalités de chaque pays à population et âge égaux pour l'année 2020 et les années précédentes.

Figure 8 -Typologie des décès standardisés relativement à 2020



Pour certains pays, comme la Norvège ou l'Islande, l'année 2020 est un record absolu de sous-mortalité. Ainsi, sur les 35 pays que nous avons étudiés (Union européenne et Royaume-Uni), représentant 800 millions d'habitants, l'année 2020 présente une mortalité haute relativement à la dernière décennie pour sept d'entre eux seulement, telles la Belgique et l'Espagne. Dans ces pays, la mortalité de 2020 reste cependant inférieure à celle de n'importe quelle année avant 2009. On constate d'ailleurs le manque de cohérence géographique de la carte ci-dessus. Nous y reviendrons, mais des contrastes aussi marqués entre pays voisins questionnent le discours de la crise mondiale et universelle. D'autant plus que les pays où il n'y a pas de hausse de mortalité semblent être ceux ayant subi le moins de mesures coercitives, comme l'Allemagne ou la Norvège.

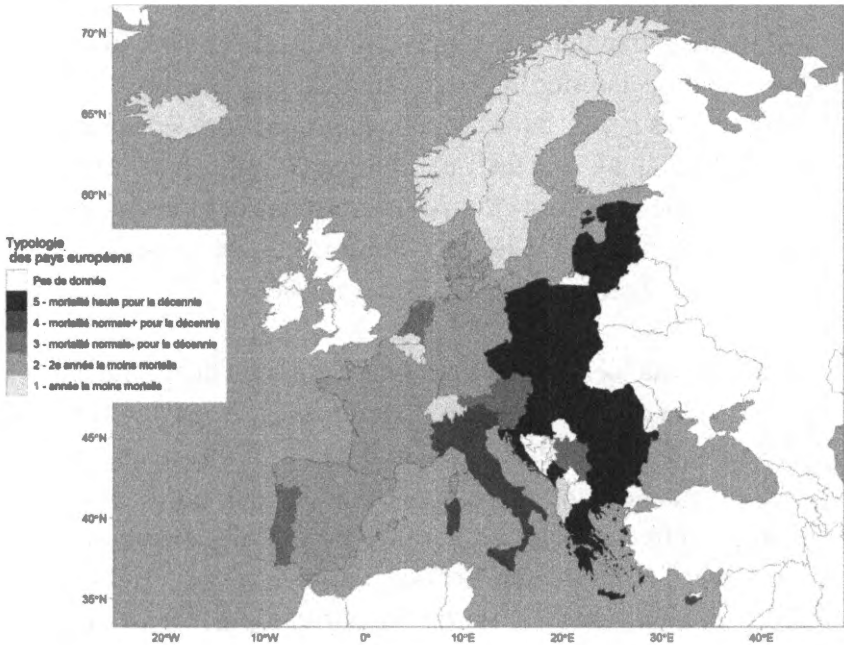
Pour l'année 2021, le constat se poursuit (Figure 9). De nombreux pays présentent une mortalité finalement très basse, proche d'un record absolu. Seuls les pays les plus à l'est connaissent une mortalité relativement haute pour la décennie.

d. La fameuse « chute de l'espérance de vie »

Presque tout le monde a entendu parler d'un autre calcul de décès standardisé selon l'âge : l'espérance de vie. Son joli nom induit les gens en erreur parce qu'ils pensent avoir compris ce qu'il signifie.

Le mot « **espérance** » est un terme utilisé en mathématiques qui signifie « moyenne pondérée ». Par exemple lorsque vous lancez deux dés à six faces et que vous comptez le nombre de points sur vos deux dés, votre espérance est

Figure 9 – Typologie des décès standardisés relativement à 2021



de 7 : en moyenne, vous obtenez 7, autrement dit, l'espérance mathématique du résultat est 7. On ne connaît pas le résultat de votre prochain lancé. L'indicateur « espérance de vie » n'est donc pas du tout à entendre au sens de « espoir de temps qui reste à vivre ». L'espérance de vie ne vous renseigne pas sur votre avenir, mais est juste une image du présent. **L'espérance de vie en 2020, est la moyenne standardisée de l'âge des gens décédés en 2020.** Cet indicateur nous donne une idée de l'âge des personnes mortes en 2020, en tenant compte de la structure par âge et ne correspond absolument pas à l'âge que vous pourrez espérer vivre. Si vous lisez ce paragraphe, vous n'êtes pas morts en 2020. Vous ne jouez pas avec les mêmes dés que ceux qui sont morts en 2020 ou avant.

L'idée qu'il y a derrière l'espérance de vie 2020, c'est d'imaginer que l'on fait naître une population, par exemple de 100 000 habitants, et que cette population va vivre toute sa vie dans l'année 2020. Ainsi, à chaque âge, on « fait mourir les gens » dans les mêmes proportions que ceux morts en 2020. À la fin, quand il ne reste plus personne, on calcule l'âge moyen qu'avaient toutes ces personnes au moment de leur décès. Cette moyenne standardisée est ce que l'on appelle l'espérance de vie.

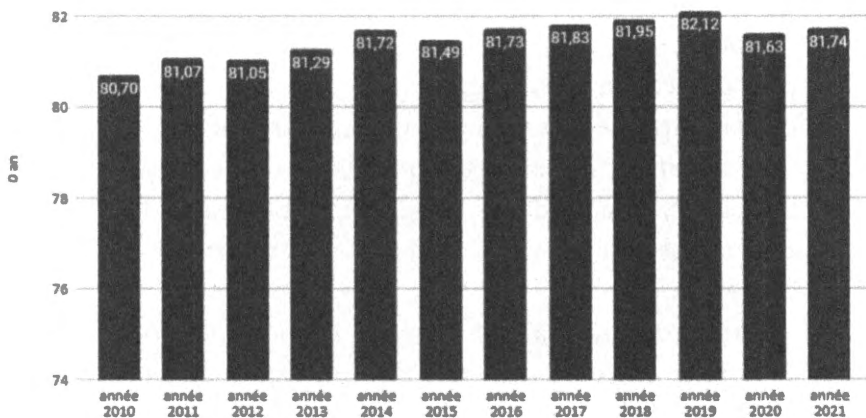
Pour calculer cette espérance de vie, il suffit de récupérer sur le site de l'Insee la population française âge par âge, avec les dernières données actualisées publiées en 2021¹, et les décès âge par âge², pour chaque année sur laquelle vous voulez calculer l'espérance de vie. Si vous voulez calculer l'espérance de vie des hommes et des femmes, il faut récupérer les données pour chaque sexe. Pour l'exemple, je vais calculer l'espérance de vie hommes et femmes regroupés, en France métropolitaine. Vous pouvez faire l'exercice pour hommes et femmes séparés et France entière, vous verrez que les conclusions sont toutes les mêmes.

J'ai mis à disposition sur mon *Google Drive*³ mon fichier de calcul que vous pouvez consulter et qui contient tout. L'espérance de vie à la naissance a bien diminué de 0,5 an, soit 6 mois (Figure 10). Nous trouvons une espérance de

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6038698?sommaire=6036447>

2. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5413883?sommaire=5413896#:~:text=Les%20tableaux%20de%20cet%20Insee,d'apr%C3%A8s%20les%20donn%C3%A9es%20d%C3%A9finitives.>

3. https://docs.google.com/spreadsheets/d/19_jXwfCqNfyxpBlwVvZt3tjXQDnWzoeKu_kumWf44Os/edit#gid=1409172511

Figure 10 – Espérance de vie à la naissance en France métropolitaine

vie (rappelons que c'est une moyenne pondérée d'âge des décès) de 81,63 ans en France métropolitaine en 2020, alors que l'on avait 82,12 en 2019.

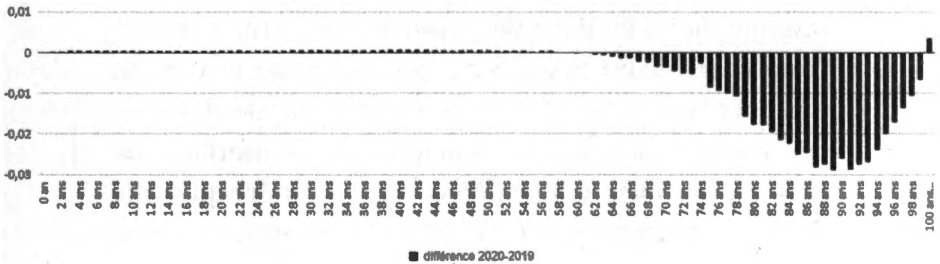
Cependant, l'espérance de vie 2020 est plus élevée que l'espérance de vie 2015. Autrement dit, l'âge de décès standardisé est plus élevé en 2020 qu'en 2015. Ce résultat rejoint les données européennes : la mortalité de l'année 2020 n'est pas exceptionnelle comparativement à la décennie 2010. Quelle que soit la standardisation que vous choisissez, vous concluez que la mortalité de 2020 est sensiblement la même, voire moindre que celle de 2015. Autrement dit, en 2020 on meurt plus vieux qu'en 2015 et même que toutes les années avant 2014.

2020 n'a donc pas été une année où l'on est mort jeune, ni une année où il y a eu beaucoup de décès au regard des autres années. C'est l'une des années de plus faible mortalité dans toute l'histoire de notre pays... Ou, selon la façon dont on standardise, une année au cours de laquelle on est mort le plus vieux.

Continuons de comparer 2020 par rapport à 2019. En moyenne, les morts de 2020 étaient plus jeunes de six mois que ceux de 2019 (espérances de vie). Y a-t-il eu plus de décès à tous les âges, ou ce résultat signifie-t-il que la mortalité est seulement plus importante à certains âges spécifiques ? En effet, le problème d'une moyenne qui baisse, c'est qu'on ne sait pas si tout baisse de façon équivalente ou s'il s'agit d'une baisse importante à un seul endroit.

Pour répondre à cette question, nous calculons la différence entre les nombres de survivants âge par âge en 2020 et 2019, obtenus dans le calcul des espérances de vie (Figure 11). Vous trouvez les graphiques dans l'onglet « survivants ». Ici, pour chaque âge, le trait au-dessus de 0 signifie que le taux de survie est plus important en 2020 qu'en 2019 ; le trait en dessous signifie que le taux de survie de 2020 est inférieur à celui de 2019.

Figure 11 – Taux de survivants selon l'âge et l'année



Pour tous les âges jusqu'à 65 ans, on a (légèrement) plus de survivants en 2020 qu'en 2019 (donc une mortalité moindre). Les moins de 65 ans représentent 80% de la population française. Il y a eu une hausse de mortalité en 2020, elle a concerné uniquement les plus de 65 ans. De 65 ans à 80 ans, le taux de mortalité 2020 a moins

de 1 point de différence avec 2019. De 80 ans à 100 ans, moins de 2 points. La génération concernée est donc uniquement celle du baby-boom d'après 1945. De la même manière, la canicule de 2003 n'avait concerné que le (petit) baby-boom d'après 1918.

Il n'y a pas eu d'hécatombe en 2020. Le nombre de décès plus important chez les plus âgés est probablement à regretter mais mourir à 80 ans n'est pas la même chose que mourir à 5 ans, 10 ans ou 35 ans. Il est dans l'ordre des choses que les grands-parents meurent plus que les enfants. Les sociétés humaines comme animales se battent habituellement jusqu'au bout pour sauver leurs enfants, il y a sûrement une raison à ça.

Finalement, en 2020 et en 2021, l'espérance de vie est restée très élevée, et sa diminution (six mois) n'a concerné que les plus de 65 ans. Pour le reste de la population (80 %) l'espérance de vie a (légèrement) progressé. Par le passé, il est déjà arrivé que l'espérance de vie diminue, notamment en 2012 et 2015, années de fortes hausses de mortalité. Ces hausses de mortalité ont lieu habituellement tous les deux à trois ans. Ce phénomène est bien connu en démographie et a été appelé « années moissons » (une forme de rattrapage : les personnes très âgées qui ne sont toujours pas mortes finissent par mourir au cours de ces « moissons »).

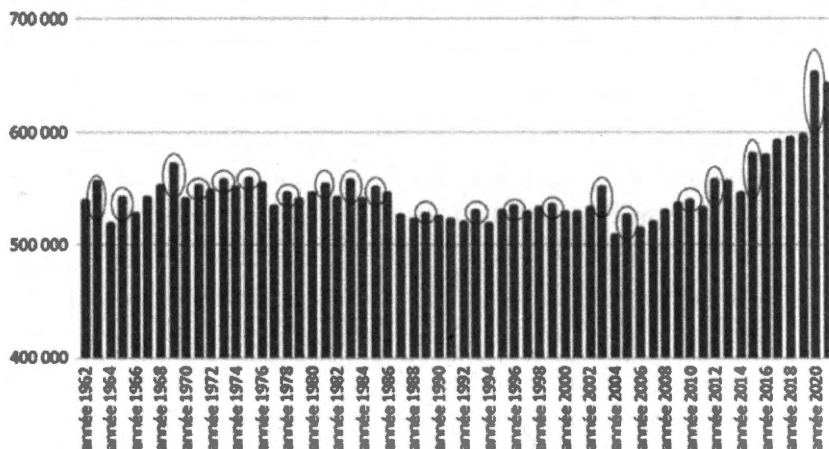
e. Les années moissons :

redécouvrir que les humains ne sont pas éternels

L'effet moisson est un phénomène qui semble réglé quasiment comme une horloge d'aussi loin que l'on peut étudier la démographie. Lorsque l'on représente les décès

annuels, on constate une hausse significative de la mortalité tous les deux à trois ans (Figure 12).

Figure 12 – Nombre de décès par an en France Métropolitaine



Les moissons correspondent classiquement en Europe à des années de plus forte mortalité lors d'épidémies hivernales ou de canicules. Elles sont repérables aussi bien par la hausse du nombre de décès lors de l'année considérée, que par la baisse l'année suivante. La canicule de 2003 a été une moisson tellement importante que les décès ont fortement baissé en 2004 et ne sont revenus à leur niveau antérieur que dix ans plus tard. Cette canicule a fait « disparaître » une grande partie de la génération du petit baby-boom d'après la Première Guerre mondiale. Plus récemment, nous avons eu des moissons bien visibles en 2012 et 2015. Pour mémoire, en 2015, l'hiver meurtrier avait poussé la ministre de la Santé de l'époque à se déplacer dans les hôpitaux pour défendre son bilan¹. Les médias avaient

1. <https://www.la-croix.com/Actualite/France/Des-hopitaux-en-forte-tension-face-a-l-epidemie-de-grippe-2015-03-02-1286327>

titré sur le débordement des hôpitaux¹ en sous-effectifs pour gérer les urgences des maladies respiratoires des plus âgés, dans un contexte de vieillissement et de diminution des effectifs. La « grippe A » avait commodément été désignée responsable de la situation, ce qui permettait de ne pas remettre en cause les décisions gouvernementales en matière de santé publique. L'année 2017 est considérée par certains comme une « petite » moisson, mais son impact sur 2018 n'est pas visible. Dans les faits, le « traumatisme » de l'année 2015 a probablement eu un impact sur les médias et sur les politiques, les incitant à éviter de se faire surprendre comme cela avait été le cas deux ans auparavant. En 2020, cinq ans et un nouveau gouvernement plus tard, tout le monde semble avoir tout oublié.

Les épidémiologistes qui travaillent sur les années moissons émettent l'hypothèse qu'en période calme, les personnes vieillissent et la santé des plus anciens se détériore petit à petit. Le nombre de personnes « fragiles », c'est-à-dire avec une forte probabilité de décès, augmente. Les événements de faible intensité, notamment les épidémies hivernales peu marquées, tuent les plus fragiles d'entre eux, mais sans impact notable sur la population.

Au bout de deux ou trois ans, dès qu'un événement un peu plus fort arrive, il emporte une grande part des personnes fragiles et la mortalité augmente donc nettement d'un seul coup. L'année d'après est ensuite bien plus calme sur le plan de la mortalité parce que les humains ne décèdent qu'une seule fois. Les plus fragiles sont déjà

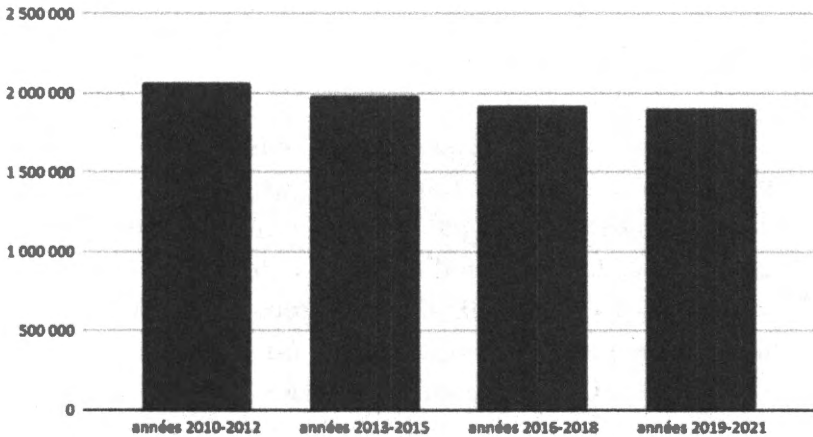
1. https://www.bfmtv.com/sante/grippe-saisonniere-pourquoi-une-telle-surmortalite-cette-annee_AN-201502260069.html

partis l'année d'avant. Le nombre de personnes fragiles va alors ré-augmenter petit à petit pendant les années calmes et le cycle recommence.

Dès lors, pour étudier la mortalité, il ne faut pas uniquement regarder 2020, il faut également regarder depuis combien de temps nous n'avons pas eu de « moisson ». La dernière moisson visible a eu lieu en 2015. Cela fait donc cinq ans qu'il n'y a pas eu en France d'événement particulier ayant pour conséquence une augmentation brutale de la mortalité. Relativement au passé proche, les années 2017 à 2019 présentent un « déficit » net du nombre de décès. Il faut alors inviter tous les statisticiens qui projettent des modèles de diminution du nombre de décès, à lever un peu les yeux de leur copie et à se poser la question suivante : si pendant quatre années consécutives, les personnes âgées sont nettement moins décédées que d'habitude, doit-on en déduire qu'elles vivront éternellement ou qu'au contraire les décès vont finir par augmenter fortement par effet de « rattrapage » ?

Une des façons que nous avons de mesurer l'impact des années 2020 et 2021 est de les considérer dans leur période de trois ans (donc avec l'année 2019, Figure 13), comparativement aux autres précédentes périodes de trois ans (de façon standardisée bien évidemment). On constate alors que l'hécatombe annoncée n'est pas parvenue à faire remonter le nombre des décès des trois dernières années au-dessus du niveau de la période précédente (qui ne comporte pas de moisson visible). Les années 2019 à 2021 forment la période triennale la moins mortelle de toute l'histoire de France.

Figure 13 – Nombre de décès standardisés groupés par période de 3 ans



f. Les humains meurent de vieillesse, d'exclusion et de pauvreté

Le plus grand absent de la pandémie est la pauvreté. Les références à l'âge et aux fameuses « comorbidités » ont été avancées, mais de manière souvent anecdotique, le discours de la peur étant censé englober toute la population pour la faire adhérer aux mesures protectrices. La pauvreté, la détresse et l'exclusion n'ont absolument pas été prises en considération. Les cadres parisiens du gouvernement, des lobbies, des différents partis politiques ou des plateaux de télévision pensent que le monde entier leur ressemble.

L'âge reste bien le premier déterminant du décès. Les morts violentes (accidents, guerres, violences en tout genre) en sont un autre, elles n'ont pas d'impact visible au cours de la période considérée en Europe. Juste après, la pauvreté est le troisième facteur majeur responsable de la survenue d'épidémies et de hausses de mortalité.

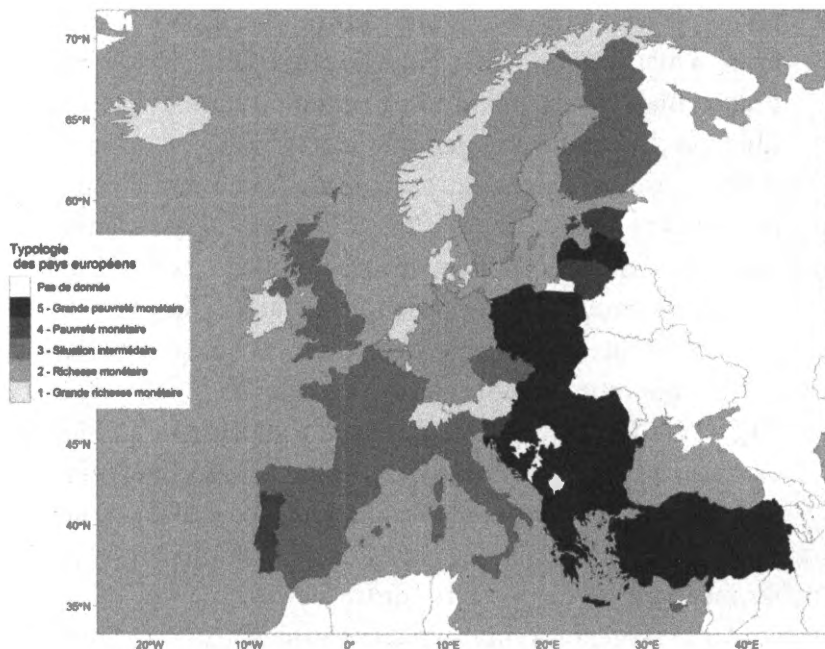
La qualité de l'eau, de la nourriture, la salubrité du logement, l'espace disponible, la possibilité de s'aérer, d'avoir une activité physique, d'être entouré, sont des éléments majeurs parfaitement connus permettant d'être « en bonne santé ». Ils ont un coût monétaire évident. Selon l'observatoire des inégalités, 13 ans d'espérance de vie¹ (donc de moyenne standardisée de l'âge des décès) séparent les riches des pauvres en France. **Par comparaison avec la « perte » d'espérance de vie de 6 mois calculée sur l'année 2020, la pauvreté fait mourir en permanence 26 fois plus que la fameuse « crise mondiale sanitaire » attribuée au virus du SARS-CoV-2.**

Une des façons couramment utilisées pour évaluer la pauvreté est de comparer le PIB par habitant des différents pays (Figure 14). C'est très insuffisant : au sein des pays « riches », soit avec un PIB important, la richesse ne se diffuse pas nécessairement partout dans la population. Elle peut être largement concentrée chez les plus riches. Ici, nous n'entrons pas dans le détail. Constatons simplement que les pays ayant connu une mortalité importante en 2021 (Figure 9, page 63) sont les plus fragiles économiquement. Plutôt que de voir l'œuvre d'une « pandémie virale », n'observe-t-on pas simplement les ravages des décisions prises sur l'économie depuis 2020 ? À l'ouest de l'Europe, les amortisseurs sociaux ont permis, pour le moment, de limiter la casse.

Pour nous représenter les différences de pauvreté en Europe, nous pouvons standardiser les pays européens, non pas selon leur propre population, mais selon la population française de 2020. Imaginons que tous les

1. <https://www.inegalites.fr/Riches-et-pauvres-inegaux-devant-la-mort>

Figure 14 – PIB par habitant en 2019, en Standard de Pouvoir d'Achat



pays européens aient la population française de 2020 et étudions le nombre de décès qu'ils auraient chaque année. En France métropolitaine, en 2020, 650 000 personnes sont décédées. Nous avons vu que si la France avait eu la même population en 2015, il serait décédé autant de monde. Si la Bulgarie avait une population aussi nombreuse et âgée que la France de 2020, alors en 2019, l'année la moins mortelle de ce pays, il serait décédé 1,2 million de personnes, soit près du double. Cela signifie qu'à population égale (pyramide des âges égale), on meurt deux fois plus en Bulgarie qu'en France. On apprécie ainsi mieux les différences de mortalité existant entre les pays d'Europe en permanence. La plupart des pays d'Europe de l'Est enregistreraient plus d'un million de morts par an s'ils avaient une

population comparable à celle de la France. On constate alors que tout le monde trouve normal qu'à population égale, il meurt 500 000 personnes de plus en Bulgarie qu'en France, mais qu'à la moindre augmentation à peine perceptible, on déclenche une panique jamais égalée. L'impact de la « crise sanitaire » est parfaitement insignifiant sur la mortalité au regard des différences entre pays, même juste occidentaux. De manière très visible, c'est bien le niveau de pauvreté qui est de loin le facteur numéro 1 de la mortalité. Toute la « crise sanitaire » a un impact parfaitement négligeable comparé à celui de la pauvreté. Aussi l'éradication de la pauvreté partout dans le monde devrait-elle être la première, voire la seule, préoccupation d'un organisme comme l'Organisation mondiale de la santé. Il semble malheureusement que cet objectif soit moins lucratif que la « lutte contre les virus ».

Au passage, on remarque que l'année 2020 française fait partie des records absolus de moindre mortalité sur toutes les années disponibles sur tous les pays d'Europe. L'année 2020, en France est l'une des années et l'un des endroits où il y a eu le moins de décès, toutes choses égales par ailleurs, dans toute l'histoire de l'humanité.

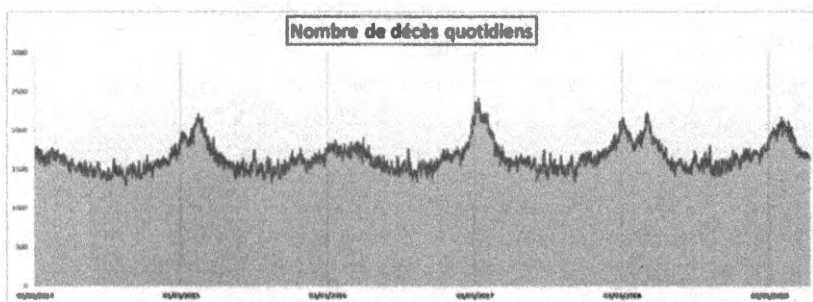
g. Cas d'école de ce qu'il ne faut pas faire

Le 19 mai 2022, l'Insee a publié une étude¹ consacrée à l'impact de l'épidémie de Covid-19 sur la mortalité de mars 2020 à décembre 2021. L'institut annonce « De mars 2020 à décembre 2021, les décès observés ont dépassé de 95 000 ceux attendus ».

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6445335>

En premier lieu, la période d'analyse choisie étonne. Il est inhabituel de ne pas regarder une mortalité sur une durée multiple de 12 mois car la mortalité française varie fortement selon les saisons (données de décès quotidiens¹ et Figure 15).

Figure 15 – nombre de décès quotidiens en France de 2014 à 2019



Tout calcul de surmortalité doit se faire sur des périodes de 12 mois pour comparer ce qui est comparable. L'idéal est de couper l'année à l'été, au moment des creux de mortalité, car les hausses de mortalité hivernales peuvent être décalées selon les années. Utiliser l'année calendaire (janvier-décembre) peut parfois laisser toute la période de surmortalité sur une seule année ou parfois la couper en deux. Dans tous les cas, il n'est pas normal de faire une étude sur 22 mois au lieu de 24.

L'Insee donne d'ailleurs l'impact de ce choix dans son étude (Figure 16).

Selon les calculs de l'Insee, l'année 2020 a en fait commencé par une sous-mortalité de 8 900 personnes. Évidemment les décès français sont en quasi-totalité le fait

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5413883>

Figure 16 – Facteurs expliquant les différences de décès entre 2019, 2020 et 2021

	2020			2021
	Janvier-février	Mars-décembre	Année	Année
Décès observés en 2019	116 200	497 000	613 200	613 200
+ Décès dus à l'augmentation et au vieillissement de la population	+ 2 800	+ 11 200	+ 14 000	+ 23 100
+ Décès dus à l'année bissextile en 2020	+ 1 900	///	+ 1 900	///
+ Décès dus à l'évolution attendue des quotients	- 3 300	- 3 600	- 6 900	- 13 800
= Décès attendus	117 700	504 600	622 300	622 500
+ Décès dus à l'évolution inattendue des quotients de mortalité	- 8 900	+ 55 600	+ 46 700	+ 39 100
= Décès observés	108 800	560 200	668 900	661 600

/// : absence de résultat due à la nature des choses.

Notes :

- les totaux étant calculés à partir des valeurs réelles, une somme arrondie peut diverger de la somme des valeurs arrondies ;
- les décès attendus en 2021 sont calculés en appliquant à la population moyenne de 2021 les quotients de mortalité attendus par sexe et âge, s'ils avaient baissé en 2020 et en 2021 au même rythme que sur la période 2010-2019. La répartition des décès attendus par mois est celle constatée en moyenne par sexe et âge entre 2010 et 2019 ;
- données provisoires pour les décès attendus en 2020 et 2021 et observés en 2021.

Lecture : en 2021, 661 600 décès ont eu lieu en France, soit 39 100 de plus qu'attendus, en prenant en compte l'augmentation et le vieillissement de la population, ainsi que la baisse des quotients de mortalité au rythme de la période 2010-2019.

Champ : France.

Source : Insee, statistiques de l'état civil (extraction au 29 avril 2022) et estimations de population.

de personnes âgées. Lorsque 8 900 personnes décèdent en moins que l'attendu sur janvier-février, elles ne sont pas devenues immortelles. Elles vont nécessairement décéder et se retrouver « en plus » un peu plus tard. Il faut donc bien inclure cette période dans l'étude pour rester objectif sur la surmortalité totale.

Attelons-nous maintenant à comprendre comment l'Insee a calculé ses décès attendus, la pertinence de ses choix et leurs impacts sur l'estimation de la surmortalité.

L'Insee prend en considération le fait que la population française s'agrandit et vieillit. Il est donc normal que le nombre de décès augmente. Pour comparer une année à l'autre, il est donc nécessaire de se baser sur les taux de mortalité par âge comme le sont les décès attendus (Figure 16) plutôt que sur le nombre de décès total. L'Insee prend également en considération le fait que 2020 était une année bissextile. Sur 650 000 morts en 2020, 1 900 sont attribués au jour supplémentaire dans l'année. On doit cependant se poser des questions sur le fait que ces « détails » aient pu être négligés dans des bilans démographiques précédents¹.

Pour terminer cette estimation des « décès attendus », il reste à proposer une méthode pour déterminer les « quotients de mortalité » (ou taux de mortalité) pour chaque âge attendus en 2020. L'Insee explique son choix dans la partie méthodologique de l'étude (Figure 17).

La « tendance de la décennie 2010-2019 » signifie que l'Insee prolonge la hausse ou la baisse des taux de mortalité observés sur 10 ans. Le résultat de cette supposition est consultable sur le document *Google Drive*² mis à la disposition du lecteur. Elle entraîne directement le nombre de décès prévus illustré en début d'étude (Figure 18).

Nous avons vu précédemment que tous les deux à trois ans, le nombre de décès augmente brutalement, notamment lors d'une forte hausse de décès l'hiver. Cet événement est appelé « moisson » et l'Insee y fait bien

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724>

2. https://docs.google.com/spreadsheets/d/19_jXwfcQnFyxpBlwVvZt3tjXQDnWzeoKu_kumWf44Os/edit#gid=1409172511

Figure 17 – Méthodologie de l'étude Insee

Méthodes

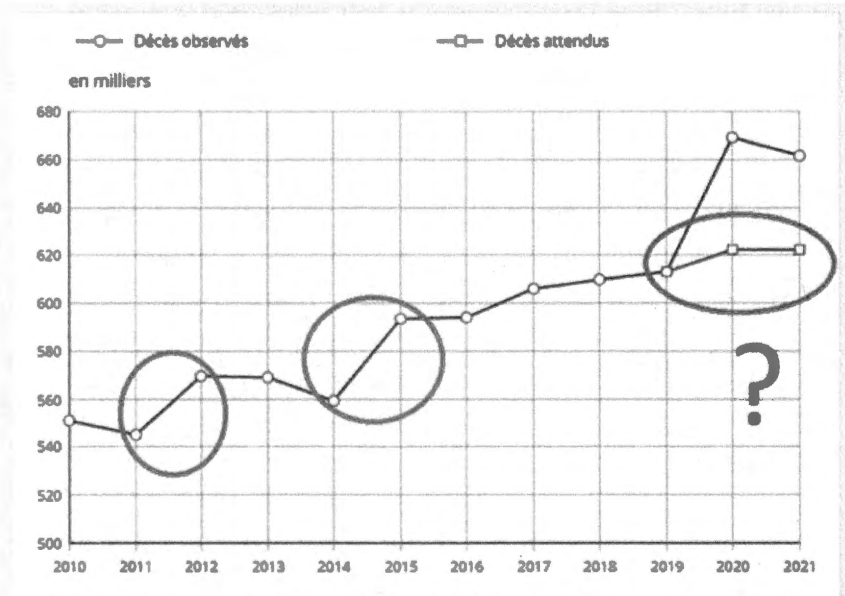
Pour estimer le nombre de décès attendus en l'absence d'épidémie, des hypothèses sur l'évolution des quotients de mortalité en 2020 et 2021 sont nécessaires. Ces quotients diminuent généralement chaque année, grâce à des progrès dans différents domaines (médicaux, conditions de vie, etc.). On vit ainsi de plus en plus longtemps. Par exemple, sur les vingt dernières années, la mortalité des hommes de 80 à 89 ans a fortement diminué : 10,3 % des hommes de cette tranche d'âge sont morts en 2000, contre 7,2 % en 2019, soit une baisse de 30 %. Lorsqu'ils réalisent des projections de décès, les démographes supposent donc généralement que les quotients de mortalité continuent à diminuer au même rythme que sur une période passée donnée. Le nombre de décès attendus dépend alors de cette période choisie pour référence. La baisse de la mortalité a ralenti les dernières années précédant l'épidémie : l'espérance de vie à la naissance a progressé de 2,8 mois par an en moyenne de 2000 à 2014, mais seulement de 0,8 mois par an de 2014 à 2019.

Ainsi, la baisse des quotients de mortalité, combinée à l'augmentation du nombre de personnes âgées, aurait conduit en 2020 à une hausse de 4 100 décès s'ils avaient baissé à chaque âge au même rythme qu'entre 2000 et 2014, à une hausse de 11 000 décès au rythme de 2014-2019, et à une hausse de 9 000 au rythme de 2010-2019. **La tendance de la décennie 2010-2019 est retenue ici**, car elle inclut le ralentissement de la hausse de l'espérance de vie depuis 2014, mais aussi des gains d'espérance de vie antérieurs un peu plus importants. Les décès attendus sont calculés en appliquant à la population moyenne de 2020 les quotients de mortalité ainsi attendus en 2020. Leur répartition mensuelle est celle constatée en moyenne par sexe et âge sur la période 2010-2019.

En 2021, les décès attendus sont calculés de la même manière en appliquant à la population moyenne de 2021 les quotients de mortalité attendus, en supposant qu'ils aient baissé en 2020 et en 2021 au même rythme que sur la période 2010-2019. Du fait de l'épidémie, la population âgée a augmenté moins rapidement qu'auparavant du 1^{er} janvier 2020 au 1^{er} janvier 2021, ce qui a atténué la hausse des décès dus au vieillissement en 2021. Cette méthode a été détaillée et confrontée à d'autres mesures [Blanchpain, 2021].

référence dans son étude. En 2020, cela fait déjà quatre ans qu'aucune « année moisson » n'est survenue en France. Pourtant, avec une population de plus en plus vieillissante, ce type d'événement a de plus en plus d'impact. Il ne semble donc pas voué à disparaître, mais au contraire à s'accroître. Ici, n'importe quel lecteur devrait s'attendre à ce qu'une forte augmentation de la mortalité apparaisse prochainement et non pas que la mortalité stagne indéfiniment. Il n'est donc pas raisonnable que le modèle proposé par l'Insee reste « plat » en 2020 et 2021 sans que l'on se pose plus de question que cela. J'appelle cela « ne pas lever le nez de sa

Figure 18 – Représentation des décès observés et des décès attendus avec la méthode Insee



Note : données provisoires pour les décès attendus en 2020 et 2021 et observés en 2021.

Lecture : en 2021, 661 600 décès ont eu lieu. Le nombre de décès attendus est de 622 500, en prenant en compte l'augmentation et le vieillissement de la population, ainsi que la baisse des quotients de mortalité au rythme de la période 2010-2019.

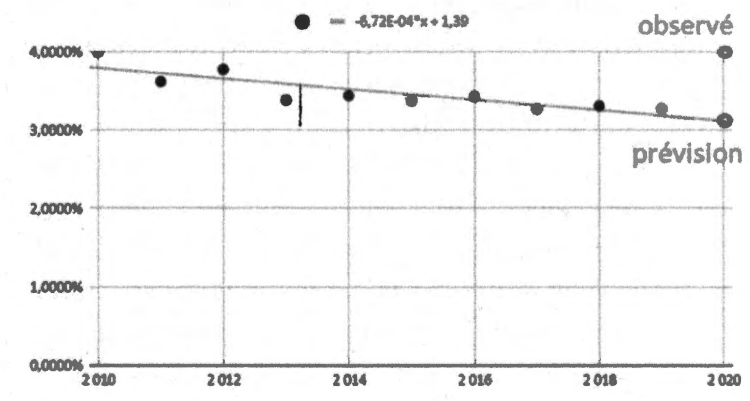
Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2013. France à partir de 2014.

copie ». Cela arrive fréquemment lorsqu'on construit un modèle sans se demander si ce dernier représente réellement ce qui a été observé. Ici, le simple bon sens devrait alerter tout statisticien sur la pertinence de la courbe rouge des décès attendus. Surtout que, s'il n'y a pas eu de hausse de mortalité depuis longtemps, les « morts en moins » ne sont pas des personnes qui vivront éternellement. Il s'agit d'un report de décès qui finira nécessairement par se voir dans une hausse de mortalité future (par exemple en 2020). Nul ne peut affirmer qu'il est normal

qu'elle ait lieu en 2020, mais nul ne peut affirmer non plus qu'elle ne pouvait pas avoir lieu. Les exercices prospectifs ne sont jamais des prévisions ni des « résultats ». Ils doivent toujours être étudiés dans le cadre de scénarios multiples en explicitant clairement les hypothèses et les connaissances qu'ils apportent à chaque fois. En l'occurrence, l'exercice minimal est d'envisager le scénario de poursuite de la tendance récente mais également le scénario « moisson ».

Pour comprendre la méthode de continuité de tendance des taux de mortalité utilisée par l'Insee, prenons par exemple les taux de mortalité des personnes de 80 ans (Figure 19). Ces taux de mortalité sont plutôt stables depuis quelques années. De plus, les taux observés sont supérieurs à ceux de l'année précédente une année sur deux. Mais en prenant pour référence la tendance 2010-2019, l'Insee suppose que le taux de mortalité de l'année 2020 est nécessairement plus bas que 2019. Cela pose de multiples problèmes. Pour s'en rendre compte, il faut, une fois de plus, lever le nez de sa copie.

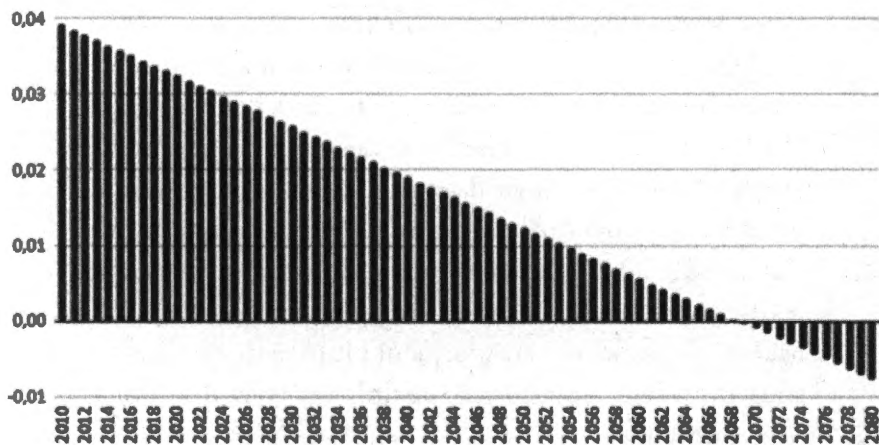
Figure 19 – Prolongement de la tendance 2010-2019 des taux de mortalité des personnes de 80 ans



Le premier problème est que le taux de mortalité prévu en 2020 est plus bas que ce qui n'a jamais été enregistré dans toute l'histoire de France. C'est donc un taux de mortalité qui n'a jamais existé. Le taux de mortalité de 2019 était déjà un record absolu et l'Insee suppose que 2020 va nécessairement le battre. Ce n'est pas raisonnable comme supposition.

Pour enfoncer le clou, si nous prolongeons la tendance linéaire, nous découvrons qu'en 2068, le taux de mortalité devient nul (Figure 20). Cela signifie qu'à cette date, les personnes de plus de 80 ans ne mourront plus du tout. Encore mieux, au-delà de 2068, les personnes de plus de 80 ans vont ressusciter. La seule conclusion qui s'impose est que cette tendance à la baisse va nécessairement s'arrêter. Il est tout à fait possible que le minimum ait été atteint en 2019, qui est une année record de sous-mortalité partout en Europe. Encore une fois, avoir très peu de morts une année n'est qu'un report sur les années suivantes.

Figure 20 – Projection des taux de mortalité des plus de 80 ans sur longue période

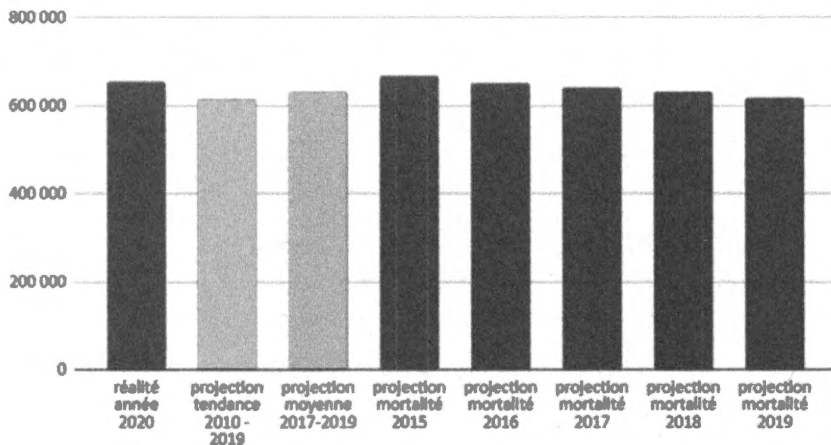


Ajoutons que l'Insee a testé trois scénarios de baisse de quotient de mortalité. Le premier calé sur 2000-2014 (choix éloigné de 2020, à une période où les taux de mortalité baissent fortement), un deuxième sur 2014-2019 (qui montre que les taux de mortalités ne baissent presque plus depuis 5 ans) et le troisième sur 2010-2019 (qui montre une tendance baissière surtout à cause du début de période). L'Insee choisit de ne commenter que le dernier scénario qui montre une surmortalité plus forte qu'en choisissant le deuxième. C'est extrêmement inhabituel. Lorsque l'on utilise des modèles, la moindre des choses est de prévoir un intervalle de confiance. Toute surmortalité ou sous-mortalité ne peut s'envisager que sur ce qui est en dehors de cet intervalle.

Le choix de l'Insee est de ne commenter qu'un seul scénario, celui de taux de mortalité plus bas que ce qui n'a jamais été observé, et dont on sait pertinemment qu'ils ne pourront pas baisser indéfiniment. Ce n'est pas raisonnable.

Si on choisit des taux de mortalité qui ont vraiment existé, notamment ceux observés au cours des cinq années précédentes (Figure 21), on conclut que l'année 2020 a finalement un nombre de décès équivalent à ce qui a été observé en 2015 (et aussi inférieur à toutes les années avant 2013, mais nous n'insistons pas là-dessus). Pour mémoire, 2015 est la dernière année de mortalité importante, avec un hiver qui a fait déborder les services d'urgence français. La mortalité 2020 est plus élevée que celle observée pendant les quatre années qui ont suivi cette fameuse année 2015. Mais si ces années correspondent plutôt à des années de sous-mortalité, il est normal de finir par vivre une année de « rattrapage ».

**Figure 21 – Prévission du nombre de décès en 2020
selon les mortalités des années précédentes**



Ce nombre de 95 000 décès supplémentaires affiché par l'Insee est donc bien excessif au regard de toute estimation réalisable à partir des données réellement observées. La simple étude des cinq années précédentes amène à la conclusion que la mortalité de 2020 se situe entre une sous-mortalité de 12 000 personnes (sur la base de 2015) et une surmortalité de 37 000 personnes (sur la base de 2019), ce qui est un titre bien moins accrocheur.

2. Y a-t-il eu la saturation hospitalière annoncée ?



a. Retour sur la stratégie de baisse des effectifs hospitaliers

Avant de vérifier l'impact du déferlement des « malades de la Covid-19 » sur l'hôpital, il est important de se remémorer la politique de soin menée en France depuis plus de 30 ans. L'Insee¹ et la Drees² publient les capacités des établissements de santé. En 20 ans, le nombre de lits d'hôpitaux en hospitalisation complète a diminué de 100 000 (Figure 22).

Figure 22 – Nombre de lits d'hôpitaux en France de 1998 à 2018

Au 31 décembre	1998	2003	2016	2017	2018 (p)
Secteur public	313 315	308 013	250 104	246 395	243 326
Secteur privé	175 395	160 405	154 144	153 470	152 367
Total	488 710	468 418	404 248	399 865	395 693

p : données provisoires.

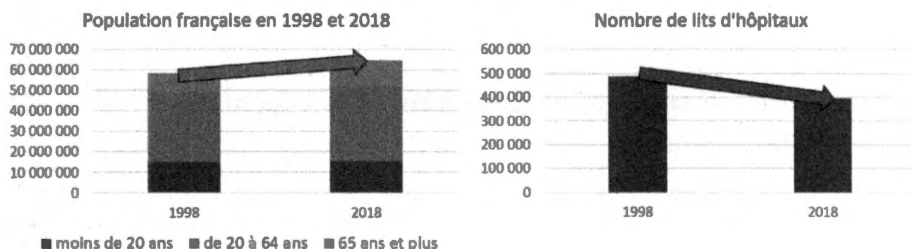
Champ : France métropolitaine pour 1998, France hors Mayotte pour 2003 et y c. Mayotte à partir de 2011 ; y c. service de santé des armées à partir de 2003.

Source : Drees, enquêtes SAE 1998 à 2018.

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277748?sommaire=4318291>
2. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/10-000-medecins-de-plus-depuis-2012>

Cette évolution s'est produite pendant que la population française passait de 58 millions à 65 millions et que le nombre de personnes de plus de 65 ans progressait de 40 % : de 9 à 13 millions (Figure 23).

Figure 23 – Évolutions de la population française et du nombre de lits d'hôpitaux



En 1998, il y avait huit lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants et il n'en reste plus que six en 2018.

Cette évolution résulte d'une politique assumée : limiter le recours à l'hôpital pour reporter le soin sur les médecins de ville et limiter l'hospitalisation complète et sa durée pour la remplacer par l'ambulatoire. Le nombre de lits en hospitalisation partielle est d'ailleurs passé de 50 000 à 80 000 en 15 ans¹. Les gouvernements successifs, de gauche et de droite, ont lancé de nombreuses réformes dans ce sens. Citons par exemple la tarification à l'acte, mise en place progressivement depuis 2005 par un certain Jean Castex² et dont nous reparlerons, ou encore l'instauration des 35 heures à l'hôpital, mais sans recruter de

1. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%202%20-%20Les%20capacit%C3%A9s%20d%E2%80%99accueil%20C3%A0%20l%E2%80%99h%C3%B4pital.pdf>

2. https://www.lemonde.fr/societe/article/2006/02/22/la-rentabilite-imposee-a-l-hopital_743923_3224.html

personnel soignant¹. Cette dernière réforme a en fait seulement diminué le nombre d'heures de soins disponibles. Derrière l'avancée pour les travailleurs de l'hôpital se cache une désorganisation du parcours de santé, faute de soignants suffisamment nombreux, dont la conséquence (et pour certains l'objectif) est d'entraîner un renoncement du patient aux soins. C'est la stratégie des adeptes du marché: il faut rendre « cher » le soin (de nombreuses files d'attentes pénibles) de façon que seules les personnes « sévèrement » malades aillent à l'hôpital.

Faire en sorte que les Français aillent moins à l'hôpital et surtout aux urgences était encore au cœur de la réforme de santé du candidat Fillon en 2017². Son programme visait à supprimer la « bobologie » de l'hôpital. Dans une vision libérale de la politique hospitalière, la saturation chronique due au vieillissement et au manque de place est une bonne chose: elle est censée rendre l'hôpital « concurrentiel », « plus performant » et donc nécessairement « moins cher ». Il faut donc empêcher les gens d'aller à l'hôpital pour des maladies ou des blessures jugées « pas assez importantes ». En résumé, l'hôpital doit devenir l'endroit où l'on soigne les maladies graves comme les cancers. Pour le reste, il faut se débrouiller avec la médecine de ville. Cet objectif est prôné par la gauche et la droite depuis 30 ans. En 2017, c'est finalement le candidat Macron qui a emporté l'élection présidentielle, sans afficher son programme, et qui a continué dans cette voie.

1. <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/35-heures-lhopital-le-mea-culpa-de-jospin>

2. <https://www.adpassurances.fr/articles/francois-fillon-ses-reformes-sur-l-assurance-sante.html>

Une question se pose cependant : est-ce que 30 ans de réforme de l'organisation des soins ont réellement rendu le système de santé moins cher, plus efficace et plus moderne ? Dans les faits, les coûts des soins médicaux n'ont jamais été aussi élevés¹. Ils sont passés de 154 milliards d'euros en 2006 à 204 milliards d'euros en 2018, soit une augmentation de 30 % du budget, pour une saturation de plus en plus importante. Ne doutons pas que ces 50 milliards d'euros de dépenses supplémentaires en douze ans sont allés dans les bonnes poches.

En résumé, la « politique de santé » menée depuis 30 ans consiste à supprimer un maximum de places à l'hôpital et donc à réduire le recours à l'hôpital, en particulier aux urgences. Elle est connue et affichée depuis 30 ans. Les technocrates et politiques au pouvoir le savent très bien.

b. Toujours s'affranchir de la propagande

Revenons en 2020. Comme nous l'avons vu, les médias jouent leur rôle très tôt autour de la covid, diffusant la peur parmi la population. Le nombre de morts fait son effet, la saturation hospitalière également. Des hôpitaux qui débordent assurent de l'audience. Dès les premiers malades déclarés dans l'Est, les médias nous abreuvent d'articles sur les hôpitaux saturés² qui doivent évacuer des malades, ou même sur les hôpitaux parisiens qui « s'attendent » à être saturés³.

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277750?sommaire=4318291>

2. https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-la-situation-alarmante-des-hopitaux-de-lest_3871687.html

3. <https://www.tflinfo.fr/sante/video-hopitaux-satures-nouvelles-evacuations-en-urgence-dans-le-haut-rhin-2148664.html>

Le gouvernement décide de mettre en place des hôpitaux de campagne¹. Il s'agit de faire bonne figure pour montrer que l'on prend des moyens exceptionnels pour faire face à une crise tout aussi exceptionnelle. Peut-être l'orgueil de certains a-t-il également été titillé par la construction d'hôpitaux en Chine² en quelques jours.

Enfin, il n'y a pas de scénario catastrophe sans évacuation. À ce titre, la SNCF a été mobilisée pour évacuer par train les malades en surnombre débordant des hôpitaux parisiens³.

Cette couverture médiatique apparaît dans un contexte où, nous l'avons dit, nombreux sont ceux qui s'attendent à un scénario catastrophe. Les difficultés de l'année 2015, le « manque de places » n'ont pas été réglés, loin de là. Au gouvernement, certains ont probablement une mémoire de plus de cinq ans et ne souhaitent pas retrouver le bazar de l'hiver 2015. Du côté des hôpitaux, il est même possible que certains aient pensé que cette crise allait être enfin l'occasion de retrouver un sens à leur métier, de renforcer les équipes qui en avaient besoin, voire de retrouver une couverture territoriale correcte pour répondre aux besoins croissants d'une population vieillissante. Finalement, énormément d'acteurs avaient intérêt à grossir au maximum le trait pour « plaindre » l'hôpital et prendre des mesures exceptionnelles. Étonnamment, personne ne semble s'être rendu compte que les dirigeants

1. <https://www.lesechos.fr/pme-regions/grand-est/coronavirus-un-hopital-de-campagne-des-armees-deploye-en-alsace-1186258>

2. https://www.lepoint.fr/monde/la-chine-ouvre-un-hopital-en-10-jours-contre-le-coronavirus-04-02-2020-2361114_24.php

3. <https://www.francebleu.fr/infos/transports/covid-19-des-patients-d-ille-de-france-transferes-par-train-vers-les-hopitaux-bretons-1585572175>

qui ont été les premiers à se plaindre de la situation en étaient les seuls responsables.

Le scénario de cette crise de la saturation hospitalière s'est effondré en octobre 2021. L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a publié un rapport d'analyse sur l'impact de la Covid-19 sur les hospitalisations durant l'année 2020¹. Ce rapport a notamment révélé que les hospitalisations pour cause de Covid-19 n'ont finalement représenté que 2 % du nombre d'hospitalisations en 2020. Martin Blachier a évoqué cette information sur la chaîne LCP, dans l'émission *Ça vous regarde* du 9 novembre 2021²... Et la presse s'est empressée d'éteindre l'incendie qui menaçait de brûler l'histoire officielle³.

Ce rapport de l'ATIH a été vite enterré et, surtout, un second rapport de la même agence, concernant l'activité totale des hospitalisations en 2020, a été passé sous silence⁴. Celui-ci montre que, non seulement l'activité Covid-19 à l'hôpital a été très éloignée de l'image véhiculée par les médias, mais qu'en outre, l'hôpital français n'a jamais été autant sous-utilisé qu'en 2020.

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

2. https://www.youtube.com/watch?v=_d7dojrOa98

3. https://www.liberation.fr/checknews/est-il-vrai-que-les-patients-covid-nont-represente-que-2-du-total-des-hospitalisations-en-france-en-2020-20211111_BEEG2I2RTRAX7O3Q5LD2D33J4I/

4. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4144/aah_2020_analyse_mco.pdf

c. L'activité Covid-19 de l'hôpital finalement faible sur l'année

La première révélation de l'étude de l'ATIH est le nombre d'hospitalisations pour cause de Covid-19 en 2020. Sur l'ensemble de l'année, 217 974 patients ont été hospitalisés à la suite de cette maladie (Figure 24).

Figure 24 – Statistiques hospitalières en 2020 pour Covid

	Nombre de patients COVID hospitalisés	Nombres de journées d'hospitalisation pour COVID	Nombre moyen de journées d'hospitalisation pour COVID par patient	Nombre de décès hospitaliers	Taux de décès hospitaliers
MCO	185 863	2 489 030	13,2	36 101	19%
SSR	46 710	1 268 138	26,9	4 098	9%
HAD	14 473	209 799	14,5	3 888	27%
PSY	2 054			18	1%
Tous champs*	217 974	3 966 967	18,2	44 091	20%

* Le nombre de journées d'hospitalisation pour COVID n'étant pas connu en psychiatrie, les nombres de journées d'hospitalisation et nombres moyens de journées d'hospitalisation par patient n'intègrent pas le champ de la psychiatrie.

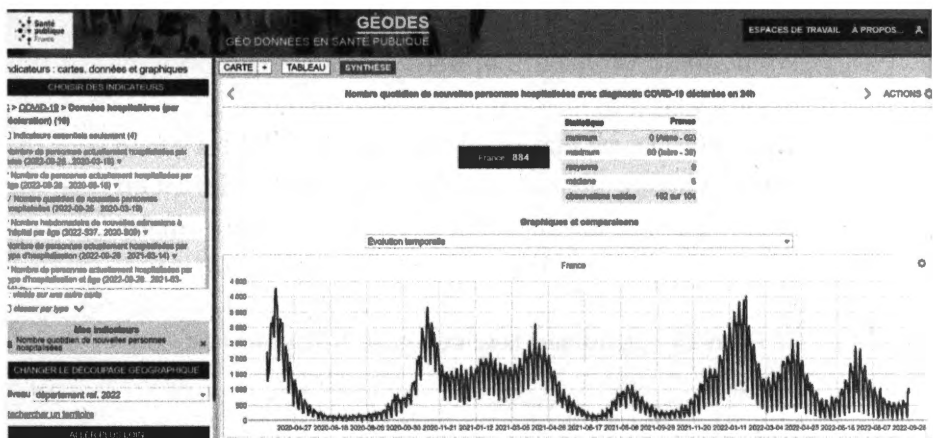
Source: Rapport d'analyse COVID de l'ATIH

Note: MCO = médecine, chirurgie, obstétrique; SSR = soins de suite et de réadaptation; HAD = hospitalisation à domicile; PSY = psychiatrie

Curieusement, le nombre publié par l'ATIH est assez éloigné de celui que l'on trouve sur Géodes¹, le portail des statistiques du Ministère de la Santé: 277 821 en 2020 (Figure 25). Il semble manquer 60 000 hospitalisations dans le rapport de l'ATIH, soit 20 % du total. Cependant, à la page 20 du rapport, dans la partie « Sources et Méthodes », on peut lire « La population d'étude est constituée des patients hospitalisés en 2020 pour une

1. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&i=covid_hospit_incid.incid_hosp&s=2021-11-16&t=a01&view=map2

Figure 25 – Statistiques du Ministère de la Santé sur Géodes

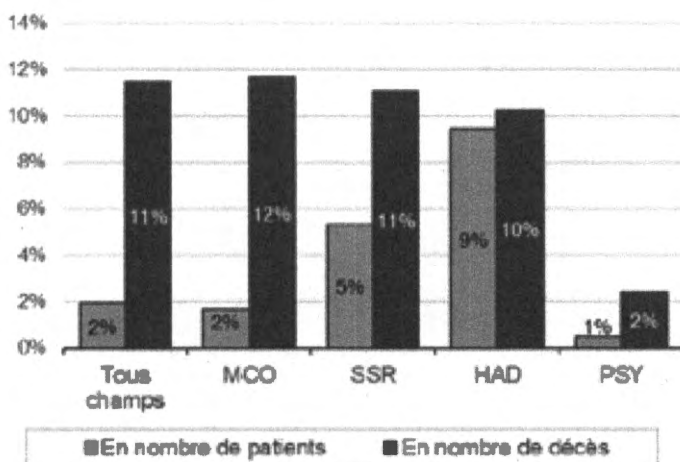


Source : Géodes

prise en charge de la COVID-19. [...] Les hospitalisations de patients testés positifs à la COVID-19 mais asymptomatiques ou dont le motif de recours à l'hospitalisation de court séjour n'était pas la COVID-19 ne sont pas intégrées au champ d'analyse.» Ainsi, l'ATIH, contrairement au Ministère de la Santé, ne compte pas comme « Covid-19 » les patients hospitalisés pour une jambe cassée, mais déclarés malades *a posteriori* de la Covid-19. Il est intéressant de noter que ces patients représentent 20 % des statistiques officielles à ce moment-là, soit un patient sur cinq.

Au bilan, les hospitalisations Covid-19 représentent 2 % de l'activité hospitalière sur l'année (Figure 26). Une activité presque insignifiante au regard des 11 millions de séjours d'hospitalisation.

Les seules statistiques en augmentation sont les durées d'hospitalisation et les nombres de décès des patients Covid par rapport aux autres patients :

Figure 26 – Part de la Covid dans les statistiques hospitalières en 2020

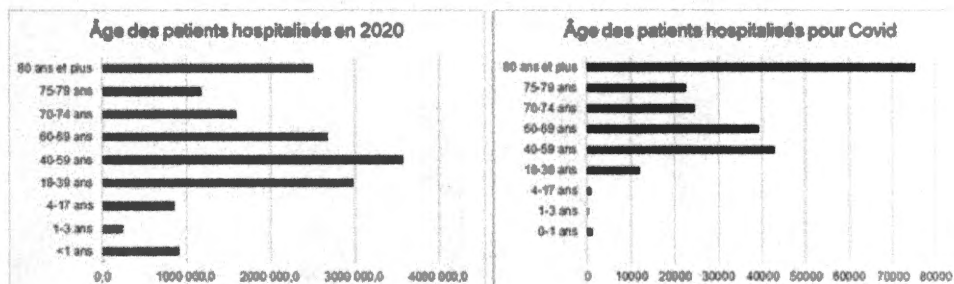
Source : Rapport d'analyse COVID de l'ATIH

« Près de 185 900 patients ont été hospitalisés pour COVID au sein d'un établissement MCO, soit 85% des patients hospitalisés pour COVID en 2020. En moyenne, les patients pris en charge en MCO pour COVID ont été hospitalisés 13,2 jours en service de courts séjours. À titre de comparaison, le nombre moyen de journées d'hospitalisation pour grippe en 2019 s'élevait à 7,7 journées par patient. Par ailleurs, 36 100 patients COVID sont décédés en établissement MCO, ce qui représente 12% des décès survenus en établissements MCO au cours de l'année 2020. »

Cependant, comme nous l'avons vu, les personnes hospitalisées pour Covid-19 sont surtout des personnes âgées (Figure 27). Il paraît donc normal (voire rassurant) d'avoir plus de décès pour les hospitalisations Covid-19 (de patients de plus de 80 ans), que pour les ruptures des ligaments croisés après un match de football (de patients de moins de 40 ans).

À ce stade, il convient de rappeler que chaque année, plus de la moitié des décès en France (donc plus de 300 000)

Figure 27 – Âge des patients hospitalisés toutes causes et Covid



Source : ScanSanté fiches de synthèse

ont lieu à l'hôpital¹. Que l'hôpital soit le principal lieu de décès est le signe que les malades en fin de vie sont pris en charge, pas que l'hôpital est un lieu dangereux. En 2020, la part de personnes décédées à l'hôpital n'a pas augmenté, mais a diminué par rapport à 2019. C'est un signe de plus de la désorganisation du soin.

Non seulement la Covid-19 a finalement peu pesé sur l'activité hospitalière en 2020, mais **l'activité hospitalière n'a jamais été aussi faible que pendant cette année**. Toutes les déprogrammations ou les évictions de patients du fait de la politique de non-prise en charge ont eu un effet déplorable sur l'organisation des soins. C'est ce que mesure l'ATIH dans son autre rapport sur l'ensemble des hospitalisations.

En 2020, l'hôpital a accueilli 1,3 million de patients de moins qu'en 2019, soit 2,2 millions de séjours en moins (Figure 28). Ce recul d'activité de plus de 10 % est exceptionnel. Derrière les chiffres, ce sont des personnes qui n'ont ni été prises en charge ni soignées.

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4487988?sommaire=4487854>

**Figure 28 – Évolution de l'activité de l'hôpital
en médecine-chirurgie-obstétrique**

Périmètre (hors séances)	Nombre 2020 (en millions)	Evolution 2020/2019	Evolution 2020/2019 hors prise en charge COVID
Séjours	16,5	-11,70% (-2,2 millions séjours)	-12,90% (-2,4 millions séjours)
Patients	10,8	-10,60% (-1,3 million patients)	-12,20% (-1,5 million patients)
Journées	69,0	-10,00% (-7,7 millions journées)	-13,30% (-10,2 millions journées)

Source : Rapport d'analyse MCO de l'ATIH

d. L'activité Covid-19 de l'hôpital finalement faible pendant les vagues

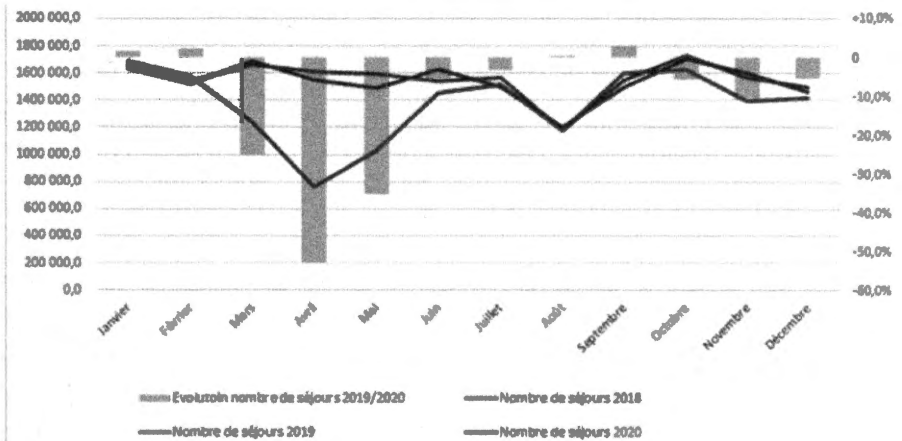
Les fiches synthétiques de l'ATIH mesurent l'activité hospitalière mois par mois et distinguent la part due à la Covid-19¹.

Le nombre de séjours liés à la Covid-19 représente 1,3 % des séjours sur l'année 2020, mais selon les mois cette part a varié entre 0 et 7,5%. Ainsi, au plus fort de l'activité Covid, en avril 2020, cette maladie n'a occasionné que 7,5 % de l'activité hospitalière. C'est déjà peu, surtout en comparaison de la couverture médiatique de l'époque. Et encore, c'est à nuancer car les mesures de confinement et d'annulation ont drastiquement réduit l'activité hospitalière à cette période.

L'activité hospitalière d'avril 2020 est la moitié de l'activité d'un mois d'avril normal comme en témoignent les courbes de 2018 et 2019 (Figure 29). Aussi, si la covid

1. <https://www.scansante.fr/applications/analyse-activite-nationale>

Figure 29 – Nombre de séjours mensuels depuis 2018 et évolution 2019/2020



Source : ScanSanté fiches de synthèse

n'a représenté que 7,5% de l'activité hospitalière dans un contexte où l'hôpital ne fonctionne qu'à mi-régime, cela signifie que l'activité Covid n'a représenté que 3,7% d'une activité normale au plus fort de la crise du printemps 2020.

Il n'y a donc jamais eu d'impact de la Covid pour faire déborder l'hôpital. Non seulement à aucun moment l'hôpital n'a été débordé, mais il a fonctionné en sous-régime toute l'année, et l'impact de la Covid en termes de séjours est insignifiant quel que soit le moment. En revanche, la panique et la désorganisation ont bien eu des impacts sur les conditions de travail des soignants. Les décisions prises sont les véritables responsables, contrairement à ce qui a été présenté par les médias, relais du gouvernement.

e. L'activité Covid-19 de l'hôpital finalement faible dans toutes les régions

Les fiches synthétiques de l'ATIH mesurent l'activité hospitalière région par région. La crise hospitalière a-t-elle eu lieu quelque part, puisqu'à l'échelle de la France, elle n'a eu lieu à aucun moment ?

La région ayant la part d'hospitalisations Covid la plus forte est l'Île-de-France avec 2,2 % d'hospitalisations Covid (Figure 30). Même au niveau régional, on ne trouve

Figure 30 – Nombre de séjours hospitaliers 2020 par région

Région	Nombre de séjours 2020 total	Evolution nombre de séjours 2019/2020	Nombre de séjours Covid 2020	Part en séjours Covid sur le total 2020
ILE-DE-FRANCE	2 820,8	-14,0%	60,8	2,2%
GRAND EST	1 387,2	-13,5%	25,2	1,8%
HAUTS-DE-FRANCE	1 509,2	-13,2%	22,8	1,5%
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	1 928,1	-13,2%	32,2	1,7%
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	674,9	-12,8%	11,1	1,6%
CENTRE-VAL DE LOIRE	541,5	-11,9%	6,3	1,2%
CORSE	73,9	-11,3%	0,5	0,7%
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	1 455,4	-10,5%	18,8	1,3%
NORMANDIE	825,6	-10,4%	7,4	0,9%
OCCITANIE	1 521,6	-10,3%	11,3	0,7%
GUADELOUPE	88,0	-10,0%	1,1	1,2%
GUYANE	45,1	-10,0%	0,8	1,8%
PAYS DE LA LOIRE	948,8	-9,3%	6,2	0,7%
NOUVELLE-AQUITAINE	1 577,5	-9,2%	9,2	0,6%
BRETAGNE	813,2	-8,3%	3,5	0,4%
LA RÉUNION	189,8	-7,8%	0,7	0,4%
MAYOTTE	32,7	-5,7%	0,4	1,2%
MARTINIQUE	69,1	-4,7%	0,5	0,7%
Total France	16 500,2	-11,7%	218,9	1,3%

Séjours en milliers

Source : ScanSanté fiches de synthèse

pas trace de surcharge à cause de la Covid-19. La désorganisation, la panique ou même des phénomènes particuliers et localisés ont pu entraîner des phénomènes de saturation dans certains services, mais c'est toujours le cas dans une organisation en flux tendu. La coopération inter-hôpitaux est toujours la règle quel que soit le sujet.

En revanche, on note **une correspondance quasi-parfaite entre la part de Covid-19 déclarée et la sous-activité de l'hôpital**. Plus l'hôpital a déclaré une part importante de Covid-19 et plus son activité a en fait diminué en 2020.

Il semblerait que le classement ci-dessus corresponde également parfaitement à l'affiliation au pouvoir des dirigeants des grands services de santé de ces territoires, les Parisiens en tête.

f. L'activité Covid-19 de l'hôpital finalement faible quelle que soit la statistique retenue

Les défenseurs de la théorie de la pandémie mortelle rétorquent que les patients Covid-19 sont restés plus longtemps que les autres patients (18 jours en moyenne contre 8 jours pour ceux hospitalisés pour grippe en 2019).

Nous devons donc comparer le nombre de jours passés à l'hôpital en médecine, chirurgie obstétrique et odontologie (MCO) par les patients Covid-19 (2 489 030) au nombre de jours total d'hospitalisation MCO (69 000 000). Les jours d'hospitalisation des patients Covid-19 ont représenté 3,6 % des journées d'hospitalisation de l'année. Cela reste une part mineure de l'activité de l'hôpital. Ajoutons que le nombre de journées d'hospitalisation a

chuté de 10 % par rapport à 2019. Il n'y a donc pas eu de saturation là non plus. Il y a eu presque trois fois plus de jours de soin non-utilisés que de jours de soin consacrés à la Covid-19. Là encore, sur la base du nombre de journées, on ne conclut pas à une saturation de l'hôpital, mais au contraire à une grave sous-utilisation des services hospitaliers. Ces statistiques témoignent de l'abandon de soin au cours de l'année 2020 à cause de la panique injustifiée liée à la Covid-19.

Nous ne disposons pas des statistiques mensuelles des jours passés à l'hôpital, mais si on considère que la répartition mensuelle des journées hospitalisées est la même que celle des arrivées à l'hôpital, on en déduit que la part liée à la Covid-19 est deux fois plus importante pendant les « vagues », donc qu'au maximum, les journées d'hospitalisation Covid-19 ont pu représenter 7,5 % des journées d'hospitalisation totales.

g. L'activité Covid-19 de l'hôpital finalement faible sur les soins critiques

Le dernier argument médiatique concernant l'hôpital est la saturation des services de soins critiques et parmi ceux-ci, ceux de réanimation. Le rapport de l'ATIH sur la Covid-19 nous informe que 45 732 patients ont été admis en soins critiques pour Covid-19, représentant 645 328 jours d'hospitalisation (Figure 31). Les soins critiques se composent, dans l'ordre de gravité de l'état du patient, des services de soins continus, des services de soins intensifs et des services de réanimation.

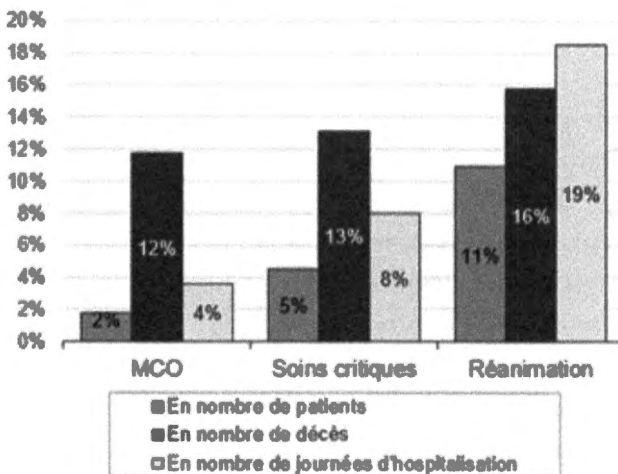
Figure 31 – Nombre de patients et de jours en soins critiques pour Covid-19 en 2020

	Nombre de patients COVID hospitalisés	Nombre de journées en service de soins critiques pour COVID	Nombre moyen de journées d'hospitalisation pour COVID par patient			Nombre de décès hospitaliers	Taux de décès hospitaliers
			en soins critiques	en MCO	tous champs		
Soins critiques	45 732	646 328	13,9	20,7	26,6	11 585	26%
Réanimation	29 096	463 712	15,7	24,9	32,1	8 274	28%
Soins intensifs	6 336	40 965	6,4	19,8	25,8	1 291	20%
Soins continus	19 568	150 189	7,6	19,0	24,5	3 347	17%

Source : Rapport d'analyse COVID de l'ATIH

Les patients admis en soins critiques pour Covid-19 ont représenté 5 % des patients en soins critiques en 2020 et 8 % des journées de soins critiques (Figure 32). Il s'agit donc là aussi d'une activité faible dans un contexte de baisse.

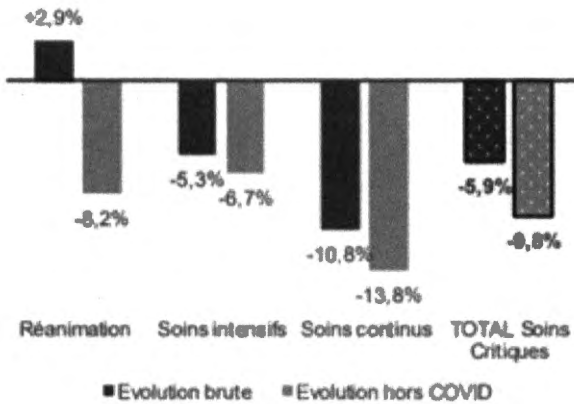
Figure 32 – Poids des patients Covid-19 dans l'activité hospitalière MCO, en 2020



Source : Rapport d'analyse COVID de l'ATIH

En effet, en 2020, le nombre de séjours avec passage en soins critiques a diminué de 5,9 % par rapport à 2019 (Figure 33). Du fait des déprogrammations et de la non-prise en charge de patients, les soins critiques ont également été sous-utilisés. Là aussi, la désorganisation du soin a pénalisé les Français qui ont été moins soignés que les autres années.

Figure 33 – Évolution 2019/2020 du nombre de séjours en soins critiques



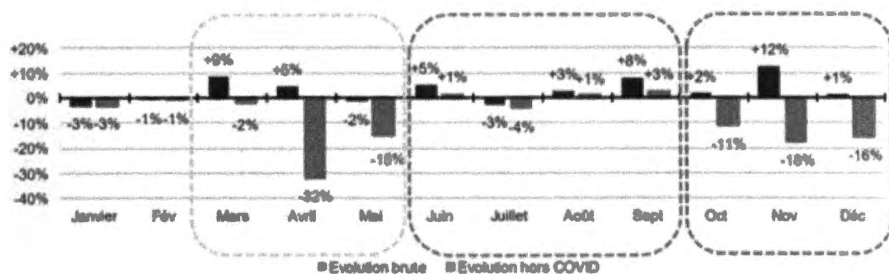
Source : Rapport d'analyse MCO de l'ATIH

h. L'activité Covid-19 de l'hôpital pour les réanimations : une augmentation en trompe-l'œil

La seule statistique qui a augmenté en 2020 concernant l'hôpital est celle du nombre de patients et de journées en services de réanimation. Tout le reste a baissé, y compris les autres soins critiques. Le nombre de séjours en réanimation a augmenté de 2,9 % par rapport à 2019. Il s'agit d'une

augmentation très faible, mais dans un contexte de déprogrammation et de non-prise en charge massive. Ainsi, les patients Covid-19 ont représenté 11 % des patients en réanimation et 19 % des journées de réanimation. Les mois de mars et de novembre 2020 ont connu respectivement des hausses de 9 % et 12 % des séjours en réanimation par rapport à l'année précédente (Figure 34).

Figure 34 – Évolution 2019/2020 du nombre de séjours en réanimation



Source : Rapport d'analyse MCO de l'ATIH

Pour analyser plus finement, il faut prendre en considération les changements importants réalisés à ces moments. Le rapport de la Cour des comptes sur les soins critiques¹ nous éclaire sur la situation réelle de ces services tout au long de l'année 2020 : « À compter de la mi-mars 2020 toutefois, une transformation très rapide et à large échelle de lits de soins critiques et la création ex-nihilo d'unités de réanimation éphémères ont fait passer le nombre de lits installés de 5 080 en mars à 10 133 le 15 mai, avant de redescendre à 8 320 lits le 15 juin 2020 ».

1. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-09/20210922-132-3-1-rapport-soins-critiques.pdf>

Ainsi, les mêmes lits comptés en 2019 en unités de soins continus ont été comptés en lits de réanimation en 2020, avec des patients Covid-19. Il est donc tout à fait normal d'observer une chute de l'utilisation des lits de soins continus et une augmentation de celle des lits de réanimation, puisqu'il y a eu un transfert entre les deux. Ainsi, le nombre de jours d'utilisation de lits de réanimation a augmenté de 10,5 % en 2020, par rapport à 2019, mais cette hausse est plus que compensée par la moindre utilisation des lits des services de soins continus (Figure 35). Ce transfert masque par ailleurs une sous-utilisation des capacités.

Figure 35 – Nombre de journées en soins critiques en 2019 et 2020

	Nombre de journées en service de soins critiques 2019	Nombre de journées en service de soins critiques 2020	Evolution nombre de journées en service de soins critiques (en %) 2019/2020	Evolution nombre de journées en service de soins critiques 2019/2020
Réanimation	2 267,7	2 505,1	+10,5%	237,4
Soins Intensifs	2 310,8	2 213,9	-4,2%	-97,0
Soins continus	3 852,9	3 533,7	-8,3%	-319,3
Total France Soins critiques	8 260,5	8 092,6	-2,0%	-167,9

Journées en milliers

Source : ScanSanté fiches de synthèse

Certes les soins en réanimation ont été plus nombreux en 2020 qu'en 2019 (+10,5 %), mais les médias ont entretenu une confusion entre une réelle saturation des capacités de réanimation et une augmentation de l'activité de réanimation juste parce que des lits de soins continus ont été requalifiés en réanimation.

Au bilan, il y a eu un transfert de lits entre les différents services de soins critiques, par ailleurs sous-utilisés dans l'ensemble comme nous l'avons constaté précédemment.

Le nombre de lits de réanimation a été doublé, principalement en changeant de catégorie des lits de soins continus. Cependant, l'utilisation réelle de ces lits n'a augmenté que de 10 %. Cela signifie que les capacités ont été bien trop agrandies par rapport aux besoins réels et donc qu'un bon nombre de ces lits sont en fait restés vides.

3. A-t-on réellement eu un déferlement de malades ?



a. Combien de malades ?

Rappelons pour commencer ce qui définit une épidémie : constater des malades. Prenons par exemple la définition du Larousse : *Le mot épidémie (du grec epi, sur, et dêmos, peuple, littéralement « qui circule dans le peuple ») qualifie soit l'apparition d'un grand nombre de cas d'une nouvelle maladie, soit l'accroissement considérable du nombre de cas d'une maladie déjà existante, dans une région donnée, au sein d'une communauté ou d'une collectivité. Les « cas d'une maladie sont les malades.* Il n'y a pas d'épidémie sans malades. Nous y reviendrons, mais compter un nombre de « tests positifs », quel que soit l'état de santé des personnes concernées, ne fait pas une « épidémie ». Nous avons vu précédemment que ni la mortalité, ni le nombre de personnes hospitalisées ne qualifient une quelconque épidémie dangereuse et mortifère en France en 2020 ou 2021. Des indicateurs du nombre de malades sont à notre disposition pour mesurer « l'épidémie de Covid-19 » et la comparer à ce qui est observé habituellement, notamment aux périodes identifiées comme « épidémie de grippe ».

Laurent Toubiana a détaillé dans son livre *Covid-19, une autre vision de l'épidémie* l'histoire de la mesure des

épidémies en France, en particulier le recueil de données du Réseau Sentinelles. Nous bénéficions avec ce réseau d'une expérience et d'une expertise de près de 40 ans pour mesurer les épidémies dans notre pays. Expertise dont ni le gouvernement, ni les médias n'ont jamais souhaité se saisir, cette dernière n'étant pas suffisamment alarmiste probablement. Rappelons que le gouvernement a fait son possible pour dissuader les Français de consulter leur généraliste, en demandant par exemple aux malades de simplement rester chez eux et de ne se rendre à l'hôpital qu'en cas de suffocation. Au chapitre précédent, nous avons vu que les hôpitaux français n'ont pas du tout débordé sur la période. Ils sont même restés à moitié vides. Sans constater de raz-de-marée, il convient alors de s'intéresser aux données des généralistes pour retrouver notre « vague ».

Le laboratoire dirigé par Laurent Toubiana, l'Irsan, met à disposition les nombres de malades de la grippe et de la Covid-19, remontés par les réseaux Sentinelles et SOS Médecins depuis dix ans¹. Le nombre de malades diagnostiqués Covid-19 par le Réseau Sentinelles (Figure 36) en France métropolitaine en une semaine n'a jamais atteint 150 pour 100 000 habitants. Par comparaison, pendant l'hiver 2014-2015, le nombre de malades de la grippe a atteint plus de 830 pour 100 000 habitants, près de six fois plus.

Le constat est identique avec les données de SOS Médecins (Figure 37) : le nombre d'actes médicaux avec un diagnostic de suspicion Covid-19 n'a jamais dépassé 140 pour 100 000 habitants en une semaine,

1. https://covid.irsan.eu/fr/script/covid/evolution_saisonniere

Figure 36 – Comparaison Covid-19/grippe en une semaine par Sentinelles

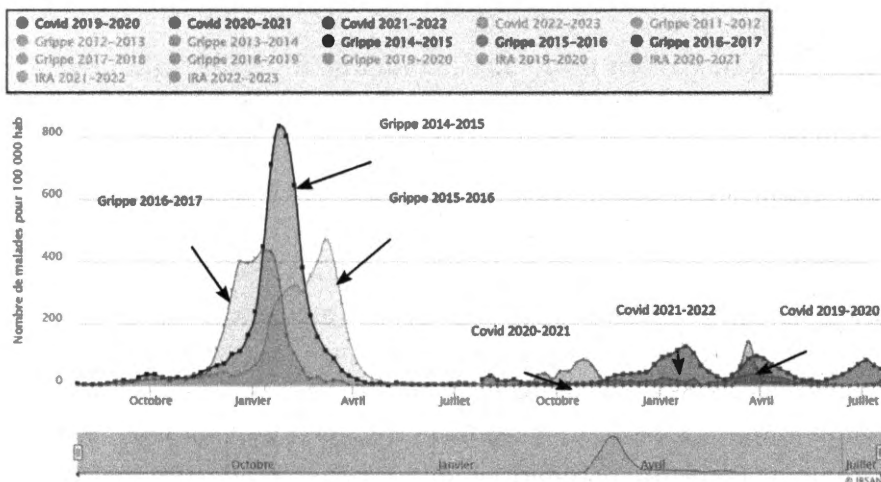
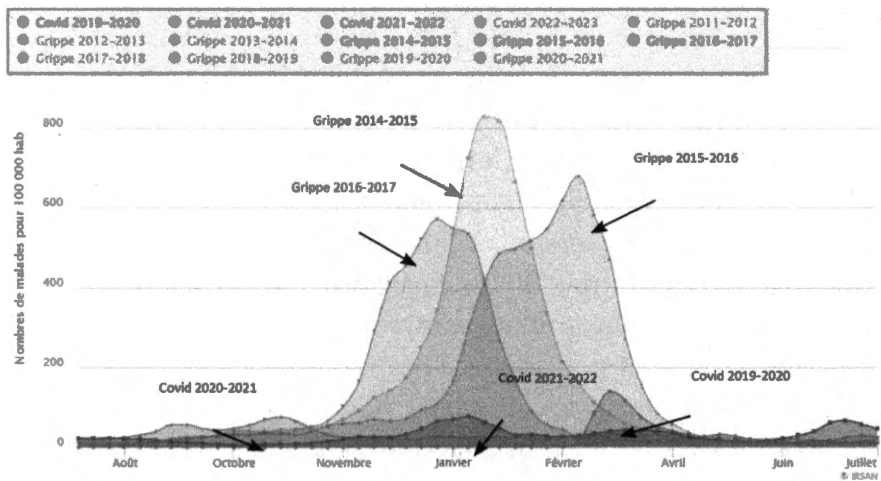


Figure 37 – Comparaison Covid-19/grippe en une semaine par SOS Médecin



alors que les diagnostics de grippe ont dépassé 800 pour 100 000 habitants pendant les saisons 2014-2015 et 2018-2019.

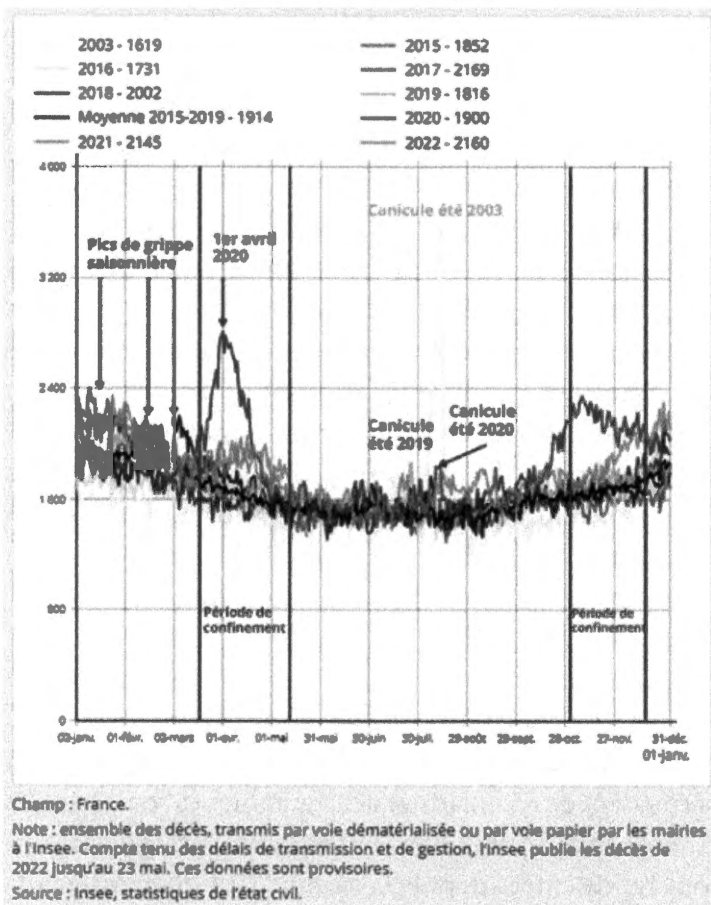
Nous avons donc une « épidémie mortelle » qui ne parvient pas à faire dépasser à notre vieux pays le niveau de mortalité standardisé de 2015, qui ne sature pas les hôpitaux, bien au contraire puisqu'ils sont restés à moitié vides pendant les confinements, et dont le nombre de malades enregistrés par les médecins est nettement inférieur à ce qui est enregistré habituellement pendant les périodes dites « grippales » en hiver.

La grande nouveauté de 2020 c'est d'avoir créé et maintenu une psychose à un très haut niveau grâce à une nouvelle arme destinée à faire peur : le test Covid-19. Avec ce test, la « maladie mortelle qui sature les hôpitaux » rôde partout, sans avoir besoin de morts, ni d'hôpitaux saturés (enfin pas plus que d'habitude), ni même de malades.

b. Petit retour sur la mortalité

Nous venons de voir que les hôpitaux n'ont pas connu la saturation annoncée et que le nombre de malades remonté par les réseaux de médecine de ville est finalement très faible sur la période. Nous avons également vu en première partie que, sur l'année et en faisant l'effort de standardiser, la mortalité est finalement restée à un niveau bas. Ces résultats sont en contradiction avec le discours médiatique et politique, ce qui n'est pas étonnant au demeurant, mais, ce qui est plus choquant, c'est qu'ils sont en contradiction également avec les publications d'instituts sérieux comme l'Insee. Dans sa synthèse pluriannuelle de

Figure 38 – Décès quotidiens en France par année



la mortalité¹, l'Insee propose un graphique superposant les décès quotidiens depuis plusieurs années (Figure 38). C'est l'une des seules publications de l'institut qui propose une rétrospective sur plus d'années que les seules 2018 et 2019, records de mortalité basse.

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4931039?sommaire=4487854>

Ce graphique comporte cependant plusieurs choix qui orientent la lecture et mettent en avant le résultat voulu.

- Les morts sont représentés par une courbe, mettant l'accent sur les variations d'un jour à l'autre, alors que le nombre de décès est la surface sous la courbe;
- l'axe des abscisses est l'année civile 2020, coupant en deux les fortes mortalités hivernales habituelles et laissant seules les hausses de l'année;
- tous les âges sont mélangés laissant croire à des hausses de mortalité touchant toute la population plutôt que les seules tranches d'âge concernées;
- et surtout, les décès ne sont pas standardisés, ce qui conduit à croire à une surmortalité 2020 bien plus forte qu'en 2015 alors que les populations de personnes âgées sont très différentes.

Grâce aux données mises en ligne sur les décès à l'état civil¹ et les populations par âge estimées par l'Insee, nous pouvons calculer le nombre de décès quotidiens standardisés permettant de reconstruire deux graphiques respectant les critères de comparabilité. Sur les graphiques, huit saisons sont représentées depuis la saison 2014-2015 jusqu'à la saison 2021-2022. Les cinq saisons intéressantes sont colorées et les autres laissées en gris.

- En colorant l'aire sous la courbe, on observe mieux l'impact négligeable des variations hivernales sur la mortalité totale;

1. <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/fichier-des-personnes-decede/>

- en découpant les saisons du 1^{er} juillet au 30 juin de l'année suivante, les hausses de mortalité hivernales ne sont pas scindées en morceaux;
- en séparant les moins de 65 ans des plus âgés, on observe une forte différence de hausses de mortalité entre ces deux populations;
- en standardisant, on compare ce qui est comparable d'une année sur l'autre.

Ainsi, les moins de 65 ans (Figure 39) ne sont pas concernés par une hausse de mortalité exceptionnelle au regard des années précédentes. Le nombre de décès est bas toute la saison 2019-2020 sauf à la fin mars où il atteint ce qui est observé habituellement plus tôt dans l'hiver. Cette hausse ne concerne d'ailleurs que les plus âgés de cette tranche d'âge.

Figure 39 – Décès quotidiens par saison des moins de 65 ans, standardisés

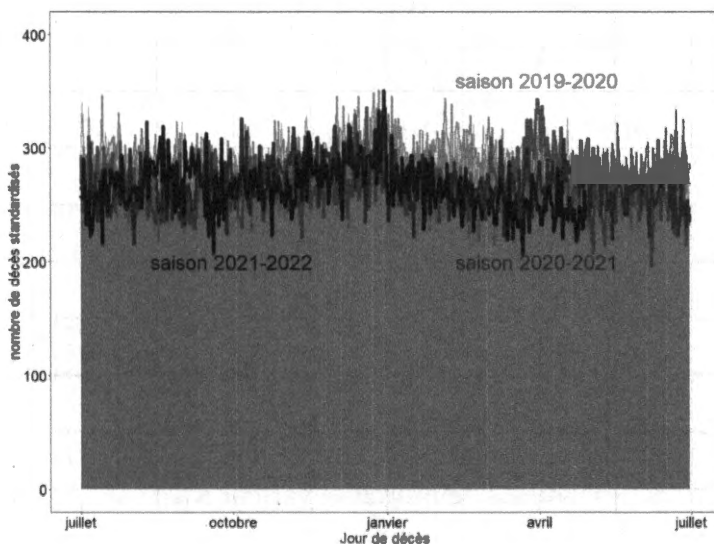
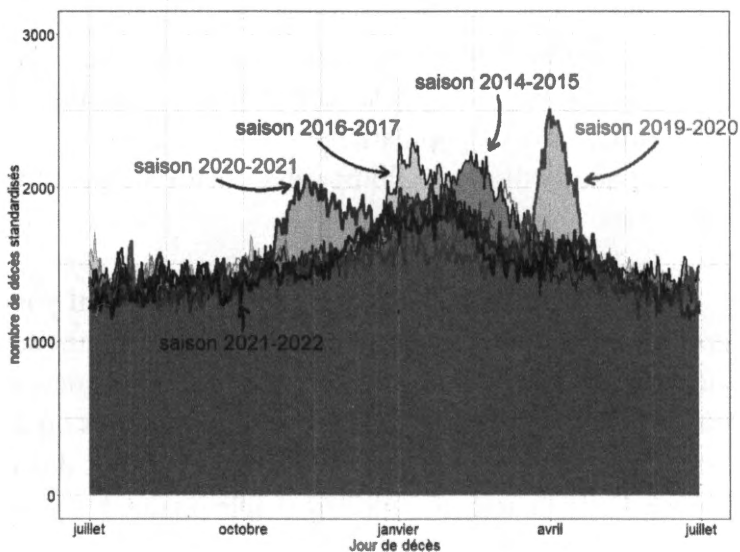


Figure 40 – Décès quotidiens par saison des plus de 65 ans, standardisés



La tranche d'âge des plus de 65 ans connaît des périodes de hausse de mortalité visibles chaque année (Figure 40). Ces dernières ont lieu pendant les périodes hivernales dites d'épidémie grippale. Ce graphique permet de voir que l'année 2020 est concernée par deux saisons de hausse de mortalité :

- la première avec une forte hausse, relativement courte, en mars-avril 2020 tardivement à la fin de la saison hivernale 2019-2020 ;
- la seconde d'octobre à décembre 2020 précocement au début de la période hivernale de hausse de mortalité de la saison 2020-2021.

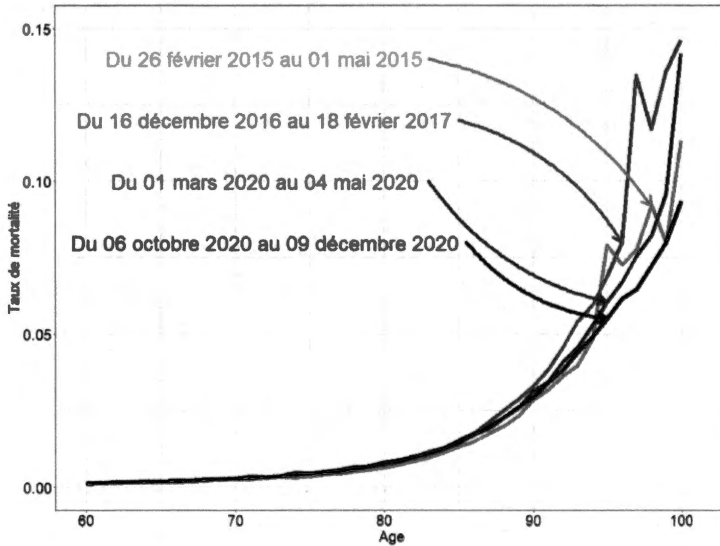
Cette observation permet de réaliser que les calendriers des hausses de mortalité varient d'une année sur l'autre. Les Français n'ont pas le bon goût de commencer

à décéder toujours à la même date. Ainsi, en utilisant les années calendaires au lieu des saisons, on grossit artificiellement le résultat de la mortalité lorsqu'une saison de « mortalité hivernale » finit tard une année et démarre tôt l'année suivante (comme en 2020), ou inversement. De plus, cela rend absurde la pratique consistant à « sommer » les « décès Covid-19 » d'une année sur l'autre. Il y a de la saisonnalité dans les phénomènes de mortalité. Jamais les « décès grippe » n'ont été additionnés sur des périodes plus longues que la saison. Ajoutons que les « décès grippe » du mois de décembre 2014 sont additionnés à ceux du mois de janvier 2015 et pas ceux du mois de janvier 2014.

Nous venons d'observer que les périodes de hausse de mortalité peuvent être plus ou moins longues et les pics plus ou moins hauts. Pour mesurer la mortalité pendant les périodes dites « d'épidémie » d'une année sur l'autre, calculons les taux de mortalité pour chaque âge pendant ces périodes. Nous avons choisi une période de 65 jours autour du pic de décès (Figure 41). Les différences de taux de mortalité sont quasiment imperceptibles avant 80 ans. Enfin, malgré le « pic » de décès observé au printemps 2020, les taux de mortalité par âge sont sensiblement plus bas que pendant la période dite « grippale » de même durée en 2016-2017. Même au plus fort de la « crise Covid », il n'y a pas eu d'hécatombe en France, à condition de bien vouloir comparer des éléments comparables.

Toutefois, il n'est absolument pas logique d'avoir observé en mars-avril 2020 d'une part un nombre extrêmement faible de personnes déclarées malades par des médecins et une non-saturation hospitalière, et d'autre part un nombre de décès au niveau des hivers

Figure 41 – Taux de mortalité par âge, par saison



les plus rudes de ces dernières années. Il convient de se rappeler que l'année 2020 a été l'occasion de nombreuses « mesures exceptionnelles ». Or, si, lors d'un événement, des mesures sont prises et que l'on constate une mortalité anormale, il n'est pas possible de distinguer d'emblée la hausse (ou baisse) de mortalité imputable à l'événement de celle imputable aux mesures. Le chapitre 6 détaillera précisément les vies perdues à la suite de la mise en place de ces dernières.

c. Malade ou cas positif Covid-19?

Le nombre de malades remonté par les médecins n'a jamais été mis sur le devant de la scène depuis le début de la crise Covid-19. Ce nombre particulièrement faible n'aurait jamais permis de déclencher la psychose que

nous avons vécue. La préférence des politiques et des médias s'est très rapidement tournée vers le nombre de « cas positifs Covid-19 ».

Un « cas positif Covid-19 » n'est pas un malade, mais une personne qui a été « testée » et dont le résultat du test est positif. Certaines personnes malades ont un test positif. Beaucoup de personnes parfaitement saines ont un test positif. D'autres personnes malades ont un test négatif. Il y a eu tellement de tests réalisés depuis deux ans que tout le monde a pu observer qu'il n'y a pas de lien systématique, ni même évident, entre le résultat d'un test et le fait d'être malade.

Les tests en question sont les tests RT-PCR (*Real Time - Polymerase Chain Reaction* ou Amplification en Chaîne par Polymérase en Temps Réel). Ces tests sont issus d'une méthode inventée en 1983 par le prix Nobel Karry Mullis, permettant d'amplifier en grand nombre une séquence d'ADN ou d'ARN de façon à pouvoir la détecter. Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit de détecter l'inobservable, ce qui est toujours imparfait.

Un test RT-PCR cherche à montrer si le bout d'ADN qui a été construit en laboratoire et qui sert d'amorce est présent dans l'échantillon prélevé sur un individu. Nous venons de voir qu'il y a une part d'incertitude sur le résultat, liée à la nature même de ce test. Mais en outre, nous n'avons toujours pas commencé à parler de malades. Le test ne montre que la présence d'un bout d'ADN dans l'échantillon : il ne détermine pas si la personne est malade, notamment de la pathologie appelée « Covid-19 » attribuée au « virus SARS-CoV-2 ». La séquence génétique du virus a été mise en ligne le 7 janvier 2020 par un laboratoire

chinois¹. L'OMS explique que ce virus est à l'origine d'une pneumopathie détectée sur 44 malades de Wuhan depuis fin décembre 2019². Cette période correspond à des pics de pollution aux particules fines PM2.5 (particules d'un diamètre inférieur à 2.5 microns)³, comme chaque année à Wuhan. Ces particules sont connues depuis longtemps comme engendrant des problèmes respiratoires⁴. Elles sont d'ailleurs précisément surveillées pour cette raison. Une forte concentration entraîne des recommandations de prudence à la population. Malgré ces évidences, le virus est le seul coupable qui sera retenu à ce moment-là. Dès le 21 janvier, un article a été soumis à Eurosurveillance pour proposer une méthode de test RT-PCR. Il est publié dès le 23 janvier 2020⁵. La vitesse inhabituelle de cette décision de publication, assortie d'un certain nombre de conflits d'intérêts, a été dénoncée par un groupe de chercheurs internationaux le 7 novembre 2020⁶. Leur texte dénonce à la fois le protocole proposé pour les tests, qui engendrera un grand nombre de faux positifs, mais également le fait que le test se base sur une « séquence théorique » mise en ligne par le laboratoire chinois et non pas sur du véritable matériel génétique.

Les tests dépendent en effet des amorces réalisées à partir d'une base de données en ligne. Il faut donc supposer que la séquence mise en ligne par le laboratoire chinois

1. <https://virological.org/t/novel-2019-coronavirus-genome/319>

2. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf>

3. <https://aqicn.org/city/wuhan/>

4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4740125/>

5. <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045>

6. <https://cormandrogenreview.com/report/>

est bien celle d'un virus responsable de difficultés respiratoires graves.

La plupart des techniques de séquençage utilisent elles-mêmes la RT-PCR¹. Il s'agit donc de prendre un échantillon et de vérifier si le morceau d'ADN recherché se trouve dans l'échantillon. La méthode n'étant pas parfaite, les tests sont réalisés plusieurs fois de façon à avoir une probabilité statistique de présence. La répétition de cette méthode sur un grand nombre d'amorces permet de déterminer la présence d'un grand nombre de morceaux d'ADN. Évidemment, on ne trouve que ce que l'on cherche. Si le laboratoire a déjà une idée, il crée les amorces spécifiques à ce qu'il est en train de chercher. La méthode consistant à se servir de séquences déjà connues pour créer des amorces est appelée « reséquençage ».

Les morceaux d'ADN trouvés sont ensuite recollés. Des logiciels sont spécialisés pour cette opération. Le laboratoire chinois ayant déclaré avoir découvert le « nouveau coronavirus » a utilisé deux logiciels de recollage de morceaux, Trinity et Megahit². Tous deux n'utilisent pas le même algorithme. Le premier a « réussi » à trouver une chaîne au maximum de 11 760 nucléotides et seul le deuxième, avec des critères de décisions différents, est parvenu à recoller 30 474 nucléotides formant ainsi la chaîne qui sera ensuite appelée « le virus SARS-CoV-2 ». Non seulement l'ensemble des étapes préalables à ce recollage amène un certain nombre d'incertitudes, mais en outre, le choix de la méthode de recollage est déterminant. Finalement, selon ce premier papier, l'existence même du virus du

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7147846/>

2. <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2008-3>

SARS-CoV-2 tient à l'ensemble des étapes de préparation, à la qualité du comptage et au choix du logiciel.

Nous sommes donc confrontés à plusieurs limites de certitudes. L'infiniment petit n'étant pas observable, la RT-PCR a été proposée pour le démultiplier et le rendre détectable. La découverte de ce procédé permet de nombreuses applications pour faire de la recherche, donc pour se poser des questions, tout en étant conscient des limites du procédé. Les milliards de chaînes de nucléotides disponibles ne peuvent pas être collées une à une par des chercheurs en un temps raisonnable : l'informatique permet de démultiplier l'opération de collage. Pour utiliser la puissance de l'informatique, on écrit un algorithme, c'est-à-dire un ensemble de règles qui définissent les morceaux que l'on pense pouvoir coller et dans quel ordre. Un algorithme transporte avec lui toutes les erreurs, biais et imperfections que son créateur a mis dans ses règles. Il les répète des milliards de fois, et, contrairement à l'humain, n'apprend rien. Découvrir que deux logiciels ne donnent pas le même résultat est normal puisqu'il s'agit de choix qui sont tous discutables. En revanche, il est intéressant de remarquer que les règles algorithmiques du logiciel Trinity ne permettent pas d'affirmer que la chaîne du virus du SARS-CoV-2 existe dans l'échantillon.

Dans le cas d'une pathologie, par exemple une infection respiratoire qui toucherait des patients chinois, si un laboratoire décide de faire du reséquençage pour savoir quel « nouveau coronavirus » est statistiquement lié à la maladie, il risque de choisir naturellement des morceaux d'ADN à recoller dans le bon sens pour appuyer sa certitude initiale. Sur l'énorme nombre de séquences génétiques présentes dans les échantillons prélevés sur

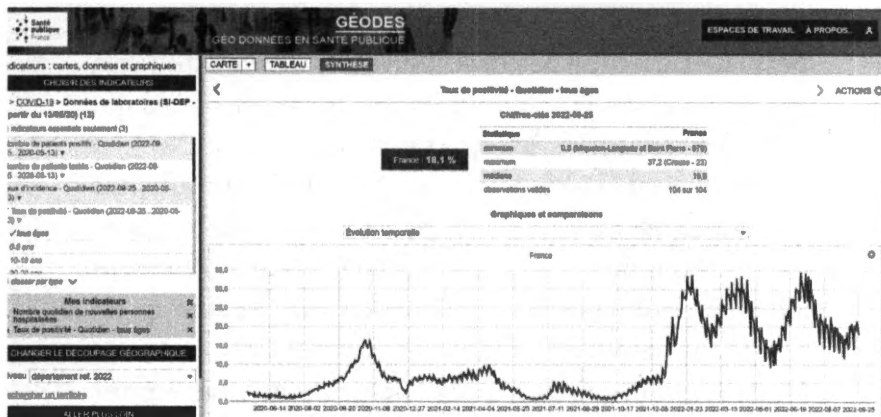
des humains, on risque d'en trouver toujours une plus souvent présente que les autres qui correspond à ce que l'on cherche. Si les chercheurs prennent pour présupposé que toute maladie est liée à un virus dont il faut déterminer la séquence en testant les séquences préexistantes et en intégrant des variations, ils réussiront toujours à trouver un élément dans ce sens. Si en outre les chercheurs sont persuadés de chercher un « nouveau virus SARS », cela arrêtera leur choix d'interprétation sur les éléments qui viendront confirmer leur présupposé.

Ce « biais de confirmation » est à plein régime depuis deux ans. Tout malade étant supposé « infecté par le virus », lorsque les morceaux d'ADN ne collent pas exactement aux amorces de la séquence initiale, on suppose alors qu'on assiste à la naissance d'un virus « variant » ou « mutant ». Nous assistons alors à une course à la notoriété pour découvrir en premier le nouveau variant et ainsi entretenir la machine médiatico-politique. Cette course est bien évidemment entretenue par les appétits financiers des laboratoires, qui doivent absolument rester sur le devant de la scène. Évidemment, la recherche des « nouveaux variants » vient s'ajouter à celle des anciens dans les tests Covid-19. Dès lors, le taux de positivité augmente au gré de l'augmentation du spectre de la recherche. Tout bêtement, plus le nombre de séquences recherchées est important et plus la probabilité d'avoir un test positif est grande. On assiste alors à une « nouvelle vague » avec une « augmentation du taux de positivité » à chaque fois que les tests évoluent¹. Le maximum a été atteint depuis

1. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&i=sp_mutations_7j.nb_crib&s=2021-12-28-2022-01-03&t=a01&view=map1

l'introduction du fameux « variant omicron » grâce auquel, en France, 30 % des tests sont devenus positifs, permettant à la beaucoup de gens d'obtenir une semaine de congé et une rallonge de passe sanitaire (Figure 42).

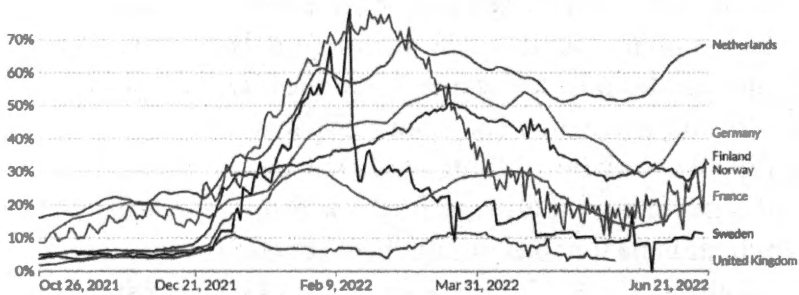
Figure 42 – Taux de positivité quotidiens des tests Covid-19



Le cas de la France n'est pas isolé. Les nouveaux tests ont engendré des taux de positivité supérieurs à 50 % dans beaucoup de pays¹, et même jusqu'à plus de 70 % dans ceux du nord de l'Europe (Figure 43). C'est à se demander si ce test ne permet pas plutôt de détecter de l'ADN de morve humaine qu'un vilain pathogène.

Les tests Covid-19 sont donc, au mieux, une indication de la présence d'un bout d'ADN correspondant à un morceau d'une séquence « de virus », elle-même déterminée

1. <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=2020-03-01..latest&facet=none&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=Share+of+positive+tests&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=CAN~DEU~BEL~FRA~NLD~NOR~SWE~FIN>

Figure 43 – Taux de positivité quotidien Covid-19 par pays

Source: Official data collated by Our World in Data
 Note: Our data on COVID-19 tests and positive rate is no longer updated since 23 June 2022.

CC BY

en collant bout à bout des morceaux d'ADN, eux-mêmes issus d'autres séquences déjà connues. Il faut ajouter à cela qu'on suppose que cette séquence ADN serait la cause d'une infection respiratoire, car il y aurait eu un lien statistique entre la séquence et la pathologie chez les premiers malades chinois. Nous sommes censés admettre pour ce dernier point que tous les humains ressemblent de très près aux premiers malades chinois.

Il ne s'agit pas de jeter à la poubelle la méthode RT-PCR, qui permet de faire de la recherche en évaluant la présence de molécules que l'on ne saurait identifier sinon. Il faut cependant réaliser le niveau d'incertitude et l'ensemble des présupposés (des dogmes ?) sur lesquels ont été basés les refus de soins, les privations de liberté, les interdictions de circuler, la destruction des économies, la suspension de l'enseignement et l'annihilation des relations sociales.

Au mois de décembre 2021, l'IHU de Marseille a publié une nouvelle étude¹ comparant les résultats de tests

1. <https://cogentoa.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22221751.2021.2008776>

RT-PCR à la mise en culture et au caractère « symptomatique » des patients. Cette étude a confirmé sur 6700 échantillons qu'un test RT-PCR positif au-delà de 30 CT (le nombre de cycles nécessaires pour que le test soit positif) n'est majoritairement pas confirmé par la mise en culture (appelée isolation). Cette étude sur un grand nombre d'échantillons montre que les deux techniques de détermination ne sont pas parfaitement cohérentes dans leurs résultats : un test RT-PCR positif à 10 CT (considéré comme une charge virale énorme) peut avoir un test de mise en culture négatif. Inversement, un PCR 35 CT peut donner un test de mise en culture positif. L'IHU montre une fois de plus qu'il n'y a pas le moindre sens à se baser sur des résultats de tests pour déterminer la présence d'une séquence pour chaque individu. Les tests ne peuvent être utilisés que dans le cadre d'études statistiques.

En outre, l'étude montre que les asymptomatiques ont une charge virale bien plus élevée que les symptomatiques (CT plus petit) et que les tests de mise en culture sont plus souvent positifs chez les asymptomatiques. Cette étude montre une fois de plus que la séquence recherchée ne correspond à aucune définition d'un pathogène.

Au passage, l'étude montre que les vaccinés contre la Covid-19 sont plus souvent positifs aux tests de mise en culture et ont des CT plus bas que les non-vaccinés. Il n'y a donc aucune trace d'un effet protecteur vaccinal. Nous reviendrons en détail sur l'efficacité vaccinale au Chapitre 7.

d. L'épidémie sans malade

En mars et octobre 2020, il y a vraiment eu des hausses du nombre de malades relevés par les médecins (même

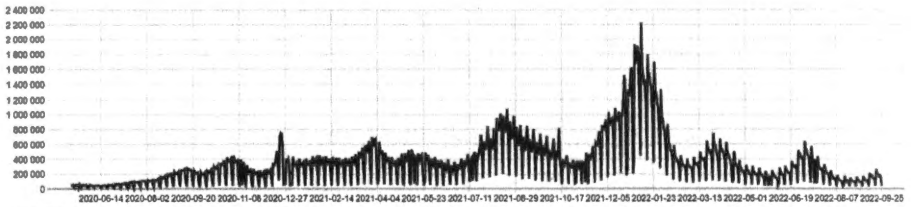
si elles sont très faibles) et de décès (du même ordre que les hausses hivernales de ces dernières années). Pour le moment, nous n'avons toujours pas étudié le lien de causalité entre le « virus du SARS-CoV-2 » et ces hausses. Des mesures extrêmement contraignantes ont été imposées à l'ensemble de la population à ces périodes et il conviendra de tenter d'évaluer leurs effets sur le nombre de malades et de décès pour savoir si la thèse du « virus tueur qui se propage » tient la route. C'est l'objet d'un chapitre ultérieur.

À l'été 2021 en revanche, une nouvelle étape a été franchie avec le passe sanitaire. Les Français, en particulier les non-vaccinés, sont censés se tester à tout bout de champ. Un test Covid-19 négatif permet alors à toute personne d'être déclarée saine et non contagieuse, même si elle est gravement malade. À l'inverse, une personne en parfaite santé sera considérée malade et contagieuse si elle a un test positif. Elle sera même considérée « guérie » de sa non-maladie si elle justifie d'un test négatif 15 jours plus tard.

Nous pouvons suivre le nombre de tests réalisés et positifs en France à partir du site Géodes¹. On constate qu'à partir du 12 juillet 2021, le nombre de tests réalisés en France explose (Figure 44). Le million de tests en une seule journée est franchi le 13 août 2021, alors que nous sommes alors en plein été et qu'aucune épidémie d'infection respiratoire n'a jamais eu lieu en France l'été.

1. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&f=0&ci=sp_jour.t&s=2022-06-12&t=a01&view=map2

Figure 44 – Nombre de tests quotidiens Covid-19 réalisés en France



Chacun peut consulter les statistiques du réseau Sentinelles¹ qui n'a relevé aucune épidémie à l'été 2021 (Figure 45).

Figure 45 – Taux d'incidence des infections respiratoires aiguës en France

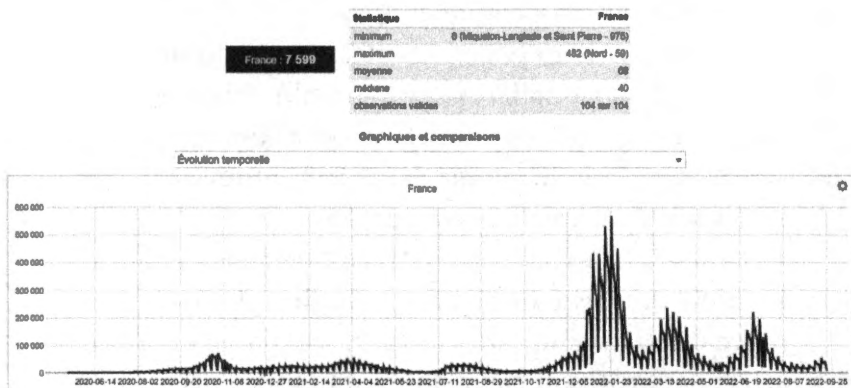


Le nombre de décès (Figure 38, page 113) est resté lui aussi complètement normal sur la période.

Le fait de tester massivement les Français entraîne nécessairement une hausse du nombre de tests positifs (Figure 46). **Tout l'été la France comptabilise entre 10 000 et 35 000 tests positifs tous les jours, encore une fois sans hausse de nombre de malades, ni progression de la mortalité.**

1. <https://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=maladies&mal=25>

Figure 46 – Nombre de tests positifs quotidiens en France



Cette vague de tests, et donc de tests positifs, a été appelée la « 4^e vague ». Elle est totalement artificielle. À partir de cette date, la nouvelle politique sanitaire de la France n'est plus contestable : il ne s'agit plus de soigner les gens et de gérer des malades, mais de faire baisser des indicateurs.

Cette hausse artificielle du nombre de tests positifs augmente nécessairement le nombre de patients déclarés Covid-19 à l'hôpital. En effet, plus de 11 millions de Français se rendent à l'hôpital chaque année. Rappelons qu'un décès sur deux se produit à l'hôpital, qui enregistre donc 300 000 décès tous les ans. Tester tout le monde en permanence va nécessairement augmenter le nombre de patients arrivant ou mourant à l'hôpital étiquetés Covid-19. Cela ne veut pas dire que la cause de l'entrée à l'hôpital est la Covid-19. Cela signifie juste que parmi toutes les personnes qui se rendent à l'hôpital, pour n'importe quelle raison, un certain nombre d'entre elles ont été testées positives à la Covid-19. Dans les statistiques, une personne qui se casse le col du fémur et qui fait un test positif en entrant à l'hôpital est déclarée « Covid-19 ».

D'après les statistiques de l'ATIH (chapitre 2), environ un patient sur cinq étiqueté « Covid-19 » à l'hôpital en 2020 n'est pas venu pour une infection respiratoire. Les statistiques hospitalières sur le nombre de personnes étiquetées Covid-19 sont avant tout la conséquence du fait de tester tout le monde et ne peuvent révéler à elles seules une épidémie ou sa propagation.

La « 4^e vague » de l'été 2021 s'est arrêtée lorsque les Français ont cessé de se faire tester tous les jours, soit parce qu'ils se sont fait vacciner, soit parce qu'ils ont arrêté de sortir, soit parce qu'ils ont été positifs une fois et peuvent alors justifier d'une « guérison », sans jamais avoir eu le moindre symptôme.

Pour relancer la machine de la peur et pousser à la vaccination des enfants, le gouvernement a décidé de forcer les élèves à se tester régulièrement depuis la rentrée de la Toussaint 2021. Évidemment, l'augmentation du nombre de tests a augmenté le nombre de tests positifs, ce qui a permis de pousser à la vaccination des plus jeunes sans même avoir besoin de trouver des malades. Le Conseil Scientifique et le gouvernement ont même prévu que l'hiver serait extrêmement « difficile » malgré 90 % de la population doublement vaccinée (c'est dire la confiance qu'ils ont dans les vaccins, nous y reviendrons). Le « nouveau variant Omicron » a permis d'affirmer que deux doses de vaccins ne seraient pas suffisantes, qu'il faudrait une 3^e dose et d'imposer que tous les habitants se fassent tester avant d'avoir des relations sociales. À partir de la mi-décembre, le million de tests a été franchi presque quotidiennement et, dès le 23 décembre, 1,5 million de tests ont été réalisés chaque jour jusqu'au 1^{er} janvier. Le nombre de « cas positifs » a franchi les 50 000 par jour dès

Figure 47 – Part des tests réalisés selon la positivité et le caractère symptomatique de la personne testée

	Part de tests positifs symptomatiques	Part de tests négatifs symptomatiques	Part de tests positifs asymptomatiques	Part de tests négatifs asymptomatiques
2021	3,6%	9,2%	4,3%	82,8%
mai	1,7%	8,8%	2,5%	87,0%
juin	0,6%	6,1%	1,2%	92,0%
juil	2,0%	6,0%	2,5%	89,6%
août	3,3%	6,2%	4,2%	86,3%
sept	1,6%	9,7%	2,4%	86,4%
oct	1,3%	10,1%	1,6%	86,9%
nov	4,1%	13,0%	4,1%	78,8%
déc	8,1%	12,7%	9,1%	70,1%
2022	14,7%	11,8%	13,8%	59,7%
janv	15,0%	12,1%	16,8%	56,1%
févr	12,3%	11,4%	12,9%	63,4%
mars	16,1%	13,1%	11,3%	59,5%
avr	19,1%	11,9%	13,8%	55,2%
mai	9,0%	8,9%	7,8%	74,4%
juin	8,2%	9,8%	6,7%	75,3%
Total	8,3%	10,3%	8,3%	73,1%

la mi-décembre pour atteindre le record de 100 000 le 23 décembre et jusqu'à 500 000 à la mi-janvier.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé nous permet de suivre au cours du temps la relation entre le fait d'avoir un test positif et le fait d'être malade¹. Deux périodes distinctes sont visibles (Figure 47). En 2021, nous l'avons dit, le taux de positivité (rapportant le nombre de tests positifs au nombre total de tests) a rarement dépassé les 5 %. Il n'est donc pas possible, sur la base de ces résultats, d'être certain que la chaîne ARN recherchée par les tests était présente quelque part. Ces résultats positifs peuvent tout à fait provenir de l'erreur de mesure. En outre, durant l'année 2021, les personnes testées positives

1. https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/covid-19-resultats-issus-des-appariements-entre-si-vic-si-dep-et-vac-si/export/?disjunctive.vac_statut

étaient majoritairement en bonne santé, on les a appelées pour le besoin de communication « asymptomatiques », remettant ainsi au goût du jour la célèbre formule du Docteur Knock « Tout bien portant est un malade qui s'ignore ». Parallèlement, les « enrhumés » (symptomatiques) étaient en grande majorité testés négatifs ! Il n'y a donc aucun lien statistique entre le test et la maladie. Lancer un dé à 10 faces et être déclaré positif sur le résultat « 1 » aurait donné le même résultat.

Dès le début de 2022, les nouveaux protocoles de tests ont fait exploser le taux de positivité aussi bien chez les malades que chez les bien portants. Cela revient à lancer le dé deux fois au lieu d'une seule. La positivité augmente d'une part du fait de l'introduction de la recherche du « variant omicron » comme partout, d'autre part de l'abandon de la confirmation par test PCR en cas d'un test antigénique positif¹. Cette deuxième mesure n'a pas été mise en place dans tous les pays, ce qui explique que les taux de positivité en Grande-Bretagne par exemple ne se sont pas autant envolés qu'ailleurs.

On observe également qu'à partir du mois de novembre 2021, la part de personnes testées présentant des symptômes (avec des résultats positifs comme négatifs) augmente : quand arrive l'hiver, il y a plus de maladies respiratoires qu'en été. Que ferions-nous sans la science ?

1. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs_urgent_2022-06_adaptation_doctrine_test-2.pdf

4. La bureaucratie sanitaire au centre de la fraude

*Chapitre écrit à l'aide de la recherche
documentaire de Jean-Luc Bozek*



Depuis deux ans, nous vivons sous une avalanche de chiffres. Tous ceux qui travaillent dans le domaine des statistiques connaissent des difficultés énormes pour rassembler des données afin de les étudier. En 2020, pour répondre au besoin de communication autour de l'état d'urgence sanitaire, nous avons découvert que tout l'attirail nécessaire à la récolte et à la consolidation des données était prêt. Différentes lois se sont succédé depuis les années 1980 pour informatiser l'hôpital de façon à permettre aux décideurs (notamment des professionnels de la politique financés par des banques et des laboratoires pharmaceutiques) de prendre le contrôle sur le soin. La mise en place de la tarification à l'acte (T2A) en a été le point d'orgue. Cette informatisation a permis à ceux qui écrivent les nomenclatures, notamment l'OMS, de contrôler entièrement les statistiques. Grâce à ces données statistiques, il est très facile de faire peur aux gens et de vendre les solutions aux problèmes qu'ils mettent en avant.

a. La prise de contrôle de l'hôpital

La tarification à l'activité¹ a été mise en place en France dans le cadre du plan Hôpital 2007, porté notamment par un certain Jean Castex, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. Ce changement est une complète révolution sur la manière d'envisager la prise en charge des patients. Les hôpitaux parlent désormais de « rentabilité ». On est passé de l'époque où un hôpital est présent sur un territoire pour répondre aux besoins potentiels d'une population à la période actuelle où un hôpital doit « vendre » des services « rentables » pour récupérer de l'argent. On dit que l'hôpital passe d'une logique de « moyens » à une logique de « résultats ». Cependant, il faut comprendre le terme « résultat » dans le champ lexical de la finance et pas dans celui de la médecine.

Pour faire simple, à partir de 1984 et jusqu'en 2007, les hôpitaux recevaient mensuellement une Dotation Globale de Fonctionnement (DGF) qui devait couvrir l'ensemble de leurs frais, comme cela se passe encore aujourd'hui pour les collectivités territoriales et de nombreux établissements publics. La DGF était reconduite d'une année sur l'autre (ajustée en fonction de l'évolution estimée du coût des soins).

Dès 1991, les hôpitaux furent obligés de renseigner informatiquement toutes leurs interventions sur le fichier du programme de médicalisation des systèmes

1. https://fr.wikipedia.org/wiki/Tarification_%C3%A0_l%27activit%C3%A9

d'information (PMSI)¹. Chaque séjour de chaque patient doit être enregistré selon son Groupe homogène de malades (GHM). Les GHM sont identifiés par un code alphanumérique combiné à un intitulé médical (exemple tiré de Wikipédia : GHM 08M04W « fracture de la hanche et du bassin avec CMA (Complication et Morbidité Associée) »). À l'origine, cette informatisation devait uniquement servir à mesurer l'activité pour vérifier l'adéquation entre les besoins et les ressources de l'hôpital. Dans la réalité, dès qu'une activité devient « fliquée » informatiquement, cela permet toujours à l'autorité d'en prendre un contrôle total. Cette prise de contrôle a eu lieu en 2007.

La DGF a été abandonnée avec la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007 et désormais, chaque GHM est associé à son pendant financier, le Groupe homogène de séjour (GHS), défini par l'Assurance maladie. Ainsi, chaque pathologie traitée par l'hôpital est plus ou moins « rentable ». À ces GHS peuvent s'ajouter des tarifs pour des prises en charge particulières lorsque les hôpitaux sont équipés de certains dispositifs (par exemple, les unités de soins critiques qui se décomposent en soins continus, soins intensifs et réanimations, ou encore les unités de soins palliatifs).

Cette double évolution, l'informatisation du parcours de soin et le changement de paradigme concernant les ressources de l'hôpital, a entraîné une réelle révolution.

1. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-pmsi>

b. L'informatisation pour uniformiser et contrôler le processus de soin

L'informatisation de tout le processus de soin a d'abord nécessité de faire « entrer » tous les actes médicaux « dans des cases ». L'informatique (comme la statistique) n'aime pas la liberté de décrire les événements. Chaque intervention doit forcément être reliée à un code, donc correspondre à une définition précise, même si chaque être humain est différent et chaque pathologie différente. Tous les actes médicaux ont été regroupés dans des GHS. Nommer les choses, c'est leur donner une existence. Leur donner une existence, c'est pouvoir les compter. Pouvoir les compter, c'est leur donner de l'importance. Forcer tous les hôpitaux à entrer dans cette logique a changé la manière d'appréhender le soin. Il ne s'agit plus de traiter un patient, mais une pathologie qui se trouve dans une case, avec éventuellement des comorbidités associées. La complexité de l'histoire qui amène une personne à l'hôpital, son âge, son poids, ses antécédents, l'évolution de son état, s'en trouvent alors réduits à un ensemble de cases.

Au terme d'une hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), un recueil synthétique d'informations est produit : le résumé de sortie standardisé (RSS). Les informations administratives et médicales contenues dans le RSS sont codées. Les nomenclatures utilisées pour le codage des informations médicales sont la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les « diagnostics » (les motifs de soins) et la Classification commune des actes

médicaux (CCAM) de la Haute autorité de la santé (HAS) pour les actes. Le classement de chaque séjour hospitalier dans un GHM résulte de l'application d'un algorithme¹ sur ce codage. L'ensemble des règles de l'algorithme est inscrit dans un module logiciel nommé fonction groupage.

Ainsi, depuis 40 ans, l'OMS et la HAS, deux organismes dont les conflits d'intérêts avec les laboratoires pharmaceutiques sont publics et documentés, pilotent la définition, et donc la reconnaissance, des pathologies comme celle des actes médicaux. Pour utiliser une comparaison bien connue, dans un sondage biaisé, le sondeur ne vous laisse que les options de réponses qui l'arrangent. De la même manière, les cases de la Classification internationale des maladies vont permettre de forcer la reconnaissance et le comptage de certaines maladies.

c. Le dévoiement du système de santé

Une fois l'hôpital français soumis à la dictature du code à partir des années 80, il ne restait plus qu'à finir la révolution en instaurant la tarification à l'acte. Il s'agit bien d'un acte de corruption puisqu'à partir de 2007, toute décision médicale se fera au regard de ce qu'elle va rapporter à l'hôpital. Cette corruption a été détaillée dans un article du sociologue Pierre-André Juven : *Produire de l'information hospitalière*².

1. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bos/2021/2021.5bis.vol3.BOS.pdf>

2. <https://www.cairn.info/revue-anthropologie-des-connaissances-2013-4-page-815.htm>

On peut y lire dès la première page de résumé :

Nous observons ici comment des techniciennes de l'information médicale transforment les dossiers patients en dossiers médico-économiques et comment cette action technique de traduction et d'accumulation participe d'un mode de gouvernement à l'hôpital.

Cette étude démontre bien que derrière ce qui peut s'apparenter à une simple « remontée d'informations » se dissimule un mode de gouvernance. Cette gouvernance a pu être mise en place en ne confiant pas l'activité de codage à des médecins, mais à des gestionnaires travaillant dans les services de l'information médicale ou département d'information médicale (DIM).

Comme nous en avons déjà parlé, ce transfert de compétence de description d'une pathologie, n'est pas neutre. Il a fait glisser la description des hospitalisations du langage médical vers un langage de gestion. Les médecins et les gestionnaires parlent bien deux langages différents. Les gestionnaires sont censés traduire les lettres de sorties des médecins en codes de gestion.

Cependant, les lettres de sorties des médecins sont écrites pour mieux soigner les patients, alors que les codes de gestion sont l'élément essentiel qui fait vivre l'hôpital en lui rapportant de l'argent. Le fait d'avoir imposé la tarification à l'acte implique que le codage est plus important pour le devenir de l'hôpital que la description médicale concernant le patient. Le fait d'essayer de faire coller la nomenclature des codes des GHM à la réalité médicale ne se fait pas en modifiant les codes, mais en poussant les médecins à modifier leurs comptes-rendus pour les faire entrer dans les bonnes cases. Au demeurant, c'est toujours dans ce sens-là que se passe l'informatisation

d'un processus. Les médecins sont en permanence « sensibilisés » par les gestionnaires lors de rencontres, de réunions, pour les pousser à adopter le langage de codification.

Le fait de contenir l'information médicale dans un seul diagnostic principal a été vivement critiqué et des directeurs d'hôpitaux ont proposé des alternatives. La mission PMSI a choisi d'ignorer ces alternatives préférant la standardisation de l'outil à une meilleure approche de la réalité. C'est bien l'outil mis en place pour des raisons de financement qui a gagné devant la réalité médicale. En plus de cette simple idée de réduire l'information médicale à une nomenclature interviennent des considérations stratégiques pour déclarer tous les éléments qui pourront faire gagner de l'argent à l'hôpital. Rappelons à ce stade que nous parlons bien d'argent public, en provenance directe de nos impôts.

La priorité pour l'hôpital est aujourd'hui de bien inscrire dans le dossier du patient tous les éléments qui rapportent de l'argent, c'est-à-dire qui seront facturés à l'Assurance maladie. Mais en plus de cette « optimisation », les gestionnaires font régulièrement face à des incertitudes, quand les patients viennent pour plusieurs pathologies à la fois par exemple. Le Diagnostic Principal choisi sera alors naturellement celui qui permet d'entrer dans le GHM qui rapporte le plus.

Le gouvernement français a très vite compris l'intérêt de cette codification et du nouveau système de tarification pour influencer les choix hospitaliers sans avoir à engager de débat scientifique. Il suffit de jouer sur les différentes tarifications pour inciter les hôpitaux à choisir certains traitements ou fonctionnements. C'est de cette manière

que les gouvernements ont favorisé la médecine ambulatoire plutôt que l'hospitalisation.

Un des membres du cabinet du ministre de la Santé du début des années 2000 Jean-François Mattéi, co-auteur de la réforme, explique très clairement que les tarifs sont adaptés pour inciter les hôpitaux à adopter les protocoles voulus par le ministère, sans jamais avoir besoin d'avoir à justifier ces choix. Il s'agit d'un pilotage insidieux de la santé.

Ainsi, toutes les statistiques de santé publique sont biaisées par le jeu du codage. Les codes sélectionnés sont les plus intéressants financièrement. S'ensuivent mécaniquement un sur-comptage de toutes les pathologies rentables et un sous-comptage des autres. Dans un article d'octobre 2020, Nicole Délépine, pédiatre, oncologue, prend l'exemple d'un patient arrivant pour une chimiothérapie de base : il apporte 5 000 € à l'hôpital, mais 12 000 € si un pathogène infectieux est découvert sur lui. Il y a donc un intérêt, voire une nécessité, de trouver des infections sur un maximum de patients hospitalisés pour rentabiliser les séjours.

Si l'OMS ou la HAS décident de mettre en place un nouveau code qui permettra de qualifier le séjour du patient dans un GHM plus intéressant financièrement que les autres codes, on assistera à un transfert des anciens codes vers les nouveaux. Le lecteur non averti conclura hâtivement qu'une nouvelle pathologie est apparue et que l'ancienne a disparu.

d. La grippe: la mise en pratique du codage

L'Assurance maladie évalue¹ pour 2019, en France, le nombre de personnes ayant des problèmes respiratoires chroniques :

« On dénombre 3 656 800 personnes prises en charge pour maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose), dont 50 % de femmes. Les âges moyen et médian sont respectivement de 52 ans et 59 ans. La part des personnes âgées de plus de 75 ans est de 22 %, dont 53 % sont des femmes. Dans l'ensemble, 12 % des personnes sont prises en charge pour ALD en rapport avec les maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) »

Ainsi, plus de 3,6 millions de personnes, malades respiratoires chroniques, sont susceptibles d'avoir des problèmes respiratoires graves lorsque survient un événement problématique pour cette pathologie (par exemple un changement important de la température extérieure). Près de 380 000 d'entre elles sont mêmes repérées² comme étant en *insuffisance respiratoire chronique grave*. Il y a donc un « réservoir » colossal de personnes identifiées par l'Assurance maladie qui sont chaque année fragilisées par le froid. Qu'un certain nombre d'entre elles tombent malades participe à créer les phénomènes dits épidémiques hivernaux. En 2018, 81 700 personnes prises en charge pour maladie respiratoire chronique sont décédées³, 84 600 en

1. https://www.ameli.fr/sites/default/files/2019_fiche_maladies-respiratoires-chroniques-hors-mucoviscidose.pdf

2. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-2019>

3. https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2018_fiche_maladies-respiratoires-chroniques-hors-mucoviscidose.pdf

2019¹. En 2 ans, cela représente plus de 165 000 décès, soit plus que ceux estampillés « Covid-19 » en 2 ans et demi. Des morts sans télé, sans décret, sans comptage du DGS, qui s'en soucie ?

Pendant les périodes hivernales, de nombreuses personnes âgées, souffrant déjà pour beaucoup de problèmes respiratoires chroniques, présentent des difficultés respiratoires supplémentaires et/ou de la fièvre. Beaucoup de celles qui arrivent à l'hôpital ont alors un séjour codifié comme « 04M25 grippe ». Il est pourtant très rare qu'un test de présence d'un virus grippal soit effectué. Toutes ces données de GHM codifiées « 04M25 grippe » seront transmises aux instances nationales de santé et à l'OMS qui communiqueront sur le nombre de malades et de morts dus à la grippe chaque année. En donnant de l'importance à ce phénomène, on influence les ventes de traitements et bien sûr celles des fameux vaccins antigrippaux. Pour mémoire, nous pouvions lire en 2010 dans le rapport du Sénat² sur le scandale H1N1 :

« L'efficacité clinique des vaccins antigrippaux est, au mieux, considérée comme incertaine. »

La grippe est un bon exemple de système circulaire dans lequel les hôpitaux sont tenus d'inscrire leurs interventions dans une case pour ensuite produire des statistiques qui vont justifier le traitement préventif annuel de la vaccination antigrippale.

Pour mémoire, en 2016, le Centre d'épidémiologie

1. https://www.ameli.fr/sites/default/files/2019_fiche_maladies-respiratoires-chroniques-hors-mucoviscidose.pdf

2. <https://www.senat.fr/rap/r09-685-1/r09-685-1.html>

sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm a montré¹ que la grippe est fréquemment inscrite comme «cause associée» au décès, alors qu'une fois replacée dans le contexte de chaque cas et notamment de toutes les comorbidités des patients, son impact est fortement relativisé. Dans cette étude, l'Inserm a utilisé deux stratégies différentes concernant l'analyse des causes de décès : la première donne autant de poids à toutes les causes déclarées et la seconde donne une « prime » à la cause principale. La deuxième méthode attribue moins de décès à la grippe que la première :

« En revanche, contrairement à de précédents résultats, notre étude retrouve une baisse du poids de plusieurs maladies sur la mortalité, comme la grippe ou les causes externes. »

Beaucoup de personnes décèdent l'hiver à l'hôpital inscrites avec le code « grippe » mais celui-ci est rarement la cause principale. Ainsi, pour les médecins, les personnes meurent assez peu d'un état grippal mais d'un ensemble de causes dont l'état grippal. Nous avons en France une politique extrêmement coûteuse concernant la fameuse grippe, avec des campagnes de vaccination annuelles, sans être capables d'en prouver les résultats. Le corps médical sait pertinemment que le problème de la mortalité hivernale vient de l'état général de santé des patients. Le grand gagnant de cette histoire n'est pas le patient, mais l'industrie pharmaceutique qui a le bon goût de financer les experts de l'OMS : ceux-ci donnent de la visibilité à la grippe par leurs choix des codes de la Classification internationale des maladies. Les statistiques qui en découlent

1. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/1/2017_1_2.html

incitent les États à acheter les vaccins. Le deuxième gagnant est évidemment le monde politique, également financé par l'industrie pharmaceutique : il peut faire croire aux gens qu'il se préoccupe de leur santé en leur proposant « gratuitement » des vaccins annuels pour les protéger. Personne ne semble se rendre compte qu'absolument rien n'est gratuit et que tout cela est financé par les impôts de tous.

e. Le codage en période Covid

Dès le début de l'année 2020, le réseau Sentinelles a annoncé un changement important de définition¹ pour les infections respiratoires hivernales.

« En mars 2020, suite à l'émergence du SARS-CoV-2 (COVID-19), la surveillance Sentinelles a évolué. La surveillance des «syndromes grippaux» (fièvre supérieure à 39°C, d'apparition brutale, accompagnée de myalgies et de signes respiratoires) a été remplacée par celle des «infections respiratoires aiguës» IRA (apparition brutale de fièvre ou sensation de fièvre et de signes respiratoires). »

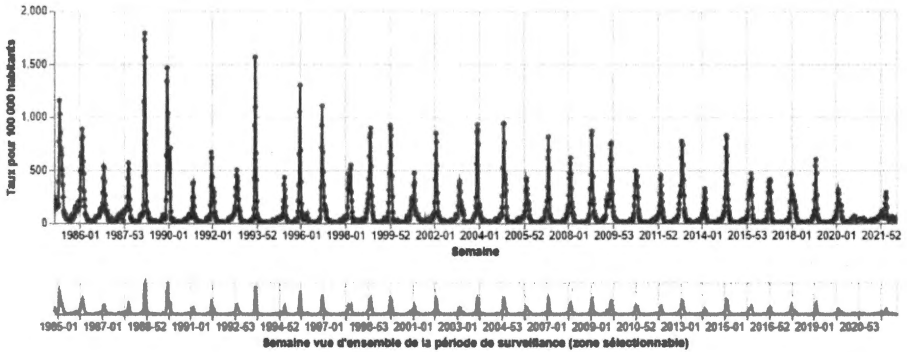
Les IRA deviennent alors un immense « réservoir » de maladies dans lequel il est possible de piocher pour attribuer la maladie à l'une ou l'autre cause. Chacun peut alors choisir sa préférence. Le codage « par défaut » grippe peut désormais laisser sa place aux IRA. On constate d'ailleurs, sur le site de Sentinelles², la disparition des statistiques de grippe lorsque commencent à être comptabilisées celles du Covid-19 en 2020 (Figure 48).

Au demeurant, la majoration de 30 € pour toutes les consultations pour Covid-19 est fortement incitative³.

1. <https://www.sentiweb.fr/france/fr/?page=accueil>

2. <https://www.sentiweb.fr/?page=maladies&mal=3>

3. <https://www.fmfpro.org/toutes-les-nomenclatures.html>

Figure 48 – Taux d'incidence hebdomadaire des syndromes grippaux

À 55 € la consultation plutôt que 25 €, il n'est pas étonnant d'observer une disparition de la grippe au profit de la Covid-19 chez les généralistes. S'il avait été plus rentable de coder « grippe », les statistiques auraient été bien différentes. Cette différence de tarif explique également très bien que certains médecins de ville encore aujourd'hui imposent à leurs patients de faire un test Covid-19 avant toute consultation. Il serait dommage de passer à côté de la prime liée au danger encouru. La grippe réapparaît en 2022, signe que la population vaccinée peut de nouveau être cataloguée dans la case « grippe », lorsqu'elle présente des symptômes, puisque le vaccin est censé protéger contre la Covid-19.

Au niveau des codes hospitaliers (CIM 10) nécessaires à l'application des tarifs de la T2A, dès le début de la crise Covid-19, un nouveau code d'urgence (U07.XX) a été mis en place par l'OMS, pour « mesurer » le nombre de patients considérés atteints de cette pathologie. Ce code d'urgence est une première, et c'est le socle sur lequel repose tout le comptage Covid-19 à l'hôpital. Le 19 mai

2020, la CGT Montreuil a réalisé un tract¹ expliquant ce qui se passait :

« Or selon le manuel des GHM 2020, les résumés de sortie d'hospitalisation (RSS) qui portent en diagnostic principal un des 5 codes de la Classification International des Maladies (CIM 10) identifiant la COVID19 (U07.10, U07.11, U07.12, U07.13, U07.14, U07.15) se voient attribuer un des GHM des 5 racines fourre-tout suivantes :

- 1- 04M06 : Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans
- 2- 04M07 : Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans
- 3- 18M02 : Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans
- 4- 18M03 : Maladies virales, âge supérieur à 17 ans
- 5- 23M20 : Autres symptômes et motif de recours aux soins. »

On y lit d'ailleurs, un peu plus bas, une sévère critique du système de codage dont nous parlons :

« Toute personne ayant travaillé sur les bases de données du PMSI sait que les GHM n'ont d'homogène que le nom et la cohérence des regroupements faits n'est pas toujours perceptible. C'est le cas de la COVID-19 qui se retrouve entre autres avec l'abcès ambien du poumon, la peste pulmonaire, la coqueluche, les pneumopathies de la varicelle ou de la rougeole, la toxoplasmose pulmonaire, les candidoses pulmonaires, le SRAS,... dans les GHM des racines 04M06 et 04M07 ou dans les racines 18M02 et 18M03 avec des maladies virales banales ou non comme la poliomyélite aiguë, la fièvre jaune, la dengue, le virus EBOLA, la varicelle, la variole, la rougeole, les oreillons, ... et chez l'enfant les fièvres d'étiologie indéterminée »

Les consignes aux services d'informations médicales (DIM) sont détaillées par l'ATIH² :

« Le code U07.1 Maladie respiratoire à Coronavirus 2019 (COVID-19) a été introduit dans la CIM-10 FR le 31 janvier 2020. Son libellé a depuis été modifié

1. http://www.sante.cgt.fr/IMG/pdf/ufmict_note_covid_19_et_t2a_190520.pdf

2. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3785/atih_consignes-covid19_17122021.pdf

deux fois par l'OMS, dans un premier temps U07.1 COVID-19 et désormais U07.1 COVID-19, virus identifié. Fin mars 2020, un nouveau code a été introduit par l'OMS, U07.2 COVID-19, virus non identifié. Une note indique que des codes additionnels peuvent préciser la pneumonie ou les autres manifestations cliniques. [...]

L'ATIH a publié une première version de ce document le 17 mars. En raison de la création d'extensions et la diffusion de consignes de codage préalables à la diffusion par l'OMS du code U07.2 (COVID-19, virus non identifié), il a été décidé de ne pas autoriser l'utilisation de U07.2 dans le PMSI en faisant confluer les cas de virus non identifiés dans le code père primitif U07.1. »

En France, les patients sont donc tous supposés atteints de Covid-19 et il n'est pas permis de préciser que le virus n'est pas identifié. Ces consignes très larges concernant la codification Covid-19 sont quasiment les mêmes en Belgique¹ et suivent les directives de l'OMS².

En plus, d'autres codes ont été introduits en octobre 2020 pour faire figurer la Covid-19 chez les patients arrivant à l'hôpital, mais considérés « guéris » de la Covid-19.

« U08.9 Antécédents personnels de COVID-19, sans précision

Note : Ce code est utilisé pour renseigner un épisode antérieur de COVID-19, confirmé ou probable, qui influence l'état de santé d'une personne qui ne présente plus la maladie. Ce code ne doit pas être utilisé comme cause initiale de décès.

U09.9 Affection post COVID-19, sans précision

Note : Ce code sert à établir un lien avec une infection COVID-19.

Ce code ne doit pas être utilisé pour les cas présentant encore l'infection COVID-19.

U10.9 Syndrome inflammatoire multisystémique associé à la COVID-19, sans précision Tempête de cytokines

1. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/manuel_icd-10-be_codage_v1.0_version_2021.pdf

2. https://web.archive.org/web/20220307204001/https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19-20200423_FR.pdf?ua=1

Syndrome Kawasaki-like
Syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique (PIMS)
Syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants (MIS-C)
À l'exclusion de : Syndrome adéno-cutanéomuqueux [Kawasaki] (M30.3) »

À partir d'octobre 2020, il n'est plus nécessaire d'avoir une infection respiratoire, ni même un test positif Covid-19 pour entrer dans les statistiques Covid-19. Il suffit de déclarer que le patient a eu la Covid-19 auparavant et que son séjour en serait une « suite ». Faire passer toute difficulté respiratoire comme conséquence d'un précédent Covid par le jeu de la codification vient directement alimenter le nombre de « Covid-long » ou des « séquelles du Covid ». Les statistiques sont nécessairement très larges puisque nous avons vu que 3,6 millions de personnes en permanence souffrent de problèmes respiratoires en France. Ainsi, même avec un test Covid-19 négatif, une maladie respiratoire peut être considérée quand même liée à la Covid-19.

Ces codifications d'urgence ont permis aux hôpitaux d'obtenir une facturation bien plus intéressante que celle des classiques gripes. L'ensemble des tarifs selon les années est consultable sur le site de l'ATIH¹. La description des symptômes étant très large, un grand nombre de patients pouvaient s'y retrouver. Depuis la mise en place des nouveaux codes, les hôpitaux ont un intérêt financier direct à déclarer un patient malade du Covid-19 (donc avec un code d'urgence U07, U08, U09, U10 ou U11) : cela permet à la fonction groupage de le considérer dans le GHM 04M07 *Infections et inflammations respiratoires*,

1. <https://www.atih.sante.fr/tarifs-mco-et-had>

dont le séjour en niveau 1 est tarifé à 2 208 € la journée, plutôt que dans le banal groupe *Grippes* doté de 1 007 €.

Il n'est donc pas surprenant que depuis deux ans, quasiment toutes les maladies respiratoires habituelles aient disparu des statistiques comme nous pouvons le vérifier sur Scansanté¹ : elles ne sont plus répertoriées par les hôpitaux. À leur place, un maximum d'affections a été codifié avec le code d'urgence Covid-1 qui permet une facturation plus élevée dans le GHM 04M07 (Figure 49). Encore une fois, le lecteur non averti conclura à la disparition des bronchites, pneumonies, bronchopneumopathies, bronchiolites, tuberculoses, gripes... La mise en perspective de ce tableau montre surtout un transfert de codage.

Nous avons vu au chapitre 2 que les hôpitaux ont été vidés d'une grande partie de leurs patients pendant l'année 2020. Par voie de conséquence de cette activité réduite, ils allaient se trouver face à de très gros problèmes de financement. Déclarer une pathologie plus rémunératrice fut l'un des moyens de compenser ces pertes, le code d'urgence Covid-19 l'a permis. Cependant, il est devenu assez rapidement clair que le nombre de séjours hospitaliers serait ridiculement bas en 2020. La petite augmentation de facturation liée au transfert de codage n'avait aucune chance de compenser l'effondrement de l'activité hospitalière. Aussi, le 25 mars 2020, une ordonnance a été promulguée en urgence pour garantir une rémunération minimale des hôpitaux sur la base de 2019². Les modalités d'application de cette garantie ont été diffusées

1. https://www.scansante.fr/applications/casemix_ghm_cmd

2. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041755741/>

Figure 49 – Nombre de séjours hospitaliers selon l'année et le GHM

code\année	2018	2019	2020	2021	variation 2019-2020	variation 2020-2021
04C02 Interventions majeures sur le thorax	23 682	23 892	22 653	23 715	-5%	-1%
04C03 Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire	3 357	3 398	2 969	2 926	-13%	-14%
04C04 Interventions sous thoracoscopie	11 025	10 964	10 054	10 115	-8%	-8%
04M02 J Séjours comprenant une endoscopie bronchique, en ambulatoire	31 720	32 359	25 850	29 661	-20%	-8%
04M02 Bronchites et asthme, âge inférieur à 16 ans	47 931	41 918	33 557	48 011	-20%	15%
04M03 Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	61 236	58 631	41 455	33 122	-29%	-44%
04M04 Pneumonies et pleurésies banales, âge inférieur à 16 ans	14 468	14 723	7 729	11 122	-48%	-24%
04M05 Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	173 544	172 381	129 880	108 503	-25%	-17%
04M06 Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 16 ans	2 192	1 994	3 295	3 942	65%	98%
04M07 Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	51 614	51 903	266 495	309 071	413%	493%
04M08 Bronchopneumopathies chroniques	18 508	17 647	13 657	13 361	-23%	-24%
04M09 Tumeurs de l'appareil respiratoire	50 215	50 699	49 797	49 393	-2%	-3%
04M10 Embolies pulmonaires	45 480	46 558	49 564	53 106	6%	14%
04M11 Signes et symptômes respiratoires	55 650	55 827	71 957	58 255	29%	4%
04M12 Pneumothorax	18 244	18 544	17 177	17 945	-7%	-3%
04M13 Oedème pulmonaire et détresse respiratoire	49 387	47 544	40 018	40 198	-16%	-15%
04M14 Maladies pulmonaires interstitielles	15 594	15 895	14 280	14 527	-10%	-9%
04M15 Autres diagnostics portant sur le système respiratoire	7 496	7 615	7 081	7 120	-7%	-7%
04M16 Traumatismes thoraciques	14 296	14 443	13 199	13 926	-9%	-4%
04M17 Epanchements pleuraux	25 426	25 250	24 638	24 453	-2%	-3%
04M18 Bronchiolites	48 958	48 790	24 904	58 040	-49%	19%
04M19 Tuberculoses	5 073	5 150	4 145	3 799	-20%	-26%
04M20 Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	88 898	87 075	63 554	59 632	-27%	-52%
04M21 Suivis de greffe pulmonaire	7 138	6 971	6 490	7 742	-7%	11%
04M22 Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	50 164	51 395	49 438	63 037	-4%	23%
04M23 Autres symptômes et recours aux soins de la CMD 04	9 487	10 293	10 635	10 279	3%	0%
04M24 Affections de la CMD 04 avec décès : séjours de moins de 2 jours	12 974	13 144	16 558	15 289	26%	16%
04M25 Gripes	31 286	35 043	20 744	3 433	-41%	-90%
04M26 Fibroses kystiques avec manifestations pulmonaires	2 042	1 979	1 825	1 844	-8%	-7%
04M27 Autres affections respiratoires concernant majoritairement la petite enfance	1 489	1 348	1 031	1 334	-24%	-1%
TOTAL	978 574	973 373	1 044 629	1 096 901	7%	13%

le 6 mai 2020¹. Il s'agit d'une rémunération plancher, mois par mois, pour une certaine partie des soins. Elle n'annule pas la pratique des hôpitaux d'optimiser leurs déclarations, mais est révélatrice du fiasco engendré par la suppression des activités au motif de la crise Covid-19.

Finalement, en 2020, les séjours pour problèmes respiratoires (GHM) ont augmenté de 7 % tandis que la facturation associée augmentait de 10 % (en prenant les tarifs de niveau 1 de 2020). En 2021, l'augmentation de 13 % des séjours se traduit par une augmentation de 17 % de la facture.

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041853566>

Le site Géodes¹ précise d'ailleurs le changement de comptage opéré à partir du 31 mars 2020 :

« Jusqu'au 31/03, les instructions aux établissements de santé pour créer un dossier patient dans SI-VIC étaient un diagnostic de COVID-19 confirmé biologiquement. Depuis le 31/03, les établissements de santé doivent saisir systématiquement dans SI-VIC les patients hospitalisés présentant un diagnostic de COVID-19 confirmé biologiquement OU une TDM thoracique évocatrice de diagnostic de COVID-19. Toutefois, un établissement peut créer un dossier patient sur une base de forte suspicion clinique ou d'une imagerie évocatrice, puis effacer ultérieurement le dossier si le test s'avère négatif. »

Le nombre moyen de décès journaliers imputés à la Covid-19 par les hôpitaux dans la semaine du lundi 23 mars 2020 au dimanche 29 mars 2020 est de 282. Cette moyenne explose la semaine suivante pour passer à 469, puis à 480, avant de commencer à diminuer avec l'arrivée des beaux jours. On ne peut pas écarter l'hypothèse que l'augmentation très forte de fin mars provienne uniquement du changement du mode de codage.

Et si on regardait qui dirige en France les services d'infectiologie des hôpitaux habilités Covid-19 par la mission Coreb² (Coordination Opérationnelle Risque Épidémique et Biologique) début 2020 (Figure 50) ?

Dans cette liste, on trouve François Raffi de Nantes, Jean-Paul Stahl de Grenoble, Pierre Tattevin de Rennes, Vincent Le Moing de Montpellier, Xavier Lescure d'Île-de-France : ils font partie des treize médecins

1. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&ci=covid_hospit_incid.incid_dc&s=2021-10-27&t=a01&view=map2

2. <https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/procedures/esh-covid-19-ars-coreb-25fev20.pdf>

Figure 50 – Liste des responsables des services d’infectiologie des hôpitaux habilités par la mission Coreb

Région	Etablissement	Infectiologue responsable REB
Antilles	CHU Guadeloupe	Pierre-Marie ROGER
	CHU Martinique	André CABIE
Auvergne Rhône-Alpes	HCL Lyon	Christian CHIDIAC
	CHU Clermont-Ferrand	Jean BEYTOUT
	CHU Grenoble	Jean-Paul STAHL
	CHU Saint-Etienne	Frédéric LUCHT
	CH Annecy Genevois	Jean-Pierre BRU
	CH Chambéry	Emmanuel FORESTIER
Bourgogne Franche-Comté	CHU Besançon	Catherine CHIROUZE
	CHU Dijon	Pascal CHAVANET
Bretagne	CHU Rennes	Pierre TATTEVIN
	CHU Brest	Séverine ANSART
Centre - Val de Loire	CHU Tours	Louis BERNARD
	CHR Orléans	Thierry PRAZUCK
Grand - Est	CHRU Nancy	François GOEHRINGER Christian RABAUD
	HUS Strasbourg	Yves HANSMANN
Guyane	CH Cayenne	Félix DJOSSOU
Hauts-de-France	CHRU Lille	Karine FAURE
	CHU Amiens	Jean-Luc SCHMIDT
	CH Tourcoing	Eric SENNEVILLE
Ile-de-France	AP-HP Bichat	Yazdan YAZDANPANAH Xavier LESCURE
	AP-HP Pitié-Salpêtrière	Eric CAUMES
	AP-HP Necker-Enfants malades (pédiatrie)	Fabrice LESAGE Olivier LORTHOLARY
	HIA Bégin (prise en charge cas possible uniquement si saturation Pitié / Bichat)	Cécile FICKO
Normandie	CHU Rouen	Manuel ETIENNE
	CHU Caen	Renaud VERDON
Nouvelle Aquitaine	CHU Bordeaux	Denis MALVY
	CHU Limoges	Pierre WEINBRECK
	CHU Poitiers	France CAZENAVE-ROBLOT
Occitanie	CHU Montpellier	Vincent LE MOING
	CHU Nîmes	Albert SOTTO
	CHU Toulouse	Pierre DELOBEL
Océan Indien	CHU La Réunion	Rodolphe MANAQUIN
	CH Mayotte	Mohamadou NIANG
PACA	IHU Marseille (AP-HM)	Philippe BROUQUI
	CHU Nice	Véronique MONDAIN
Pays-de-la-Loire	CHU Nantes	François RAFFI
	CHU Angers	Pierre ABGUEGUEN

**Figure 51 – Part de chaque région
dans les nouvelles hospitalisations déclarées Covid-19**

	Période	France	Île-de-France	Auvergne-Rhône-Alpes	Nouvelle Aquitaine	Occitanie	Hauts-de-France	Grand Est	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Nouvelles hospitalisations Covid-19	24 février 2020 - 26 juillet 2020	101 120	38%	9%	3%	3%	8%	16%	7%
	27 juillet 2020 - 11 juillet 2021	362 494	22%	14%	5%	6%	11%	9%	11%
	12 juillet 2021 - 17 octobre 2021	41 321	17%	10%	5%	11%	5%	5%	17%
	18 octobre 2021 - 12 juin 2022	271 590	18%	12%	7%	8%	9%	9%	10%
Population 2018 des 65 ans et plus		13 208 175	14%	12%	11%	10%	8%	8%	9%

ayant reçu récemment le plus de revenus de l'industrie pharmaceutique¹.

Nous retrouvons également Yazdan Yazdanpanah d'Île-de-France, membre du fameux Conseil Scientifique Covid-19.

Par ailleurs, Géodes² montre des différences géographiques particulièrement marquées dans les déclarations des hospitalisations Covid-19 (Figure 51). Les hôpitaux d'Île-de-France déclarent en permanence bien plus de patients Covid-19 que ne le laisserait supposer leur population de personnes de plus de 65 ans. La Région Grand-Est a finalement déclaré un seul pic au tout début de la crise, au moment de la médiatisation très forte du célèbre rassemblement évangélique³ accusé d'avoir propagé le virus en France. Enfin, un changement radical étonnant a lieu en région PACA où la nomination du

1. <https://www.francesoir.fr/societe-sante/top-13-des-revenus-annuels-recents-verses-par-lindustrie-pharmaceutique>

2. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&f=0&i=covid_hosp_ad_age.newadmhospit&s=2022-S23&t=a01&view=map1

3. https://www.lepoint.fr/sante/coronavirus-la-bombe-atomique-du-rassemblement-evangelique-de-mulhouse-28-03-2020-2369173_40.php

nouveau directeur de l'APHM¹ à l'été 2021 est concomitante du début d'une forte hausse des statistiques Covid-19.

f. En résumé, l'hôpital est prisonnier de *Big Pharma*

Nous avons vu que l'hôpital public (comme énormément d'autres services publics) a subi une transformation en profondeur depuis les années 80. Sous couvert de modernisation et d'informatisation, il a vécu une prise de pouvoir de la part des instances politiques d'une part, mais aussi d'organismes extérieurs comme l'OMS. Pour mémoire, ces deux entités sont financées par l'industrie pharmaceutique et, au niveau supérieur, par la haute finance, notamment via les fonds de pensions américains. Nous avons vu aussi que les chefs de services hospitaliers en charge des services « intéressants » qui viennent s'exprimer sur les plateaux télé sont largement subventionnés également. La prise de contrôle par l'informatisation permet de maîtriser entièrement les statistiques en obligeant les hôpitaux à déclarer leurs interventions dans les bonnes cases. Cela force donc les hôpitaux à appliquer des protocoles gouvernementaux et internationaux uniformes au plus grand profit de quelques-uns plutôt que de soigner des patients, tous différents.

1. <https://www.laprovence.com/actu/en-direct/6418983/pour-francois-cremieux-nouveau-directeur-de-lap-hm-il-ny-a-pas-de-droit-dexception-pour-lihu.html>

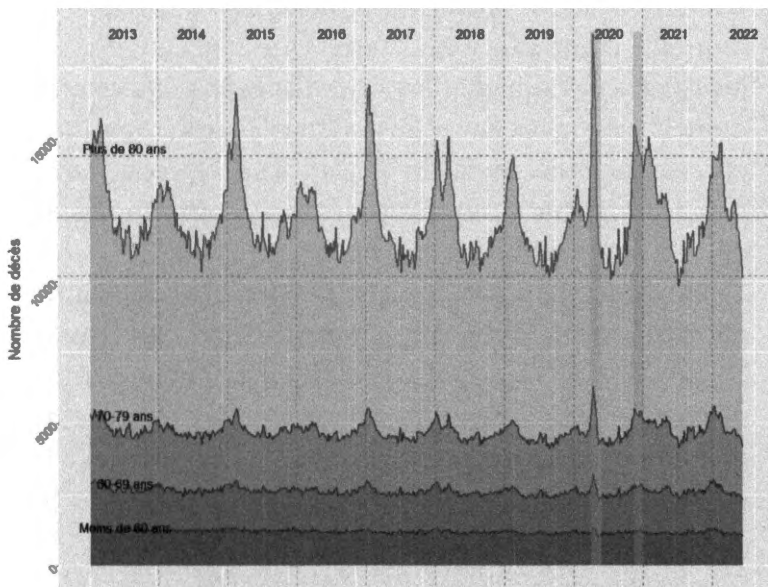
5. Y a-t-il eu une propagation épidémique ?



**a. Des cycles synchronisés annuels
de hausse et baisse de mortalité**
Partie co-écrite avec Eusèbe Rioché

L'étude des décès hebdomadaires standardisés en France depuis 2013 nous permet de visualiser les cycles de mortalité (Figure 52). Chaque année, le nombre de décès augmente en

Figure 52 – Décès hebdomadaires en France standardisés selon 2020



hiver et diminue en été. Cette augmentation de décès l'hiver est concomitante des maladies hivernales. Parmi elles, les infections respiratoires aiguës sont habituellement attribuées à des virus comme les gripes, les rhinovirus ou les coronavirus, ou à des bactéries comme les pneumocoques, les staphylocoques, *haemophilus influenzae* ou d'autres.

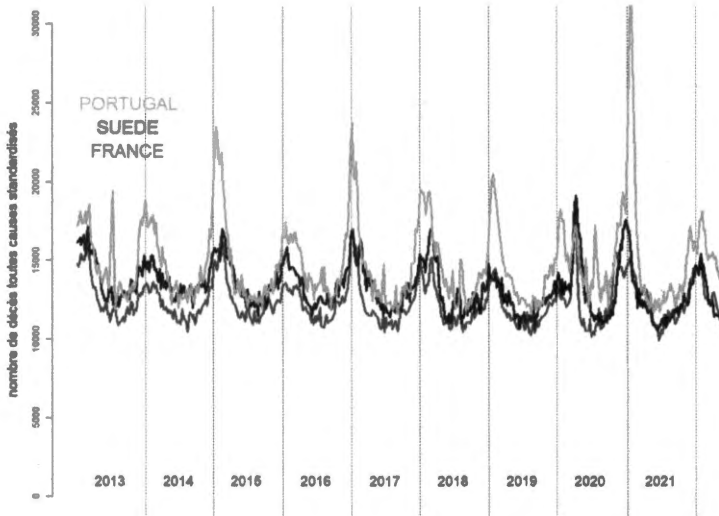
Il est important de faire la distinction entre l'origine et le symptôme. Jusqu'en 2019, nous l'avons vu, les déclarations d'infections respiratoires hivernales faisaient mention d'un « état grippal » du patient. Ainsi, jusqu'à récemment, la surmortalité hivernale était comptabilisée comme étant causée par les virus de la grippe, ce qui sert notamment de justification à la politique vaccinale.

Certains hivers présentent des pics de mortalité nettement supérieurs à d'autres. Nous en avons déjà parlé; l'hiver 2013-2014 a connu des pics de mortalité bien moins élevés que l'hiver 2014-2015. Cette différence fait partie des éléments expliquant les différences de mortalité d'une année sur l'autre. Une explication serait le principe des années moissons¹. Les hivers doux et peu mortels laisseraient en vie les plus fragiles de la population et ces derniers décèderaient pendant les hivers plus rudes. L'année suivante compterait mécaniquement moins de décès faute de personnes fragiles.

On constate d'ailleurs que la hausse de mortalité hivernale est complètement simultanée sur toute l'Europe (Figure 53). La standardisation des décès nous permet de représenter les différents pays et années sur un même graphique. Ici, toutes les populations sont ramenées à la population française de 2020.

1. <https://www.youtube.com/watch?v=ufivMhlZ6Us>

Figure 53 – Décès standardisés France, Portugal, Suède, selon la population française 2020



Source : Eurostat décès hebdomadaires et population

De la Suède jusqu'au Portugal, les hausses de mortalité sont simultanées tous les hivers, comme lors des épisodes caniculaires de l'été. Pourtant, l'hypothèse épidémique explique ce phénomène par la propagation d'un virus d'un pays à l'autre. C'est un paradoxe flagrant. Pour donner un sens à l'hypothèse de propagation, il faudrait considérer que l'humanité vit dans une sorte de village mondial fortement interconnecté : tous les pays s'échangent des habitants régulièrement par avion, par automobile, etc. Les patients-zéro pourraient donc se retrouver dans tous les pays à peu près en même temps.

Considérons par exemple que le patient-zéro est français et qu'il contamine la Suède lors de l'un de ses voyages par un virus du type SARS-CoV-2. Les statistiques annuelles

concernant le trafic aérien en France¹ nous apprennent qu'environ 1 200 000 personnes se rendent en Suède depuis la France par avion (année 2019), soit un peu moins de 3 300 personnes par jour en moyenne. Le modèle SIR de propagation virale nous fournit les statistiques théoriques sur la population des Français infectés. Nous pouvons alors calculer, selon ce modèle, la probabilité qu'un Français malade contamine au moins un résidant de Suède pendant les trois premières semaines de l'épidémie. Cette probabilité est seulement de 4 chances sur 1 000 ! Soyons plus généreux et supposons qu'un hypothétique TGV plein à ras bord en partance de France se rende en Suède 10 fois par jour, transportant ainsi 5 000 personnes supplémentaires, soit 8 400 voyageurs quotidiens. La probabilité augmente péniblement jusqu'à 9 chances sur 1 000. Le même calcul considérant un Suédois contaminant la France produit les mêmes résultats. Ainsi, même en prenant des hypothèses très larges et en supposant que cette probabilité de 9 chances sur 1 000 s'est effectivement réalisée, la dynamique virale de la Suède devrait accuser un décalage allant jusqu'à trois semaines par rapport à la France.

Si on veut réduire ce décalage à une semaine, la probabilité de contamination à distance pour 8 400 voyageurs quotidiens devient 5 chances sur 10 000, quasiment rien ! Il n'y a presque aucune chance que la France et la Suède se contaminent l'une l'autre via les transferts de population habituels sans présenter un décalage des courbes de mortalité de plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

1. https://www.ecologie.gouv.fr/statistiques-du-traffic-aerien#scroll-nav__3

Ces probabilités de contamination entre pays sont extrêmement faibles à cause de la dynamique virale découlant de l'hypothèse de propagation. Nous développerons ci-après que dans ce modèle, l'augmentation du nombre de malade est très faible au début, rendant quasiment impossible qu'un des tout premiers malades soit justement en train de voyager : selon ce modèle, au bout de trois semaines d'épidémie, la France ne compte que 45 infectés sur 70 millions d'habitants. Il faut attendre près de deux mois pour que le nombre d'infectés dépasse les 10 000. S'il y avait propagation, on observerait nécessairement sur les courbes de mortalité des décalages de plusieurs semaines à plusieurs mois entre les pics de décès de deux pays. Or les décès sont parfaitement synchronisés tous les ans, tous les hivers pour tous les pays. Ceci ne peut pas être dû au hasard ; mais aucune propagation virale ne peut expliquer un tel phénomène.

Même constat à un niveau géographique plus fin : en France, les pics de mortalité ont lieu en même temps dans tous les départements. Ils sont plus ou moins visibles selon l'âge et la taille de la population.

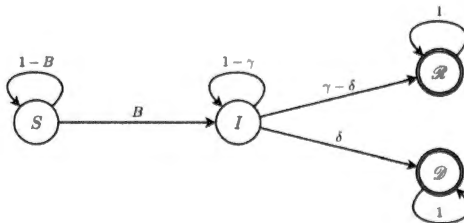
Il n'y a donc pas, chaque hiver, de « vague » épidémique qui se propage, ni à l'échelle du continent, ni dans un pays. Il n'y a pas de trace de propagation, mais d'une apparition de malades et une hausse des décès simultanées.

b. Le dogme des modèles épidémiques

Partie co-écrite avec Eusèbe Rioché

L'élégance mathématique

Une théorie répandue de nos jours concernant la hausse de mortalité hivernale est la propagation des « microbes » et notamment les fameux virus. Les virus arriveraient de l'extérieur et se propageraient dans la population. Ils seraient la cause des maladies hivernales, l'augmentation du nombre de malades serait due à leur propagation. Cette théorie de propagation a été modélisée dès en 1927 avec les travaux de William Kermack et Anderson McKendrick sur les modèles compartimentaux. Comme leur nom l'indique, les modèles compartimentaux définissent des compartiments dans lesquels sont classés les individus suivant leur état de santé face à l'épidémie à modéliser. Le premier modèle de ce genre fut nommé SIR, une lettre par compartiment : S pour Susceptibles, les personnes que le miasme peut infecter ; I pour Infectés, les malades proprement dits, et R pour Rétablis qui, paradoxalement peuvent tout aussi bien être morts : est Rétabli qui n'est plus malade et ne peut plus le devenir, y compris en décédant (les mathématiciens appellent cela un « détail »). Pour pallier ce manque gênant, on ajoute un compartiment D pour les décédés.



On obtient un modèle SIRD, le plus petit modèle épidémique capable de compter les morts. Tous les autres découlent peu ou prou du même procédé, plus ou moins complexifié. On ajoute ensuite les probabilités de tomber malade (B), de guérir (γ , « gamma ») et de mourir (δ , « delta »). La subtilité du modèle est d'exprimer la « chance » mathématique d'être infecté comme une proportion du nombre de personnes infectées :

$$B_t = \beta \frac{I_t}{S_0}$$

S_0 représente ici la population globale, I_t le nombre d'infectés à l'instant t et β « beta » le facteur de proportionnalité liant la proportion des infectés à la probabilité de tomber malade en les côtoyant. Le rapport β/γ est le nombre de reproduction de base, le fameux R_0 (qui ne veut pas dire grand-chose d'ailleurs). Avec ce bestiaire, on dispose de quatre équations définissant numériquement l'évolution des différentes populations compartimentées :

$$\begin{aligned} S_{t+1} &= S_t - \frac{\beta}{S_0} I_t S_t \\ I_{t+1} &= I_t + \frac{\beta}{S_0} I_t S_t - \gamma I_t \\ \mathcal{R}_{t+1} &= \mathcal{R}_t + (\gamma - \delta) I_t \\ \mathcal{D}_{t+1} &= \mathcal{D}_t + \delta I_t \end{aligned}$$

Ainsi, chaque jour (t), dans une population initiale comportant S_0 individus susceptibles, les effectifs cumulés de chacun des quatre groupes depuis le début de l'épidémie sont les suivants :

- Le nombre de Susceptibles (S_{t+1}) est le nombre de Susceptibles de la veille (S_t) diminué du nombre

de nouveaux Infectés qui sont une part constante (β/S_0) des Infectés de la veille (I_t) qui ont contaminé les Susceptibles de la veille (S_t).

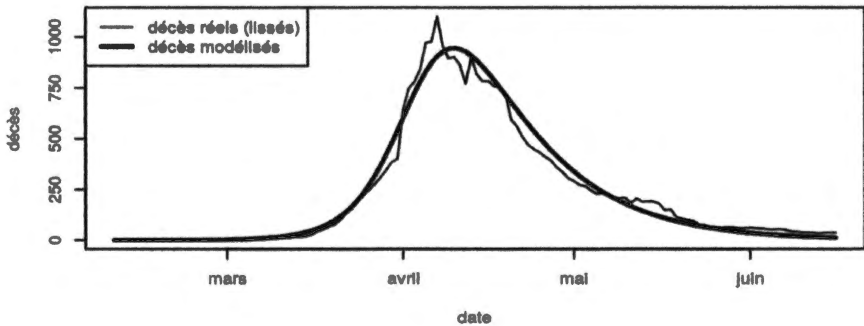
- Le nombre d'Infectés (I_{t+1}) est le nombre d'Infectés de la veille (I_t) auquel il faut retrancher les nouveaux « immunisés » du jour (Décédés + Rétablis) qui sont une part constante (γ) du nombre d'Infectés de la veille (I_t), et auquel il faut rajouter la part constante (β/S_0) des Infectés de la veille (I_t) qui ont contaminé les Susceptibles de la veille (S_t).
- Le nombre de Rétablis (R_{t+1}) est l'addition des personnes déjà décédées jusqu'ici (R_t) et d'une part constante ($\gamma-\delta$) du nombre d'Infectés de la veille (I_{j-1}).
- Le nombre de Décédés (D_{t+1}) est l'addition des personnes déjà décédées jusqu'ici (D_t) et d'une part constante (δ) du nombre d'Infectés de la veille (I_t).

Ici nous présentons des équations discrétisées, c'est-à-dire que les populations au jour t permettent de calculer celles au jour suivant $t+1$. Il n'est pas difficile de généraliser le procédé pour prendre en compte tous les intervalles de temps; mais une telle complication, bien qu'elle puisse ravir le mathématicien, n'apporterait rien à la compréhension du principe.

La « première vague » française de la Covid-19 peut se modéliser à l'aide du modèle SIRD avec une excellente précision (Figure 54), preuve apparente du bien-fondé de la méthode. En effet, avec des valeurs bien choisies ($\beta=0,29$, $\gamma=0,08$ et $\delta=3,68 \times 10^{-5}$), on obtient une prédiction exacte du nombre de décès et une erreur en valeur absolue quotidienne de moins de 15 %, ce qui est de l'ordre de

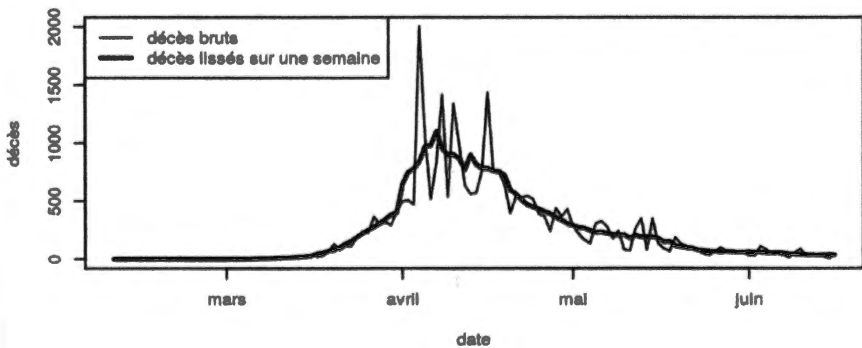
la variation aléatoire du nombre de décès quotidiens habituels. Le modèle est donc extrêmement bon !

Figure 54 – Modélisation SIRD
de la « première vague » de Covid-19 en France



Ce que l'on oublie de préciser habituellement au lecteur, c'est que les données de décès sont en fait retravaillées pour être exploitables. En l'occurrence, elles ont été lissées pour éliminer le bruit statistique polluant les données (Figure 55). C'est une pratique courante, nécessaire même ; cependant les données brutes, à cause du bruit statistique, imposent une erreur en valeur absolue de 35 % par rapport au modèle. On est tout de même content de ce beau modèle si précis.

Figure 55 – Décès durant la « première vague » de Covid-19 en France



Cette hypothèse de propagation épidémique, dont le modèle SIRD sert de « justification scientifique », est le socle d'un certain nombre de politiques de santé publique. Elle justifie notamment la politique vaccinale antigrippale. Elle est naturellement défendue par les industriels pharmaceutiques qui en sont les bénéficiaires directs. Il existe aujourd'hui d'autres modèles de propagation épidémique, mais le seul modèle médiatisé et utilisé par les gouvernements (retrouvé dans des documents fournis au Sénat¹ et cité dans des discussions à l'Assemblée nationale²) est le modèle SIRD. Il permet de justifier les politiques coercitives en faisant peur avec la « propagation exponentielle de la maladie » qu'il induit. Cette propagation exponentielle entraînera alors une augmentation (exponentielle) de recours à l'hôpital (la part des contaminations qui dégénèrent) et une augmentation (exponentielle) des décès (la part des formes graves qui sont fatales).

Peut-on observer une trace de propagation exponentielle quelque part ?

Selon le modèle de propagation SIRD, le début d'une épidémie répond à une fonction exponentielle. En effet, lorsque le nombre de susceptibles S_t correspond à la population totale S_0 , l'équation des nouveaux infectés se simplifie de la manière suivante :

1. https://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/opecest/quatre_pages/OPECST_modelisation_covid_19.pdf

2. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/ots/115ots1920067_compte-rendu.pdf

$$I_{(t+1)} = (1 + \beta - \gamma)I_t$$

La résolution de cette équation s'obtient par une fonction exponentielle :

$$I_t = e^{t \cdot \ln(1 + \beta - \gamma)}$$

Ainsi, le principe admis de l'existence d'une augmentation exponentielle des malades découle directement des hypothèses du modèle et notamment de celle affirmant que la maladie a pour origine une transmission. **Si on suppose que chaque malade « infecte » chaque jour un certain nombre de personnes, qui à leur tour en infecteront d'autres, alors le nombre de malades suit, au moins au début, une courbe exponentielle. Ce qui est présenté comme un résultat n'est donc qu'une hypothèse.**

La progression exponentielle est extrêmement forte. Derrière ce choix se cache toute la panique moderne concernant les épidémies. Pour constater ce que signifie une augmentation exponentielle, imaginez qu'un choix de gain s'offre à vous. Un généreux donateur vous propose de choisir entre trois gains possibles sur toute la durée du mois de juillet, donc 31 jours :

- Gagner de l'argent en progression linéaire : le premier jour 10 000 €, le deuxième jour 20 000 €, le troisième jour 30 000 € etc. Vous ajoutez 10 000 € chaque jour à ce que vous recevrez.
- Gagner de l'argent en progression au carré (quadratique) sur la base de 30 € : le premier jour vous gagnez le carré de 30 € (30 € × 30 € = 900 €). Le deuxième jour, la base est multipliée par 2 avant de passer au carré (60 € × 60 € = 3 600 €). Le troisième jour, la

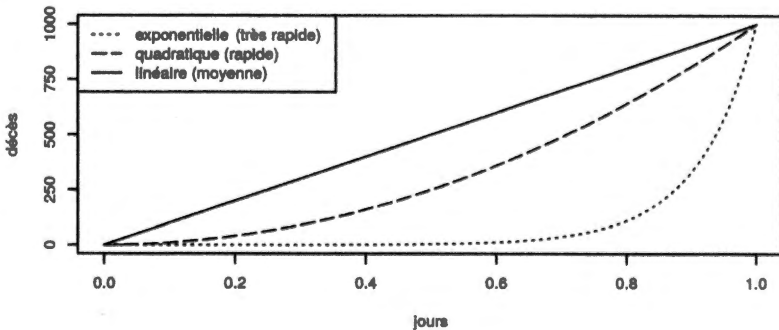
base est multipliée par 3 avant de passer au carré ($90 \text{ €} \times 90 \text{ €} = 8\,100 \text{ €}$).

- Gagner de l'argent en exponentielle : le premier jour vous gagnez 0,01 € et chaque jour vous doublez. Le deuxième jour 0,02€ et le troisième jour 0,04 €.

Seules les personnes ayant de solides notions en mathématiques (et désireuses de s'enrichir énormément) choisiront la dernière possibilité. Pourtant, sur 31 jours, le premier choix, linéaire, amène un gain d'à peine 5 M€, le deuxième, quadratique, de 9 M€ et le dernier, exponentiel, de 21 M€. La progression exponentielle « écrase » toutes les autres à partir d'un certain moment.

L'exponentielle est donc une fonction « qui fait peur ». Cependant, le mathématicien sait d'où vient l'arnaque : l'exponentielle ne domine les autres fonctions que sur un temps suffisamment long. Quand l'exponentielle est bornée, elle ne se distingue pas, sauf au tout dernier moment (Figure 56). Pour un objectif de croissance défini, l'exponentielle est le rythme de croissance qui évolue le plus lentement... jusqu'au dernier jour, car c'est au dernier

Figure 56 – Évolution des décès selon différentes progressions



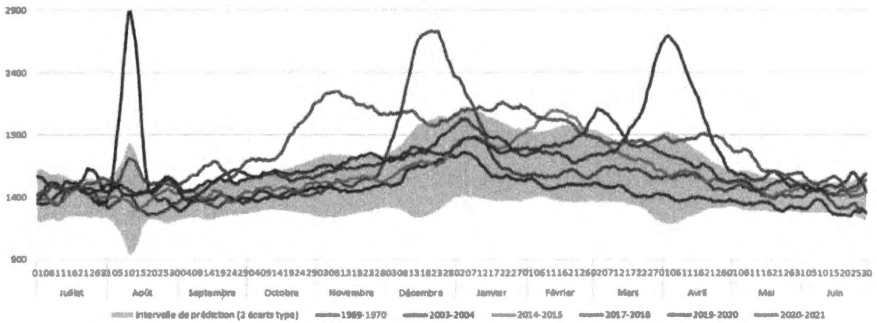
moment que l'exponentielle dépasse tous ses concurrents. C'est le paradoxe de l'exponentielle bornée : pour qu'elle puisse croître très vite, il faut qu'elle croisse lentement au début. De même, ce sont les rythmes de croissance les plus lents qui augmentent le plus vite au début et donc sont les plus visibles. C'est pour cette raison que dans l'exemple précédent, les gains sont bien plus élevés les premiers jours pour les fonctions les plus lentes. Le graphique suivant illustre cette bizarrerie. On voit que l'exponentielle (en trait pointillé), puisqu'elle croît le plus vite, est en dessous de toutes les courbes qui augmentent à un rythme plus lent.

L'exponentielle est donc une fonction totalement invisible si on ne la considère pas sur un temps long. D'ailleurs pour déterminer les paramètres des fonctions exponentielles censées modéliser des systèmes, les analystes se contentent le plus souvent de passer leur courbe de données à la fonction logarithme qui est la fonction inverse de l'exponentielle. Voyant alors leur courbe de données « écrasée », ils concluent qu'il s'agit d'une droite dont ils déterminent les paramètres pour alors affirmer que la courbe initiale était bien une exponentielle dont ils connaissent dorénavant les paramètres. Nous sommes dans le même cas de figure que la fable indienne millénaire des « aveugles et de l'éléphant »¹. Chaque aveugle finit par donner une représentation différente de ce qu'il a touché, fondée sur son expérience subjective. La démarche scientifique consiste plutôt à discuter ce que peut être l'élément étudié, plutôt que de prétendre déjà savoir ce que c'est.

1. https://fr.wikipedia.org/wiki/Les_Aveugles_et_l'éléphant

Nous avons cherché à savoir s'il existe une trace de propagation exponentielle dans les statistiques de mortalité françaises. La série longue des décès quotidiens publiée

Figure 57 – Décès quotidiens lissés sur 7 jours depuis 1968 en France



par l'Insee¹, nous donne le nombre de décès chaque jour depuis 50 ans (Figure 57).

Les données sont lissées sur sept jours de façon à éviter le biais induit par le jour de déclaration de décès. En effet, en France, peu de décès sont déclarés les samedis et dimanches. Cela peut s'expliquer par un moindre nombre de constats de décès établis par les médecins, moins actifs le week-end, plutôt que par une réelle protection dominicale. D'autres hypothèses sont à envisager, en particulier à la lumière de ce que nous évoquerons au chapitre 6. Quoi qu'il en soit, ce ne sont pas ces variations quotidiennes qui nous intéressent ici, mais les phénomènes plus importants.

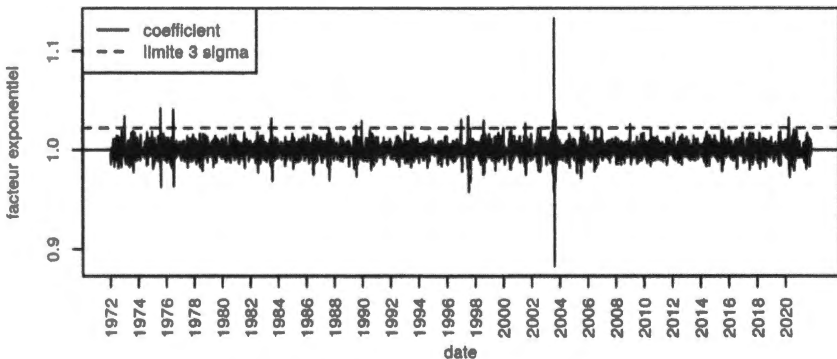
Nous en avons déjà parlé, en France, les hivers sont des périodes de forte hausse de mortalité. L'année 2020 est bien visible avec la particularité d'avoir des périodes décalées, mais également la fin de l'année 1969, dont la

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4771989?sommaire=4772633>

mortalité hivernale est communément attribuée à la célèbre « grippe de Hong-Kong ». Certains étés sont aussi particulièrement « mortels », avec notamment la canicule de 2003 (mais également celles de 1975, 1976 et 1983 non représentées ici). Les épisodes caniculaires observables depuis le début des données modernes ne sont pas récents. L'année 2003 est exceptionnelle surtout par le nombre de personnes âgées qui étaient en vie à cette période (contrairement aux années 1975, 1976 et 1983).

Si on suppose que la courbe des décès est exponentielle sur une période donnée, alors, d'un jour à l'autre, le nombre de morts est multiplié par un certain facteur (par exemple 2 si le nombre de morts double chaque jour). Pour connaître ce facteur multiplicatif, on divise la dérivée de la courbe par la courbe elle-même (Figure 58). Cela revient à étudier la courbe de décès en échelle logarithmique puis à chercher des fragments pour lesquels le facteur franchit

Figure 58 – Facteur exponentiel dans la courbe des décès de 1972 à 2021



un certain seuil. S'il est inférieur à 1, la mortalité décroît, s'il est supérieur à 1, elle augmente.

Même dans les rares moments où la mortalité est la

plus élevée, le facteur exponentiel dépasse très rarement 1,022 (la ligne en pointillés). C'est extrêmement peu, au point qu'on ne peut pas considérer que les données de décès confirment l'existence d'une quelconque augmentation exponentielle pendant les périodes dites épidémiques. La seule période « exceptionnelle » de ces cinquante dernières années est la canicule de 2003, dont le facteur atteint 1,13. Les augmentations un peu atypiques correspondent essentiellement à des étés un peu chauds et à quelques hivers. À l'exception de l'été 2003, aucun événement ne se dégage sensiblement de l'ordinaire depuis 1972, pas même les événements liés à la Covid-19.

Il est important de noter que les périodes pendant lesquelles le facteur exponentiel dépasse 1.022 sont très courtes, quelques jours tout au plus, une semaine grand maximum. Elles sont toujours suivies de périodes inversement exponentielles pendant lesquelles la mortalité s'effondre. Ainsi, les quelques périodes avec plus de décès que d'habitude sont trop courtes pour affirmer l'existence d'une augmentation exponentielle.

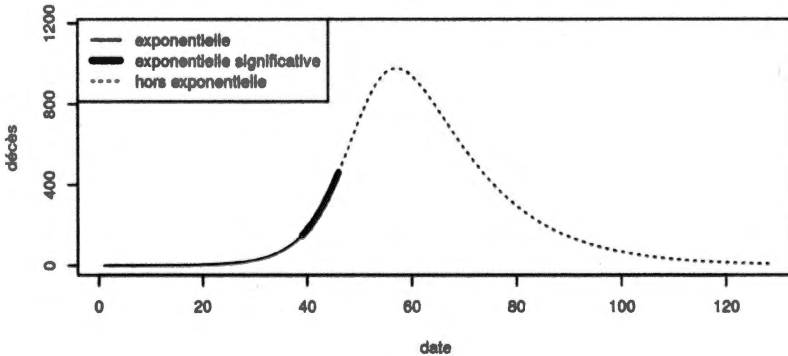
En résumé, l'observation du nombre de décès quotidiens en France depuis 1972 contredit l'hypothèse de propagation comme responsable des augmentations de décès :

- jamais en période déclarée comme épidémique, il n'est possible d'observer une augmentation suffisamment importante du nombre de décès d'un jour à l'autre permettant d'affirmer une évolution exponentielle;
- les accroissements de décès les plus importants, candidats pour suggérer une évolution exponentielle,

se situent lors de périodes non-apparentées à des épidémies (notamment des canicules).

Où est donc cette exponentielle qui terrifie les épidémiologistes de salon et occupe une grande partie de l'espace médiatique ? Même selon le modèle de propagation SIRD, elle est censée être toute petite (Figure 59). Elle concerne le tout début de la période de croissance épidémique. En France, il aurait fallu être bien attentif car, selon le modèle, elle courut pendant à peine une semaine. De plus, cette « période exponentielle » est la plupart du temps noyée dans le bruit statistique (c'est-à-dire la variation habituelle attribuée au hasard de la vraie vie) : en France, la mortalité augmente ou diminue en moyenne de 150 décès d'un jour à l'autre. C'est énorme par rapport à cette fameuse « croissance exponentielle » théorique, qui finalement ne mérite

Figure 59 – Période transitoire exponentielle dans un modèle SIRD



même pas qu'on en parle sinon entre spécialistes intéressés par les petits détails de leurs sujets de prédilection.

Au demeurant, si l'on accepte juste de faire l'effort de « lever le nez de sa copie », on doit se demander ce que signifierait observer une augmentation exponentielle

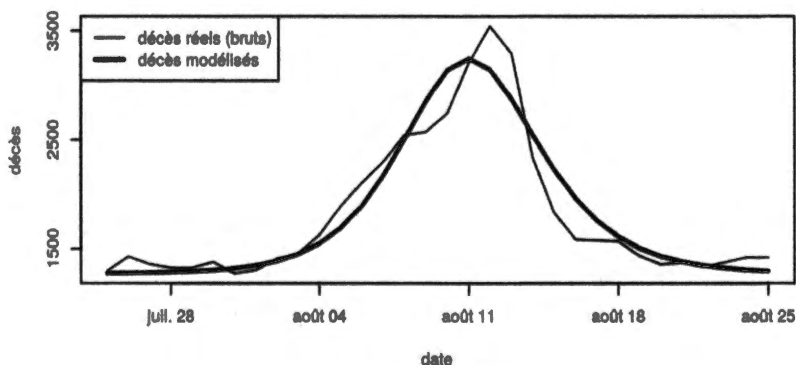
du nombre de malades ou de morts dans une épidémie. Des exponentielles sont observables lors d'expériences en laboratoire. Dans la nature, c'est plus rare, voire impossible, car la croissance est toujours limitée par les conditions naturelles de disponibilité des ressources. Au chapitre 3 concernant le test RT-PCR, nous avons montré que la réaction obtenue déclenche une exponentielle. Pour cela, il a fallu mettre beaucoup de produit réactif dans un tube à essai, chauffer le tout et mélanger très fort. C'est la seule manière d'obtenir une croissance exponentielle du nombre de brins d'ADN en début de réaction : beaucoup de produits au même endroit, mélangés fortement pour qu'ils réagissent entre eux.

Ainsi, en supposant que le principe de contamination existe, pour obtenir une croissance exponentielle du nombre de malades à l'échelle d'un pays, il faudrait tous les jours récupérer les malades, les placer au milieu de gens qui n'ont jamais attrapé la maladie, qui y sont sensibles, et forcer tout ce petit monde à se faire plein de bisous. Sans amener tous les jours des gens sains à proximité des malades et ce, de plus en plus vite, il ne peut pas y avoir d'exponentielle. Le modèle SIRD suppose en fait que tous les humains vivent exactement au même endroit. Si on imagine juste une petite contrainte telle que « les humains ne peuvent pas rencontrer tout le monde », le modèle s'effondre.

N'importe quelle courbe en cloche devient une épidémie

Le modèle est en fait puissant car bien trop général : on peut faire passer tout et n'importe quoi pour une épidémie ! Pour peu qu'on choisisse les bonnes valeurs pour les paramètres du modèles (β , γ et δ), on peut transformer un pic d'insulations dues à une vague de chaleur en une mystérieuse épidémie causée par un étrange virus qui dessèche

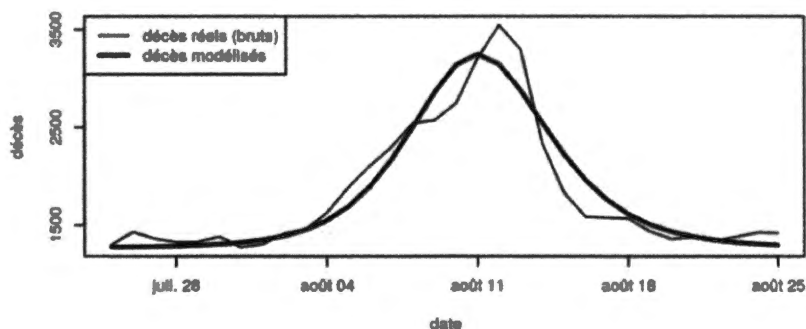
Figure 60 – Modélisation SIRD de la canicule de 2003 en France



les gosiers. C'est d'ailleurs ce que nous proposons de faire (Figure 60). En prenant $\beta=0,95$, $\gamma=0,5$ et $\delta=1,48 \cdot 10^{-5}$, on obtient une modélisation de la canicule de 2003 d'une extraordinaire précision, avec un nombre exact de morts prédits et une précision quotidienne de 1,88 %, presque dix fois mieux que pour la Covid-19 !

Même en choisissant les données brutes au lieu des données lissées, nettoyées du bruit statistique, on peut proposer un modèle très proche ($\beta = 1$, $\gamma = 0,45$ et $\delta = 1,3 \cdot 10^{-4}$) à peine moins précis : seulement 7,5 % d'erreur quotidienne en valeur absolue (Figure 61).

**Figure 61 – Modélisation SIRD de la canicule de 2003 en France
(données brutes)**



Le problème du modèle SIRD et, par extension, celui de tous les modèles plus compliqués, c'est qu'il a déjà trop de paramètres, trop de manières de le faire coller à tout et n'importe quoi.

L'épidémie mortelle partout tout le temps

N'importe quelle courbe en cloche de décès, de malades ou de « testés positifs », peut être approchée par le modèle SIRD. Cela se fait *a posteriori*, une fois les données recueillies. Le désormais célèbre Neil Ferguson va encore plus loin dans la « modélisation de pandémie ». En effet, son modèle repose sur 940 paramètres, dont un bon nombre sont parfaitement arbitraires. Il prétend recréer une réalité virtuelle dans laquelle on simule les déplacements des individus « Susceptibles », leurs rencontres et la probabilité de « transmission » du virus à chaque rencontre. Ce modèle est d'ailleurs aléatoire et donne des résultats complètement différents à chaque fois qu'on le lance. Avec ce genre de modèle, on lance habituellement des milliers

d'essais avec les mêmes paramètres pour regarder ce qui se passe en moyenne, en espérant que cela converge. Ferguson a lancé une panique sur la base du résultat d'un seul essai. Ajoutons que, par honnêteté, le modèle devrait être essayé en changeant les paramètres pour voir ce que cela donnerait. Rien que pour regarder si l'incertitude concernant les différents paramètres donne des résultats complètement différents. Mais, puisque le modèle en a 940, si on voulait essayer juste une autre valeur pour chaque paramètre en les changeant 2 par 2, le nombre d'essais à faire, c'est un 1 suivi de 283 zéros. C'est donc complètement invérifiable avant que le Soleil ne s'éteigne.

Pour notre malheur et comme l'ont montré Ariane Bilheran et Vincent Pavan dans *Le débat interdit*, les prédictions catastrophistes et hors-sol de Ferguson, relayées par son « élève » Simon Cauchemez du Conseil Scientifique, ont servi de justification à la mise en place de la « politique sanitaire ». **Le modèle épidémique de Neil Ferguson avait promis pour la « première vague » 2,2 millions de morts aux États-Unis, 510 000 morts en Grande-Bretagne et à peu près autant en France. Il s'est donc trompé d'un facteur 500 au minimum, ce qui est un bon score pour Ferguson.**

Pour mémoire, en 2001, ses prédictions concernant le danger mortel de la fièvre aphteuse, basées sur un simple modèle, ont déclenché l'abattage de 11 millions de têtes de bétail, bovins et ovins. En 2002, il a prophétisé que la maladie de la vache folle tuerait 150 000 personnes. En Grande-Bretagne, 177 personnes ont été déclarées tuées par cette infection. En 2005, il a prédit que 150 millions de personnes allaient mourir de la grippe aviaire. Seules

282 personnes ont été déclarées mortes de cette maladie dans le monde. En 2009, il a prévu que 65 000 Britanniques mourraient de la grippe porcine. Seuls 457 morts ont été comptabilisés. Enfin, nous reviendrons sur ses prédictions pendant l'arnaque de la grippe H1N1 de 2010 au chapitre 9.

Chaque décideur écoutant les prédictions de Ferguson peut facilement s'apercevoir qu'il s'est déjà trompé par le passé d'un facteur 500 000 ! Imaginez qu'un mois béni votre patron vous verse 10 millions d'euros au lieu des 2 000 habituels. La boulette ! Eh bien, c'est ce que font les plus hautes autorités sanitaires. Mais pas à votre profit.

Le fond de l'arnaque est de prétendre que les modèles épidémiologiques sont prédictifs. Ils ne le sont pas : ce sont des modèles descriptifs, construits *a posteriori*. Autrement dit, quand vous savez quoi trouver (car la vague est passée, quand vous avez toutes les données), vous pouvez appliquer votre modèle à la situation pour quantifier l'hypothèse épidémique, qu'elle soit fondée ou pas. Mais en aucun cas vous ne pouvez deviner quoi que ce soit sur le devenir d'une courbe de mortalité car le modèle vous permet de prédire tout et n'importe quoi, d'une grippette à Ébola 2.0.

Un modèle tout le temps vrai
ne sait pas distinguer le vrai du faux

Personne n'aime être pris en flagrant délit de contradiction. Tout le monde redoute l'incohérence. Les scientifiques la fuient. Les mathématiciens la détestent

cordialement : ils tiennent $2+2=5$ comme une insulte infamante. Il n'y a bien que les logiciens, par une curiosité morbide ou alors par goût du scandale, qui daignent la côtoyer. L'un d'eux, Bertrand Russell, osa affirmer un jour : « Si $2+2=5$ alors je suis le Pape ! » Forcément, si $2+2=5$ alors $4=5$, donc $4-3=5-3$, soit $1=2$. Le Pape et moi sommes deux ; or $2=1$; donc le Pape et moi sommes un : je suis le Pape. Et si je suis le Pape, alors vous en êtes un autre ! Par le même raisonnement, vous et moi sommes un, donc vous êtes le Pape.

Empêcher la contradiction n'est pas possible en science, ni en mathématiques. La théorie absurde est celle qui concentre tout, peut tout, démontre tout, y compris que vous et moi sommes le Pape. Elle respecte le principe d'explosion, déjà connu des Grecs anciens, selon l'expression « *ex falso sequitur quodlibet* » : du faux on peut déduire tout et n'importe quoi, le vrai comme le faux, indistinctement.

Ainsi, une théorie scientifique capable de prédire à la perfection tout ce qui existe pourrait très bien être contradictoire car si elle prédit tout, elle déduit ce qui n'existe pas. Pour qu'une théorie soit acceptée comme scientifique – donc dénuée de contradictions – il faut également vérifier qu'il existe des phénomènes qu'elle ne prédit pas. On lui demande de pouvoir distinguer le réel de l'irréel.

Il existe des théories absurdes qui brillent par leur capacité à tout expliquer : elles osent tout et c'est un peu à ça qu'on les reconnaît. L'*intelligent design*, qui veut que Dieu ait tout créé dans l'Univers, dinosaures et autres fossiles compris, est une telle théorie. Quoi que vous imaginiez, Dieu s'en charge : elle ne peut pas être mise en défaut. Plus

généralement, toute théorie proposant une solution ritualisée puis affirmant qu'il suffit de bien l'appliquer, ou de l'appliquer suffisamment, est absurde. En effet, si le rituel échoue, c'est qu'on ne l'a pas bien exécuté ou qu'on ne l'a pas réalisé suffisamment. L'alchimie fonctionne. Si le plomb ne s'est pas changé en or, c'est qu'on n'a pas correctement formulé ses incantations. La vaccination est efficace, et si elle ne l'est pas, c'est qu'on ne s'est pas fait vacciner suffisamment : il faut une seconde dose, puis un booster, puis une quatrième dose... jusqu'à ce qu'elle fonctionne.

Il existe des théories qui ne sont pas formellement absurdes, mais qui permettent tout de même de justifier tout et n'importe quoi dans un domaine défini. Par rapport à ce domaine, la théorie est explosive, donc non-scientifique. Karl Popper a introduit en sciences la notion de réfutabilité. Une théorie est réfutable si, dans son domaine de pertinence, il existe un phénomène qu'elle ne prédit pas. Si tel est le cas, elle ne sera pas explosive dans ce domaine : elle y sera cohérente.

L'hypothèse virale fait partie de ces théories non-réfutables. On décide péremptoirement que les malades et les morts sont causées par un mystérieux virus et toute déviation des faits par rapport à l'hypothèse sera expliquée par un caprice du virus : il a muté, il est en sommeil, il y a des asymptomatiques, il se propage non-linéairement, ils sont en fait plusieurs, il y a des *super-spreaders*, il manque des compartiments dans le modèle, etc. En l'état, ce ne sont que des hypothèses. Les modèles épidémiologiques habituels, explosifs donc absurdes, servent d'arguments pour justifier l'hypothèse virale initiale. L'hypothèse virale est alors considérée « prouvée ». Voilà l'absurdité du raisonnement : les théories scientifiques ne se « prouvent »

pas sur un coin de table, elles s'éprouvent par l'expérience. Dans chaque laboratoire, leur pertinence est remise en cause; elles courent en permanence le risque de la réfutation, condition de leur cohérence.

**La science est un petit être fragile
aux mains de brutes épaisses**

Les modèles épidémiques sont des outils descriptifs prenant appui sur des préjugés et des statistiques; ils permettent de tout représenter du moment qu'on s'en donne la peine. L'économiste Alfred Sauvy, dans un élan de lucidité, a un jour écrit cette phrase fondamentale :

« Les chiffres sont des êtres fragiles qui, à force d'être torturés, finissent par avouer tout ce qu'on veut leur faire dire. »

Cet aphorisme vaut pour tous les chiffres, les statistiques bien sûr – plus personne n'en doute – mais aussi pour les modèles épidémiologiques, dont nous exhibons ici la fragilité. Entre de mauvaises mains, ils sont encore plus mortels que les virus qu'ils modélisent. L'hypothèse épidémique ne peut en aucun cas être validée par les données statistiques ou par les modèles épidémiques. Leur nature leur interdit toute pertinence hypothético-déductive. La science réside dans l'étude des mécanismes et non pas dans la description *ad hoc* de phénomènes *a posteriori*. L'existence même des épidémies, des virus également, est aujourd'hui attestée par des arguments statistiques. Ces concepts sont donc encore en attente de validation scientifique : ce sont de simples hypothèses.

Pour reprendre l'expression de Pierre-Gilles de Gennes,

les sciences manipulent des objets fragiles, qu'il convient d'appréhender avec le plus grand soin et une saine humilité. Bien qu'il fût prix Nobel de physique, de Gennes méprisait les chiffres, les statistiques et les systèmes. À défaut de les détester, il faut *a minima* s'en méfier. La science n'a que faire du consensus d'une prétendue communauté de scientifiques autoproclamés si celui-ci est fondé sur des absurdités. La science n'est pas un clan de petites frappes chassant en bandes et exigeant le respect sur titres. La science n'est pas faite de scientifiques mais de principes, de théories, d'expériences et de raisonnements en quête d'un être pensant à même de les éprouver, capable si nécessaire de les anéantir complètement sans frémir. La science est, par nature un magasin de porcelaines peuplé d'éléphants enragés. Il faut qu'il en soit ainsi.

**c. Les hausses de mortalité sont parfaitement
corrélées aux chutes de température**

*Partie co-écrite avec Jacques Colin de Verdière,
ingénieur chimiste*

Météo France met à notre disposition gratuitement depuis janvier 2021 les relevés météorologiques en format base de données¹. Des données de températures, d'humidité, de pression atmosphérique, sont disponibles en de nombreux points et jusqu'à 25 ans auparavant. Les données de température sont les plus nombreuses et les plus fiables. Elles couvrent de nombreux espaces et territoires.

1. <https://public.opendatasoft.com/explore/dataset/donnees-synop-essentielles-omm/table/?sort=date>

Les conditions météorologiques extérieures sont toutes liées entre elles. La température basse de l'hiver est souvent liée à un assèchement de l'air et à des basses pressions atmosphériques. La température extérieure est donc considérée ici comme un indicateur de relevé météorologique. Il ne s'agit pas de supposer ou de conclure que la température extérieure tue les gens, mais bien de savoir si les conditions météorologiques quelles qu'elles soient ont un impact sur la mortalité.

Pour cette analyse, le taux de mortalité par âge chaque jour en France sur chaque département est apparié à la température moyenne extérieure ce même jour sur ce département.

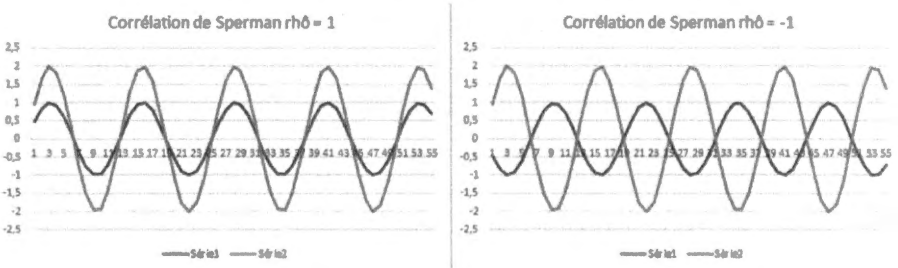
Les années 2017, 2018 et 2019 sont observées ici de façon à ne pas être perturbé par la Covid-19 et les mesures prises. Les décès sont lissés sur sept jours pour la même raison que précédemment. Ils sont décalés de cinq jours par rapport à la température en considérant que le décès n'est pas immédiat, mais suit un état de dégradation progressive appelé maladie.

Le test de corrélation de Spearman¹ permet de savoir si les taux de mortalité et les températures évoluent en même temps. Ce test compare les rangs entre les points de chaque variable. Il a l'avantage de ne pas supposer la nature de la relation entre les deux variables. Il mesure seulement si la relation entre celles-ci est monotone. La corrélation d'après Spearman est parfaite lorsque le R_{ρ} (rapport entre la covariance des rangs des variables et le produit de leurs deux variances) vaut 1 ou -1 (Figure 62). Il vaut 1 lorsque les maximas des deux variables sont

1. https://fr.wikipedia.org/wiki/Corr%C3%A9lation_de_Spearman

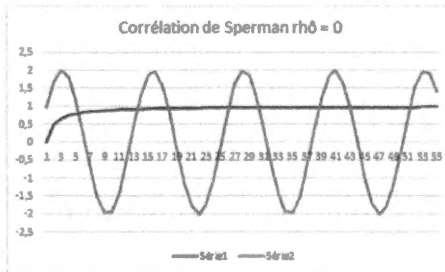
synchronisés et vaut -1 lorsque chaque maximum de la première variable correspond à un minimum de l'autre variable.

Figure 62 – Exemples de corrélations parfaites de Spearman



À l'inverse, le Rhô vaut 0 lorsqu'il n'y a pas de relation monotone entre les deux variables (Figure 63).

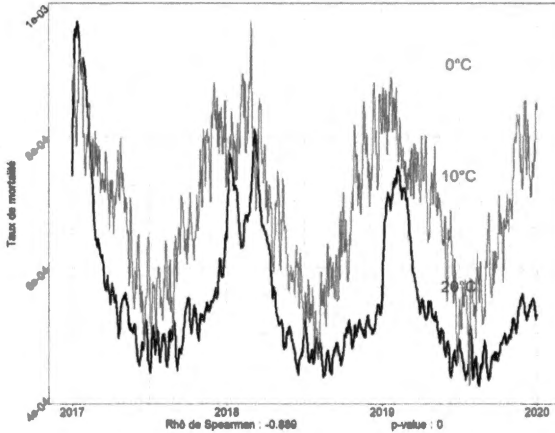
Figure 63 – Exemple d'absence de corrélation selon Spearman



Dans notre test, pour simplifier la lecture visuelle, la température est représentée inversée car les décès augmentent en réalité lorsque la température diminue (sauf pendant les épisodes caniculaires, mais qui sont rares). Les coefficients Rhô ici présentés sont tous négatifs. Ils sont d'autant plus forts qu'ils sont proches de -1.

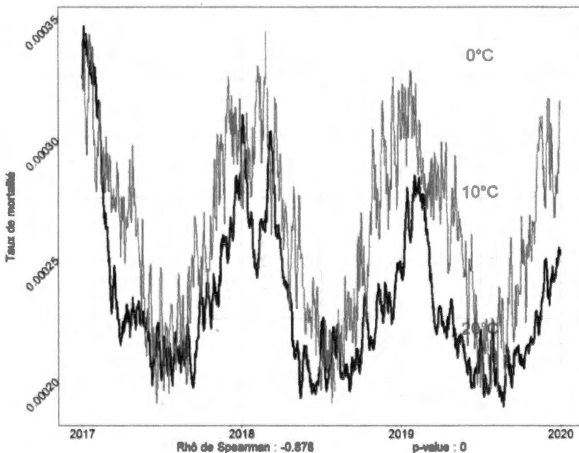
Le test de Spearman nous indique que la relation entre température et décès est significative dès 50 ans. L'intensité

Figure 64 – Taux de mortalité en France des plus de 90 ans et température, lissés sur sept jours



Note : Le taux de mortalité toutes causes est la courbe noire et est en notation « scientifique » : $8e-04$ signifie 8 décès pour 10 000 habitants. La courbe des températures est inversée pour mieux voir la corrélation.

Figure 65 – Taux de mortalité en France des 85-89 ans et température, lissés sur sept jours



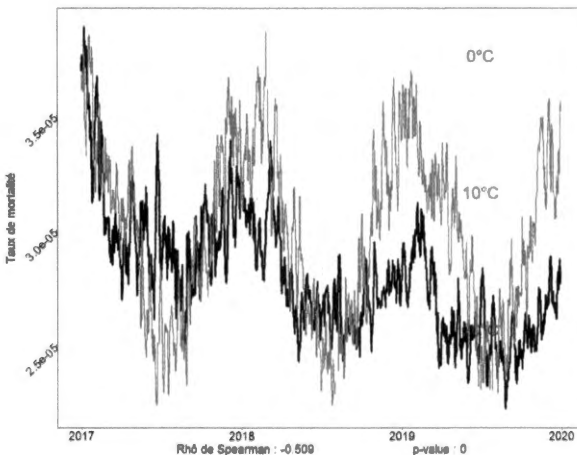
du lien ne fait ensuite qu'augmenter avec l'âge. Il n'y a aucune relation entre température et mortalité avant

50 ans. En effet, il n'y a jamais eu d'augmentation significative de la mortalité hivernale avant cet âge.

Au-delà de 85 ans, le Rhô de Spearman frise les -0,9 (Figure 64 et Figure 65). Si la mortalité était parfaitement corrélée à la température, le coefficient serait de -1. Notre -0,9 ici signifie que des personnes âgées de plus de 85 ans meurent toute l'année, mais que les augmentations et baisses de mortalité arrivent quasiment parfaitement au moment des variations de température extérieure. Le peu qui reste peut éventuellement s'expliquer comme du bruit, autrement dit, les aléas de la vie.

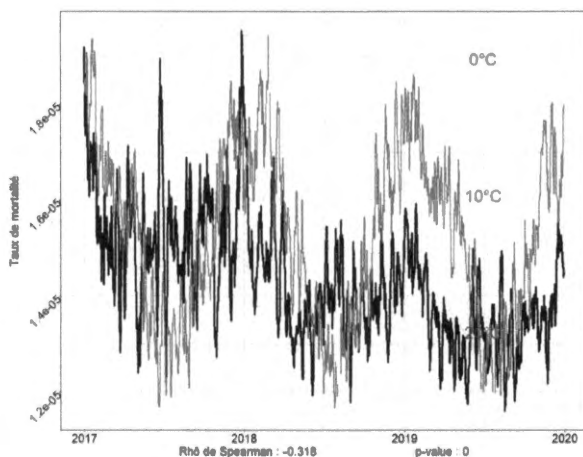
Le Rhô se dégrade ensuite régulièrement au fur et à mesure de l'application du test aux âges plus jeunes, tout en restant significatif (Figure 66). Cela signifie que pour les âges plus jeunes, les accidents de la vie pèsent plus que les causes liées aux variations de température sur la mortalité. En effet, plus la population est jeune, moins il y

Figure 66 – Taux de mortalité en France des 65-69 ans et température, lissés sur sept jours



a de décès et donc plus l'impact d'événements particuliers est important. Mais aussi visiblement, plus on est jeune et moins on est sensible aux aléas météorologiques. Entre 65 et 85 ans, le Rhô est quand même inférieur à $-0,5$. Cela reste donc une forte corrélation, surtout avec moins de décès.

Figure 67 – Taux de mortalité en France des 55-59 ans et température, lissés sur sept jours

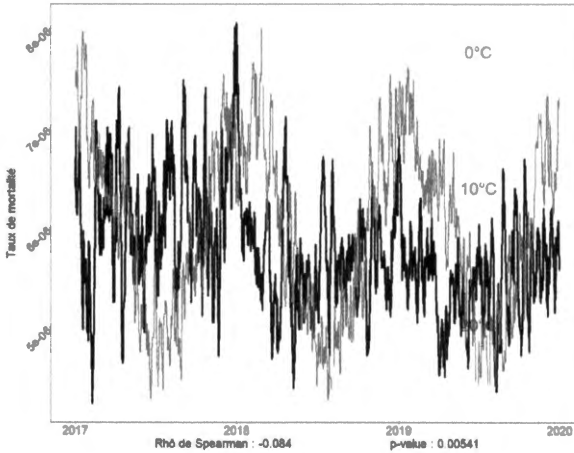


Le test de Spearman reste significatif entre 50 et 60 ans (Figure 67). Cependant, le Rhô se dégrade fortement aux âges avant 60 ans. Signe que cette tranche d'âge est une vraie période charnière pour la santé.

Sur toutes les tranches d'âge avant 50 ans, le test de Spearman n'est plus du tout significatif (Figure 68).

Nous savons dorénavant que la mortalité hivernale est très bien corrélée avec la température extérieure. Ce résultat est à rapprocher d'autres études, notamment biologiques. Par exemple, il a été observé que la composition cellulaire du sang varie selon la saison. Ces variations

Figure 68 – Taux de mortalité en France des 45-49 ans et température, lissés sur sept jours



peuvent être un signe de liens entre « l'état de santé » et les conditions météorologiques¹. Nous pouvons tenter de modéliser la mortalité à partir de la température pour les âges pour lesquels cela a du sens : au-dessus de 65 ans. Ici la méthode GAM (modèle additif généralisé²) est utilisée. Elle consiste à modéliser une variable à l'aide d'une autre, dans notre cas avec des fonctions polynomiales. En faire un « modèle » devrait permettre de prévoir la mortalité des plus de 65 ans en fonction de la température extérieure.

Passer à la modélisation implique de s'écarter de la réalité. C'est une construction mathématique à partir des données chiffrées existantes (comme le modèle SIRD). Même si le modèle GAM polynomial est puissant, il a ses

1. <https://www.nature.com/articles/ncomms8000>

2. https://fr.wikipedia.org/wiki/Mod%C3%A8le_additif_g%C3%A9n%C3%A9ralis%C3%A9

limites, il suppose par exemple qu'il n'y a pas d'effet de seuil, une augmentation brutale de la mortalité dans notre cas. Par exemple, si on imagine qu'en deçà d'une certaine température, un grand nombre de personnes meurent d'un coup, c'est un effet de seuil. C'est probablement ce que l'on observe dans le graphique de la mortalité des plus de 90 ans. Du fait des effets de seuil, la fonction de mortalité n'est pas dérivable, elle ne sera donc pas parfaitement approchée par des polynômes.

De même, le fait que les humains ne meurent qu'une seule fois implique qu'une forte mortalité après une baisse de température va diminuer le nombre de décès possible ensuite. S'il survient une deuxième baisse de température, il risque d'y avoir mécaniquement moins de décès.

Il y a donc des effets d'exclusion non pris en compte par le modèle.

Cela n'empêche pas de travailler, mais implique d'être conscient que la vraie vie ne se laisse pas facilement approcher par des équations mathématiques, contrairement à ce que voudraient nous faire croire certaines équipes scientifiques, en économie comme en médecine, qui font du catastrophisme une marque de fabrique et/ou tentent de vendre des produits miracle.

Finalement, pour la relation entre la mortalité des plus de 90 ans et la température extérieure, on obtient un coefficient de corrélation à 0,7 ce qui fait de ce modèle, rustique et plein de défauts, un très bon modèle de prédiction malgré tout (Figure 69 et Figure 70). Le coefficient de corrélation est maximal à 0,75 pour la tranche d'âge des 85-89 ans, probablement grâce à une moindre importance des effets de seuils et de moisson.

Figure 69 – Taux de mortalité en fonction de la température entre 2017 et 2019, données brutes et courbe de GAM

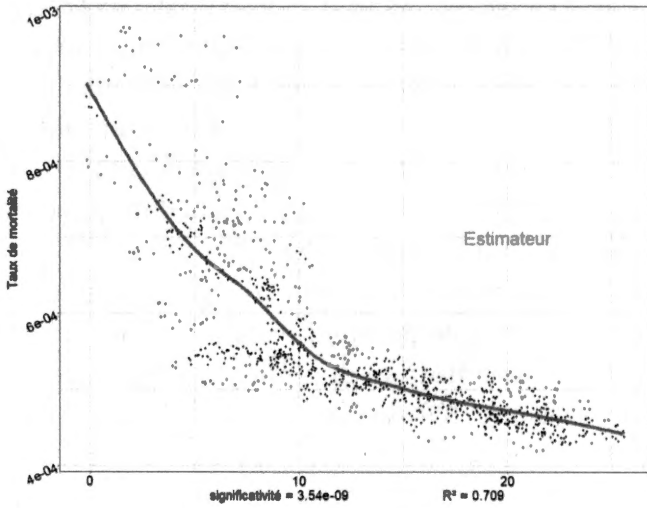
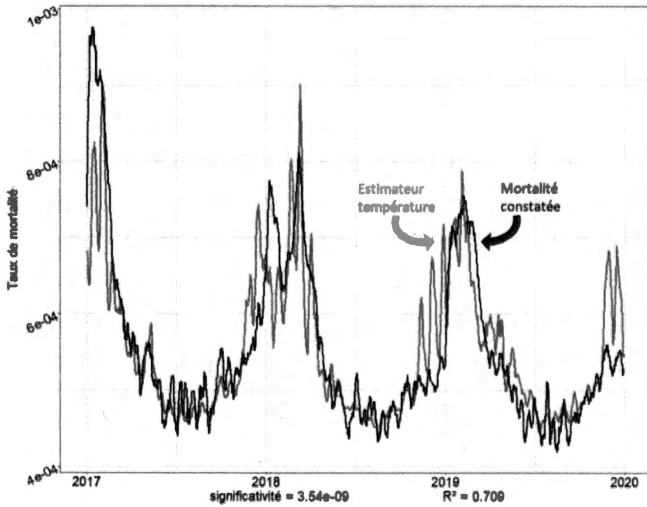


Figure 70 – Taux de mortalité des 90 ans et plus observé et prévu avec la température



La modélisation fonctionne même au niveau infranational et notamment pour tous les départements dans lesquels il y a assez de population pour stabiliser les statistiques. Ci-dessous par exemple les trois départements les plus peuplés pour la tranche d'âge des 90 ans et plus (Figure 71, Figure 72 et Figure 73).

Comme nous l'avons vu avec le test de Spearman, le fait que la corrélation soit d'autant plus forte que l'âge augmente est également vrai dans les départements. Elle est significative à partir de 50 ans, mais pas en-dessous. Finalement, le lien fonctionne très bien même à niveau plus fin : les variations de température expliquent les variations de mortalité à partir de 50 ans et la corrélation est d'autant plus forte que l'âge est avancé.

Cette analyse ne montre pas que la baisse de température extérieure est l'élément causal de la mortalité. Elle

Figure 71 – Taux de mortalité des 90 ans et plus observé et prévu avec la température pour le Nord

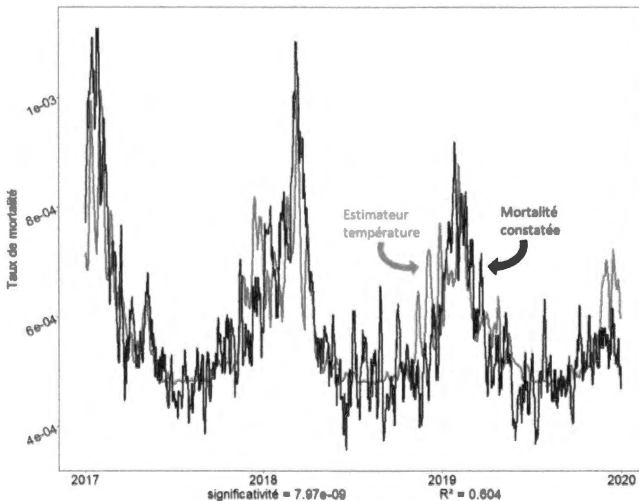


Figure 72 – Taux de mortalité des 90 ans et plus observé et prévu avec la température pour Paris

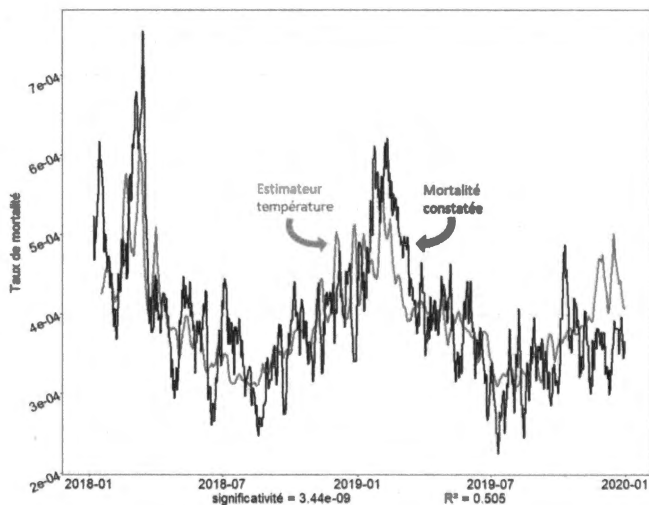
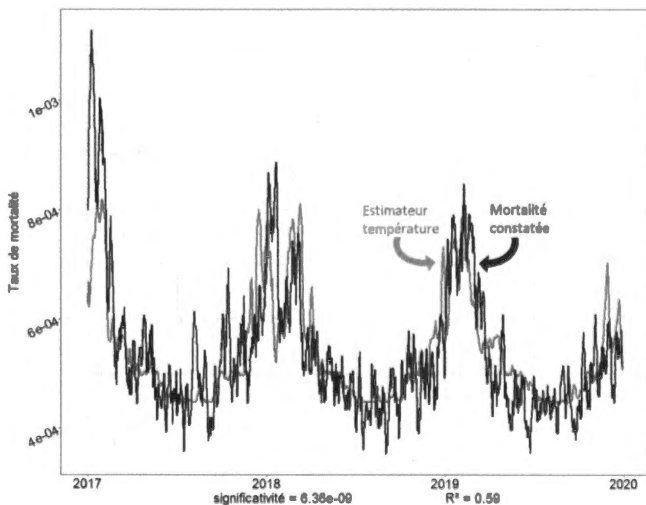


Figure 73 – Taux de mortalité des 90 ans et plus observé et prévu avec la température pour les Bouches-du- Rhône



montre uniquement que l'élément causal est à chercher prioritairement parmi les caractéristiques de la personne, dont l'âge est de très loin prédominant, et en second lieu parmi les changements de conditions de vie, notamment celles liées aux saisons.

Le changement d'humidité de l'air peut très bien aussi jouer un rôle. Il y a une corrélation presque parfaite entre température extérieure et humidité de l'air : plus la température de l'air est élevée, plus l'air peut contenir de vapeur d'eau. Ce comportement est commun à tous les liquides en équilibre avec l'atmosphère avec laquelle ils sont en contact. C'est vrai de l'alcool et de l'essence pour lesquels nous observons tous que plus la température est élevée, plus le liquide aura tendance à s'évaporer. Pour l'essence ou l'alcool, nous le sentons. L'eau au contraire n'a pas d'odeur, nous y sommes donc peu sensibles. En revanche nous constatons la buée sur les vitres, la formation de brouillard les matins ou par nuit froide ou encore la formation de buée quand nous respirons à basse température.

Ainsi, on retrouverait peu ou prou les mêmes courbes en remplaçant les données de température extérieure par celles d'humidité de l'air. La mesure de l'humidité est plus complexe que celle de la température et les données mises à notre disposition par météo France nécessitent des corrections avant de pouvoir être exploitées. Nous ne développerons donc pas ces éléments ici.

Nous vivons 95 % du temps à l'intérieur, et sans doute davantage pour les personnes plus âgées et en hiver. La température extérieure n'est pas la même que la température intérieure puisque nous utilisons des systèmes de chauffage. En revanche il n'existe quasiment pas de système de régulation de l'humidité de l'air. Or, la présence

de particules fines, et donc la pollution de l'air, est directement liée à son taux d'humidité. Plus il est sec et plus le risque de pollution est grand. Une cause de la maladie et de la hausse de décès des plus âgés pourrait par exemple être le nombre de particules fines respirées à cause de la sécheresse de l'air.

d. Le microbe est-il responsable de quelque chose ?

Nous avons vu dans la première partie que le fait que les hausses et baisses de mortalité soient simultanées partout invalide l'hypothèse de propagation des maladies hivernales. Si les maladies se propageaient, les décès se produiraient de façon décalée dans le temps.

Nous avons vu en outre que le modèle SIRD impose une « propagation » épidémique exponentielle des malades et des morts, or nous n'avons pu déceler la moindre trace d'un début d'exponentielle en France sur 70 ans de données de mortalité.

Dans la deuxième partie, nous avons montré que la mortalité des plus âgés est presque parfaitement corrélée à la température extérieure. Finalement, le bon sens a raison devant la théorie même si elle s'appuie sur de jolies formules. Les gens qui n'ont pas perdu pied avec la réalité savent encore que :

- 1 – L'hiver, il fait froid et on risque de tomber malade (chacun connaît l'expression « attraper froid »).
- 2 – Quand on est vieux et malade, on risque plus de mourir que lorsqu'on est jeune.

À ce stade, rien ne prouve que la mortalité hivernale soit due à l'arrivée d'un virus particulier qui se propagerait. Les

statistiques à notre disposition mettent juste en lumière ce que tout le monde sait : quand il commence à faire froid, on a tendance à tomber malade. On observe une dégradation de l'état de santé parfaitement corrélée au changement météorologique. Nous n'avons pas prouvé que les contaminations n'existent pas du tout, mais elles ne peuvent être au plus que des épiphénomènes dans la masse qu'est l'augmentation de la mortalité hivernale. Il est donc complètement vain de faire de l'isolement des humains l'hiver une priorité de santé publique, cela ne va rien changer ni à l'évolution de la mortalité, ni à celle des hospitalisations.

L'autre résultat, c'est que la politique vaccinale qui vise à lutter contre chaque virus un par un, n'aura mécaniquement pas le moindre impact visible sur la mortalité ou la maladie. Rien ne montre que les virus soient les causes des hausses de mortalité. Ils sont, tout au plus, le résultat d'une dégradation de la santé liée aux conditions extérieures. Ces conditions rendent malades les gens avec de multiples pathologies. Vouloir attribuer les hausses de décès à des virus particuliers, comme les gripes, arrange surtout les producteurs de vaccins antigrippaux, et les gouvernements qui les achètent, pour faire croire qu'ils s'occupent de notre santé, avec notre argent, comme nous l'avons vu au chapitre 4. Au passage, cela permet de détruire l'hôpital public, tout en continuant de dépenser toujours plus d'argent, lui aussi public, mais pour le diriger vers les bonnes poches.

De nombreux scientifiques se sont posé la question du lien causal entre le microbe et la maladie. Ce qui est présenté aujourd'hui comme un lien évident est pourtant loin de faire l'unanimité. Une des forces de l'industrie pharmaceutique est d'être capable d'étouffer toute voix

dissidente en lui coupant les vivres. L'hégémonie de *Big Pharma* sur la « recherche », les moyens des laboratoires et les publications, bloque tous les travaux n'allant pas dans le sens du profit. La science progresse grâce à la controverse, le « consensus » n'existe pas, sur aucune théorie. On peut chercher à le construire, notamment en acceptant la contradiction. Seules les expériences contrôlées, documentées et facilement reproductibles peuvent faire l'objet d'une validation commune.

Un certain nombre d'expérimentations contredisent la théorie dominante selon laquelle les maladies proviennent de « microbes attrapés par contamination ». L'expérience Rosenau¹ réalisée en pleine épidémie de grippe espagnole est l'une des plus célèbres. Son objectif initial était de mesurer le nombre de contaminations depuis les individus malades vers les individus sains en fonction de l'avancée de la maladie et du moyen de contamination. L'expérience a démarré en organisant une grande proximité entre les malades et les personnes saines, puis on a pulvérisé des matières prélevées dans le nez des malades dans ceux des bien portants et, enfin, on a effectué des transfusions de sang de malades à personnes saines. Au lieu d'obtenir un certain nombre de contaminations, l'équipe a en fait constaté à son grand étonnement qu'il leur était impossible de rendre malades les individus sains à partir des sécrétions des malades. La conclusion de Milton J. Rosenau aurait dû faire date :

« En fait, nous avons abordé l'épidémie avec l'idée que nous connaissions la cause de la maladie, nous étions tout à fait sûrs de savoir comment elle se transmettait de personne à personne. Si nous avons appris quelque chose, c'est que nous ne sommes pas sûrs de ce que nous savons sur la maladie. »

1. <https://resetheus.org/wp-content/uploads/2021/07/rosenau-experiment-influenza-1918-min.pdf>

Dans le cas beaucoup plus récent de « l'épidémie de Covid-19 », une équipe danoise a lancé une étude comparative sur le port du masque¹. Celle-ci consistait à effectuer des tests RT-PCR et à rechercher des anticorps sur des volontaires parmi deux groupes : 3 000 personnes portant un masque (groupe test) et 3 000 n'en portant pas (groupe témoin). L'expérience a duré du 3 avril au 2 juin 2020. L'étude a conclu qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. Le port du masque n'est pas déterminant sur la positivité du test ou la présence des anticorps recherchés. La différence entre les deux groupes est trop faible pour être attribuée à autre chose que le hasard. Les médecins et scientifiques les plus hardis ont conclu que la « population générale » ne portait pas bien le masque ou se contaminait autrement. La première question scientifique à se poser semble pourtant : la maladie provient-elle d'une contamination ?

En France, Louis Pasteur a été l'un des grands défenseurs de la théorie microbienne qui, poussée à l'extrême, supposerait que l'origine de toute maladie serait un agent pathogène « infectant » son hôte. Pasteur était chimiste, ses premiers succès sur la fermentation lui ont apporté de nombreuses relations avec l'industrie chimique et le monde politique, et de nombreuses distinctions. De son vivant, il a été longtemps opposé à Antoine Béchamp dont on reconnaît aujourd'hui qu'il avait raison contre Pasteur sur la pébrine, la maladie du ver à soie. Il n'a pas disposé des mêmes appuis et reste aujourd'hui beaucoup moins connu. À la même époque, en Allemagne, Robert Koch travaille sur les bactéries. Il découvre le « bacille

1. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817>

de Koch » sur les malades de la tuberculose. Il n'existe alors pas de « consensus », mais des discussions riches et passionnées sur la théorie microbienne et la transmission. Les « postulats de Koch » (qui devraient plutôt se nommer « postulats de Henle » du nom du professeur de Koch) sont publiés en 1884, tentant d'objectiver les conditions à réunir avant de pouvoir affirmer qu'un microbe est à l'origine d'une maladie :

1. « Le micro-organisme doit être présent en abondance dans tous les organismes souffrant de la maladie, mais absent des organismes sains.
2. Le micro-organisme doit pouvoir être isolé et croître en milieu de culture pur (ne contenant que ce seul microbe).
3. Le micro-organisme cultivé doit déclencher la même maladie chez un animal de laboratoire sensible.
4. Le micro-organisme doit être à nouveau isolé du nouvel organisme hôte rendu malade puis identifié comme étant identique à l'agent infectieux original. »

D'un point de vue logique, ces quatre critères sont présentés comme des conditions nécessaires à la preuve de causalité : il suffit qu'une seule des quatre conditions ne soit pas remplie pour nier la causalité. Ces postulats permettent de qualifier un certain nombre de bactéries comme étant pathogènes. Ils sont en revanche complètement incompatibles avec la théorie virale. En 1937, de nouveaux critères, bien plus lâches, sont proposés pour que les virus soient reconnus comme pathogènes :

1. « L'agent est associé à la maladie avec une certaine régularité statistique.
2. On peut isoler cet agent, le cultiver en milieu approprié et reproduire la maladie avec une certaine régularité (dans un essai contrôlé).
3. Expérimentalement, même si la maladie n'apparaît pas, l'apparition des anticorps témoigne de l'action du virus. »

Étant incapable d'apporter la preuve causale de la maladie, on doit alors se contenter d'une « certaine régularité statistique ». La condition statistique rend nécessaire l'utilisation de grandes cohortes et prive la théorie virale de la première des conditions scientifiques : que les expériences soient facilement reproductibles. Ajoutons que les statistiques ne permettent en aucun cas de montrer une causalité. Les statistiques ne peuvent que relever des corrélations. Si l'on trouve un lien statistique significatif entre un virus et une maladie, il est impossible de dire si le virus entraîne la maladie, si au contraire être malade entraîne la production du virus ou si le virus et la maladie résultent tous deux de la même cause. Cette définition est toutefois encore trop restrictive pour réussir à faire entrer tous les « virus » dans le champ des causes de maladie. On arrive en 1957 à une définition assez cocasse de la causalité par Huebner :

1. « Il faut établir la réalité de l'agent viral et décrire ses caractéristiques.
2. Faire la preuve qu'il provoque la maladie, ou du moins apporter une preuve immunologique de son action.
3. Une des meilleures preuves étant la mise au point d'un vaccin spécifique dont l'efficacité est démontrée par des essais contrôlés. »

La preuve de l'existence d'une maladie viendrait de celle de l'existence d'un vaccin efficace. On observe ici le dévoiement d'une théorie, qui s'écarte de la rigueur scientifique pour entrer dans le dogme et le culte du profit. Avant même de commencer à prouver que la maladie existe, on met au point son « remède » et on se lance dans la « prévention » à l'aveugle. La main de *Big Pharma* sur les laboratoires de recherche et les comités d'éthiques touche à la définition même de ce que l'on appelle une

maladie. Une des dernières versions proposées en 1996 s'adapte au nouveau culte du séquençage du génome des organismes vivants :

1. « La séquence nucléique du micro-organisme doit être retrouvée dans la plupart des cas de la maladie.
2. La séquence nucléique du micro-organisme ne doit pas être retrouvée (ou rarement) chez des individus indemnes.
3. Lorsque la maladie s'améliore (par exemple sous traitement), le nombre de copies de la séquence nucléaire doit diminuer ou devenir indétectable, et inversement en cas de rechute.
4. Quand la détection de séquence précède la maladie, ou si le nombre de copies varie parallèlement aux évolutions cliniques, la corrélation est très probablement causale.
5. L'identification du micro-organisme déduite de la séquence nucléique doit être compatible avec les propriétés biologiques connues pour le phylum auquel il appartient. Quand cette séquence est prédictible de ces propriétés, la signification de la séquence est renforcée.
6. On doit s'efforcer de démontrer une spécificité par hybridation in situ dans les zones pathologiques d'un tissu ou dans les localisations présumées du micro-organisme.
7. Ces résultats doivent être reproductibles. »

On remarque que tous ces critères sont des corrélations et qu'il n'y a aucune notion de causalité (même le critère 4 n'en est pas une). Ces critères permettent tous d'observer un lien statistique (donc pas du tout systématique) entre une séquence et une maladie. Avec ces critères, il est tout aussi possible que la séquence étudiée soit une conséquence de la maladie plutôt qu'une cause. Ajoutons qu'il n'est même plus besoin d'isoler le micro-organisme et donc de prouver qu'il existe. Il suffit de trouver une séquence nucléique déclarée « compatible », c'est-à-dire ressemblant à d'autres pour lesquelles les mêmes conditions ont été appliquées. Par analogie, on déclare ainsi coupable l'individu dont on aurait aperçu l'ombre sur la scène du crime et dont le cousin a été déclaré coupable

par la même méthode. L'assouplissement des critères nécessaires à la « preuve de causalité » pour inclure les virus dans les pathogènes est la porte ouverte à tous les biais de confirmation possibles.

On note enfin que malgré ces critères extrêmement souples, chacun peut constater que la Covid-19 et son virus du SARS-CoV-2 ne respectent ni la condition 1 (puisque deux tiers des personnes symptomatiques ont des tests PCR négatifs), ni la condition 2 (puisque 55 % des personnes testées positives sont asymptomatiques). Finalement, seul le critère 5 est respecté : un laboratoire a trouvé par recollage des bouts d'ARN permettant de ressembler à un méchant virus que nous supposons connaître, le SARS-CoV-1, il en a conclu avoir trouvé un nouvel agent pathogène, le SARS-CoV-2.

Dans tout ce que nous avons pu étudier depuis deux ans, cette discussion sur la causalité entre virus et maladie et surtout la remise en cause du principe de transmission, sont étonnamment ce qui suscite le plus de résistance. Il est devenu complètement commun de dire « on m'a refilé un rhume ». Chaque hiver, le rhume devient la faute de quelqu'un d'autre, d'un inconnu ou d'un proche qui, malade avant nous, nous aurait « transmis » sa maladie. Pour preuve, on m'oppose souvent le « on a fait un repas de famille et on s'est tous refilé le Covid-19 ! ». Le principe de transmission est tellement ancré que plus personne ne se rend compte que cette phrase est une interprétation orientée de ce qui s'est passé. En demandant une reformulation des événements on obtient : « après le repas de famille, on s'est fait tester et on était positifs ». Il suffit alors de rappeler l'absence de lien entre test et maladie ce qui permet d'obtenir le déroulement réel : « après le

repas, on est plusieurs à avoir été malades ». Ainsi, nous avons juste des personnes qui ont partagé le même repas (le même vin, les mêmes huîtres), respiré le même air, été soumises aux mêmes conditions et qui tombent malades en même temps. À aucun moment il n'est possible de prouver que « quelqu'un aurait transmis sa maladie » plutôt que « certaines conditions réunies ont rendu certaines personnes malades ». L'humain semble ainsi fait qu'il entre bien plus facilement dans un principe accusatoire pour « trouver le coupable » plutôt que de remettre en question son environnement. On imagine sans mal le capitaine d'une caravelle coincée au milieu de l'Atlantique trouver plus confortable d'accuser les marins malades de « propager la maladie » plutôt que d'avouer que la nourriture est avariée et l'eau croupie. La théorie du méchant microbe permet de masquer des évidences : l'eau impropre, le manque de nourriture, l'excès de sucre, d'alcool, de drogue, le froid, la chaleur, l'air pollué, le manque d'exercice, de sommeil, la déprime, le stress, rendent les humains malades. Il permet aussi de présenter l'industrie chimique lourde comme une réponse à des problèmes qui sont en fait du ressort de l'organisation de la société : répartition de richesses, liens sociaux, pollution, etc.

e. Les études « scientifiques » défendant les mesures liberticides pour lutter contre la « propagation » sont construites à l'envers

Puisque nous sommes incapables de trouver la moindre trace de « propagation » épidémique à partir des données françaises, il est curieux que cette théorie soit autant admise et soit la base de décisions politiques de santé

publique. Toutes les mesures coercitives mises en place depuis le début de la crise sont fondées sur une hypothèse et non sur un résultat. Cette inversion de raisonnement est exactement la même que celle d'un certain nombre d'articles de grands journaux scientifiques. On assiste à une profusion de parfaites tautologies. Les auteurs de ces articles partent de l'hypothèse que les mesures ont forcément un impact positif sur le nombre de malades et de décès en « freinant la propagation » et concluent... que les mesures ont un impact positif sur le nombre de malades et décès en « freinant la propagation ». Cette tautologie est noyée dans un ensemble de graphiques et de formules mathématiques pour faire semblant d'avoir prouvé quelque chose.

L'article de Hsiang *et al.* toujours en ligne, publié par le célèbre *Nature*, *The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic*¹, en est un exemple parfait. Les auteurs prétendent évaluer le nombre de vies sauvées par les mesures prises et ainsi démontrer l'intérêt des gestes barrières et/ou du confinement. Ils utilisent pour cela une méthode qui estime le nombre de personnes qui « n'ont pas été contaminées grâce à la mise en place des mesures ».

Le premier problème et le plus évident est que les données utilisées dans l'étude sont les nombres de tests positifs des territoires considérés. Cette étude ne montre donc pas du tout l'impact des mesures sur le nombre de malades ou de morts dans chaque pays, mais l'impact des mesures sur le nombre de tests positifs. Puisque qu'il n'y a pas de rapport entre un résultat de test et le fait d'être

1. <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2404-8>

malade (comme nous l'avons montré précédemment), cela pose question d'emblée. Ce choix est révélateur du réel problème en cours : nous vivons une épidémie de statistiques et les choix politiques n'ont pour objectif que de faire baisser des indicateurs et non de soigner des gens.

Le deuxième problème qui contient l'arnaque intellectuelle de la tautologie, est le modèle mathématique utilisé et ce à quoi il sert dans l'analyse. Lorsqu'on fait des statistiques un peu poussées pour étudier un phénomène, le bon cheminement est d'analyser les données que l'on a pour en *déduire* un modèle. Dans ce cas précis, le cheminement logique serait de regarder les données disponibles et de discuter à partir des courbes représentant les données observées. Il faut analyser ce que l'on voit dans chaque pays pour estimer d'abord la manière dont se « propage l'épidémie » (dont la seule trace à disposition sont les tests positifs), puis les différents facteurs qui peuvent avoir un lien avec la « propagation ». C'est évidemment compliqué parce que de nombreux facteurs peuvent influencer ces résultats dont la plupart ne sont probablement pas mesurables. Pour ce faire, il faudrait au moins regarder aussi la situation de pays qui ne confinent pas, comme l'Allemagne ou la Norvège.

Ici les auteurs font exactement l'inverse. Ils supposent déjà connaître le modèle de « propagation de la maladie » et estiment que si la propagation que l'on constate ne correspond pas au modèle, ce n'est pas que le modèle est faux, mais que de bonnes mesures ont été prises. Ils ne considèrent dans leur analyse que des pays qui ont confiné. Il y a donc deux failles intellectuelles dans le raisonnement, une dans chaque partie.

Pour obtenir leur modèle, les auteurs supposent savoir à l'avance le type de courbe suivi par la propagation épidémique. Ils font de la statistique paramétrique. La fonction est supposée connue et les chercheurs se contentent d'en déterminer les paramètres. C'est une technique utilisée en économie comme c'est d'ailleurs précisé dans l'article. En économie, on a en effet beaucoup de données chiffrées, notamment parce que les échanges monétaires sont suivis de près par les financiers, les gouvernements et les banques, acteurs qui développent en permanence énormément de modèles pour tenter de s'enrichir. Chacun peut constater que, malgré tout le temps, l'argent et la matière grise consacrée, les modèles économiques ne marchent pas de façon extraordinaire, sinon le métier de trader n'existerait plus et on n'aurait plus de crise financière. Dans le domaine des statistiques médicales, et plus particulièrement dans le cadre de l'étude d'un phénomène prétendument nouveau, il est assez surprenant de faire de la statistique paramétrique. La raison (et l'habitude) est plutôt de faire des statistiques non-paramétriques, c'est-à-dire ne pas supposer savoir déjà comment ça se passe. Dès le début de leur démarche, les auteurs de l'étude Hsang *et al.* dévoient le principe de modélisation.

Ils font donc de la statistique paramétrique en affirmant qu'une épidémie suit toujours une loi exponentielle. Nous avons montré dans la partie précédente que nous ne trouvons aucune augmentation exponentielle du nombre des décès dans les périodes dites « épidémiques » sur 70 ans de données de mortalité française.

L'hypothèse des auteurs affirmant que le nombre « d'infections » et donc, par extensions, « de malades » et « de décès », suivrait un modèle basé sur des exponentielles,

et que ce modèle est valable jusqu'à ce que presque toute la population soit infectée, n'a aucun rapport avec la réalité observable. Leur modèle n'est pas plus légitime qu'une prédiction de pluie d'éléphants roses, basée sur la position des étoiles. Le décrochage complet avec la réalité est noyé dans l'utilisation de formules mathématiques. Le fait que les auteurs ne tentent à aucun moment de valider leur propre modèle, est révélateur du biais de confirmation ambiant.

Une fois posé le modèle mathématique hors-sol qui sert de socle à l'étude, il reste aux auteurs à en déterminer les paramètres. Pour ce faire, ils n'utilisent que les toutes premières données de tests positifs, celles qui ont eu lieu entre le moment où les tests ont débuté et le confinement. En effet, puisqu'ils veulent montrer que le confinement casse l'exponentielle (imaginaire), ils ne peuvent utiliser que les résultats des tests qui ont lieu avant. Le modèle exponentiel est donc calé sur des données dont l'augmentation ne révèle que le démarrage de l'utilisation des tests ! L'augmentation observée d'un jour à l'autre, même si elle est très faible, sera décuplée ensuite par le modèle exponentiel. Pour être complet, même si un pays ne présentait pas d'augmentation, le modèle se calerait quand même en « prévoyant » une explosion de tests positifs plus tard.

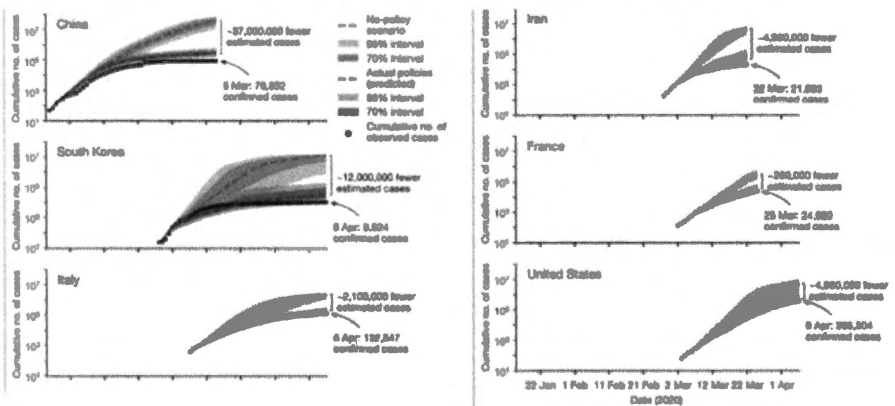
Les auteurs déclarent même corriger ces données en prenant en compte les « gestes barrières » et la « distanciation ». Pour les auteurs, la « propagation » serait nécessairement plus haute sans ces mesures, leur modèle en rouge affiche donc des courbes supérieures à celle des observations même sur les données devant servir à caler le modèle. Tout est fait pour maximiser les paramètres.

Les auteurs précisent qu'étant donné une adéquation peu satisfaisante entre les observations et leur modèle, ils ont enlevé les observations vraiment trop éloignées du modèle, les considérant erronées. Le modèle est meilleur que tout et ne doit pas être contrarié.

Ils remarquent aussi que d'un pays à l'autre, les paramètres des modèles exponentiels sont très différents. Ils en déduisent que c'est dû aux spécificités des habitants et pas du tout à la qualité des statistiques, ni à celles de leur modèle. Le modèle est meilleur que tout et ne doit pas être contrarié.

Enfin, arrive l'aboutissement du raisonnement tautologique, celui qui consiste à dire que si la courbe réelle des personnes infectées est différente de la courbe du modèle, c'est parce que les mesures fonctionnent. C'est la deuxième partie du papier avec les graphiques bleus et rouges (Figure 74). La partie grisée représente la poursuite de la propagation exponentielle que les auteurs ont calculée. Le trait noir figure ce qui s'est passé (données observées de tests positifs) et le trait bleu représente le

Figure 74 – Courbes théoriques «de propagation» calculée par le modèle de Hsiang *et al.* et courbe observée de tests positifs



modèle construit par les auteurs d'une propagation freinée par les bénéfices du confinement.

En résumé, les auteurs :

- présupposent une augmentation exponentielle sans aucune vérification de sa validité ;
- calculent les paramètres sur des données de tests sans avoir prouvé leur lien statistique avec une maladie ;
- écartent les données qui contredisent le modèle ;
- ne se servent que des premiers jours de relevés de tests en supposant que l'explosion exponentielle a lieu après ;
- ajustent à la hausse les données initiales en présupposant que certaines mesures pré-confinement ont un impact ;
- poursuivent leur courbe imaginaire jusqu'à ce que toute la population soit considérée positive ;
- attribuent l'écart entre leur courbe théorique et le nombre de tests positifs réalisés aux mesures ;
- ne confrontent pas leur modèle à la situation observée des pays n'ayant pas mis en place lesdites mesures, comme l'Allemagne ou la Norvège.

Le fait qu'une analyse de ce genre puisse être publié dans une revue scientifique est extrêmement grave. La base de la statistique c'est que les faits n'expliquent pas les causes. Lorsqu'on mesure quelque chose, on ne peut pas prétendre savoir d'emblée d'où vient ce résultat. Coller un modèle exponentiel pour ensuite dire qu'il ne correspond pas à la réalité et conclure qu'on a sauvé des vies, ce n'est pas une analyse, mais de la propagande.

Cet article n'est qu'un grand raisonnement tautologique : si je suppose qu'un virus mortel se propage d'un

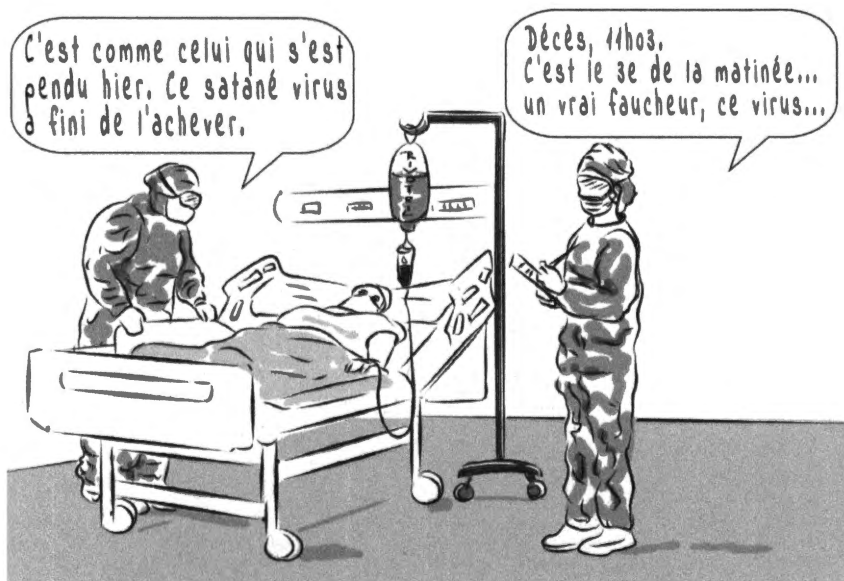
individu à l'autre à vitesse exponentielle et que les mesures prises sont efficaces pour l'empêcher de se propager et sauver des vies, alors après beaucoup d'équations et de graphiques, je montre qu'un virus mortel se propage d'un individu à l'autre à vitesse exponentielle et que les mesures prises sont efficaces pour l'empêcher de se propager et sauver des vies.

Au demeurant, toutes les projections réalisées dans le cadre de la crise Covid-19 se sont révélées complètement fausses. Le site évaluation-modélisation-covid confronte les différentes projections de l'Institut Pasteur et de l'Inserm aux données récoltées *a posteriori*¹. Chacun peut constater que dans l'écrasante majorité des cas, la réalité est bien en-dessous de la projection du scénario le moins alarmiste proposé. Pourtant, la communication ne s'assagit pas malgré tous ces échecs consécutifs.

Le véritable enseignement de cet article, c'est que personne ne comprend ce qu'est un modèle mathématique. Ni les auteurs, ni les comités de relecture. C'est assez problématique parce que toutes les disciplines en abusent. Cela donne une idée de l'état de la science du XXI^e siècle qui, sous couvert de modèles mathématiques et sous l'abondance de données chiffrées, n'a pas moins de dogmes qu'au Moyen-âge.

1. <https://evaluation-modelisation-covid.github.io/france/index.html>

6. Les mesures sont responsables de hausses de la mortalité



Les statistiques peuvent être nos meilleures alliées pour comprendre le monde qui nous entoure, comme la plus grande prison intellectuelle au service d'un discours unique.

Pour comprendre la période de mars-avril 2020, commençons par la replacer dans son contexte sur une plus longue période. En France, l'année 2020 compte plus de décès que l'année 2019 notamment à cause de la mortalité tardive visible aux mois de mars et avril, mais également de la mortalité précoce arrivant en octobre.

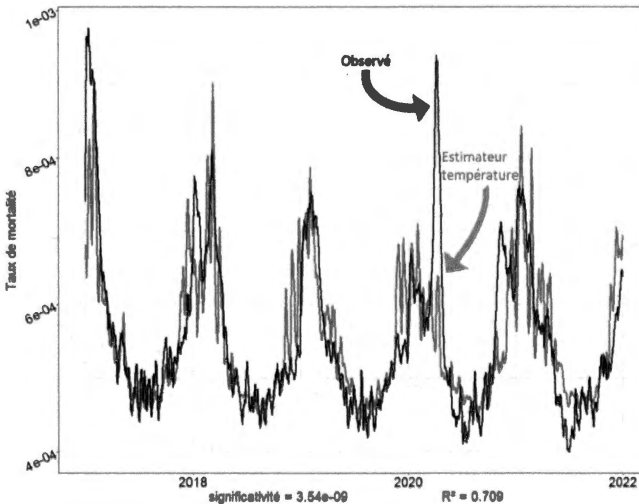
Sur la Figure 52 page 159, nous observons les décès quotidiens français depuis 2013. La moyenne et les deux traits limitants de l'intervalle de confiance (deux écarts-types d'écart à la moyenne) permettent de repérer les périodes de mortalité anormale. Toutes les tranches d'âges sont représentées en cumulé, de telle sorte que la courbe des 80 ans et plus correspond à la somme de tous les décès toutes causes en France. Les variations de mortalité que la France connaît depuis le début de l'année 2020 ne concernent que les plus de 50 ans.

Sur la période de janvier à mars 2020, la France était sur une moyenne très basse de décès relativement aux années précédentes. Pour mémoire, l'année 2019 est un

record de sous-mortalité partout en Europe. Le pic de mars-avril en France est un phénomène brutal avec un impact limité : le nombre de décès entre mai 2019 et mars 2020 est toujours sous la moyenne des dernières années.

En appliquant le modèle basé sur les températures calculé sur les années 2017 à 2019 on observe bien que les deux hausses de mortalité ayant eu lieu pendant les confinements semblent complètement décorréées de ce qui est observé habituellement (Figure 75). Il y a donc une mortalité anormale. Dans les deux cas, il y a bien un refroidissement visible, mais qui aurait dû ne déclencher que de faibles hausses de mortalité.

Figure 75 – Taux de mortalité des personnes de 90 ans et plus observé et prévu avec la température



Cherchons ce qui est susceptible d'expliquer la hausse soudaine des décès en mars-avril 2020.

Le gouvernement affirme que la hausse de mortalité de mars-avril 2020 est due à la propagation mondiale de la Covid-19 contre laquelle aucun traitement n'existerait. Cette théorie a des implications très fortes :

- les individus sont tenus responsables de l'état de santé de leurs voisins (contaminations) ;
- les mesures coercitives (confinement, distanciation, port du masque, etc.) se justifient ;
- la stratégie de lutte préventive contre ce pathogène et les achats massifs de vaccins sont nécessaires (comme pour la grippe).

Les données à notre disposition contredisent cette affirmation. Elles suggèrent toutes que la hausse de mortalité de mars-avril 2020 est en petite partie due aux conditions extérieures (dont le révélateur est la chute des températures) mais surtout aux mesures prises, uniquement aux endroits où celles-ci sont appliquées. Cela change complètement la perception des événements du printemps 2020 :

- les individus ne sont pas responsables de l'état de santé de leurs voisins ;
- il n'y a alors aucune raison de mettre en place des politiques restrictives ;
- les mesures prises n'ont eu que des impacts négatifs, notamment la hausse de mortalité et la désorganisation hospitalière.

Les décideurs de cette politique devront rendre des comptes.

a. Une « Pandémie » pas si mondiale

Contrairement à une idée largement répandue, le phénomène de pic de mortalité en mars-avril 2020 n'est absolument pas un phénomène mondial, ni même européen. Sur les 33 pays européens dont les données de mortalité sont disponibles sur Eurostat, seuls neuf présentent une mortalité significativement supérieure à la normale sur cette période : la Belgique, la Suisse, Chypre, l'Espagne, la France, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas et la Suède.

Le contraste entre la Belgique et l'Allemagne pourtant voisins est saisissant (Figure 76 et Figure 77). Il est du même ordre que la différence entre le Portugal et l'Espagne (Figure 78 et Figure 79). Pour mémoire, la psychose en Espagne a engendré un abandon massif des plus âgés. Les médias¹ ont rapporté la découverte par les militaires espagnols, après le confinement, de dizaines de maisons de retraite désertées, en laissant les résidents mourir sur place. En Espagne, ce n'est pas le virus qui fut mortel, mais la peur.

Ainsi, la hausse de mortalité sur la période de « pandémie » est loin d'avoir touché l'ensemble des pays européens. Seule une minorité de pays ont été concernés. Tous les pays de ce petit groupe ont mis en place des mesures spécifiques sur la période. Certains ont choisi des confinements stricts, d'autre non. La Suède par exemple n'a pas mis en place de confinement strict. La

1. <https://www.la-croix.com/Monde/Europe/Coronavirus-Espagne-tragedie-maisons-retraite-2020-04-25-1201091155>

Figure 76 – Décès hebdomadaires en Belgique standardisés selon 2020

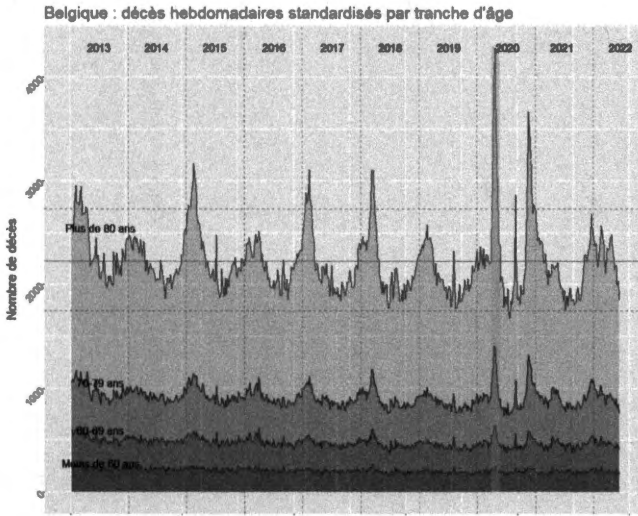


Figure 77 – Décès hebdomadaires des plus de 50 ans en Allemagne standardisés selon 2020

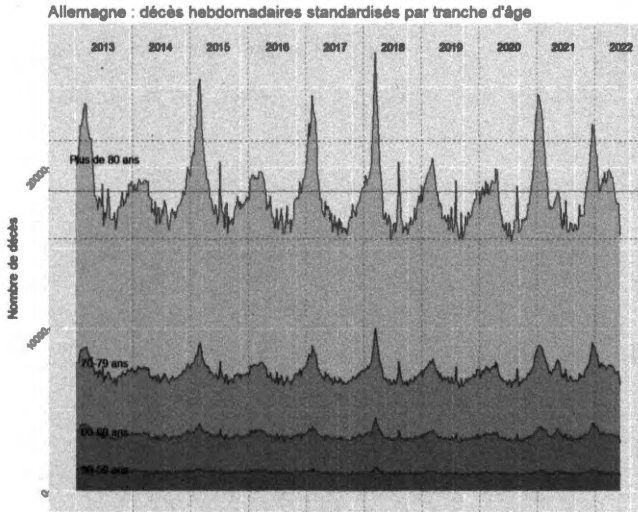


Figure 78 – Décès hebdomadaires en Espagne standardisés selon 2020

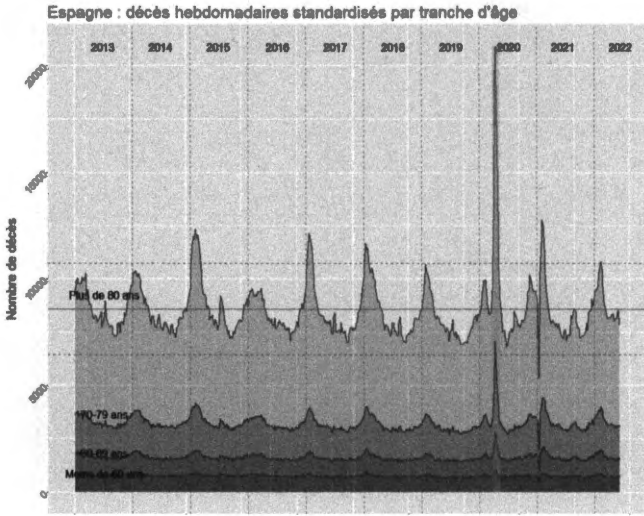
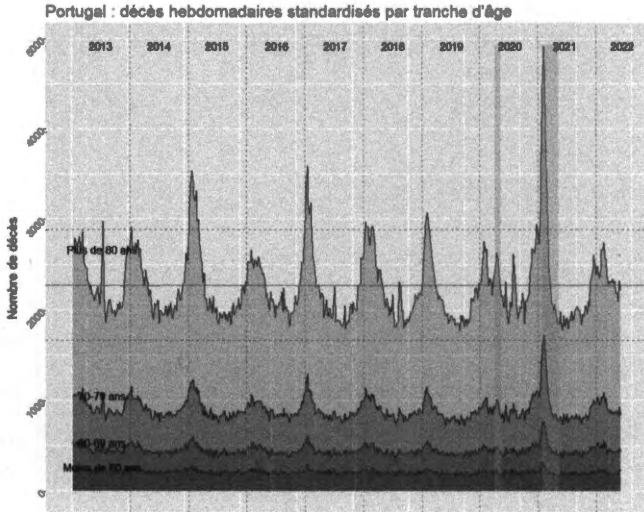


Figure 79 – Décès hebdomadaires au Portugal standardisés selon 2020



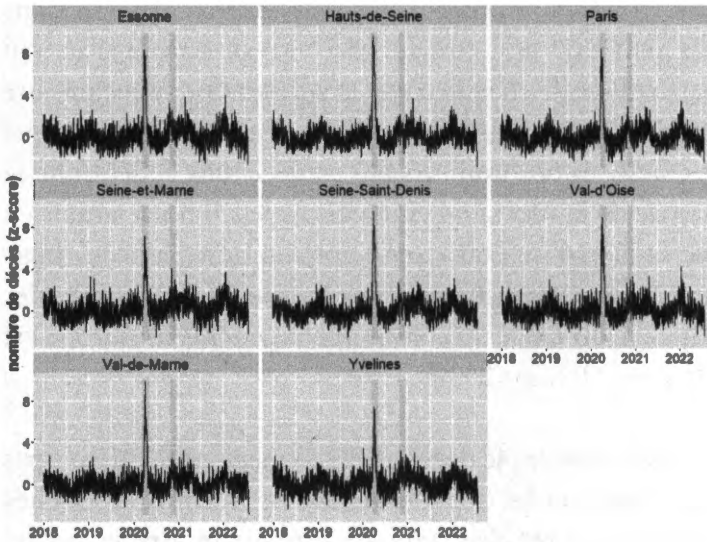
commission gouvernementale suédoise sur la gestion de la crise Covid-19 a cependant révélé l'abandon massif des personnes âgées pendant la crise¹, qui a entraîné leur mort. Parmi les 24 pays qui n'ont pas connu de hausse de mortalité significative, certains ont également appliqué des confinements plus ou moins stricts. Il ne se dégage pas d'emblée une explication simple sur la mortalité. L'accroissement, important mais limité, observé dans ces neuf pays doit être analysé au regard de la situation particulière de chacun d'eux et surtout de chaque mesure spécifique prise sur la période. La seule constante est que les mesures ont toujours été prises *avant* le début de la hausse de la mortalité et jamais après. Il n'y a jamais eu de réaction d'un État à une augmentation des décès, mais une anticipation suivie d'une hausse réelle. Le premier pays à avoir lancé un confinement général en Europe est l'Italie le 10 mars 2020.

En France, le pic de mortalité de mars-avril 2020 n'a pas concerné tous les départements et les territoires touchés ne l'ont pas été avec la même intensité. En revanche, tous les territoires touchés par ce pic de mortalité l'ont été de manière synchronisée. Nous avons donc un pic de mortalité qui ne touche pas tous les pays d'Europe et, au sein de chaque pays, pas tous les territoires, mais dont tous les territoires touchés le sont en même temps. Pour comparer les départements entre eux, nous calculons le z-score (écart à la moyenne divisé par l'écart-type) des décès quotidiens depuis 2018.

1. <https://coronakommissionen.com/wp-content/uploads/2020/12/summary.pdf>

En Île-de-France par exemple, tous les départements connaissent une hausse de mortalité synchronisée débutant après le début du confinement, identifiée ici par un rectangle grisé (Figure 80).

Figure 80 – Z-score des décès quotidiens par département de l'Île-de-France

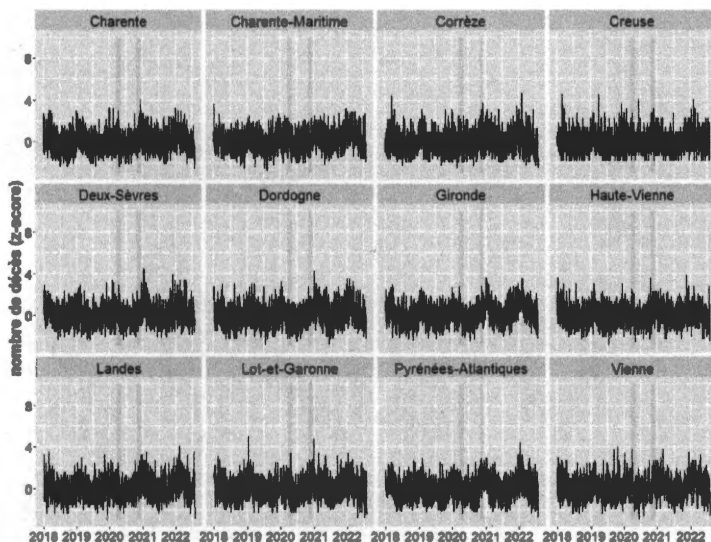


À l'inverse, en Nouvelle-Aquitaine, aucune hausse de mortalité n'est visible sur la période (Figure 81).

Les territoires touchés par la hausse de mortalité sont surtout des départements avec des villes importantes comportant des quartiers très pauvres. L'Insee révèle¹ que la mortalité du printemps 2020 touche beaucoup plus fortement les communes denses et les personnes nées à l'étranger. Il est étonnant que l'Insee, qui produit

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049>

Figure 81 – Z-score des décès quotidiens par département de Nouvelle-Aquitaine



les statistiques annuelles de pauvreté, n'ait pas fait le lien entre les conditions de vie difficiles des quartiers pauvres et la hausse de la mortalité. Une fois de plus, il ne s'agit pas d'un problème de propagation, mais de santé publique sur des territoires particuliers.

En appliquant notre modélisation de la mortalité par les températures, nous retrouvons les mêmes incohérences d'un territoire à un autre. Par exemple, le département du Nord a connu une mortalité très forte en mars-avril 2020 (Figure 82), sans rapport avec le froid à cette époque, alors que celle du Pas-de-Calais voisin est très proche de l'attendu (Figure 83). Il paraît bien étrange qu'une pandémie aussi contagieuse, qui réussit à traverser les frontières dans le monde entier, s'arrête à celles du Pas-de-Calais.

Figure 82 – Taux de mortalité des personnes de 90 ans et plus observé et prévu avec la température pour le Nord

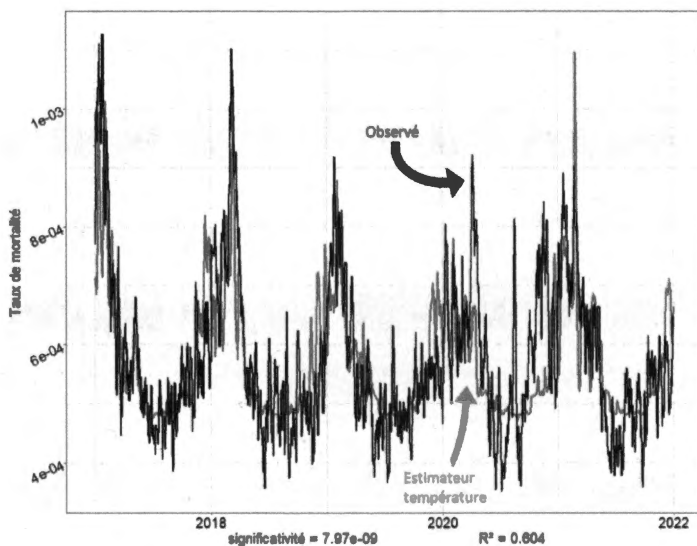
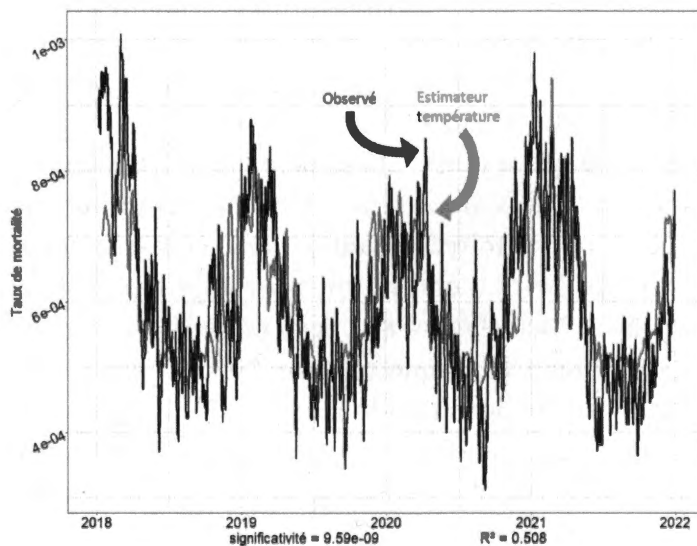


Figure 83 – Taux de mortalité des personnes de 90 ans et plus observé et prévu avec la température pour le Pas-de-Calais



L'hypothèse gouvernementale d'une pandémie mondiale mortelle et contagieuse n'est pas du tout confirmée par la répartition des décès en Europe. Le fait que seuls neuf pays sur 33 semblent avoir connu une surmortalité sur la période remet en cause le caractère mondial de l'épidémie mortelle. De même, constater que seuls certains territoires français sont concernés pose question sur les causes réelles de ces pics de mortalité.

En France, deux mesures structurantes et inédites de santé publique ont été prises :

- Le confinement, c'est-à-dire une limitation extrême des mouvements et l'ordre à tous les habitants de rester chez eux.
- L'interdiction aux médecins de ville d'exercer leur art, autrement dit de proposer des traitements pour limiter le risque de complication. Le débat s'est focalisé sur l'hydroxychloroquine, mais l'interdiction concernait toute substance hormis le doliprane.

Ces deux mesures ont eu des impacts sur l'évolution des infections respiratoires chez les patients, mais également sur toutes les autres pathologies.

Parmi les neuf pays ayant connu une surmortalité en mars-avril 2020, sept ont mis en place un confinement à cette période. Dans tous ces pays, le seuil de surmortalité a été franchi après le début du confinement. En tenant compte du délai de mise à disposition des données, il est évident que la décision de confiner les populations n'a pas pu être déclenchée par réaction à une surmortalité. Aucun décideur ou spécialiste ne pouvait savoir si la période connaîtrait plus de décès qu'habituellement.

La décision a été prise par anticipation, notamment à la suite de la pression médiatique suivant les remontées de cas déclarés Covid-19 et suite aux projections alarmistes fondées sur des modèles sans ancrage dans le réel. Cette mesure forte, aux impacts très lourds sur l'organisation de la santé, a été prise avant de connaître le niveau de danger encouru.

Tous les cas de figures existent en Europe, entre confinement ou non et surmortalité ou non. Les deux phénomènes ne sont donc pas entièrement liés. Pour avoir une idée de l'impact positif ou négatif d'une telle mesure, il est toutefois possible d'en quantifier quelques effets.

Dans tous les cas, la base d'une analyse objective est de ne pas présupposer les causes d'un événement. En mars-avril 2020, le gouvernement annonce l'arrivée d'une épidémie et met en place des mesures. *A posteriori*, nous constatons qu'il y a eu une augmentation des décès pendant la période des mesures les plus strictes. Tous les partisans de ces mesures, dont le gouvernement, supposent qu'elles ont forcément sauvé des vies, que sans elles le pic de mortalité aurait été beaucoup plus élevé. Dans la réalité, nous ne constatons que des morts en plus, nous cherchons donc à mesurer l'impact de ces mesures sur la mortalité. C'est d'autant plus important que nous n'avons pas trouvé trace de propagation de la maladie.

b. Les AVC et infarctus non soignés

Beaucoup de journalistes écrivent que le confinement strict a permis de sauver de nombreuses vies par l'absence des accidents de voiture. Il est aisé de quantifier le nombre de vies sauvées au maximum par une telle mesure. Il y a

environ 3 600 décès sur la route par an en France¹, soit 300 par mois, cela fait environ 600 décès sur la période de confinement. Les trois quarts de ces décès concernent des personnes de moins de 65 ans.

En effet, en écrasante majorité, les personnes qui prennent leur voiture tous les jours pour aller au travail ont moins de 65 ans. La Covid-19 au contraire touche les plus de 65 ans. L'impact du confinement sur la sécurité routière aura pu éviter une partie des 600 décès possibles, mais en écrasante majorité des jeunes, alors qu'au regard des statistiques de mortalité, ils ne risquaient pas leur vie avec la Covid-19.

Parallèlement, le 7 mai 2020, dans son bulletin épidémiologique², Santé publique France tire la sonnette d'alarme sur le renoncement au soin. En France, environ 80 000 infarctus sont dénombrés chaque année³, soit 13 000 attendus pendant la période de confinement. De même, 150 000 AVC sont comptabilisés chaque année⁴, soit 25 000 en deux mois. Contrairement aux accidents de la route, les AVC et les infarctus touchent majoritairement le même public que les infections respiratoires : les plus âgés.

1. <http://www.fiches-auto.fr/articles-auto/chiffres-infractions-securite-routiere/s-2319-nombre-d-accidents-mortels-selon-l-age-des-conducteurs.php>

2. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/250807/2596023>

3. <https://www.frm.org/recherches-maladies-cardiovasculaires/infarctus-du-myocarde/focus-infarctus-myocarde#chiffres-cles>

4. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/accidents-vasculaires-cerebraux-avc>

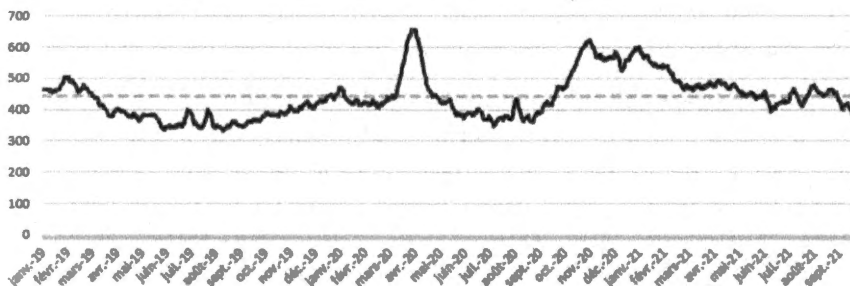
Santé publique France nous révèle que pendant la dernière semaine de confinement, les hôpitaux ont compté 300 personnes de moins aux urgences AVC et 300 personnes de moins aux urgences cardiaques, relativement à la même époque en 2019. Sur huit semaines, cela fait 2 400 personnes non soignées pour chacune de ces deux pathologies. Le rapport de l'ATIH (voir chapitre 2) sur les soins hospitaliers en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) confirme ces chiffres en révélant un déficit de 3 000 patients soignés pour AVC entre mars et mai. Deux hypothèses sont alors possibles :

- Les Français n'ont pas fait d'AVC ni de crises cardiaques pour laisser toute la place aux malades identifiés « Covid-19 ».
- Les Français n'ont pas été pris en charge du fait de l'ordre de ne pas consulter et de rester chez soi. Ce ratio étalé sur huit semaines représente au moins 4 800 personnes non soignées.

Les pathologies non soignées, ainsi que la peur panique engendrée par la pression médiatique quotidienne peuvent expliquer la surmortalité à domicile en France sur cette période, mise en évidence par le site de l'Insee¹ (Figure 84). Ces décès ne sont pas considérés comme ayant un quelconque rapport avec la Covid-19 (puisque seuls les décès hospitaliers ou des Ehpad peuvent être catalogués comme tels). Ils apparaissent pourtant aux mêmes périodes que ceux attribués à cette maladie, et surtout, pendant le confinement.

1. www.insee.fr/fr/statistiques/4487988?sommaire=4487854

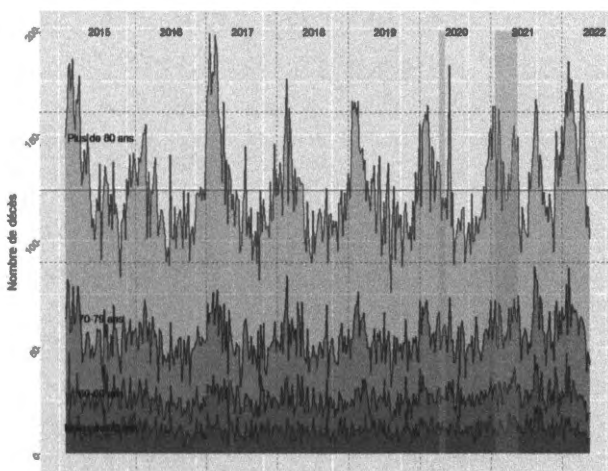
Figure 84 – Nombre de décès quotidiens à domicile en France



Sur mars-avril 2020, en France, le surplus de mortalité par rapport à la moyenne est de 5 200 décès. Ce nombre est très proche de l'estimation des 4 800 personnes victimes d'AVC ou de crise cardiaque et non soignées. Nous avons un indice fort sur la cause réelle de décès d'une grande partie des personnes mortes pendant le confinement : l'abandon de soin.

Ce résultat de non-prise en charge peut expliquer le caractère particulier des données de Chypre (Figure 85).

Figure 85 – Décès hebdomadaires à Chypre standardisés selon 2020

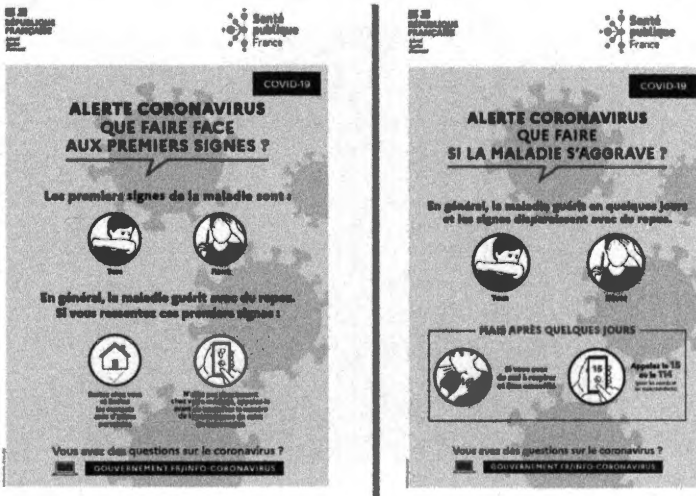


À Chypre, le pic de mortalité se situe après le confinement du printemps... Il est probable que cela traduise des découvertes tardives de décès non répertoriés. L'inclusion de Chypre dans les neuf pays ayant connu une surmortalité sur la période est probablement abusive, car ces décès sont probablement étalés dans le temps. Ils sont justes « découverts » et donc « déclarés » aux mêmes dates. Cela réduirait donc le phénomène de « pandémie mortelle en Europe » à huit pays sur 33.

c. Les infections respiratoires aiguës dont celles identifiées Covid-19 non soignées

La période de mars-avril 2020 est extrêmement particulière dans toute l'histoire du soin, car c'est la première fois que l'on demande à des malades de ne pas consulter de généraliste, en particulier pour une infection respiratoire (Figure 86).

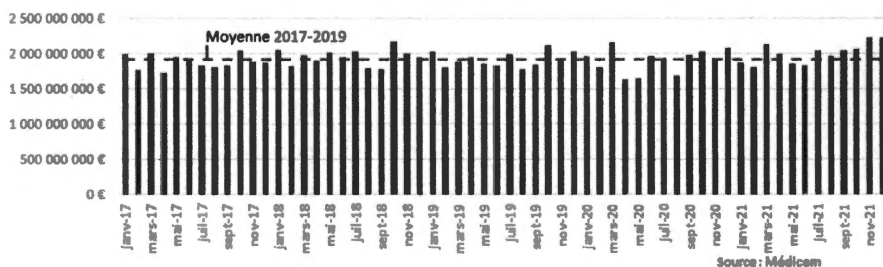
Figure 86 – Affiches officielles françaises concernant le coronavirus



Cet ordre a entraîné un comportement de la population inédit. On peut en voir les effets sur les statistiques d'achats de médicaments en pharmacie (base de données Médic'AM), également sur la prise en charge trop tardive des patients et sur la fréquentation hospitalière.

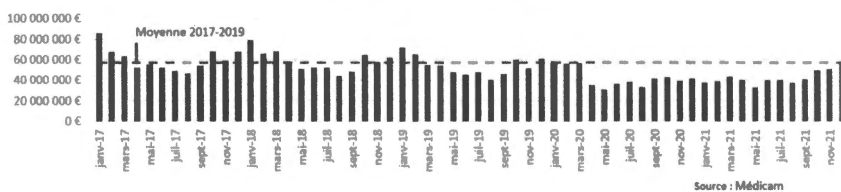
Le mois de mars 2020 a connu une hausse de 13 % des ventes de médicaments par rapport à la moyenne 2017-2019 selon la base remboursable de tous les médicaments vendus par les pharmacies chaque mois (Figure 87). Il est très probable que cela traduise l'approvisionnement de la population à la suite de l'annonce du confinement généralisé. En avril et mai 2020 au contraire, ces achats ont diminué de 15 % et 14 % par rapport à la moyenne. Ces baisses sont le reflet des non-prescriptions des médecins suite à l'ordre de ne pas les consulter.

Figure 87 – Base remboursable mensuelle des médicaments distribués en pharmacie



Les achats de médicaments pour les traitements habituels prescrits dans le cadre des infections respiratoires aiguës ont par ailleurs régressé de façon bien plus importante. Et particulièrement les antibiotiques qui permettent d'éviter les surinfections : la chute des achats est sans précédent (Figure 88).

Figure 88 – Base remboursable mensuelle des antibiotiques distribués en pharmacie



Pour les antibiotiques, il n’y a pas eu d’approvisionnement de précaution au mois de mars: le total d’antibiotiques vendus est inférieur de 1 % à la moyenne 2017-2019. En avril et mai cependant, les chutes des ventes furent respectivement de 40 % et 47 %. Depuis cette période, la vente d’antibiotiques est restée à des niveaux beaucoup plus bas qu’auparavant, reflet du choix de ne pas proposer ce traitement en cas de Covid-19.

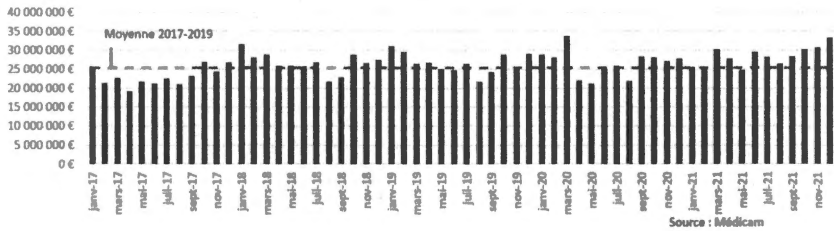
A contrario, la population a suivi les injonctions gouvernementales en ingérant massivement du Doliprane à cette période (Figure 89). Pour mémoire, ce médicament n’est utilisé dans ce cadre qu’en tant qu’antalgique (anti-douleurs) et antipyrétique (anti-fièvre). Il n’a donc pas la même visée thérapeutique qu’un antibiotique. L’ANSM¹ rappelle d’ailleurs que « le paracétamol peut entraîner des lésions graves du foie dans certains cas de surdosage, pouvant conduire à des greffes du foie (1^{re} cause de greffe hépatique d’origine médicamenteuse en France) ».

Une étude australienne² a également signalé en 2019 une

1. <https://ansm.sante.fr/actualites/bon-usage-du-paracetamol-et-des-anti-inflammatoires-non-steroidiens-ains-lansm-veut-renforcer-le-role-de-conseil-du-pharmacien>

2. <https://www.mja.com.au/journal/2019/211/5/paracetamol-poisoning-related-hospital-admissions-and-deaths-australia-2004-2017>

Figure 89 – Base remboursable mensuelle de Doliprane distribué en pharmacie



recrudescence du nombre d’hospitalisations et de décès liés à des surdoses de ce médicament.

Le choix de ne pas laisser les médecins de ville proposer de traitements dans le cadre d’une infection respiratoire aiguë pendant les mois de mars et d’avril, a entraîné une dégradation sans précédent de l’état de santé des patients. La non-prescription d’antibiotiques aura permis aux bactéries de proliférer chez les patients âgés et affaiblis. Ainsi, à partir de fin mars, de nombreuses personnes, dont l’état de santé s’est dégradé à domicile, affluent dans les services hospitaliers. Les différentes maladies hivernales ont pu entraîner des lésions dans l’appareil respiratoire des patients, les empêchant de respirer normalement. Ces lésions sont des portes ouvertes aux surinfections bactériennes. Les sujets âgés se présentant à l’hôpital ont des difficultés respiratoires du fait de ces « trous » dans les poumons et des infections bactériennes du fait de ces lésions et de la chute de leurs défenses immunitaires. Ces deux pathologies combinées empêchent de répondre rapidement aux besoins du patient. De nombreux patients sont probablement décédés non pas à cause du caractère exceptionnel de la maladie, mais à cause du caractère exceptionnel de la situation : pas de prise

en charge précoce et pas de traitement, par exemple antibiotique.

Comme l'a révélé l'Insee, les personnes les plus pauvres vivant dans les logements les moins salubres ont connu une plus forte hausse de mortalité : il est normal qu'un confinement à domicile forcé engendre une probabilité plus importante de souffrir d'une infection, aggravée par le manque de prescription d'antibiotiques.

De surcroît au cours de ces deux années de panique, les parents, sommés de garder leurs enfants à la maison et de les tester au moindre signe de « Covid-19 », ont largement eu recours au Doliprane dont le gouvernement faisait la promotion. Or ce médicament est loin d'être anodin, il est mortel à haute dose en détruisant le foie. Doit-on alors faire semblant de s'étonner de l'apparition récente de nombreux problèmes touchant le foie des enfants ? Les « scientifiques » cherchent désormais le « nouveau virus hépatique »¹ qui sévit. Gageons qu'une fois de plus, on accusera le vilain virus et pas le traitement.

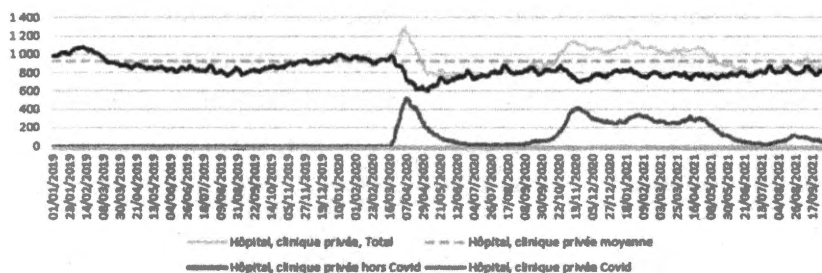
d. Des décès à l'hôpital confirmant le défaut de prise en charge

Les hôpitaux ont commencé à signaler des décès Covid-19 à partir du 18 mars 2020 (Figure 90), courbe du bas). À partir de cette date, le nombre de décès dans la mortalité générale de l'hôpital augmente également (courbe grise).

Le nombre de personnes mortes à l'hôpital (ou clinique

1. <https://www.france24.com/fr/europe/20220420-de-myst%C3%A9rieux-cas-d-h%C3%A9patite-chez-des-enfants-laissent-les-scientifiques-perplexes>

Figure 90 – Nombre de décès quotidiens à l'hôpital en France



privée) entre novembre 2019 et février 2020 est de 931 par jour en moyenne (trait pointillé). Cette moyenne a bien été franchie quotidiennement à partir du 18 mars 2020, date à laquelle les hôpitaux ont commencé à enregistrer des décès liés à la Covid-19, et jusqu'au 18 avril 2020, avec un maximum de 1 345 décès le 31 mars 2020. Entre le 18 mars et le 18 avril 2020, 1 150 personnes sont mortes à l'hôpital par jour en moyenne, soit 220 décès de plus que d'habitude par jour. Pendant ce mois, les hôpitaux ont enregistré 370 décès par jour identifiés Covid-19, soit nettement plus que l'augmentation du nombre total de décès.

À partir du 18 mars, plus les hôpitaux comptent de décès liés à la Covid-19 et moins ils en comptent liés à d'autres pathologies: la courbe bleue des décès hors Covid-19 baisse lorsque la courbe orange des décès Covid-19 augmente et inversement.

Au bilan, sur la période du 18 mars au 30 avril 2020, la surmortalité hospitalière représentant l'excès de décès à l'hôpital par rapport à d'habitude totalise 7 170 personnes. Ce nombre est deux fois plus petit que celui des décès attribués à la Covid-19 par l'hôpital sur cette période: 14 283.

Il y a deux explications possibles à ce constat :

- Soit les décès des autres causes de mortalité ont été attribués de façon abusive à la Covid-19 ;
- Soit les personnes avec d'autres pathologies ont été exclues de l'hôpital et sont donc mortes ailleurs, sans soin.

La réalité est certainement une combinaison de ces deux possibilités, surévaluation du nombre de décès Covid-19 et défaut de prise en charge.

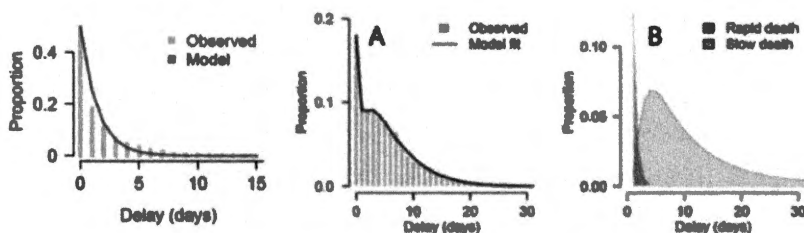
Du côté de la surévaluation statistique, le site Géodes¹ précise le changement de comptage opéré à partir du 31 mars 2020 :

« Jusqu'au 31/03, les instructions aux établissements de santé pour créer un dossier patient dans SI-VIC étaient un diagnostic de COVID-19 confirmé biologiquement. Depuis le 31/03, les établissements de santé doivent saisir systématiquement dans SI-VIC les patients hospitalisés présentant un diagnostic de COVID-19 confirmé biologiquement OU une TDM thoracique évocatrice de diagnostic de COVID-19. Toutefois, un établissement peut créer un dossier patient sur une base de forte suspicion clinique ou d'une imagerie évocatrice, puis effacer ultérieurement le dossier si le test s'avère négatif ».

On observe que le nombre quotidien de décès Covid-19 remontés par les hôpitaux dans la semaine du lundi 23 mars 2020 au dimanche 26 mars 2020 est de 282 en moyenne. Cette moyenne explose à partir de la semaine suivante pour passer à 469, puis 480, avant de commencer à redescendre avec l'arrivée des beaux jours. On ne peut pas écarter l'hypothèse que l'augmentation très forte visible fin mars vienne uniquement du changement du mode de comptage.

1. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&ci=covid_hospit_incid.incid_dc&s=2021-10-27&t=a01&view=map2

Figure 91 – Délai entre l'entrée à l'hôpital et l'entrée en soin intensif ou le décès



Le défaut de prise en charge a, quant à lui, été quantifié par les deux membres du Conseil scientifique, Arnaud Fontanet et Simon Cauchemez, pourtant à l'origine de cette stratégie. Leur article dans la revue *Science*¹, utilise les données hospitalières françaises et notamment le temps de passage avant réanimation et, le cas échéant, avant décès depuis la prise en charge du patient. Les courbes les plus intéressantes ont été supprimées de l'article principal mais sont toujours disponibles dans les données complémentaires. Aux pages 15 et 16 sont détaillés les nombres de jours des patients entre leur arrivée à l'hôpital et leur entrée en réanimation (Figure 91 graphique de gauche) et, pour ceux qui sont morts, le nombre de jours qu'ils ont passés à l'hôpital avant de décéder (graphique de droite).

Ainsi, 50 % des patients arrivant à l'hôpital sont placés en réanimation dès le premier jour et 17 % des patients décèdent le premier jour. Ces ratios énormes montrent plutôt que les patients arrivent trop tard à l'hôpital ou que les traitements choisis dans un contexte de panique ont été des échecs cuisants. Nous évoquerons le protocole

1. <https://science.sciencemag.org/content/369/6500/208>

palliatif Covid dans la partie suivante. On observe d'ailleurs une très forte différence de nombres de décès entre le jour 1 et le jour 2, ce qui montre que de nombreux malades arrivant à l'hôpital ne peuvent être sauvés. Les auteurs en déduisent qu'il y a deux populations, ceux qui souffrent d'un Covid-19 fulgurant et les autres, ils représentent leurs trajectoires respectives par deux courbes distinctes. C'est l'explication qui demeure dans l'article toujours en ligne. Une lecture moins orientée déduit de cet énorme ratio de décès au premier jour que les soins sont trop tardifs et pas adaptés. Il est aussi très probable que l'état des personnes qui sont décédées les jours suivants était également très dégradé et que certaines d'entre elles auraient pu survivre si elles avaient été mieux soignées et plus tôt. Cette part de 17 % de patients représente 3 000 personnes sur les 17 570 décès déclarés Covid-19 à l'hôpital sur la période considérée. Si l'on considère qu'un décès dans les trois jours suivant l'arrivée à l'hôpital est le signe d'une prise en charge trop tardive ou inadaptée, le total de décès potentiellement évitables est de 6 000. Ce total de 6 000 est à rapprocher de la surmortalité hospitalière de mars-avril 2020 : 7 170 personnes.

Au vu des éléments concernant la mortalité liée à la destruction du parcours de soin, il est très probable que la surmortalité hospitalière observée soit essentiellement la conséquence de la stratégie choisie.

Contrairement à l'hypothèse attribuant l'ensemble de la mortalité de mars-avril 2020 à la circulation d'un virus, il apparaît que les mesures prises ont entraîné une totale désorganisation du parcours de soin et sont à l'origine de la hausse de la mortalité hospitalière.

L'interdiction de soin précoce par les médecins de ville est directement responsable du chaos qui a suivi. Le traumatisme vécu par certains professionnels hospitaliers d'un afflux de patients en état critique a été créé par les mesures qui ont été prises. La peur de retrouver cette situation est aujourd'hui utilisée pour justifier des mesures qui ne font qu'accentuer les problèmes.

e. Le choix palliatif à la place du soin

Le mardi 7 juin 2020 à partir de 17 h a eu lieu une session extraordinaire de l'Assemblée nationale avec les auditions de Mme Astrid Petit, membre de la direction fédérale de la fédération santé et action sociale de la Confédération générale du travail (CGT); M. Gilles Gadier, secrétaire fédéral de la fédération des personnels des services publics et des services de santé Force ouvrière (FO); M. Olivier Youinou, co-secrétaire du syndicat Solidaires, unitaires et démocratiques (SUD) santé sociaux solidaires de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP); Mme Clotilde Cornière, secrétaire nationale de la fédération santé sociaux de la Confédération française démocratique du travail (CFDT); M. Maxime Sorin, conseiller technique pour l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) santé et sociaux public et privé. Le compte-rendu¹ est disponible sur internet.

Le Rivotril est évoqué dans la déclaration de M. Olivier Youinou :

1. <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/docs/CRCANR5L15S2020PO771231N035.raw>

« Je pense que des choix ont été faits, en particulier dans les Ehpad. Outre la note ministérielle qui a été évoquée, il y a eu le décret n° 2020-360 du 28 mars 2020, « complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire », dit décret Rivotril. Dans le contexte de la crise liée au covid-19, on a jugé que des patients, essentiellement parce qu'ils étaient âgés, avaient une balance bénéfice-risque qui conduirait les réanimateurs à dire qu'ils auraient du mal à les sortir de la réanimation, mais cela reposait sur des données statistiques et non sur des données réelles, sur des études cliniques.

C'est particulièrement vrai au sujet de l'hospitalisation à domicile (HAD) – je pensais qu'Astrid Petit en parlerait. On a mis en place à l'Assistance publique des groupes d'intervention rapide (GIR). Vous imaginez, rien que sur le plan lexical, ce que cela peut vouloir dire – on n'est pas tellement dans le champ hospitalier. Les équipes hospitalières intervenaient dans les Ehpad pour mettre en place un protocole préétabli, faisant notamment appel au Rivotril, pour des personnes âgées présentant une dépression respiratoire. »

M. Éric Ciotti, le rapporteur a ajouté : « C'est un protocole de fin de vie. »

M. Olivier Youinou a confirmé : « C'est ce qui a été appelé le « protocole palliatif Covid ». »

On apprend à la lecture de ce texte que l'APHP a mis en place des groupes d'intervention rapide dont le but n'était pas de se déplacer pour soigner des patients en détresse, mais bien de leur injecter du Rivotril pour « accompagner » leur fin de vie. Pour mémoire, nous avons déjà montré dans le chapitre 2 basé sur les rapports de l'ATIH, que les hôpitaux français n'ont jamais été saturés en 2020, mais bel et bien désorganisés et plus particulièrement leurs services de réanimation. Il est donc surprenant que l'APHP décide aussi promptement de mettre des moyens humains pour accompagner les décès, plutôt que pour s'occuper des malades. Cette décision est révélatrice de l'état de psychose, transmis par les médias, pilotant toute décision publique à cette époque. À ce moment-là, les autorités sont persuadées qu'une « vague incontrôlable de virus va se répandre en France, rendre malade toute

la population et saturer les hôpitaux». Dans cet état de peur, on fait passer la consigne de ne pas hospitaliser les plus âgés et puisque « aucun traitement n'existe », de les mettre directement en protocole palliatif. Rappelons qu'en France, en permanence 3,6 millions de personnes souffrent de problèmes respiratoires. Une grande partie sont des personnes âgées. Cela fait un grand nombre de candidats éligibles à ce genre de protocole en période de psychose collective.

Ces groupes d'intervention rapide ont été mis en place à la suite du fameux « décret Rivotril ». L'article 12-3 du chapitre 7 du Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020¹ prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, décrète une dérogation au Code de la santé publique²:

« La spécialité pharmaceutique Rivotril ® sous forme injectable peut faire l'objet d'une dispensation, jusqu'au 15 avril 2020, par les pharmacies d'officine en vue de la prise en charge des patients atteints ou susceptibles d'être atteints par le virus SARS-CoV-2 dont l'état clinique le justifie sur présentation d'une ordonnance médicale portant la mention « Prescription Hors AMM dans le cadre du covid-19 » »

Le Rivotril est un médicament antiépileptique dont l'utilisation n'a habituellement rien à voir avec les infections respiratoires, ni avec l'accompagnement palliatif par sédation. Dans la notice du *Vidal*³, ses contre-indications sont mentionnées :

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041763328/>

2. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000041767762/2020-03-29/>

3. <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/rivotril-8874.html>

« Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :
Insuffisance respiratoire grave,
Syndrome d'apnée du sommeil,
Insuffisance hépatique grave,
Myasthénie. »

Ainsi, la dérogation du décret ne propose pas l'utilisation d'un simple sédatif sans risque, mais d'un médicament pouvant déclencher l'arrêt de la respiration du patient et donc son décès anticipé. Puisque ce décret est censé s'appliquer sur des personnes âgées malades, donc affaiblies, il s'apparente à un protocole de fin de vie sans avoir demandé l'avis du patient ni de ses proches et pour lequel il suffit que le patient soit soupçonné d'être atteint du SARS-COV-2... Ce qui ouvre la voie à toutes les dérives possibles.

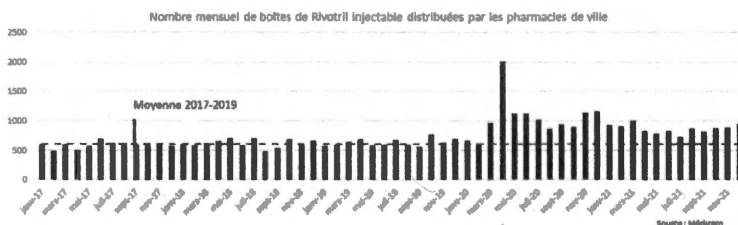
Il serait nécessaire de savoir combien de personnes âgées ont « bénéficié » de cette mesure, tout particulièrement celles cataloguées « Covid-19 » afin de déterminer précisément son impact sur les statistiques de mortalité. Le soin palliatif n'est pas censé donner la mort, mais uniquement soulager un patient. Observer une corrélation forte entre la date d'injection et la date de décès sera un indice important. Observer une différence de mortalité entre les patients « Covid-19 » ayant reçu l'injection et ceux n'en ayant pas reçu en serait un autre.

Le décret « Rivotril » a eu cours du 28 mars au 11 mai 2020. Cette période est précisément celle avec le plus fort nombre de décès quotidiens depuis la canicule de 2003.

L'analyse des ventes de boîtes de Rivotril en pharmacie

dans sa forme injectable, disponible sur la base Médic'AM¹, reflète l'ampleur de l'utilisation de ce produit (Figure 92). Ainsi, contrairement aux antibiotiques, dont la vente a chuté à la suite des directives du gouvernement, les ventes de Rivotril dans sa forme injectable ont augmenté de 59 % au mois de mars et de 227 % en avril, relativement à la moyenne 2017-2019. Cette augmentation sur mars-avril représente un surplus de 1 700 boîtes vendues par rapport à l'habitude.

Figure 92 – Nombre mensuel de boîtes de Rivotril injectable distribuées en pharmacie

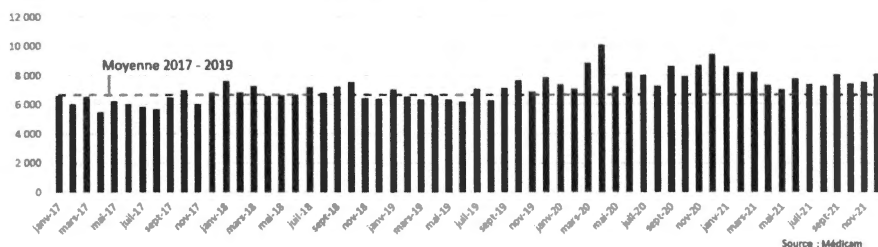


Ces chiffres ne reflètent que partiellement l'utilisation de cette molécule, car ils ne prennent en compte que les doses distribuées par les pharmacies de ville, et donc pas celles en provenance directe de l'hôpital. Entre mars 2020 et mars 2021, 8 200 boîtes supplémentaires par rapport à l'habitude ont été vendues par les pharmacies, soit plus de 48 000 ampoules.

Sur les mêmes deux mois de mars et avril 2020, les ventes de Valium injectable, qui sert classiquement à accompagner la fin de vie, ont explosé (Figure 93).

1. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/medicaments-classe-atc-medicam-2021>

Figure 93 – Nombre mensuel de boîtes de Valium injectable distribuées en pharmacie



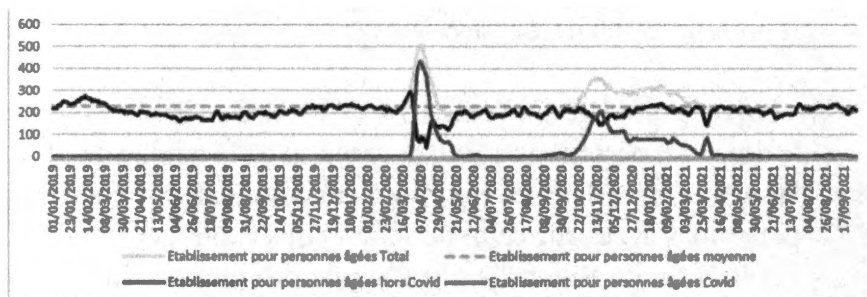
Au total 5 000 boîtes de Valium injectable de plus ont été vendues par les pharmacies sur mars-avril. Comme pour le Rivotril, le recours intensif à ce produit a perduré dans le temps : plus de 22 000 boîtes supplémentaires par rapport à l'habitude ont été distribuées par les pharmacies entre mars 2020 et mars 2021.

Peut-on tenter de mesurer l'impact de cette décision de privilégier la fin de vie plutôt que le soin ? Comparons l'évolution des décès quotidiens en Ehpad toutes causes confondues (Insee¹) à celle des décès déclarés comme « Covid-19 » (portail data.gouv.fr sur lequel désormais les données des Ehpad sont masquées pour la période avant l'été 2020, mais accessibles par les archives du web²). Cette comparaison révèle des informations troublantes (Figure 94). Par exemple, autour du 31 mars, la quasi-totalité des décès en Ehpad sont enregistrés dans les statistiques Covid-19 alors qu'à cette date, moins de la moitié des départements français connaissent une surmortalité et sont considérés touchés par cette pathologie.

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4487988?sommaire=4487854>

2. <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/synthese-des-indicateurs-de-suivi-de-lepidemie-covid-19/>

Figure 94 – Nombre de décès quotidiens en établissement médicalisé en France



Les décès étiquetés Covid-19 sont comptabilisés massivement au moment de la promulgation du décret dérogatoire concernant le Rivotril. De plus, même après la fin de la période de surmortalité française, à partir du 1^{er} mai, des décès Covid-19 continuent à être enregistrés dans ces établissements jusqu'à la fin de la validité du décret.

Il est évident qu'une intervention médicamenteuse accélérant le décès de patients en fin de vie, a des répercussions sur les statistiques de décès. Dès lors, la surmortalité constatée sur courte période n'est pas le signe d'un plus grand nombre de décès à moyen terme, mais uniquement d'une accélération artificielle de décès à ces dates.

Sur la période d'application du décret « Rivotril », du 28 mars au 11 mai, la surmortalité en Ehpad comparativement à la moyenne 2017-2019 est d'environ 5 100 personnes. Pendant ce mois, 1 700 boîtes de Rivotril ont été distribuées par les pharmacies en plus de l'habitude. Chaque boîte contient six ampoules dont jusqu'à deux sont utilisées pour « accompagner » un décès. Il y a donc avec

une boîte, la possibilité d'accompagner au minimum trois décès. Ainsi, l'ensemble des sur-ventes des pharmacies représente 5 100 décès « accélérés ».

Si l'on considère que l'utilisation du Rivotril a « accéléré » le décès des personnes qui en ont reçu, alors la totalité de la surmortalité dans les établissements médicalisés pour personnes âgées sur cette période peut s'expliquer par l'utilisation du Rivotril en lieu et place des traitements habituels.

Il est à ce stade utile de rappeler les groupes d'intervention rapide mis en place par l'APHP (hôpitaux de Paris) pour administrer du Rivotril dans toute l'Île-de-France. En effet, la fameuse surmortalité de mars-avril 2020 n'a quasiment eu lieu qu'en Île-de-France : ses huit départements présentent des pics de décès impressionnants sur mars-avril 2020, entre cinq et neuf fois l'écart habituel à la moyenne (écart-type) du nombre de décès (Figure 80, page 222).

Ces pics de mars-avril n'existent quasiment nulle part ailleurs : pas en Nouvelle-Aquitaine comme nous l'avons vu (Figure 81, page 219), ni dans les treize départements d'Occitanie (Figure 95) ni dans les quatre de Bretagne (Figure 96)...

En Auvergne-Rhône-Alpes, seul le département du Rhône, dépendant des hôpitaux de la métropole lyonnaise, est concerné par une hausse importante (Figure 97).

Au total, en dehors des huit départements franciliens, seuls cinq départements présentent au moins une journée dont l'écart à la moyenne est supérieur à cinq écart-types pendant le premier confinement : Rhône,

Figure 95 – Z-score des décès quotidiens par département d'Occitanie

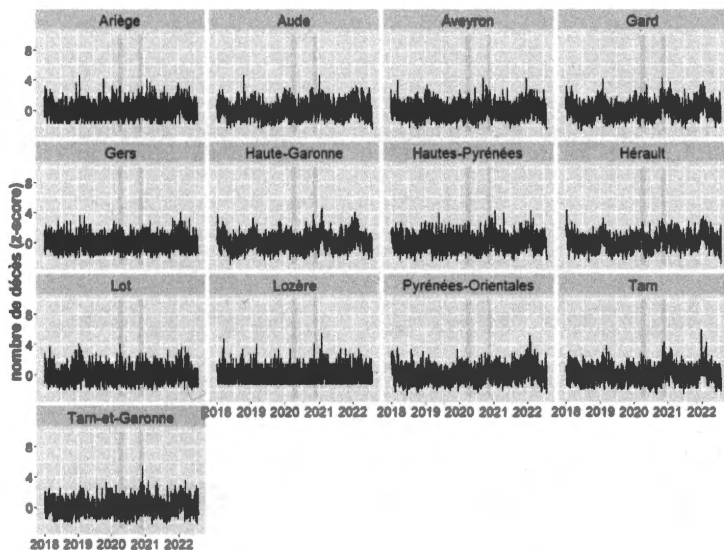
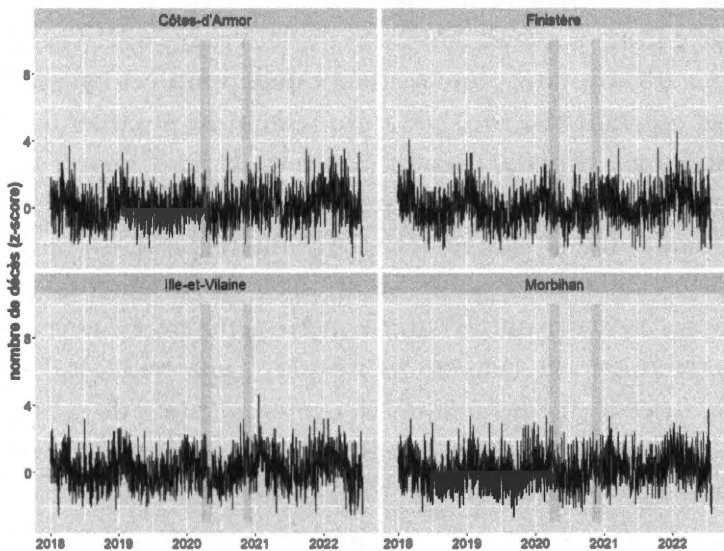
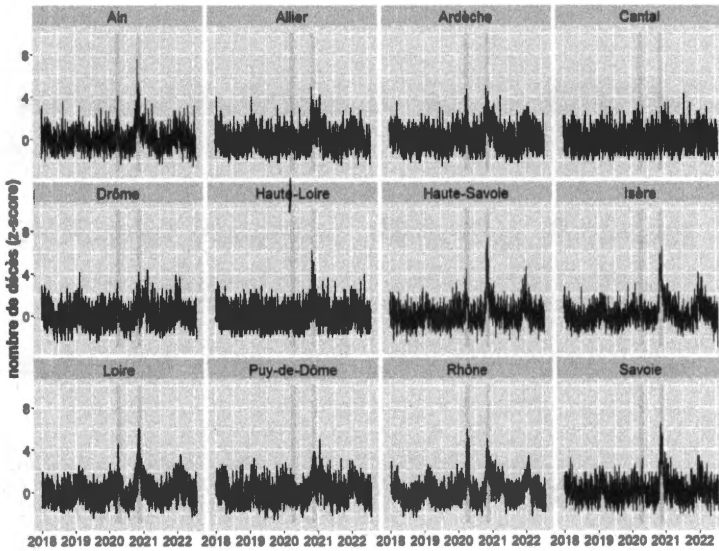


Figure 96 – Z-score des décès quotidiens par département de Bretagne



**Figure 97 – Z-score des décès quotidiens
par département d’Auvergne-Rhône-Alpes**



Bas-Rhin, Haut-Rhin, Moselle et Nord. **Il serait urgent de donner accès aux données de délivrance de Rivotril par les hôpitaux pour vérifier à quel point ces hausses de mortalité ne sont pas uniquement imputables à la stratégie choisie.** Chacun comprendra que lorsqu'on ne soigne pas les gens, ils survivent moins bien. Et pire, quand on leur donne des médicaments pour « accompagner » leur décès sans souffrance, ils ont tendance à mourir encore plus. D'une manière générale, on devrait s'intéresser aux décès enregistrés par chaque hôpital selon sa stratégie médicamenteuse. Un pourcentage de survie des patients ayant reçu le Remdesivir de Gilead serait lourd d'enseignement.

La vente de Rivotril n'est jamais redescendue à son niveau d'avant 2020 (Figure 92, page 243). De fait, un décret du 31 mai 2020¹ a repris à l'identique les dispositions de celui du 23 mars 2020, suivi encore par un troisième décret, du 16 octobre 2020². Entre mars 2020 et mars 2021, les 48 000 ampoules de Rivotril vendues par les pharmacies en excès par rapport à la norme représentent la possibilité de 24 000 décès « accélérés ». Et l'on ne connaît pas le nombre de doses délivrées directement par les hôpitaux.

Il ne s'agit pas ici de dire que les médecins en soins palliatifs sont tous des assassins. La caricature de cette analyse a toujours été la défense des chiens de garde du gouvernement. Nous constatons que l'état de panique général a complètement désorganisé le soin en France. Dans cette désorganisation, de nombreuses personnes âgées en détresse respiratoire ont été cataloguées « non-soignables » et passées en protocole palliatif. On observe une généralisation du protocole palliatif sur cette période, à des endroits particuliers, là où la panique a vraisemblablement été la plus forte. Le système s'est emballé. Le choix du « tout palliatif », l'empressement à « soulager la douleur » plutôt que de prendre le risque de soigner, est le type d'emballlement que les États-Unis ont connu avec le « scandale

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041939818/#:~:text=%2D%20Afin%20de%20alentir%20la%20propagation,tout%20lieu%20et%20en%20toute>

2. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042430554/#:~:text=Dans%20les%20r%C3%A9sum%C3%A9s-,D%C3%A9cret%20n%C2%B0%202020%2D1262%20du%2016%20octobre%202020%20prescrivant,l'%C3%A9tat%20d'urgence%20sanitaire>

des opioïdes »¹. La peur et les protocoles déshumanisés : voilà ce qui a tué le plus de vies depuis le début de cette crise.

1. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Crise_des_opio%C3%AFdes#:~: text=La%20crise%20des%20opio%C3%AFdes%2C%20ou,le%20 milieu%20des%20ann%C3%A9es%202010](https://fr.wikipedia.org/wiki/Crise_des_opio%C3%AFdes#:~:text=La%20crise%20des%20opio%C3%AFdes%2C%20ou,le%20milieu%20des%20ann%C3%A9es%202010).

7. Le mythe de l'efficacité vaccinale



a. Les études des laboratoires pharmaceutiques

D'entrée de jeu et de façon générale, il est aberrant que la validation de médicaments par les autorités de contrôle se fasse sur la base d'études financées par les laboratoires eux-mêmes, qui souhaitent vendre leurs produits. Dans la période qui nous intéresse, l'autorisation de nouveaux produits appelés « vaccins » a bénéficié de procédures accélérées (alors que rien ne justifiait la panique) basées sur la simple parole des laboratoires quant au sérieux et à l'honnêteté de leur « étude d'efficacité ». Les deux vaccins Covid les plus injectés en France sont ceux de Pfizer¹ et de Moderna. Pfizer est multirécidiviste dans les fraudes scientifiques. En 2009, la firme a écopé d'une amende record de 2,3 milliards de dollars, dont 1 milliard pour dédommager les victimes. Elle a été condamnée pour corruption en 2006 et est également impliquée dans l'affaire Cahuzac en France. Moderna² est un laboratoire créé en 2010 misant complètement sur la technologie de l'ARN messager. Il a reçu des centaines de millions de dollars d'investissements

1. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Pfizer>

2. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Moderna>

pendant la décennie sur la base d'annonces de recherches. La crise Covid-19 est donc le premier retour sur investissement pour tous ses actionnaires. Dans les deux cas, les grands fonds de pensions américains, connus pour leur probité, leur intégrité et leur philanthropie (ironie), sont à la manœuvre. Visiblement, cette fois-ci (et une fois de plus), les autorités sanitaires n'envisagent pas une seconde que la perspective de dizaines de milliards de dollars de gain pourrait donner l'idée à quelques individus de proposer des produits « légèrement survendus ».

Pourtant, une simple lecture des études d'efficacité de phase 3 publiées par Pfizer¹ et Moderna² révèle qu'ils n'ont apporté aucune preuve satisfaisante d'efficacité ! La biostatisticienne Christine Cotton a produit un rapport détaillé sur le sujet³. **De prime abord, il devrait sauter aux yeux des autorités que 70 % de la cohorte testée par Moderna a moins de 65 ans et 57 % de celle de Pfizer a moins de 55 ans, alors qu'en 2020, seuls les plus âgés étaient concernés par cette vaccination, étant les seuls à avoir connu des hausses de mortalité et d'hospitalisation.** Il n'y a aucun gain possible pour les jeunes concernant cette vaccination et en 2020, personne ne parlait de les vacciner. Il n'est absolument pas logique que plus de la moitié de la cohorte soit jeune dans tous les essais. Soit les essais sont volontairement biaisés, soit les laboratoires préparaient déjà une vaccination générale. Quelqu'un ment nécessairement.

Deuxième aberration : tous les essais sont censés être en « *double-blind* » (double aveugle, ni les participants,

1. <https://www.fda.gov/media/144246/download>

2. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2113017>

3. <https://christine-cotton.1ere-page.fr/evaluation-essais-pfizer/>

ni les chercheurs ne savent qui a reçu le produit test ou le placebo) pour éviter d'introduire des biais dans les résultats. Ces deux études sont en « *observer-blind* » (observateur aveugle). Le protocole des essais précise que les vaccins et les placebos sont discernables. C'est totalement inhabituel dans les essais randomisés. Le préparateur peut donc savoir ce qui va être injecté au patient. Dans ces conditions, il n'y a pas de garantie que les patients ignorent dans quel groupe ils se trouvent et donc s'ils ont reçu de l'eau salée ou le vaccin. Une recherche de 2019¹ ne trouve que deux essais en « *observer-blind* » sur 323 réalisés en 2018, soit 0,6 %. Cette recherche ne considère pas ce type d'essai comme « à l'aveugle » puisque les résultats peuvent être influencés tout du long. Il est d'ailleurs étrange que Pfizer et Moderna utilisent le même type d'essais. Pfizer persistera même avec son essai sur les adolescents². Ajoutons qu'un simple test sérologique après l'injection permet également aux patients de savoir s'ils ont reçu un vaccin. Rappelons qu'il s'agit de volontaires pour un essai vaccinal. On peut facilement supposer que ces gens « croient » que le vaccin est efficace et sûr avant de tenter l'expérience. Plaçons-nous dans le cas où les volontaires savent ce qu'ils ont reçu. Une fois les piqûres faites, nous avons donc un groupe « vacciné » qui se « croit protégé » et un groupe « placebo » qui se « sait non protégé ». La vaccination est un rituel courant et banal des sociétés occidentales. Chacun sait qu'après un vaccin, des désagréments ou « effets indésirables » surviennent,

1. https://www.simef.it/phocadownload/Presentazioni_2019/201910_IBIG/05_GIACOMO_SIRI.pdf

2. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2107456#article_supplementary_material

notamment la fièvre, la fatigue ou des maux de têtes. En toute logique, les membres de nos deux groupes vont réagir très différemment si, quelques jours après la vaccination, ils commencent à ressentir des « symptômes » attribués au SARS-COV-2.

- Est-ce qu'un vacciné qui pense être protégé contre le SARS-COV-2 et sait qu'il va ressentir quelques effets indésirables va aller se tester dès qu'il se sent malade ? Est-ce que son médecin va lui dire d'aller se tester sachant qu'il vient de recevoir un vaccin ? Le laboratoire qui suit l'étude Pfizer (et qui est rémunéré par Pfizer) va-t-il lui dire de le faire ?
- Est-ce qu'un non-vacciné qui croit qu'un virus mortel circule dans la population, contre lequel il pense ne pas avoir de protection, ne va pas aller se tester au premier symptôme ? Que lui dirait son médecin ? Que lui dirait le laboratoire qui suit l'étude et qui est payé pour montrer que le vaccin protège ?

Le comportement vis-à-vis du test est naturellement différent selon que l'on se croit protégé ou non. C'est pour cette raison que les études sont toujours en double aveugle. Ici le niveau d'information des patients peut complètement biaiser le résultat. Cela aurait pu être en partie compensé si les participants avaient tous été testés exactement le même nombre de fois et au même moment. Ce n'est pas le cas. Les fameux « cas » de Covid-19 de l'étude ne sont pas repérés uniquement lors de dates de tests prédéfinies, mais tout du long, selon l'initiative des patients. Il n'y a donc aucune homogénéité dans les résultats entre les deux groupes, ils ne sont pas comparables. Le biais permettant

de construire artificiellement « l'efficacité » du vaccin est dévoilé dès la lecture des études préalables de Pfizer et Moderna : le vaccin ne protège pas contre une maladie, mais contre le fait de se faire tester. Ce biais est entretenu dans toutes les études « d'efficacité » des laboratoires comme dans celles des autorités de santé. D'ailleurs, dans l'éventail des modèles statistiques possibles, les mêmes sont utilisés à chaque fois (appariement et modèle de Cox). C'est à croire que le même kit complet de « propagande statistique » a été fourni aux laboratoires et aux autorités de santé. Au chapitre 9, nous verrons le rôle central qu'ont eu tout au long de cette crise les cabinets de conseil, définissant depuis le début toute la « stratégie sanitaire » au plus grand bénéfice de leurs gros clients : les laboratoires pharmaceutiques.

Troisième aberration : le nombre de « cas positifs » de ces essais est trop faible pour prouver quelque chose. En plus du biais du nombre de tests réalisés, l'efficacité d'un produit doit être suffisamment forte pour ne pas pouvoir être « fabriquée » en jouant sur les évictions de l'étude : une manière classique d'arranger les résultats d'une étude est d'évincer les résultats gênants du groupe test, en faisant sortir du champ les patients qui nuisent aux statistiques. La table 11, page 57, de l'étude de Pfizer annonce que l'efficacité se base sur la remontée de 50 cas positifs après la dose 1 dans le groupe vacciné contre 275 cas positifs pour les non-vaccinés. Par comparaison, la table 5, page 3, nous informe que 18 500 patients de chaque groupe ont reçu 2 doses. Parmi eux, 1 600 de chaque groupe n'a pas complété l'étude de suivi. Le nombre de patients évincés de l'étude est donc beaucoup plus grand que celui servant aux calculs d'efficacité. Pour Moderna, il y a eu 15 000 patients

vaccinés et autant de non-vaccinés, pour 1 000 évictions dans chaque groupe. L'efficacité est calculée sur la base de 744 positifs dans le groupe placebo (avec une proportion bien plus forte chez les moins de 65 ans) et 55 dans le groupe témoin. L'efficacité vantée de ces injections est donc parfaitement insignifiante au regard de la qualité du suivi. *A minima*, on devrait conclure qu'elles ne permettent en aucun cas de trancher sur l'utilité du produit.

Nous savons en outre aujourd'hui qu'au moins un laboratoire de Pfizer est intervenu tout du long de l'étude et en dépit de tout protocole pour arranger son commanditaire¹. Les vaccinés ont en effet été découragés de réaliser leurs tests de vérification, ce qui a permis de biaiser les résultats « d'efficacité », et les effets indésirables n'ont pas été remontés. Ce laboratoire a été obligé de créer artificiellement une différence pour que les résultats de son étude soient favorables à Pfizer, alors que les règles que nous venons de présenter sont déjà complètement en faveur du vaccin. C'est dire si le laboratoire pense que le produit sert à quelque chose ! La logique veut que si on prouve au moins une fraude, alors toute l'étude est caduque. Rien ne peut nous garantir que la fraude n'est pas générale. Dès cette preuve, tous les contrats avec Pfizer auraient dû être caducs, la distribution suspendue, l'entreprise condamnée et de nouveaux essais exigés. À la place, la presse et les gouvernements se sont faits les avocats de Pfizer. Depuis le début de la crise Covid-19, nous sommes dans une inversion totale de la charge de la preuve. Les laboratoires n'ont plus besoin de prouver que leurs produits fonctionnent (contre quoi d'ailleurs ?) et

1. <https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635>

qu'ils ne sont pas dangereux, les gouvernements forcent les citoyens à en recevoir des doses régulièrement. C'est la même inversion de la charge de la preuve qui est à l'origine des lois obligeant les citoyens à s'isoler, à se tester ou à porter un masque : ils sont déclarés *a priori* coupables de rendre malades les autres. Le principe du « contamineur » n'est pourtant qu'une hypothèse. Ce n'est pas un résultat d'observation scientifique.

Enfin, en sus de tous les biais et du témoignage de fraude, les études préalables ne montrent aucun gain vis-à-vis de la mortalité ! Pour Moderna, 32 morts ont été déclarés pendant l'étude, 16 dans le groupe placebo et 16 dans le groupe vacciné. Pour Pfizer¹, pendant la première phase il y a eu 15 morts dans le groupe vacciné et 14 dans le groupe placebo. Dans la période suivante, dite « *open label* », trois décès de vaccinés et deux de non-vaccinés ont eu lieu. Donc, ni pour Moderna, ni pour Pfizer, le nombre de décès remontés n'est en faveur de la vaccination. Et encore, c'est en supposant que les laboratoires n'ont pas évincé quelques décès gênants en les considérant comme « sortis de l'étude ». Encore une fois, les laboratoires basent tout leur discours de « protection par le vaccin » uniquement sur les testés positifs, et donc parmi eux, ceux déclarés « morts de la Covid-19 », en profitant de tous les biais de mesure que nous avons détaillés précédemment. Enfin, nous notons que tous ces « questionnement » au sujet de ces études prétendant démontrer la sécurité et l'efficacité de ces vaccins, ont été posés, publiquement, dans des revues à comité de lecture, par des professionnels reconnus comme le Pr. Peter Doshi

1. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2110345>

dès la fin de l'année 2020¹ et au début de l'année 2021², avant que les autorisations de vaccination soient prises. Ces mises en garde n'ont pas ralenti la machine à vacciner en marche allant jusqu'à l'obligation pour certaines professions et la mise en place du passe vaccinal.

b. Les conclusions bien hâtives de la première étude en Israël

La première étude de cohorte ayant servi à justifier l'efficacité des vaccins Covid a été menée en Israël. L'article de Dagan *et al.*³ affirme que des vies ont été sauvées grâce à la politique vaccinale et prétend en chiffrer le nombre.

Avant de lire une étude sur l'efficacité d'un médicament, le premier élément à vérifier est l'ensemble des liens d'intérêts qui unissent les auteurs et le producteur, ici Pfizer⁴ : RanBalicer, Noam Barda, Noa Dagan, Mark Katz, EldadKepten, Oren Miron, ShayPerchik déclarent avoir reçu une subvention (*Grant*) de Pfizer n'ayant pas de rapport avec la présente étude. Le Dr Lipsitch fait état de subventions du Morris-Singer Fund, pendant la réalisation de l'étude, de subventions de Pfizer, d'honoraires personnels de Merck, de Bristol-Meyers Squibb, de Sanofi Pasteur, de subventions du NIH (États-Unis), du *National Institute for Health Research* (Royaume-Uni), du CDC (États-Unis) et d'*Open Philanthropy*. Il a fourni

1. <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4037>

2. <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/01/04/peter-doshi-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-we-need-more-details-and-the-raw-data/>

3. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2101765>

4. https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa2101765/suppl_file/nejmoa2101765_disclosures.pdf

des conseils non-rémunérés sur les vaccins Covid-19 et sur les études vaccinales à *One Day Sooner* (association à but non lucratif). À ce stade, nous savons non seulement avoir affaire à des chercheurs « engagés » dans la promotion vaccinale, mais aussi qu'ils ont des liens financiers avec le principal bénéficiaire.

Une étude partisane pose toujours problème quand il s'agit de juger de la pertinence de ses résultats. Même avec une méthodologie mathématique de qualité, bien souvent les choix effectués au niveau des données vont avoir un impact déterminant sur les résultats. Dans une étude comme celle-ci, le choix de conserver ou non telle ou telle donnée avec une qualité discutable pourrait être déterminant sur le résultat final. Si les auteurs portent un *a priori* positif sur la vaccination (ce dont ils ne se cachent pas), le bénéfice qu'ils calculent pourrait être supérieur à celui obtenu par une autre équipe.

Certains articles de presse¹ ont révélé un contrat particulier entre l'État israélien et Pfizer : en échange d'une sécurisation d'un stock de doses, l'État israélien donne à Pfizer l'accès à un certain nombre de données de santé. Cette entente au plus haut niveau génère une pression inconfortable sur les auteurs d'études d'impact.

L'étude israélienne n'est pas une étude randomisée : elle ne porte pas sur un groupe d'étude et un groupe de contrôle, choisis au hasard et porteurs de caractéristiques similaires. Elle est menée à partir de données administratives médicales dont la qualité n'a fait l'objet d'aucun contrôle scientifique préalable.

1. <https://www.ouest-france.fr/sante/vaccin/covid-19-israel-offres-donnees-medicales-a-pfizer-en-echange-de-vaccins-7121874>

Les études randomisées ont la plupart du temps le défaut d'avoir des effectifs bien trop restreints pour pouvoir montrer l'efficacité d'une substance. Avec peu de données, il suffit de faire sortir du champ de l'étude quelques patients pour obtenir le résultat souhaité. À notre époque, avec le pouvoir financier énorme des grands laboratoires pharmaceutiques et leur implication dans les études, il est très difficile de démêler les résultats « complaisants » des vraies avancées médicales. Nous avons montré les différents biais faussant les conclusions des essais de phase 3 des vaccins Moderna et Pfizer. En revanche, si une étude randomisée, neutre, portait sur un très grand nombre de patients, elle aurait le mérite d'appliquer le même protocole et les mêmes définitions à tous les relevés effectués, contrairement à la présente étude.

Les auteurs, Dagan *et al.*, utilisent les données administratives médicales de chaque patient inscrit à l'organisation de santé « *Clalit Health Services* », qui regroupe 53 % des Israéliens. Sont exclus de cette étude un certain nombre d'individus : les personnes ayant déjà eu un test PCR positif, les personnels soignants, les enfants de moins de 16 ans, les personnes qui ont eu des interactions avec le système de santé au cours des trois jours précédents, ce qui peut indiquer le début d'une maladie symptomatique et pouvant empêcher la vaccination, les résidents de maisons de retraite, les personnes médicalement confinées à domicile.

Les données utilisées par les auteurs pour juger de l'efficacité de la vaccination comportent exactement le même biais que les essais Pfizer et Moderna, biais dont il est impossible de déceler l'importance : toute l'analyse est fondée sur les remontées de tests positifs, d'hospitalisations

déclarées Covid-19 et de décès déclarés Covid-19, des personnes vaccinées et non-vaccinées, enregistrés par la *Clalit Health Services*.

Rien ne garantit que les vaccinés et les non-vaccinés ont bien le même comportement vis-à-vis du test. Est-on certain que les vaccinés ont bien été testés à la même fréquence que les non-vaccinés ? N'a-t-on pas une probabilité plus grande de considérer un vacciné comme non-atteint de la Covid-19 sans faire de test que lorsqu'il s'agit d'un non-vacciné ?

Cette différence possible pour la fréquence et donc la possibilité de positivité du test, peut également se retrouver pour l'enregistrement des décès. Cette étude n'analyse que les décès liés à la Covid-19, pas les décès toutes causes. N'est-il pas plus probable de ne pas avoir été testé Covid-19 avant de décéder lorsqu'on a été vacciné ?

L'analyse des décès toutes causes n'est pas faite et pourtant elle est essentielle pour calibrer la modélisation. Ni Pfizer, ni Moderna n'a montré le moindre intérêt de leur vaccin sur la mortalité en général. Il serait pourtant capital de savoir si les vaccinés meurent réellement moins que les non-vaccinés. Seule une étude des décès toutes causes pourrait apporter la transparence quant à la qualité du vaccin. Un vaccin qui aurait pour effet secondaire de tuer les plus fragiles de la population ferait que les survivants décèderaient beaucoup moins de la Covid-19, sans pour autant que cela soit un réel bénéfice pour la population. **Pour savoir si le vaccin Pfizer apporte un bénéfice à la population, il ne faut pas regarder si les patients décèdent moins de la Covid-19, mais s'ils décèdent moins tout court. Les décès toutes causes sont la seule donnée administrative exploitable sans biais.**

Dans l'étude israélienne, le biais dû à l'utilisation de données administratives n'est pas le seul. En annexe (page 9), les auteurs notent eux-mêmes que « l'efficacité globale du vaccin dans notre étude est surestimée car elle n'inclut pas la période de suivi précoce pendant laquelle le vaccin n'a pas d'effet détectable ». Ainsi, toutes les personnes malades plusieurs jours après la vaccination et obtenant un test positif ne sont pas prises en compte. Nous verrons dans l'analyse des statistiques anglaises, que ce biais consistant à considérer non-vaccinée une personne vaccinée depuis moins de 15 jours, est commun à toutes les autorités de santé « bien conseillées ».

L'ensemble des biais détaillés ici, par l'utilisation de données administratives ou bien relevés par les auteurs eux-mêmes, concourent à une surestimation de « l'efficacité du vaccin ». On relève le même stratagème que dans les essais cliniques de Pfizer et Moderna :

- les conclusions sont basées sur des résultats de tests Covid-19 et non pas sur des données purement cliniques (malades, décès)
- tout est fait pour ne pas comptabiliser de la même manière les vaccinés et les non-vaccinés grâce à des règles administratives qui forcent les non-vaccinés à se tester plus souvent que les vaccinés.

Contrairement à ce qu'ont affirmé les autorités, les gouvernements et la presse, cette étude ne permet en aucun cas de conclure à l'efficacité du vaccin... Hormis son efficacité à éviter l'obligation de test.

La *Canadian Covid Care Alliance* a réalisé une vidéo résumant l'ensemble des points essentiels à retenir sur

les vaccins anti-covid¹. Elle a l'avantage de ne durer que 15 minutes. On y explique l'absence de preuves d'efficacité, les preuves de danger, les énormes sommes d'argent en jeu et les nombreux conflits d'intérêts.

c. Les statistiques bien arrangeantes du ministère de la Santé français

Le biais concernant les tests a également conditionné toutes les études sur « l'efficacité vaccinale » en France. Le Ministère de Santé et ses agences se sont toujours refusés à regarder les décès ou les malades toutes causes confondues selon le statut vaccinal. Aucune statistique ni aucune donnée permettant de faire cette analyse n'a filtré. Pourtant, nous avons de nombreuses fois réclamé ces chiffres et démontré les biais des études réalisées. Nous savons que les autorités connaissent nos travaux puisqu'elles ont réagi au moins à l'un d'entre eux. Au bout d'un moment, la non-publication finit par ressembler à un aveu.

Acte 1 : une première étude problématique

Le 13 juillet 2021, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a publié une étude² récapitulant les résultats connus de tests Covid-19 pour les vaccinés et les non-vaccinés en France. Celle-ci a été complétée le 23 juillet 2021 par une seconde

1. <https://www.canadiancovidcarealliance.org/fr/>

2. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_drees_suivi_de_la_crise_sanitaire_.pdf

étude¹ ajoutant les données d'hospitalisations et de décès liées à la Covid-19. Cette dernière a permis au gouvernement et aux médias de justifier la politique vaccinale au cours de l'été 2021. En effet, elle affirme que :

- les non-vaccinés représentent près de 85 % des entrées hospitalières, que ce soit en hospitalisation conventionnelle ou en soins critiques ;
- les patients complètement vaccinés comptent pour environ 7 % des admissions, une proportion cinq fois plus faible que celle observée en population générale (35 % en moyenne durant la période d'étude) ;
- à tout âge, la part de patients vaccinés entrant à l'hôpital est nettement inférieure à celle qu'ils représentent dans l'ensemble de la population.

Seulement, comme l'a relevé @NiusMarco sur Twitter et l'a détaillé Patrice Gibertie² dans un article, les données utilisées par la Drees posent un énorme problème : il manque la moitié des décès estampillés Covid-19 !

La Drees utilise trois bases de données différentes pour mener son analyse :

- SIVic, le Système d'Information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles, qui contient les informations

1. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2021-07-23_-_sivicsidep-vacsi_premiers_resultats_-_drees-2.pdf

2. <https://pgibertie.com/2021/07/31/le-gouvernement-a-planque-50-des-deces-pour-sous-evaluer-la-part-des-vaccines-decedes/>

- d'hospitalisations et de décès des personnes identifiées malades de la Covid-19 ;
- SiDep, le Système d'Information national de dépistage populationnel pour le Covid-19, qui contient les résultats des tests de dépistage ;
 - VacSi, le Système d'Information Vaccin Covid, qui contient les informations sur les personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la Covid-19.

L'étude prend en compte les données sur la période 31 mai-11 juillet 2021. Ses résultats sont résumés dans le tableau 1 de la page 6. La partie du tableau correspondant aux données sur les hospitalisations et les décès provient de SIVic, le détail par statut de test RT-PCR de l'appariement avec SiDep. Sur la période, 6 758 personnes sont entrées en hospitalisation conventionnelle « pour Covid-19 », 1 696 en soins critiques et 926 sont décédées. Nous avons cherché à vérifier ces données dès le début du mois d'août 2021 sur le site Géodes qui permet de consulter les statistiques SIVic en temps réel. Après téléchargement des données, nous comptons sur cette même période, 6 876 personnes en hospitalisation conventionnelle « pour Covid-19 », 2 084 en soins critiques... et 1 880 décès.

Ainsi, il manque dans les données de la Drees 318 hospitalisations (5 %), 388 soins critiques (15 %), et surtout 954 décès (51 %). Il est très problématique que l'étude justifiant la politique sanitaire par un faible nombre de morts « grâce à la vaccination », en oublie la moitié !

Le 6 août 2021, nous avons alors publié une vidéo¹ pour alerter le plus largement possible sur ce problème, avec les conclusions suivantes :

- Si la Drees a raison dans ses comptages, alors le faible nombre de « morts du Covid-19 » témoigne qu'il n'y a aucun problème de mortalité spécifique à la maladie, le nombre de décès étant extrêmement faible dans la population française. La vaccination est donc inutile. Les efforts de santé publique auraient dû se concentrer sur la lutte contre la sédentarité et l'obésité.
- Si la Drees s'est trompée dans ses comptages à cause de problèmes d'appariements entre les trois bases de données, alors toutes les conclusions de l'étude sont fausses. La stratégie de gestion de la crise Covid-19 basée sur le tout vaccinal ne repose alors sur aucune donnée solide.

La vidéo a fait un « petit buzz » sur internet. Il est impossible de connaître son impact sur les décisions gouvernementales mais elle a été suivie d'un certain nombre de réactions de médias et du ministère de la Santé. Le 10 septembre 2021, la Drees s'est fendue d'un *addendum*² (ce que je n'avais jamais vu en 15 ans de carrière dans les statistiques) pour expliquer les 900 décès manquants : 300 étaient dus à une correction légitime des dates de décès et 600 venaient d'un « choix méthodologique » excluant les personnes hospitalisées avant le 15 mai, sans que cela n'ait

1. <https://youtu.be/hLARwm6jqbA>

2. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/2021-09-10 - Addendum d%C3%A9c%C3%A8s.pdf>

jamais été signalé dans l'étude, ni même justifié jusqu'à aujourd'hui. Parallèlement, le 22 septembre, *Libération* a choisi (accepté?) de publier un article à charge contre ma vidéo pour défendre le Ministère.

Cette expérience nous apporte déjà trois enseignements :

- il est primordial que les citoyens puissent vérifier et vérifient les études des laboratoires, agences et ministères car les fact-checkers ne le font pas ;
- si l'information circule, les autorités réagissent ;
- la presse nationale, et plus particulièrement les fact-checkers n'assurent qu'un rôle de « chiens de garde » au moins sur certains sujets.

Acte 2 : le *fact-checking* borgne de *Libé*

L'équipe des *fact-checkers* de *Libération* a donc courageusement pris la défense de la Drees dans un article¹ m'accusant de propager une défiance vis-à-vis de la « vérité » gouvernementale avec mon « raisonnement aventureux ». D'ailleurs, pour la première fois, le journaliste a pris le temps de me questionner sur mon raisonnement *via* Twitter le mardi 21 septembre à 19 h 30. Il affirme dans son point 1 que la méthodologie est très claire et donc que j'ai mal lu l'étude. Je lui ai répondu de manière détaillée à 21 h 21 :

1. https://www.liberation.fr/checknews/la-drees-a-t-elle-oublie-50-des-deces-covid-dans-une-etude-sur-lefficacite-des-vaccins-20210922_T7C35RYLR5GD5HZLJ2LZ42QLVQ/

Bonsoir,

Pour le point 1, contrairement à votre affirmation, la méthodologie n'est pas claire sur le fait que toutes les personnes de Sivic sont bien prises en compte.

Vous trouvez dès la première phrase du document : « Après de premiers résultats issus de l'appariement entre Sidep et Vacsi permettant de ventiler les nombres de tests Covid-19 selon le statut vaccinal [...] ». Ainsi la Drees n'a utilisé dans son premier papier que les personnes présentes dans Sidep, autrement dit, celles ayant déjà réalisé un test RT-PCR dans leur vie. Les autres en sont exclues. La notion de Covid est alors définie par le résultat d'un test positif.

De même : « Les décomptes issus de l'appariement des trois bases Sivic-Sidep-Vacsi portent sur des personnes dont l'âge et le sexe sont renseignés et concernent des événements hospitaliers (entrée en hospitalisation conventionnelle, entrée en soins critiques, décès) en date de survenue ». Le rapprochement est une jointure. Il s'agit ici de compléter les informations de la première étude par les données hospitalières disponibles dans Sivic.

La phrase : « À l'exception des colonnes « admissions et décès hospitalier – Ensemble » du tableau 1, toutes les statistiques d'événements hospitaliers présentées sont établies sur des personnes pour lesquelles au moins un test RT-PCR a été réalisé entre 21 jours avant l'hospitalisation et 21 jours après l'hospitalisation « signifie bien qu'il faut avoir réalisé un test RT-PCR dans cette période de 42 jours pour être dans l'étude. Ainsi, logiquement le « À l'exception des colonnes « admissions et décès hospitalier – Ensemble » du tableau 1 » signifie que pour le tableau 1, il n'est pas nécessaire qu'un test ait été réalisé sur cette période de 42 jours.

La Drees ne précise pas s'il y a un appariement strict avec Sidep. Tout test RT-PCR est enregistré dans Sidep comme indiqué sur le site : <https://ameli.fr/pharmacien/actualites/depistage-de-la-covid-19-saisie-dans-si-dep-des-tests-antigeniques>. Cela signifie clairement que les personnes n'ayant jamais réalisé de test RT-PCR ne sont pas du tout dans Sidep.

Nous reprochons donc à la Drees de ne pas clarifier son usage de Sidep et Sivic. L'utilisation de Sidep permet de savoir si une personne est testée positive.

Que fait la Drees lorsqu'une personne est déclarée décédée/hospitalisée de la Covid-19 sans jamais avoir eu de test positif ?

Ou même :

Que fait la Drees lorsqu'une personne est déclarée décédée/hospitalisée de la Covid-19 alors que son dernier test en date est négatif ?

Au vu de l'énorme différence constatée entre les données brutes de Sivic et celles de la Drees, j'en ai déduit que l'erreur venait d'un appariement strict qui semble plus cohérent avec la première étude sur le statut vaccinal et la positivité.

Ce journaliste a publié son article à charge le mercredi 22 septembre à 9 h 49 sans aucune considération pour ma réponse. Pourquoi me poser une question si c'est pour ne pas s'intéresser à la réponse? Pour mémoire, l'étude de la Drees en question a été publiée le 13 juillet, ma vidéo date du 6 août et l'addendum du 10 septembre. Quelle raison peut-il y avoir à diffuser précipitamment cet article le 22 septembre sans avoir vérifié le fond du désaccord? Enfin, nous nous étonnons de l'empressement à venir défendre le ministère de la Santé quand aucun «*fact-checker*» n'a relevé ce manque de 50 % des décès dans une étude visant à faire de la promotion vaccinale. Le «*checking*» n'a, semble-t-il, qu'un œil de disponible.

Acte 3 : toujours la même supercherie des tests dans les études suivantes

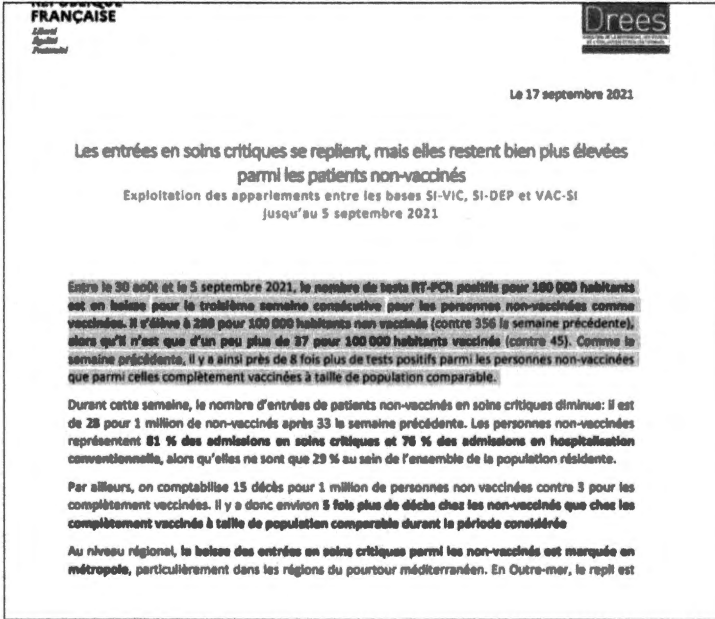
Le 17 septembre, la Drees a publié une nouvelle étude¹, sans faire d'erreur grossière de calcul cette fois, mais en gardant le biais principal : les tests. Les *fact-checkers* devraient se pencher avec plus d'attention sur la construction et la signification des statistiques de la Drees. Cette «*vérification*» permettrait de contribuer au débat pour un choix libre et éclairé.

La première affirmation de la Drees concerne en effet les tests positifs (Figure 98). La direction du ministère de la Santé fait la promotion de la vaccination en montrant

1. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/les-entrees-en-soins-critiques-se-replient-mais-elles-restent-bien-plus#:~:text=%C3%80%20taille%20de%20population%20comparable,que%20parmi%20celles%20compl%C3%A8tement%20vaccin%C3%A9s>.

d'une part une baisse du nombre de tests positifs, d'autre part, que les tests positifs sont huit fois plus nombreux chez les non-vaccinés que chez les vaccinés, à population comparable.

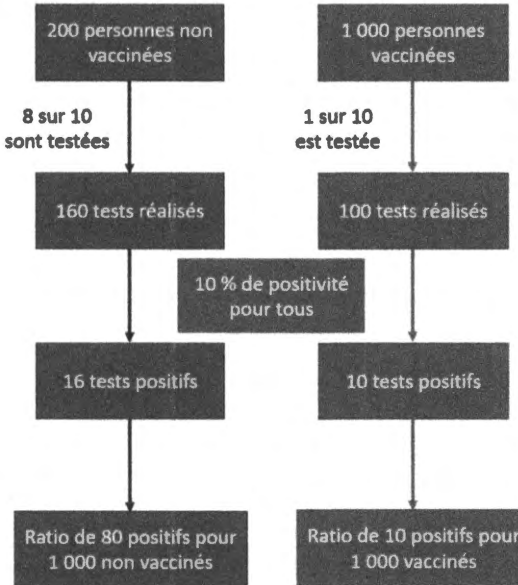
Figure 98 – Résultat présenté de l'étude Drees du 17 septembre 2021



Cependant, l'argument « à population comparable » est ici une arnaque intellectuelle faisant croire que la Drees a réglé le problème de comparabilité entre les deux populations. C'est bien évidemment faux, car le premier critère jouant sur le nombre de tests positifs est le nombre total de tests effectués. Si la vaccination a un quelconque intérêt sur la positivité des tests, alors ce sont les taux de positivité des tests réalisés par les vaccinés et les non-vaccinés qu'il faut analyser et non pas le pourcentage de tests positifs dans chaque population. En effet, dans l'hypothèse où les

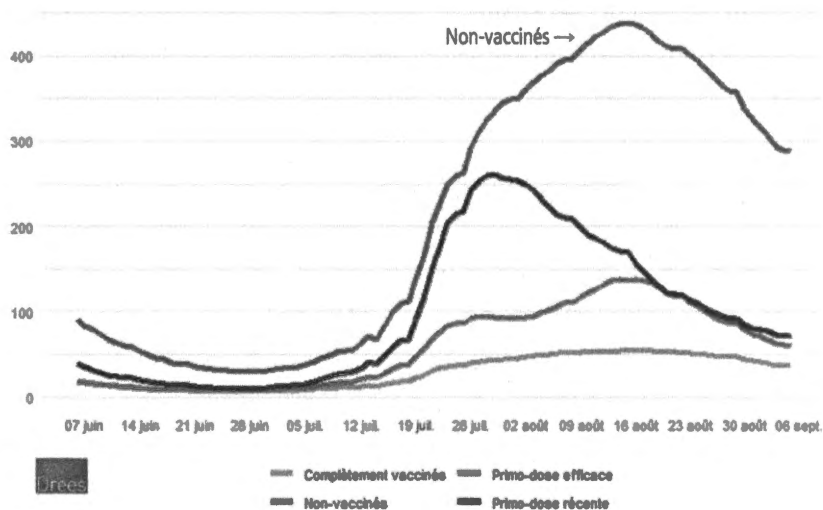
vaccinés et non-vaccinés présentent exactement le même taux de positivité, si on teste huit fois plus souvent les non-vaccinés, on trouvera huit fois plus de tests positifs pour eux que pour les vaccinés (Figure 99).

Figure 99 – Schématisation du biais introduit par le passe sanitaire



Il est pourtant évident qu'avec l'instauration du passe sanitaire au 12 juillet, les non-vaccinés réalisent bien plus de tests que les vaccinés. L'explosion du nombre de tests réalisés à partir du 12 juillet et donc du nombre de tests positifs ne témoigne en rien d'une « épidémie », mais uniquement de la contrainte pour un grand nombre de personnes d'en réaliser régulièrement. Le graphique 1 de la Drees révèle bien ce qui se passe (Figure 100). Il est dommage que les auteurs de l'étude ne prennent pas plus le temps de le commenter, nous allons le faire ici.

Figure 100 – Nombre de tests RT-PCR positifs pour 100 000 personnes selon le statut vaccinal



À partir du 12 juillet, les non-vaccinés (courbe du haut) sont contraints de se faire tester en très grand nombre. Par conséquent, le nombre de tests positifs augmente très fortement pour les non-vaccinés sans que cela soit du fait d'une épidémie. La courbe a commencé à baisser à partir de mi-août pour au moins trois raisons :

- la diminution du nombre des non-vaccinés du fait de personnes ayant finalement été contraintes à recevoir les injections ;
- la fin des vacances signant la fin des tests systématiques pour les sorties ;
- le fait que toutes les personnes ayant été déclarées positives se retrouvent titulaires d'un passe sanitaire valable pendant six mois et n'ont plus besoin de faire de tests.

Nous l'avons dit, la pression du 12 juillet a contraint de nombreuses personnes à aller se faire injecter rapidement. Cette primo-injection ne leur a pas permis d'obtenir immédiatement le précieux passe. Ainsi, cette pression vers les injections a fait augmenter le nombre de personnes ayant reçu une première dose récemment, mais devant toujours se faire tester ; cela a augmenté le nombre de tests positifs pour cette catégorie de population, un peu en décalage des non-vaccinés. La courbe violette a commencé à baisser quand ces personnes sont tout simplement entrées dans la case suivante au bout de sept jours : « primo-dose efficace ».

À partir du 19 juillet, ceux ayant subi leur première injection à partir du 12 ont commencé à entrer dans la catégorie « primo-dose efficace ». Ils étaient toujours contraints de réaliser des tests pour obtenir leur passe sanitaire et par conséquent le nombre de positifs a également commencé à augmenter. La deuxième bosse de la courbe bleue correspond au changement de statut des nombreuses personnes ayant réalisé leur première injection juste après les annonces et au fait que toutes ces personnes ont reçu leur 2^e dose plutôt fin août en rentrant de vacances. Ainsi, beaucoup de Français ne sont entrés dans la case « complètement vaccinés » que fin août.

Les complètement vaccinés ne sont pas contraints de réaliser des tests pour accéder aux lieux nécessitant un passe sanitaire. En revanche, ils doivent réaliser des tests lorsqu'ils sont considérés « cas contact ». Ainsi, faire exploser le nombre de tests, et donc de tests positifs chez les non-vaccinés, va nécessairement forcer les vaccinés à réaliser des tests en tant que « cas contact ».

Cela a augmenté le nombre de tests positifs dans cette population, en décalage des premiers, à partir du 19 juillet.

Ainsi, pour toutes les catégories, les augmentations visibles ne révèlent absolument pas l'apparition d'une épidémie de coronavirus, mais uniquement une épidémie de tests à cause de la mise en place du passe sanitaire.

La différence du nombre de tests positifs entre vaccinés et non-vaccinés ne montre en aucun cas une protection du vaccin quant au fait d'être malade de la Covid-19, mais une protection du vaccin quant au fait de se faire tester.

Le choix de la Drees de communiquer sur les statistiques du nombre de tests positifs, sans jamais les relier au nombre de tests réalisés, permet de faire croire à une épidémie (alors qu'il n'y a qu'un hasard statistique) et à une protection du vaccin (alors qu'il ne sert qu'à éviter de se faire tester).

Nous venons de voir que les *fact-checkers* devraient objecter en permanence au ministère de la Santé que le passe sanitaire provoque un énorme biais sur les statistiques de tests. En imposant de nombreux tests aux non-vaccinés et pas aux vaccinés, il est normal de trouver beaucoup plus de tests positifs chez les non-vaccinés. Dès lors, toute statistique concernant la Covid selon le statut vaccinal doit s'interpréter avec la plus grande prudence et sans conclusion hâtive sur les bénéfices de la vaccination. Ce constat vaut bien évidemment pour les statistiques hospitalières, les admissions, les soins intensifs et les décès, pour lesquels on doit s'attendre à trouver plus de testés positifs chez les non-vaccinés, à cause du même biais.

De surcroît, deux autres biais apparaissent concernant les déclarations hospitalières sur la Covid-19 : l'absence d'intégration d'une structure par âge dans les comparaisons

Figure 101 – Tests PCR positifs, hospitalisations, décès selon le statut vaccinal

Statut vaccinal	Tests RT-PCR			Admissions et décès hospitaliers						Population résidente selon statut vaccinal
	RT-PCR	dont positives	dont symptômes parmi les positives	Ensemble			dont RT-PCR positive			
				Hospit. coov.	Soins critiques	Décès	Hospit. coov.	Soins critiques	Décès	
Effectifs (en nombre de tests ou de patients)										
Non-vaccinés	699 352	56 512	23 478	2 686	770	466	1 818	561	286	10 471 702
Primo dose récente	41 701	1 756	626	49	10	2	40	6	2	2 315 984
Primo dose efficace	105 476	3 215	1 365	90	30	21	76	27	16	6 297 550
Vaccination complète	400 568	14 638	6 170	546	117	130	471	93	119	40 362 006
Ensemble	1 247 067	76 121	31 839	3 370	927	619	2 405	679	423	67 407 241
Pour 100 000 personnes										
Non-vaccinés	3 580	289	120	138	39,6	23,9	83,2	28,3	14,7	
Primo dose récente	1 765	72	34	21	4,5	0,9	17,0	5,5	0,9	
Primo dose efficace	2 001	61	26	17	5,7	4,0	14,4	5,1	3,1	
Vaccination complète	997	37	16	14	2,8	3,2	11,7	2,3	2,9	
Ensemble	1 850	113	47	50	13,8	9,2	35,7	10,1	6,3	
Ratios de taux de positifs / d'admissions hospitalières / de décès entre non-vaccinés et complètement vaccinés										
	3,6	7,9	7,8	10,2	13,6	7,4	8,0	12,3	5,0	

Sources : appariements Sidap-Vacci et Sive-Sidap-Vacci ; SNDS ; populations Insee estimées au 1er janvier 2021. Calculs Drees. Données extraites le 14 septembre 2021.

Champ : France, tests RT-PCR prélevés entre le 30 août et le 5 septembre 2021 pour les colonnes "Tests RT-PCR". Personnes entrées en hospitalisation conventionnelle, en soins critiques ou décédées à l'hôpital entre le 30 août et le 5 septembre pour les colonnes "Admissions et décès hospitaliers / Ensemble", et dont au moins un test RT-PCR a été identifié entre 21 jours avant ou après l'admission à l'hôpital. Couverture vaccinale 7 jours avant test, admission ou décès.

et les différences dans la vérification de l'état des patients. Je m'explique. Dans le tableau 1, figurent les entrées à l'hôpital, en soins critiques et les décès pour cause de Covid-19 selon le statut vaccinal et la présence d'un test RT-PCR positif (Figure 101).

Ainsi, sur la période du 30 août au 5 septembre, 619 personnes ont été déclarées décédées de la Covid-19 à l'hôpital. Parmi elles, 466 étaient non-vaccinées et 130 avaient une vaccination complète. Pour les soins critiques, les chiffres sont de 770 contre 117.

La Drees se permet alors de comparer les parts de vaccinés et de non-vaccinés parmi les soins critiques aux parts de vaccinés et de non-vaccinés dans la population générale. Cette comparaison n'a évidemment pas grand

sens puisque les personnes admises en soins critiques ou déclarées décédées de la Covid-19 sont en moyenne très âgées et ne sont donc absolument pas comparables à la population générale. *A minima*, une comparaison à structure d'âge égale devrait être réalisée.

De plus, les colonnes « dont RT-PCR positives » (partie droite du tableau) nous apprennent que vaccinés et non-vaccinés n'ont pas droit au même degré de vérification pour savoir si la raison de leur admission en soin critique ou à l'hôpital est bien reliée à la Covid-19 :

- parmi les 466 personnes non-vaccinées déclarées décédées de la Covid-19, seules 286 ont présenté un test positif dans les 21 jours avant leur admission à l'hôpital, soit 61 % ;
- parmi les 130 personnes vaccinées déclarées décédées de la Covid-19, 119 ont présenté un test positif dans les 21 jours avant leur admission à l'hôpital, soit 92 %.

On constate ainsi que beaucoup de précautions sont prises pour éviter de comptabiliser un vacciné comme décédé de la Covid-19 : un test RT-PCR positif semble nécessaire pour confirmer le diagnostic. À l'inverse, pour les non-vaccinés, la déclaration sans vérification semble plus courante.

Dans le cas des non-vaccinés décédés à l'hôpital, il semblerait étonnant qu'ils n'aient jamais fait de test RT-PCR durant tout leur séjour étant donné les nombreuses précautions à ce sujet. On observe ici la sur-utilisation des codes d'urgences Covid-19 à l'hôpital comme expliqué au chapitre 4. Les non-vaccinés sont commodément déclarés

« mort Covid » sur simple suspicion ou même comme « suite probable d'un Covid du passé ».

La palme du meilleur *fact-checking* de l'année 2021 ne reviendra pas à une équipe journalistique, mais à la Cour des comptes. Dans cette époque de destruction de la pensée par l'uniformisation, il est heureux de trouver une juridiction qui résiste à la vague en gardant son cap. Dans son rapport du 22 septembre 2021¹, la Cour des comptes analyse les statistiques mises à disposition par le gouvernement pour « informer » sur la situation actuelle et surtout justifier sa politique :

« Enfin, le « taux d'occupation des réanimations » présenté par des autorités publiques ou par des sites internet publics à partir des données de Santé publique France sur data.gouv.fr est opaque à trois égards :

- il ne s'agit pas de réanimations mais de l'ensemble des soins critiques ;
- il s'agit des lits occupés par des patients « covid », à l'exclusion des autres patients ;
- surtout, la référence est celle des capacités en soins critiques (ou en réanimation ?) d'avant crise. Le nombre de lits de réanimation effectivement autorisés et armés n'est jamais publié.

Ces imprécisions sur les périmètres des soins critiques et de la réanimation, doublées de l'absence d'information sur les capacités, a pu être source de confusion. En lisant les communications officielles, le grand public a pu avoir l'impression que l'on s'approchait du nombre fatidique de 5000 patients qui correspond à la capacité nationale de réanimation alors qu'il s'agit du nombre de patients atteints de la covid 19 admis en soins critiques. La part de lits de réanimation réservés aux patients non covid n'est également pas communiquée. »

La Cour des comptes est donc bien consciente que les statistiques estampillées « Covid » n'apportent aucune information sur la situation sanitaire depuis le début de cette crise. Le terme « opaque » est un doux euphémisme pour « propagande ».

1. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-soins-critiques>

d. Les études d'Epi-phare : auto-validation du ministre de la Santé

Le lundi 11 octobre 2021, le groupement Epi-Phare a publié deux études¹ affirmant que « La vaccination est efficace à plus de 90 % pour réduire les formes graves de Covid-19 chez les personnes de plus de 50 ans en France ». Ces études sont commodément sorties quatre jours avant le début des discussions au Sénat sur la vaccination anti Covid-19 obligatoire en France. Pendant les 18 mois précédents, les experts ont vanté les mérites des études randomisées en double aveugle publiées après revue par les pairs dans des journaux indépendants sans que les auteurs n'aient de lien d'intérêt. Les études définies comme « *best practice* » font l'objet de protocoles enregistrés (clinical-trials.gov ou bien prospero) afin de s'assurer que celles-ci respectent les normes et règles établies. Le lecteur de ces études Epi-phare ne pourra donc qu'être surpris de l'absence de déclaration préalable de liens d'intérêts éventuels et de l'absence de revue par les pairs. Le « deux poids deux mesures » dénoncé par bien des scientifiques depuis deux ans prend toute sa mesure avec ces nouvelles études qui s'apparentent plus à une auto-évaluation ou auto-validation du ministre de la Santé. Avant même de chercher s'il existe des biais méthodologiques, on note que ces études présentent plusieurs travers : absence de revue par les pairs, non-déclaration préalable, lien entre Epi-Phare, l'ANSM et le ministère de la Santé, sans

1. <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/impact-vaccination-covid-octobre-2021/>

parler de l'absence de validation ou calibration au réel en comparant les données à celles d'autres pays.

Enfin, si le gouvernement est aussi persuadé de l'efficacité des vaccins, il serait temps qu'il permette aux chercheurs indépendants d'accéder aux données. C'est normalement la base de toute étude scientifique de permettre à d'autres chercheurs de faire aussi des analyses sur les mêmes données. Pourquoi continuer à cacher des données pseudonymisées (c'est-à-dire dont on a masqué l'identité) qui d'après le gouvernement prouvent le miracle de la vaccination en sauvant de nombreuses vies ? Ouvrez enfin les accès pour que nous puissions nous aussi enfin être convaincus par votre politique au lieu d'avoir à subir vos conclusions sans pouvoir les vérifier.

Une étude qui ne mesure pas l'impact de la vaccination sur le fait d'être malade

La méthodologie d'Epi-phare est sensiblement la même que celle utilisée par Dagan *et al.* pour l'étude israélienne dont la critique a été faite plus haut. Elle utilise le même type de données, les mêmes outils d'analyses, porte donc les mêmes biais et arrive aux mêmes conclusions. Les résultats dépendent entièrement de la manière dont ont été remontées les hospitalisations et décès liés à la Covid-19.

Cette étude montre que les vaccinés ont 90 % moins de chance d'être déclarés malades de la Covid-19 ou décédés de la Covid-19. Rien ne nous montre que les vaccinés sont réellement moins hospitalisés ou décédés que les non-vaccinés. Il serait pourtant très simple de

vérifier si la vaccination a un impact positif sur la santé, en étudiant enfin les décès toutes causes confondues selon le statut vaccinal.

Une étude volontairement borgne, biaisée d'emblée

La méthode de cette étude est décrite en page 7 ou 8 selon l'une ou l'autre des 2 études: « La cohorte de sujets vaccinés a été identifiée à partir de la base des données nationales pseudonymisées VAC-SI mise en œuvre par l'Assurance maladie. Ces données ont été couplées au Système national des données de santé (SNDS) afin de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques et leurs comorbidités ainsi que d'identifier la cohorte de sujets non-vaccinée ».

Cela signifie que l'étude peut suivre tous les événements intéressants des vaccinés et non-vaccinés se produisant à l'hôpital et les comparer.

« Les événements d'intérêt (hospitalisation pour COVID, décès survenant au cours de l'hospitalisation pour COVID-19) ont été définis à partir des données d'hospitalisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) Fast Track collecté et restitué par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). »

Cela signifie que seuls les événements déclarés comme liés à la Covid-19 seront analysés. C'est un énorme biais.

Tout d'abord, comme cela a été montré plus haut, les non-vaccinés sont bien plus souvent testés que les vaccinés (passe sanitaire oblige). De cette façon, un non-vacciné a

une probabilité beaucoup plus forte d'avoir un test positif qu'un vacciné.

Rappelons ici que la Haute autorité de la santé considère que la spécificité des tests Covid-19 est de 98 %¹. Cela signifie que l'on peut trouver jusqu'à 2 % de faux positifs. Tester massivement les non-vaccinés qui ne sont pas malades va nécessairement entraîner des comptages de faux positifs qui seront rangés dans la case « asymptomatique ». Si on testait des millions de petits garçons avec un test de grossesse, on en trouverait forcément quelques-uns de positifs. Avec la logique actuelle, il faudrait les déclarer en « grossesse asymptomatique ».

Ainsi, les parcours hospitaliers de tous ces non-vaccinés sur-testés et donc parfois positifs par le hasard des choses, vont se trouver classés en « Covid-19 », biaisant ainsi tous les résultats statistiques.

De plus, l'étude de la Drees que nous venons d'analyser nous a appris que même en l'absence de test positif, les non-vaccinés sont beaucoup plus souvent enregistrés à l'hôpital dans la case « Covid-19 » que les vaccinés.

Comme l'étude israélienne analysée précédemment, l'étude d'Epi-Phare **n'est pas une étude randomisée** : il ne s'agit pas d'un groupe d'étude et d'un groupe de contrôle choisis au hasard et portant des caractéristiques similaires. Et de façon similaire à cette première étude, celle d'Epi-phare est construite à partir de données administratives médicales dont la qualité n'a fait l'objet d'aucun contrôle scientifique préalable. Personne ne sait si la déclaration « hospitalisation Covid-19 » ou « décès Covid-19 »

1. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/cahier_des_charges_test_serologique_covid19.pdf

est sans biais relativement au statut vaccinal. Les statistiques semblent plutôt révéler un biais en lien avec des pressions politiques et/ou financières, comme nous l'avons vu (chapitre 4).

Au final, toutes ces études, Dagan *et al.*, Drees, Epi-Phare, contiennent les mêmes biais de sélections : il est donc assez logique de trouver des résultats dans les mêmes ordres de grandeur.

Une méthodologie complexe permet de masquer les incohérences

Si une maladie s'est répandue depuis 2020 dans le monde scientifique, c'est bien la « modélite » aiguë. Désormais, il semble que toute étude doive s'appuyer sur des modèles. Cette façon de faire présente le double avantage de donner un caractère sérieux à n'importe quel résultat trivial ou même invraisemblable et d'éliminer les relectures de personnes non initiées à ces cascades. Néanmoins, lorsqu'on est initié, formé à comprendre les mécanismes des modèles, on est souvent surpris de la distance séparant le titre de l'étude, de ce que l'on peut réellement déduire des statistiques présentées.

Un appariement étrange vaccinés/non-vaccinés

Concernant l'étude des 75 ans et plus, les auteurs annoncent page 5 suivre une cohorte de vaccinés et une cohorte de non-vaccinés en France représentant au total 7,2 millions de personnes. Il est étonnant d'avoir des

données sur autant de personnes puisque l'Insee estime la population française¹ (incluant les Dom-Tom) des 75 ans et plus à seulement 6,4 millions de personnes. Une erreur de 800 000 personnes de la part de l'Institut semble assez improbable, surtout s'il s'agit de personnes dont les données SNDS (Système national des données de santé) sont disponibles.

Page 11, les auteurs précisent les tailles des groupes étudiés : 2 486 060 (40,5 %) individus inclus uniquement dans le groupe « vaccinés », 2 486 060 (40,5 %) inclus uniquement dans le groupe « non-vaccinés » et 1 160 913 (19,0 %) initialement inclus dans le groupe « non-vaccinés » puis devenus vaccinés en cours de route et donc inclus ensuite dans le groupe « vaccinés ».

Ainsi, l'ensemble de la cohorte suivie serait en fait de 6,1 millions de personnes (et non pas 7,2) dont 1,1 million comptés deux fois.

Ce double comptage est à la fois incompréhensible et problématique. Les auteurs écrivent en page 8 : *Afin de rendre comparable les groupes « vaccinés » et « non-vaccinés », nous avons constitué des couples (1 personne vaccinée et 1 personne non-vaccinée), en appariant chronologiquement (du 27 décembre 2020 au 30 avril 2021) chaque sujet vacciné à un sujet non-vacciné à la date de vaccination (ou date index) de même âge (même année de naissance), sexe, région administrative et type de résidence (Ehpad et USLD avec/sans PUI (pharmacie à usage intérieur)). Ces informations constituent les variables d'appariement. Les sujets non-vaccinés (témoins) ne pouvaient être appariés qu'à une seule personne vaccinée. Si un sujet témoin était vacciné au*

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>

cours du suivi, le suivi était aussitôt arrêté pour l'ensemble du couple auquel il appartenait, puis le sujet nouvellement vacciné était de nouveau éligible pour être inclus dans la cohorte en tant que vacciné.

Ainsi, avec cette méthode, les premiers vaccinés sont très rapidement sortis de l'étude puisqu'ils ont beaucoup de chance d'être appariés à un non-vacciné qui va se faire vacciner rapidement. Dès lors, il paraît tout à fait normal que l'étude ne soit pas capable de détecter de Covid-19 chez les vaccinés, puisqu'elle se débarrasse des primo-vaccinés au fur et à mesure. Les 1,1 million d'individus comptés deux fois signifient que le suivi de 1,1 million de personnes parmi les 2,4 millions de vaccinés qui n'ont pas changé de groupe, s'est arrêté précocement, soit 45 % de ce groupe.

Pourtant, à partir de données qui relatent *a posteriori* les événements concernant les individus, il est trivial de savoir qui dans toute la cohorte a été vacciné au cours de la période d'étude. Il ne fallait pas appairer un vacciné avec un « futur » vacciné pour ne pas perdre son suivi.

Des non-vaccinés en bien mauvaise santé

Les auteurs ont apparié vaccinés et non-vaccinés selon quatre critères (voir plus haut).

Il est étonnant que l'appariement n'ait pas eu lieu également sur des critères de santé dont on sait qu'ils sont déterminants sur le risque d'être hospitalisé ou même de décéder. À la page 16 de l'étude, on apprend que les non-vaccinés sont plus souvent :

- en situation de grande défavorisation (indice 4 et 5);
- fragiles;
- alcooliques;
- obèses;
- diabétiques;
- fumeurs.

Précisons à ce stade que les personnes défavorisées sont souvent sous-diagnostiquées, ainsi leurs problèmes médicaux peuvent être sous-estimés.

Au lieu d'améliorer la qualité de l'appariement, les auteurs ont utilisé une méthode pour corriger les biais des covariables citées déterminantes lorsqu'on étudie la santé. Le modèle de Cox est censé proposer des résultats sans biais. Pour appliquer cette méthode, il faut supposer que l'événement que l'on suit (décès ou hospitalisation) résulte d'une somme de facteurs et que certaines hypothèses sont vérifiées.

L'une de ces hypothèses par exemple impose que le risque porté par chaque covariable soit constant. Le modèle ne tient pas la route si le risque d'être hospitalisé pour Covid-19 lorsque l'on est fumeur dépend de la période de l'année. Étant donné que ce risque est fortement lié à la saison (beaucoup d'hospitalisations et de décès l'hiver et très peu l'été), il y a peu de chance que cette hypothèse soit vérifiée.

La moindre des choses serait que soient publiées les vérifications d'hypothèses permettant de justifier le modèle. Pour le moment, rien ne montre qu'il n'est pas simplement sorti du chapeau.

Ajoutons que cette régression de Cox additionne des

facteurs de risque. Elle n'a donc aucun sens si l'on considère que les risques ne s'additionnent pas. Par exemple, pour simplifier, si le risque de fumer pour une personne obèse est bien plus grand que le risque d'être fumeur additionné au risque d'être obèse, le modèle ne tient pas non plus. Pourtant, dans la vraie vie, cette aggravation du risque plus importante qu'un simple cumul paraît probable. En outre, si les risques ne s'additionnent pas et que, par exemple, le plus grand l'emporte, le modèle s'écroule aussi.

Une méthode sans biais pourtant facile à mettre en œuvre

Il serait très facile pour Epi-Phare de se libérer du biais de sélection lié à la problématique de l'étiquetage « Covid » : il suffirait de conserver la même étude, mais de choisir comme événements d'intérêt « hospitalisation » et « décès », à la place d'« hospitalisation Covid » et de « décès Covid ».

Une telle étude permettrait en outre d'évaluer le bénéfice total de la vaccination par rapport à ses risques. En effet, même si nous supposons que la déclaration Covid-19 n'avait aucun biais de sélection entre les non-vaccinés et les vaccinés, il reste le biais éventuel lié à l'injection elle-même. Si jamais l'injection était associée à une augmentation de la mortalité, même faible, des plus fragiles, alors ceux-ci seraient décédés avant d'être déclarés malades de la Covid-19. On trouverait alors un taux de mortalité lié à la Covid-19 plus faible chez les vaccinés, car certains seraient morts avant.

Ainsi, nous répétons notre demande qu'enfin une étude soit réalisée sur les décès et hospitalisations toutes causes selon le statut vaccinal et non pas uniquement sur les décès et les hospitalisations « avec étiquette Covid-19 ». Cela nous permettra de savoir si ces injections ont un réel intérêt pour la santé publique : les vaccinés sont-ils réellement moins malades et meurent-ils moins que les non-vaccinés ? L'analyse des décès toutes causes permet d'éviter le problème lié à l'attribution délicate de l'étiquette « Covid-19 » à la cause du décès et prend en compte les potentiels effets indésirables graves des vaccins, très largement niés jusqu'ici.

e. Le mensonge de la saturation hospitalière par les non-vaccinés

Depuis le début du mois de décembre 2021, les médias se sont mis d'accord pour accuser les non-vaccinés de saturer les hôpitaux et en particulier les réanimations. Ils répètent en boucle que « neuf personnes hospitalisées sur dix ne sont pas vaccinées¹ ». Nous avons montré que ni les soins conventionnels des hôpitaux, ni les services de réanimations, n'ont été saturés en 2020. C'est encore le cas en 2021. Malgré le fait qu'en hiver survienne un afflux d'hospitalisations liées aux infections respiratoires, seuls 15 % des services de soins critiques sont occupés par des patients catalogués Covid-19 et la moitié d'entre eux sont non-vaccinés. Nous allons voir en détail que la situation hospitalière n'a jamais été alarmante et que

1. https://www.bfmtv.com/sante/les-personnes-non-vaccinees-representent-9-patients-sur-10-au-chu-de-nice_VN-202112160035.html

non, les non-vaccinés ne sont en rien responsables de la situation des hôpitaux. Seuls le sont les choix politiques.

Les hôpitaux ne sont pas saturés à cause de la Covid-19

Nous en avons déjà fait la démonstration précédemment grâce aux rapports de l'ATIH et à celui de la Cour des Comptes¹ : pendant l'année 2020, l'hôpital français n'a pas été saturé et surtout pas à cause de la Covid-19. Les patients identifiés Covid-19 n'ont représenté que 2 % de l'activité, et l'hôpital a été en sous-charge toute l'année. Un très faible 2 %, alors que les hôpitaux ont déclaré de la Covid-19 avec beaucoup de largesse pour des questions de codification. Même les services de soins critiques ont été sous-utilisés et l'augmentation du recours aux services de réanimations est un trompe-l'œil uniquement dû à la requalification de lits de soins continus en lits de réanimations.

Chacun peut voir sur le site Géodes qu'entre décembre 2021 et janvier 2022, 3 000 patients maximum ont été enregistrés en services de soins critiques² avec l'étiquette Covid-19. D'après ScanSanté, il y a 20 000 lits³ de soins critiques en France. Donc, 15 % maximum de ces lits ont été occupés par des patients déclarés Covid-19 (Figure 102). On rappelle que le nombre mis en avant de 3 000 patients

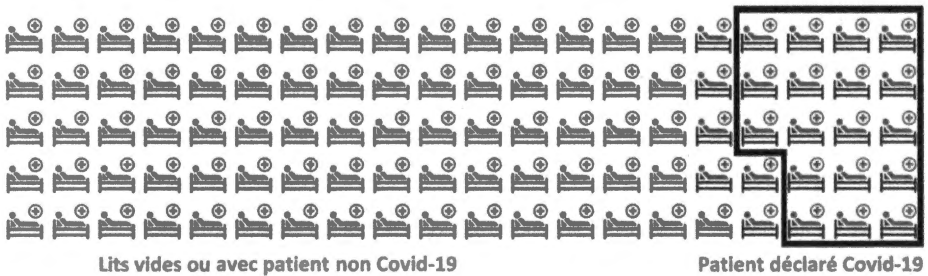
1. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-soins-critiques>

2. <https://geodes.santepubliquefrance.fr/>

3. <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/lits-de-reanimation-de-soins-intensifs-et-de-surveillance-continue-en-france/information/>

Covid-19 en soins critiques représente le total de ceux qui sont en services de soins continus, en soins intensifs et en réanimations, alors que le nombre mis en avant pour le nombre de lits disponibles est toujours celui des seuls lits de réanimation : 6 000 (au lieu de 20 000 pour l'ensemble des soins critiques). Cette façon de présenter les chiffres laisse croire à une saturation alors que c'est faux.

Figure 102 – Schématisation de l'occupation des lits de soins critiques en France selon le statut Covid-19



Rappelons que depuis presque deux ans, une grande partie des déclarations d'infections respiratoires aiguës (IRA) par les hôpitaux se sont transformées en Covid-19. Les autres causes déclarées ont en grande partie disparu et notamment les gripes. Rappelons aussi qu'il est tout à fait habituel que des patients âgés arrivent à l'hôpital en hiver, souffrant d'IRA. Cela ne s'arrêtera pas avec des piqûres préventives. Il n'est donc absolument pas normal de faire croire à une situation exceptionnelle sur la base de statistiques aussi basses. La propagande de l'hiver 2021-2022 n'a pas d'autre enjeu que d'imposer des injections répétées à toute la population. Le ministère de la Santé choisit donc habilement ses indicateurs pour continuer d'entretenir la peur sur un non-sujet et met l'opprobre

sur les non-vaccinés plutôt que de s'intéresser aux moyens nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital.

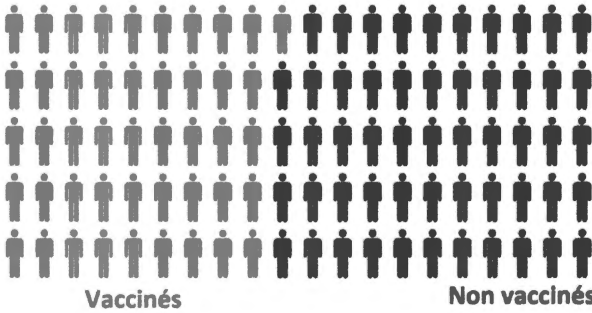
Les non-vaccinés ne saturent pas les hôpitaux

Les communiqués de presse de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé déclenchent à chaque fois une nouvelle pression médiatique. Celui de la mi-novembre titre « Neuf fois plus d'entrées en soins critiques parmi les personnes non-vaccinées que parmi celles qui sont complètement vaccinées de 20 ans et plus »¹. Il analyse les données de la semaine du 25 au 31 octobre 2021. Les médias ont mal traduit ce titre en faisant croire que « neuf personnes sur dix en soins critiques sont non-vaccinées », ce qui n'a rien à voir. D'ailleurs, il suffit de lire le communiqué de presse pour le savoir : « Chez les personnes complètement vaccinées en revanche, le nombre d'entrées en soins critiques est en augmentation : il atteint 3 pour 1 million de personnes complètement vaccinées ; cette population représente 42 % des personnes admises en soins critiques et 48 % des personnes admises en hospitalisation conventionnelle alors qu'elle représente 86 % de la population des 20 ans ou plus. » Il y a donc au mois d'octobre 2021, presque autant d'entrées de non-vaccinés que de vaccinés dans les unités de soins critiques et non pas un ratio de 9/10. La répartition des entrées en soins critiques de 42 vaccinés pour 58 non-vaccinés a

1. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/neuf-fois-plus-dentrees-en-soins-critiques-parmi-les-personnes-non-vaccinees>

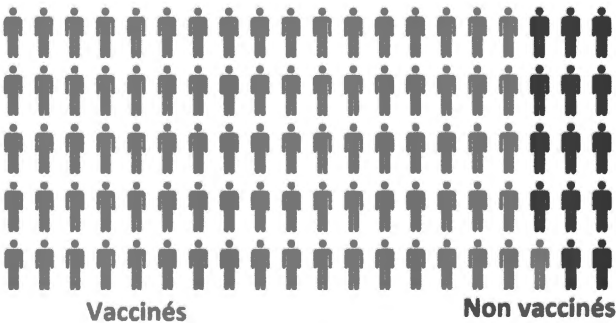
tendance à se rapprocher de 50/50 à partir de novembre 2021 au regard des données hebdomadaires de suivi. La tendance sur un mois est de 46 entrées de vaccinés pour 54 de non-vaccinés (Figure 103).

Figure 103 – Schématisation des patients entrés en soins critiques déclarés Covid-19 selon le statut vaccinal entre le 25 et le 31 octobre 2021



Le ratio de la Drees de « 9 sur 10 » est calculé à partir de la part estimée du nombre de personnes vaccinées en France (Figure 104). D'après la Drees, il y aurait 86 % de vaccinés chez les plus de 20 ans.

Figure 104 – Schématisation du statut vaccinal dans la population française

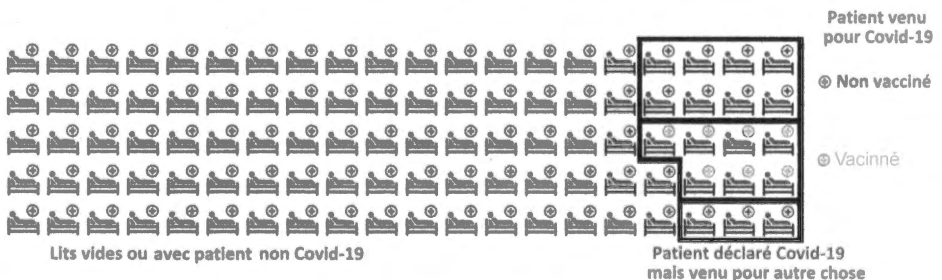


Ainsi, la Drees utilise le fameux « produit en croix ». Elle suppose que si les ratios de soins critiques dans la population par statut vaccinal étaient conservés et qu’il y avait autant de non-vaccinés que de vaccinés, alors il y aurait 9 non-vaccinés sur 10 en soins critiques. Ce ratio ne reflète en rien la réalité observée en services de soins critiques.

Si nous ajoutons ce que nous avons appris grâce au rapport de l’ATIH sur la Covid-19, qu’environ 20 % des patients déclarés Covid-19 sont en fait venus à l’hôpital pour une raison différente (mais pour lesquels la codification « Covid-19 » permet une facturation plus intéressante), nous pouvons alors schématiser la répartition des entrées en services de soins critiques de la semaine étudiée : pour 100 lits disponibles à l’entrée, nous avons 15 patients identifiés « Covid-19 » : trois d’entre eux ne sont pas venus à l’hôpital pour cette raison (vaccinés ou non), six sont venus pour cette raison et sont vaccinés, six sont venus pour cette raison et sont non-vaccinés.

Les patients non-vaccinés venus à l’hôpital pour soigner la Covid-19 représentent environ 6 % des lits en soins critiques à l’hôpital au cours de la semaine étudiée (Figure 105).

Figure 105 – Schématisation complète des patients de décembre 2021 en soins critiques selon les statuts « Covid-19 » et vaccinal



La conclusion est simple : les non-vaccinés n'ont en aucun cas été responsables d'une quelconque saturation hospitalière. Bien que potentiellement sur-représentés par des statistiques biaisées, leur nombre est bien trop faible à l'hôpital pour embouteiller quoi que ce soit.

Qui se souvient que les hôpitaux et services d'urgences étaient en grève quasi-continue depuis plusieurs années et jusqu'en 2020 pour dénoncer le manque de moyens humains et la gestion inhumaine, uniquement financière, de l'hôpital ? Que ce nouveau mode de gestion a fait suite à la mise en place de la tarification à l'acte par Jean Castex en 2007 ? En 2021, après une année de Covid, rien n'a changé mis à part la suppression supplémentaire de quelques dizaines de milliers de lits d'hôpitaux et la mise à pied sans solde de soignants récalcitrants aux injections expérimentales. On sait pertinemment aujourd'hui que ces injections (vaccins) ne garantissent pas du tout des tests négatifs, ni même de ne pas être déclaré malade de la Covid-19 ou d'entrer en service de réanimation. Mais le gouvernement a trouvé un bouc-émissaire : les non-vaccinés. Il cherche toujours à faire croire à la population que pour gérer les problèmes de l'hôpital, il faut donner des milliards d'euros aux laboratoires et que chacun se fasse injecter régulièrement. Ces mêmes labos dont les liens financiers avec nos hommes politiques sont très étroits... La fuite en avant que nous constatons mène uniquement à cette question : jusqu'où le pouvoir peut-il prendre les gens pour des abrutis avant qu'ils ne se réveillent ?

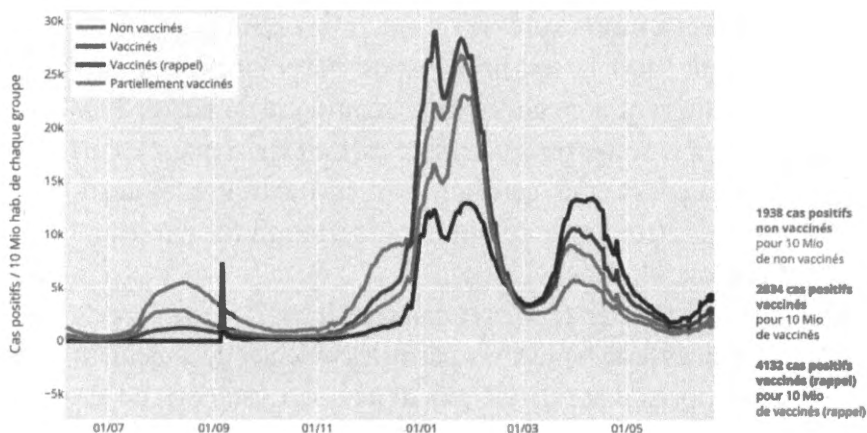
f. La levée du passe sanitaire révèle la supercherie de l'efficacité vaccinale

Le 14 mars 2022, le Premier Ministre a annoncé la fin du passe vaccinal en France¹. Or la crise Covid-19 repose sur la psychose entretenue par les statistiques de tests nécessaires aux activités quotidiennes. Depuis la sidération du premier confinement deux ans plus tôt, le gouvernement français, conseillé par ses fameux « cabinets de conseil », n'a jamais stoppé le rouleau compresseur des nouvelles annonces et mesures. Ce coup d'arrêt, une première, risque de rendre difficiles une reprise de la panique et l'acceptation de nouvelles mesures « sanitaires ». On remarquera d'ailleurs l'intelligence de ce virus qui a eu le bon goût de faire profil bas pendant le début de l'attaque russe en Ukraine et l'élection présidentielle. Par ailleurs, la fin des tests obligatoires pour les non-vaccinés (mais toujours gratuits pour les vaccinés), change la répartition des profils de ceux qui se font tester. Les vaccinés deviennent plus nombreux que les non-vaccinés à procéder régulièrement au rituel du coton-tige nasal. Cela prouve qu'ils n'ont pas cru à au moins une partie de l'histoire : ils ne se croient pas « protégés » par leurs vaccins. Les statistiques ne se sont pas fait attendre et rapidement au mois de mars, la part de vaccinés testés positifs à la Covid-19 est devenue bien plus importante que celle des non-vaccinés². Cela n'empêche pas les faiseurs d'opinion d'avancer une nouvelle explication : une plus grande sensibilité des vaccinés aux nouveaux variants.

1. <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15543>

2. <https://covidtracker.fr/vaximpact/>

**Figure 106 – Cas positifs Covid-19
selon le statut vaccinal pour 10M habitants**



Voilà qui rassure, ça valait donc de mettre autant de moyen financier et de coercition pour vacciner tout le monde, non ?

Le degré de crainte parmi la population semble cohérent et proportionnel au nombre de doses reçues (Figure 106). Les vaccinés avec dose de rappel (c'est-à-dire ceux qui ont reçu trois doses) se testent toujours autant à chaque nouvelle annonce d'une « vague ». Ce paradoxe révèle parfaitement l'état de confusion dans lequel se trouve la population : ceux qui reçoivent le plus de doses (et qui sont souvent les plus virulents pour exiger que tous les autres en reçoivent) sont également ceux qui croient le moins en leur efficacité. L'interview d'Alain Fisher sur RTL en est un bon exemple¹ : il faut absolument se vacciner... mais on ne sait pas combien de temps dure la « protection » ; elle serait d'« au moins trois mois » et les vaccinés seraient

1. <https://www.rtl.fr/actu/bien-etre/vaccin-les-morts-en-norvege-avaient-de-multiples-comorbidites-explique-le-pr-fischer-7800957524>

eux aussi des « contamineurs » (autrement dit, ils sont tout autant positifs que les autres). Et pour expliquer les nombreux morts après le vaccin, on n'exclut pas la cause naturelle (ouf). Le seul horizon possible pour les personnes qui adhèrent à ce genre de discours est de passer leur temps à se tester pour se rassurer (tout en se maintenant dans la peur) et de continuer à recevoir toutes les doses possibles (tout en s'isolant du reste du monde parce que ça ne marche pas).

Entre janvier-février et mars-avril 2022, le nombre de personnes testées positives parmi les vaccinés de seulement deux doses a été divisé par deux. Cette statistique est révélatrice du nombre de personnes qui désormais sortent du brouillard. L'histoire du vaccin « sûr et efficace » a fonctionné chez une grande partie de la population : elle a accordé sa confiance aux « autorités sanitaires », dans un contexte de matraquage médiatique. Maintenant, nombreux sont ceux qui ont subi deux injections et en ont été fortement malades, qui ont ensuite remarqué que leurs tests étaient positifs à chaque rhume... leur confiance s'est fortement réduite.

Enfin, comme nous l'avons dit, les non-vaccinés ne sont plus obligés de se tester tout le temps. Il reste des tests à l'entrée des hôpitaux et à l'entrée des Ehpad, ce qui permet de garder des statistiques de positivité à la Covid-19 dans cette population. Au demeurant, la ségrégation qui, même réduite, demeure, ne semble pas émouvoir grand monde aujourd'hui. Pas plus que le sort des 15 000 soignants, pompiers et personnels des établissements soumis au passe sanitaire, laissés depuis septembre 2021 sans solde, sans chômage, sans aides sociales et interdits d'être réembauchés ailleurs puisqu'ils ne sont pas démissionnaires et n'ont

pas été licenciés ! La solidarité nationale laisse facilement crever ceux qui ne se soumettent pas à l'idéologie gouvernementale, même lorsque chacun peut constater son absurdité. Entre Ego et humanité, le gouvernement a choisi depuis longtemps et le peuple détourne le regard.

**g. L'épidémie de malchance :
comment raconter n'importe quoi,
mais sérieusement et à l'aide de statistiques**

La psychose n'est pas maintenue depuis deux ans à cause d'une surmortalité ou d'un surnombre d'arrivées à l'hôpital, mais uniquement en faisant le compte des « cas Covid ». Ces « cas » sont des personnes déclarées porteuses du « virus de la Covid-19 » dans l'ensemble de la population, dans l'ensemble des hospitalisations et dans l'ensemble des décès. Il ne s'agit que d'une fraction de l'ensemble des habitants, de l'ensemble des hospitalisations et de l'ensemble des décès. Nous avons montré précédemment que les hausses de mortalité observées depuis deux ans ont lieu soit pendant les périodes habituelles de hausse de mortalité, soit après la mise en place de mesures qui ont eu pour effet d'arrêter de soigner correctement les gens. De plus en plus de données officielles indiquent le nombre de décès à imputer à ces mesures (rapports de Santé Publique France et de l'ATIH).

La Drees a publié un tableau de données¹ distinguant les patients arrivés à l'hôpital « pour Covid-19 » et ceux arrivés à l'hôpital pour autre chose mais déclarés Covid-19 à

1. <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/covid-19-resultats-par-age-issus-des-appariements-entre-si-vic-si-dep-et-vac-si/table/>

la faveur d'un test positif ou d'une simple déclaration. Nous apprenons qu'un patient sur trois déclaré en « soin critique Covid » ou « décédé du Covid » est en fait sur-déclaré (c'est-à-dire que le ministère de la Santé lui-même considère qu'il est venu à l'hôpital pour une autre raison).

Toute la psychose repose sur le simple fait de fixer l'attention de tous sur un virus au lieu de s'occuper de la mortalité en général ou des hospitalisations en général. Cela permet de ne pas s'interroger sur la qualité de vie et de santé des Français ou sur le système de santé en général, en faisant la promotion d'un produit, le vaccin, censé résoudre le problème majeur de l'époque, la Covid.

Pour faire perdurer cette focalisation, plusieurs éléments sont essentiels :

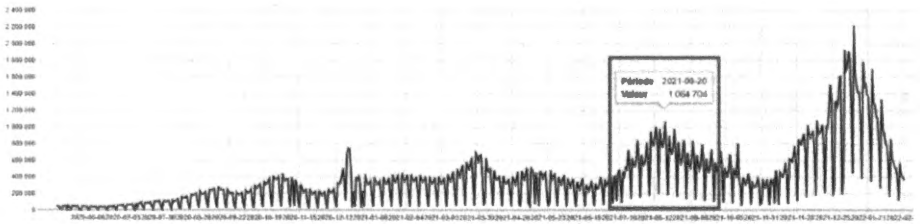
- Les tests RT-PCR : ils permettent de continuer à déclarer « malade » toute personne qui a un test positif et donc maintiennent les statistiques.
- La campagne vaccinale : elle permet au gouvernement de dire qu'il a une solution au problème du virus mortel.
- Le passe sanitaire : il permet d'asséner à la population que les vaccins fonctionnent, puisqu'il leur offre la permission d'accéder à des lieux publics.
- En bonus, les masques : ils permettent de rappeler à tous, en permanence, de façon visible, le danger du virus ; ils permettent également de faire croire que les autres humains sont dangereux et de promouvoir la distanciation entre les gens.

Si on imagine un pays où le même schéma tests-vaccins-passe est mis en place, avec n'importe quel motif, on

obtiendra exactement les mêmes résultats statistiques. Les biais statistiques introduits par le schéma tests-vaccins-passe permettent de faire croire que n'importe quel vaccin sera efficace contre n'importe quelle maladie.

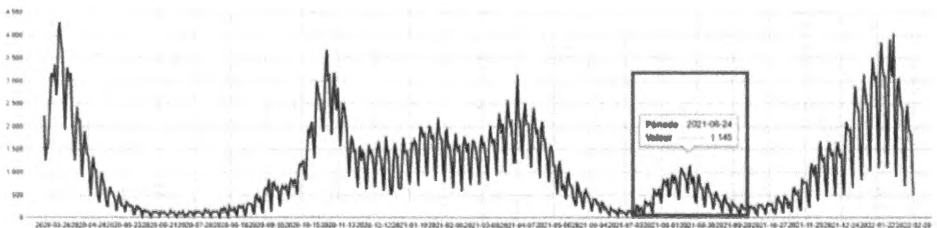
C'est exactement ce qu'il s'est passé en France à l'été 2021 (Figure 107). La mise en place du passe sanitaire a déclenché une vague de tests sans précédents. Pour la première fois de l'histoire, de manière complètement artificielle, on a fait croire à une épidémie de rhume en plein été.

Figure 107 – Nombre de tests quotidiens en France



C'est ainsi qu'en plein été, en testant tout le monde, les hôpitaux ont déclaré une vague d'hospitalisations Covid-19 (Figure 108). C'est du jamais vu et c'est directement la conséquence du passe sanitaire et des tests.

Figure 108 – Nombre quotidien de nouvelles hospitalisations «Covid-19» en France



Le passe sanitaire permet également de moins tester les vaccinés, introduisant ainsi des biais dans les statistiques. Depuis cette date, la Drees et Epi-Phare ont pu faire des études vantant l'efficacité vaccinale... sans corriger ces biais.

**h. Couvrez ce non-vacciné que je ne saurais voir,
par de pareils objets les âmes sont blessées.**

Un rapport de la DREES¹ nous montre que, comme pour tout le reste, le gouvernement s'est moqué de nous depuis le début. Même les taux de personnes vaccinées sont faux et calculés uniquement dans le but de servir les desseins du gouvernement : piquer un maximum de Français, à leurs frais.

Du simple au double

Le problème est posé dès le début du rapport :

« Il existe aujourd'hui quatre sources de données publiées en open data par trois institutions différentes sur la couverture vaccinale contre le Covid-19 en France : en rapportant la population vaccinée aux estimations de population de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la part de personnes non-vaccinées au 14 août 2022 serait de 6,5 % chez les 18 ans ou plus selon les chiffres de Santé publique France et 6,6 % selon la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) ;

1. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/DM5.pdf>

7,0 % des 20 ans ou plus seraient non vaccinés selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; enfin, la CNAM estime que 13,9 % de la population des 20 ans ou plus ayant consommé des soins remboursés en France en 2021 serait non vaccinée à la même date. Les trois premières sources donnent ainsi des estimations nationales convergentes au global, même si on constate des écarts plus importants par groupes d'âges. Les profils par âge de la part de personnes non-vaccinées sont par ailleurs très différents entre les trois premières sources et la quatrième. »

L'estimation de la part de non-vaccinés dans la population des plus de 20 ans varie donc de 6,5 % à 13,9 % selon les sources. Du simple au double finalement. Constaté des différences aussi énormes d'une source à l'autre pose, a minima, de sérieuses questions sur la robustesse des chiffres annoncés avec aplomb par le gouvernement. Dans un cas, les non-vaccinés sont, en effet, marginaux, dans l'autre ils sont aussi nombreux que les votants des principaux partis politiques aux élections présidentielles.

On ne peut pas directement calculer un taux de non-vaccinés. Aucun système ne recense (heureusement pour le moment) les personnes non-vaccinées. La seule manière est donc d'estimer le taux de personnes vaccinées. Ce qui reste est le taux de non-vaccinés.

Calculer un taux de personnes vaccinées dans la population suppose de connaître le nombre de personnes vaccinées et la taille de la population. Ce n'est en fait pas si simple et comporte de nombreux biais.

Toutes les sources utilisent la base VAC-SI pour connaître le nombre de personnes vaccinées. Les vaccinateurs ont enregistré dans la base VAC-SI toutes leurs

vaccinations de façon à se faire payer. La base VAC-SI est également alimentée par l'Assurance Maladie pour relier la vaccination au dossier patient du vacciné.

Le nombre de vaccinés est donc, dans tous les cas, calculé à partir du nombre de personnes se trouvant dans la base de données VAC-SI avec au moins une piqûre déclarée par un professionnel de santé. On peut sans risque faire la supposition que toutes les vaccinations ont été déclarées puisque c'était nécessaire au praticien pour se faire payer. En revanche, est-on certain qu'il n'y en a pas un peu trop ?

Les trois premières méthodes qui débouchent sur une part de non-vaccinés entre 6,5 % et 7 % utilisent une méthode qui se veut « la plus large possible », mais qui est, en fait, bien plus « naïve » que celle qui débouche sur 13,9 %. Ces trois méthodes comptent toutes les déclarations de vaccination se trouvant dans la base VAC-SI et divisent par la population française calculée par l'Insee.

$$\text{Taux de vaccination} = \frac{\text{Nombre de vaccinés}}{\text{Population}} \quad \begin{array}{l} \leftarrow \text{Assurance maladie} \\ \leftarrow \text{Insee} \end{array}$$

Il est extrêmement bizarre de prendre deux sources différentes au numérateur et au dénominateur, surtout lorsqu'elles ne sont pas du tout homogènes entre elles.

La population choisie est la population résidente en France. Elle est estimée par l'Insee grâce au recensement de la population qui réalise chaque année un sondage d'une partie des communes françaises. Il s'agit donc d'une estimation statistique de la population présente sur le territoire. Ce n'est pas parfait, toute estimation basée sur une méthode par sondage porte nécessairement

une marge d'erreur, et certaines populations passent au travers des recensements, notamment les sans domiciles. Cependant, avec cette méthode, chaque personne n'est comptée qu'une seule fois. Personne ne peut « tricher » en étant compté plusieurs fois pour gonfler les effectifs. D'ailleurs il n'y a pas d'intérêt à le faire.

C'est loin d'être la même chose du côté de l'Assurance Maladie. Un rapport de l'IGAS¹ (Inspection Générale des Affaires Sociales) a montré en 2013 que la population de l'Assurance Maladie dépassait de 7 millions le nombre de résidents français calculé par l'Insee. On peut évoquer des causes légitimes, comme le fait que des assurés vivent désormais à l'étranger, mais également la fraude. Une fraude qui consisterait, par exemple, à se faire attribuer de multiples identités. Un des intérêts de ces multiples « cartes vitales » serait de permettre de facturer de multiples interventions médicales à l'Assurance Maladie. Selon Charles Prats, ex-magistrat de la délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) au ministère du budget, cette fraude² coûterait 14 milliards d'euros par an à l'Assurance Maladie. Elle concerne majoritairement des résidents nés à l'étranger profitant d'une faille du système d'inscription. Puisque cette fraude peut servir, entre autres, à facturer des interventions, et que la vaccination anti-covid est bien facturée³, elle suggère plutôt que les faux assurés seraient des vaccinés. Cela implique plus de vaccinés dans la base de données que de personnes réellement vaccinées en

1. source : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-146P_2_.pdf

2. <https://blogs.mediapart.fr/charles-prats/blog/011218/urgence-gilets-jaunes-14-milliards-d-demain-en-luttant-contre-la-fraude-sociale>

3. <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2021/03/210325-VACCINATION-COVID-facturation.pdf>

France. Quoi qu'il en soit, a minima, il n'aurait jamais fallu diviser par la « population Insee », mais diviser par la « population Assurance Maladie » de façon à avoir des éléments comparables (ou tout aussi faux l'un que l'autre) au numérateur et au dénominateur, ce qui est le minimum en statistiques. À ce stade, nous n'évoquons même pas les praticiens qui ont « vacciné l'évier »¹ à la place de leurs patients, collègues ou proches pour leur éviter de se faire suspendre, isoler, stigmatiser, tout en évitant les effets indésirables.

Une des manières de ne comptabiliser que des « vraies gens » a été proposée par la CNAM. Plutôt que de prendre brutalement le nombre de personnes dans la base VAC-SI, divisée par une population qui n'a rien à voir, la CNAM a proposé une méthode se basant uniquement sur les consommateurs, « c'est-à-dire les personnes ayant eu au moins une dépense de santé remboursée ou un séjour dans un établissement de santé en 2021 ». En utilisant la population des consommateurs de l'Assurance Maladie au numérateur ET au dénominateur, on obtient alors une estimation homogène des vaccinés et donc des non-vaccinés. C'est cette méthode qui estime la part des non-vaccinés à 13,9 % de la population.

$$\text{Taux de vaccination} = \frac{\text{Nombre de vaccinés}_{\text{consommateurs}}}{\text{Population}_{\text{consommateurs}}}$$

← Assurance maladie
← Assurance maladie

La DREES et Santé publique France ont, depuis le début, choisi une méthode non homogène qui a permis

1. <https://www.lindependant.fr/2021/12/17/faux-pass-sanitaire-linfirmiere-prend-une-seringue-la-remplit-et-la-vide-dans-levier-cest-bon-tu-es-vaccine-9998717.php>

de largement sous-estimer le taux de non-vaccinés. Cela, dans l'intérêt de la stratégie du gouvernement.

La dernière partie du rapport s'intitule d'ailleurs : « L'ABSENCE DE DONNÉES DISPONIBLES HOMOGENES ENTRE NUMÉRATEUR ET DÉNOMINATEUR CONDUIT À UNE PROBABLE SURESTIMATION DU NOMBRE DE VACCINÉS » ;

Admettre (sans admettre) s'être (ou avoir) trompé

Le rapport de la DREES nous montre également les estimations de taux de vaccinations par tranche d'âge. Selon les 3 méthodes « naïves », les jeunes seraient bien plus vaccinés que les plus âgés. Cela semble complètement contre-intuitif. L'estimation de la CNAM sur les « consommateurs » est, au contraire, parfaitement en accord avec le public cible de la propagande sur le Covid-19 disant que les plus âgés sont les plus susceptibles d'avoir des complications. Ajoutons que la problématique de fraude liée à des faux comptes d'Assurance Maladie, concernant essentiellement des personnes nées à l'étranger, venant sur le sol français avec de multiples faux papiers, a plus de chance de concerner les âges avant 75 ans. Cela semble cohérent avec les différences constatées.

Donc du point de vue de la distribution par âge, l'estimation de la CNAM est bien plus cohérente que les trois autres.

Dans la suite du document les auteurs souhaitent améliorer les 3 premières méthodes, reconnaissant leurs défauts, mais sans reconnaître que la méthode CNAM est tout simplement la meilleure. Pour ce faire, les

auteurs relient la base VAC-SI des vaccinés contre la Covid-19, à la base SIDEP qui contient les résultats de toutes les personnes testées. Seulement, l'appariement entre les deux bases donne un résultat complètement incohérent : une population deux fois plus grande que l'estimation de la population résidente réalisée par l'Insee.

Pour mémoire, toute la communication de la DREES sur les fameux « malades du Covid-19 » et « l'efficacité vaccinale » repose sur ces appariements. Par exemple, on pouvait lire dans un communiqué de presse de fin 2021 :

« le nombre d'entrées en soins critiques pour les personnes non vaccinées est en hausse [...]. Ces dernières représentent 48 % des admissions en soins critiques et 42 % des admissions en hospitalisation conventionnelle, alors qu'elles ne sont que 11 % au sein de l'ensemble de la population des 20 ans ou plus. »

Seulement, selon le nouveau rapport, la part de la population considérée non-vaccinée issue de l'appariement entre SIDEP et VAC-SI est bien plus proche des 42 % que des 11 %, notamment à cause des échecs d'appariement. Autrement dit, aucune efficacité vaccinale n'est mesurée par le ministère de la Santé s'il ne s'arrange pas grossièrement avec le dénominateur.

Au cas où certains en doutaient encore : **tous les résultats présentés depuis deux ans sont donc complètement faux.** La DREES a toujours fondé ses calculs « d'efficacité vaccinale » sur un taux de vaccination de plus de 90 %, alors que la moitié des testés n'apparaît pas dans VAC-SI, et est donc inconnue de l'Assurance Maladie. Les auteurs précisent en effet que « l'appariement

entre les bases est imparfait. Il est en effet fondé sur un pseudonyme construit à partir de quatre traits d'identité (nom, prénom, sexe et date de naissance) et non pas sur le numéro d'identification au répertoire (NIR), ou numéro de sécurité sociale, identifiant unique utilisé notamment par l'Assurance maladie pour la délivrance des cartes vitales, qui permettrait un appariement exact. Une simple erreur de saisie dans le nom, ou la saisie du nom marital au lieu du nom de naissance, voire une date de naissance manquante, conduisent donc à des pseudonymes différents dans les deux bases pour une même personne. »

Il conviendrait quand même de vérifier si les millions de tests réalisés sur des personnes qui sont inconnues de l'Assurance Maladie, proviennent bien d'une erreur d'appariement et ne sont pas révélateurs d'une gigantesque fraude aux tests.

Quoi qu'il en soit, il est parfaitement impossible de calculer la moindre efficacité vaccinale à partir d'appariements de données aussi mauvais. Tout statisticien sait que le résultat sera nécessairement une énorme surestimation de l'efficacité vaccinale, en attribuant une part bien trop grande des tests positifs aux non-vaccinés lorsque l'appariement échoue. On notera que cela convient parfaitement à la stratégie du gouvernement.

La suite de l'étude propose des filtres afin d'améliorer la qualité de l'appariement. Des individus décédés pourraient se trouver encore dans la base, mais du propre aveu des auteurs, cela « nécessite des traitements statistiques complexes ». Des individus « hors champ de la population résidente au sens de l'Insee », autrement dit se trouvant à l'étranger lors de la vaccination ou des

tests, ou inversement réalisant ces événements en France, mais n'étant pas résidents français, sont également en trop. Seulement ces individus ne représentent que 3 % du total alors que la population est deux fois trop grande. Ces considérations, très intéressantes au demeurant, ne règlent absolument pas le problème.

Les auteurs vont alors étudier deux hypothèses parfaitement révélatrices des préjugés du ministère de la Santé sur les Français, mais qui ne sont pas pertinentes au regard de ce que nous avons expliqué plus haut :

- une hypothèse « stricte » (correspondant au « total net ») en excluant tous les non-vaccinés non testés (c'est-à-dire des personnes qui n'ont jamais eu aucun test Covid enregistré), qui conduit à une sous-estimation du taux de non-vaccinés ;
- une hypothèse « large » où on conserve 40 % des non-vaccinés non testés, en s'appuyant sur les estimations issues du SNDS.

La première hypothèse considère tout simplement qu'un « non-vacciné non testé » n'existe pas ! Cette hypothèse est tellement absurde qu'elle n'a absolument rien à faire dans une étude. Mis à part en vivant dans une caverne (dans un microcosme autosuffisant), il est impossible de ne pas en avoir rencontré. Si cela intéresse les auteurs de la DREES, un certain nombre de personnes pourrait témoigner.

La deuxième hypothèse prétendument « large », considère qu'un « non-vacciné non testé » existe, à la condition qu'il soit « consommant », c'est-à-dire qu'il ait consommé au moins un soin de santé. Cela supprime donc 60 % des « non-vaccinés non testés ». Cette hypothèse n'est absolument pas « large », mais bien « minimale » pour

les « non-vaccinés non testés ». Il convient de rappeler aux statisticiens de la DREES que, précisément, les « non-vaccinés non testés » sont des gens qui n'avaient pas le droit de se rendre à l'hôpital et ont été stigmatisés par la stratégie gouvernementale sur la base des chiffres produits par la DREES. Il est tout à fait normal qu'un grand nombre d'entre eux n'ait consommé aucun soin de santé pendant toute la période !

Les auteurs montrent ensuite que leurs nouveaux totaux permettent de rapprocher leur population totale de la population résidente Insee, mais que de gros problèmes persistent par âge : il y a toujours bien trop de jeunes en double et plus assez de personnes âgées !

L'explication est simple : les doublons ne viennent pas que des « non-vaccinés non testés », mais au moins pour partie des « vaccinés », comme nous l'avons expliqué plus haut. Les corrections proposées continuent donc de surestimer le nombre de vaccinés et de sous-estimer le nombre de non vaccinés. C'est bien pratique.

En conclusion, cette analyse de la DREES finit de démontrer que toutes les statistiques diffusées sur le nombre de vaccinés et l'efficacité vaccinale ont toujours été du grand n'importe quoi. Les non-vaccinés sont probablement deux fois plus nombreux que ce qu'a jamais voulu admettre le ministère de la Santé. En conséquence, toutes les statistiques affirmant qu'il y avait une surreprésentation de non-vaccinés à l'hôpital par rapport à la population générale, même pour les malades estampillés Covid-19, sont complètement fausses. Nous continuons de demander l'accès à toutes les données du ministère de la Santé par des chercheurs indépendants de façon à, enfin, faire une vraie analyse sur ce

qui s'est vraiment passé. Il va sans dire que personne au gouvernement ni au ministère n'en a vraiment intérêt pour sa carrière.

8. De nombreux signes d'une mortalité post-vaccinale



**a. Le pic de mortalité d'octobre 2020
en pleine période de vaccination antigrippale**

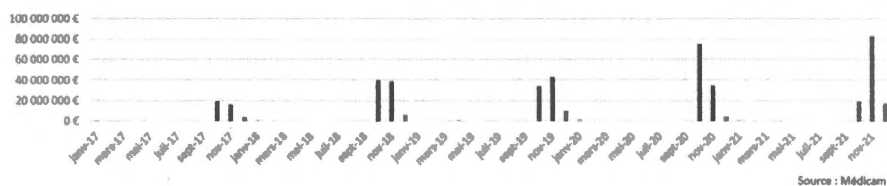
De nombreux pays européens présentent une mortalité saisonnière forte et précoce dès octobre 2020. Seuls quelques pays échappent à cette hausse des décès : Chypre, Malte, le Danemark, l'Islande, la Norvège et la Finlande. Pour les pays concernés cependant, la hausse de mortalité est simultanée, rendant, je le répète, impossible la seule cause d'un unique virus se propageant de pays en pays en Europe. De surcroît, la généralisation du port du masque, les gestes barrière, les fermetures de nombreux lieux publics, les jauges de publics dans les commerces, la profusion de gel hydroalcoolique et encore la diffusion du télétravail, n'ont absolument pas empêché la mortalité hivernale d'être aux mêmes niveaux, voire légèrement supérieure, à ce qui est observé d'habitude. Indice supplémentaire qu'elle n'est pas liée à un phénomène de propagation. En revanche, la mortalité est bien trop précoce au regard de la vague de froid (Figure 75, page 216).

Pourquoi, fin 2020, les habitants d'une majorité de pays européens semblent en moins bonne santé que les autres années ? Les périodes de stress traversées dans l'année et

le manque de sorties peuvent avoir affaibli les défenses immunitaires... On note toutefois qu'en France, comme dans une grande partie des pays européens, une très vaste campagne de vaccination antigrippale a eu lieu à partir d'octobre 2020. Le taux de couverture vaccinale a gagné presque 10 points par rapport aux années précédentes¹.

La campagne de vaccinale antigrippale arrive toujours tardivement dans l'année, concomitamment à la hausse de mortalité hivernale (Figure 109).

Figure 109 – Base remboursable des vaccins antigrippaux distribués en pharmacies de ville



Des débats existent sur l'utilité réelle du vaccin contre la grippe vis-à-vis de la mortalité hivernale, même chez les plus ardents défenseurs de la vaccination. Rappelons que ce vaccin n'est pas conçu comme les autres. Il mélange plusieurs souches de « virus grippaux » comme l'OMS le préconise. Au moment où cette organisation se prononce, aucune certitude n'existe sur les souches qui seront identifiées par les laboratoires pendant l'hiver. Il s'agit d'un pari. Certains pays comme la Norvège ou la Finlande en distribuent moins que d'autres, en particulier depuis le scandale

1. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-regionales-de-couverture-vaccinale-grippe-par-saison-et-dans-chaque-groupe-d-age>

de la campagne vaccinale contre le virus H1N1 (voir chapitre 9). Pour autant, ces deux pays ne semblent pas connaître de pics de mortalités hivernales ces dernières années, au contraire.

On observe ainsi un fort contraste entre la Finlande (Figure 110) et l'Italie (Figure 111).

Les données sur les vaccins antigrippaux distribués en France ne sont disponibles que mensuellement, ce qui ne permet pas un rapprochement de qualité avec le nombre des décès. Quand on s'intéresse à la population des plus de 60 ans en France, la plus vaccinée contre la grippe du fait de la gratuité, l'évolution hebdomadaire du nombre de vaccins qui leur sont distribués (estimation par lissage des données mensuelles) précède de peu celle du nombre des décès, toutes causes confondues. Et cela, chaque hiver (Figure 112).

Figure 110 – Décès hebdomadaires en Finlande standardisés selon 2020

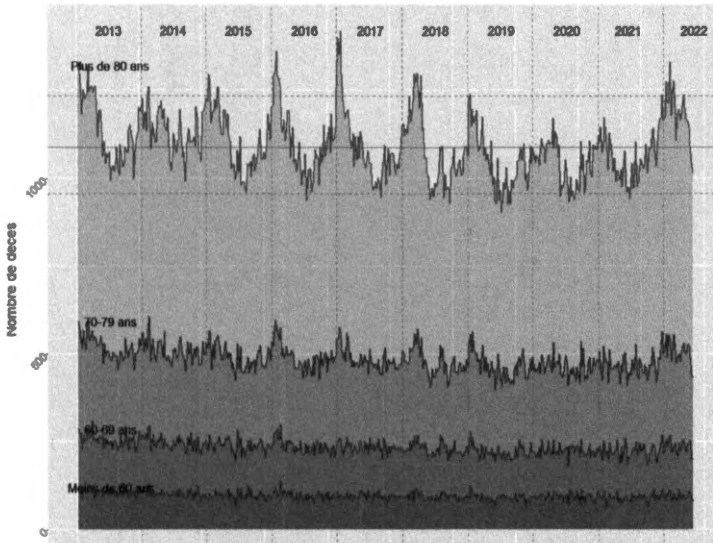


Figure 111 – Décès hebdomadaires en Italie standardisés selon 2020

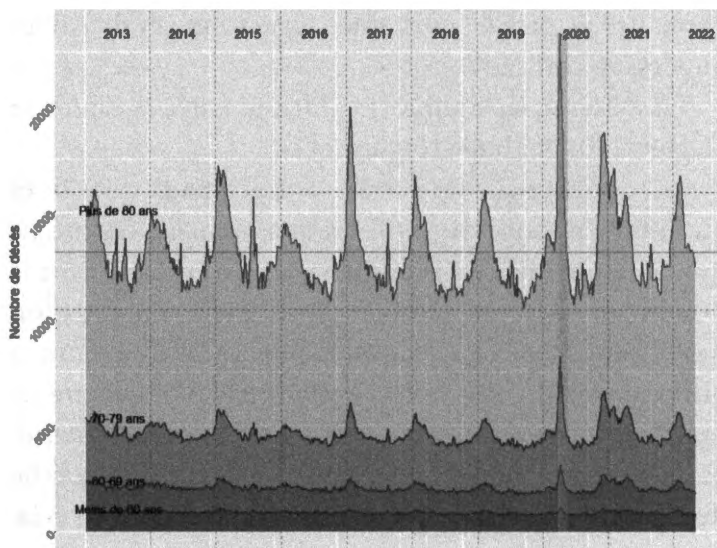
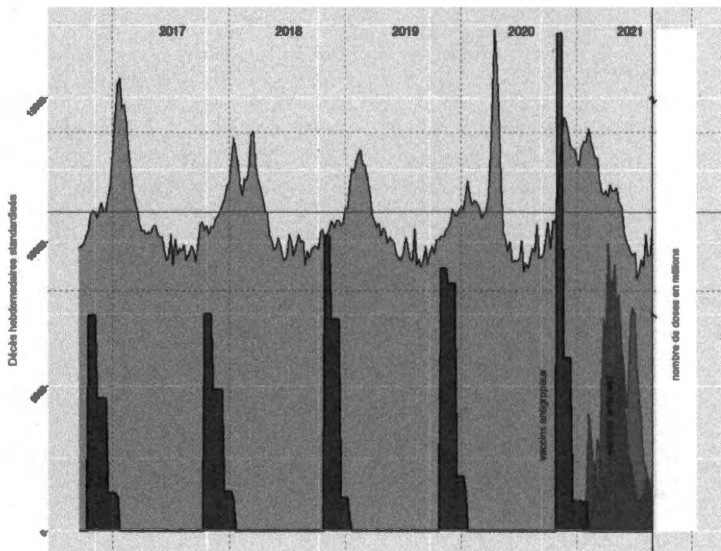


Figure 112 – Décès hebdomadaires en France standardisés selon 2020 en nombre de vaccins distribués



La hausse soudaine des décès en octobre 2020 comparativement aux années précédentes ressemble à ce qui s'est passé les années précédentes (dates et proportions), mais en plus important. Même si corrélation n'est pas causalité, les soupçons d'une relation entre le vaccin et la hausse de mortalité devraient inciter à mener des recherches poussées. Il serait nécessaire de comparer depuis 2015 les dates de décès des individus à leurs dates de vaccinations : un lien statistique existe-t-il entre ces deux dates ? Les données précises et nominatives des décès de tous les Français sont publiques et disponibles en ligne. Les chercheurs disposant des droits d'accès aux données de vaccinations devraient pouvoir faire le rapprochement. Cette recherche est simple à faire, elle permettrait de lever les doutes si ceux-ci sont infondés. Il est d'ailleurs troublant de ne trouver aucune étude de ce type pour aucune vaccination, même infantile. D'autant que les taux de mortalité sont plus élevés en début de vie jusqu'à 5 ans que pour la suite de l'enfance.

Les liens entre vaccinations et augmentation du nombre de malades ont déjà fait l'objet d'études. Une étude de l'américain Greg Wolff publiée en janvier 2020¹ montre des liens statistiques entre la vaccination antigrippale et une augmentation du nombre de malades d'autres pathologies, en particulier les fameux rhumes, pour lesquels les recherches de séquences virales montrent la présence de séquences apparentées à des coronavirus.

Quand on se rappelle que pendant l'hiver 2019-2020, la mortalité attribuée à la grippe est proche de zéro, il est

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7126676/>

curieux de lancer en octobre 2020 une campagne de vaccination d'une ampleur jamais égalée contre une maladie qui ne fait apparemment plus de morts ! Les impacts du seul effet nocebo¹ devraient engendrer un débat contradictoire sur l'opportunité d'une opération à grande échelle concernant la grippe dans un contexte de « guerre » affichée contre « un » coronavirus. L'effet nocebo est le pendant de l'effet placebo mais en négatif : le patient craint de subir des effets indésirables du traitement reçu. Dans le cas du vaccin contre la grippe, étant donné que chaque personne vaccinée a (en principe) été prévenue des effets indésirables et que les notices des vaccins prévenant de l'ensemble de ces effets ainsi que de leur (haute) fréquence sont disponibles sur le *Vidal*² en ligne, cet effet peut bien sûr exister.

Nous avons vu précédemment qu'il y a eu fin 2020 un sous-recours aux antibiotiques et un sur-recours aux solutions palliatives comme le Rivotril et le Valium. Comme au printemps 2020, toute la hausse de la mortalité sur la période hivernale, à l'hôpital comme en Ehpad, a été attribuée à la Covid-19. À partir du moment où l'on a commencé à enregistrer et à comptabiliser les événements hospitaliers liés à la Covid-19, les syndromes grippaux ont disparu des statistiques, comme en témoigne le Réseau Sentinelles (Figure 48, page 147).

L'augmentation nette de la mortalité à partir d'octobre provient-elle, comme relayé par la presse, d'un seul virus qui se répand ? Ou bien est-elle le résultat de la combinaison

1. <https://pharmacomedicale.org/66-pharmacologie/medicaments-alternatifs/placebo/161-toxicite-effet-nocebo>

2. <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/vaxigriptetra-79276.html>

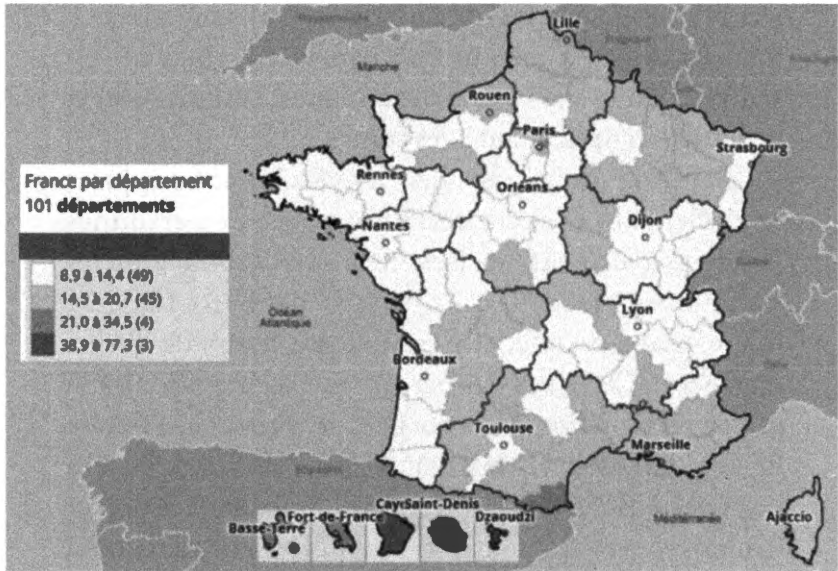
de trois facteurs : dégradation cyclique de l'état de santé des plus âgés, mesures favorisant la survenue précoce de maladies hivernales jusqu'ici appelées « rhumes » ou « gripes » (dont la fameuse vaccination antigrippale) et dégradation de la qualité des soins ?

D'après le Vidal, inoculer des vaccins antigrippaux va déclencher chez un certain nombre de personnes âgées des maladies (appelées effets indésirables) dont les symptômes évoquent ceux de la « Covid-19 » (fatigue, fièvre, maux de tête, et parfois toux, maux de gorge, diarrhées). Certaines des personnes vaccinées contre la grippe présenteront des séquences de coronavirus (étude de G Wolff citée ci-dessus), elles seront donc testées positives à la Covid. Contrairement aux années précédentes, ces personnes ne recevront pas les soins habituels, que ce soit en médecine générale ou à l'hôpital, elles n'auront pas de traitement antibiotique, puisque « ça ne se soigne pas »... Beaucoup entreront directement en soins palliatifs. Ce protocole a déjà montré ses résultats en mars 2020, ceux d'octobre n'ont pas de raison d'être différents. La nouvelle hausse de mortalité est, comme la précédente, surtout due à la panique et au refus de soin.

D'un département à l'autre, entre voisins, les disparités sont très fortes. Dans les départements « riches », là où les populations sont réputées accepter massivement la vaccination, les hausses de mortalité sont élevées, alors que dans d'autres, plus pauvres, on ne les trouve pas¹ (Figure 113 et suivantes).

1. <https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-1292436,6661347,3076994,1619645&c=indicator&ci=filosofi.tp60&cs=2018&view=map2>

Figure 113 – Taux de pauvreté par département



Par exemple en Île-de-France: absence totale de surmortalité en octobre-novembre pour les personnes de plus de 90 ans en Seine-Saint-Denis (Figure 114), au contraire de la Seine-et-Marne (Figure 115).

Doit-on s'étonner d'observer là encore une augmentation de la mortalité si la stratégie choisie est :

- d'organiser des injections de masse qui vont fatiguer les patients, en particulier les plus âgés, juste avant les périodes hivernales d'augmentation de mortalité ;
- de considérer que toute infection respiratoire aiguë provient du virus de la Covid-19 ;
- d'affirmer qu'il n'existe pas de traitement et d'interdire la prescription des antibiotiques ;
- d'utiliser des palliatifs qui vont raccourcir la vie des patients malades.

Figure 114 – Taux de mortalité des 90 ans et plus observé et prévu avec la température pour la Seine-Saint-Denis

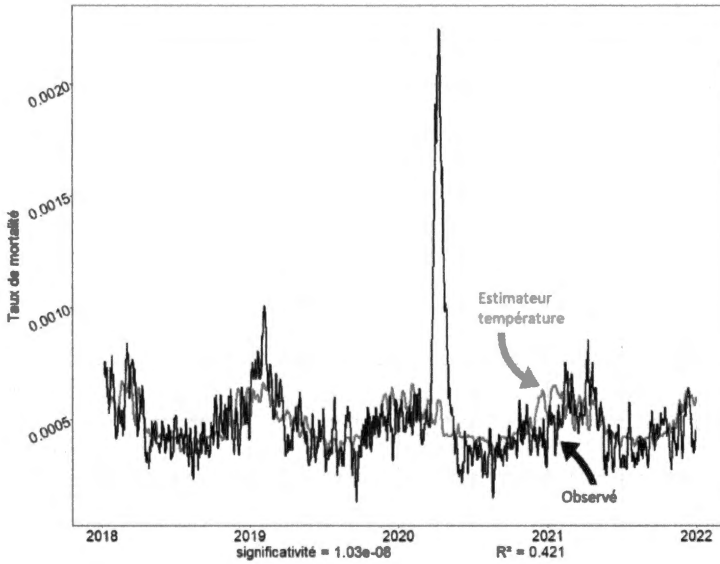
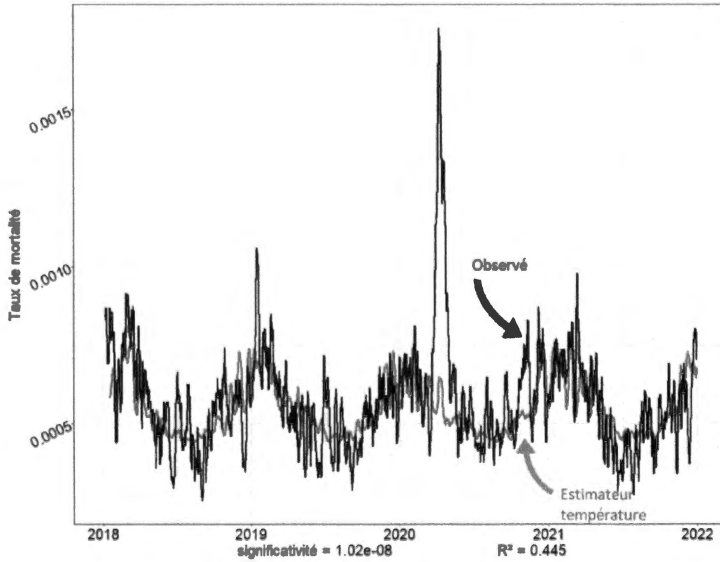


Figure 115 – Taux de mortalité des 90 ans et plus observé et prévu avec la température pour la Seine-et-Marne



b. La pharmacovigilance est alarmante depuis le début des injections

Le 24 juin 2021, la revue *Vaccines* a publié un article intitulé *The Safety of COVID-19 Vaccinations—We Should Rethink the Policy* de Harald Walach, Rainer J. Klement et Wouter Aukema¹, chercheurs néerlandais.

Cet article a été rétracté le 2 juillet 2021 suite aux nombreuses polémiques qu'il a déclenchées. Celles-ci portaient sur la méthodologie utilisée et sur les données. Je ne peux que m'émouvoir de la pression énorme s'exerçant sur des articles scientifiques qui remettent en question la politique actuelle, alors que d'autres articles combinant données médiocres et méthodologie non scientifique jouissent d'une complaisance totale du moment que leurs conclusions confortent le discours admis par une majorité.

Pour étudier la possible dangerosité des vaccins, l'étude de Walach *et al.* utilise en effet des données que nous allons discuter. Elle se réfère également aux résultats de l'étude de Dagan *et al.* concernant leur possible efficacité (étude dont nous avons vu les nombreux biais au chapitre 7). L'idée de ce travail est bien évidemment de mettre face à face les deux résultats pour tenter d'évaluer si le bénéfice de la vaccination est supérieur au risque. Lorsqu'on lance une politique de si grande ampleur, il convient normalement d'apporter des preuves suffisantes que le nombre de vies malheureusement perdues sera bien inférieur à celui des vies sauvées. L'étude néerlandaise conclut que le nombre de vies sauvées pour 100 000 vaccinés paraît bien

1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34202529/>

faible alors même que le celui des remontées de pharmacovigilance pour 100 000 vaccinés est non négligeable. Ainsi, dès le début de la campagne vaccinale et malgré la surestimation manifeste des vies sauvées, les auteurs concluent que la balance bénéfice-risque ne justifie pas une vaccination générale.

**Les vies perdues à la suite de la politique vaccinale :
le manque criant d'organisation
pour une remontée efficace des données**

Les effets indésirables des interventions médicamenteuses sont répertoriés au niveau européen et disponibles sur EudraVigilance¹. Les rubriques concernant les vaccins contre la Covid-19 sont disponibles à la lettre C pour Covid-19. Des remontées existent depuis le début des injections pour Moderna, Pfizer, AstraZeneca et Janssen. Les données Novavax arrivent depuis avril 2022.

La première plus-value de l'analyse de Walach *et al.* est d'alerter sur la mauvaise remontée des données de pharmacovigilance concernant ces vaccins. Il y a (ici en date du 4 juillet 2021) d'énormes différences par pays, non liées à la taille des populations (Figure 116).

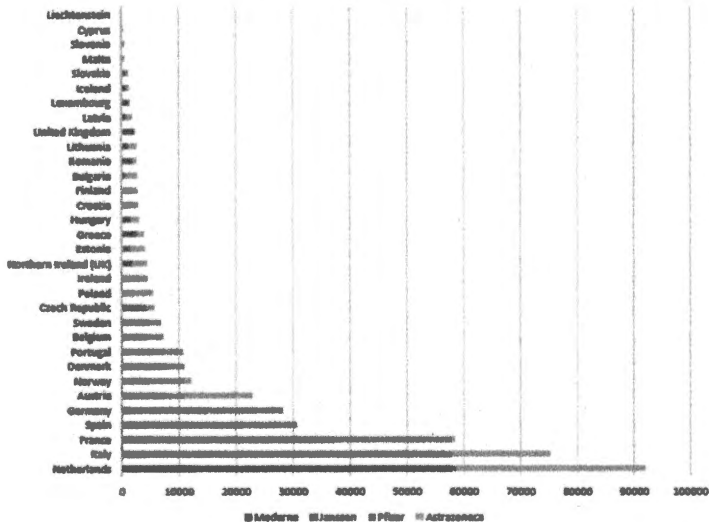
Comme le souligne l'étude, il serait invraisemblable de conclure à une sensibilité particulière des Néerlandais à la vaccination. Le plus probable est bien évidemment que les remontées sont très inégales selon les pays.

De façon générale, la pharmacovigilance ne permet pas de suivre correctement les liens entre l'administration

1. <http://www.adrreports.eu/>

Figure 116 – Nombre de remontées de pharmacovigilance au 4 juillet 2021 par pays

Pays	Moderna	Janssen	Pfizer	Astrazeneca	total
Netherlands	12919	8072	36960	34032	91983
Italy	4055	832	51720	18594	75201
France	5649	225	31424	21152	58450
Spain	4389	637	16191	9415	30632
Germany	1446	274	13114	13427	28261
Austria	884	39	6758	15239	22920
Norway	744	0	4294	7169	12207
Denmark	1145	339	6338	3210	11032
Portugal	657	225	5792	4091	10765
Belgium	623	234	3527	2917	7301
Sweden	703	0	4160	2047	6910
Czech Republic	543	7	3726	1446	5722
Poland	34	477	1587	3408	5506
Ireland	154	8	2913	1481	4556
Northern Ireland	4	0	1850	2608	4462
Estonia	166	80	1364	2517	4127
Greece	144	48	2487	1221	3900
Hungary	97	17	1543	1427	3084
Croatia	213	16	1609	1124	2962
Finland	121	0	1731	930	2782
Bulgaria	190	0	544	2003	2737
Romania	149	23	1923	623	2718
Lithuania	192	7	1157	1355	2711
United Kingdom	0	0	2295	0	2295
Latvia	182	27	686	998	1893
Luxembourg	52	17	1264	213	1546
Iceland	267	85	524	549	1425
Slovakia	22	15	807	402	1246
Malta	12	7	153	438	610
Slovenia	28	0	413	151	592
Cyprus	12	5	245	96	358
Liechtenstein	0	0	5	0	5



d'un produit et la mortalité qui suivrait. En premier lieu, la pharmacovigilance est organisée de manière passive : les institutions attendent que des individus (patients, professionnels de santé...) leur notifient les cas (pharmacovigilance de l'État ou du fabricant). Il est cependant notoire que cette attente passive fonctionne mal et que les remontées sont bien plus rares que les cas d'effets indésirables, c'est ce qu'on appelle la sous-notification. Les études sur le sujet¹ estiment que seulement entre 1 % et 10 % des événements indésirables sont rapportés, donc qu'entre 90 % et 99 % ne le sont jamais.

En outre, la méthode d'imputabilité² utilisée ne permet pas de lier le décès à l'administration d'un vaccin. Cette méthode s'appuie sur le principe « *Challenge - Déchallenge - Rechallenge* ». Ainsi, un effet devient identifié entre un produit et un événement indésirable, lorsque l'événement est arrivé après la prise du produit (par exemple une éruption cutanée), puis que l'événement s'est arrêté après l'arrêt de la prise du produit (fin de l'éruption cutanée) et qu'enfin l'événement est revenu après la reprise du produit (nouvelle éruption cutanée). Dans le cas présent, un décès d'un jeune de moins de 40 suite à l'administration de la première dose de vaccin ne pourra entrer que dans la case « Challenge ». Il n'est pas possible de réveiller un mort pour lui administrer une seconde dose et vérifier qu'il décède de nouveau. Selon cette méthode, un décès serait donc codifié comme peu probant.

On peut également s'étonner que sur les 665 525 remontées de pharmacovigilance sur les vaccins Covid-19,

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4368609/>

2. https://pharmacomedicale.org/images/desc2016/Methodes_dimputabilite_-_DES_Pharmaco_Med_-_24112016.pdf

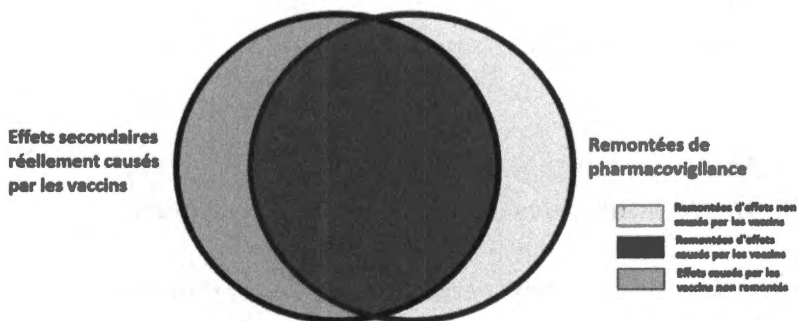
seules 266 221 (soit 40 %) soient le fait de professionnels de santé. Ainsi, l'essentiel de la remontée des effets indésirables repose sur les patients qui doivent effectuer la démarche prévue, fastidieuse et complexe. Cela illustre la mauvaise organisation de ce suivi et, par voie de conséquence, une partie de l'énorme sous-notification. D'ailleurs, il semble illusoire de penser que des désagréments mineurs pour des personnes en bonne santé (comme une fatigue intense) soient correctement suivis alors que pour des patients âgés et affaiblis, ils peuvent avoir des conséquences dramatiques. Notons que si les professionnels de santé ne déclarent pas un décès survenu peu de temps après la prise d'un médicament, il y a peu de chance que le patient le fasse lui-même ! La famille pourrait le faire... Peu en ont l'énergie dans le chagrin qui les accable.

Le suivi de la pharmacovigilance est donc un aperçu de la situation qui ne peut en aucun cas couvrir le champ complet des effets indésirables. Il paraît donc légitime et logique de tenter de comprendre ce qui se passe en étudiant les données d'un pays pour laquelle l'organisation des remontées d'effets indésirables fonctionne le mieux : les Pays-Bas.

Cette étude n'est évidemment pas parfaite puisque les remontées de pharmacovigilance ne correspondent pas exactement aux effets indésirables réellement imputables aux vaccins (Figure 117). Nous savons qu'il manque énormément de remontées et à l'inverse, nous savons que certaines remontées n'ont pas de rapport avec le vaccin. Nous pouvons schématiser ces écarts.

L'étude utilise les données de pharmacovigilance (rond pâle), non pas en les confondant avec les effets indésirables réellement causés par les vaccins (rond foncé), mais bien

Figure 117 – Schématisation de la différence entre remontée des effets et effets réels



parce qu'il s'agit des seules données connues. Nous avons détaillé le manque de remontées plus haut (partie claire à gauche), et nous savons qu'il existe des effets remontés sans rapport avec le vaccin, que nous appellerons sur-notification (partie claire à droite). Les experts qui suivent la pharmacovigilance ont pour mission de limiter la sur-notification en vérifiant chaque déclaration. Cette partie est donc limitée. À l'inverse, aucun effort n'est mis en œuvre pour récupérer de manière proactive la sous-notification. Par construction, l'étude des données de pharmacovigilance conduira plus probablement à une sous-estimation qu'à une surestimation des effets indésirables.

Nous ne pouvons que déplorer la rigidité de l'outil mis à disposition par Eudravigilance. Tous les tableaux et graphiques sont figés, il est impossible pour l'utilisateur de choisir ses croisements pour réaliser des analyses. Étant donné que cette possibilité ne pose aujourd'hui aucun souci technique, il s'agit là d'un choix délibéré. La qualité des analyses est donc limitée par l'outil et loin de ce qui

devrait être exploitable. Il serait pourtant nécessaire de chercher si les différences observées entre pays, types de vaccins, âge, catégorie d'effet secondaire ou autres, sont liées entre elles ou indépendantes.

Aux Pays-Bas une remontée des données venue des citoyens

Le site du Lareb¹ permet de suivre les remontées de pharmacovigilance des Pays-Bas. On constate d'emblée que si ce pays a autant de remontées de pharmacovigilance c'est grâce aux patients et pas aux professionnels de santé : plus de 90 % d'entre elles proviennent des patients. La seule manière de suivre les effets indésirables d'un médicament est donc d'impliquer tous les citoyens dans cette démarche et pas de compter sur une organisation centrale qui semble se défausser de cette responsabilité.

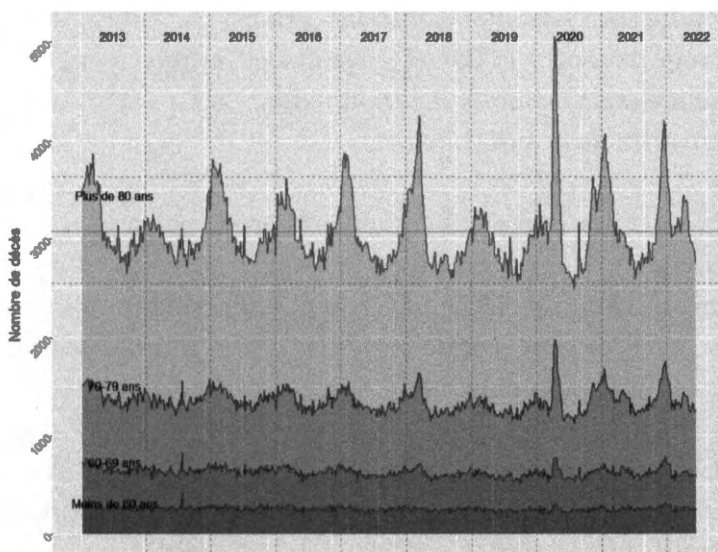
Comme vu plus haut, ce ratio de 90 % de remontée des patients laisse planer le doute sur le fait d'avoir l'exhaustivité des cas suspects, en particulier des décès.

Au 4 juillet 2021, le nombre de décès remontés aux Pays-Bas est de 409 pour 13,4 millions de vaccins distribués, soit 3,05 décès pour 100 000 doses. Ce ratio est inférieur à celui cité dans l'article de Walach *et al.* En effet, d'une part la vaccination a, au fil du temps, de plus en plus concerné les jeunes, dont la probabilité de décès est très faible. D'autre part, les nouvelles vaccinations arrivent à la fin du printemps, période où la mortalité diminue.

1. <https://www.lareb.nl/coronameldingen>

En Hollande, le nombre de décès toutes causes des personnes de plus de 65 ans a légèrement augmenté à partir du mois de mars 2021, au moment de l'intensification de la campagne vaccinale (Figure 118). Ce rebond est peu visible pour les plus de 80 ans, très sensibles aux hausses de mortalité hivernale, mais il est important pour la tranche d'âge entre 70 et 79 ans. Il existe donc bien un lien statistique entre la campagne vaccinale et la hausse des décès. L'étude des remontées de pharmacovigilance est légitime pour qualifier ce lien.

Figure 118 – Décès hebdomadaires standardisés des Pays-Bas



Du fait des biais que nous avons présentés plus haut, le ratio de 3 décès pour 100 000 vaccinations n'est pas l'exacte réalité, mais juste la meilleure approximation dont nous disposons aujourd'hui. Ce ratio était de 4 pour 100 000 dans l'étude de Walach *et al.* lorsque la période

hivernale et le nombre de personnes âgées pesaient plus fortement. Depuis le début de la campagne vaccinale, l'alerte concernant les cas de décès a été donnée, sans aucune autre conséquence que la censure. Et cela, contrairement à ce qui a lieu habituellement : dans l'histoire récente des campagnes de vaccination, plusieurs produits ont été retirés après le signalement d'un nombre bien plus faible d'effets secondaires (détaillés plus loin).

Toutes les données de pharmacovigilance
sont catastrophiques

*Partie co-écrite avec Catherine Teilhet,
programmeur PL/SQL et Système de Gestion
de Bases de Données Relationnelles,
retraitée de la Ville de Paris*

Le tableau des effets secondaires dressé par la pharmacovigilance européenne n'a fait qu'empirer au fur et à mesure du temps. Malgré la réticence de nombreux professionnels de santé à faire remonter les effets indésirables, les chiffres sont énormes.

En France, des enquêtes périodiques sont réalisées sur la base des déclarations à l'ANSM. Au 9 juin 2022, plus de 107 000 effets indésirables ont été remontés pour le seul vaccin Pfizer¹. Plus de 27 000 sont considérés graves et 1 500 ont été suivis du décès du patient. L'ANSM communique d'ailleurs des informations parcellaires, morcelées et sans accès direct aux données officielles. Le travail

1. <https://ansm.sante.fr/uploads/2022/06/30/20220414-enquete-pv-vaccin-pfizer-analyse-periodique-3.pdf>

d'enquête par des chercheurs indépendants est impossible à ce jour.

En Europe, plus de 300 000 effets post-vaccinaux ont été rapportés depuis le début de la campagne vaccinale jusqu'au 17 juin 2022, dont 28 000 cas de décès (Figure 119). L'European Medicines Agency (EMA, ou Agence européenne du médicament) communique des informations plus détaillées, et surtout donne accès aux données sources, bien que celles-ci soient incomplètes (il manque, par exemple, les dates de vaccination et de décès qui permettraient de calculer le délai de survenue de l'effet indésirable; les numéros de lots ne sont pas mentionnés non plus).

Figure 119 – Pharmacovigilance européenne au 17/06/2022

Étiquettes de lignes	Healthcare Professional	Non Healthcare Professional	Total
Amenorrhoea	800	13 818	14 618
Blindness	949	2 303	3 252
Cancer	729	2 372	3 101
Cardiac failure	2 058	2 480	4 538
Guillain-Barre	2 140	2 262	4 402
Multiple sclerosis relapse	187	627	814
Myocarditis	6 367	12 021	18 388
Pericarditis	5 373	10 916	16 289
Pulmonary embolism	9 729	8 000	17 729
Thrombosis	16 734	20 636	37 370
Vaccination failure	27 252	125 123	152 375
Abortion spontaneous	787	2 367	3 154
Foetal death	120	153	273
Fatal - Results in Death	15 445	13 388	28 833
Total général	88 670	216 466	305 136

On note un phénomène étrange depuis le début de ces recherches concernant les effets indésirables de la vaccination Covid en Europe (soit sur dix mois environ) : plus de cinq mille cas de « lazarusme » ont été constatés. Concrètement, ces patients ont été déclarés décédés des

suites de la vaccination, puis ont disparu des effectifs. Certains, moins d'un millier, sont ensuite réapparus dans les effectifs des décès. Il est singulièrement difficile de croire qu'autant d'erreurs puissent avoir eu lieu lors de la saisie de déclarations d'effets indésirables gravissimes (véritable parcours du combattant pour le déclarant), d'autant que pour les décès, ce sont un peu plus souvent les professionnels de santé qui déclarent.

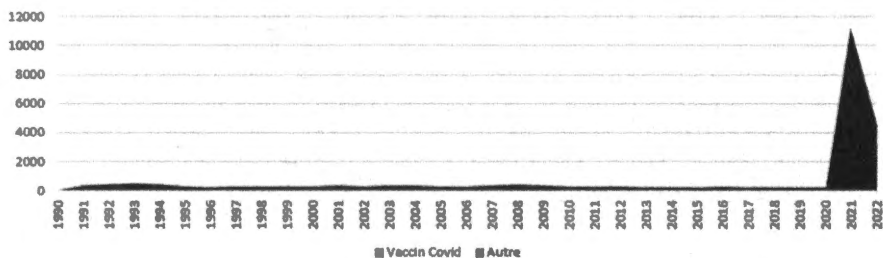
Aux États-Unis, la situation est la même. Le *Vaccine Adverse Event Reporting System* (VAERS) propose de consulter de manière très transparente tous les effets indésirables remontés à la pharmacovigilance pour tous les vaccins depuis 1990¹. **En 30 ans de vaccinations hors vaccins Covid-19, 11 000 événements post-vaccinaux avec décès du patient ont été remontés à la pharmacovigilance américaine... En seulement deux ans et pour les seuls vaccins Covid-19, 16 000 événements post-vaccinaux avec décès du patient sont déjà remontés (Figure 120).** Ces événements ont concerné 11 500 personnes décédées (la pharmacovigilance comptabilise les effets, chaque patient pouvant présenter plusieurs effets, il importe de compter aussi le nombre de personnes concernées). Le silence autour de ces chiffres faramineux laisse pantois.

Deux précédentes campagnes de vaccination ont été arrêtées bien avant d'atteindre les chiffres vertigineux des effets indésirables de la vaccination Covid :

- du 1^{er} octobre au 16 décembre 1976, 48 millions d'Américains ont été vaccinés contre le virus A (grippe porcine, H1N1), sous la présidence de Gerald Ford;

1. <https://vaers.hhs.gov/>

Figure 120 – Nombre d'événements suivis du décès d'un patient déclarés chaque année à la pharmacovigilance des vaccins aux États-Unis



cette campagne de vaccination a été abandonnée au bout de trois mois après 532 syndromes de Guillain-Barré et 25 décès¹ ;

- en 2019, le gouvernement des Philippines a mis fin à la vaccination contre la dengue par le produit Dengvaxia de Sanofi après le décès de 14 patients sur près d'un million d'injections en deux ans².

Par comparaison, en un an et demi de vaccination Covid-19, nous approchons des 40 000 décès officiellement annoncés sur l'ensemble Europe et États-Unis. Jusqu'alors, quelques dizaines de décès suffisaient à stopper une campagne de vaccination.

Et rappelons-nous les coefficients multiplicateurs à appliquer pour approcher la réalité. Selon la déclaration de Berlin sur la pharmacovigilance, seuls 2 à 5 % des effets

1. <https://www.nouvelobs.com/monde/20090428.OBS4965/1976-la-grippe-porcine-terrorise-les-etats-unis.html>

2. https://www.lemonde.fr/international/article/2019/03/01/vaccin-contre-la-dengue-six-responsables-de-sanofi-vont-etre-inculpés-aux-philippines_5429958_3210.html

indésirables sont réellement déclarés¹ ; selon le LEEM (Les entreprises du médicament), la proportion est de 5 à 10 %².

Ainsi, même en ne retenant que les trois quarts des décès enregistrés, soit 30 000, pour tenir compte d'éventuelles erreurs d'imputabilité et donc des « sur-déclarations », en appliquant le taux de déclaration le plus favorable aux vaccins, celui cité par les entreprises du médicament de 10 %, nous obtenons le nombre colossal de 300 000 décès.

c. Israël, pays précurseur des injections de masse, montre très vite une hausse de mortalité des jeunes

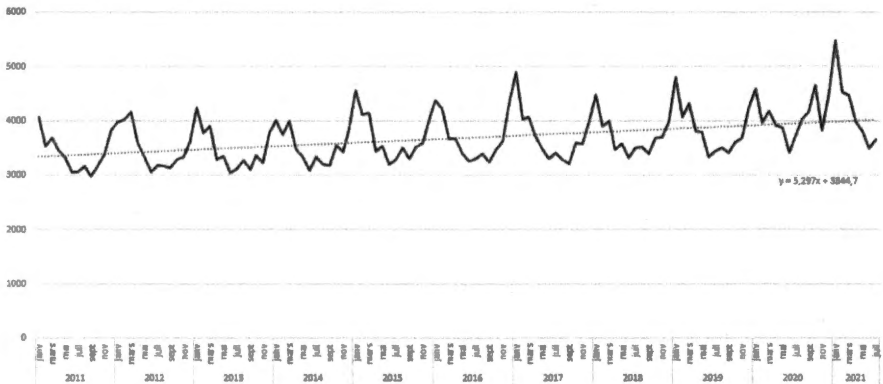
Pendant l'été 2021, j'ai été contacté par le Dr A. Henrion-Caude et le Dr S. Ohana dans le cadre d'une étude sur la mortalité en Israël où il est très vite apparu des indices inquiétants de surmortalité chez les jeunes. Nous avons échangé sur les méthodes statistiques permettant de comparer la mortalité sur longue période et notamment les décès standardisés par âge. Leur objectif était de publier rapidement une étude pour alerter les autorités. Leur étude³, comme toutes celles en désaccord avec la propagande pro-vaccinale, a été censurée par l'hébergeur habituel du Dr Ohana, elle n'a jamais pu être publiée. En septembre 2021, j'ai alors écrit un article sous pseudonyme en reprenant toutes les données israéliennes et en refaisant les calculs pour tenter d'alerter en France. Mon article est paru dans *France-Soir* et n'a déclenché comme seule

1. <https://www.prescrire.org/Docu/Archive/docus/Berlin%20Declaration%20FR.pdf>

2. <https://www.leem.org/sites/default/files/pharmacovigilance.PDF>

3. <https://steve-ohana.medium.com/young-adult-mortality-in-israel-during-the-covid-19-crisis-ff7456cff74f>

Figure 121 – Nombre de décès mensuels en Israël



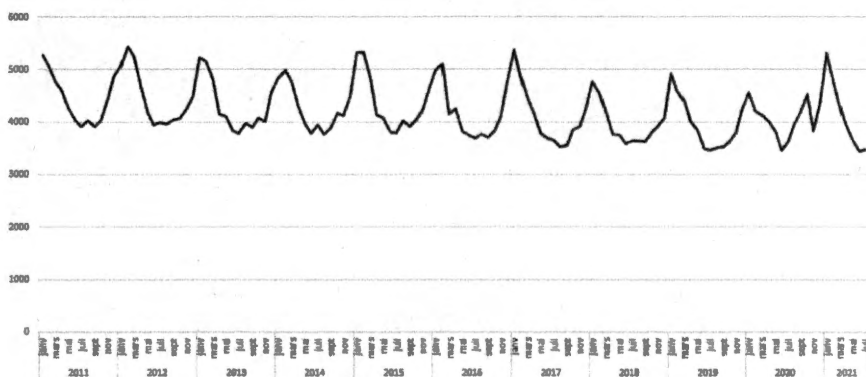
réaction qu'un nouveau « *fact checking* » écrit par un petit média internet spécialisé dans le dénigrement. Pour écrire cet article, j'ai téléchargé les données disponibles en ligne sur l'office statistique israélien et tous mes calculs et graphiques sont consultables¹.

Aucune justification possible des mesures sanitaires en Israël non plus

Comme l'écrasante majorité des pays occidentaux, Israël voit sa population augmenter régulièrement et vieillir. Ainsi, début 2011, environ 3 300 personnes décédaient chaque mois. Cette moyenne a augmenté régulièrement pour atteindre plus de 4 000 décès mensuels mi-2021. Plus de 85 % de ces décès concernent des personnes de plus de 60 ans (Figure 121). Étant donné que je cherche à mesurer

1. https://docs.google.com/spreadsheets/d/1UpWyUwtVxIHnNXdo3OdNg_Fpl34wd19DH3fVhp1Dk-I/edit?usp=sharing

**Figure 122 – Décès en Israël standardisés par âge,
en population du 1^{er} janvier 2021**



les impacts de la maladie Covid-19 et de la campagne de vaccination, tous les décès du 30 avril 2021 sont retirés de l'analyse de façon à ne pas inclure ceux de la tragédie de Méron¹.

Si l'on corrige l'évolution de la mortalité par celle de la population et de la pyramide des âges (calcul de décès standardisés), la situation récente d'Israël, du point de vue de la mortalité est tout à fait normale (Figure 122).

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

Comme tous les autres pays de l'hémisphère Nord, Israël connaît plus de décès pendant l'hiver. Les hausses hivernales de mortalité des pays de l'hémisphère nord ont

1. https://fr.wikipedia.org/wiki/Bousculade_du_mont_M%C3%A9ron

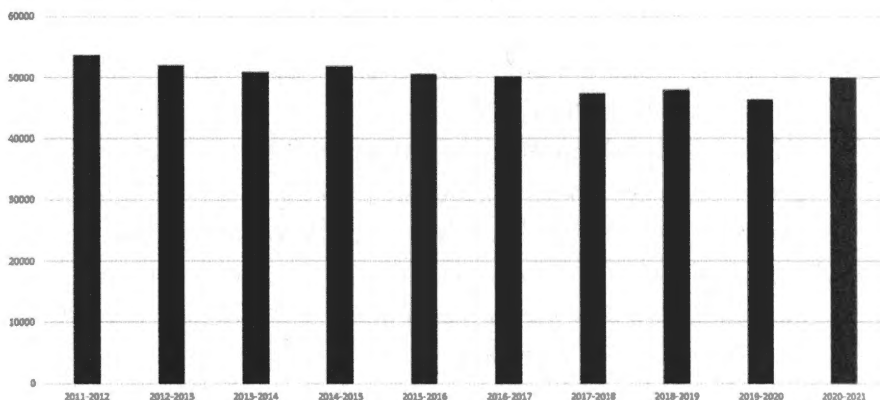
lieu en même temps et ne concernent que les personnes de plus de 50 ans, pas les jeunes. La mortalité des personnes jeunes n'est pas constante, elle est tellement faible que le moindre événement peut la faire varier. À l'inverse, la mortalité des plus anciens est nettement plus importante, stabilisant les statistiques. Leur forte mortalité hivernale est nettement visible et bien supérieure à tous les impacts extérieurs.

Nos analyses par âge des statistiques israéliennes ne concernent que les personnes de plus de 19 ans. D'une part, parce que début 2021, les moins de 19 ans ont reçu peu d'injections, d'autre part et surtout, parce que la mortalité des 0-19 ans est avant tout conditionnée par celle des bébés dans leur première année de vie (0 an). Dans tous les pays développés, la mortalité des nourrissons est de loin la plus élevée jusqu'à ce que celle des âges avancés la dépasse, c'est le nombre de naissances qui influe sur la mortalité de cette toute première tranche d'âge, bien plus que tout événement extérieur... Et nous ne disposons pas de statistiques par âge distinguant les «0 an» des autres âges avant 19 ans.

Je rappelle que l'on ne constate pas de «déplacement» (vague) de la surmortalité hivernale (chapitre 5). L'augmentation du nombre des décès l'hiver ne provient pas de quelque chose qui se transmettrait de proche en proche à l'échelle de la planète. Les hausses de mortalité suédoise, portugaise ou israélienne sont simultanées. Selon les années, la surmortalité hivernale dans l'hémisphère nord peut en revanche être décalée de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. Comme je l'ai montré, elle semble dépendre des conditions météorologiques. Pour englober chaque année la totalité de la période

hivernale, je compare les années de juillet à juin (Figure 123).

Figure 123 – Décès standardisés en Israël, de juillet à juin, en population au 1^{er} janvier 2021



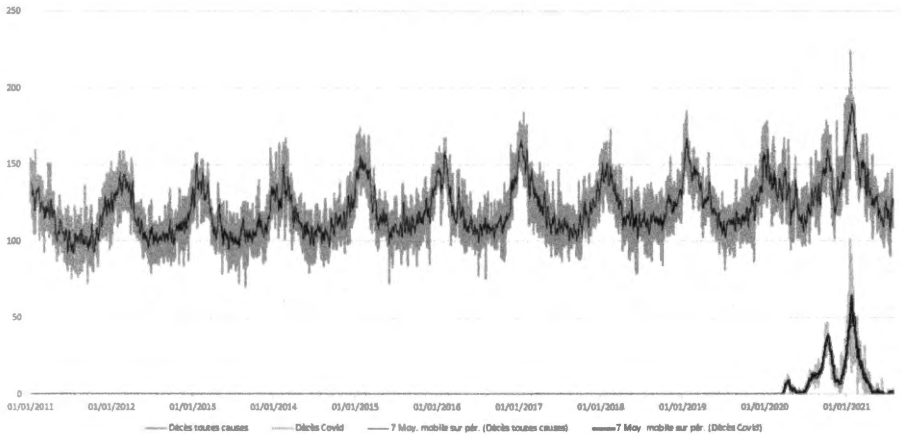
Note: en considérant que la population d'Israël entre juillet 2020 et juin 2021 est restée constante au niveau de janvier 2021, il y a alors 49 979 décès sur la période. En ramenant la population d'Israël entre juillet 2017 et juin 2018 à celle de janvier 2021, il y a 50 195 décès sur la période.

Malgré l'annonce en mars-avril 2020 d'une hécatombe mondiale due au Covid-2019, les statistiques israéliennes révèlent que la période de juillet 2019 à juin 2020 correspond à un record absolu de sous-mortalité ! L'année suivante, de juillet 2020 à juin 2021, la mortalité reste plutôt faible comparativement à la décennie. C'est d'ailleurs ce que nous avons constaté pour la totalité des pays d'Europe pour lesquels nous disposons de données.

Ainsi, sur deux ans, de juillet 2019 à juin 2021, on ne constate pas d'augmentation significative du nombre des

décès en Israël. Certains décès de ces deux années ont été attribués à la Covid-19, sans pour autant entraîner une augmentation inhabituelle de leur nombre (Figure 124).

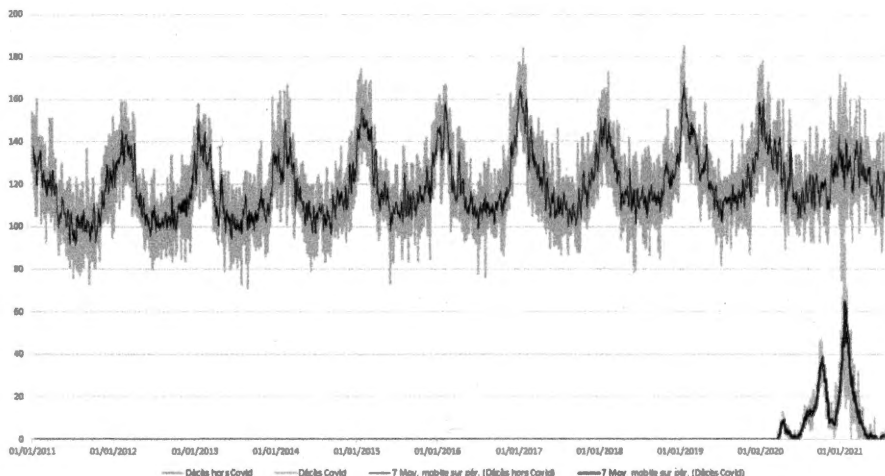
**Figure 124 – Nombre de décès quotidiens en Israël
toutes causes et déclarés Covid-19**



Auparavant, les hausses hivernales de mortalité étaient attribuées aux virus grippaux, aujourd'hui, c'est le coronavirus. On découvre d'ailleurs que toute la surmortalité hivernale habituelle est dorénavant attribuée à la Covid-19 (Figure 125). Le principe de la codification, détaillé au chapitre 4 pour la France, s'applique à tous les pays suivant les directives de l'OMS.

En Israël, comme dans les pays européens, on ne peut trouver de justification aux politiques restrictives mises en place sur la base d'une augmentation inhabituelle du nombre de morts uniquement due à un nouveau virus: il n'y a pas d'hécatombe.

**Figure 125 – Nombre de décès quotidiens en Israël,
Covid-19 et hors Covid-19**



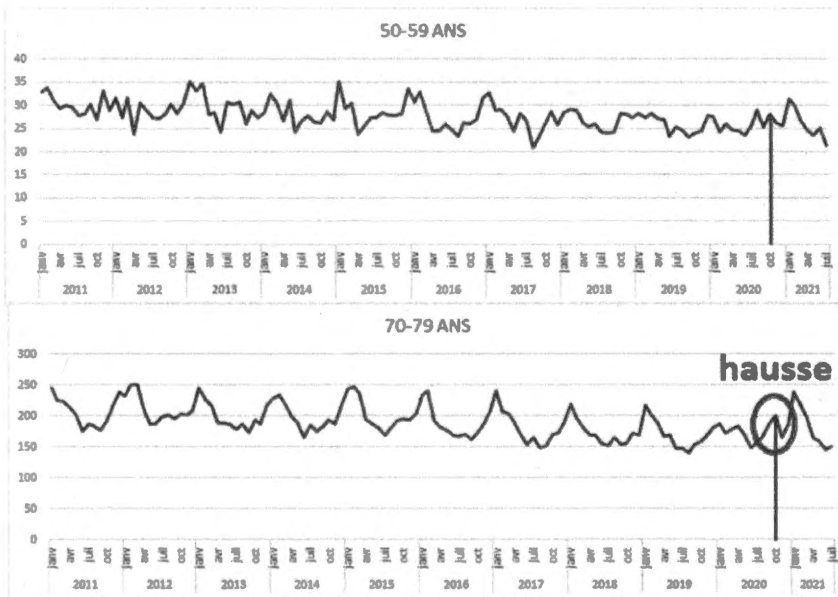
La mortalité en période vaccinale : des corrélations parfaites

Nous remarquons en Israël deux périodes distinctes de hausse de mortalité l'hiver 2020-2021 (Figure 121, page 337) : la première en octobre, la seconde en janvier.

La hausse des décès en octobre a eu lieu en même temps dans tous les pays qui ont vacciné en masse contre la grippe (en début de ce chapitre). En France, avec l'accès aux données des délivrances de médicaments, on peut constater la proportionnalité quasi parfaite entre le nombre d'injections et la hausse de mortalité. En Israël, le ministère de la Santé promeut également ces injections¹, en particulier pour les personnes de plus de 65 ans...

1. https://www.health.gov.il/French/Topics/SeniorHealth/HealthPromo/Pages/Vaccines_In_Elderly.aspx

Figure 126 – Nombre de décès mensuels en Israël par tranche d'âge

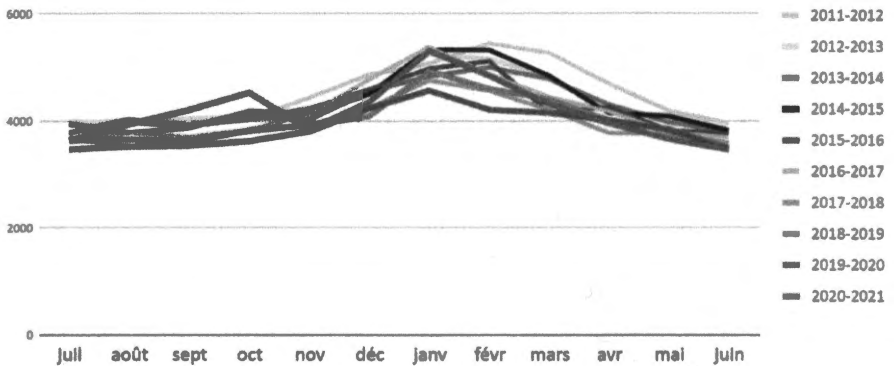


L'augmentation du nombre de décès est visible à partir de la tranche d'âge des 70-79 ans (Figure 126).

C'est d'ailleurs seulement au mois d'octobre 2020 que la mortalité totale standardisée en Israël est différente de l'habitude. Tout le reste de la période est comparable à la décennie. Nous ne pouvons pousser plus loin l'analyse, faute d'accès au nombre d'injections antigrippales réalisées dans ce pays (Figure 127). Nous ne pouvons que conclure qu'une corrélation temporelle parfaite apparaît pour tous les pays qui ont vacciné en masse contre la grippe. Les pays plus rétifs à ces injections (comme la Finlande) ne connaissent pas cette hausse de mortalité d'octobre 2020.

Concernant les injections contre la Covid-19, les corrélations sont fortes pour chaque tranche d'âge entre le

Figure 127 – Décès mensuels en Israël, standardisés par âge

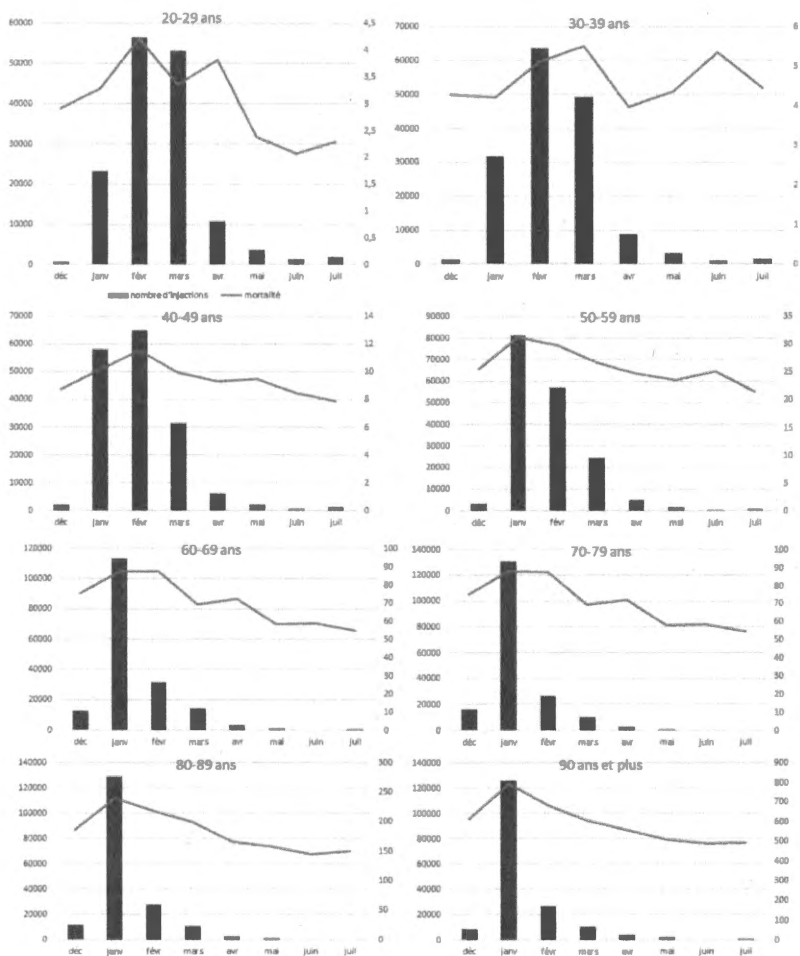


nombre de vaccins distribués et les taux de mortalité (Figure 128).

Tous les âges sans exception ont connu une hausse de mortalité les mois d'injections. Les plus âgés ont été massivement vaccinés en janvier et présentent un pic de mortalité ce même mois. Les plus jeunes ont reçu des injections un peu plus tard et présentent un pic de mortalité en février. Ce décalage de la mortalité synchronisée aux injections est un indice supplémentaire de possible causalité entre les injections et les hausses de mortalité. Étant donné que les injections aux personnes de plus de 60 ans ont eu lieu en plein hiver, en janvier, il est difficile de faire la part d'une possible cause vaccinale.

Pour les amateurs de modélisation, en représentant le taux de mortalité en fonction du taux d'injection, on obtient une corrélation logarithmique quasiment parfaite, avec un R^2 de 0,95 (à partir du nombre de décès 5 jours après les injections chaque mois). Il en a fallu bien moins aux chercheurs qui ont publié l'article vantant les mérites du confinement en oubliant sciemment que la mortalité

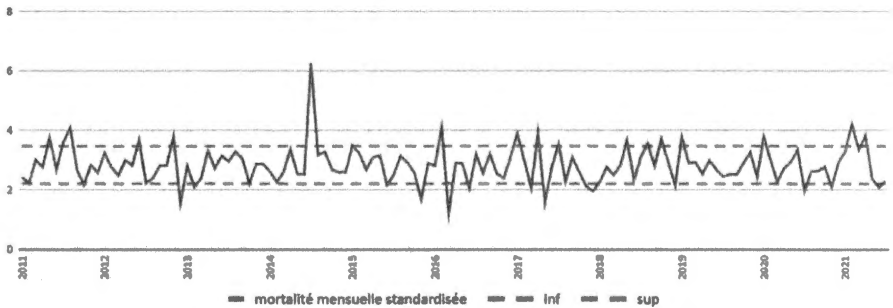
Figure 128 – Nombre d'injections réalisées et taux de mortalité pour 100 000 par tranche d'âge



hivernale diminue au printemps, avec ou sans confinement (chapitre 5). C'est comme si nous nous servions de cette parfaite corrélation pour prouver qu'en hiver 2020-2021 la mortalité des plus de 60 ans était uniquement liée aux vaccins, en négligeant l'impact de l'hiver.

En revanche, la surmortalité observée chez les 20-49 ans a une autre cause car ces derniers ne connaissent pas de surmortalité chaque hiver. Les 20-49 ans sont la population permettant de mieux mesurer une potentielle mortalité post-vaccinale. Cela ne signifie pas qu'elle n'existe pas pour les autres tranches d'âge, mais pour les plus âgés elle est noyée dans la surmortalité hivernale. Les 20-29 ans ont connu une mortalité exceptionnelle pendant la période de vaccination en Israël (Figure 129) : deux pics de mortalité dépassant l'écart-type habituel sont visibles en février et en avril ; en outre, la mortalité reste supérieure à la moyenne pendant trois mois. Seule la guerre de 2014 présente une mortalité plus élevée.

Figure 129 – Mortalité standardisée des 20-29 ans en Israël depuis 2011



Au total, cette surmortalité entre février et avril 2021 (c'est-à-dire que le nombre de décès est au-delà de l'intervalle de confiance à 95 % de ce qui est observé sur trois mois cumulés) correspond aux décès de 18 jeunes de 20 à 29 ans (2,3 pour 100 000 jeunes doublement injectés). Ces 18 décès affectent une population qui n'a jamais connu de surmortalité liée à la Covid-19.

Dans cette période de début 2021, un universitaire¹ a relevé un nombre d'appels aux urgences largement supérieur à celui des années précédentes pour des arrêts cardiaques et des syndromes coronariens aigus. Cette observation a été reprise, détaillée, modélisée et publiée dans le journal *Nature* en avril 2022². La vérité prend l'escalier...

Tout cela ne semble pas empêcher les autorités de poursuivre et même de chercher à étendre la vaccination anti Covid-19. Si nous considérons que les décès ne sont que la très petite partie visible de problèmes de santé, la surmortalité arrivant en période d'injection de masse de ces jeunes donne une idée de l'ampleur des problèmes de toutes sortes. En mars 2021, l'ANSM a admis que les péricardites sont bien rapportées post-injection³, elle a ajouté qu'elles étaient très rares. Il serait intéressant que l'on nous explique comment le hasard fonctionne pour qu'une augmentation des problèmes cardiaques suffisamment forte pour être statistiquement significative se produise juste après les campagnes vaccinales.

Étant donné qu'un décès est la plupart du temps le dernier stade de la dégradation de l'état de santé d'un individu (il est rare de constater qu'un événement soit complètement binaire entre « bonne santé » et « décès »), une hausse du nombre des décès est très probablement accompagnée d'une hausse beaucoup plus importante

1. <https://drive.google.com/file/d/1QT2uUC4j9I2cVpsD1prkScBg0gUqI52x/view>

2. <https://www.nature.com/articles/s41598-022-10928-z>

3. <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/covid-19-vaccins/effets-indesirables-lies-aux-vaccins-autorises-contre-la-covid-19-ce-qu'il-faut-savoir>

du nombre de « situations intermédiaires », de maladies telles que les AVC, myocardites, embolies pulmonaires, thromboses non mortelles... Invisibles dans l'étude de mortalité toutes causes confondues, ces maladies sont rapportées en pharmacovigilance ; la hausse anormale de la mortalité élève le degré de certitude quant à la causalité vaccinale de ces événements non mortels.

d. Une surmortalité des jeunes concomitante aux campagnes vaccinales partout en Europe

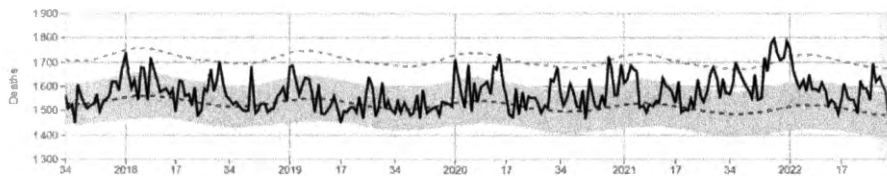
Une surmortalité trop fréquente partout en Europe

Le site Euromomo¹ (*European mortality monitoring*) propose des indicateurs pour suivre la mortalité des pays européens. Depuis l'été 2021 le nombre de décès des 15-44 ans européens est sorti de la « moyenne normale » calculée par le site, avec un dépassement quasi-continu de la courbe de surmortalité (Figure 130). Mais de quoi peuvent bien mourir nos jeunes depuis l'été 2021 ?

Pour savoir s'il y a dans un pays plus de morts que ce qui est habituel, Euromomo calcule un z-score par pays et par semaine. Le z-score est la différence entre le nombre de décès constatés (\times) et le nombre de décès attendus (μ) divisé par l'écart-type de la distribution (σ). S'il est positif, c'est qu'il y a une surmortalité, s'il est négatif c'est qu'il y a une sous-mortalité. Il sera d'autant plus important que la différence entre les décès constatés et les décès attendus est éloignée des écarts habituels.

1. <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/>

Figure 130 – Décès des 15-44 ans du site Euromomo



Note : la courbe représente le nombre de décès, le bandeau grisé représente la zone normale autour de la moyenne figurant en pointillés gris. Le trait pointillé supérieur indique la limite de grande surmortalité

Depuis le milieu de l'année 2021, les z-scores des 15-44 ans sont très souvent positifs pour une grosse majorité de pays. Les courbes de la plupart des pays ne franchissent pas pour autant la ligne en pointillés roses représentant une surmortalité anormale. En revanche, au niveau européen, lorsque les données des pays sont agrégées, on observe ce franchissement. Cela signifie qu'en Europe, on constate une légère surmortalité (presque) partout en même temps.¹

On constate qu'en 2021, le z-score est très peu souvent négatif pour une majorité de pays d'Europe. Par exemple,

1. Pour se rendre compte que cette surmortalité est vraiment anormale dans chaque pays, même si elle ne franchit pas les pointillés, faisons l'hypothèse qu'elle est due au hasard. Constaté une surmortalité ou une sous-mortalité revient alors à jouer à pile ou face. Entre la semaine 20 et la semaine 52 de 2021 il y a 33 semaines. Cela représente donc 33 lancers. Cela fait 2^{33} résultats possibles (soit un peu plus de 8,5 milliards). Le nombre de lancers où l'on obtient k fois « pile » est donné par le calcul des coefficients binomiaux : $\binom{33}{k}$. On peut alors calculer la probabilité de faire n'importe quel nombre de fois « pile » en 33 lancers. En 33 lancers, on réalise entre 9 et 24 « pile » dans 99,5 % des cas. Sur 33 semaines, nous pouvons donc considérer « normal » d'avoir un z-score négatif entre 9 et 24 fois. Il n'y a qu'une chance sur 200 d'obtenir moins de 9 z-score négatifs ou plus de 24 z-score négatifs sur 33 semaines.

en France, il n'y a que trois semaines avec un z-score négatif. Sur les 26 zones considérées, douze ont moins de 9 z-scores négatifs sur 33 périodes (et trois en ont plus de 24). Cette situation est exceptionnelle au regard des mêmes périodes les années précédentes (Figure 131). Le résultat est sans appel : il y a trop de morts en 2021 depuis l'été parmi les 15-44 ans selon les calculs d'Euromomo.

Figure 131 – Nombre de z-scores négatifs par année et par pays pour les 15-44 ans à partir de la semaine 20

Zone	Somme de négatifs semaines 20-2021 => 52-2021	Somme de négatifs semaines 20-2020 => 52-2020	Somme de négatifs semaines 20-2019 => 52-2019	Somme de négatifs semaines 20-2018 => 52-2018	Somme de négatifs semaines 20-2017 => 52-2017
Austria	13	22	17	15	14
Belgium	5	13	17	16	12
Cyprus	17	21	18	17	19
Denmark	20	13	17	16	19
Estonia	1	9	13	17	17
Finland	25	20	13	20	14
France	3	10	15	12	19
Germany	1	3	8	15	23
Greece	5	18	13	13	9
Hungary	9	14	18	16	19
Ireland	29	24	19	18	16
Israel	18	20	15	17	19
Italy	5	12	21	14	22
Luxembourg	16	14	20	20	20
Malta	17	16	19	17	18
Netherlands	7	16	18	12	11
Norway	21	21	22	17	19
Portugal	4	5	14	11	15
Slovenia	8	13	15	16	21
Spain	2	5	13	11	12
Sweden	14	18	15	15	13
Switzerland	12	18	15	15	13
UK (England)	3	15	18	11	15
UK (Northern Ireland)	26	19	13	17	15
UK (Scotland)	24	17	18	19	13
UK (Wales)	8	13	15	17	18
Total général	337	412	452	432	456

Une vérification s'impose

Au mois de janvier 2022, le Professeur Patrick Meyer de l'Université de Liège a publié un *preprint*¹ qui conclut à un lien significatif entre le nombre d'injections et la surmortalité dans de nombreux pays européens en utilisant des méthodes de *machine-learning*. Ayant déjà réalisé de nombreux programmes mettant en relation les décès hebdomadaires toutes causes confondues des pays européens et le nombre d'injections hebdomadaires, je le contacte pour lui proposer de travailler sur une étude de corrélation. La suite de ce chapitre est le fruit de ma collaboration avec lui et avec Patrick D. consultant belge indépendant. Nous avons travaillé à trois pour produire les différentes figures de ce chapitre. Nous avons eu de nombreuses discussions sur les statistiques abordées ici. Une grande partie des éléments qui suivent a été présentée par le Professeur Meyer lors du CSI n° 46 de mars 2022².

Grâce aux statistiques d'Euromomo, nous avons découvert qu'il y a trop de morts chez les jeunes européens depuis le milieu de l'année 2021. Évidemment, découvrir qu'il y a plus de morts que prévu impose de vérifier l'origine de la prévision, tout spécialement en période de « crise ». En effet, depuis deux ans nos institutions composées de « grands spécialistes » poussent des cris d'orfraie devant « l'hécatombe Covid » en oubliant que la population

1. https://www.researchgate.net/publication/357515205_THE_IMPACT_OF_COVID-19_VACCINES_ON_ALL-CAUSE_MORTALITY_IN_EU_IN_2021_A_MACHINE_LEARNING_PERSPECTIVE

2. v <https://crowdbunker.com/v/2G6td5oU>

vieillit et que des hausses de mortalités « anormales » se produisent en fait tous les deux à trois ans. Étant donné qu'Euromomo ne donne pas le détail du calcul de son z-score, nous téléchargeons les données pour vérifier par d'autres méthodes si nous trouvons les mêmes résultats.

La majorité des pays d'Europe fournit ses données de décès hebdomadaires¹ et de population² par tranche d'âge. Nous pouvons donc construire, à partir des années 2013 à 2018, des prévisions pour les suivantes : 2019, 2020 et 2021.

Nous avons réalisé deux projections différentes pour vérifier si elles sont cohérentes entre elles et avec celle d'Euromomo. Les tranches d'âge sont les suivantes : 15-24 ans, 25-49 ans, 50-59 ans, 60-69 ans, 70-79 ans et plus de 80 ans. Comme Euromomo, nous réalisons des projections hebdomadaires.

Ces projections doivent nécessairement prendre en compte :

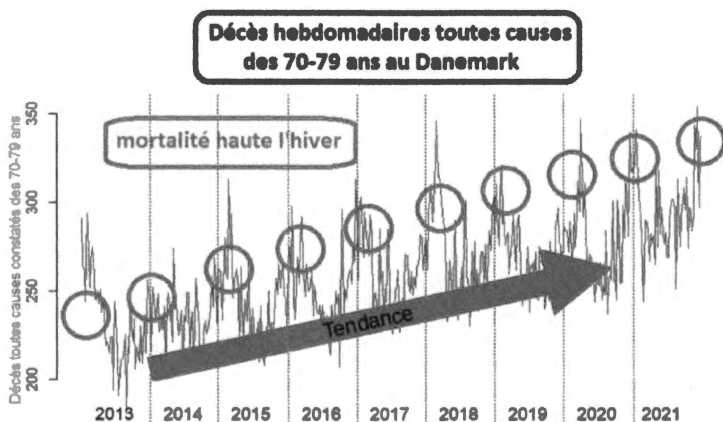
1. l'évolution tendancielle du nombre de décès (due à l'évolution de la pyramide des âges et éventuellement à celle des quotients de mortalité) ;
2. la saisonnalité (plus de décès en été pour les jeunes, plus de décès en hiver pour les plus âgés).

Par exemple, pour les 70-79 ans au Danemark, on constate qu'il y a de plus en plus de décès (Figure 132). Cela signifie que cette population augmente à cause du vieillissement des *baby-boomers*. De plus, les décès sont bien

1. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_r_mwk_05/default/table?lang=fr

2. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_pjan/default/table?lang=fr

Figure 132 – Décès hebdomadaires toutes causes des 70-79 ans au Danemark



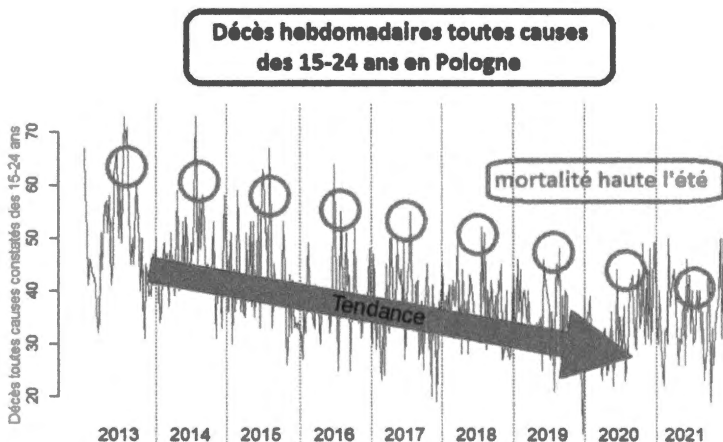
plus nombreux l'hiver que l'été pour cette tranche d'âge. On les relie aux maladies hivernales. Notre projection doit donc prévoir cette hausse des décès et cette mortalité hivernale.

Autre exemple: en Pologne, le nombre de décès des 15-24 ans a tendance à diminuer (Figure 133). La Pologne est également un pays qui vieillit, on y trouve de moins en moins de jeunes et leurs décès sont plus nombreux l'été. On les relie aux comportements à risque des jeunes pendant cette période. Notre projection pour les jeunes doit prolonger cette diminution et prévoir plus de morts l'été.

La saisonnalité de la mortalité sera gérée en utilisant pour chaque semaine que l'on souhaite projeter les données des mêmes semaines des années du passé. Par exemple, la prédiction de la semaine 10 de 2020 est construite à partir des semaines 10 des années 2013 à 2018.

La tendance sur longue période de la mortalité est gérée de manière différente dans les deux modèles.

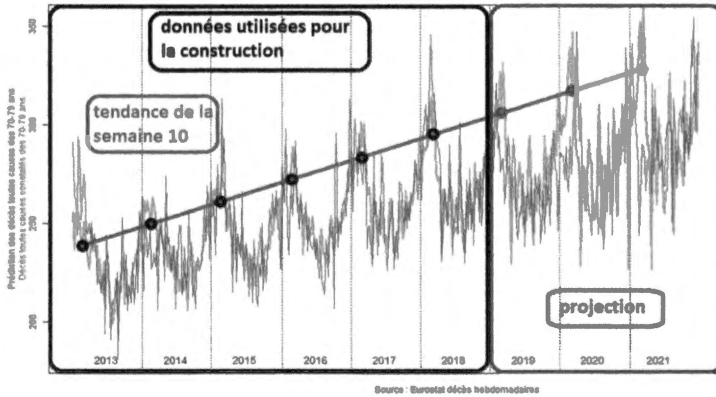
Figure 133 – Décès hebdomadaires toutes causes des 15-24 ans en Pologne



- Le premier modèle ne tient compte que du nombre total de décès par tranche d'âge de chaque semaine. Il prolonge la tendance observée entre 2013 et 2018 de ce nombre de décès, de manière linéaire, pour les années 2019, 2020 et 2021 (Figure 134). Ce modèle considère que toutes les tendances d'évolution de population et de quotients de mortalité se prolongent trois années de plus. La courbe rouge représente les décès observés et la courbe grise les décès prévus par le modèle. La période servant à la construction du modèle est en noir ; la période estimée, en violet.

Il suffit ensuite de calculer la différence entre le modèle et la réalité observée pour savoir s'il y a une surmortalité ou une sous-mortalité. Avec ce modèle, le constat est simple : quasiment tous les pays connaissent une

Figure 134 – décès hebdomadaires observés et projetés pour les 70-79 ans au Danemark



surmortalité depuis l'été 2021 chez les jeunes. Par exemple, sur l'ensemble de tous les pays d'Europe fournissant les données, on obtient le graphique ci-dessous pour les 15-24 ans (Figure 135). Une barre rouge représente une surmortalité et une barre verte une sous-mortalité. La courbe bleue représente la tendance sur six semaines. Elle indique nettement une surmortalité.

- Le deuxième modèle tient compte du nombre total de décès par tranche d'âge de chaque semaine et intègre également la population de cette tranche d'âge chaque semaine. Pour ce faire, le modèle calcule la mortalité standardisée par âge. Il prolonge la tendance observée entre 2013 et 2018 de ce nombre de décès standardisés, de manière linéaire, pour les années 2019, 2020 et 2021. Ce modèle considère que les changements du nombre de décès d'une année sur l'autre s'expliquent par l'évolution de la pyramide des âges et par l'évolution de la tendance

Figure 135 – Modèle 1, écart des décès hebdomadaires des 15-24 ans par rapport à l'attendu en Europe

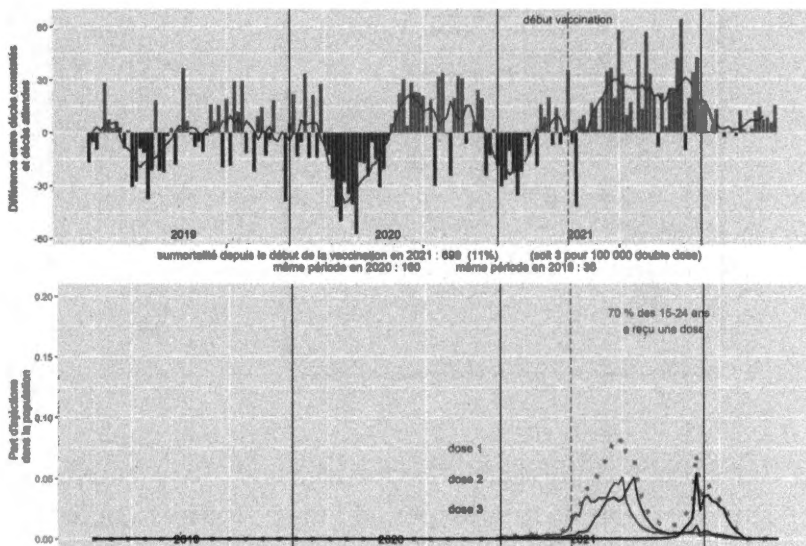
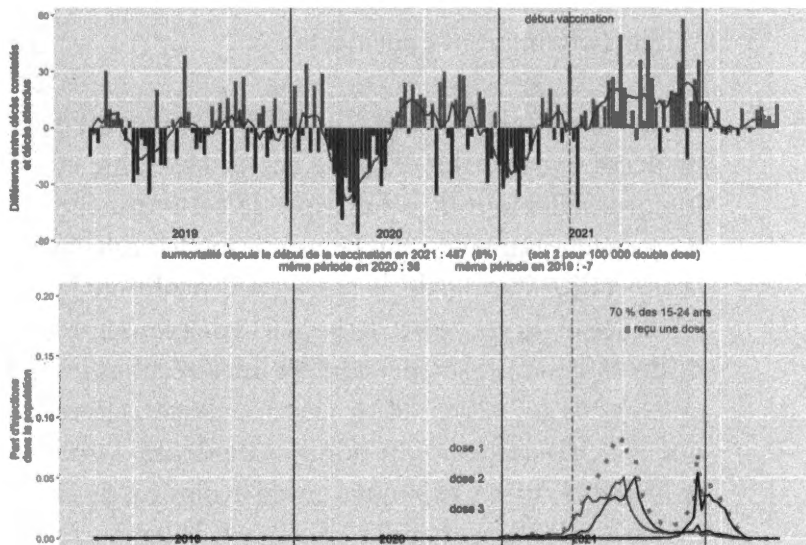


Figure 136 – Modèle 2, écart des décès hebdomadaires des 15-24 ans par rapport à l'attendu en Europe



des quotients de mortalité. On retrouve le même résultat: les jeunes meurent trop (Figure 136).

Quel que soit le modèle choisi pour estimer les nombres de décès attendus, que ce soit le modèle Euromomo ou ceux que nous venons de voir, on conclut qu'il y a trop de décès chez les jeunes Européens depuis l'été 2021. Mais pourquoi meurent-ils? Que s'est-il passé de spécial dans une majorité de pays d'Europe depuis l'été 2021 ?

Des hausses de mortalité concomitantes aux campagnes d'injections

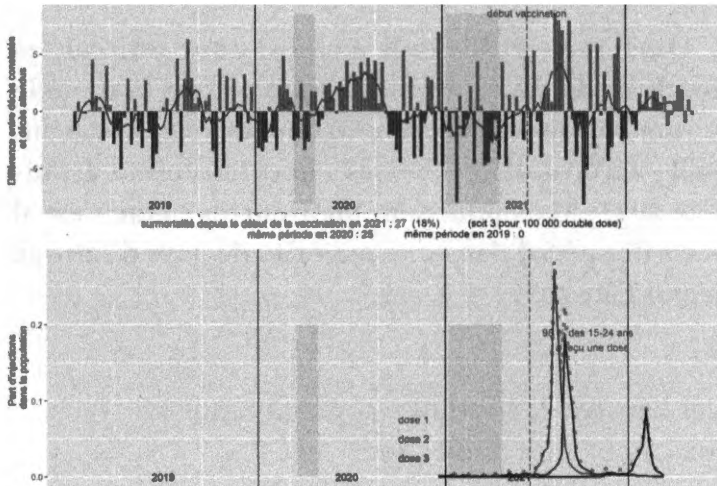
Le site de *l'European Centre for Disease prevention and Control* (ECDC) fournit une base de données¹ du nombre de vaccins distribués dans chaque pays, chaque semaine, et par tranche d'âge. Il est possible de relier ces données de vaccination aux données de mortalité que nous avons calculées précédemment.

Beaucoup de pays et de tranches d'âges présentent des hausses de mortalité importantes au moment exact de la campagne vaccinale, suivies d'une mortalité au-dessus de la moyenne. Ces hausses sont visibles aussi bien avec notre premier modèle (mortalité simple) qu'avec le second (mortalité standardisée).

Si ces injections engendraient des problèmes de santé, on aurait exactement les mêmes courbes: on observerait tout d'abord des hausses de mortalité pour les quelques

1. https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/vaccine_tracker/csv/data.csv

**Figure 137 – Surmortalité des 15-24 ans au Portugal
et nombre de vaccins distribués**



personnes qui font une réaction très forte à l'injection et en meurent rapidement, puis une mortalité un peu plus élevée que d'habitude pour celles que l'injection a rendues durablement très malades et qui finissent par en mourir. Voici une dizaine d'exemples parmi tous les cas possibles :

Pour les 15-24 ans du Portugal et de Finlande, on observe une surmortalité au moment des campagnes vaccinales (Figure 137 et Figure 138). Elle est particulièrement forte au Portugal qui a injecté 98 % de sa population jeune en très peu de temps. En Finlande, qui a moins vacciné ses jeunes, on observe des épisodes de surmortalité moins marqués, mais parfaitement synchronisés aux campagnes.

Pour les 25-49 ans en Estonie et en Hongrie, on observe également des hausses de mortalité au moment des injections (Figure 139 et Figure 140). La Hongrie est le premier

Figure 138 – Surmortalité des 15-24 ans en Pologne et nombre de vaccins distribués

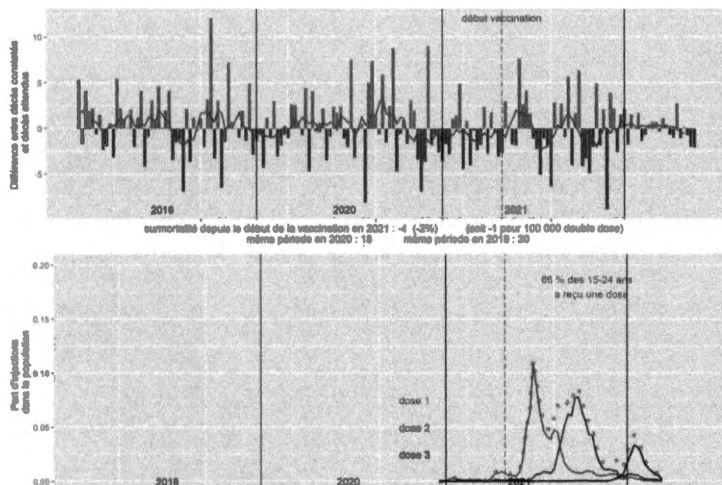


Figure 139 – Surmortalité des 25-49 ans en Estonie et nombre de vaccins distribués

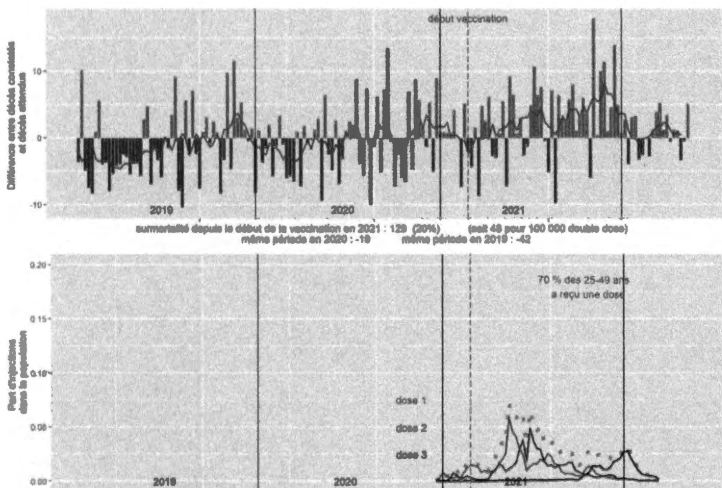


Figure 140 – Surmortalité des 25-49 ans en Hongrie et nombre de vaccins distribués

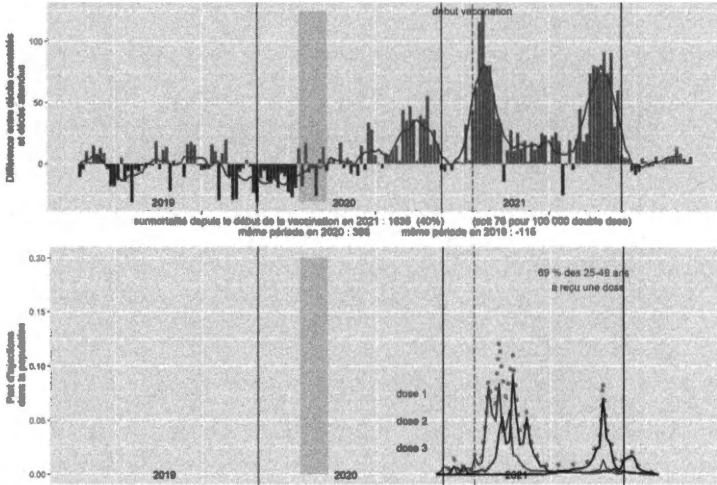


Figure 141 – Surmortalité des 50-59 ans en France et nombre de vaccins distribués

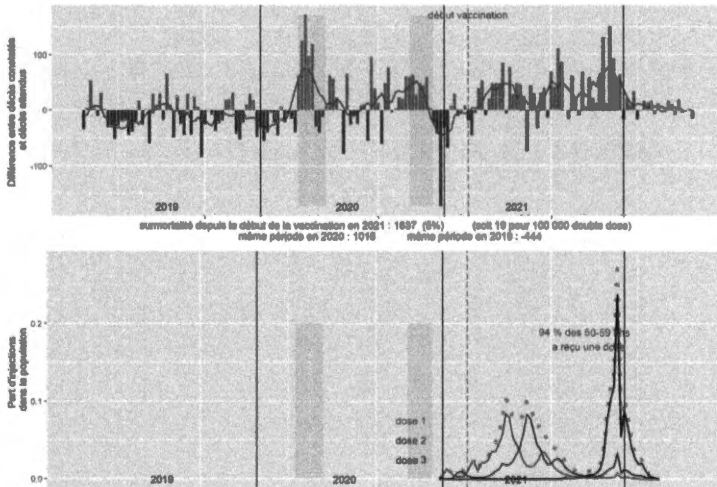
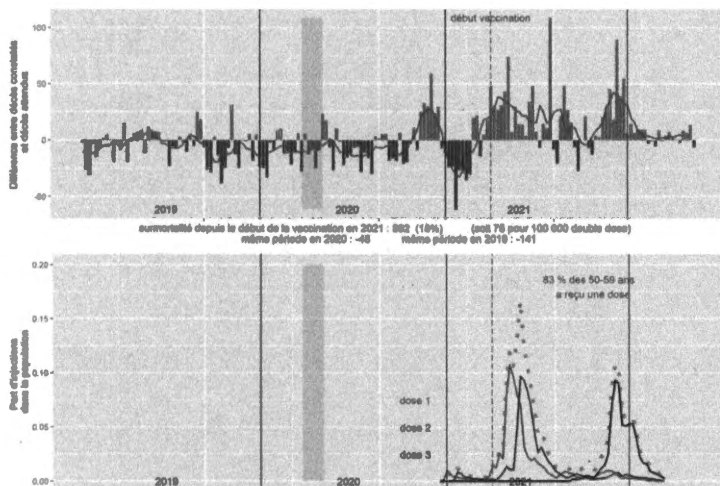


Figure 142 – Surmortalité des 50-59 ans en Grèce et nombre de vaccins distribués



pays à avoir massivement vacciné ses jeunes, elle connaît une hausse de mortalité très tôt dans l'année.

Pour les 50-59 ans en France et en Grèce, on observe différentes vagues de mortalité depuis le début des campagnes vaccinales (Figure 141 et Figure 142).

Pour les 60-69 ans en Autriche et en Croatie les courbes de surmortalité épousent presque parfaitement les courbes des vaccinations (Figure 143 et Figure 144).

Pour les 70-79 ans en Pologne et en Italie, on observe une surmortalité au printemps, au moment où la mortalité hivernale est censée diminuer (Figure 145 et Figure 146). Tout se passe comme si les injections avaient déclenché une nouvelle vague de mortalité « hivernale ». Pour mémoire, celle d'octobre 2020 a eu lieu exactement au moment des injections des vaccins antigrippaux.

Parallèlement à l'observation de ces concordances sur

Figure 143 – Surmortalité des 60-69 ans en Autriche et nombre de vaccins distribués

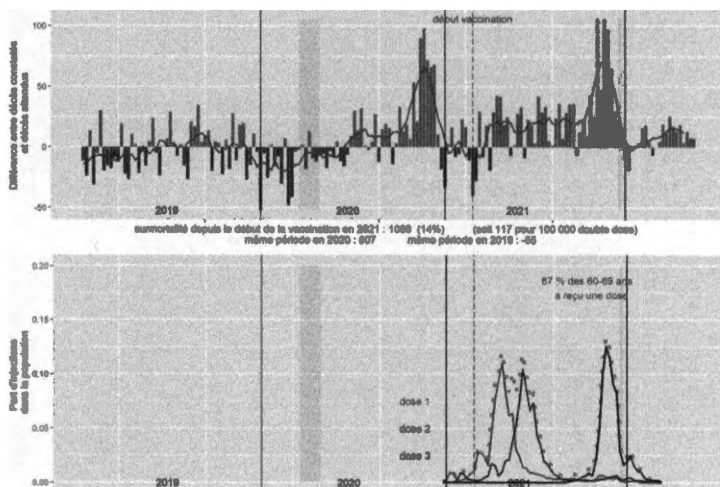


Figure 144 – Surmortalité des 60-69 ans en Croatie et nombre de vaccins distribués

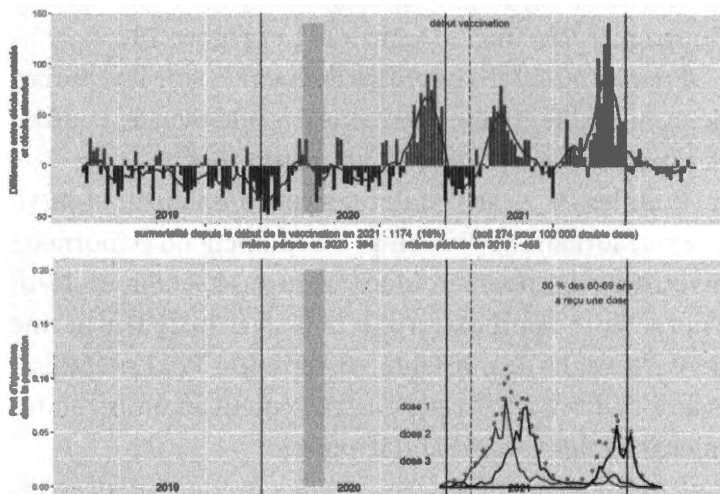


Figure 145 – Surmortalité des 70-79 ans en Pologne et nombre de vaccins distribués

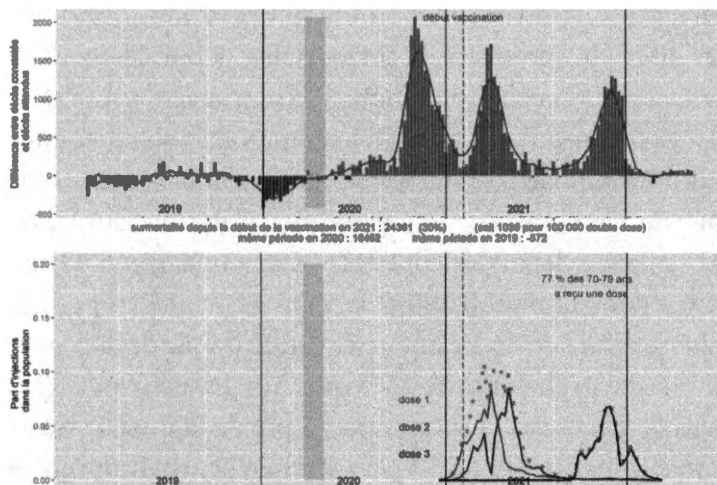
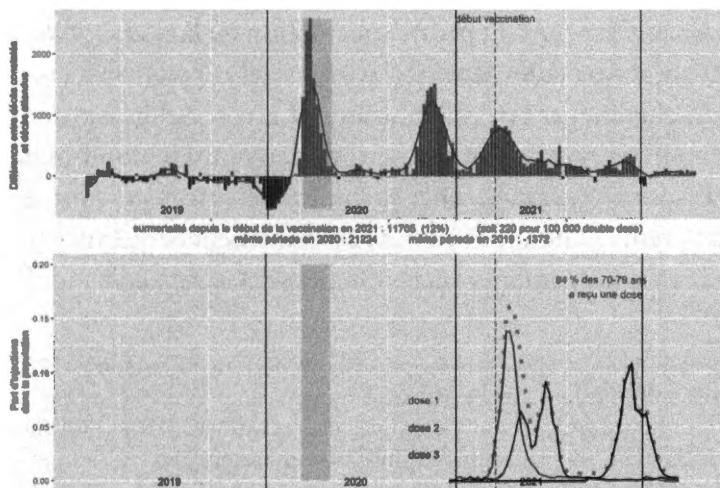


Figure 146 – Surmortalité des 70-79 ans en Italie et nombre de vaccins distribués



les graphiques, nous avons vérifié si un pic de vaccination correspond à un pic de décès. Vous trouverez les résultats en ligne sous forme de tableau¹. Pour cela, nous regardons les deux plus gros pics de surmortalité depuis le début de la vaccination et nous vérifions s'ils se trouvent à moins de deux semaines d'un pic de vaccination. Nous observons donc un intervalle de 5 semaines au centre duquel se trouve le pic de vaccination. Par exemple, il y a en moyenne 41 semaines depuis le début de la vaccination des 25-49 ans. Il y a donc une probabilité de 5 sur 41 (soit 12 %) que le plus gros pic de décès soit à proximité du pic de la dose 1. Il y a une probabilité de 23 % que l'un des deux plus gros pics de décès soit à proximité du pic de la dose 1. **Nous constatons que sur les 17 pays étudiés, la proximité entre pic de vaccination et pic de mortalité s'observe dans 40 % des cas, ce qui est significativement trop : les pics de mortalité sont trop souvent proches des pics vaccinaux pour que cela soit dû au hasard.** Les pics de mortalité des jeunes sont trop souvent proches des pics de vaccination des doses 1 et 2, et les pics de mortalité des plus âgés sont trop souvent proches du pic de vaccination de la dose 3. Nous ne sommes pas les seuls à trouver toutes ces concordances. Les chercheurs Sprio Pantazatos et Hervé Seligmann ont publié un *preprint*² montrant un lien entre le nombre de personnes vaccinées et la surmortalité constatée dans les différents États américains. C'est également ce que montre Christof Kuhbandner sur les données détaillées allemandes³.

1. https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Hz05LR1qkxj8K_YSUGsud58qfC8M5LFrID0tblcx9BtY/edit?usp=sharing

2. https://www.researchgate.net/publication/355581860_COVID_vaccination_and_age-stratified_all-cause_mortality_risk

3. <https://osf.io/5gu8a/>

Autant de statistiques qui alertent sur une surmortalité parmi la population, très vraisemblablement due aux vaccinations Covid... sans que cela ne fasse aucun bruit dans les médias ! Ce sont pourtant des statistiques de ce genre qui ont amené tant de gens à croire qu'un virus était responsable des hausses de mortalité de 2020. On se demande à quoi jouent les autorités politiques et sanitaires en refusant d'étudier la mortalité post-vaccinale toutes causes. Qui a conseillé à la conférence des présidents du Sénat d'enterrer la requête de Laurent Toubiana demandant l'accès aux données¹ ? Est-ce le même cabinet de conseil qui depuis le début de la crise conseille la Drees dans ses choix d'études statistiques² ?

e. Les données anglaises montrent une mortalité plus forte pour les vaccinés que pour les non-vaccinés
*Partie coécrite avec Pierre-Yves Covid,
scientifique anonyme*

L'office statistique anglais est le seul à notre connaissance à mettre en ligne des tableaux de décès toutes causes confondues selon le statut vaccinal³.

Les données de mortalité selon le statut vaccinal à la Covid-19 sont les seules qui peuvent permettre de démontrer l'existence ou non d'une balance bénéfico-risque individuelle favorable. Il est important de considérer

1. <https://www.francesoir.fr/societe-sante/senat-obstruction-demande-de-petition-toubiana-acces-aux-donnees>

2. <https://www.consultor.fr/articles/statistique-publique-mckinsey-mandate-a-la-drees>

3. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/deathsbyvaccinationstatusengland>

la mortalité toutes causes et non pas la seule mortalité attribuée à la Covid-19 pour deux raisons. La première est que cette attribution est entachée de biais empêchant toute conclusion fiable (chapitre 7). Il est clair que si des populations courent un péril réel et que la vaccination est efficace, alors la mortalité toutes causes des vaccinés doit être inférieure à celle des non-vaccinés. La seconde est relative à l'existence éventuelle de risques : si la vaccination a une parfaite innocuité mais ne sert à rien, alors les mortalités des deux groupes seront équivalentes et l'on conclura alors à une arnaque vaccinale. La conclusion est identique ou presque si la vaccination évite autant de morts qu'elle n'en induit. Enfin, si la mortalité toutes causes des vaccinés est supérieure à celle des non-vaccinés, alors cela pose un très sérieux problème. La mortalité toutes causes permet ainsi une autre approche, très minimale mais mesurable, des effets indésirables, sans biais de déclaration.

Si la mise en ligne par l'office statistique anglais de tableaux de décès toutes causes confondues selon le statut vaccinal doit être vraiment saluée, nous regrettons néanmoins qu'il ne s'agisse pas des données brutes mais de données travaillées, problématiques à plusieurs égards. Dans une démarche de transparence, il est indispensable de publier également les données brutes qui permettent aux scientifiques indépendants de vérifier les calculs réalisés.

Dans leurs versions les plus récentes, les fichiers anglais comportent neuf tableaux. Ceux-ci indiquent les nombres de décès ou les nombres de décès standardisés (*ASMR, age standardized mortality rated*) dont nous avons montré l'intérêt au chapitre 1. Les données sont également publiées par tranche d'âge, ce qui est indispensable pour évaluer

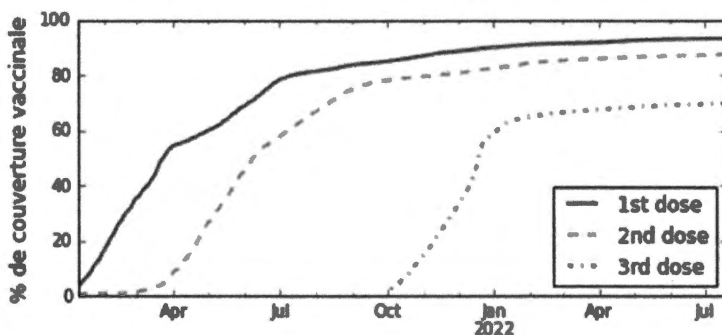
l'intérêt de la vaccination des plus jeunes qui n'ont jamais connu de hausse de mortalité anormale jusqu'au début de la campagne vaccinale.

Des incohérences dans les statistiques de mortalité

Les données de mortalité standardisées sont disponibles pour l'ensemble des statuts vaccinaux relatifs à la Covid-19. La théorie de la protection vaccinale dépendante du nombre de doses reçues et du délai entre la piqûre et l'efficacité, conduit à la multiplication du nombre de catégories. Les sept catégories différentes de personnes ayant reçu au moins une injection (entre celles venant de recevoir la première et celles ayant reçu la troisième depuis plus de 21 jours) sont aussi agrégées dans une huitième catégorie *Ever vaccinated*. En première lecture, la comparaison entre les non-vaccinés (*Unvaccinated*) et les vaccinés ayant reçu au moins une dose (*Ever vaccinated*) semble favorable à la vaccination en montrant que les vaccinés sont nettement moins décédés que les non-vaccinés.

Cependant, en étudiant plus finement les résultats par catégorie vaccinale, on observe des hausses étranges et spectaculaires de mortalité chez les personnes vaccinées lorsque sont distribuées de nouvelles doses de vaccins. Pour mémoire, le Royaume-Uni a eu une stratégie vaccinale particulière (Figure 147), en choisissant de distribuer d'abord une dose à toute sa population éligible dès janvier 2021 et en ne commençant à distribuer la 2^e dose qu'à partir d'avril 2021.

Figure 147 – Couverture vaccinale au Royaume-Uni



Ainsi, en février 2021, alors que sont distribuées massivement les premières doses, la mortalité des non-vaccinés augmente fortement (Figure 148). À partir du mois de mai 2021, alors que la campagne vaccinale pour la 2^e dose vient de démarrer, la mortalité des « vaccinés-une-dose » explose, dépassant largement celle des non-vaccinés qui a nettement diminué et s'est stabilisée. Au mois de novembre 2021, la campagne pour la 3^e dose démarre et la mortalité

Figure 148 – Mortalité standardisée toutes causes par statut vaccinal en Angleterre

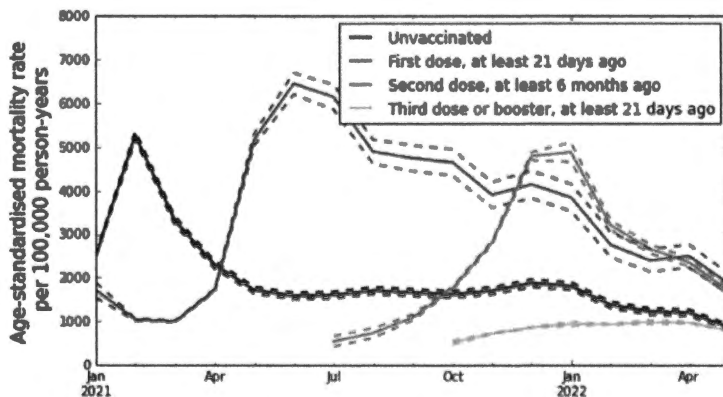
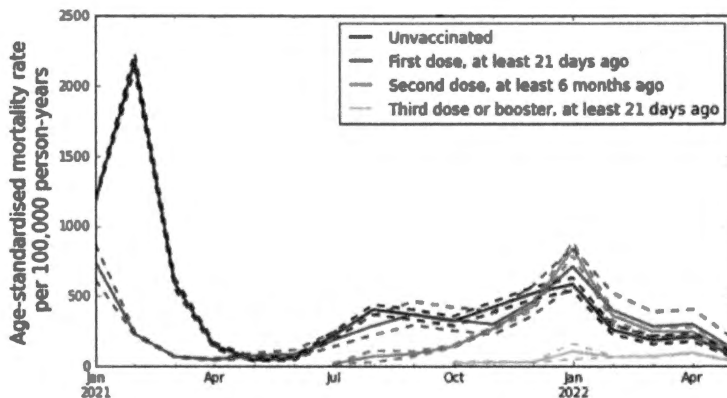


Figure 149 – Mortalité standardisée « Covid-19 »
par statut vaccinal en Angleterre



des « vaccinés-deux-doses » s'envole, elle dépassera celle des autres catégories en décembre 2021.

Note : les lignes pleines correspondent aux décès standardisés toutes causes selon le statut vaccinal, et les lignes en pointillés représentent les intervalles de confiance fournis par l'ONS.

Si l'on considère uniquement la mortalité attribuée à la Covid-19 (Figure 149), l'effet de la vaccination paraît spectaculaire pendant les premiers mois. En revanche, à partir de l'automne 2021, la mortalité pour Covid-19 des vaccinés-deux-doses augmente jusqu'à dépasser celle des non-vaccinés. Beaucoup d'explications ont été proposées pour expliquer ces observations. Il est possible que les plus fragiles des non-vaccinés soient décédés et que les survivants présentent une résistance face à la maladie, déjà présente ou acquise, bien meilleure que celle conférée par le vaccin, comme le suggèrent des dizaines d'études¹. Il est

1. <https://brownstone.org/articles/79-research-studies-affirm-naturally-acquired-immunity-to-covid-19-documented-linked-and-quoted/>

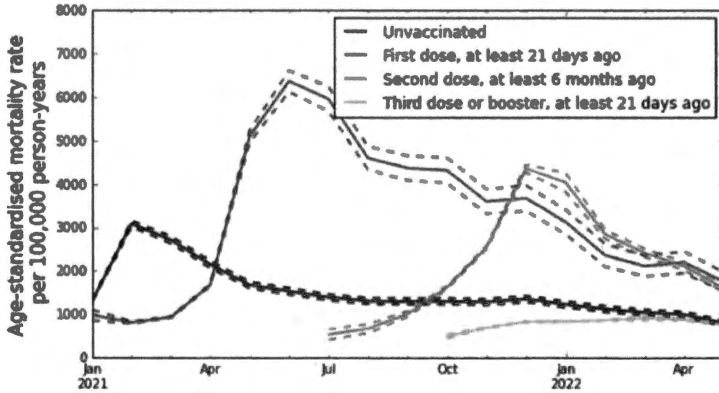
aussi possible qu'existe un « biais du survivant » pour les vaccinés-trois-doses : les personnes les plus fragiles seraient décédées en cours du parcours de vaccination. Néanmoins, le seul fait que les non-vaccinés meurent moins que les vaccinés-deux-doses aurait dû depuis longtemps interroger les autorités de santé qui prétendent rechercher « l'immunité collective » : quel est l'intérêt de vacciner des personnes ayant « acquis une immunité naturelle » ? Cela aurait été un bon début pour sortir de cette frénésie du « tout vaccinal » qui perdure.

Les choses deviennent plus troublantes lorsqu'on s'intéresse à l'évolution de la mortalité hors Covid-19 (Figure 150). On observe, comme en mortalité générale, un pic de mortalité hors Covid-19 des non-vaccinés au moment de la première vague de vaccination. On retrouve aussi un pic de mortalité chez les vaccinés-une-dose au moment du démarrage de la campagne pour la 2^e dose et un pic de mortalité chez les vaccinés-deux-doses au moment de celle pour la 3^e dose.

Les professeurs Martin Neil et Norman Fenton¹ proposent une explication à l'allure étrange de ces courbes. Leur article suggère un problème systématique de classification des décès observés selon le statut vaccinal, entraînant un décalage dans la comptabilisation des effectifs. Les auteurs prennent un exemple fictif où l'on vaccinerait une population avec un produit n'ayant absolument aucun effet sur la mortalité. La mortalité est de ce fait constante et égale pour les populations vaccinées et non-vaccinées. Ils supposent ensuite que la remontée de l'information

1. https://www.researchgate.net/publication/357778435_Official_mortality_data_for_England_suggest_systematic_misclassification_of_vaccine_status_and_uncertain_effectiveness_of_Covid-19_vaccination

Figure 150 – Mortalité standardisée hors Covid-19 par statut vaccinal en Angleterre



du statut vaccinal n'est pas immédiate mais retardée de quelques jours, il y a alors un biais de comptage du fait que certains vaccinés qui décèdent sont catalogués parmi les non-vaccinés à cause du délai de remontée de la donnée. Ce délai peut être involontaire, dû à la difficulté de remonter des données complètes, ou volontaire, en considérant que la vaccination n'a absolument aucun effet dans les premiers jours et ne doit en aucun cas être prise en considération. Cette supposition reproduit exactement l'allure des courbes de hausses de mortalité observées en Angleterre. La conclusion serait alors que lors de chaque campagne de vaccination, les décès des personnes ayant tout juste reçu une nouvelle dose (décès pouvant ou non être liés à l'injection), sont attribués au groupe ayant reçu une dose de moins. Ainsi, avec un tel biais d'enregistrement, on pourra éternellement démontrer qu'une dose supplémentaire permet de réduire la mortalité puisque les morts sont attribuées au mauvais groupe !

Ainsi, le pic de mortalité des non-vaccinés au tout début de la première campagne résulte simplement d'un décalage entre numérateur et dénominateur. Pour calculer le taux de mortalité, au numérateur se trouve le nombre de décès et au dénominateur se trouve la population, le tout par statut vaccinal. Imaginons une population de 1 000 personnes, au sein de laquelle 100 personnes se font vacciner chaque jour et une personne meurt chaque jour. Le taux de décès est alors de 1 pour 1 000. Seulement, si le statut vaccinal de chaque personne met dix jours à être validé, alors chaque mort sera comptabilisée parmi les non-vaccinés. Le premier jour, le taux de mortalité chez les non-vaccinés sera de 1 pour 1 000. Le 2^e jour, 1 pour 900. Puis, 1 pour 800, jusqu'à 1 pour 100 le 10^e jour. Pendant ce temps, le taux de mortalité des non-vaccinés sera resté à 0 pendant les neuf premiers jours et montera à 1 pour 1 000 le 10^e jour. Ce décalage temporel semble être la meilleure explication des hausses de mortalité étranges des non-vaccinés en février 2021, puis des vaccinés-une-dose à partir de mai 2021, etc.

Cette hypothèse des professeurs anglais pour expliquer les différences de mortalité des deux groupes a été confirmée par des chercheurs suédois qui ont demandé l'accès aux données de décès par statut vaccinal¹ : les autorités suédoises étiquettent les personnes ayant reçu des injections depuis moins de 15 jours dans leur statut vaccinal précédent, ce qui fausse toutes les analyses de mortalité, impliquant la Covid-19 ou non.

1. <https://lakaruppropet.se/public-health-agency-reporting-has-distorted-mortality-rates-for-the-unvaccinated-and-vaccinated/>

La statisticienne Jessica Rose¹ a proposé une évaluation des taux de mortalité suédois en prenant en compte le biais d'enregistrement relevé. Le résultat de son étude inverse complètement les conclusions officielles ! Elle conclut à une mortalité des Suédois vaccinés 14 fois *supérieure* à celle des non-vaccinés en février 2021 (alors que le discours officiel basé sur les statuts vaccinaux enregistrés conclut à une mortalité des vaccinés six fois *inférieure* à celle des non-vaccinés). Au passage, cette brillante et courageuse chercheuse a vu une de ses publications, pourtant acceptée par un journal après revue par les pairs², être retirée sans aucune explication scientifique pour justifier ce retrait, ce qui n'est scientifiquement pas acceptable. Cet article présentait une très intéressante analyse des effets secondaires déclarées dans la base de données de pharmacovigilance américaine, et s'intéressait à la question de l'imputabilité en recourant aux critères de Bradford Hill.

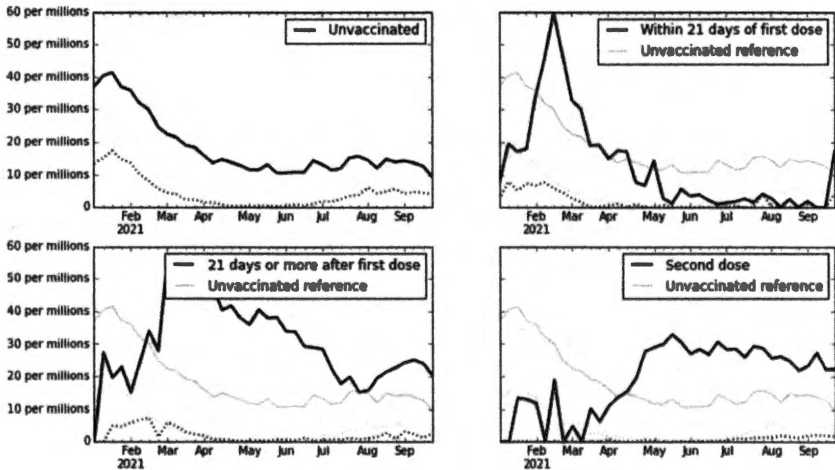
Des bénéfices qui ne dépassent jamais les risques pour les jeunes

Malgré les problèmes majeurs identifiés pouvant s'expliquer par des erreurs systématiques de classification, quelle est la balance bénéfice-risque pour les jeunes, considérés comme les moins à risques pour la Covid ? Jusqu'à présent, l'office statistique anglais (ONS) a publié sept jeux de données entre juillet 2021 et juillet 2022.

1. https://jessicar.substack.com/p/demystifying-the-swedish-data?utm_source=%2Fprofile%2F40349025-jessica-rose&utm_medium=reader2&s=r

2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8483988/>

Figure 151 – Mortalité pour la tranche d'âge la plus jeune du 3^e jeu de données de l'ONS

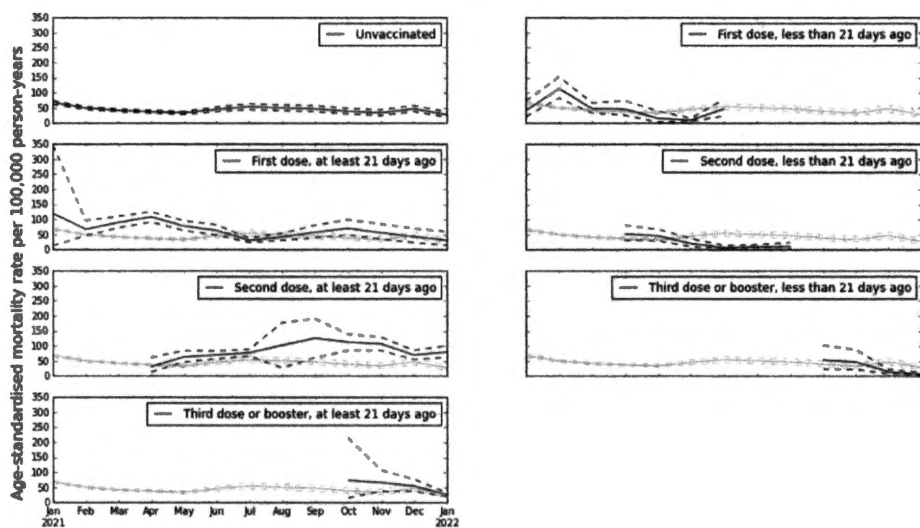


Note: les données des non-vaccinés sont représentées en gris clair sur les autres figures afin de faciliter la comparaison.

Ceux-ci ont subi des modifications au fur et à mesure des publications.

Le premier jeu de données ayant retenu notre attention (3^e version publiée par l'ONS) présentait la mortalité jusqu'à octobre 2021 (Figure 151). La tranche d'âge la plus jeune disponible s'étalait de 10 à 59 ans. Nous avons pu dès lors constater très tôt que les non-vaccinés de 10 à 59 ans mouraient près de deux fois moins (toutes causes confondues) que les vaccinés-deux-doses. Cependant, la tranche d'âge était beaucoup trop large pour conclure quoi que ce soit. Cet écart pouvait parfaitement s'expliquer par le fait que les adolescents, qui meurent moins que les cinquantenaires, sont bien plus représentés dans le groupe des non-vaccinés que dans celui des vaccinés-deux-doses.

Figure 152 – Mortalité pour la tranche d'âge la plus jeune
du 4^e jeu de données de l'ONS

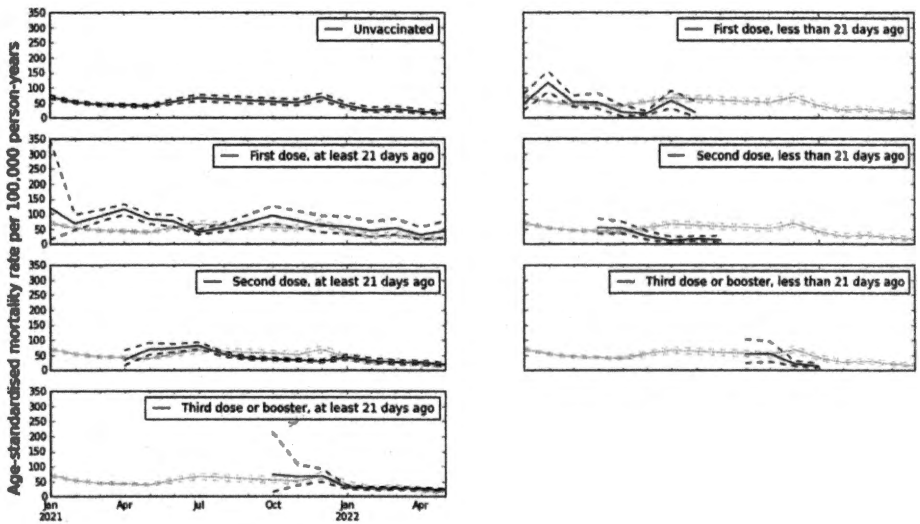


Quelques mois plus tard, une nouvelle version du jeu de données a été publiée (Figure 152). La tranche d'âge la plus jeune était celle des 18-39 ans, ce qui est plus satisfaisant. La mortalité toutes causes des vaccinés-deux-doses apparut ici encore comme significativement supérieure à celle des non-vaccinés pendant la quasi-totalité de la période. De telles données auraient dû conduire à interroger, si ce n'est interrompre immédiatement, la vaccination des jeunes.

Note : les lignes en pointillés correspondent aux intervalles de confiance à 95%. Les données des non-vaccinés sont représentées en gris clair sur les autres figures afin de faciliter la comparaison.

La version la plus récente du jeu de données a conservé cette tranche d'âge 18-39 ans (Figure 153). Nous avons

**Figure 153 – Mortalité pour la tranche d'âge la plus jeune
du 7^e jeu de données de l'ONS**



Note : les lignes en pointillés correspondent aux intervalles de confiance à 95%. Les données des non-vaccinés sont représentées en gris clair sur les autres figures afin de faciliter la comparaison.

découvert que des corrections de données par rapport aux versions précédentes ont supprimé l'excédent significatif de mortalité observable pour les vaccinés-deux-doses. Il faudrait analyser finement ce qui a été modifié en disposant des données brutes. Au demeurant, aucune de ces statistiques, malgré les biais relevés qui favorisent les vaccins, ne permettent de justifier la politique vaccinale envers les jeunes.

Il nous paraît raisonnable de conclure que dans la mesure où l'intérêt de ces vaccins sur la transmission du virus entre un vacciné et un non-vacciné n'est pas prouvé (ce qui aurait contribué à un bénéfice collectif), ces données ne peuvent conforter la stratégie d'une vaccination généralisée des publics jeunes. Au contraire, bien

que trop fragiles, ces données tendent à montrer que les non-vaccinés meurent moins (toutes causes confondues) que les vaccinés. Les soucis de classification ne permettent pas de conclure définitivement ni dans un sens ni dans l'autre mais suffisent à lancer l'alerte. Le principe de précaution aurait dû s'appliquer depuis longtemps.

Il est infiniment regrettable que les données de décès toutes causes confondues par statut vaccinal ne soient pas publiées en France, et même que l'accès à ces données soit aujourd'hui refusé à des chercheurs pourtant reconnus. Elles seront effectivement déterminantes pour faire la lumière quant au présumé bénéfice de la vaccination face à ses risques. Il est à peine croyable de voir toute l'énergie et le travail qu'il faut produire pour savoir si se faire vacciner contre la Covid est raisonnable, surtout lorsqu'on est jeune ou que nos proches le sont. **Nous assistons à un retournement de la charge de la preuve sans précédent. Il est normalement du ressort des industriels de démontrer que leurs produits ont une balance bénéfice-risque favorable et non au public de devoir démontrer le contraire.**

Pour les personnes souhaitant aller plus loin, le Dr Pierre-Yves invite le lecteur à suivre, parmi d'autres, le compte collectif @GabinJean3 sur Twitter. Les contributeurs de ce compte sont dans une démarche scientifique intégrant rigueur et confrontation à la contradiction scientifique, ils cherchent un chemin de crête entre la fable racontée par les autorités sanitaires et les industriels et les théories simplistes ne reposant sur aucune preuve.

f. Les agences gouvernementales au service du gouvernement (et non des citoyens)

Le 18 janvier 2022, Epi-Phare a publié une nouvelle étude¹ sur les vaccins Covid-19. Cette fois, le groupement s'intéresse à « l'évaluation du risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et d'embolie pulmonaire suite aux différents vaccins anti COVID-19 chez les adultes de moins de 75 ans en France ».

Epi-Phare est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2018 qui affirme apporter une expertise indépendante en épidémiologie des produits de santé. L'indépendance affichée ici concerne les laboratoires pharmaceutiques mais pas le gouvernement. En effet, Epi-phare est dirigé à la fois par l'ANSM (l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) dont le scandale du Mediator a révélé les dysfonctionnements, et par la Cnam (la Caisse nationale de l'assurance maladie). Il y a donc un possible double-verrou sur ce groupement.

Pour mémoire, pendant l'été 2021, Epi-phare a déjà sorti deux études² soutenant la vaccination Covid, qualifiée d'« extrêmement efficace ». Nous avons détaillé au chapitre 7 comment leurs choix méthodologiques permettaient de trouver les « bons » résultats. Chacun a

1. <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/vaccins-covid-evenements-cv-18-74ans/>

2. <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/impact-vaccination-covid-octobre-2021/>

d'ailleurs pu constater au cours de l'hiver 2021-2022 à quel point la vaccination s'est avérée efficace.

Dans sa nouvelle étude, Epi-Phare cherche à prouver que les vaccins sont sûrs. Après que son directeur a répété sur Twitter que « les vaccins sont sûrs et efficaces », il s'agit maintenant de le prouver.

En fait, pour tenter de trouver un résultat conforme aux attentes du gouvernement, Epi-Phare fait le tri dans les données et choisit la méthodologie qui l'arrange. Nous verrons que malgré ces arrangements, Epi-Phare met en évidence des risques significatifs pour les vaccins à adénovirus.

L'étude d'Epi-phare ne renseigne en rien sur les jeunes

Au vu de son titre, on peut croire que l'étude d'Epi-Phare est représentative pour les jeunes. En fait, non : comme la période d'observation s'arrête au 20 juillet 2021 et que l'analyse concerne les événements survenus pendant trois semaines après la 1^{re} ou la 2^e injection, cela signifie qu'il faut être complètement vacciné avant le 30 juin pour que vos données soient prises en compte... Et à cette date, seulement 16 % des 18-24 ans, 19 % des 25-29 ans et 22 % des 30-39 ans avaient reçu leur 2^e dose (Santé Publique France¹). Les jeunes n'ont en effet été

1. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&f=24&i=vacsi_a.couv_dose1&s=2022-01-18&t=a01&view=map2

poussés à la vaccination qu'à partir de la mise en place du passe sanitaire. L'étude n'est donc pas représentative pour les jeunes.

Plus précisément, seules les personnes de plus de 60 ans avaient majoritairement reçu leur 2^e dose avant le 20 juillet 2021. Il est extrêmement problématique que les auteurs ne mentionnent nulle part ce problème de représentativité et laissent croire au lecteur que l'étude est représentative pour les jeunes. D'ailleurs, il serait intéressant qu'Epi-phare nous explique son choix : pourquoi avoir arrêté les données au 20 juillet, ce qui exclut de l'analyse environ 80 % des jeunes sans le dire ? Les jeunes sont de toute évidence la population pour laquelle le bénéfice de la vaccination ne peut être démontré puisqu'ils ne meurent pas de la Covid ni ne déclenchent de problèmes graves de santé ; en outre, les jeunes sportifs sont en général les plus soumis aux risques cardiovasculaires. Deux raisons pour répéter encore une fois qu'il est indispensable et urgent d'analyser les conséquences de la vaccination sur nos jeunes en étudiant la mortalité toutes causes post-injection !

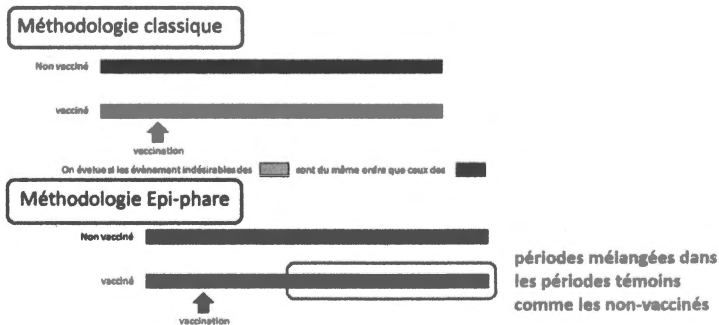
L'étude Epi-phare ne renseigne pas sur le risque post-vaccinal, mais sur un sur-risque uniquement dans les trois semaines

L'étude Epi-phare a une méthodologie particulière qui ne permet pas de savoir si la vaccination augmente le risque d'événements indésirables. En effet, ses auteurs vérifient s'il y a un sur-risque d'infarctus, d'AVC, d'embolie pulmonaire... uniquement dans les trois semaines qui suivent une

injection (1^{re} ou 2^e dose). Une méthodologie « classique » de vérification du risque post-vaccinal serait de comptabiliser tous les événements indésirables (ici les problèmes cardiovasculaires) survenus après les injections et de comparer ce nombre à celui observé chez des non-vaccinés ou chez la même population mais avant la vaccination. Pour pouvoir les comparer, il convient évidemment de rapporter ces événements à des mêmes échelles de population et de temps (par exemple 1 semaine × patient).

Epi-phare réalise un choix particulier en décidant de ne regarder le sur-risque que pendant trois semaines. Au-delà de la période d'observation de trois semaines, les vaccinés suivis passent dans le groupe témoin (celui des non-vaccinés au départ), les auteurs considérant probablement que des problèmes cardiovasculaires arrivant après trois semaines sont totalement indépendants de la vaccination et se seraient produits de toutes façons, avec ou sans vaccin. De la sorte, tout problème cardiovasculaire survenu *après trois semaines* sera comptabilisé à la charge du groupe témoin (Figure 154).

Figure 154 – Schéma de la méthodologie Epi-phare



Ainsi, si jamais la vaccination augmente le risque cardiovasculaire à moyen terme (au-delà de trois semaines), l'étude rend ce problème complètement invisible. Par ailleurs, puisqu'une écrasante majorité des personnes de l'étude sont des personnes âgées doublement vaccinées dès le début de l'hiver, une écrasante majorité des « périodes témoins » sont le fait de personnes doublement vaccinées au-delà de trois semaines après leur 2^e dose. Or, nous voulons savoir si le vaccin augmente les risques cardiovasculaires à court ou moyen terme et pas uniquement sur trois semaines. Si jamais après la vaccination le nombre d'infarctus augmente de 50 % sur plusieurs mois, cette étude n'est pas capable de le repérer.

Epi-phare laisse un gros indice sur le fait que des problèmes sont masqués (Figure 155). Les vaccins Pfizer et Moderna présentent en effet des sous-risques post-vaccinaux : les risques sont inférieurs à 1. Une lecture rapide ou malhonnête conclura alors que la vaccination apporte une « protection » contre les embolies, les AVC ou les infarctus. Bien évidemment, ce résultat aberrant montre uniquement que les problèmes ont lieu de manière significative en dehors de la plage de contrôle, autrement dit après les trois semaines !

Ici, avec cette méthode, le seul résultat possible de l'étude Epi-phare sera de dire qu'un vacciné a autant de risque de faire un infarctus dans les trois semaines après la vaccination que plus tard.

Pourquoi l'étude Epi-phare ne considère comme période à risque que les trois semaines suivant les injections ? Le

Figure 155 – Calcul des risques par pathologie et délai post-vaccinaux par Epi-phare

Vaccin	Dose (rang)	Exposition	Embolie pulmonaire		Infarctus du myocarde		AVC ischémique		AVC hémorragique	
			Cas	IR (95% IC)	Cas	IR (95% IC)	Cas	IR (95% IC)	Cas	IR (95% IC)
Pfizer	Dose 1	Jour 0	10	0.28 (0.15 ; 0.51)	20	0.23 (0.15 ; 0.36)	16	0.28 (0.17 ; 0.46)	4	0.24 (0.09 ; 0.64)
		Sem. 1	203	0.81 (0.70 ; 0.94)	543	0.91 (0.83 ; 1.00)	329	0.84 (0.75 ; 0.94)	112	0.97 (0.80 ; 1.19)
		Sem. 2	200	0.83 (0.71 ; 0.96)	492	0.86 (0.78 ; 0.94)	366	0.95 (0.85 ; 1.06)	119	1.07 (0.88 ; 1.30)
	Sem. 3	214	0.92 (0.80 ; 1.06)	555	1.00 (0.92 ; 1.10)	362	0.97 (0.87 ; 1.08)	117	1.10 (0.91 ; 1.34)	
	Dose 2	Jour 0	12	0.44 (0.25 ; 0.78)	20	0.30 (0.19 ; 0.47)	13	0.30 (0.17 ; 0.51)	5	0.39 (0.16 ; 0.93)
		Sem. 1	156	0.83 (0.70 ; 0.99)	408	0.89 (0.80 ; 1.00)	279	0.93 (0.81 ; 1.06)	86	0.98 (0.77 ; 1.25)
Sem. 2		178	1.00 (0.85 ; 1.17)	404	0.96 (0.85 ; 1.08)	307	1.00 (0.90 ; 1.12)	71	0.96 (0.87 ; 1.11)	
Moderna	Dose 1	Jour 0	0	0.00 (- ; -)	3	0.19 (0.05 ; 0.75)	3	0.38 (0.11 ; 1.18)	0	0.00 (- ; -)
		Sem. 1	18	0.43 (0.26 ; 0.71)	59	0.78 (0.58 ; 1.05)	42	0.78 (0.55 ; 1.07)	12	0.79 (0.59 ; 1.07)
		Sem. 2	26	0.72 (0.49 ; 1.05)	78	1.06 (0.83 ; 1.37)	40	0.76 (0.54 ; 1.07)	14	0.91 (0.51 ; 1.61)
	Sem. 3	20	0.58 (0.37 ; 0.82)	61	0.87 (0.65 ; 1.14)	42	0.84 (0.60 ; 1.18)	17	1.19 (0.70 ; 2.02)	
	Dose 2	Jour 0	0	0.00 (- ; -)	0	0.00 (- ; -)	1	0.18 (0.01 ; 1.25)	0	0.00 (- ; -)
		Sem. 1	36	1.31 (0.90 ; 1.91)	46	0.85 (0.61 ; 1.18)	45	1.15 (0.82 ; 1.62)	10	1.08 (0.56 ; 2.00)
Sem. 2		23	0.88 (0.56 ; 1.40)	61	1.21 (0.80 ; 1.82)	41	1.12 (0.77 ; 1.62)	4	0.45 (0.16 ; 1.23)	
Sem. 3	21	0.89 (0.56 ; 1.40)	49	1.07 (0.79 ; 1.45)	27	0.84 (0.56 ; 1.26)	6	0.89 (0.29 ; 1.68)		
Janssen	Dose 1	Jour 0	1	0.82 (0.12 ; 6.80)	3	0.98 (0.30 ; 3.20)	3	1.56 (0.37 ; 6.66)	0	0.00 (- ; -)
		Sem. 1	7	0.84 (0.40 ; 2.21)	33	1.57 (1.02 ; 2.44)	14	0.78 (0.43 ; 1.43)	6	1.28 (0.48 ; 3.61)
		Sem. 2	3	0.42 (0.13 ; 1.32)	34	1.75 (1.16 ; 2.62)	19	1.09 (0.66 ; 1.81)	6	1.59 (0.80 ; 4.21)
		Sem. 3	6	0.80 (0.37 ; 2.16)	23	1.24 (0.77 ; 1.98)	9	0.55 (0.28 ; 1.07)	4	1.23 (0.41 ; 3.71)
AstraZeneca	Dose 1	Jour 0	2	0.22 (0.06 ; 0.80)	7	0.28 (0.13 ; 0.58)	5	0.27 (0.11 ; 0.65)	1	0.17 (0.02 ; 1.24)
		Sem. 1	94	0.84 (0.69 ; 1.01)	178	1.00 (0.84 ; 1.18)	118	0.92 (0.78 ; 1.11)	38	0.80 (0.56 ; 1.15)
		Sem. 2	94	1.41 (1.13 ; 1.75)	251	1.29 (1.11 ; 1.51)	154	1.33 (0.97 ; 1.87)	43	1.06 (0.77 ; 1.40)
	Sem. 3	81	1.22 (0.97 ; 1.54)	180	1.04 (0.88 ; 1.23)	127	0.94 (0.78 ; 1.13)	32	0.80 (0.55 ; 1.15)	
	Dose 2	Jour 0	0	0.00 (- ; -)	6	0.34 (0.15 ; 0.75)	7	0.44 (0.21 ; 0.94)	3	0.75 (0.24 ; 2.38)
		Sem. 1	44	0.98 (0.89 ; 1.08)	130	0.86 (0.56 ; 1.52)	114	1.05 (0.88 ; 1.26)	26	0.95 (0.80 ; 1.14)
Sem. 2		55	1.29 (0.94 ; 1.78)	129	0.84 (0.53 ; 1.34)	91	0.88 (0.69 ; 1.12)	34	1.36 (0.80 ; 2.07)	
Sem. 3	47	1.22 (0.87 ; 1.71)	122	0.89 (0.54 ; 1.47)	75	0.83 (0.64 ; 1.06)	21	0.95 (0.58 ; 1.57)		

groupement doit justifier ce choix et faire l'étude complète sur toute la période post-vaccinale.

Epi-phare évite encore de regarder les décès toutes causes

Epi-phare évite encore une fois de regarder les décès toutes causes post-vaccination. Nous avons déjà fait ce constat concernant leur étude vantant l'efficacité des vaccins et nous sommes obligés de le redire à propos de celle-ci. En ne considérant que les accidents cardiovasculaires déclarés par les hôpitaux et majoritairement de personnes de plus de 60 ans, Epi-phare ne regarde pas s'il peut exister une sous-déclaration. Par exemple, il pourrait y avoir des personnes qui décèdent seules chez elles, sans que personne ne sache si elles ont eu un accident

cardiovasculaire. Il y a pourtant une manière simple de regarder si la vaccination a un impact positif sur la santé et si elle n'est pas dangereuse : il suffit d'étudier tous les décès déclarés à l'état civil selon le statut vaccinal.

Si jamais la vaccination a un intérêt pour la santé, on devrait trouver facilement que le taux de survie des vaccinés est supérieur à celui des non-vaccinés. Pourquoi depuis un an le ministère de la Santé refuse-t-il de faire cette étude et préfère-t-il calculer des ratios complexes ? Y a-t-il quelque chose à cacher ?

Si jamais la vaccination est inoffensive, il suffit de vérifier qu'il n'y a aucun lien entre la date de vaccination et la date de décès. Pour cela, on calcule le délai entre vaccination et décès de toutes les personnes décédées depuis un an (plusieurs centaines de milliers de personnes) et on vérifie qu'il y a autant de décès à $j + 1$, $j + 2$ ou $J + 100$ après la vaccination. Pourquoi le ministère refuse-t-il également de réaliser cette simple vérification ?

Par ailleurs, Epi-phare n'a publié aucune statistique sur la qualité des données hospitalières qu'il a utilisées. Le rapport méthodologique de la Drees sur les appariements entre la base des personnes testées (Sidep) et la base des personnes vaccinées (Vacsii)¹ montre jusqu'à 60 % de non-appariements pour les femmes âgées. Toutes ces personnes sont alors considérées non-vaccinées. Autrement dit, dans certaines tranches d'âge, un non-vacciné est le plus souvent une personne au statut vaccinal inconnu. Epi-phare doit être transparent sur la qualité de ses bases.

1. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/exploitation-des-appariements-entre-les-bases-si-vic-si-dep-et-vac-si-des>

L'étude permet-elle réellement de distinguer les vaccinés des non-vaccinés ?

L'étude montre un sur-risque pour les vaccins Janssen et AstraZeneca

Malgré tous les problèmes méthodologiques que nous venons de voir, l'étude Epi-phare montre un sur-risque pour les vaccins Janssen et AstraZeneca (Figure 156) :

- augmentation significative du risque d'infarctus deux semaines après la 1^{re} injection pour les deux vaccins;
- augmentation significative du risque d'embolie pulmonaire deux semaines après la 1^{re} injection pour AstraZeneca.

Figure 156 – Calcul des risques par pathologie et délai post-vaccinaux par Epi-phare

Vaccin	Dose (rang)	Exposition	Embolie pulmonaire		Infarctus du myocarde		AVC ischémique		AVC hémorragique		
			Cas	IR (95% IC)	Cas	IR (95% IC)	Cas	IR (95% IC)	Cas	IR (95% IC)	
BNT162b2	Dose 1	Jour 0	10	0,28 (0,15 ; 0,51)	20	0,23 (0,15 ; 0,36)	16	0,28 (0,17 ; 0,46)	4	0,24 (0,09 ; 0,64)	
		Sem. 1	208	0,61 (0,70 ; 0,94)	543	0,91 (0,88 ; 1,00)	329	0,84 (0,74 ; 0,94)	112	0,87 (0,80 ; 1,19)	
		Sem. 2	200	0,83 (0,71 ; 0,96)	492	0,86 (0,78 ; 0,94)	366	0,95 (0,85 ; 1,06)	119	1,07 (0,88 ; 1,30)	
		Sem. 3	214	0,92 (0,80 ; 1,06)	555	1,00 (0,92 ; 1,10)	382	0,97 (0,87 ; 1,08)	117	1,10 (0,91 ; 1,34)	
	Dose 2	Jour 0	12	0,44 (0,25 ; 0,78)	20	0,30 (0,19 ; 0,47)	13	0,30 (0,17 ; 0,51)	5	0,39 (0,16 ; 0,93)	
		Sem. 1	156	0,83 (0,70 ; 0,99)	408	0,89 (0,80 ; 1,00)	279	0,93 (0,81 ; 1,06)	86	0,98 (0,77 ; 1,25)	
		Sem. 2	178	1,00 (0,85 ; 1,17)	404	0,95 (0,85 ; 1,06)	307	1,09 (0,96 ; 1,23)	71	0,86 (0,67 ; 1,11)	
		Sem. 3	182	1,00 (0,84 ; 1,18)	398	1,01 (0,91 ; 1,12)	274	1,05 (0,92 ; 1,20)	84	1,15 (0,91 ; 1,44)	
	mRNA-1273	Dose 1	Jour 0	0	0,00 (- ; -)	2	0,19 (0,05 ; 0,75)	3	0,38 (0,12 ; 1,18)	0	0,00 (- ; -)
			Sem. 1	18	0,43 (0,26 ; 0,71)	58	0,78 (0,59 ; 1,03)	42	0,76 (0,55 ; 1,07)	12	0,79 (0,39 ; 1,37)
			Sem. 2	26	0,72 (0,48 ; 1,08)	78	1,06 (0,83 ; 1,37)	40	0,76 (0,54 ; 1,07)	14	0,81 (0,51 ; 1,61)
			Sem. 3	20	0,58 (0,37 ; 0,92)	61	0,87 (0,66 ; 1,14)	42	0,84 (0,60 ; 1,18)	17	1,19 (0,70 ; 2,02)
Dose 2		Jour 0	0	0,00 (- ; -)	0	0,00 (- ; -)	1	0,18 (0,02 ; 1,25)	0	0,00 (- ; -)	
		Sem. 1	36	1,31 (0,90 ; 1,91)	46	0,85 (0,61 ; 1,18)	45	1,15 (0,82 ; 1,62)	10	1,06 (0,56 ; 2,00)	
		Sem. 2	23	0,88 (0,56 ; 1,40)	61	1,21 (0,90 ; 1,62)	41	1,12 (0,77 ; 1,62)	4	0,45 (0,16 ; 1,23)	
		Sem. 3	21	0,89 (0,56 ; 1,40)	49	1,07 (0,79 ; 1,45)	27	0,84 (0,56 ; 1,26)	6	0,69 (0,29 ; 1,68)	
Ad26.COV2.5 Janssen		Dose 1	Jour 0	1	0,92 (0,12 ; 6,98)	3	0,98 (0,30 ; 3,20)	3	1,16 (0,37 ; 3,66)	0	0,00 (- ; -)
			Sem. 1	7	0,84 (0,40 ; 2,21)	33	1,57 (1,02 ; 2,44)	14	0,78 (0,48 ; 1,41)	6	1,28 (0,46 ; 3,61)
			Sem. 2	3	0,42 (0,13 ; 1,32)	34	1,75 (1,16 ; 2,62)	19	1,09 (0,66 ; 1,81)	6	1,59 (0,60 ; 4,21)
			Sem. 3	6	0,89 (0,37 ; 2,16)	23	1,24 (0,77 ; 1,98)	9	0,55 (0,28 ; 1,07)	4	1,23 (0,41 ; 3,71)
	ChAdOx1 nCoV-19 AstraZeneca	Dose 1	Jour 0	2	0,22 (0,06 ; 0,89)	7	0,28 (0,13 ; 0,58)	5	0,27 (0,11 ; 0,65)	1	0,17 (0,02 ; 1,24)
			Sem. 1	54	0,84 (0,63 ; 1,10)	178	1,00 (0,84 ; 1,18)	118	0,92 (0,76 ; 1,11)	39	0,80 (0,56 ; 1,15)
			Sem. 2	94	1,41 (1,13 ; 1,75)	231	1,29 (1,11 ; 1,51)	154	1,15 (0,97 ; 1,37)	43	1,05 (0,77 ; 1,46)
			Sem. 3	81	1,22 (0,97 ; 1,54)	189	1,04 (0,88 ; 1,23)	127	0,94 (0,78 ; 1,13)	32	0,80 (0,55 ; 1,15)
		Dose 2	Jour 0	0	0,00 (- ; -)	8	0,34 (0,15 ; 0,75)	7	0,44 (0,21 ; 0,94)	3	0,75 (0,24 ; 2,36)
			Sem. 1	44	0,98 (0,69 ; 1,38)	138	0,86 (0,56 ; 1,32)	114	1,05 (0,85 ; 1,30)	26	0,96 (0,60 ; 1,54)
			Sem. 2	55	1,29 (0,94 ; 1,78)	129	0,84 (0,53 ; 1,34)	91	0,88 (0,69 ; 1,12)	34	1,36 (0,89 ; 2,07)
			Sem. 3	47	1,22 (0,87 ; 1,71)	122	0,89 (0,54 ; 1,47)	75	0,83 (0,64 ; 1,06)	21	0,95 (0,58 ; 1,57)

Epi-phare dévoile donc que ces deux vaccins ne sont pas « sûrs ». Ils comportent des risques significatifs et les Français ont bien servi de cobayes. L'État français est pris en flagrant délit de mensonge. La seule défense d'Epi-phare est de dire que ces vaccins sont « peu utilisés en France », manquant singulièrement de respect pour les millions de personnes qui les ont reçus.

L'État doit répondre à des interrogations légitimes : ces vaccins ne seraient-ils pas finalement interdits de manière non officielle aujourd'hui ? Maintenant que leur caractère dangereux est avéré, quelle reconnaissance les victimes et leurs familles recevront-elles ?

Rappelons que ces deux vaccins ont été offerts en grand nombre par la France à des pays pauvres (dispositif Covax¹). N'est-il pas cynique de « fourguer » à ces pays des vaccins assurément risqués ? D'après l'Onu², « Chaque jour, 25 000 personnes, dont plus de 10 000 enfants, meurent de la faim et des causes associées. On estime que 854 millions de personnes sont sous-alimentées dans le monde et que la hausse des prix risque de faire basculer 100 millions de personnes supplémentaires dans la pauvreté et la faim » : n'y a-t-il pas mieux à faire que d'envoyer des seringues contenant un produit visant à protéger les plus de 85 ans d'une maladie respiratoire ?

Finalement, cette étude Epi-phare pose plus de questions

1. https://www.lemonde.fr/planete/article/2021/09/09/en-france-le-vaccin-d-astrazeneca-sert-desormais-exclusivement-a-alimenter-covax_6094017_3244.html).

2. <https://www.un.org/fr/chronicle/article/chaque-jour-25-000-personnes-meurent-de-faim>

qu'elle n'apporte de réponses. C'est la deuxième fois que le groupement Epi-phare choisit soigneusement une méthodologie contestable. La première fois c'était pour surévaluer l'efficacité vaccinale, aujourd'hui c'est pour minimiser les dégâts post-injections. Non seulement l'impact sur les jeunes n'a pas été étudié, contrairement à ce que laisse supposer le titre de l'étude, mais en plus les dégâts des vaccins à adénovirus sont clairement visibles. Quelle preuve supplémentaire faut-il attendre pour prendre les décisions qui s'imposent depuis plusieurs mois ?

9. La prise de pouvoir de la finance et du grand capital sur la science et la médecine



a. Retour sur le scandale H1N1

*Chapitre co-écrit avec Florence Pisani,
agrégée d'Histoire*

Il y a dix ans, une enquête parlementaire du Sénat a permis de faire la lumière sur le plus gros scandale sanitaire jusqu'à 2020 : la pseudo pandémie de grippe H1N1. En effet, en 2009 a eu lieu la « première pandémie » du XXI^e siècle. Cet épisode a finalement laissé peu de traces dans les mémoires. Pourtant, tous les ingrédients de ce qui s'est révélé être une arnaque monumentale devraient réapparaître aujourd'hui dans nos mémoires pour mieux nous faire comprendre ce que nous vivons. Après cet épisode, en 2010, le Sénat a publié un rapport d'enquête parlementaire¹ permettant d'expliquer les mauvaises décisions qui avaient été prises. Nous y retrouvons la critique des modèles mathématiques utilisés, farfelus et alarmistes, les conflits d'intérêts entre les scientifiques des plateaux de télévision, l'OMS et les laboratoires pharmaceutiques, le tout ayant abouti à une campagne vaccinale aussi chère qu'inefficace.

1. <https://www.senat.fr/rap/r09-685-1/r09-685-1.html>

« Le désir de pandémie »

Le premier élément frappant du rapport du Sénat est le choix de ses titres. Ils dénoncent franchement la supercherie de la « pandémie » H1N1. La deuxième partie du premier chapitre s'intitule « **II. LA PANDÉMIE ANNONCÉE EST-ELLE DEVENUE UNE PANDÉMIE ATTENDUE ?** ». Le titre de la première section est encore plus explicite : « **A. UNE PANDÉMIE DE GRIPPE H5N1 POUR LAQUELLE LES ÉTATS, LES EXPERTS ET LES LABORATOIRES SE SONT PRÉPARÉS ET QUI N'EST PAS ARRIVÉE** ». On y montre que certains scientifiques sont, en fait, en attente d'une pandémie. Il s'agit d'être le premier à prévenir de l'arrivée de la catastrophe de façon à en tirer de la notoriété. C'est l'objet du développement de la première sous-section : « 1. Les prédictions scientifiques sont-elles devenues inconsciemment des espérances ? ».

« [...] Beaucoup d'interlocuteurs de la commission d'enquête ont insisté sur les mécanismes ayant abouti à la préparation collective des esprits, et notamment de la communauté scientifique, à l'émergence d'un risque pandémique de type H5N1, tendant à transformer inconsciemment ce qui ne sont que des prédictions scientifiques en une sorte de « désir de pandémie » et qui a incité les experts à considérer ce qui n'apparaît aujourd'hui que comme le réassortiment d'un virus ancien, comme le facteur déclenchant de cette pandémie attendue.

Ces mécanismes, assez difficilement saisissables, semblent étroitement liés aux spécificités du domaine de la recherche. D'une certaine manière, en effet, *plus on est capable, techniquement, de chercher des anomalies, plus on en cherche et plus on en trouve sans qu'elles soient pour autant pertinentes*. C'est ce qu'indiquait M. Yves Charpak aux membres de la commission d'enquête : « On prédit l'épidémie et sa dangerosité avant qu'elle ne se manifeste cliniquement et ne se confirme avec la détection d'un nouveau variant. Il y a un nouveau variant, il va se mettre à circuler, on va le suivre. Autrement dit, malheureusement, plus on a de laboratoires de recherche, de surveillance en réseaux dans le monde, ce qui est une bonne chose (parce que l'on est capable d'alerter plus précocement et de se protéger mieux), plus on aura des alertes, éventuellement peu significatives. ». C'est ce que M. Peter Doshi qualifie de « vigilance partisane » via laquelle vigilance et anxiété peuvent précipiter les événements plus que la maladie elle-même. »

Aujourd'hui, la situation est la même. Tous les laboratoires sont focalisés sur la recherche du « nouveau variant » permettant de passer de l'ombre à la lumière. Évidemment, si tous les laboratoires concentrent leurs efforts sur ce sujet, il y aura toujours un laboratoire pour trouver un nouveau variant quelque part et remettre une pièce dans la machine. Le dernier en date, le variant Omicron séquencé en Afrique du Sud¹ aura fait couler beaucoup d'encre. D'autres ont précédé et d'autres suivront : cela apporte-t-il quelque chose à la prise en charge des patients ?²

Le rapport du Sénat va plus loin. Il critique le fonctionnement des publications scientifiques, par lequel les chercheurs sont poussés à écrire des articles qui vont « dans le sens du vent ». Dès lors, la recherche scientifique est orientée par un effet boule de neige, comme expliqué page 34 :

« [...] **cette préparation collective**, notamment de la communauté scientifique, à l'émergence d'une pandémie **s'est auto-alimentée**, comme le soulignait M. Jérôme Sclafer, **avec l'accroissement de l'activité éditoriale autour de ce sujet** : selon la base de données américaine *Medline* qui répertorie les principales revues médicales, si deux publications seulement en moyenne par an, dans les années 1980, portaient un titre contenant l'expression « grippe pandémique », en 1997, dix-huit publications avec un tel titre ont accompagné l'alerte sur la grippe de Hong Kong. L'intérêt pour ce concept a encore augmenté à partir de 2003 puisque cinquante et une publications ont titré sur la grippe pandémique en 2004, cent vingt-quatre en 2005, puis plus de deux cents par an à partir de 2006. Il résulte de ces différents mécanismes **qu'il ne s'agit finalement plus de savoir SI la pandémie va se produire, mais QUAND, faisant de la**

1. <https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/decouverte-de-l-omicron-on-s-est-dit-que-c-etait-une-erreur-7fcee2f6-544a-11ec-a757-a812cb0c2b29#:~:text=Jinal%20Bhiman%2C%20chercheuse%20%C3%A0%20l,e%20g%C3%A9nome%20du%20nouveau%20variant.>

2. <https://www.france24.com/fr/afrique/20211231-covid-19-pas-de-pic-de-d%C3%A9c%C3%A8s-d%C3%A9cel%C3%A9-apr%C3%A8s-lavague-omicron-en-afrique-du-sud>

pandémie de grippe à venir un événement à la fois très probable et lourd de conséquences. C'est la logique qui ressort de l'avis du HCSP du 5 septembre 2008 qui indique : *«aujourd'hui, la probabilité de survenue d'une pandémie est élevée sans qu'il soit possible d'en prédire la date de survenue et son intensité»*. L'arrivée d'une pandémie est perçue comme quasi inévitable. »

La littérature scientifique ainsi auto-alimentée peut générer une prophétie autoréalisatrice. À force de produire des discours alarmistes, le moindre signal peut être identifié comme le début de la catastrophe prédite par les intervenants de ces publications renommées.

Le rapport du Sénat montre aussi que les laboratoires de l'industrie pharmaceutique « espéraient bien » une pandémie, puisqu'ils avaient lourdement investi préventivement pour y faire face, comme expliqué dans la sous-section « 2. Les importants investissements de l'industrie pharmaceutique pour se préparer à une pandémie de grippe H5N1 », page 35 :

« Au total, les représentants des laboratoires entendus par votre commission d'enquête ont fait état d'**investissements compris entre 1,5 et 2,5 milliards d'euros**, par laboratoire, ces dernières années au titre de leur préparation à une éventuelle pandémie. Les représentants du laboratoire Roche ont indiqué, quant à eux, que **la capacité de production mondiale de Tamiflu** a été multipliée par vingt ces dernières années.

Ce fort investissement à tous les niveaux, aussi bien politique que scientifique, explique sans doute en partie que tous les acteurs intervenant dans la gestion des crises sanitaires attendaient cette menace et que dès l'annonce de l'apparition des premiers cas de grippe A (H1N1), il était difficile d'imaginer autre chose que l'émergence d'une pandémie. »

L'industrie pharmaceutique vise la rentabilité. Il ne s'agit pas d'organisations philanthropiques mais d'établissements financiers. Il est évident que ses investissements n'ont pas lieu sans de sérieuses garanties de rentabilité future. Le point de vue de ces mastodontes économiques

sur les enjeux de santé peut donc logiquement peser lourd dans les analyses des États, dont ils sont les partenaires réguliers de discussion et d'action en matière de santé publique.

L'abandon de la notion de gravité : première mise en cause de l'OMS

Cela a été dit de nombreuses fois concernant ce que nous vivons depuis deux ans : toutes les mesures sont prises en fonction d'un nombre supposé de personnes exposées à un risque de décès (cas covid *via* test PCR), indépendamment du risque réel de décès. Il y a une vraie différence entre être porteur d'un virus et être malade. Il y a aussi une vraie différence entre être faiblement malade et être à l'article de la mort, ou mort.

Le rapport du Sénat de 2010 dénonce l'absence du facteur de gravité dans les vues de l'OMS, toujours dans le même chapitre, dans la deuxième sous-section de la deuxième section : « **2. Une définition de la pandémie au niveau de l'OMS qui n'a pas joué le rôle de «filtre»** », page 40 :

« La définition de la pandémie retenue par l'OMS a également joué un rôle central dans le déclenchement des plans nationaux de préparation au risque pandémique. **En ne retenant pas de critère de gravité, elle n'a pas joué son rôle de "filtre"**.

[...] Les orientations de l'OMS de 2009 définissent clairement la pandémie du seul point de vue de sa diffusion géographique, sans retenir de critère de gravité :

— en phase 5, le virus provoque des *"flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins deux pays d'une même région OMS"* ;

– en phase 6, le virus provoque "des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins un pays d'une autre région de l'OMS".

Cette absence de référence à la notion de gravité a ainsi conduit l'OMS, le 11 juin 2009, à **déclarer le passage en phase 6 du plan de lutte contre la pandémie grippale, tout en reconnaissant que celle-ci était "de gravité modérée".** »

C'est ainsi que l'OMS a déclenché une panique mondiale sans jamais vérifier si les gens infectés ou malades, souffraient d'une situation grave ou mouraient.

Le rapport dénonce précisément le changement de définition de pandémie de l'OMS : c'est cela qui a pu créer de toutes pièces une « fausse pandémie ». Toute la troisième partie du premier chapitre du rapport est d'ailleurs consacrée à l'OMS : « **III. LA MISE EN CAUSE DE L'OMS** ». La première section se consacre aux manquements de l'organisation : « **A. LES REPROCHES ADRESSÉS À L'OMS** ». À la page 45, dans la deuxième sous-section : « **2. La « fausse pandémie »** ».

« Les critiques sur la fausse alerte pandémique ont été renforcées par le changement de définition de la pandémie grippale auquel aurait procédé l'OMS, dans les mois ayant précédé la déclaration du passage en phase 6 le 11 juin 2009. [...] Pour sa part, l'OMS affirme que la définition de base de la pandémie n'a jamais changé. »

Mais le rapport montre, page 46, le changement de définition qui a fait disparaître les critères de gravité et a ainsi permis de déclencher la panique sans le moindre mort. L'OMS est donc prise en flagrant délit de mensonge.

« En 1999

Dans le plan mondial de l'OMS de 1999 de préparation à une pandémie de grippe, une pandémie apparaît lorsque sont réunis des critères géographiques et de gravité :

« La pandémie sera déclarée quand il aura été montré qu'un nouveau sous-type de virus a causé des flambées sérieuses dans au moins un pays et s'est étendu à d'autres pays, avec des types de maladies indiquant qu'une grave morbidité et mortalité sont probables dans au moins un segment de la population » ("The Pandemic will be declared when the new virus sub-type has been shown to cause several outbreaks in at least one country, and to have spread to other countries, with consistent disease patterns indicating that serious morbidity and mortality is likely in at least one segment of the population").

En 2005

Dans le plan mondial de l'OMS de 2005 de préparation à une pandémie de grippe, la pandémie correspond à une *« transmission accrue et durable dans la population générale »*. Si la *« gravité de la maladie »* figure explicitement (note p. 9) parmi les critères permettant de distinguer les phases 3, 4 et 5, les exemples donnés en phase 5 prévoient, en revanche, la possibilité de cas isolés et en nombre limité, avant le déclenchement de la phase 6.

Mais dans la *« Liste de contrôle OMS pour la planification préalable à une pandémie de grippe »* diffusée par l'OMS en avril 2005, la pandémie est définie explicitement par un grand nombre de cas et de décès :

« Une pandémie de grippe survient lorsqu'apparaît un virus nouveau contre lequel le système immunitaire humain est sans défense, donnant lieu à une épidémie mondiale provoquant un nombre considérable de cas et de décès. Le nouveau virus grippal est d'autant plus susceptible de se propager rapidement dans le monde que les transports internationaux ainsi que l'urbanisation et les conditions de surpeuplement s'intensifient. »

En 2009

Le plan mondial 2009 de l'OMS de préparation à une pandémie de grippe définit clairement la pandémie du seul point de vue de sa diffusion géographique :

– en phase 5: des *« flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins deux pays d'une même région OMS »* ;

– en phase 6, le virus provoque *« des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins un pays d'une autre région de l'OMS »*. »

Le rapport sénatorial ne manque pas de souligner, page 41, la disproportion des mesures que la surestimation de la gravité de l'épidémie a entraînée, en 2009 :

« [...] C'est dans un contexte où les certitudes scientifiques étaient faibles que les décisions d'activation des plans de préparation à une pandémie ont été prises pour faire face au risque pandémique. Des mesures lourdes ont parfois été mises en œuvre : certains pays ont émis des conseils aux voyageurs concernant les voyages non obligatoires dans les zones touchées, d'autres ont fermé leurs écoles et certaines entreprises. **Ce que démontrent ces mesures, c'est que les décisions en matière de gestion des risques sanitaires sont assez lourdement influencées par les hypothèses relatives à la nature des pandémies et aux « scénarios du pire » retenus a priori.** »

Il y a dix ans déjà, des projections alarmistes liées à la terreur d'un virus ont servi de justification à des mesures drastiques sans qu'elles soient basées sur une mesure effective du risque encouru par les populations.

Les liaisons dangereuses : seconde mise en cause de l'OMS

En plus de l'abandon de la notion de gravité, l'OMS est lourdement mise en cause dans le rapport du Sénat. Déjà à l'époque les conflits d'intérêts étaient pointés du doigt, ce qui faisait porter le soupçon d'une recherche de profit par certains financeurs de l'OMS plutôt que d'une recherche d'une amélioration de la santé des populations comme démontré dès la page 42 :

« La déclaration, le 11 juin 2009, par la directrice générale de l'OMS d'une pandémie de grippe A (H1N1) – d'emblée considérée comme *« de gravité modérée »*, *« du moins dans ses premiers jours »* – a rapidement suscité des critiques à l'égard de l'OMS, soupçonnée au mieux d'avoir surestimé le risque et recommandé aux États membres des mesures disproportionnées et d'un coût démesuré, au pire d'avoir « inventé » une pandémie sous l'influence des industries pharmaceutiques, désireuses de rentabiliser leurs investissements grâce à l'application des plans nationaux.
[...]

Après avoir d'abord réfuté en bloc ces critiques, considérées comme relevant de « théories du complot », l'OMS semble avoir pris conscience de la nécessité d'en tenir compte, mais les premiers indices de cette prise de conscience sont encore insuffisants. »

On notera au passage que la « théorie du complot » était déjà utilisée, à l'époque, pour discréditer toute personne critique à l'égard des instances officielles.

Mais surtout, le rapport du Sénat met en cause les nombreux conflits d'intérêt touchant l'OMS. La troisième sous-section y est entièrement consacrée : « **3. L'opacité de l'OMS et son incapacité à gérer les conflits d'intérêts** ». Tous ces conflits vont dans le même sens : les financeurs de l'OMS ont intérêt à ce que la pandémie soit déclarée, et à ce qu'une vaccination de masse soit enclenchée. On peut lire à la page 48 :

« a) Des experts de l'OMS en situation de conflits d'intérêts

Les critiques adressées à l'OMS sur son incapacité à gérer les conflits d'intérêts et son opacité, largement partagées et détaillées par le rapport de la commission de l'APCE, ont donné lieu à une enquête approfondie des journalistes Deborah Cohen et Philip Carter, publiée le 3 juin 2010 dans le *British Medical Journal* (BMJ). »

On note que dix ans plus tard, les plus gros donateurs privés de l'OMS¹ sont la Fondation Bill & Melinda Gates pour 455 M\$ et l'Alliance du Vaccin Gavi (détenu majoritairement aussi par le couple Gates) pour 389 M\$. Ainsi, la plus grosse influence sur l'OMS vient d'une seule personne, un milliardaire connu pour être un promoteur de toutes les vaccinations possibles et imaginables, et investissant massivement à cette fin, Bill Gates. Sa fortune s'était effondrée²

1. <https://www.who.int/fr/about/funding/contributors>

2. <https://www.celebritynetworth.com/richest-businessmen/richest-billionaires/bill-gates-net-worth/>

avec l'éclatement de la bulle financière internet au début des années 2000, mais elle a de nouveau atteint des sommets : Bill Gates n'a jamais été aussi riche que depuis qu'il organise des opérations proclamées « caritatives » à l'aide de sa fondation. Il est visiblement plus rentable de « convaincre » des dirigeants de dépenser l'argent de leur pays pour acheter des traitements médicaux et des vaccins, plutôt que de vendre des logiciels aux consommateurs individuels. Donc, en dix ans, la situation ne s'est pas améliorée concernant les conflits d'intérêt de l'OMS, elle a empiré.

Les modèles mathématiques

Déjà en 2009, les modèles mathématiques les plus alarmistes possibles avaient été publiés. Ils se sont tous révélés fantaisistes. Publier un modèle catastrophiste ne peut que profiter à son auteur. En prévoyant le pire, si jamais le pire n'arrive pas, l'auteur pourra toujours dire que c'est grâce à son modèle que les bonnes décisions ont été prises. Si jamais le pire arrive, il pourra toujours dire qu'il l'avait prévu. À l'inverse, l'auteur d'un modèle rassurant prend le risque qu'on lui impute des responsabilités si la réalité est pire que prévue. Le deuxième chapitre du rapport « **CHAPITRE II – CHRONIQUE DE LA PANDÉMIE DÉCLARÉE** » explique l'absence de réalité des modèles à la page 72 :

« Au cours de la pandémie de 2009, deux modèles ont été utilisés en France : celui conçu par l'InVS et l'Inserm à la demande du CLCG [*Comité de Lutte Contre la Grippe, NDLR*] en septembre 2008, dans le cadre de ses réflexions sur l'intérêt d'une vaccination prépandémique, et celui développé par l'équipe de

M. Antoine Flahault, directeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Si seul le premier a servi à formuler des avis officiels, tous deux ont systématiquement surestimé les effets du virus, incitant les pouvoirs publics à persévérer dans l'idée que la vaccination de l'ensemble de la population était nécessaire. Dans son avis du 28 septembre 2009, l'InVS estimait ainsi sur la base de son modèle que **le nombre de décès varierait «entre 6 400 et 96 000 soit 2 à 30 fois plus que la grippe saisonnière»**. M. Flahault, pour sa part, estimait en mai 2009 que **le virus pourrait tuer 30 000 personnes en France**. Or, les données cliniques recueillies à ce jour dénombrent 312 morts.

Avant d'essayer de déterminer les causes de cette surestimation, il convient d'insister sur le fait que **les hypothèses formulées sur la base des modèles n'ont pas de valeur prédictive**. Elles présentent simplement des conséquences possibles à partir des paramètres initiaux du modèle, notamment la contagiosité du virus et ses caractéristiques. M. Flahault lui-même regrette d'ailleurs que *«lorsque nous présentons des «scénarios possibles», nous apparaissons comme des prévisionnistes»*, alors que, comme il l'a souligné lors de son audition, on ne peut pas fonder une politique sur un modèle purement théorique.

Au-delà même de ce problème de compréhension par les autorités de ce qu'est un modèle, **l'absence de corrélation entre les estimations modélisées et la réalité constatée est frappante** : l'estimation la plus optimiste du modèle InVS-Inserm s'est révélée près de vingt fois supérieure à la mortalité réelle. »

Dans ce passage du rapport, on découvre qu'Antoine Flahault a été directement impliqué dans la très large surestimation de l'impact de la grippe H1N1. Dix ans plus tard, il a encore fait partie des plus alarmistes¹ sur la situation sanitaire, et les médias français publient volontiers ses opinions sur la situation Covid, défendant des mesures liberticides, le passe sanitaire² ou la vaccination massive³. Aucune leçon du passé n'a été tirée. Lui-même comme les journalistes semblent avoir oublié la faillite de

1. https://www.liberation.fr/societe/sante/antoine-flahault-loptimisme-actuel-retarde-la-mise-en-oeuvre-de-mesures-visant-a-reduire-les-transmissions-20220201_25QS3XI5T5GOFPP3WWU2SM47U/

2. <https://www.lefigaro.fr/international/antoine-flahault-le-passe-sanitaire-generalise-est-aussi-efficace-qu-un-confinement-20210716>

3. <https://www.illustre.ch/magazine/antoine-flahault-on-ne-sen-sortira-pas-sans-vacciner-les-enfants-et-les-ados>

ses annonces en 2009. Annonces qui ont conduit à un scandale financier et sanitaire dont la collectivité porte encore les traces.

Les modèles mathématiques utilisés ont également été l'un des prétextes pour lancer la vaccination de masse. En effet, ces modèles considèrent *a priori* la vaccination comme efficace contre la transmission d'un virus. Ainsi, en 2009, dès que le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) indiqua que selon lui, par souci d'équité, la vaccination devait être ouverte à tous les Français, comme expliqué page 78, les autorités purent considérer que priver certains Français de la vaccination serait scandaleux...

« Il semble donc que les experts chargés de décider de la meilleure stratégie vaccinale aient considéré la nécessité de vacciner l'ensemble de la population comme une évidence *a priori*, fondée notamment sur des critères éthiques validés par le CCNE, alors que ce n'était pas le cas. [...] **Les autorités publiques, convaincues *a priori*** de la nécessité d'une vaccination universelle, ont interprété en ce sens la réponse d'experts qui l'auraient peut-être recommandée, mais n'ont pas réellement été consultés sur ce sujet essentiel. Au-delà des améliorations à apporter à l'organisation du système d'expertise lui-même, cela doit inciter les autorités publiques à être plus vigilantes à l'usage qu'elles en font. »

La maximisation du risque pandémique

Le rapport du Sénat de 2010 est très clair sur le fait que les prévisions les plus alarmistes ont toujours été privilégiées. Le rapport dénonce d'une part les *a priori* des « experts » interrogés sur le risque pandémique, et d'autre part le faux consensus scientifique qui a paralysé à l'époque toute analyse différente et moins catastrophique. C'est l'objet de la deuxième section de la première partie du deuxième

chapitre du rapport: « **B. DES FACTEURS TENDANT À UNE INTERPRÉTATION MAXIMALISTE DU RISQUE PANDÉMIQUE** », page 79.

« a) L'importance des a priori des experts

Tout d'abord, plusieurs biais ou a priori ont nui à la prise en compte des données qui devenaient au fur et à mesure disponibles concernant les caractéristiques propres à la pandémie A (H1N1).

[...]

b) Un consensus paralysant

Investis de la mission d'intégrer l'ensemble des données qui devenaient progressivement disponibles, mais aussi de répondre dans des délais très brefs – parfois 48 heures – aux saisines constantes de la DGS, les membres du CLCG se sont rendus extrêmement disponibles. [...]

Mais cela a eu pour conséquence involontaire **d'écarter les procédures par lesquelles un débat critique peut plus facilement s'instaurer, et a renforcé une dynamique de consensus qui n'était pas propice à l'examen critique systématique des données.** [...]

Les rivalités entre scientifiques ont pu accentuer la tendance à privilégier les hypothèses maximalistes. »

Dix ans plus tard, on constate encore que seuls les articles les plus alarmistes sont diffusés par les grands médias et les revues scientifiques. Des articles médiocres méthodologiquement, mais prévoyant des hécatombes et défendant les politiques de confinement sont publiés, pendant que les articles relativisant les impacts de la mortalité ou discutant du lien entre les actions publiques menées et les bénéfices constatés sont écartés. Le conformisme et la censure n'ont certes pas reculé depuis 2009.

Il y a dix ans, nous dit le rapport du Sénat, ceux qui ne s'étaient pas trompés sur la maladie, c'étaient les non-spécialistes, et particulièrement les médecins de terrain qui soignaient comme montré à la page 82 :

« 2. La perception plus juste des non-spécialistes

Dans l'ensemble, on doit constater que ceux qui ont pris la mesure exacte du virus étaient des scientifiques qui n'étaient pas spécialistes de la grippe. [...] Les acteurs de terrain, eux, ne se sont pas trompés, et ont mis en place spontanément une réponse plus adaptée à la réalité de la maladie. [...] Dans l'ensemble, les médecins généralistes, alors qu'ils n'avaient pas été chargés de conduire la vaccination antigrippale, ont fait face à la pandémie en assurant l'essentiel des soins. 900 000 consultations liées à la grippe A (H1N1) ont eu lieu pendant la période pandémique : il est remarquable que, comme l'a reconnu la ministre de la santé, cela n'ait pas entraîné de surcharge du système hospitalier, alors qu'on estime en général qu'une épidémie génère des désordres dans le système hospitalier à partir de 700 000 consultations supplémentaires en médecine de ville. **Les médecins généralistes ont donc particulièrement bien géré la réponse à apporter à la pandémie, et ils ont su rassurer leurs patients, évitant un engorgement du système de soins.** »

Chacun a pu constater que dix ans plus tard, les décisions prises ont été exactement l'inverse de celles préconisées par ce rapport. En interdisant aux médecins de ville de soigner les malades, le ministère de la Santé a désorganisé l'accès aux soins. Les hôpitaux ont été vidés de leurs patients, devant annuler nombre d'opérations prévues pour faire place aux patients Covid-19. Nous savons aujourd'hui grâce aux rapports de l'ATIH que l'année 2020 est l'année record de sous-utilisation de nos capacités hospitalières (comme vu au chapitre 2). C'est l'année où les Français ont le moins été soignés. Mais les hôpitaux ont dans le même temps vu affluer des patients Covid-19 qu'ils n'auraient jamais dû avoir à prendre en charge, si leurs médecins traitants les avaient soignés et accompagnés. Le Conseil Scientifique lui-même a montré que beaucoup de morts Covid-19 sont des patients arrivés trop tard, faute d'avoir vu un médecin avant¹. Et tout cela

1. <https://youtu.be/79E-bureKo8>

continue depuis deux ans et plus, et risque de continuer encore, malgré les préconisations faites il y a dix ans déjà.

Les conflits d'intérêt : vacciner pour guérir ou parce qu'il faut vacciner ?

Les conflits d'intérêt dénoncés par le rapport de 2010 couvrent deux champs. Les liens entre les experts publics et l'industrie pharmaceutique sont dénoncés dans la troisième section de la première partie du deuxième chapitre : « C. LA QUESTION INCONTOURNABLE DE LA GESTION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS », page 85 :

« Bien qu'aucun élément dont elle dispose ne permette à la commission d'enquête de conclure que des préconisations aient été faites en raison des liens d'intérêt de certains experts, elle ne peut que constater que la pandémie de grippe liée au virus A (H1N1) a été l'occasion d'une remise en cause sévère de l'expertise publique dans l'opinion en raison des liens d'intérêt de la majorité des experts avec l'industrie pharmaceutique. »

Les liens obscurs ayant conduit à privilégier la vaccination de masse, en dépit de toute logique sanitaire sont l'objet de la deuxième partie du deuxième chapitre : « II. LA CAMPAGNE DE VACCINATION », à partir de la page 96 :

« La vaccination ne figurait qu'en quatrième position dans la stratégie sanitaire de réponse à la pandémie définie par le plan national « Pandémie grippale », après l'organisation générale du système de soins, les mesures d'hygiène et de protection individuelle, le recours aux antiviraux et autres médicaments – et cette place était logique puisqu'elle ne pouvait être mise en œuvre immédiatement. Elle a cependant monopolisé l'attention et pris d'emblée une place prépondérante dans le débat sur la politique de lutte contre la pandémie et sur la perception publique de l'action gouvernementale. [...] »

En France – comme dans tous les pays concernés de l'hémisphère Nord, la stratégie de réponse vaccinale a été préparée « sur la base du scénario le plus défavorable », dans l'urgence et sous la pression de l'événement. »

Ainsi, en 2009, la vaccination est passée du statut d'outil potentiel à celui d'objectif unique et incontournable. Ce schéma résonne singulièrement à nos oreilles aujourd'hui, évidemment ... Le titre de la deuxième section de la deuxième partie du deuxième chapitre se suffit à lui-même : « **B. UNE STRATÉGIE VACCINALE FIGÉE PAR LES CONTRATS PASSÉS AVEC LES FOURNISSEURS DE VACCINS** ».

En 2010, le Sénat constatait qu'une fois commandées des millions de doses de vaccins, les États n'avaient plus logiquement qu'à tenter de les écouler et de justifier leur commande, quel que soit le décalage avec les nécessités constatées *a posteriori*, voire le décalage qualitatif entre la promesse du produit acheté et celle du produit reçu et testé.

Là encore, voilà qui peut résonner à nos oreilles aujourd'hui... En 2021 déjà, mais encore plus en 2022 quand, face à un variant omicron présenté comme très éloigné de la souche originelle du virus SARS-COV-2, les autorités promeuvent l'écoulement des stocks disponibles commandés, version virus 2019 !

Par ailleurs, on soulignera qu'en lieu de transparence améliorée depuis 2009, les contrats qui lient les États et les laboratoires sont désormais secrets. La seule nouveauté est que les négociations ont dorénavant lieu directement depuis le portable de la Présidente de la Commission Européenne¹ et qu'elle refuse, en dépit des demandes de la médiatrice européenne, de révéler le contenu des SMS échangés avec A. Bourla.

1. https://www.lexpress.fr/actualite/monde/europe/textos-echanges-avec-le-pdg-de-pfizer-les-petits-secrets-d-ursula-von-der-leyen_2167051.html

Une vaccination massive, cela rapporte énormément à certains, cela coûte d'autant à tous les autres – les contribuables. On aurait pu l'oublier en 2020- 2022, car personne ne semble trop enclin à se pencher sur ce sujet, mais c'était un peu le nerf déclencheur du rapport sénatorial de l'époque, comme détaillé dans la sous-section « 1. Le coût de la vaccination pandémique », page 124 :

« Le chiffrage du coût de la campagne de vaccination que fait apparaître le tableau ci-après – 602 millions d'euros – ne peut donc être considéré que comme un ordre de grandeur. Il suffit cependant à indiquer le coût important d'une telle opération, qui doit notamment inciter, si l'on était amené à la renouveler, à s'interroger sur les moyens de mieux ajuster aux besoins l'importance des achats de vaccins et d'optimiser, en termes d'organisation mais aussi de coût, le dispositif de vaccination. »

602 millions, est-ce ce que nous ont coûté, en 2021, les contrats avec les laboratoires fournisseurs de vaccins ? Est-ce qu'on y ajoute les achats supplémentaires et les promesses d'achat pour 2022-2023 ? Absolument pas. On est tout à fait hors mesure, désormais. Des injections nécessaires pour toute la population, vraiment ?

Pourquoi est-il légitime de s'interroger sur l'opportunité d'une politique vaccinale de masse ? Le rapport du Sénat nous l'explique amplement, en dehors même de tout aspect financier dans la sous-section « 2. La place de la vaccination dans la lutte contre la pandémie », page 127 :

« Cette première expérience permet cependant de s'interroger sur la possibilité de disposer à temps de vaccins, sur l'utilité de la vaccination – notamment dans un cas comme celui du virus A (H1N1), globalement peu pathogène mais pouvant cependant provoquer des cas graves de surinfection virale – d'envisager des pistes de réflexions sur les moyens de définir un usage plus efficace de la vaccination pandémique.

a) Les limites de l'efficacité des campagnes de vaccination**Les délais de mise à disposition des vaccins**

En France, la vaccination a débuté trop tard pour que les premiers vaccinés soient immunisés avant le début de la vague épidémique [...]

Comme le rappellent à plusieurs reprises tant les avis du CLCG que ceux du HCSP, une vaccination de masse ne présente d'intérêt collectif que si elle est achevée avant l'arrivée du virus, afin d'obtenir un effet « barrière » qui empêche sa circulation au sein de la population. Une fois le virus circulant, la vaccination présente un intérêt pour la protection individuelle des personnes. Faire prévaloir l'argument éthique aboutissait à écarter cette donnée fondamentale. Ce mélange des domaines, éthique et technique, est donc source de confusions, et ne peut que nuire à l'élaboration de la décision politique, qui doit avoir une perception claire des différentes données pour juger de leur importance relative. »

Le rapport concluait, « *après l'audition des meilleurs experts disponibles en France* », qu'il n'y a pas le moindre intérêt collectif à « vacciner une population une fois un virus installé sur son territoire ». Cela n'a pas empêché les autorités d'initier ce schéma pour la Covid-19, alors que plusieurs experts avaient alerté sur le danger d'une telle décision et que son échec était d'avance connu.

Quelle que soit la capacité spécifique des injections anti Covid-19 à ralentir les contagions – le rapport de 2010 prévoyait déjà que celle-ci serait nulle – aucun vaccin n'aurait de toutes les façons pu se prévaloir d'une telle efficacité. Selon la théorie vaccinale, on ne vaccine qu'à titre préventif, au niveau collectif (voire au niveau individuel) : comment une préconisation médicale aussi classique a-t-elle pu être ignorée, sauf à ce que des mesures « exceptionnelles » aient été promues ? Les mêmes qui faisaient valoir l'urgence de la vaccination massive contre la grippe H1N1 ?

On redécouvre enfin, qu'il y a dix ans, il n'était pas tabou de dire que les vaccins antigrippaux n'ont pas apporté une preuve suffisante de leur intérêt sanitaire, comme

on peut le constater dans la préconisation « **Mener des recherches sur l'efficacité des vaccins antigrippaux** », page 129. Aujourd'hui, la moindre remise en cause de l'efficacité d'une injection vaccinale est considérée comme relevant du négationnisme.

« L'efficacité clinique des vaccins antigrippaux est, au mieux, considérée comme incertaine.

Il conviendrait donc de lancer des recherches sur l'efficacité des vaccins antigrippaux, notamment en suivant des cohortes de personnes vaccinées. Il semble en effet inutile de lancer des campagnes de vaccination qui n'apporteraient pas de protection réelle contre la maladie, et pourraient de surcroît inciter à négliger les mesures d'hygiène qui demeurent nécessaires. »

En conclusion, la pandémie H1N1 est née d'un désir catastrophiste, qui aurait pu accoucher de nombreux morts statistiques et d'une vaccination massive sans l'intervention (innocente) des professionnels de santé : on leur a dit que c'était un virus de grippe, ils l'ont soigné ! Tss... Personne ne leur avait dit qu'il fallait laisser leurs patients à risque aggraver leur état à domicile !

Le désir de pandémie a été nourri par des politiques assujettis à leurs cabinets de conseil, par des laboratoires pharmaceutiques voulant rentabiliser leurs investissements, par des scientifiques désirant voir leurs compétences promues, par des médias arrimés aux agences de presse et aux communiqués de presse des personnes influentes.

Tout ce petit monde fonctionnait déjà en 2009... Il carbure plein pot depuis 2020.

Écrire un nouveau rapport parlementaire ? Le plus simple serait de reprendre celui concernant le H1N1, en changeant le nom de la maladie !

En revanche, cette fois-ci il serait bon que le rapport devienne opérationnel, pour éviter aux Français une énième dose de totalitarisme sous prétexte sanitaire.

**b. La nouvelle pièce essentielle du puzzle :
les cabinets de conseil**

Le 20 mars 2022, l'association Bon Sens¹ et le Collectif des syndicats et associations professionnels européens² (CSAPE), avec leur avocat Me Martine Baheux, ont déposé plainte³ devant le Pôle financier du Tribunal judiciaire de Paris⁴. Les plaignants relèvent les liens entre le président du Conseil constitutionnel et le cabinet de conseil McKinsey dirigé en France par son propre fils, ainsi que les liens entre ce même cabinet et l'État. Ces relations étroites entachent aussi bien l'écriture de toutes les lois d'exception promulguées depuis le début de la crise Covid-19, que leur validation par le Conseil constitutionnel. La plainte concerne également une atteinte aux intérêts supérieurs de la Nation par des actes d'intelligence de responsables publics avec une puissance étrangère, la société McKinsey France, elle-même filiale de McKinsey Inc., une société américaine. Cette plainte fait suite au rapport en 2021 de la Commission d'enquête du Sénat⁵ sur l'influence crois-

1. <https://bonsens.info/>

2. <https://www.csape.international/statuts-csape>

3. https://www.francesoir.fr/sites/francesoir/files/media-icons/VERSION-PUBLIQUE-Plainte-ASSOCIATIONS-contre-L-Fabius-et-autres-validee_compressed.pdf

4. <https://www.tribunal-de-paris.justice.fr/75/actualites-parquet-national-financier>

5. http://www.senat.fr/commission/enquete/2021_influence_des_cabinets_de_conseil_prives.html

sante des cabinets de conseil privés sur les politiques publiques.

On apprend dans ce rapport que les sociétés de conseil, et en particulier McKinsey, sont au centre du monde de l'industrie et de la finance américains. Leurs fameux conseils ont pour finalité d'enrichir ces entreprises américaines grâce aux impôts des Français (et des autres pays où ils sévissent). Les « grands » médias français, complices et bénéficiaires de la situation, font semblant de croire que ces cabinets sont embauchés pour des raisons idéologiques. Les éléments à notre disposition montrent plutôt un immense pillage en bande organisée dont les responsables, étrangers comme français, sont clairement identifiés.

L'escroquerie des activités de conseil

Le rapport du Sénat de 2021 montre l'explosion des dépenses de cabinets de Conseil sous la Présidence d'Emmanuel Macron. Déjà en 2018, 379 M€ ont été dépensés par l'État en « conseils » émanant de ces cabinets ; la situation n'a fait qu'empirer pour atteindre 894 M€ en 2021 (Figure 157). Si on ajoute les dépenses des opérateurs de l'État, les cabinets ont reçu plus d'un milliard d'euros d'argent public en 2021. La synthèse du rapport précise que les sénateurs n'ont pas réussi à avoir des chiffres complets. Ceux présentés pourraient ne représenter que 10 % de la réalité.

Leurs « conseils » concernent toute la stratégie de l'État (Figure 158).

Il s'agit bien évidemment de ne pas oublier de mettre des guillemets à « conseils ». La plupart des cadres de la

Figure 157 – Dépenses annuelles de l'État en prestations de conseil

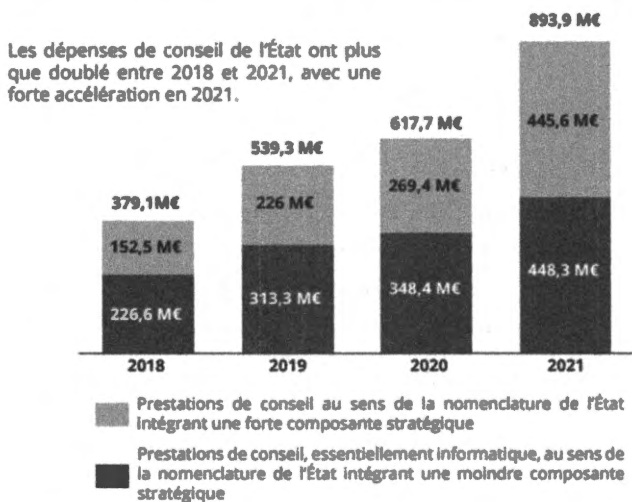
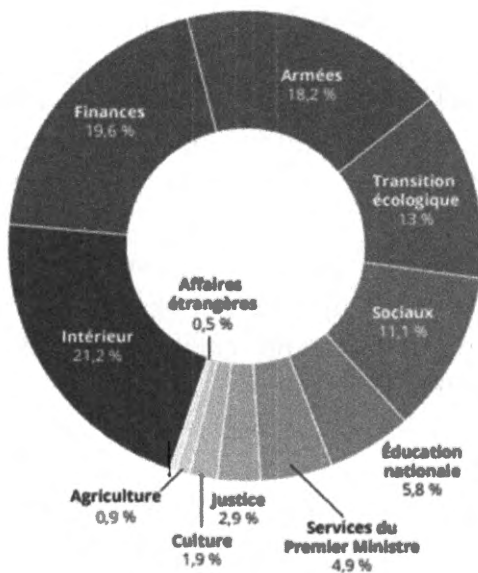


Figure 158 – Dépenses de l'État en prestations de conseil par thématique en 2021



fonction publique ou de grosses entreprises ont déjà été confrontés à des prestataires venus vendre un peu de «rêve». Le schéma classique est le suivant :

- le grand chef, directeur, président, a eu droit à une belle présentation PowerPoint de la part d'une équipe de costards-cravates venus lui vendre leurs services pour révolutionner le/la management/digitalisation/customer-relationship/rationalisation ;
- les équipes doivent alors subir les entretiens/audits/produits de la part d'autres costards-cravates qui ne connaissent absolument rien à l'entreprise, mais ont la solution miracle qui va résoudre tous les problèmes ;
- la restitution prend alors la forme d'un nouveau PowerPoint contenant des propositions fourre-tout et générales qui ne risquent pas de contrarier le commanditaire, de préférence différentes de celles de l'audit d'il y a deux ans ;
- bonus : si vraiment on est un pigeon, l'offre s'accompagne d'un nouvel outil informatique qui «répond parfaitement à la problématique» et «très facile à mettre en place». Les équipes vont alors s'échiner pendant trois ans à tenter de l'installer avant de laisser tomber parce que personne n'arrive à le faire fonctionner ni même n'en a besoin.

Cela tombe bien, le pouvoir politique actuel français est friand de costards-cravates, de *PowerPoint* et de «solutions» informatiques. Il en est tellement friand que finalement même si au bout de la commande il n'y a rien, absolument aucun livrable, cela ne semble déranger

personne! On dira que l'important n'est pas le résultat, mais le chemin parcouru.

Dans le rapport du Sénat on trouve quelques pépites de prestations-conseils qui n'ont donné absolument aucune suite (Figure 159).

Figure 159 – Pépites du rapport du Sénat sur les prestations de conseil

Et pourtant

- **Les livrables des cabinets de conseil sont de qualité inégale :**
Extraits d'évaluations de prestations de conseil rédigées par la DITP : « absence de connaissance du secteur public », « manque de culture juridique », « absence de rigueur sur le fond comme sur la forme », « erreurs de comportement »
- **Les prestations de conseil n'ont pas toujours de suite. Quelques exemples :**
 - 496 800 euros pour le rapport de McKinsey sur l'avenir du métier d'enseignant ;
 - 558 900 euros pour l'organisation par le BCG et EY d'une convention des managers de l'État le 12 décembre 2018, finalement annulée dans le contexte des « gilets jaunes » ;
 - 957 674 euros pour la préparation par McKinsey de la réforme (avortée) des retraites à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

Il faut dire aussi que des membres de cabinets de conseil retrouvent des personnalités politiques pour discuter affaire plus souvent que pour couper la dinde de Noël. On peut par exemple noter que :

- Victor Fabius, directeur associé chez McKinsey & Company France est le fils de Laurent Fabius, président du Conseil constitutionnel ;
- Marguerite Cazeneuve, ancienne Junior Associate de McKinsey & Company France, actuellement Directrice déléguée de l'Assurance maladie, est l'épouse de Aurélien Rousseau, membre du Conseil d'État, directeur de la Monnaie de Paris et directeur de l'ARS Île-de-France ; elle est aussi la fille de Béatrice Cazeneuve du comité de direction d'Eli Lilly (qui vend une molécule contre le SARS-COV-2¹) ;

1. <https://www.consultor.fr/articles/covid-le-role-suppose-d-une-ex-mckinsey-dans-l-autorisation-d-un-anticorps-en-france-fait-polemique>

- Amélie de Montchalin, ex-ministre de la transformation et de la fonction publique, est l'épouse de Guillaume de Montchalin, ancien partner de The Boston Consulting Group...

Pour plus d'informations, le compte Twitter de Philippe Duval¹ propose des infographies très riches sur tous les liens entre nos politiques et ces cabinets.

En plus des liens familiaux, le rapport du Sénat dénonce le « pantouflage » des élus, ministres ou hauts fonctionnaires dans ces cabinets. Le « pantouflage » consiste pour une entreprise à offrir un poste extrêmement bien rémunéré à un ancien responsable public, en remerciement de ses services pendant son activité. Les banques ont l'habitude d'offrir de nombreux postes aux anciens inspecteurs des finances². On comprend alors plus facilement pourquoi l'administration française est aussi aveugle au sujet de l'évasion fiscale. En plus d'être un moyen classique de corruption (chaque inspecteur, élu ou haut fonctionnaire sait qu'un très bon poste l'attend s'il est gentil toute sa carrière), il permet aux cabinets de conseil de disposer facilement des « carnets d'adresses » des pantoufflards afin d'être reçus le plus efficacement possible au cœur de l'État. Le Sénat a dénombré presque une centaine de départs de la haute fonction publique ou des armées vers ces fameuses activités de conseils. Un nombre plus que suffisant pour ouvrir toutes les portes, ou du moins toutes les oreilles.

1. https://twitter.com/p_duval/status/1509855934130147344?s=20&t=-M9gWIbM65UF5-OuHbyLUA

2. <https://www.lecanardenchaine.fr/acheter-au-numero/dossiers/ces-tres-chers-banquiers/>

Enfin, le rapport du Sénat dénonce le nombre de prestations « *pro bono* » c'est-à-dire « gratuites ». Il est évident que derrière cette philanthropie des cabinets de conseils se cachent aussi bien une mise en relation des membres avec des décideurs publics, que des « orientations » sur les travaux, profitant aux nombreux clients des gentils cabinets. C'est le sens de l'article de Mediapart¹ sur ces prestations, exposant les participations « gratuites » de Karim Tadjeddine, directeur associé de McKinsey au bureau de Paris, à la commission Attali, au *think tank* « En temps réel » (club financé par des entreprises du CAC 40) ou encore à la campagne d'Emmanuel Macron de 2017.

Le Sénat dresse ainsi le bilan de cette bande de copains qui a appris à se placer sous le robinet à fric de l'État. Seulement, ce petit milliard d'euros annuel n'est que la partie émergée de l'iceberg. Ces cabinets de conseils coûtent une fortune, pour un rendu souvent invisible. Il serait illusoire de penser qu'ils ne font rien. Il faut regarder qui sont les vrais bénéficiaires des fameuses réformes et lois en provenance de ces chers conseillers.

Élection de 2017 : le putsch de la finance et des cabinets

Un article de 2019 de Consultor² révèle que le candidat Macron a bénéficié de très nombreuses aides de la part

1. <https://www.mediapart.fr/journal/france/310322/prestations-offertes-et-jeux-d-influence-revelations-sur-mckinsey-et-emmanuel-macron>

2. <https://www.consultor.fr/articles/enquete-les-consulting-boys-de-la-macronie>

des cabinets de conseil. Aude Lancelin avait déjà montré dans son célèbre article « *Macron, le putsch du CAC 40*¹ » comment la haute finance française et leurs sous-fifres médiatiques ont propulsé Macron à la tête du pays. Depuis son arrivée au pouvoir pendant la présidence de François Hollande, il a enchaîné les réformes néolibérales chères aux sociaux-démocrates, remettant au goût du jour un thatchérisme primaire que même les Anglo-saxons semblaient abandonner. Cette politique appauvrit ceux qui travaillent tout en enrichissant les détenteurs du capital, les financiers comme les géants de l'industrie. Elle s'accompagne de fortes contestations immédiatement réprimées avec violence. La France n'y a pas fait exception avec les gilets jaunes.

Le putsch de 2017 (qui n'est que l'aboutissement d'une longue décrépitude) a achevé ce qu'il restait du principe d'État de droit. Dans un État de droit, il existe normalement une séparation des trois pouvoirs. Le pouvoir exécutif, c'est-à-dire le Président de la République, le Premier Ministre et le gouvernement, ne doit qu'exécuter les lois et les décisions de justice. Le pouvoir législatif, détenu par le Sénat et l'Assemblée nationale, écrit et vote la loi et a un pouvoir de censure et de contrôle sur le pouvoir exécutif. Le pouvoir judiciaire, composé des juges et des magistrats, doit contrôler l'application de la loi et sanctionne son non-respect. Précisons qu'en France, le pouvoir judiciaire n'est pas compétent pour juger des décisions des deux autres pouvoirs. Ce rôle est donné au Tribunal Administratif. Enfin, au-dessus de ces

1. <https://blogs.mediapart.fr/jean-marc-b/blog/210417/macron-un-putsch-du-cac-40-par-aude-lancelin>

trois pouvoirs se trouve la Constitution dont le Conseil constitutionnel est le garant.

Normalement, le législatif et le judiciaire sont des contre-pouvoirs qui empêchent le pouvoir exécutif de prendre le contrôle total du pays, c'est-à-dire de mettre en place une dictature.

À l'intérieur de cette belle organisation, les grandes banques et les grandes industries usent de leur pouvoir financier presque sans limite en payant des lobbyistes qui viennent murmurer à l'oreille de tout ce petit monde. La Commission européenne bruxelloise est championne olympique¹ de cette discipline. Qui peut s'étonner que les grosses fortunes payent des agents pour influencer les décideurs et en tirer profit ? À chacun ses armes finalement, ce n'est pas équitable, mais c'est la dure loi du sport.

Depuis 2017 en France, les règles du jeu ont changé. Le nouveau système a décidé de ne plus s'embarrasser des intermédiaires. Depuis le début de la présidence, les Français ont pris l'habitude de voir le gouvernement écrire toutes les lois et le parlement les voter sans discussion. Seul le Sénat réagit parfois à ces lois pour garder un semblant de débat. En effet, Emmanuel Macron a été très clair sur sa volonté d'avoir un pouvoir exécutif qui réforme le pays².

Les députés de la majorité se sont, bien entendu, portés volontaires pour assumer ce rôle de donner de la légitimité

1. <https://www.franceculture.fr/politique/leurope-est-elle-aux-mains-des-lobbies>

2. https://www.bfmtv.com/politique/elysee/ce-que-signifie-le-president-jupiterien-que-souhaite-incarner-macron_AN-201705180028.html

aux décisions prises, sans analyse ni débat. Ce n'est donc plus une instance où sont réfléchies écrites et votées les lois, mais juste une chambre d'enregistrement¹.

Le rapport du Sénat de 2021 révèle que les lois ne sont en fait pas écrites par le gouvernement, mais directement par les cabinets de conseil. Les rôles se sont complètement inversés. Nous avions auparavant des politiques qui écrivaient des lois (certes en subissant l'influence des lobbyistes) et qui payaient des agences pour communiquer et faire passer la pilule de leurs réformes : dorénavant, les agences écrivent directement les lois et les politiques font juste la promotion de la réforme. Au-dessus de tout ça, le Conseil constitutionnel, directement en conflits d'intérêts avec ces mêmes agences, valide l'ensemble.

L'idéal communiste du XIX^e siècle rêve de la prise de pouvoir de l'État sur la finance et l'appareil productif. Finalement, au XXI^e siècle, la fusion existe, mais dans l'autre sens. La finance et les industries ont pris directement le contrôle de l'État.

La très chère numérisation publique

Les cabinets de conseil sont la pierre angulaire du nouveau régime installé en France, organisant le plus gros racket d'argent public jamais mis en place. Au-delà de la facturation des prestations de conseil détaillées plus haut, l'essentiel du racket s'effectue lors des commandes de l'État

1. https://www.lepoint.fr/politique/ruffin-l-assemblee-une-chambre-d-enregistrement-des-desirs-du-president-04-10-2017-2161943_20.php

à la suite des nouvelles lois. Les plus simples à identifier concernent la « modernisation numérique » de l'État, puisque les cabinets de conseils travaillent finalement pour eux-mêmes. Par exemple, les cabinets Accenture et Capgemini « conseillent » chaque jour à l'État de moderniser son action, tout en remportant les différents appels d'offres qui découlent des différentes lois de modernisation. Quelques exemples emblématiques ont coloré ces dernières années :

- le projet SCRIBE¹ qui visait à dématérialiser les procédures de la police nationale, et notamment la rédaction des plaintes, a été un raté total : 11,7 millions d'euros et quatre ans de développement investis ;
- le projet d'opérateur national de paie (ONP)² a été un fiasco total. Il devait centraliser, en 2017, la paie des 2,5 millions de fonctionnaires et permettre la suppression de 3 800 emplois publics. Pour le syndicat Solidaires, la facture globale pourrait aller jusqu'à 1 milliard d'euros ;
- la « modernisation » de pôle emploi par Capgemini pour laquelle Franc Serres³, syndicaliste CGT, s'échine à détailler les conflits d'intérêts⁴ ou arrangements d'appels d'offres⁵ ;

1. <http://www.senat.fr/rap/r21-578-1/r21-578-11.pdf>

2. <https://www.humanite.fr/letat-enterre-en-catimini-un-fiasco-et-une-gabegie>

3. <https://blogs.mediapart.fr/franc-serres>

4. <https://blogs.mediapart.fr/franc-serres/blog/100919/kleptocratie-francaise-cas-decole-linformatique-de-pole-emploi>

5. <https://blogs.mediapart.fr/franc-serres/blog/080322/appels-doffres-externes-de-la-direction-des-systemes-informatiques-de-pole-emploi>

- le baromètre de l'action publique de l'État, grande opération de communication du gouvernement pour un coût de 3,12 M€¹.

Depuis le début de la crise sanitaire, ces conseillers-récupérateurs de projets ont allègrement profité de la générosité de l'État. Le rapport du Sénat² montre comment Capgemini, et d'autres, ont participé « gratuitement » à la création de l'application StopCovid, avant d'être finalement rémunérés par l'État pour l'hébergement et la maintenance de cette application... Et cela, sans passer par aucun appel d'offre.

Contrairement à Accenture ou Capgemini, la société McKinsey & Company, n'est pas directement opérateur du numérique. En revanche, en conseillant à la fois le ministère des Solidarités et de la Santé et la société Microsoft, elle se trouve dans une position de conflits d'intérêts. C'est un intermédiaire rémunéré par l'État pour se faire conseiller d'acheter les produits de ses clients. C'est ainsi que la plateforme *HealthDataHub*, qui réunit l'ensemble des données de santé de toute la population soignée en France sous la forme de *Big Data*, afin d'en permettre l'exploitation à des fins de recherche, mais aussi *de facto* l'exploitation commerciale, est confiée à Microsoft. Ce, en dépit de vives critiques de la représentation nationale et de promesses de retrait qui n'ont jamais été tenues.

C'est donc une société américaine qui détient les informations médicales des Français. Les *wikileaks* ont pourtant montré que les agences américaines mettent énormément

1. <http://www.senat.fr/rap/r21-578-1/r21-578-11.pdf>

2. <http://www.senat.fr/rap/r21-578-1/r21-578-11.pdf>

de moyens pour surveiller¹ les populations pour le plus grand profit de leur gouvernement et de leurs firmes. On observe d'ailleurs que l'enjeu n'est pas uniquement civil, il est également militaire. En effet, la convention constitutive du GIP *HealthDataHub* compte, parmi ses signataires, le ministère des armées, représenté par la direction centrale du Service de Santé des Armées (SSA). Il paraît alors utile de rappeler que depuis la réintégration de la France dans le commandement intégré de l'Otan², l'armée française est devenue « accro à Microsoft »³. Par de nombreux aspects on peut considérer que la prise de pouvoir évoquée ici avait déjà commencé pendant la présidence de Nicolas Sarkozy. La destruction de notre souveraineté sur le plan militaire n'en est qu'un des aspects.

Big pharma à la manœuvre

Les plus grands gagnants de la crise sanitaire restent indéniablement les laboratoires pharmaceutiques. Ils sont des clients importants de McKinsey & Company qui annonce avoir activement participé à : « Huit des dix plus grosses opérations de fusion-acquisition du secteur (des médicaments sur ordonnance) ». Ces deux mondes font d'ailleurs plus que se côtoyer et faire des affaires, ce sont tout simplement les mêmes personnes :

1. <https://www.lemondeinformatique.fr/actualites/lire-wikileaks-denonce-la-surveillance-electronique-des-reseaux-46853.html>

2. https://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9int%C3%A9gration_de_la_France_dans_le_commandement_int%C3%A9gr%C3%A9_de_l%27OTAN

3. <https://www.lemonde.fr/blog/bugbrother/2016/10/18/larmee-accro-a-microsoft/>

- Stephen Hoge, Président de Moderna est un ancien associé McKinsey;
- Ian E. L. Davis, Directeur non exécutif Johnson & Jonhson est un ancien Directeur Général McKinsey;
- Aamir Malik, Vice-président de Pfizer est un ancien Managing Partner McKinsey.

On ne s'étonne plus alors que la seule stratégie conseillée au gouvernement soit la vaccination de masse, avec les produits vendus par les copains. C'est bien McKinsey qui s'occupe de la campagne vaccinale entre novembre 2020 et février 2022, avec juste une interruption de trois mois à l'automne 2021. McKinsey est ainsi grassement payé par le gouvernement français pour émettre des avis qui vont bénéficier aux vendeurs de vaccins clients du cabinet, puis pour mettre en place une stratégie qui va permettre de vendre un maximum de ces vaccins, après avoir habilement conseillé les hôpitaux pour les « restructurer ».

Les industriels de la vaccination sont également étroitement liés à l'industrie numérique par l'intermédiaire du milliardaire Bill Gates. Le fondateur de Microsoft (dont nous avons vu la mainmise croissante sur les données françaises de santé et les systèmes d'exploitation des matériels militaires) est également le fondateur de Gavi, l'Alliance du Vaccin¹ qui récolte des fonds privés comme publics (la France est contributrice) pour vacciner la planète. Avec sa fondation Bill & Melinda Gates, le milliardaire est également le premier financeur de l'OMS², qui

1. https://fr.wikipedia.org/wiki/GAVI_Alliance

2. <https://www.who.int/fr/about/funding/contributors>

porte un soutien démesuré à la vaccination face à toutes les autres formes de soins. Cette fondation publie en ligne les financements des projets qu'elle soutient¹. On y trouve plus de 75 Mds\$ de projets financés. On découvre par exemple que la fondation a déjà versé plus de 300 M\$ à *l'Imperial College of London* où sévit Neil Ferguson, notre « lanceur d'alerte » multirécidiviste dont les conclusions arrangent étonnement l'industrie pharmaceutique et Bill Gates évidemment. Elle a également déjà versé plus de 900 M\$ à *Johns Hopkins University* (qui fournit des données, graphiques et cartographies mettant en valeur la pandémie Covid-19), plus de 300 M\$ à *University of Oxford* (cherchant des vaccins et partenaire d'Astrazeneca pour la Covid-19), plus de 20 M\$ au *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* (dont le Directeur est Anthony Fauci, conseiller médical en chef du président des États-Unis) ou encore plus de 36 M\$ au *Centers for Disease Control and Prevention*. Les médias ne sont pas en reste, puisque la *BBC Media Action* a reçu plus de 53 M\$. Le journal *Le Monde* n'est encore qu'à 4 M\$. Gageons que ses efforts finiront bien par être récompensés. La fondation Gavi est également engagée dans le programme *Trust Stamp*² d'identité numérique. Les géants de *Big Pharma*, tout comme les géants de l'armement ou de la finance, ont besoin des géants du numérique et de la donnée pour asseoir leur hégémonie.

L'arnaque totale de la grippe H1N1 de 2009 a été la première tentative du XXI^e siècle de création d'une panique générale pour rafler la mise. Nous avons détaillé

1. <https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants?q=imperial%20london%20college>

2. <https://truststamp.ai/>

précédemment les conflits d'intérêts dénoncés par le rapport du Sénat français entre les laboratoires pharmaceutiques, les « experts scientifiques », chercheurs, décideurs, mais également l'OMS. Cette arnaque a également eu lieu sous la présidence de Nicolas Sarkozy. Roselyne Bachelot, ancienne déléguée médicale au sein du laboratoire ICI Pharma (aujourd'hui AstraZeneca) de 1969 à 1976, puis chargée des relations publiques chez Sogupharm de 1984 à 1989 était alors ministre de la Santé et a lancé les achats massifs de vaccins (94 millions de doses commandées) qui ont en écrasante majorité fini à la poubelle (6 millions de doses réellement utilisées). Le coût estimé de cette gabegie est de 660 millions d'euros.

Enfin, Pfizer a des liens avec le président Macron. L'affaire Macron – Rothschild¹ a défrayé la chronique en ce début 2022. En effet, en 2012, Emmanuel Macron a conseillé le rachat par Nestlé de la filiale de lait infantile de Pfizer, pour un montant de 12 milliards d'euros. On relèvera à ce stade le niveau de scrupules du futur président, intermédiaire de cette acquisition, alors que Nestlé s'enrichit depuis 50 ans grâce à la vente de lait en poudre dans des pays où l'eau n'est pas potable², ce qui entraîne la mort de nombreux enfants intoxiqués. Le président français, dont la mère est médecin conseil à la Sécurité Sociale, et le père médecin et professeur de neurologie à l'université de Picardie, n'est pas seulement un allié de la finance comme certains aiment le dépeindre, il est également celui de *Big Pharma*.

1. <https://www.youtube.com/watch?v=qM3g-E4o24k>

2. <https://www.ege.fr/infoguerre/2018/04/nestle-bilan-de-40-annees-de-campagnes-larvees-de-boycott>

La finance, toujours la finance

Là où il y a de l'argent, il y a le monde de la finance. Les célèbres fonds d'investissements américains BlackRock¹, SSgA Funds Management², Wellington Management³, Capital Research & Management⁴, et The Vanguard⁵ sont les plus gros actionnaires de Pfizer⁶, Moderna⁷, Johnson&Johnson⁸ et AstraZeneca⁹, qui ont pu bénéficier de la panique mondiale pour engendrer des bénéfiques records. Ces mêmes fonds d'investissements possèdent également Microsoft¹⁰ qui propose ses services de flicage total des individus.

Ce sont également les propriétaires de Meta¹¹ (Facebook), Twitter¹², Google¹³ (Alphabet¹⁴) et donc YouTube¹⁵ (via Google). Il est donc facile de comprendre l'empressement de tout ce petit monde à combattre les « fausses informations » concernant les vaccins anti Covid-19, qui sont les produits les plus rentables du groupe.

L'activité « mère » de ces fonds d'investissements reste

-
1. <https://fr.wikipedia.org/wiki/BlackRock>
 2. https://fr.wikipedia.org/wiki/State_Street_Corporation
 3. https://fr.wikipedia.org/wiki/Wellington_Management_Company
 4. https://fr.wikipedia.org/wiki/The_Capital_Group_Companies
 5. https://fr.wikipedia.org/wiki/The_Vanguard_Group
 6. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Pfizer>
 7. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Moderna>
 8. https://fr.wikipedia.org/wiki/Johnson_%26_Johnson
 9. <https://fr.wikipedia.org/wiki/AstraZeneca>
 10. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Microsoft>
 11. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Meta_\(entreprise\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Meta_(entreprise))
 12. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Twitter>
 13. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Google>
 14. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Alphabet_\(entreprise\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Alphabet_(entreprise))
 15. <https://fr.wikipedia.org/wiki/YouTube>

toutefois les retraites. C'est là qu'entre en jeu McKinsey, qui conseille une fois de plus le gouvernement français et en particulier la Caisse nationale d'assurance vieillesse pour finir de détruire la retraite par répartition. Leur dernière expertise a coûté près d'1 million d'euros pour finalement être abandonnée pour cause de crise Covid en 2020. Tout cela alors que BlackRock lorgne sur les retraites françaises et que des rencontres ont été organisées¹ avec certains membres du gouvernement depuis 2017. On notera que la dernière grosse réforme des retraites a eu lieu en 2010, encore une fois pendant la présidence de Nicolas Sarkozy.

Piller oui, mais pour votre bien

Un système uniquement basé sur le profit finira toujours par être dénoncé. L'ensemble ne peut tenir qu'à condition de convaincre ses représentants de son bien-fondé. L'un des principes les plus connus permettant de recruter des agents (ou de corrompre des individus) est mémorisé par l'acronyme MICE :

- Money: argent;
- Ideology: idéologie (convictions religieuses, politiques, etc.) ou Interest: intérêt (passe-droits, faveurs sexuelles);
- Coercion, Compromise ou Constrain: coercition, compromission ou contrainte (chantage, menaces, torture, etc.);
- Ego: ego (vanité, désir de se mettre en avant).

1. <https://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/reforme-des-retraites-blackrock-221027>

L'argent est le nerf de la guerre, nous en avons parlé plus haut. Les autres aspects sont également au centre du système.

Le principe de coercition est par exemple au nœud de l'affaire Epstein¹, dont le « suicide » risque d'empêcher de découvrir qui, parmi tous ceux en relation avec ce personnage, profitait des faveurs de l'île, et qui profitait du chantage qui en découlait.

L'aspect idéologique est créé et entretenu au sein des groupes auxquels participent les différents protagonistes. L'un des plus célèbres reste le *World Economic Forum* de Davos², organisé par Klaus Schwab³ et au sein duquel, depuis 50 ans, se rencontrent les plus grandes fortunes (et souvent dirigeants) de la planète. Il y est toujours question de savoir comment diriger un « meilleur monde ». Le célèbre ouvrage *The Great Reset*⁴ (d'une lecture aussi pénible qu'instructive sur la pensée de ces gens) n'annonce pas moins que la fusion du grand capital et des États pour enfin contrôler, grâce aux outils numériques, cette masse indisciplinée et nuisible pour sa mère Gaïa : l'humanité.

La corruption par l'ego est créée chez tous nos dirigeants avant qu'ils atteignent 40 ans par les fameux recrutements des *Young Leaders*⁵ ou *Young Global Leaders*⁶. Il est difficile de faire mieux qu'un titre honorifique ronflant pour s'assurer de la reconnaissance et de la fidélité de tous

1. https://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire_Epstein

2. https://fr.wikipedia.org/wiki/Forum_%C3%A9conomique_mondial

3. https://fr.wikipedia.org/wiki/Klaus_Schwab

4. <http://reparti.free.fr/schwab2020fr.pdf>

5. https://fr.wikipedia.org/wiki/French-American_Foundation#Young_Leaders

6. https://fr.wikipedia.org/wiki/Young_Global_Leaders

ces cadres qu'on retrouve aussi bien dans les banques qu'au sein des gouvernements ou dans les cabinets de conseil.

Conclusion : les cabinets escrocs, mais pas seulement

Le rapport du Sénat nous informe que les cabinets de conseil facturent du *bullshit* pour des sommes astronomiques. Il ne faut cependant pas limiter leur action à ce seul racket. Ils sont au cœur du pillage de l'État français, qui profite tout particulièrement aux géants pharmaceutiques, numériques et finalement financiers américains. Un système dont la finalité n'est pas simplement de s'enrichir, mais bien de prendre le contrôle des institutions. Dans *Le grand échiquier*¹, Brzezinski², architecte de la politique étrangère américaine depuis les années 70, explique considérer les pays européens comme des vassaux américains :

« Un des piliers vitaux d'une grande structure de sécurité et de coopération, placée sous l'égide américaine ».

Dans ce jeu, seuls les Français ont, un temps, fait exception en tentant de s'extraire de cette domination.

Doit-on aujourd'hui se contenter de cette place de vassal en acceptant que les politiques françaises économiques, militaires, culturelles, d'éducation ou de santé, soient au service d'intérêts privés américains, ou doit-on

1. <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/0/11/19/18/textes/brzezinski.pdf>

2. https://fr.wikipedia.org/wiki/Zbigniew_Brzezi%C5%84ski

enfin retrouver notre indépendance et reprendre notre avenir en main ?

**c. La stratégie des médias
dans la dictature du « camp du bien »**

Le comportement parasitaire des « *fact-checkers* »

Dans un pays qui se dit démocratique, défendant une « liberté de la presse », il paraît tout à fait normal d'encourager les débats contradictoires. Je « m'étonne » donc du traitement réservé depuis deux ans à tous ceux qui refusent de soutenir la version officielle de la terreur « covidienne » légitimant la « nécessité » de la mise en retrait des libertés pour le « bien commun ». Je pense par exemple aux attaques qu'a subies Laurent Mucchielli, autrefois porté aux nues par la presse dite « de gauche » et se trouvant aujourd'hui complètement ostracisé, catalogué complotiste d'extrême-droite, voire antisémite... Aucun qualificatif n'étant oublié pour discréditer une personne auprès du lectorat visé.

Il me semble qu'un comportement humain, raisonnable, qui devrait servir de base au métier de journaliste, serait de discuter des arguments avancés par les personnes qui les publient. Je m'étonne qu'à aucun moment, aucun journaliste de la presse *main stream* ne soit venu discuter de mes chiffres de façon à avancer dans la compréhension du sujet. Je lis tous les messages qui me sont adressés et réponds à la quasi-totalité d'entre eux. Les personnes publiant des articles ou des vidéos sur internet de façon publique sont nécessairement dans une posture d'échange. Jamais aucun *fact-checker* n'a souhaité dialoguer pour lancer un débat contradictoire. Leur but n'est pas de

faire avancer la connaissance et de questionner, mais de défendre leur point de vue, leur groupe.

Ces *fact-checkers* n'ont pas d'autre horizon que d'empêcher le débat en discréditant ceux qu'ils considèrent comme leurs « adversaires ». Leurs articles posent les barrières infranchissables de l'information. La publication de petits articles avec les mots « FAUX », « *DEBUNKED* » ou autre « *FAKE NEWS* », permet d'éviter que leur lectorat ne « s'égaré » en lisant une information contraire aux croyances du groupe. Le journalisme en est réduit au niveau des harceleurs de collège où certains cherchent à entraîner les autres en choisissant des cibles à maltraiter et à exclure.

Enfin, il me semble déplorable d'encourager des « journalistes » dont le rôle assumé est de ne rien produire, mais de passer leur temps sur le derrière de personnes qui pensent différemment d'eux, pour essayer de les dénigrer. Leur rôle n'est pas de comprendre et de synthétiser les informations à leur disposition mais de suivre paresseusement leurs cibles en vivant au crochet de leurs travaux. Il est finalement peu étonnant que ce type de journalisme du niveau cours de récré sans aucune plus-value soit financé par les réseaux sociaux. L'ère de la médiocrité intellectuelle est à l'œuvre.

Toujours la même méthode :
l'attaque *ad hominem*

La première attaque des *fact-checkers* est toujours la même : discréditer l'auteur. La première partie de leurs propos est toujours composée d'attaques *ad hominem*. Elle

permet de conforter d'emblée le lectorat sur la lecture qui suit : le monsieur est un menteur, il ne faut pas l'écouter. Il y a quelques mois, selon le journal *Le Monde*, il ne fallait pas m'écouter parce que j'étais un inconnu¹ ; plus tard, c'est parce que je suis devenu « une égérie »². La fenêtre d'écoute raisonnable semble étroite. Au passage, j'apprends que l'égérie des complotistes et des désinformateurs, c'est moi. Désolé pour tous ceux qui étaient dans la course pour ce titre en 2021, la place est prise.

En cours de « techniques rédactionnelles » permettant d'acquérir le style journalistique, on apprend que le plus souvent, seul le début de l'article est lu. Il s'agit donc de mettre l'information la plus importante en premier car l'écrasante majorité des lecteurs s'arrêtera là. Nous savons donc l'information majeure que les *fact-checkers* souhaitent apporter : l'auteur est un « complotiste » qui dit des choses « fausses ». Cela suffit à ce que l'article soit partagé et retweeté sans avoir besoin d'aller plus loin. Vous trouverez quelques perles de ce genre en commentaire de ma vidéo comparant la mortalité en période dite grippale et celle en période dite Covid. Elle a subi le *fact-checking* des Décodeurs³ et dès lors, des personnes se vantant de n'avoir pas regardé la vidéo sont quand même venues mettre un post pour dire qu'elle n'est qu'un amas de « mensonges complotistes ». J'ai alors enrichi ma connaissance de la

1. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2021/04/01/que-vaut-l-etude-de-toubiana-et-mucchielli-sur-la-tres-faible-sur-mortalite-due-au-covid_6075279_4355770.html

2. <https://factandfurious.com/fact-checking/israel-comment-decoder-leco-manipule-lopinion-avec-de-vrais-chiffres>

3. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2021/01/22/les-mauvais-calculs-d-une-vidéo-qui-pretend-que-le-covid-19-serait-moins-mortel-que-la-grippe-en-2017_6067272_4355770.html

nature humaine et découvert le besoin pour certains d'une vérité absolue sans qu'aucune nuance ne soit tolérable.

Les fameuses questions rhétoriques

Dans l'article de *fact-checking* contredisant les résultats de mon article sur la mortalité israélienne, publié sur le site désormais fermé de *Fact&Furious* dont l'affaire a révélé les pratiques délétères et en bande organisée des *fact-checkers*, l'auteur fait semblant de se demander pourquoi j'affirme qu'il n'y a pas de surmortalité globale et, en même temps, qu'il y a une surmortalité vaccinale. Il s'agit bien évidemment de faire croire à une contradiction. J'explique précisément que la surmortalité liée à la vaccination est faible (quelques personnes pour 100 000). Dès lors, elle est indétectable dans la population générale en période hivernale. Pour les personnes âgées, la mortalité hivernale est bien plus élevée que ce phénomène. Pour cette raison, la seule population sur laquelle cette surmortalité est mesurable est la population jeune car elle n'est pas soumise à la hausse de mortalité hivernale. En faisant le calcul, je montre une surmortalité de 18 jeunes sur la totalité de la période vaccinale. Cela ne peut pas être visible dans la mortalité générale du pays: il meurt en Israël entre 3 500 et 5 000 personnes chaque mois.

Les prétendues données cachées (ou ce *cherry-picking* qui serait la marque des complotistes)

Le *fact-checker* de mon article sur la mortalité israélienne m'accuse de masquer une partie des données. C'est

plutôt étonnant me concernant puisque je fais l'effort de mettre les liens de toutes mes sources avec toutes les vidéos et articles que je produis et qu'en plus, je prépare des fichiers prêts à l'emploi car je sais que beaucoup se découragent au moment de télécharger les fichiers. Cet individu m'accuse donc de masquer les données de la « pandémie », autrement dit les décès estampillés Covid-19. Chaque personne suivant mes travaux sait que mon principal apport est de montrer que les comptages Covid-19 n'ont absolument aucun sens et qu'il faut raisonner en mortalité toutes causes confondues. La rigueur statistique c'est de travailler sur des données sans biais. C'est bien l'objet de mon article sur Israël. Je signale à ce personnage que la deuxième partie de mon article est consacrée à l'absurdité du comptage de « cas » de Covid-19 en Israël à l'aide du décompte des résultats de tests. Alors, aveuglement volontaire ?

Les morts post-vaccination seraient des morts du Covid-19

Le point suivant de ce *fact-checker* concerne les graphiques permettant d'observer une corrélation parfaite entre vaccination et mortalité. Il se base sur deux arguments. Le premier est de dire que les hausses de mortalité observées ne sont pas dues à la vaccination mais à la Covid-19. Il répète d'ailleurs cet argument dans un paragraphe suivant. Il serait intéressant qu'il nous dise où il a bien pu lire que la Covid-19 entraîne une hausse de mortalité chez les jeunes. La mortalité toutes causes ne montre pas de quoi décèdent les jeunes mais, même en considérant que

c'est la faute à la Covid, faut-il vacciner les jeunes si l'on observe que le nombre de morts de jeunes dus à la Covid augmente à cette occasion ?

Son second argument se base sur l'existence d'une deuxième hausse visible de mortalité, entre deux et trois mois après les injections de masses. L'auteur en déduit que cette deuxième hausse est une preuve que la première n'a pas de rapport avec la vaccination. Je le remercie de mordre à cet hameçon, même si j'espérais que cela vienne plutôt d'un chercheur curieux de l'étude des effets indésirables. On constate en effet une deuxième hausse de mortalité pour quasiment toutes les tranches d'âges, sauf les plus âgées. Il est intéressant d'observer le biais cognitif de l'auteur qui, abreuvé de l'information selon laquelle la vaccination est « nécessairement » sans risque, est incapable d'envisager que des effets indésirables puissent arriver. En effet, un décès dans les jours qui suivent une injection ou une intervention est un effet primaire de l'événement. Il s'agit d'une suite directe de l'injection subie. La corrélation parfaite que nous montrons à J+5 ne présage pas qu'il n'existe pas d'autres effets plus tardifs. Il s'agit d'ailleurs de l'objectif des études de long terme de le déterminer. Ici, nous observons une deuxième hausse de la mortalité, plus tard après les injections. En trouver une avant les injections aurait été un indice fort de non-causalité. En trouver une après va plutôt dans le sens de ce que nous montrons. Merci donc de le souligner.

Par ailleurs, le *fact-checker* repère que cette deuxième « bosse » sur la courbe est surtout observable pour les plus jeunes, et de moins en moins pour les plus âgés. C'est un indice supplémentaire. Imaginez que vous distribuez un poison à toute une population. Les plus fragiles et les plus

sensibles à ce poison vont décéder en nombre très vite. Les plus jeunes résisteront bien mieux et certains résisteront longtemps avant de succomber. Si l'on considère que la vaccination entraîne chez certaines personnes la création de caillots sanguins, il est probable que les moins de 40 ans puissent en supporter bien plus et pendant bien plus longtemps que les plus de 80 ans.

Les mauvaises fréquentations

Afin d'enfoncer le clou sur mon compte et surtout de « protéger » son lectorat des « méchants », le *fact-checker* en profite pour rappeler que mon étude se base sur les mêmes observations que celles d'Alexandra Henrion-Caude et de Steve Ohana. Nous arrivons ainsi aux mêmes conclusions. Ce procédé fonctionne comme un avertissement contre tous ceux qui souhaiteraient suivre le même chemin. Il avertit les journalistes, chercheurs, lecteurs, politiques, que toute personne surprise à oser lire, commenter ou, pire, approuver le document d'une personne considérée « complotiste », entrera immédiatement dans la même case. Un certain nombre de personnes (en accord ou désaccord avec mon point de vue) me rappellent le « consensus » scientifique sur la gravité de la situation. **Il n'y a pas et il n'y a jamais eu de consensus. La recherche d'un consensus peut se faire dans le cadre d'échanges, d'écoutes, de contradictions entre scientifiques présentant leurs raisonnements, arguments et données sources. Depuis deux ans, il n'y a qu'une pression et un acharnement délétère envers tous ceux qui osent contredire ce qui est considéré médiatiquement**

comme «la vérité». De nombreux chercheurs et auteurs français (Laurent Toubiana, Jean-François Toussaint, Vincent Pavan...), autrefois considérés comme parmi les meilleurs dans leurs domaines, ont vu les médias détruire systématiquement tous leurs travaux. Qui peut croire qu'autant de personnes reconnues aient simultanément grillé un fusible ? J'ai pu observer en direct le rejet subi par certains d'entre eux de la part de leurs propres collègues, de leurs responsables d'instituts ou de laboratoires. Non pas à cause d'arguments contradictoires, mais bien par souci de préserver leur précieuse image et de ne pas ruiner leurs chances de parvenir à de hautes destinées. Ces exemples destructeurs ont évidemment servi à décourager une bonne partie de ceux qui souhaitent se lancer dans ce type de travaux. Je témoigne d'ailleurs (en ayant les mails à l'appui) avoir vu deux études se faire censurer par les hébergeurs MedRxiv et SSRN, sans aucun motif. Cette censure a bien évidemment empêché toute relecture possible par des pairs et donc toute publication. Je gage que ces deux articles ne sont pas les seuls à avoir subi ce tri. La pseudo-uniformité des résultats est donc artificiellement créée.

**La stratégie de l'inversion :
me faire dire ce que je ne dis pas**

Je précise dans toutes mes vidéos et tous mes articles que corrélation n'est pas causalité. Il n'existe pas de preuve par la statistique. D'ailleurs c'est une information intéressante à garder en mémoire lorsque vous lisez une étude d'un laboratoire pharmaceutique vous vantant les résultats

miraculeux de son produit à l'aide d'une étude statistique, souvent en double aveugle. L'étude ne vous amène qu'une corrélation et il existe autant de façon de parvenir à cette corrélation que d'auteurs rémunérés directement par ces mêmes laboratoires.

On note d'ailleurs que le *fact-checker* ne remet jamais en question le principe de causalité en ce qui concerne les morts de la Covid-19 : parmi les personnes qui décèdent, certaines sont positives aux tests Covid-19, il en déduit directement qu'elles sont mortes de la Covid-19. La corrélation devient causalité sans faire lever le moindre sourcil à notre *fact-checker* anglo-latiniste. Quand on lui fait remarquer que l'écrasante majorité des personnes avec un test positif n'a absolument aucun symptôme, il les classe dans la case « asymptomatique » sans tergiverser, puisqu'à notre époque, « tout bien portant est un malade qui s'ignore. » (*Knock ou le triomphe de la médecine* de Jules Romains).

À aucun moment, je ne suppose que les jeunes meurent tous de la vaccination. Je remarque simplement, après les campagnes d'injections de masse, une surmortalité parmi les jeunes (il ne s'agit donc pas de tous les décès, mais seulement de ceux dont le nombre dépasse la mortalité habituelle). Je chiffre cette surmortalité et je constate qu'elle est cohérente avec des travaux déjà réalisés sur la pharmacovigilance. L'objet de cette étude est donc d'alerter les pouvoirs publics sur des corrélations parfaites dans tous les pays ayant mis en place cette stratégie.

Les *fake news* sur commande

Le 21 juin 2022, le journal *Fakir* a publié un article¹ montrant les nouvelles pratiques de création de *fake news* sur commande. Un journaliste rémunéré par une agence de lobbying numérique donne un témoignage édifiant. Des sociétés, des partis politiques, des agences gouvernementales, de riches personnalités payent pour que de faux articles soient écrits, sous de fausses identités, pour être publiés sur des médias en ligne. Il peut s'agir de petits sites participatifs, mais parfois aussi de journaux très connus qui, visiblement, ne vérifient absolument pas la sincérité des propos tenus.

Il est de notoriété publique que les médias français sont détenus par des milliardaires² et sous perfusion de subventions de l'État. Il y a de base un double-verrou dans les équipes de rédaction. L'épuration des voix dissidentes est effectuée depuis longtemps. Comme le dit Eric Stemmelin ancien directeur de l'antenne et des programmes de France 2 et ancien directeur de l'institut de sondages Sofres, au micro de Pour Press en juillet 2019³ : « Il n'y a plus besoin de censure puisque la quasi-totalité de la profession s'autocensure. Les échelons élevés s'autocensurent pas intérêt [...] pour des raisons lucratives. [...] Et en dessous, on s'autocensure, c'est le contraire, par peur d'être viré tout simplement. ». Nous découvrons à la lumière du témoignage publié par Fakir, que cela ne

1. <https://www.fakirpresse.info/moi-journaliste-fantome-au-service-des-lobbies>

2. <https://www.monde-diplomatique.fr/cartes/PPA>

3. https://www.youtube.com/watch?v=Zroscc_fXVo

suffit plus. Pour aller encore plus loin dans la propagande, et surtout le mensonge, il est nécessaire de faire appel à des agences spécialisées dénuées de scrupules.

On se frotte finalement assez facilement à tout ce petit monde. Me concernant, il a suffi d'une vidéo montrant que la fameuse première vague Covid-19 n'était pas une hécatombe, à l'aide de calculs de mortalité standardisée, pour être propulsé « méchant officiel » par les *décodeurs* du *Monde*. Depuis, l'équipe de *CheckNews* de *Libération* est également entrée en piste. La vidéo sur la hausse de mortalité israélienne post-injection m'a ensuite donné droit à l'article cousu-main dont je parle plus haut. Il a été diffusé par un petit média internet assez douteux de *fact-checking*, dont le simple objectif était de continuer de me discréditer. Nous sommes en guerre. Le terrain de cette guerre est l'espace médiatique. Le paradoxe est quand même que ces différents articles ont très largement contribué au succès de ma chaîne YouTube, lui offrant une visibilité qu'elle n'avait pas du tout. Il ne faut donc pas surestimer les capacités stratégiques des gens qui ne sont obnubilés que par l'argent ou leur image.

d. Corruption systémique

Co-écrit avec Liutwin

Le mot corruption peut revêtir plusieurs sens. On y entend le plus souvent l'action de soudoyer quelqu'un, un groupe de personnes, à l'aide de différents moyens dont nous avons discuté plus haut. La corruption peut également signifier l'altération, la décomposition ou la putréfaction : « la corruption d'un cadavre ». La corruption systémique que nous avons vécue depuis 2 ans peut revêtir

tous les sens à la fois : une société en décadence, qui se décompose, qui perd sa morale, et donc facilite, voire promeut le soudoiment des décideurs comme du peuple. L'individualisme, le culte du profit ou de la notoriété ne font qu'accélérer ce mouvement. Chacun pourra ainsi choisir sa définition de corruption. Elles s'imbriquent et se complètent.

Le « Nous sommes en guerre »¹ proféré par Emmanuel Macron le 16 mars 2020 a déclenché dans la population un état de sidération permettant de prendre de vitesse toute contestation et de mettre en place un ensemble de mesures inédites dont le confinement. La petite phrase « l'État paiera » a permis de rassurer tous nos concitoyens : nous n'avons plus à nous soucier de la manière dont toutes ces décisions seraient financées. Personne n'a semblé s'émouvoir de l'émergence de cette phrase dans la bouche même du président de la République, lui qui se plaignait du « pognon de dingue » dépensé dans les minima sociaux².

Beaucoup d'éléments peuvent être analysés d'un point de vue psychologique et social sur le comportement des Français pendant ces deux années de crise. Notamment leur acceptation de l'apartheid sanitaire et du déni d'existence des personnels soignants, pompiers et autres, non-vaccinés, laissés sans solde et sans le droit de trouver un autre emploi depuis septembre 2021. Cependant, l'un des éléments à ne pas perdre de vue est bien plus trivial : l'intérêt économique et individuel d'un grand nombre de Français. L'État a en effet « payé » et trop d'individus ont

1. <https://www.publicsenat.fr/article/politique/coronavirus-nous-sommes-en-guerre-declare-emmanuel-macron-181385>

2. <https://www.youtube.com/watch?v=rKkUkUFbqmE>

profité de cette crise, financièrement ou par des avantages divers. C'est une corruption de toute la population, mais avec son argent, sans qu'elle s'en aperçoive. Une partie des aides distribuées est venue directement de la redistribution d'urgence mais la majorité des fonds débloqués provient de crédits de l'État auprès des marchés financiers. Depuis dix ans, la dette française augmente régulièrement de 100 Mds€ par an. En deux ans de crise, elle a fait un bond de 500 Mds€. Contrairement à la crise de 2008 où les 300 Mds€ empruntés sur les marchés financiers n'ont servi qu'à renflouer les banques françaises, cette fois-ci le ruissellement a eu lieu. Il conviendrait d'ailleurs de se demander si la réélection d'un président ayant à ce point « arrosé » sa population est légitime.

La corruption de la science et du monde scientifique a été montrée au travers des différentes études analysées dans des chapitres précédents. Des études partisans, parfois entièrement fausses, peuvent être éditées par de « grandes revues scientifiques » en seulement quelques jours pour un peu qu'elles arrangent les bonnes personnes, politiques ou financeurs. La sécurité offerte par l'évaluation par les pairs n'existe manifestement plus. Parallèlement, j'ai pu être témoin de trois censures d'études scientifiques. Ces dernières pourtant réalisées par des personnes reconnues pour leurs travaux et respectant les standards demandés. Ces études n'ont pas été refusées pour la qualité de leur contenu dans le cadre d'une analyse et d'un débat contradictoire entre pairs, mais sans aucune raison valable évoquée. La seule lecture des conclusions a suffi. Il n'est donc pas question de science, mais de politique ou d'argent. Concernant les études publiées extrêmement rapidement pendant cette période de crise, et dont les lacunes sont

béantes, le combat contre celle ayant servi de justification à la politique du confinement en France (*Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France*, dont nous avons montré au chapitre 6 qu'elle permet avant tout de mettre en lumière les effets délétères du renoncement au soin) a été initié par le mathématicien enseignant-chercheur Vincent Pavan. Malgré la clarté de ses explications¹ et le caractère évident des arrangements pris avec les données, on ne peut que constater le silence assourdissant de la communauté scientifique. Chacun semble trop occupé par ses enjeux personnels de carrière pour oser s'indigner devant ces pratiques. Qui ne dit rien consent. En l'occurrence, il s'agit de consentir à des mesures qui risquent de faire passer la France de d'une situation de « crise sanitaire » imaginaire à celle d'une « crise économique » bien réelle.

Le coût supplémentaire, non-provisionné, de la « crise sanitaire » pour la Sécurité sociale est de 10,5 Mds€². Les campagnes de tests et de vaccination auront coûté plus de 13 Mds€ en 2021. Les laboratoires pharmaceutiques sont évidemment les premiers gagnants de cette manne mais ils sont loin d'être les seuls. Les soignants participant à ces campagnes gagnaient plus de 400 € par demi-journée dans les centres de vaccination³ et entre 100 € et 300 € la demi-journée en centre de dépistage⁴. Beaucoup de soignants ont ainsi significativement arrondi leurs revenus en participant aux 100 millions d'injections

1. <https://www.youtube.com/watch?v=5QeWlci-2Cs&t=1300s>

2. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4523_projet-loi

3. <https://docndoc.fr/vaccination-covid-19-remuneration-du-professionnel-de-sante-replacant-retraite-ou-etudiant/>

4. <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/covid-19-quelles-remunerations-en-centre-de-depistage>

et/ou aux 260 millions de tests réalisés en France en 2020 et 2021. Comme nous l'avons vu au chapitre 4, la majoration de tous les actes de médecine générale et hospitaliers portant la mention « Covid-19 » a largement favorisé les comptages et l'acceptation de la situation. Finalement, seuls les personnels refusant les injections ont été punis, les autres ont majoritairement connu une amélioration de leurs revenus grâce à cette crise. Le coût du contrôle du passe sanitaire dans les hôpitaux, qui a nécessité d'embaucher des agents de sécurité, a officiellement été évalué à 60 M€ par mois¹ ! Tout cela conseillé par McKinsey, mandaté par le ministère de la Santé pour l'accompagner dans sa stratégie vaccinale, pour une facture de 2 M€ par mois.

L'application StopCovid, qui n'a servi strictement à rien, a coûté au contribuable entre 200 000 et 300 000 € par mois en frais de fonctionnement². Elle a d'abord été présentée comme réalisée à titre gratuit par des entreprises privées, mais son coût global a été estimé à 6,5 M€. Le développement de l'application n'ayant pas fait l'objet d'un appel d'offre, l'association Anticor a porté plainte contre Olivier Véran pour délit de favoritisme³.

Les médias, nous en avons parlé, sont également les grands gagnants de cette crise, renouant avec une audience perdue. Ils ont eux aussi bénéficié de la main protectrice de l'État avec une aide de 2 Mds€ dès juillet

1. <https://www.capital.fr/economie-politique/la-facture-tres-salee-que-representerait-le-controle-du-pass-sanitaire-a-lhopital-1410275>

2. <https://www.capital.fr/economie-politique/lamere-facture-de-stopcovid-pour-le-contribuable-1371669>

3. <https://www.lefigaro.fr/flash-eco/application-stopcovid-anticor-porte-plainte-a-la-cjr-contre-veran-pour-favoritisme-20210322>

2020¹. Certains acteurs dans les nouvelles technologies n'ont pas été en reste, puisque 2,8 M€ ont été accordés à des spécialistes de la veille sur les réseaux, afin de surveiller le ressenti de la population concernant les actions gouvernementales². Par ailleurs, 26 M€ ont été dilapidés dans des sondages d'opinion, rien qu'en octobre 2020³, ce qui représente 184 % du budget initialement prévu pour le service d'information du gouvernement (SIG) pour l'année 2020. Des sondages destinés à aider le gouvernement à orienter sa politique publique, mais aussi à convaincre les Français de l'accepter.

De façon plus discrète, de très nombreuses entreprises ont bénéficié de la main protectrice de l'État: 15 Mds€ d'aides aux entreprises ont été dépensés par mois de confinement⁴. Les entreprises ont ensuite pu profiter du plan de relance⁵: « 100 milliards d'euros pour transformer et relancer l'économie ». Les collectivités ont abondé avec leurs fonds. La masse d'argent investi a été tellement importante que depuis le printemps 2020, le nombre de défaillances d'entreprises a chuté au lieu d'augmenter⁶. En temps normal, entre 10 000 et 15 000 entreprises cessent

1. <https://www.lesechos.fr/tech-medias/medias/coronavirus-le-gouvernement-a-debloque-2-milliards-pour-les-medias-1221356>

2. https://www.bfmtv.com/tech/le-gouvernement-investit-pres-de-3-millions-d-euros-pour-surveiller-sa-reputation-en-ligne_AN-202104160380.html

3. <https://www.capital.fr/economie-politique/lappetit-de-sondages-du-gouvernement-epingle-par-une-deputee-1384655>

4. <https://www.ladepeche.fr/2020/10/29/aides-economiques-aux-entreprises-15-milliards-deuros-finances-par-letat-par-mois-de-confinement-9171505.php>

5. <https://www.cci.fr/actualites/plan-france-relance-100-milliards-deuros-pour-relancer-et-transformer-leconomie>

6. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/series/102773703>

leur activité chaque trimestre en France. Ces cessations font partie de la vie économique courante du pays. Depuis avril 2020, il n'y en a plus que 7 000 chaque trimestre. L'ouverture des robinets a été telle que des entreprises « moribondes » ont survécu et qu'elles se sont même refait une santé, sur de l'argent public. Rien que dans la nuit du 17 avril 2020, 20 Mds€ ont été donnés par le gouvernement à de grandes entreprises polluantes¹, sans contrepartie écologique ou sociale. Après avoir été gavé d'argent public par les mesures de soutien dans le cadre de la crise sanitaire, le CAC40 annonce distribuer 51 Mds€ à ses actionnaires en 2021, soit une hausse des dividendes de 22 % par rapport à l'année précédente².

Le chômage partiel a coûté plus de 27 Mds€ en 2020. Sans travailler, un grand nombre de salariés ont pu continuer à toucher leur salaire. Tout comme beaucoup de fonctionnaires restant à domicile pendant les confinements sans perte de salaires, ils ont pu « rester chez eux pour sauver des vies ». De ce côté, les avantages persistent. La « maladie de Covid-19 », pour laquelle il n'est pas besoin d'avoir le moindre symptôme mais uniquement un test positif, est la seule permettant d'obtenir une semaine de repos sans le moindre jour de carence. Doit-on faire semblant de s'étonner du nombre de tests réalisés par jour, par des personnes jeunes et en parfaite santé ?

Les mécanismes de solidarité permettant de résister aux chocs économiques se retournent en fait contre la

1. <https://www.franceinter.fr/environnement/20-milliards-d-euros-pour-les-entreprises-strategiques-un-cheque-en-blanc-au-profit-des-pollueurs>

2. https://www.liberation.fr/economie/pour-les-actionnaires-du-cac-40-cest-le-jackpot-20210427_TZT64XHT3VAPXIQCR3W5RLFTYI

population, notamment du fait que la pression financière pour le remboursement des dettes de l'État est annoncée. Ils ont permis de soudoyer un nombre suffisamment grand de personnes et d'entreprises pour faire accepter les contraintes. Ceux qui ont le plus eu à souffrir de ces mesures, sans rien y gagner, n'ont jamais eu voix au chapitre : les enfants.

**e. Le danger caché du coronavirus :
la stratégie du choc**

L'annonce du confinement le 16 mars 2020 a directement fait résonner en moi les alarmes inscrites au fer rouge depuis la lecture du livre de Naomi Klein, *La Stratégie du choc*. J'ai rapidement écrit un texte marquant le début de mon combat contre la pensée unique, combat qui dure depuis plus de deux ans maintenant. Cet engagement m'a permis de découvrir la censure organisée, née de la connivence entre monde politique, finance, industrie et médias. La présentation de l'élan qui m'a poussé dans ce combat vient naturellement clore ce livre car finalement il n'a jamais été question d'autre chose que de pouvoir et d'argent. À l'époque, je ne me doutais pas à quel point.

L'instauration du choc

La France est passée en mars 2020 sous confinement total pour « protéger les Français du Covid-19 ». Le gouvernement justifie ce choix de confinement (sa seule stratégie pour ralentir la « progression du virus ») : il s'agit d'éviter de surcharger les hôpitaux.

Le confinement est une privation quasi-totale de liberté. Le Parlement a donné tout pouvoir au Président pour faire passer par ordonnance toutes les lois qu'il jugera bonnes pour l'économie. Pendant que nous sommes privés de la liberté de nous opposer, le Président a prévenu que beaucoup de choses allaient changer. Le changement que nous devons craindre est celui décrit par Naomi Klein dans son livre *La stratégie du choc*.

L'épidémie de Covid-19 et le confinement total que nous avons vécu sont ce que Naomi Klein appelle un choc. Son célèbre livre révèle comment des extrémistes de l'idéologie néolibérale au service du grand capital prennent le pouvoir pour imposer leur idéologie par la manière forte en se servant de l'opportunité des chocs. Le néolibéralisme prône, entre autres, la fin de toutes les prestations sociales, la privatisation de tous les services publics, la fin des services publics gratuits, la fin des systèmes de redistribution, la fin des systèmes publics de retraite, la fin de la sécurité sociale, la fin de l'assurance chômage. Dans tous les pays où cette idéologie a été appliquée, elle a généré les mêmes résultats : une très forte pauvreté pour toute la partie de la population qui n'a pas de capital et doit travailler au service des plus riches pour survivre ; une très grande richesse pour ceux qui possèdent le capital, les terres ou les usines, et ne sont plus obligés de partager un peu de leur richesse avec les autres. Bref, tout pour quelques-uns et rien pour tous les autres, c'est ce que produit le marché dans une économie néolibérale.

Avec l'échec de la réforme des retraites en 2019, on a pu voir que les gens ne se laissent pas faire quand on leur supprime leurs acquis sociaux. La seule manière d'y arriver

pour un gouvernement, c'est de réprimer violemment et fermement toute contestation.

L'opportunité de tout mettre à plat

Le coup d'État militaire de Pinochet de 1973 a été le choc qui a permis d'instaurer une dictature néolibérale au Chili. Elle a créé une extrême pauvreté pour tous les travailleurs qui n'avaient rien et enrichi énormément les grands propriétaires; la contestation des syndicats et des opposants a été réprimée dans le sang. En Indonésie, même scénario en 1966 avec Soeharto.

La chute du bloc soviétique a permis aux oligarques de prendre le pouvoir en Russie et d'accaparer toutes les entreprises publiques à leur profit.

En Pologne, la politique néolibérale menée par Lech Walesa a été une complète catastrophe. Cette politique a prouvé qu'on pouvait faire pire que le communisme. La Pologne ne s'en est toujours pas remise.

La fin de l'apartheid en Afrique du Sud s'est faite sous condition du néolibéralisme qui a laissé les Blancs propriétaires de toutes les richesses du pays et les Noirs continuer de crever de faim dans les bidonvilles.

L'ouragan Katrina et le tsunami de 2004 ont aussi été des chocs. Dans les territoires dévastés, ces catastrophes ont été l'occasion de « reconstruire » sur la base de la pensée néolibérale, ce qui a créé de nouveaux îlots d'ultra-riches au milieu d'océans de pauvreté.

La période Thatcher au Royaume-Uni a aussi été très violente dans l'instauration d'une politique néolibérale. Par certains aspects, les Anglais sont en train de

faire marche arrière. N'oublions pas que Thatcher est un exemple pour notre président.

J'oublie beaucoup d'exemples du livre de Naomi Klein mais les décisions et leurs résultats ont été les mêmes partout : privatisation de tous les services publics qui existaient, fin des mécanismes de redistribution... et création de deux classes ennemies : les riches propriétaires dans les villes, les miséreux dans les bidonvilles et les campagnes. Tous ces changements ne peuvent avoir lieu qu'en privant les citoyens de leur liberté de s'y opposer. Soit par la force, soit parce que la situation est déjà catastrophique.

Si vous n'avez pas lu *La stratégie du choc* et que vous vous renseignez sur internet, vous trouverez des commentaires de « fans » du livre d'un côté, de gens qui cherchent à le discréditer de l'autre. Des défenseurs affirmés du néolibéralisme ont mené une campagne contre Naomi Klein et son livre. Faute d'arguments pour contester les impacts catastrophiques du néolibéralisme au Chili, en Pologne, en Russie, au Royaume-Uni et ailleurs, ils tentent de discréditer Naomi Klein en la traitant (de manière très originale) de complotiste. C'est à ma connaissance leur seul argument.

Prendre le contrôle de l'État

L'application des théories néolibérales (privatisation, casse des services publics, austérité, fin des acquis sociaux) amène énormément de pauvreté. Il suffit de regarder ce qui s'est passé récemment en Grèce pour le constater. Le but d'une politique néolibérale n'est pas de relancer l'économie

mais d'en prendre le contrôle. Les crises permettent de donner toujours les mêmes arguments : « il faut faire des efforts », « il faut protéger/relancer l'économie »... Mais c'est uniquement dans le but de faire passer les réformes néolibérales permettant à des acteurs privés de prendre le contrôle du pays.

Déjà au XVIII^e siècle, les physiocrates pensaient que « l'État doit être gouverné par des propriétaires fonciers ». Ceux qui détiennent le capital, les plus riches d'entre nous, se sont toujours considérés comme les plus aptes à diriger les autres. Profiter des chocs est pour eux un moyen de progresser vers ce but.

L'originalité de la prise de contrôle en cours au XXI^e siècle réside dans le recours à l'État. Dans tous les exemples cités précédemment, tirés du livre de Naomi Klein (qui date de 2007), les chocs ont été l'occasion d'un effondrement de l'État, d'un désossement pour n'en garder que la partie nécessaire aux nouveaux maîtres des lieux : la police et la justice, deux organes (bien orientés) protégeant le pouvoir et les richesses de ceux capables de les utiliser. *A contrario*, depuis le début de la crise du Covid, nous vivons un renforcement de la présence de l'État dans tous les domaines. En 2019, qui aurait pu imaginer que l'État nous dirait à combien de personnes nous pouvons partager un repas de Noël¹ ? Qu'il mobiliserait des policiers pour vérifier que nous ne nous asseyons pas sur la plage² ? Qu'il recruterait des milliers de vigiles

1. <https://www.tflinfo.fr/politique/coronavirus-covid-19-fetes-de-fin-d-annee-pas-plus-de-six-adultes-a-table-sans-compter-les-enfants-recommande-jean-castex-2171884.html>

2. <https://la1ere.francetvinfo.fr/martinique/coronavirus-des-contrôles-sur-la-plage-de-l-anse-figuier-a-riviere-pilote-1075549.html>

pour empêcher certaines personnes d'entrer à l'hôpital¹ ? Toutes ces lois iniques sont passées dans le cadre du «quoi qu'il en coûte», avec l'argent du contribuable qui devait, en plus, les subir. Voilà qui aurait dû réveiller les pourtant si nombreux détracteurs du communisme soviétique du xx^e siècle !

Pour mémoire, dans le *Great Reset*² de Klaus Schwab (créateur du Forum Economique Mondial de Davos) et Thierry Malleret, il n'est pas question de la destruction de l'État, mais bien de son renforcement dans le cadre d'une étroite collaboration avec les multinationales. Au vu de tous les liens détaillés précédemment entre les mondes politiques, scientifiques, médiatiques, industriels et financiers, il semble finalement bien plus efficace et rentable de prendre le contrôle de l'État plutôt que de tenter de le combattre. Nous semblons vivre la fusion de l'idéologie stalinienne et du grand capital. N'est-ce pas le modèle chinois finalement ?

1. <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/dans-la-loire-certains-hopitaux-recrutent-des-agents-pour-controler-les-passanitaires-aux-entrees-1628085344>

2. <http://reparti.free.fr/schwab2020fr.pdf>

Conclusion : quel lien y a-t-il entre la Covid-19 et la mortalité en France et dans le monde ?

Après deux ans de pandémie, la question peut paraître choquante. Nous avons montré les nombreuses incohérences et lacunes du discours du gouvernement et des médias tentant de faire porter la responsabilité des hausses de mortalité successives à la propagation d'un virus. En revanche, de nombreux et solides éléments statistiques ont mis en lumière le rôle primordial de la mauvaise gestion de la santé publique dans cette crise, gestion désormais soumise à des fins politiques et financières.

Nous demandons bien évidemment que soient rendues publiques les différentes statistiques qui pourraient valider ou invalider l'hypothèse expliquant les variations de mortalité par les conditions extérieures, environnementales notamment, mais également par les décisions prises. Aujourd'hui il n'y a pas de preuve que nous faisons face à une pandémie qui tue significativement plus de monde que d'habitude, ni que les mesures adoptées réduisent la mortalité. Le fait de déclarer qu'il n'existe pas de traitement pour soigner la Covid, d'abandonner les malades à leur

sort, de ne proposer que des accompagnements palliatifs aux plus âgés... et de constater ensuite une hausse de mortalité, s'apparente bien plus à une prophétie auto-réalisatrice qu'à une justification scientifique.

Il est temps de sortir de cette période de l'inversion de la charge de la preuve. Depuis deux ans, les humains sont déclarés coupables. Coupables de rendre malades les autres. Aucune preuve n'existe validant cette charge. Les Français subissent des punitions coercitives : interdictions de circuler, d'accéder à des lieux de patrimoine ou de culture... Ils ont l'interdiction de se rassembler ou même de s'approcher de trop près. Les enfants sont les premières victimes de cette situation, déclarés coupables et condamnés comme les adultes à porter des masques toute la journée, toujours sans preuve, mais uniquement à cause de théories trouvant péniblement des appuis sur des statistiques orientées. Il nous incombe aujourd'hui de prouver que nous sommes innocents pour avoir le droit d'être libres. Dans quel monde vivons-nous ?

Cette inversion concerne aussi la campagne vaccinale : les fabricants sont incapables de produire des études sérieuses montrant un intérêt quelconque des injections imposées. Les études favorables à la vaccination sont biaisées : données enregistrées non fiables, sur-tests des non-vaccinés et surtout refus de comptabiliser les décès et hospitalisations des autres causes (dont une partie pourrait survenir à cause de l'injection elle-même). Ces méthodes initiées par les laboratoires vendeurs de « solutions miracles » et habitués des trucages, petits arrangements ou autres, sont répétées par nos « autorités de santé ». Elles semblent au passage oublier tous les autres aspects de la santé à l'exception d'une seule maladie. Là

encore, l'inversion est totale. Les vaccins sont présupposés sûrs et efficaces (alors que trois d'entre eux sur les quatre initiaux sont déjà interdits dans de nombreux pays pour plusieurs tranches d'âge) et c'est aux citoyens de prouver que ces vaccins ne seraient pas sûrs et/ou pas efficaces s'ils veulent avoir une chance d'échapper aux injections forcées.

À l'époque de la grippe H1N1, la vaccination de masse avait été elle aussi présentée comme l'unique outil à disposition mais la campagne s'était soldée par un démenti magistral : seulement 5 % de la population s'était fait vacciner. Dix ans plus tard, nous avons les mêmes ingrédients, les mêmes protagonistes qui reproduisent le même schéma mais ils ont visiblement tiré les leçons de 2009 : ils ont été plus violents, ils ont joué sur les peurs et la sidération en imposant le confinement strict de mars-avril, ils ont bénéficié de la désorganisation en cours du système de soins et l'ont considérablement aggravée, ils ont interdit (une première !) la prescription de médicaments qui semblaient être efficaces, interdit le recours aux médecins généralistes, ils ont terrorisé les gens avec l'obligation du port du masque – qui fait croire que l'autre est dangereux et risque de nous tuer en respirant (on ne peut qu'imaginer l'impact à long terme d'une telle croyance, en particulier chez les enfants). Ils ont enfin organisé un contrôle permanent des individus sous le prétexte de les protéger.

Cette inversion de la charge de la preuve n'a pu être réalisée que dans un état de stupéfaction de la population et grâce à la complicité des médias. Un tel état ne peut durer que par le maintien de la peur et par des changements de stratégies et de décisions tous azimuts et fréquents. Cette fuite en avant s'épuise toutefois désormais. Aujourd'hui,

la seule manière de sortir définitivement de cette inversion est de retrouver ce qui nous fait défaut depuis le début de cette crise : le bon sens.

Nous continuons à réclamer la libération de toutes les données concernant cette crise. Il est indispensable de permettre enfin aux chercheurs indépendants de les analyser et de publier leurs conclusions. En premier lieu, il est nécessaire de diffuser les statistiques de décès selon l'âge, le statut vaccinal et la date de vaccination. Il faut de toute urgence savoir s'il existe une mortalité post-vaccinale significative. La publication de ces données n'est en aucun cas une difficulté technique, son interdiction actuelle n'est que politique.

Au passage, cet épisode nous a permis de découvrir l'incroyable vide concernant la vérification de l'innocuité de tous les médicaments et en particulier des vaccins. Nos enfants reçoivent plus d'une dizaine de vaccins avec rappels. C'est obligatoire depuis 2018 mais habituel depuis des décennies. Il serait grand temps de vérifier qu'il n'existe pas de lien entre les dates d'injections et les dates de décès des enfants de moins de 3 ans.

La crise Covid-19 aura au moins eu le mérite de guérir un certain nombre de personnes de leur confiance aveugle envers les « autorités ». Nous réclamons dorénavant des données, des débats, de la contradiction et surtout des preuves.

Postface

C'était un temps déraisonnable

Laurent Toubiana,

Chercheur épidémiologiste à l'INSERM, Directeur de l'IRSAN

« C'était un temps déraisonnable
On avait mis les morts à table
On faisait des châteaux de sable
On prenait les loups pour des chiens
Tout changeait de pôle et d'épaule
La pièce était-elle ou non drôle
Moi si j'y tenais mal mon rôle
C'était de n'y comprendre rien. »

Louis Aragon, *Bierstube* Magie allemande,
Le roman inachevé, 1956.

C'était quand la première fois ?

La première fois que j'ai vu Pierre Chaillot.

Je ne me souviens plus exactement...

L'époque était étrange, c'était un temps déraisonnable.
Un temps où les autorités, les maîtres du jeu, avaient mis
500 000 morts à table.

Une odieuse campagne de peur, un véritable chantage
avait conduit les populations terrorisées à accepter l'impen-
sable, l'inimaginable, le grotesque, l'enfermement, le
concept saugrenu de la séquestration de toute l'humanité

sur l'idée simpliste d'arrêter la circulation d'un virus dans une population en isolant les individus ; plus de contacts donc plus d'échanges. Plus d'échanges donc plus de propagation de virus. Cette idée est tellement simple à comprendre, même si elle n'a pour fondement que les élucubrations rudimentaires de modélisateurs sans vergogne, elle n'en est pas moins redoutablement efficace pour l'acceptation volontaire de la soumission ; le « virus » lui, s'en fout complètement... Il trouve toujours une issue et lorsqu'il sort, rien ne l'arrête. La suite de l'histoire a évidemment mis en lumière tout ce gâchis.

Dès le début, janvier, février 2020, les discussions allaient bon train dans notre laboratoire. Considéré comme un spécialiste des questions épidémiologiques, j'ai vu défiler dans mon bureau bon nombre de mes collègues chercheurs m'interrogeant, émettant des hypothèses sur le sérieux de l'émergence de cette nouvelle maladie transmissible qui n'avait pas encore de nom. Les uns s'interrogeaient vraiment, la plupart restaient circonspects ; pourtant quelques-uns, dans une forme de jouissance apocalyptique, pariaient déjà sur une hécatombe effroyable mais sans y croire vraiment, en tout cas, pas pour eux-mêmes... Pour les autres, sûrement !...

Puis, peu à peu, le matraquage médiatique aidant, le grain fut séparé de l'ivraie, deux camps se sont formés, inégaux en nombre mais sauvagement opposés. Les adorateurs forcenés de la pensée officielle et les ultra-minoritaires qui malgré tout, continuaient à chercher à comprendre la situation de manière factuelle. Très vite les pauvres gens de ce clan sont devenus des parias auxquels il ne

fallait plus adresser la parole. Dans les couloirs, les yeux se baissaient, un bref salut lors d'un croisement furtif mais la règle était plutôt l'évitement poli. Très vite, avec quelques-uns, je me suis retrouvé dans la clandestinité. C'est l'époque aussi de la création de groupes de discussion très fermés où l'on se passait « sous le manteau » quelques bonnes feuilles d'un « résistant » particulièrement éloquent. La modernité aidant, ces brûlots diffusaient par réseaux électroniques. Tout un petit monde de réfractaires, de « complotistes » comme ils disent, se régalaient de toutes sortes de pamphlets ou autres articles plus ou moins scientifiques. C'est dans ce flot continu d'un fatras informationnel désordonné, qu'un jour je clique sur un lien envoyé par un ami de confiance qui filtre ce qu'il lisait de meilleur.

La vidéo démarre sur une musique de style « métal » au rythme aussi débridé qu'insupportable, cela augure donc très mal mais bref, huit minutes, je lui donne sa chance. Là apparaît sur un fond de salon confortable bien réel donnant sur un jardin bien vert, une tête avec des lunettes qui commence à parler à toute vitesse, (pour gagner du temps, j'écoute les vidéos en vitesse $\times 2$). La tête est presque fixe avec un petit balancement pour montrer qu'elle vit un peu, elle assène avec un aplomb sans borne, une série ininterrompue de *punch-lines* toutes plus déroutantes les unes que les autres. Le ton aussi est original, une sorte de débit mono tonal que l'on dirait issu d'une machine de lecture automatique mal paramétrée. Très rapidement, le flux d'information est si dense, qu'un peu perdu, nous balançons nous aussi mais entre deux sentiments : soit le gars est très fort, soit il est très malin et il nous enfume.

Dans tous les cas c'est intéressant et ça vaut le coup de savoir ce qu'il a dans le ventre ; je m'abonne donc à sa chaîne. C'est ainsi que de vidéo en vidéo, j'ai appris à apprivoiser, par écran interposé, la petite musique de cette drôle de tête. Très vite je me suis aperçu que le garçon qui parlait n'y connaissait rien en épidémiologie mais que cela ne l'empêchait pas d'énoncer, voire de redécouvrir à sa manière, des concepts extrêmement pertinents. De plus, la tête envoyait, comme une kalachnikov, des résultats qui ressemblaient étrangement à mes propres calculs. Le gars derrière la vidéo faisait montre d'un redoutable savoir-faire en matière de traitement de l'information et d'une expertise non dissimulée en termes d'analyse qui me laissait pantois. Peu à peu le Monsieur qui originellement adressait des sujets économiques, s'est focalisé sur la question du moment qui occupait il est vrai, 90 % du temps de cerveau de nos congénères : le Covid (lui disait « la » Covid, ça m'agaçait). Il s'attaquait comme un rouleau compresseur à toutes les données disponibles et un beau jour, il sort une vidéo sur les données de mortalité. Là, c'était trop ! Avec un autre collègue (Laurent Mucchielli), nous l'avons contacté.

Dès lors, la drôle de tête est devenu quelqu'un et ce quelqu'un, c'est Pierre Chaillot, avec lequel nous n'avons plus cessé de discuter avec un plaisir à chaque fois renouvelé car c'est si bon de se frotter de temps en temps à l'intelligence, même si ce n'est pas toujours facile.

Pas toujours facile, c'est le moins que l'on puisse dire. Avec lui, les idées fusent comme des éclairs. Sa petite machine à calculer intérieure traite des millions de données

récupérées dans les coins sombres et les plus reculés de bases de données certes ouvertes mais qui, dans la pratique, restent inaccessibles au commun des mortels par définition inadapté à ce type d'approche. Lui, rien ne lui fait peur, il a l'habitude et il faut suivre... Enfin, si tu peux !

Il fait feu de tout bois, il décortique et dénoue tous les sujets. Il rend visible, tangible et compréhensible l'immense supercherie. À sa manière, lui aussi a posé, tout au long de cette crise, les jalons qui permettent d'éclairer un monde devenu obscur par la profusion incohérente d'informations laissant une opinion publique désorientée devant une confusion volontairement entretenue. La presse et les médias, vivant de sensationnel et de scandales, en affolant les uns, en terrorisant les autres, au lieu d'informer se sont rendus coupables de diffusions d'information dogmatiques concourant à l'édification d'une *Doxa*¹ et frappant d'anathème toute personne osant la remettre en question. Ainsi, les concepts les plus stupides, s'apparentant à de véritables croyances, alors qu'ils étaient fabriqués de toutes pièces par des groupes de pression obsédés par leurs intérêts, ont été reproduits et diffusés à l'infini, à la nausée, par des journaux pourtant réputés sérieux. C'est ainsi que sous cette emprise délirante, des nations ont été frappées d'une forme d'hystérie collective, acceptant et réclamant même des contraintes et autres privations de libertés élémentaires durement acquises par les générations qui les précédaient.

Des gens comme Pierre Chaillot et une poignée d'autres, qui, comme lui, n'ont pas cédé à cette folie, ont continué,

1. *La Doxa du Covid: Enquête sur la gestion politico-sanitaire de la crise*, L. Mucchielli (dir.), éditions Éoliennes, 2022

de manière opiniâtre, par simple goût de justice et de recherche de vérité, à étudier les chiffres et les faits, puis à discuter et diffuser leurs analyses. Il participe ainsi à ceux qui ont osé braver la vindicte, mettant en évidence, avec rigueur et méthode ce qui pourtant apparaît le plus souvent comme du bon sens. Le chemin sera long, il faudra probablement attendre encore longtemps avant que la vérité éclate, car les intérêts en jeu sont tellement phénoménaux qu'à n'en point douter, la justice sera retardée autant qu'il sera nécessaire, pour tenter de sauver les protagonistes incompetents aux commandes pendant cette crise, et qui l'ont, par leur manœuvre, incontestablement générée. Mais la vérité est en marche, rien ne l'arrêtera.

À plusieurs reprises au cours de cette crise, j'ai cité la célèbre formule de Karl Marx « l'histoire se répète... ».

Longtemps je me suis demandé comment, par une simple ingénierie sociale, il avait été possible de manipuler si facilement une population entière. Pour répondre à cette question, il suffit de creuser un peu dans l'histoire, pour déterrer quelque morceau de littérature qui montre que ce que nous avons vécu à l'occasion de cette crise, d'autres époques l'ont vécu avant nous. Ainsi, quelques semaines à peine avant le très célèbre « J'accuse » du 13 janvier 1898 dans *L'Aurore*, Émile Zola a publié un texte, le 25 novembre 1897, dans *Le Figaro*. Ce texte traite évidemment, comme chacun le sait, d'une toute autre mais néanmoins importante « Affaire ». J'en reproduis ici un extrait en me permettant d'omettre un seul et unique mot mais en gardant tout le reste : « ... On se retrouve devant une opinion publique exaspérée, surmenée par

la plus odieuse des campagnes. La presse est une force nécessaire. Je crois, qu'elle fait plus de bien que de mal mais certains journaux n'en sont pas moins coupables en affolant les uns, en terrorisant les autres, vivant de scandales pour tripler leurs ventes.

L'imbécile [...] a soufflé sur cette démente et on en est arrivé à cet horrible gâchis où tous les sentiments sont faussés, où l'on ne peut vouloir la justice sans être traité de gâteux ou de vendu. Les mensonges s'étalent. Les plus sottes histoires sont reproduites gravement par des journaux sérieux. La nation entière semble frappée de folie alors qu'un peu de bon sens remettrait tout de suite, les choses en place.

Ce sera simple, le jour où ceux qui sont les maîtres oseront malgré la foule ameutée, être enfin de braves gens ; et si des raisons politiques voulaient que la justice fût retardée, ce serait une faute nouvelle qui ne ferait que reculer l'inévitable dénouement en l'aggravant encore.

La vérité est en marche, rien ne l'arrêtera plus... ».

À plus de 120 ans de distance, ce texte d'une étrange actualité fait écho, presque mot pour mot, aux mécanismes à l'œuvre pendant notre contemporaine « Affaire Covid ». À l'époque « l'Affaire » (affaire Dreyfus) met en scène des acteurs appartenant à une élite puissante et agissante, en l'occurrence une élite militaire dont l'influence est particulièrement dominante dans un contexte guerrier de revanche, suite à la défaite de 1870 contre la Prusse et l'annexion par celle-ci de deux provinces françaises (l'Alsace et la Lorraine). Cette élite falsifie des informations pour servir son idéologie nauséabonde. Elle insuffle

dans toute la société, par l'intermédiaire de journaux puissants, un sentiment de citadelle assiégée, de fragilité et de peur face à un ennemi invisible, un « corps étranger » certes minuscule et discret, qui pervertirait la France de l'intérieur. Cette affaire s'étale sur douze ans, de 1894 à 1906. En réalité, pendant les quatre premières années, il n'y a pas véritablement d'affaire puisque l'ensemble de la classe politique de Droite comme de Gauche (y compris Jaurès et Clémenceau) est unanime sur la culpabilité, pourtant non démontrée, du prétendu traître. L'affaire ne commence vraiment qu'en 1898 avec l'irruption d'un homme de la société civile qui n'était pas spécialement prédestiné à intervenir dans ce cadre, un romancier à succès, Émile Zola, qui provoque un choc, une succession de crises politiques, sociales et de très violentes polémiques attisées par une presse influente.

Le parallèle avec ce que nous avons vécu au cours de la crise Covid est troublant. Une élite puissante et agissante, sûre d'elle-même, propulsée au pouvoir par l'entremise d'un invraisemblable imbroglio judicario-politico-médiatique, a mis le pays au bord de l'insurrection pendant de longs mois d'errance dogmatique. Alors que cette élite était elle-même au bord du gouffre, un virus étrange venu d'ailleurs fait irruption et les sauve inopinément de la déroute en pétrifiant le pays. En effet, cette oligarchie a falsifié les informations d'un événement qui, comme le démontrent le présent livre de Pierre Chaillot et d'autres¹, est en réalité mineur. Elle affirme que cet événement est généré par un ennemi intérieur et invisible, un virus dont

1. *Covid-19, une autre vision de l'épidémie* L. Toubiana, éditions L'Artilleur, 2022.

on ne sait rien et qui va « probablement » (*sic*) décimer la population ! Cette élite en profite pour anesthésier tout un pays dans un arrêt stupéfiant, limitant toutes les libertés, appuyée par une presse influente et quasi unanime, dans une acceptation et un silence assourdissant de toute la classe politique de Droite comme de Gauche. Une soumission acceptée par la mise en place d'un climat de guerre artificielle (« nous sommes en guerre¹ ») et de terreur faisant appel aux instincts les plus bas, de profits en tout genre mais aussi par un saupoudrage massif de monnaie de singe, faisant tourner la planche à billets à plein régime. Nous payons (sous forme d'inflation) et payerons longtemps (sous d'autres formes) les conséquences de cette incurie.

Gageons qu'un livre comme celui de Pierre Chaillot, comme à l'époque le fameux « J'accuse », révélera au grand public l'immensité de la méprise dans laquelle nous ont fourvoyés des autorités, elles-mêmes empêtrées dans l'immensité de leur aveuglement.

Avec un rôle majeur joué par la presse et l'opinion publique, l'Affaire Dreyfus a été considérée comme le symbole universel de l'iniquité au nom de la raison d'État. Ces conséquences ont été faramineuses pour la France et au niveau mondial. Je considère, dès à présent, que « l'Affaire Covid » par sa similitude saisissante, aura probablement une symbolique équivalente, nous n'en sommes qu'au début et le livre de Pierre Chaillot apporte des éléments considérables dans l'instruction de ce dossier.

1. Discours du Président de la République, Emmanuel Macron, du 11 mars 2020.

La vérité est en marche, rien ne l'arrêtera plus.

« *Est-ce ainsi que les hommes vivent
Et leurs baisers au loin les suivent
Comme des soleils héroïques* »¹

Laurent Toubiana,
Paris, le 7 octobre 2022.

1. Léo Ferré et Louis Aragon, « Est-ce ainsi que les hommes vivent ? » 1961 ; *Bierstube, Le roman inachevé* 1956. Bernard Lavillier, dans son interprétation sur l'album « O gringo » sorti en 1980, modifie le dernier vers ; « des soleils révolus » devenant « des soleils héroïques ». Je choisis cette formulation plus adaptée à son évocation dans le cadre de la crise Covid-19.

Remerciements

Je remercie avant tout ma famille, mon épouse et mes enfants, d'avoir supporté cet acharnement de recherche pendant plus de 2 ans. Autant de soirées, nuits, week-ends, vacances, à écrire, faire des statistiques, des graphiques et autres illustrations au lieu d'activités autrement plus saines comme courir dehors, taper dans un ballon, se balancer des coussins ou faire des jeux de société. Eux ont su garder le sens des priorités comme en témoigne une discussion au dîner : « – Il fait quoi encore papa ? – Il essaye de sauver le monde avec une division. »

Je remercie mon éditeur Damien Serieyx pour avoir accepté de publier ce livre. Celui d'un inconnu qui parle de rebutantes statistiques et dont les conclusions sont opposées à celles vendues par les médias de masse. On imagine facilement qu'il est bien plus simple de vendre des livres de médecins de plateau qui surfent sur la propagande officielle. Merci également à tous les éditeurs qui travaillent par passion, devoir, et qui nous ont permis de lire d'autres versions de cette histoire. C'est un sacerdoce. Très peu de personnes lisent encore de nos jours. Une simple vidéo réalisée en quelques jours peut faire plusieurs centaines de milliers de vues, alors qu'un livre ayant nécessité deux ans de travail dépasse rarement 5 000 ventes... Les livres sont pourtant une trace bien plus pérenne qu'une vidéo. C'est un média qui se suffit à lui-même. Il n'a pas besoin de support, d'un ordinateur ou d'un logiciel et ne deviendra pas impossible à lire à cause des évolutions technologiques. Une fois distribué, il sera quasiment impossible à faire disparaître. Le livre, c'est la liberté de savoir et, réciproquement, la liberté d'accéder au savoir c'est le livre.

Je remercie chaleureusement mes premiers compagnons de route sur ce chemin de compréhension : Laurent Toubiana, Laurent Mucchielli et Jacques Bouaud. Une mention spéciale aux

deux Laurent qui ont accepté de prendre la plume pour la préface et la postface de ce livre. Le duo des Laurent fait résonner chez moi la musique d'*Amicalement vôtre*: Laurent, épidémiologiste de renom, ayant consacré sa vie à cette spécialité, s'époumone depuis le début de cette « crise » à tenter de faire comprendre aux journalistes qu'il n'y a pas de crise épidémique majeure. Que c'est une redite de celle de l'arnaque H1N1 mettant en scène les mêmes prêcheurs de l'apocalypse. Que nous vivons une crise sociologique se traduisant par une volonté de contrôle total des masses, complètement démesurée, et promu par des individus, agences, instituts, ayant des fortes accointances avec les politiques et *Big Pharma*. Qu'il faudrait plutôt écouter l'autre Laurent, sociologue de renom, spécialisé dans la sociologie de la délinquance et des politiques de sécurité. Lui est mis à l'écart par les médias de masse, catalogué complotiste, parce que ses nombreux travaux lui indiquent tous que nous subissons une *doxa* qui n'admet aucune discussion. Merci les amis pour votre ténacité et votre ouverture.

Merci également à toutes les personnes qui ont participé à ce livre, co-auteurs, fournisseurs de documents, de conseils et relecteurs :

Jean-Luc Bozek qui m'a contacté pour me faire part de ses recherches sur les aspects bureaucratiques de la crise. J'ai bien failli passer à côté de son savoir. Je n'ai pas vraiment compris son premier message. Nous avons pris contact car je prends le temps d'échanger avec tous ceux qui le souhaitent. J'ai hésité à le remercier sans aller plus loin pendant la première minute de notre discussion. Cela aurait été une très grave erreur, basée sur des *a priori* mal placés. Jean-Luc a tout compris à cette crise et les fondements bureaucratiques de l'arnaque. Il possède un mélange d'intuition, de capacité de recherche et de mise en relation des éléments que je n'ai jamais vu. Il a décodé la clé du « bazar », mais encore faut-il savoir l'écouter.

Jacques Colin de Verdière, qui m'a contacté pour que nous travaillions sur les données de températures extérieures. Son expérience d'ingénieur lui a montré que les conditions de qualité de l'air sont essentielles pour la santé. Elles sont malheureusement laissées de côté car la théorie du méchant germe, qui nous infecte et qu'il faudrait empoisonner à coup de médicaments, prend toute la place. La corrélation que nous avons montrée et que nous continuons d'explorer devrait, logiquement, entraîner de profonds changements dans les priorités de santé publique. Que reste-t-il de logique aujourd'hui ?

Pierre-Yves Covid, chercheur anonyme, qui a simplement voulu vérifier si la vaccination était bénéfique pour les moins de 50 ans avant d'offrir son corps à la « science ». Il m'a contacté après avoir constaté que les données anglaises démontrent qu'il vaut mieux éviter l'expérience. Il a pu observer, comme nous tous, le refus de ses collègues d'envisager une autre version que l'histoire officielle. La paresse et le conformisme ne dépendent pas du niveau de diplôme.

Florence Pisani, qui m'a montré la première la quasi-similitude entre la crise Covid-19 et la crise H1N1. Je n'avais que 23 ans en 2009. Cette histoire m'était passée complètement au-dessus de la tête à l'époque. Florence est une des rares personnes qui a la mémoire des événements, additionnée du courage nécessaire pour éplucher les rapports du Sénat ou d'autres instances officielles et en extraire l'essentiel. Elle met à disposition de tous le fruit de ses recherches¹.

Eusèbe Rioché, que j'ai découvert par son article² montrant une corrélation statistique parfaite entre la mortalité et l'abandon de soin, et plus particulièrement avec l'utilisation du Rivotril. Comme j'en ai parlé en début de ce livre, à la première lecture, j'ai refusé de croire sa démonstration. Cette expérience me permet de comprendre et d'anticiper pourquoi, malgré la robustesse de ce que l'on peut montrer, de nombreuses personnes refusent de questionner leurs croyances ou certitudes : c'est tout simplement trop dur. La démarche de questionnement est un processus personnel et long.

Catherine Teilhet qui récupère, compile et met en forme les données de pharmacovigilance, avec une régularité sans pareil depuis le début de la vaccination. Un travail bénévole, constant, au service des citoyens pour leur permettre de savoir et donc de faire un choix. L'envie de savoir est malheureusement ce qui fait défaut depuis deux ans.

Liutwin, citoyen engagé, qui a fait l'effort de compiler l'ensemble des informations à sa disposition pour comprendre et ne rien oublier de ce gigantesque délire paranoïaque au service de quelques intérêts évidents. Son ouvrage *Covid-19: le grand cauchemar*³,

1. <https://www.agoravox.fr/auteur/florence-pisani>

2. <https://www.deboutlafrance.fr/2021/02/covid-19-du-mythe-aux-statistiques/>

3. <https://drive.google.com/file/d/1oSHiNBEi91plxW15HciV48V4HDXsLU5/edit>

telle une enquête judiciaire, compile méthodiquement toutes les pièces à conviction de cette immense escroquerie collective. À lire absolument.

Miss J. l'illustratrice de ce livre, qui publie régulièrement des dessins satiriques magnifiques mettant en lumière la folie de notre époque. L'humour naît d'un décalage. Il faut du talent pour caricaturer un monde qui a suffisamment basculé dans l'absurdité pour que personne ne s'en rende plus compte.

Je remercie Patrick Meyer et Patrick D. avec qui nous avons longuement échangé pour choisir les modèles et représentations graphiques mettant le mieux en lumière la surmortalité pendant les campagnes vaccinales.

Je remercie Alexandra Henrion-Caude et Steve Ohana pour nos échanges sur la mortalité des jeunes en Israël. Vous aviez raison très tôt et auriez dû permettre d'éviter de blesser davantage les jeunes en France. Avoir raison trop tôt c'est avoir tort paraît-il.

Merci infiniment à tous les membres du Conseil Scientifique Indépendant pour leur engagement et la qualité de nos échanges. Ceux qui nous suivent savent que nous pouvons discuter scientifiquement des différents sujets, de manière constructive, sans nécessairement imposer un « consensus » à tous. La science n'est qu'un débat permanent. Les certitudes n'existent que dans la religion.

Merci aux bénévoles qui se sont investis dans plusieurs articles diffusés sur la chaîne Décoder l'éco. En particulier Sylvain Rousselot, d'une précision redoutable dans ses relectures et analyses; Xavier M., pour son aide au montage, en particulier pour la vidéo sur l'arnaque des tests¹, dont la clarté lui a valu une censure en moins de 48h sur YouTube; Jane P., pour la vidéo récapitulative sur la mortalité²; Grégoire C., pour ses nombreuses traductions bénévoles en anglais; Jean Garf (informaticien sous pseudonyme) qui a relu et amélioré les dizaines de milliers de lignes de programmes ayant servi à réaliser les statistiques et illustrations de ce livre. Je rappelle qu'ils sont accessibles à tous en ligne et, grâce à son expérience et à sa vigilance, organisés, factorisés et documentés.

Merci à Surya Arby pour toutes ses explications et son énorme investissement bénévole dans la défense des victimes des effets indésirables des médicaments.

1. <https://odysee.com/@decoderleco:c/tests-vaccins-pass-fabrique-de-la:e>

2. <https://youtu.be/m7DHYjKZ1tA>

Merci à mes deux relecteurs assidus, retraités mais hyperactifs, pas de repos pour les braves :

Geneviève Lebouteux, statisticienne à la retraite, auteur¹ active, qui a pris le temps de tout analyser, comparer, reformuler, bénévolement évidemment.

Jean Claude Bilheran, dont le regard acéré a permis d'exterminer la totalité (ou presque peut-être, la tâche étant colossale) des fautes d'orthographe, de grammaire, de syntaxe et autre mots oubliés.

Merci aux médias qui nous permettent encore une pluralité d'expression. Merci à France-Soir, agoravox.fr, kairospresse.be, nexus.fr, néosanté, Epoch Times, la chaîne humaine, radio courtoisie et les autres. Nous ne sommes pas tous d'accord sur tout, mais vous avez su garder cette ouverture qui fait défaut aux autres médias qui vous traitent « d'extrémistes » parce que vous ne censurez pas les gens. Ils n'en sont pas à un paradoxe près.

Je suis également obligé de remercier les *fact-checkers* du *Monde* et de *Libé* pour la visibilité qu'ils ont donnée à mes travaux. La grande majorité de mes 50 000 abonnés a découvert la chaîne Décoder l'éco à la suite de vos articles de *débunkage*. J'ai découvert que non seulement les journalistes payés à moitié par nos impôts et à moitié par la haute finance ne sont presque pas lus, mais qu'en plus une bonne partie de leurs lecteurs ne les suivent pas du tout au premier degré. Ces journaux sont très utiles pour s'informer des névroses de la caste au pouvoir et découvrir les épines dans leurs pieds. Nul doute que, si ce livre se vend, il subira le même genre d'attaque qui salira son auteur mais augmentera sa visibilité. Le niveau journalistique de ces personnages n'a d'égal que leur compétence stratégique.

Merci enfin à Mélodie pour son combat avec « Où est mon cycle ? ». La diffusion de la vérité, si elle a lieu, partira de cette initiative. En effet, les fabricants de médicaments démultiplient les effets indésirables possibles dans leurs notices. L'objectif est de noyer les déclarations. Par exemple, plutôt que de rassembler les problèmes cardiaques sous un seul code, on distingue les arythmies, bradycardies, cardiomyopathies, endocardites, myocardites, péricardites et autres. Chaque déclaration se retrouvant seule dans sa case, cela créé artificiellement une absence de significativité. Les femmes sont, de fait, un réel problème pour l'industrie

1. <https://genevieve-lebouteux.com/rubrique/livres-contes-et-histoires/>

pharmaceutique. Même les tests sur animaux se font avec peu ou pas de femelles. Car, tout effet indésirable qui « rend malade » a un impact direct sur la fertilité des femmes : elles subissent des perturbations très visibles de leur cycle. La démarche de « Où est mon cycle ? » est centrale. En libérant la parole des femmes, elle permettrait de mesurer l'ampleur des dégâts de la vaccination de masse. Je termine par une anecdote personnelle : un soir, nous recevions une dizaine d'amies à dîner. Elles ont entre 25 et 35 ans. L'une d'entre elle, vaccinée, connaît mes travaux et me demande ce que je fais. Je lui parle donc de ce livre et de l'association « Où est mon cycle ? ». Elle annonce alors devant tout le monde avoir des problèmes de régularité depuis sa vaccination. La libération de sa parole a décidé les autres à s'exprimer. Sur huit vaccinées, quatre avaient encore des problèmes de cycle, près d'un an après leur vaccination. Certains diront qu'un échantillon de quatre femmes n'est pas statistiquement représentatif. Pourtant, ça l'est. Si les problèmes de cycles à la suite de la vaccination étaient des événements rares (par exemple un par million), alors il serait impossible de faire un repas d'amies avec quatre femmes sur huit qui ont des problèmes. Cet échantillon prouve déjà que cet effet indésirable n'est pas rare. Il est commun. Les femmes sont malades de manière visible depuis leur vaccination. Nous devons collectivement libérer la parole des femmes. Elles sauveront les hommes au passage.

Cette liste de remerciement très longue n'est qu'un très faible aperçu des scientifiques, médecins, citoyens engagés contre l'histoire imbuvable servie depuis trop longtemps. Il s'agit uniquement de ceux dont j'ai pu croiser la route. Contrairement à ce que les médias *mainstream* font croire, il y a bien plus de personnes engagées à combattre cette escroquerie qu'à la défendre. L'utilisation des médias à des fins politiques ou financière n'est plus à démontrer : l'objectif est de faire croire que le seul point de vue présenté sur les écrans de télévision ou d'ordinateur est majoritaire. Cette esbroufe permet d'imposer une acceptation des masses par conformisme. C'est l'exploitation du résultat d'expériences d'ingénierie sociale, notamment celle de Solomon Asch¹. Ce livre est une petite pierre supplémentaire pour tenter de rééquilibrer ce jeu. Si un jour la bascule arrive, elle risque bien d'être d'une violence aussi forte que celle de la fable : « Le roi est nu ».

1. https://fr.wikipedia.org/wiki/Exp%C3%A9rience_de_Asch

Imprimé en France par CPI en décembre 2022
Dépôt légal : janvier 2023
N° d'impression : 173021

Pierre Chaillot

COVID 19

ce que révèlent
les chiffres officiels

« On peut discuter de tout sauf des chiffres » a dit un jour l'ex-ministre de la Santé Olivier Véran.

Après trois ans passés à collecter et à analyser la quasi-totalité des chiffres qui concernent la crise du Covid 19, dans les organismes officiels français et internationaux, le statisticien Pierre Chaillot peut affirmer le contraire : on doit discuter de tout et surtout des chiffres. En particulier de ceux que les responsables politiques et médicaux ont choisis délibérément de ne pas citer car ils risquaient de provoquer l'effondrement du récit officiel.

Pierre Chaillot expose donc dans ce livre le résultat de ses analyses. Les données qu'il cite sont toutes sourcées, ses calculs sont entièrement ouverts à la consultation sur son site et ses hypothèses ont été discutées et revues par des spécialistes (statistiques, informatique, mathématique, épidémiologie). Ses conclusions sont stupéfiantes. Mortalité, hospitalisations, tests, efficacité vaccinale, effets secondaires, rien ne résiste à la confrontation ordonnée de la totalité des chiffres et, devant les yeux du lecteur effaré, la propagande s'écroule.

Pierre Chaillot est statisticien.

Il a souhaité reverser tous les droits issus de la vente de ce livre à la Fondation Où est mon cycle, qui vient en aide aux femmes qui ont subi de graves perturbations hormonales à la suite de la vaccination Covid.

Préface de **Laurent Mucchielli**, Directeur de recherche au CNRS

Postface de **Laurent Toubiana**, épidémiologiste et chercheur à l'INSERM

22€

Prix TTC France

ISBN : 978-2-8100-1152-0



9 782810 011520