

# COVID-19 – des statistiques au scandale

21 mars 2021

## La COVID-19 soigne le cancer, le diabète et l’hypertension

Avant toute étude subséquente, il est indispensable de rappeler la vérité suivante [1], sans quoi il sera impossible de donner un sens aux événements récents.

**Pour les moins de 60 ans, l’année 2020 est la moins mortelle de toute l’histoire de France.**

Pour les plus de 60, l’année 2020 a été parfaitement ordinaire concernant la mortalité générale. Pour affiner ce constat, il faudrait disposer des statistiques de mortalité par causes médicales. Depuis 1968, l’Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) maintient une base de données nationale des causes de décès en France. Cette mission est remplie par le centre d’épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). Malheureusement, les données les plus récentes mises en ligne à ce jour concernent l’année 2016. À moins d’être dans le secret des dieux, le citoyen ordinaire devra attendre un demi-douzaine d’année avant de se faire une opinion argumentée. En attendant, il est toujours possible de se donner une idée de l’impact de la COVID-19 en observant ce qu’il serait arrivé si il n’y a avait pas eu de COVID-19, c’est-à-dire en ôtant les décès estampillés « COVID-19 » du décompte des décès toutes causes. Observons combien de morts en plus nous aurions eu à déplorer de 2015 à 2019 si pendant ces années nous avions souffert de la mortalité de 2020 hors-COVID-19. Le tableau suivant tient compte des décès déclarés « COVID-19 » à l’hôpital et en EHPAD, mais pas à domicile [47–50, 54, 56] :

année	surmortalité
2015	-49 036
2016	-33 159
2017	-33 947
2018	-25 693
2019	-17 625

La surmortalité est négative pour toutes les années. Les gripes saisonnières ? Disparues ! Des dizaines de milliers de personnes ne seraient pas mortes si de 2015 à 2019 nous avions refusé l’accès des hôpitaux aux personnes âgées, dissuadé les malades de consulter, diminuer significativement la consommation de médicaments et paralysé l’économie pendant des mois. C’est à se demander si les autorités sanitaires n’étaient pas complètement folles de ne pas mettre à la poubelle plus tôt toute l’organisation publique de la santé. Grâce à la COVID-19, la France a connu en 2020 un âge d’or médical parfaitement inconnu avant le 17 mars 2020. Faut-il considérer que la COVID-19, les confinements, les couvre-feu, les abandons de soins, les lits d’hôpitaux supprimés, les médecins maltraités, les populations martyrisées, les enfants traumatisés, les commerçants ruinés et les libertés individuelles annulées ont réussi à vaincre le cancer, la grippe, le diabète, l’hypertension, la sclérose en plaques, bref, toutes les maladies à l’exception de la COVID-19 ?

**Hors-COVID-19, l’année 2020 est de loin la moins mortelle de toute l’histoire de France.**

Il est également possible que de nombreux décès aient été déclarés « COVID-19 » à tort. Les statistiques de Santé Publique France concernant la COVID-19 ne semblent vraiment pas fiables ; mais comme il n’y en a pas d’autre, nous considérerons qu’elles sont non pas le reflet de la réalité mais l’expression de l’opinion des autorités publiques françaises sur le sujet.

## Comment on (ne) meurt (pas) au Soleil

L’épidémie de COVID-19 n’a pas sévi au même moment et avec la même intensité sur tout le territoire français. La métropole a été très touchée, contrairement aux départements et territoires d’outre-mer. À la fin du premier confinement, on déplorait en Île-de-France 6 528 décès à l’hôpital. Au même moment, à l’île de La Réunion, on pleurait... zéro morts à l’hôpital [55].

### On a confiné La Réunion pour zéro morts à l’hôpital.

La terrible première vague y a fait un seul mort à l’hôpital. Sur toute l’année 2020, les morts hospitalières estampillées « COVID-19 » sont au nombre de 52 pour une population d’environ 860 000. Comment interpréter ce chiffre ? Nous allons le comparer à la mortalité d’une affection connue, mettons l’asthme. Ce dernier provoque selon les années de 3 à 4,5 morts pour 100 000 habitants [13]. Cela représente pour la population de 2020 entre 2 000 et 3 000 morts. À La Réunion, ce taux de mortalité est 3,7 fois plus élevé [18], soit de 11,10 à 16,65 morts pour 100 000 habitants : l’asthme y cause donc entre 95 et 143 morts tous les ans.

### À La Réunion, l’asthme est deux à trois fois plus mortel que la COVID-19.

Sur l’ensemble des DOM-TOM, sur la période de la première vague incluant le premier confinement, la COVID-19 est anecdotique : invisible à La Réunion, négligeable en Guyane, elle peine à se faire remarquer à Mayotte, en Martinique et en Guadeloupe [46, 55].

mortalité hospitalière de la COVID-19 du 18 mars au 1 <sup>er</sup> juin 2020			
région	décès	population	mortalité pour 100 000
Guadeloupe	16	376 879	4,2
Guyane	1	290 691	0,3
La Réunion	1	859 959	0,1
Martinique	14	358 749	3,9
Mayotte	19	279 471	6,8

L’impact de la COVID-19 à l’hôpital durant la première moitié de l’année 2020 n’est pas plus significatif que celui de l’asthme. C’est pour cela que seule la métropole sera considérée par la suite.

## Comment la France (n’)a (pas) soigné

Nous savons déjà grâce à un précédent travail qu’en France les malades ont été chassés de l’hôpital au point de mourir en masse à leur domicile ou à ce qui en tenait lieu [1]. Mais quel a été le sort réservé aux chanceux ayant eu le privilège de bénéficier de soins hospitaliers ? La COVID-19, à l’instar des infections respiratoires saisonnières, cible principalement les personnes âgées : 89 % des morts de la COVID-19 avaient plus de 70 ans. Hors, les statistiques de Santé Publique France montrent sans le moindre doute que les plus de 70 ans ont été chassés des services de réanimation pendant le pic épidémique de la première vague. La population des plus de 70 ans en réanimation composait 42 % des réanimés au début du premier confinement le 18 mars 2020. Au pic épidémique, cette proportion avait baissé de 10 %, pour remonter lentement une fois le pic passé. La [figure 1](#) illustre parfaitement ce phénomène : l’occupation des lits de réanimation par les plus de 70 ans varie à l’opposé de la mortalité hospitalière de ces derniers.

**Taux d'occupation des lits de réanimation par les plus de 70 ans  
– période du 19 mars au 11 mai 2020 –**

*(données brutes issues de Santé publique France [54])*

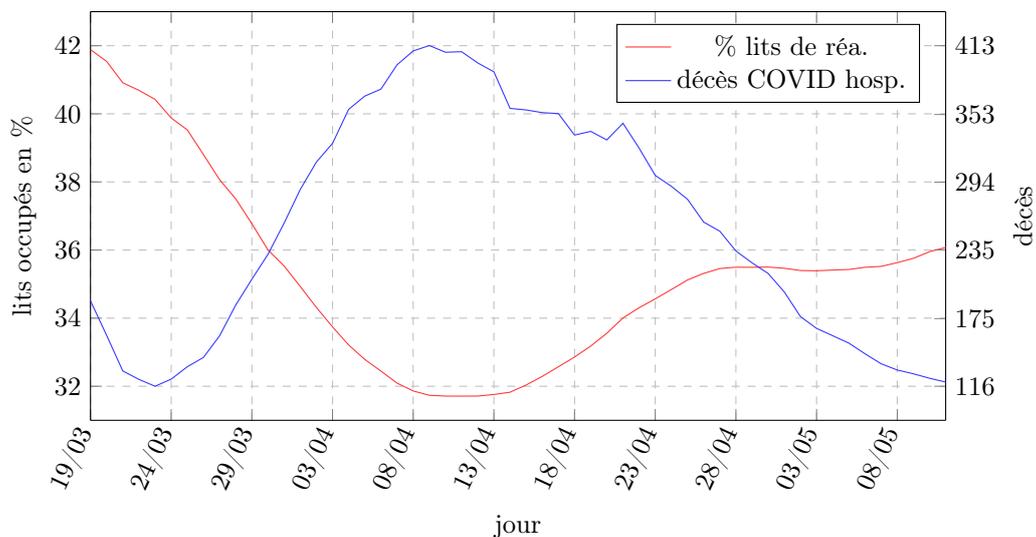


Figure 1

En réalité, l'âge à partir duquel les patients ont été refoulés de réanimation est inférieur à 70 ans. La [figure 2](#) montre que le taux d'occupation des lits accuse une diminution au pic de l'épidémie même pour les plus de 50 ans, population qui regroupe la quasi-totalité des décès de la COVID-19. On peut se demander si certaines régions de France ont mieux organisé l'accès aux services de réanimation. La réponse est non : toutes les régions de France métropolitaine, toutes sans exception, ont chassé de leurs services de réanimation les plus de 70 ans. En France, le sabotage des soins des personnes âgées pendant la « première vague » n'était pas la norme : c'était la règle.

**Taux d'occupation des lits de réanimation par classe d'âge  
– période du 19 mars au 11 mai 2020 –**

*(données brutes issues Santé publique France [54])*

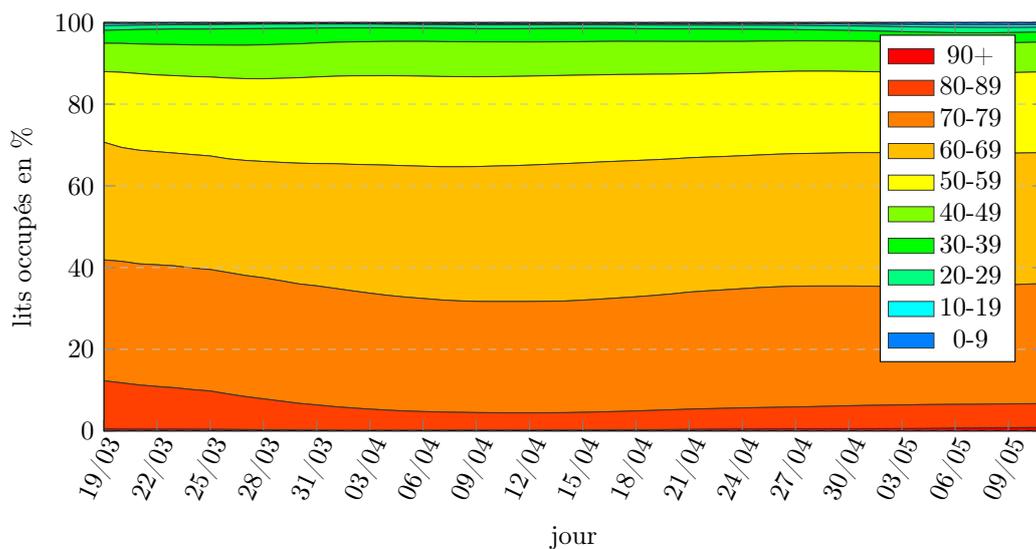


Figure 2

Les lits de réanimation étaient-ils saturés ? Commençons par définir ce qu'est un lit dit « de réanimation ». La réanimation en tant que discipline médicale est organisée en trois paliers : la surveillance continue, les soins intensifs et la réanimation. Quand on évoque les lits « de réanimation », il s'agit en réalité du cumul des lits de ces trois paliers. Ce ne sont pas les lits qui sont important mais le personnel qui accompagne les malades et l'organisation autour de ces lits. Il faut que la surveillance puisse se dérouler vingt-quatre heures sur vingt-quatre. L'équipe médicale d'une unité de réanimation comprend différents spécialistes suivant la finalité des soins : médicale ou chirurgicale, pédiatrique ou pour adulte, neurologique, cardiologique [24]. Affirmer qu'on dispose de lits « de réanimation » ne signifie rien tant qu'on n'a pas précisé l'environnement médical, dont le médecin spécialiste est le cœur. On devrait donc plutôt s'interroger sur le nombre de médecins et d'infirmier plutôt que d'inventorier le mobilier hospitalier sans distinctions. Toutefois, on dispose d'un décompte des lits en service de réanimation, donc avec l'organisation adéquate, qui nous permet d'évaluer le potentiel d'accueil de ces services [44]. En France métropolitaine, en 2019, il y avait :

- 19 169 lits en service de réanimation toutes spécialités confondues ;
- 15 585 lits en service de réanimation hors unités de cardiologie (USIC) et neuro-vasculaires (UNV).

Lors de la « première vague », le maximum d'occupation des lits de réanimation a eu lieu le 8 avril 2020 avec 6 975 lits occupés, soit 45 % des lits hors USIC et UNV et 36 % des lits toutes spécialités confondues. Le système de soins intensifs français était donc loin d'être saturé. Il a pu l'être localement ; mais globalement moins de la moitié des lits des services de réanimation et autres soins intensifs étaient occupés.

**En France, les plus de 70 ans ont été refoulés des services de réanimation alors que plus de la moitié des lits étaient vides.**

Les personnes âgées ont ainsi été refoulés de services qui globalement étaient largement capables de les accueillir, peut-être au prix de déplacements entre établissements hospitaliers, pratique pourtant devenue courante, mais pour des raisons plus financières que sanitaires.

## Comment la France (n')a (pas) prescrit

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a publié dès le 5 mars un avis relatif à la prise en charge des cas d'infection au SARS-CoV-2 [20], complété le 23 mars [21]. Le document considère qu'il n'existe aucun traitement spécifique validé mais qu'il faut tout de même proposer une démarche thérapeutique harmonisée sur le territoire national. Les traitements non-spécifiques s'appuient sur les recommandations connues concernant les infections respiratoires aiguës : oxygénations des patients en hypoxémie sévère, antibiothérapie ou thérapie antifongique en cas de surinfection ou co-infection.

La prise en charge des surinfections est de première importance dans les infections respiratoires aiguës. On sait que plus de 95 % des décès lors de la grippe espagnole de 1918 étaient en réalité causés par des surinfections bactériennes [39] et la majorité des décès lors des grandes épidémies sont le fait de surinfections [28]. Encore aujourd'hui, les complications bactériennes sont responsables de 30 % de la mortalité lors des épidémies de grippe [22]. Les infections bactériennes concomitantes à celles par le SARS-CoV-2 touchent de 3 % à 28 % des malades selon les études [9]. L'HCSP affirme dans un avis que les infections bactériennes touchent 14 % des cas hospitalisés, sachant que la recherche de co-infections n'est pas systématique [22]. La littérature semble s'orienter vers un taux proche de 10 %, inférieur à celui de la grippe mais qui reste significatif. Pour un nombre de morts officiel de 28 813 au 1<sup>er</sup> juin 2020, on devrait compter 10 % de morts par surinfection, soit 2 881 morts. La grippe de 2018-2019 a fait officiellement 8 100 morts [16], dont 30 % sont attribuables à une surinfection bactérienne, soit 2 430 morts. Le nombre absolu de surinfections bactériennes à traiter dans le cas de la COVID-19 lors de la « première vague » devrait être plus élevé de 19 % par rapport à la grippe de 2018-2019.

Dans les graphiques qui suivent, la période grippale de 2018-2019 et la période épidémique de la « première vague » de la COVID-19 sont colorées en rouge.

### Antibactériens à usage systémique délivrés à l'hôpital

(données brutes issues de Medic'AM [51])

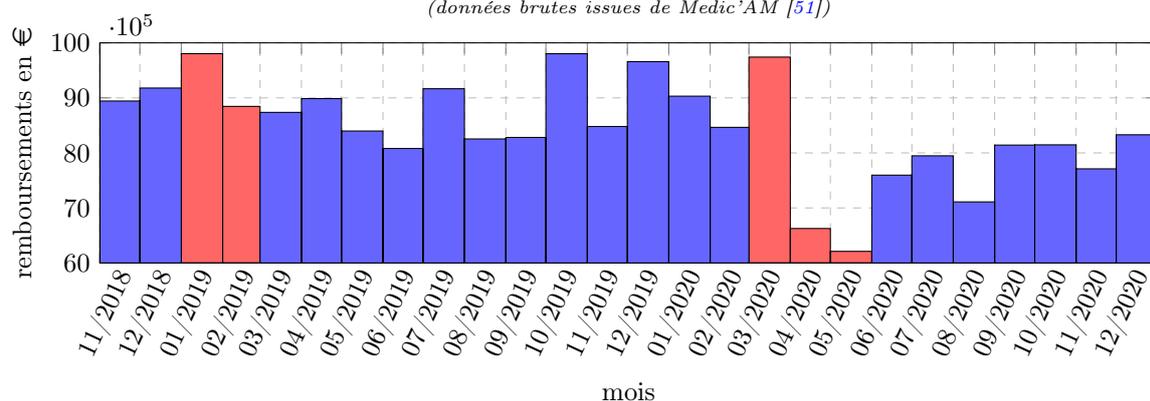


Figure 3

La consommation d'antibiotiques a augmenté en mars pour atteindre une valeur s'élevant à 12% au dessus de la moyenne de 2017-2020. Cependant, elle s'est immédiatement effondrée en avril-mai pour descendre jusqu'à 28% en dessous de cette moyenne. Elle est remontée en juin pour se stabiliser à 9% sous la moyenne. L'effondrement a lieu précisément pendant la période épidémique. Les niveaux sont très significativement dessous de ceux de la grippe de 2018-2019 : jusqu'à 37% d'écart. Ce sont en fait les valeurs les plus basses depuis au moins le premier janvier 2017.

On observe le même comportement pour tous les antibiotiques conseillés par l'HCSP pour traiter les surinfections bactériennes dans les cas de COVID-19. Voici les figures concernant l'amoxicilline, l'augmentin, les fluoroquinolones et les macrolides.

### Amoxicilline délivrée à l'hôpital

(données brutes issues de Medic'AM [51])

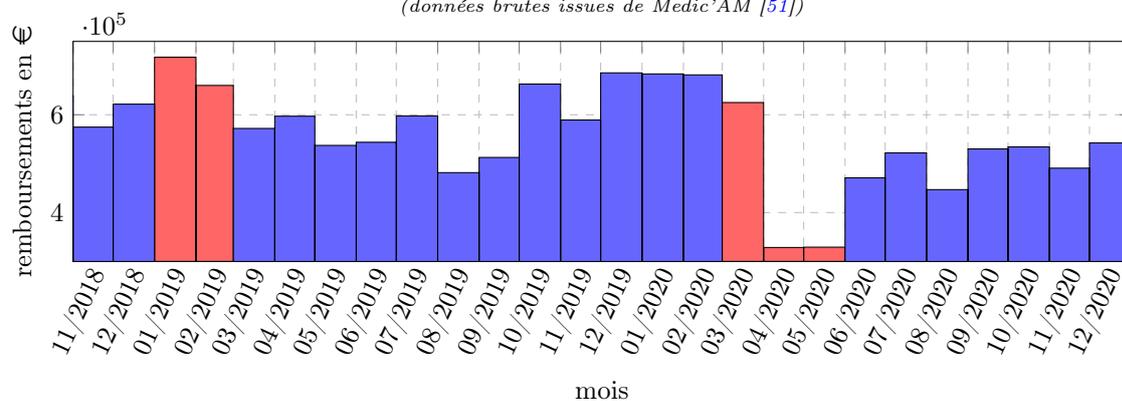


Figure 4

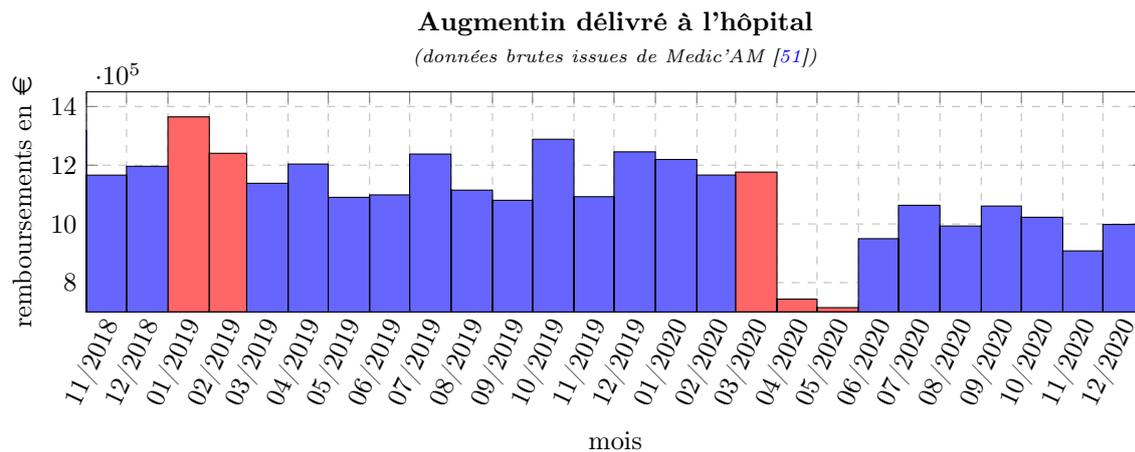


Figure 5

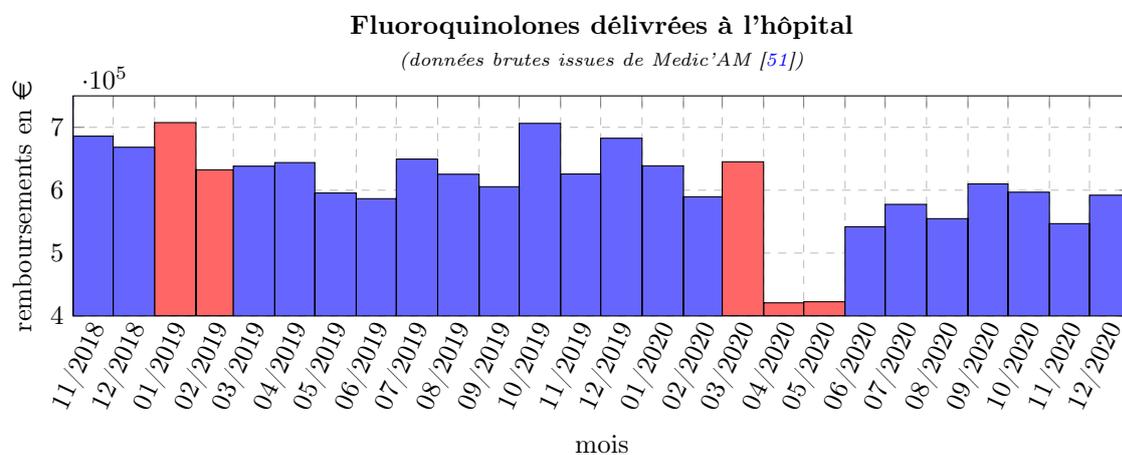


Figure 6

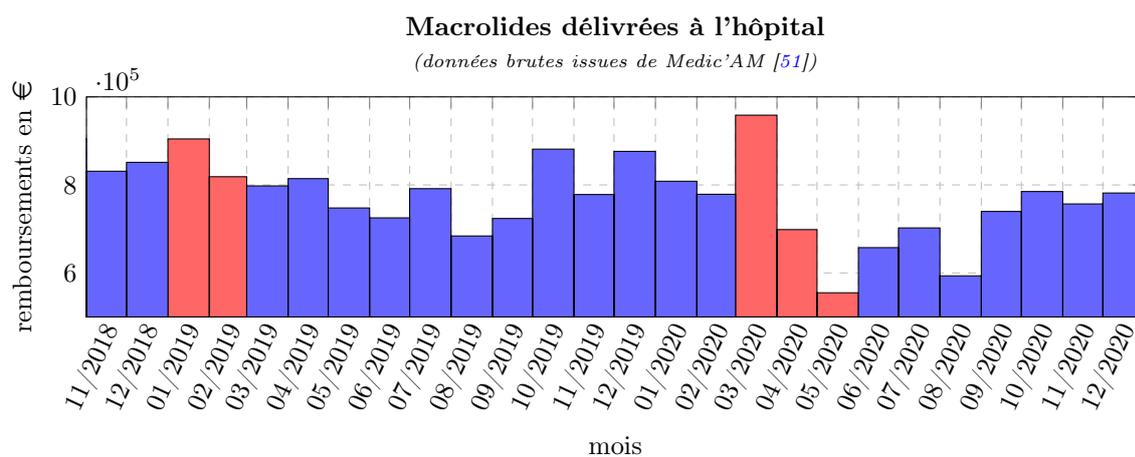


Figure 7

L'étude des cas hospitaliers de COVID-19 fait état d'un nombre significatif de co-infections fongiques [23]. On devrait donc s'attendre à une surconsommation passagère d'antifongiques pendant la période

épidémique. Or, à l’instar des antibiotiques, la consommation augmente en mars puis diminue en plein pic épidémique.

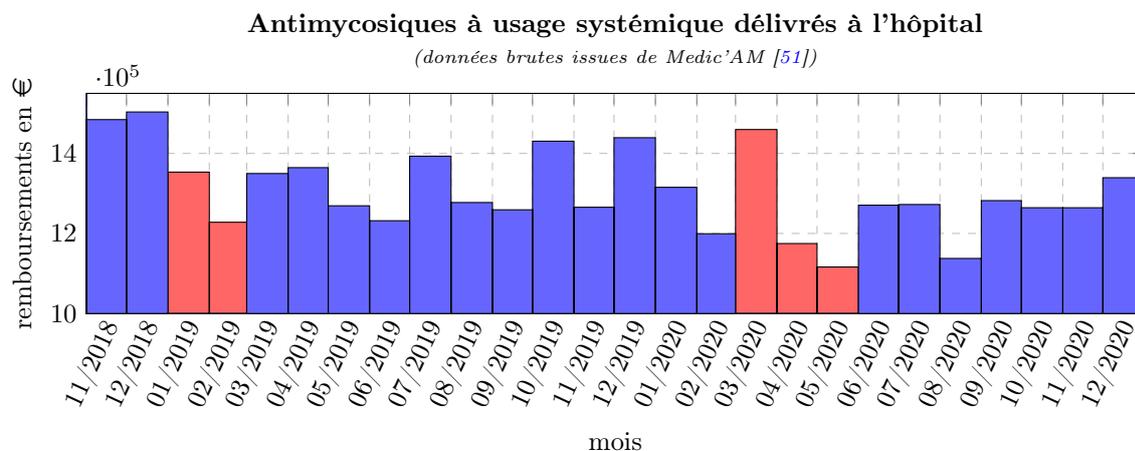


Figure 8

L’antifongique conseillé par l’HCSP, le voriconazole, présente un profil de consommation similaire aux antibiotiques : augmentation en mars puis diminution en avril-mai.

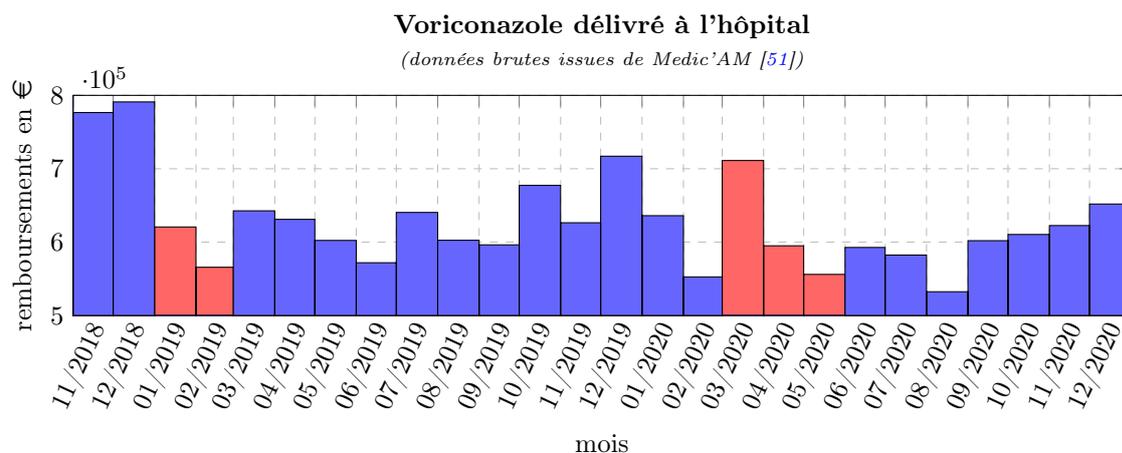


Figure 9

La littérature scientifique fait état de thromboses fréquentes chez les patients atteints de la COVID-19 et l’HCSP en fait mention dans un rapport [23]. On devrait donc s’attendre à une surconsommation d’antithrombotiques. Or, c’est encore le même profil de consommation qui se manifeste : brusque augmentation puis brusque diminution pour atteindre en plein pic épidémique les records historiques de sous-prescriptions.

### Antithrombotiques délivrés à l'hôpital

(données brutes issues de Medic'AM [51])

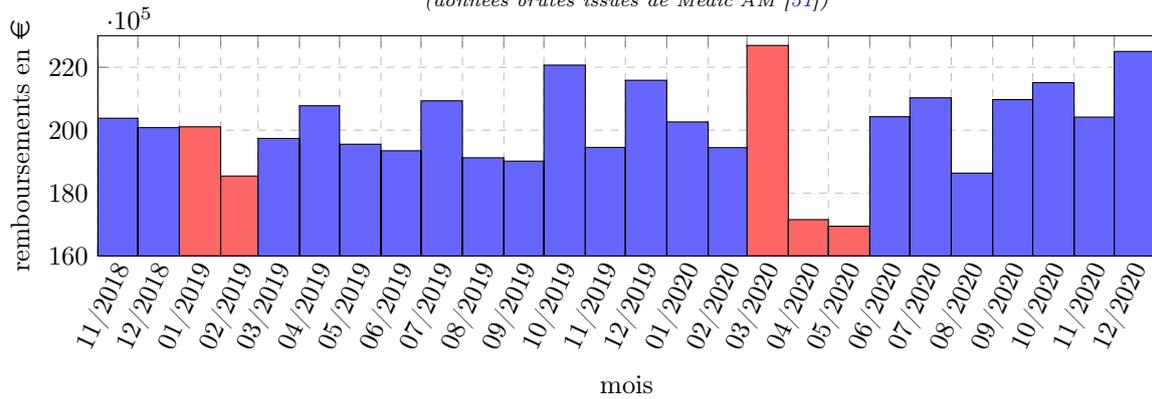


Figure 10

La corticothérapie est déconseillée par l'HCSP alors qu'elle est aujourd'hui reconnue comme efficace par l'OMS [30]. Malgré les avis de l'HCSP, les prescriptions ont explosé en mars, puis elles se sont effondrées en avril-mai.

### Corticoïdes délivrés à l'hôpital

(données brutes issues de Medic'AM [51])

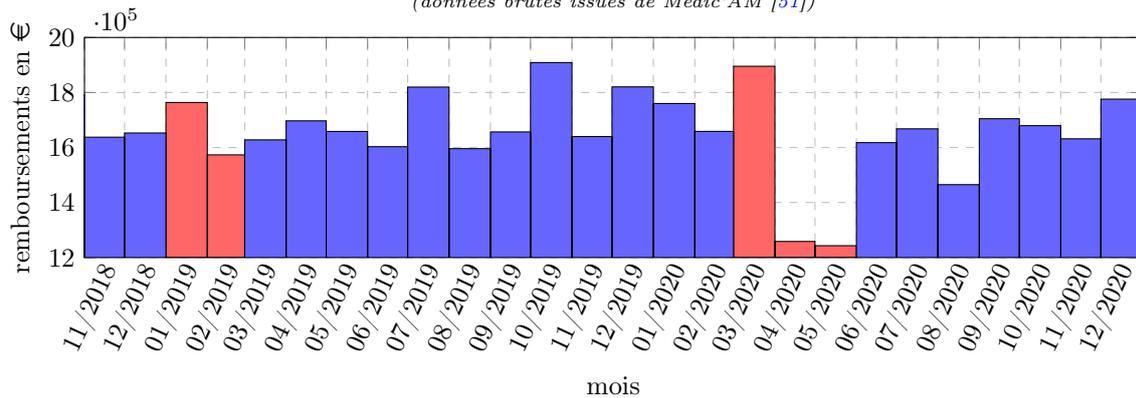


Figure 11

Le confinement des mois de novembre-décembre n'a pas modifié la consommation des médicaments conseillés dans les cas de COVID-19. Si les confinements ne modifient pas les prescriptions hospitalières dans le cas général, on en vient à penser qu'il y a eu un défaut de prescriptions précisément envers les patients souffrant de la COVID-19 pendant la « première vague ». Considérant le nombre très important de cas répertoriés, une telle diminution est incongrue. Comment expliquer qu'en pleine épidémie on puisse atteindre un record historique de sous-prescriptions des médicaments indiqués pour soigner ladite épidémie ?

## Comment la France (n')a (pas) combattu la COVID-19

L'avis de l'HCSP du 5 mars 2020 [20] désigne trois traitements spécifiques potentiels pour traiter les infections au SARS-CoV-2 : le Remdesivir, l'association Lopinavir-Ritonavir et la chloroquine. Le Remdesivir a bénéficié d'une autorisation de mise sur le marché conditionnelle le 3 juillet 2020, soit

bien après la fin de la période épidémique. Ce produit s'est révélé inefficace et même toxique aussi bien pendant les essais thérapeutiques [42] que pendant le traitement des patients dans la population générale [12].

Les prescriptions de Lopinavir-Ritonavir ont augmenté en mars-avril, sans doute suite aux avis des autorités sur ce produit, qui s'est lui aussi révélé inefficace [34].

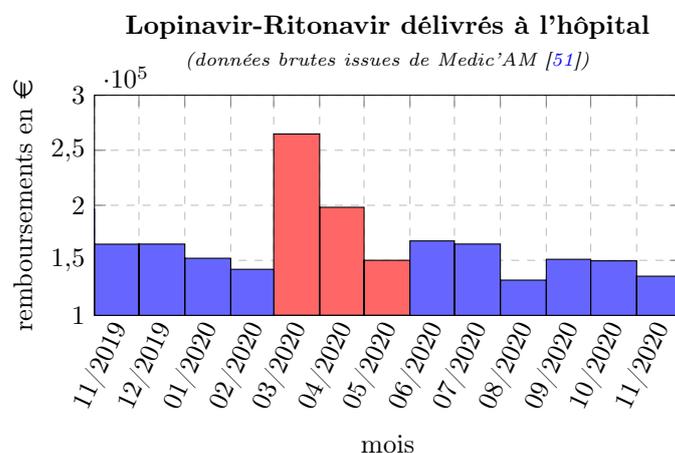


Figure 12

Les prescriptions de chloroquine ont fait un bond en mars : sa consommation a augmenté de 125 % par rapport à la moyenne de 2017-2020. Il faut tout de même noter que la chloroquine a un index thérapeutique étroit, c'est-à-dire que la dose toxique est proche de la dose thérapeutique. Son usage en tant qu'antiviral nécessitant des doses élevées, il devient vite toxique aux doses recommandées dans le cas de la COVID-19. Parmi les complications on compte des rétinoopathies (atteinte de la rétine), des troubles du rythme cardiaque (torsade de pointe, fibrillation ventriculaire) et aussi de l'hypoxémie (baisse du taux d'oxygène dans le sang) [38]. Cette molécule serait donc plutôt nuisible aux patients infectés par le SARS-CoV-2. C'est pour cela qu'à la place a été proposé l'hydroxychloroquine, qui a les même effets que la chloroquine sans en avoir la toxicité.

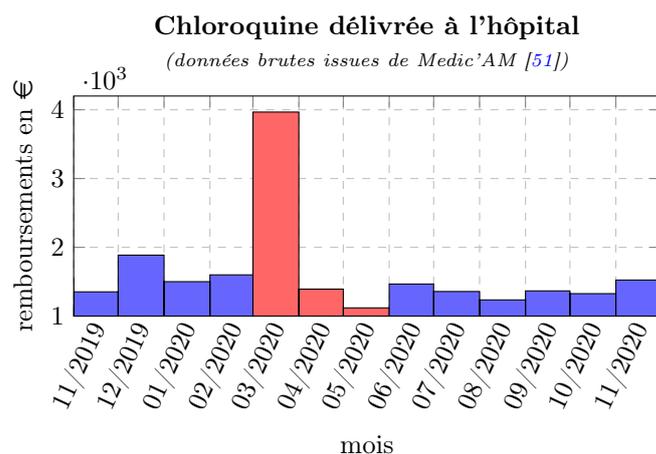


Figure 13

Il est notable qu'aucun média ni aucun spécialiste de la médecine n'ait relevé la funeste méprise entre la chloroquine et l'hydroxychloroquine. La rumeur qui s'est construite autour de la prétendue toxicité

de l'hydroxychloroquine a pour origine la confusion de cette molécule, anodine, avec la chloroquine, toxique à relativement faible dose. L'avis complémentaire de l'HCSP du 23 mars 2020 [21] mentionne l'hydroxychloroquine à la place de la chloroquine, tout en lui attribuant incorrectement la toxicité de la chloroquine.

**Il ne faut pas confondre la chloroquine (Nivaquine) et l'hydroxychloroquine (Plaquénil).**

L'HCSP mentionne toutefois son usage dans le cadre de la bithérapie hydroxychloroquine-azithromycine et cite l'article de recherche précisant les conditions requises pour l'efficacité du traitement [19]. La consommation de ces deux molécules a toutefois augmenté en mars; mais comme le traitement a été interdit dans le cas de la COVID-19 malgré son efficacité avérée [41], cette consommation a très rapidement baissé pour atteindre un niveau assez bas en mai.

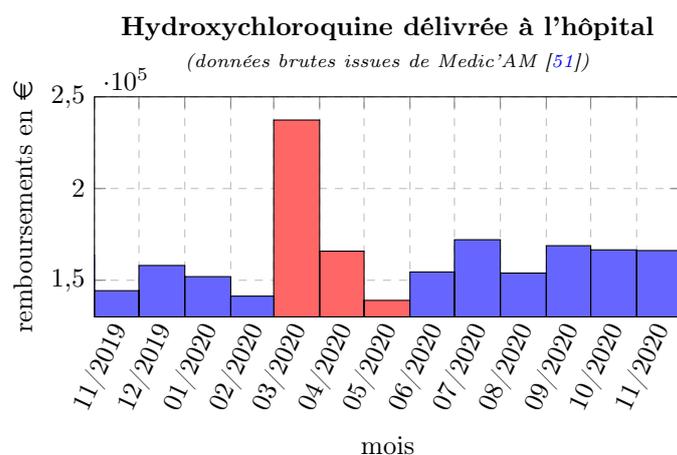


Figure 14

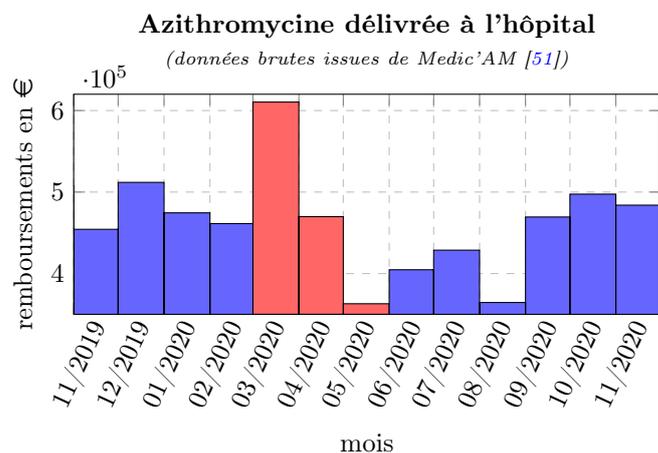


Figure 15

On constate donc que les autorités sanitaires ont fait la promotion de traitements inutiles, voire dangereux, tout en dissuadant les médecins de faire appel aux traitements efficaces et anodins, allant jusqu'à les faire interdire. En parallèle, ces mêmes autorités ont dès le 20 mars 2020 préconisé l'application de soins palliatifs en lieu et place des soins destinés à soigner la COVID-19 [5]. Les deux préparations préconisées pour tuer les malades sont le Valium et le Rivotril dans leurs versions injectables. Un décret du gouvernement en date du 28 mars 2020 [33] a autorisé exceptionnellement l'usage du Rivotril

dans les cas de COVID-19, sachant que seulement une à deux injections sont suffisantes pour tuer un malade. Il n'est donc pas étonnant de constater, à l'inverse des médicaments qui soignent, une sur-prescription massive des médicaments qui tuent. Les prescriptions de Valium injectable ont augmenté de 53 % à 63 % en avril-mai par rapport à la moyenne de 2017-2019. Quand au Rivotril injectable, sa consommation a explosé, multipliée par 3,9 en avril pendant le pic épidémique, et depuis reste 2,3 fois supérieure à la moyenne de 2017-2019.

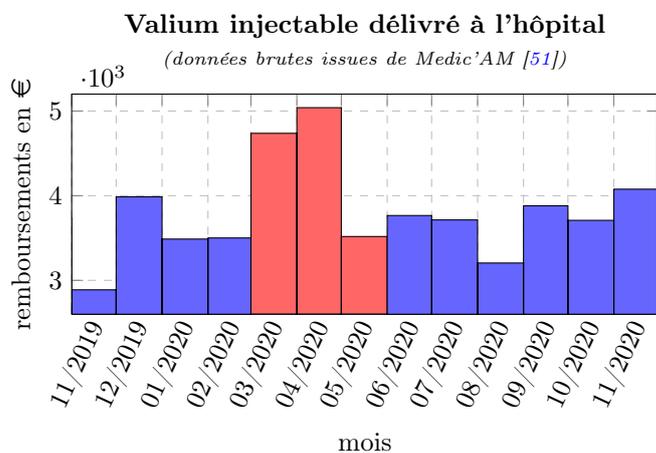


Figure 16

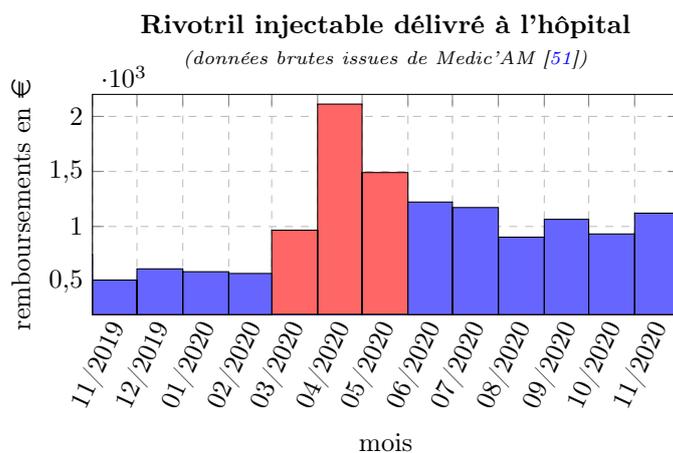


Figure 17

Selon toutes les apparences, les autorités sanitaires et politiques françaises ont tout fait pour que les malades de la COVID-19 meurent en masse en suivant cinq stratégies simultanées :

- refuser l'accès aux hôpitaux à la majorité des malades, c'est-à-dire les personnes âgées ;
- refuser l'accès aux services de réanimation aux personnes âgées hospitalisées ;
- conseiller des traitements inutiles ;
- interdire les traitements efficaces ;
- tuer au lieu de soigner.

L'intention criminelle préméditée est prouvée par les documents officiels autorisant l'administration de poisons mortels aux patients et en interdisant la prescriptions des thérapies les plus prometteuses.

**L'épidémie de COVID-19 n'est pas un drame sanitaire mais un crime de masse.**

L'efficacité de cette organisation homicide est visible dans les statistiques démographiques : les plus de 70 ans ont subi une mortalité bien plus élevée en 2020 que les années précédentes, alors que celle des moins de 70 ans n'a pas varié. En termes modernes, on nomme cela un crime contre l'Humanité, au mieux un assassinat de masse. Le nom savant de ce forfait est *géronticide*, l'homicide des personnes âgées permis et encouragé par la société. Le pauvre SARS-CoV-2 n'est pour rien dans cette histoire : il est une victime des autorités, tout comme la population française.

## Comment la France (n')a (pas) géré l'épidémie

Pour vaincre le virus SARS-CoV-2, les autorités françaises ont choisi d'appliquer quatre stratégies :

- le confinement ;
- le couvre-feu ;
- le port généralisé du masque ;
- la vaccination de masse.

À l'exception de la vaccination, aucune de ces stratégies n'est connue de la littérature médicale. Elles sortent de nulle part et aucune justification de leur application n'existe actuellement. Bien qu'elles répondent à une vague intuition qui tient plutôt du phantasme, rien dans leur principe n'est sain : elles seraient plutôt susceptibles de favoriser l'épidémie plutôt que de l'endiguer. Même la vaccination de masse est discutable. Dire que la vaccination est efficace pour lutter contre la COVID-19 est aussi pertinent que d'affirmer que les médicaments sont efficaces contre les maladies, sans même préciser de quel médicament ni de quel maladie on parle. L'application indistincte et massive d'un traitement réputé efficace n'est pas médicalement recevable. Aurait-on l'idée de délivrer en masse du Doliprane à tout le monde sous prétexte de vaincre la migraine à l'échelle nationale ? Tout ce qu'on gagnerait à faire cela est d'empoisonner les gens car le Doliprane est un dangereux hépatotoxique, la première cause de greffe de foie pour hépatite aiguë. On ne joue pas au médecin impunément, surtout quand on n'est que politicien.

### Confinement

Nous avons déjà évoqué le confinement dans un précédent travail [1]. Nous reprenons ici une partie des conclusions. Un article de Aaby et Leeuwenburg [2] étudie comment le virus de la rougeole frappe différemment les cas secondaires infectés à domicile et les cas primaires contaminés à l'extérieur. Les malades infectés chez eux ont dans ce cas trois fois plus de chances de mourir que ceux touchés à l'extérieur. Les auteurs attirent l'attention sur la possible influence de l'intensité de l'exposition au pathogène sur sa létalité, qui semble plus importante en milieux confinés comme le sont les environnements domestiques. Ce travail met en évidence le rôle néfaste que pourrait avoir une stratégie de confinement sur une maladie virale. Dans le cas de la rougeole, un confinement tel qu'il a été appliqué en 2020 aurait provoqué une hécatombe. Le confinement n'est donc pas du tout une démarche qui va de soi dans un contexte sanitaire viral.

Il semblerait tout de même que le SARS-CoV-2 se propagerait d'avantage au sein d'une population confinée. C'est du moins la conclusion d'une grande étude séro-épidémiologique menée par le Ministère de la santé espagnol en collaboration avec l'Institut de santé Carlos III, les services des santé des communautés autonomes et l'Institut national des statistiques [15]. Les taux de contamination au SARS-CoV-2 ont été mesurés dans différentes catégories de population. Les contaminés ne tombaient par forcément malades ; mais tous ont croisé le virus de manière à développer des anticorps caractéristiques. Les populations actives confinées ont été contaminés par le virus dans une proportion de 6,3 %, tandis que les travailleurs l'ont été à 5,3 %. La différence est significative ; elle montre que le SARS-CoV-2, à l'instar de la rougeole, est plus virulent dans une population confinée. Nous constatons que le confinement des populations accroît la diffusion du virus SARS-CoV-2.

Un article de Bendavid, Oh, Bhattacharya et Ioannidis [8], publié en janvier 2021, étudie la pertinence des stratégies de confinement pour contrôler la diffusion de la COVID-19. Les auteurs comparent les

politiques respectives de différents pays : l'Angleterre, la France, l'Allemagne, l'Iran, l'Italie, les Pays-Bas, l'Espagne, la Corée du Sud, la Suède et les États-Unis. Parmi ces pays, seuls la Corée du Sud et la Suède n'ont pas pratiqué de confinement. La conclusion de ce travail est que les stratégies de confinement n'ont semblé apporter aucun bénéfice dans la gestion sanitaire de la COVID-19.

Pour savoir si vraiment le confinement a eu un impact sur la dangerosité de la COVID-19, observons la mortalité dans deux pays qui ont adopté des politiques différentes de ce point de vue : la France et la Suède. En effet la Suède est l'un des rares pays européens à avoir refusé de confiner sa population. Sur l'année 2020, la Suède a souffert d'une mortalité de 9,43 ‰ et pour la France ce taux est de 9,95 ‰. Globalement, même si la France a souffert de la plus mauvaise situation, la différence entre les deux pays est minime.

Il est possible d'approximer la virulence du SARS-CoV-2 au cours du temps à partir des courbes de mortalité. Le virus incube en moyenne pendant 5 jours [29], puis le malade décède en moyenne 18 jours après avoir été admis à l'hôpital suite aux premiers symptômes [43]. Pour avoir une idée de la circulation du virus, il suffit donc de décaler la courbe des décès de 23 jours vers le passé. On constate alors que les confinements n'ont eu absolument aucun effet positif sur la gestion de l'épidémie. Le virus a commencé à disparaître avant le début des confinements et leur mise en place n'a rien changé à la tendance naturelle.

### Décès en France décalés de 23 jours dans le passé – période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2020 –

(données brutes issues de l'INSEE [50])

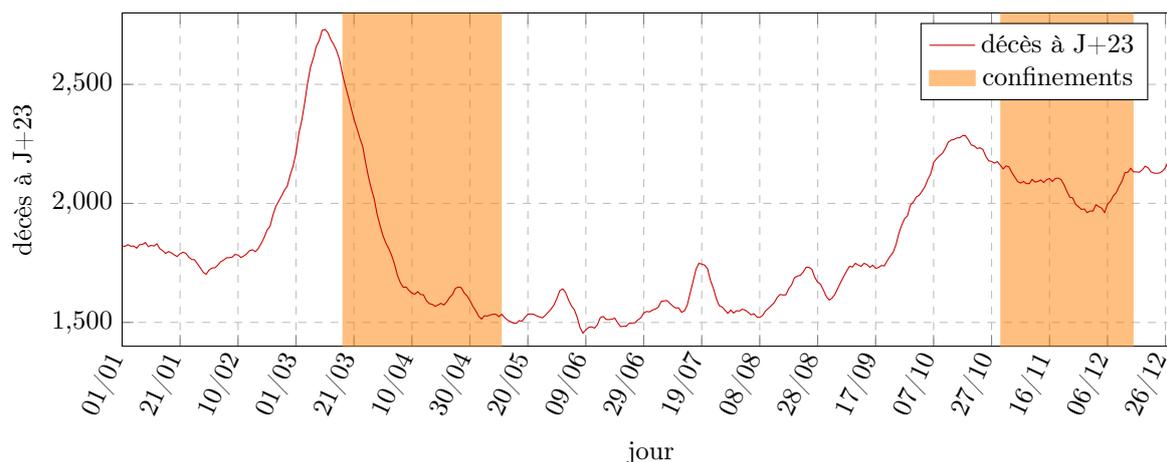


Figure 18

Le groupement d'intérêt scientifique EPIPHARE a été constitué fin 2018 par l'ANSM et la CNAM pour mener des études de pharmaco-épidémiologie à partir des données de santé. Il a publié plusieurs rapports concernant l'usage des médicaments durant l'épidémie de la COVID-19. Le rapport 4 du 5 octobre 2020 [45], couvrant la période de confinement du 16 mars au 10 mai 2020, résume la situation en ces termes :

*« L'épidémie de Covid-19 avec toutes ses conséquences organisationnelles dans la filière de soins et sur la population en général a profondément déstabilisé la consommation de médicaments de ville en France. »*

De tous ces éléments on conclut que le confinement est non seulement inutile mais néfaste d'un point de vue sanitaire. Il est bien évidemment dramatique d'un point de vue économique et social, mais ce n'est pas ici notre sujet. Le confinement est pourtant un dispositif totalement inconnu de la littérature médicale. Il ressemble à un dévoiement des méthodes déjà connues, comme la quarantaine ou le lazaret. Ces deux dispositifs sont censés séparer les malades des biens portants, alors que le confinement les rassemble et les concentre : il cause ce qu'il prétend combattre. Son application à plusieurs reprise

relève non pas de la science mais de la religion. Il s'agit en réalité d'un rituel irrationnel dont le but est de rassurer face à une menace insaisissable.

## Couvre-feu

Le couvre-feu ne mérite aucune attention. C'est uniquement une technique de contrôle politique des foules et son application n'est connue que dans des cadres militaires ou répressifs. D'un point de vue sanitaire, c'est de la folie pure et simple. Si les gouvernants partageaient ne serait-ce qu'une petite partie de la vie de leurs sujets, si ils faisaient eux-mêmes leurs courses par exemple, ils se seraient rendus compte que le couvre-feu oblige les travailleurs à s'entasser aux mêmes heures dans les transports en communs, puis à effectuer en masse leurs courses au même moment, passant aisément un quart-d'heure à touche-touche devant la caisse enregistreuse du marchand avant de pouvoir à nouveau s'agglutiner dans un bus ou un métro pour rentrer en catastrophe chez eux à l'heure indiquée par les autorités. Le couvre-feu démontre sans aucun doute possible la perte totale de toute rationalité dans la psyché des gouvernants français.

## Masques

À l'instar du confinement et du couvre-feu, le port du masque médical par la population générale ne correspond à aucune préconisation connue dans la littérature médicale. *A priori*, c'est donc encore une fois une procédure irrationnelle. En tant que dispositif médical, le masque a été créé pour être porté dans des environnements proches de l'asepsie afin de faire en sorte que les gouttelettes naturellement rejetées par des soignants ne contaminent pas les lieux de soins. Le masque fait en sorte de concentrer les miasmes autour du praticien pour qu'ils ne viennent pas souiller les appareils médicaux ou les tissus des patients. Ainsi, le masque est destiné à protéger les patients et à garder propre l'outil de travail du personnel soignant, ce dernier n'étant pas du tout protégé, bien au contraire : son bien être et même sa santé sont contrariés par le port du masque, qu'il change fréquemment et retire évidemment dès que cela est possible. Les inconvénients sont donc minimes. Mais dans le cas du port généralisé et permanent, le masque est mauvais pour la santé ; de plus il ne protège alors de rien car il devient lui-même la source des infections.

Par sa conception, le masque piège les gouttelettes de salive et autres fluides propulsés par l'air expiré. Il évite donc la contamination de l'entourage du porteur par des projections. Mais le masque n'est pas étanche et les virus se propagent librement dans l'air, y compris à travers le masque : ses mailles sont gigantesques à l'échelle des virus et des bactéries. Dans un environnement hospitalier, l'air est aspiré puis renouvelé. Dans un bloc opératoire l'air vicié est évacué. Mais dans la rue l'air est constamment brassé, rendant le masque inutile. Et dans les bureaux, dans les lieux de vie, cet air concentré en miasmes stagne et contamine les personnes présentes, y compris le porteur. En effet, les virus expulsés par la respiration se concentrent dans les tissus du masque et dans le volume d'air créée entre le visage et son enveloppe. De même les gaz viciés, qu'ils soient pulmonaires (dioxyde de carbone et vapeur d'eau) ou stomacaux (éructations diverses), tous chargés de virus et de bactéries, se concentrent dans cet espace résiduel et sont réinspirés, auto-contaminant le porteur par un milieu pathogène. L'air dans le masque est chargé d'humidité, créant un environnement propice à la condensation et au développement des bactéries. Porter un masque, c'est un peu comme respirer sous les tropiques dans une forêt chaude et moite : les personnes sensibles souffrent très vite d'une sensation d'étouffement.

Les méfaits du masque sur son porteur sont attestés par des recherches datant d'avant 2020, qui ne sont donc pas susceptibles d'avoir été conditionnés par des présupposés idéologiques liés à la COVID-19. Un article de 2008 montre que le port du masque par les chirurgiens fait diminuer le taux d'oxygène dans leur sang pendant les opérations longues, surtout chez les plus de 35 ans [7]. Un autre article, de 2018, montre que le port du masque induit une augmentation de la fréquence respiratoire et de la profondeur des inspirations afin de compenser la perte d'oxygène occasionnée [32].

Un article d'octobre 2020, donc post-COVID-19, affirme étrangement des conclusions inverses : le masque n'aurait aucune conséquences sur l'oxygénation des personnes âgées [10]. Un vieillard serait-il donc plus résilient qu'un chirurgien dans la force de l'âge ? De l'aveu des auteurs eux-mêmes, la

cohorte est trop petite pour atteindre un niveau de précision suffisant pour conclure quoi que ce soit : l'intervalle de confiance statistique est alors inférieur à l'erreur de la mesure du taux d'oxygénation. Mais l'article fait état de taux de saturation descendant jusqu'à 92 %, alors que la limite d'alerte est de 90 % chez les personnes âgées et de 94 % chez les enfants. Compte-tenu de l'intervalle de confiance dépassant les 2 % de variabilité, il est statistiquement possible qu'un certain nombre de personnes soient descendus sous la barre des 90 % de saturation pendant cette étude. Cet article affirme donc l'inverse de ce qu'il démontre et contredit toute la littérature sur le sujet. Les publications scientifiques récentes nous ont habitués à la fraude. Le LancetGate, cette étude frauduleuse publiée dans le Lancet, un journal pourtant prestigieux, est un exemple fameux aujourd'hui bien documenté même par les médias les plus consensuels [14, 35].

Le port ininterrompu et généralisé du masque par l'ensemble de la population étant inédit, les articles de recherche faisant le bilan de cette pratique sont encore rares. Une étude se concentre sur le cas des personnels de santé [40]. Sa conclusion est que le port abusif du masque provoque chez un très grand nombre de sujets, pourtant jeunes et en bonne santé, des migraines (58 %), des lésions de la peau (90 %), de l'acné (53 %), des troubles de la cognition (99 %), sécheresse des yeux (97 %) et de la bouche (91 %) ainsi que des saignements de nez (95 %). Des cas d'hyperthermies sont rapportés. La baisse du niveau d'oxygène dans l'air respiré est encore une fois confirmé. Un autre article précise les problèmes psychologiques causés par le masque [36]. Bien évidemment, l'utilité alléguée du masque dans le contrôle de la circulation des virus dans la population générale n'a toujours pas été mise en évidence. Seuls ses inconvénients semblent prédominer. Les études futures, post-COVID-19, détachées de l'excitation du moment, nous apporteront sans doute bien plus de détails sur la question.

Le port irrationnel du masque est lui aussi un rituel religieux. Remontons le temps d'un demi-siècle, jusqu'en 1964. Voici une illustration d'époque tirée de la revue Planète, publiée en double page pour agrémenter deux articles : « *Je ne crois pas au progrès !* » de Jean Servier [37], professeur d'ethnologie, et « *Nous croyons au progrès !* », de Louis Pauwels, directeur de la revue [31].



Cette image dévoile à elle seule toute la symbolique qui fonde nos sociétés occidentales technocratiques. Les auteurs de l'époque – car nous sommes alors en 1964 – prônaient une fusion des savoirs initiatiques et scientifiques afin de transcender la connaissance du chercheur occidental, disséquant la matière, grâce à la conscience clairvoyante du sage africain, dont l'âme perce des mystères de l'esprit. « *Mais nous, nous pensons que le monde moderne qui a choisi la voie de la connaissance par l'extérieur, est sur le point de redécouvrir les voies de l'invisible.* » écrivait le directeur de la revue. Comme il serait aujourd'hui horrifié en contemplant ce monde moderne qui se bande les yeux et masque les visages, atteignant ainsi la quintessence de la stupidité au sens étymologique du terme : pris de stupeur, paralysé ! Les stéréotypes du passé sont morts. Pendant que l'Occident décadent se dissout dans une maladie de saison anodine, l'Afrique prouve, elle, qu'elle sait concrétiser l'espoir de ces penseurs du XX<sup>e</sup> siècle. L'Afrique abrite aujourd'hui les meilleurs chercheurs en épidémiologie, comme par exemple

le professeur Jean-Jacques Muyembe, directeur de l'Institut National de Recherche Biomédicale de la République démocratique du Congo. La COVID-19 est le révélateur de la décadence de l'Occident, plongé dans l'obscurantisme d'une religion qui n'ose pas dire son nom, qui détruit sa propre civilisation par des rituels irrationnels. Les ministres de ce culte nouveau imposent à la population la marque de leur pouvoir : le masque du chercheur, à la fois symbole de science et bâillon des ignorants. Il ne sert qu'à signifier à la population d'où vient le pouvoir et comment elle doit s'y soumettre. Si les auteurs de la revue Planète étaient encore de ce monde, sans doute nous gratifieraient-ils d'une vision contemporaine de leurs aspirations.



## Vaccins

Toute religion digne de ce nom a besoin d'une onction sacrée. Le culte de la COVID-19 a son eau bénite : le Saint Vaccin. Comme nous l'avons constaté précédemment, la COVID-19 a eu un impact nul sur les moins de 65 ans et très faible sur les moins de 70 ans. Les personnes susceptibles de mourir de l'infections sont âgées de 75 ans ou plus, et du moment qu'on les soigne même de manière tout à fait banale ils ne meurent pas plus que pendant n'importe quel épisode grippal. Les personnes infectées par le SARS-CoV-2, asymptomatiques en presque totalité, risqueraient tout au plus d'avoir la tête lourde pendant un jour ou deux, sachant que cela ne concernerait pas plus de 1% d'entre eux. Indépendamment de l'efficacité des vaccins, il n'y a aucun intérêt à la vaccination compte-tenu du risque encouru par les cobayes. En effet, les vaccins ont tous été conçus dans des délais extrêmement courts et testés à la va-vite pendant des périodes estivales où les infections respiratoires sont très rares. Le recul est inexistant sur les effets indésirables ou dangereux. Au sens strict, la campagne massive de vaccination qui a débuté en France le 27 décembre 2020 est un essai clinique sur la population entière d'un produit expérimental. Dans le cas des vaccins à ARN, le principe est de plus totalement inédit : ils n'ont même pas été testés sur les animaux. Toutes ces expérimentations sauvages de masse sont interdites par le Code de Nuremberg, pourtant créé pour interdire les tests sur l'être humain tels qu'ils se pratiquaient dans les camps de concentration allemands ou japonais pendant la seconde Guerre Mondiale. La comparaison n'est pas flatteuse ; elle révèle une réalité véritablement inquiétante. Le Code de Nuremberg déclare entre autres les points suivants [6] :

*« Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne intéressée doit jouir de capacité légale totale pour consentir: qu'elle doit être laissée libre de décider, sans intervention de quelque élément de force de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes de contraintes ou de coercition. »*

Or, le gouvernement et les médias de masse ont fait croire à la France entière qu'ils risquaient la mort ou le confinement perpétuel si ils ne se vaccinaient pas. Les études statistiques et médicales montrent en fait que la COVID-19 est une maladie bénigne qui menace presque exclusivement les personnes âgées en fin de vie.

*« L'expérience doit avoir des résultats pratiques pour le bien de la société impossibles à obtenir par d'autres moyens: elle ne doit pas être pratiquée au hasard et sans nécessité. »*

Or, les laboratoires pharmaceutiques, avec la complicité du gouvernement, ont passé outre toutes les règles de sécurité concernant les tests pharmaceutiques pour s'empresser de vacciner au pire moment : en pleine épidémie hivernale.

*« Les fondements de l'expérience doivent résider dans les résultats d'expériences antérieures faites sur des animaux, et dans la connaissance de la genèse de la maladie ou des questions de l'étude, de façon à justifier par les résultats attendus l'exécution de l'expérience. »*

Or, aucun test sur les animaux n'a été effectué, faute de se donner le temps et les moyens de le faire. On traite véritablement les humains comme des cobayes, comme des animaux de laboratoire.

*« Les risques encourus ne devront jamais excéder l'importance humanitaire du problème que doit résoudre l'expérience envisagée. »*

Injecter un vaccin à des personnes en bonne santé, qui ne sont pas ciblées par le virus, au risque de leur occasionner des effets secondaires graves dont les archives médicales sont témoins. Le vaccin Denvaxia censé éradiquer la dengue a dû être interdit en catastrophe car il provoquait des fièvres mortelles au lieu de protéger contre le virus.

**Les codes d'éthiques modernes encadrant les tests médicaux sont foulés aux pieds par les plus hautes autorités pour complaire aux intérêts financiers des sociétés pharmaceutiques.**

Nous allons nous intéresser au vaccin à ARN de chez Pfizer/BioNTech. L'autorisation européenne de mise sur le marché de ce vaccin [4] précise que les données destinées à valider ce traitement ont été fournies par le fabricant. C'est un peu comme si pendant un procès c'était l'accusé qui était chargé d'amener les preuves de sa culpabilité, qu'il ne trouvera pas car il se prétend innocent. Pourtant, la société Pfizer a été condamnée en 2009 à une amende de 2,3 milliards de dollars pour publicité mensongère [27]. Le processus de validation est clairement partial, laissé à la discrétion de délinquants récidivistes. Il est dérogatoire sur toutes les procédures de sûreté. Il faut tout de même garder à l'esprit qu'un vaccin attend généralement de 9 à 10 ans avant d'être commercialisé, y compris pour des maladies bien plus graves que la COVID-19, qui n'est qu'une simple infection des voies respiratoires à l'instar des autres syndromes grippaux. La phase I d'innocuité dure déjà généralement de un à deux ans. Elle n'a pas eu lieu pour le vaccin Pfizer/BioNTech. Les vaccins sont susceptibles de guérir une maladie, bien sûr, mais également de l'aggraver via un mécanisme impliquant des anticorps facilitants, qui rendent alors mortelles des maladies bénignes. Injecter sans discernement ce genre de produits à toute une population relève de la folie criminelle. L'exemple du vaccin Denvaxia, qui a dû être interdit en catastrophe à cause des fièvres hémorragiques mortelles qu'il provoquait est resté dans les mémoires. Des médecins s'inquiètent de ce phénomène dans le cas de la COVID-19 [17]. Il expliquerait peut-être le regain de mortalité observé en France depuis le début de l'année 2021. Vacciner en pleine épidémie est déjà une folie car les vaccins abaissent les défenses immunitaires pendant plusieurs semaines après leur administration.

### Décès en France du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 31 janvier 2021

(données brutes issues de l'INSEE [50])

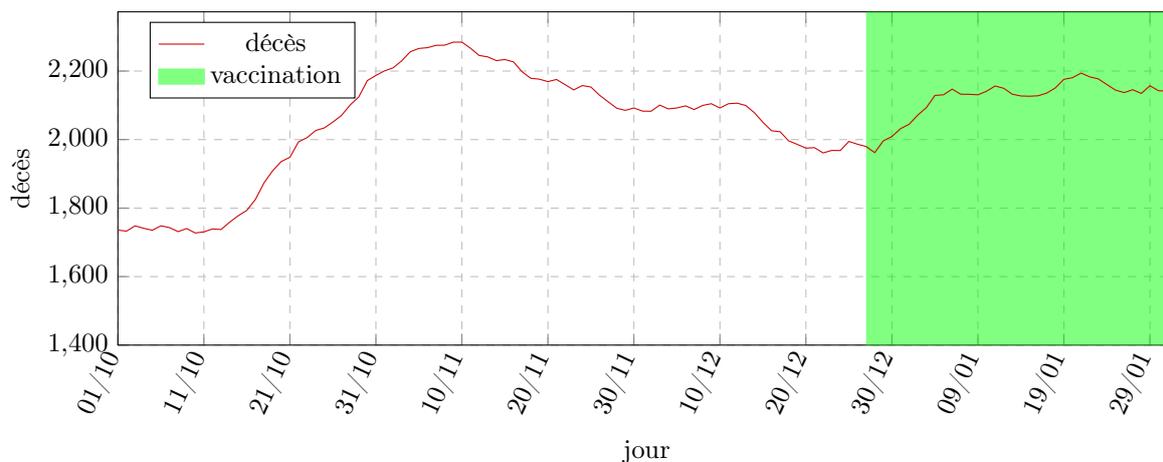


Figure 19

Israël a vacciné massivement sa population, plus de la moitié, en utilisant en partie le vaccin Pfizer/BioNTech. Le phénomène est similaire : les décès augmentent avec la couverture vaccinale. On peut d'ailleurs se demander pourquoi Israël a fait tant de zèle alors que la « première vague » de la COVID-19 y a causé moins de 300 décès sur une population de presque 10 millions de personnes, soit bien moins qu'une grippe légère. Pendant la période vaccinale par contre, du 20 décembre 2020 au 19 mars 2021, on compte 3 000 décès attribués à la COVID-19, soit 10 fois plus.

### Décès attribués à la COVID-19 en Israël

– période du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 31 janvier 2021 –

(données brutes issues de Our World In Data [53])

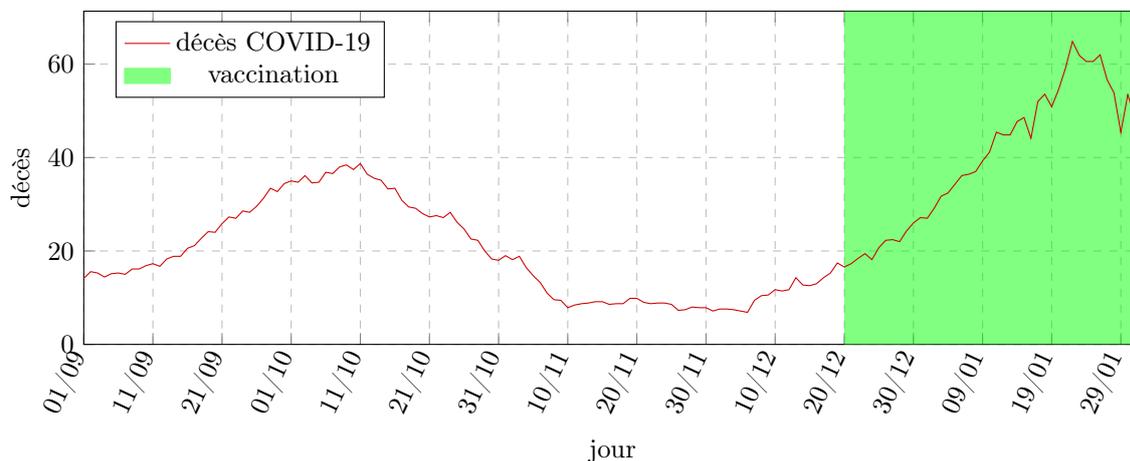


Figure 20

En observant la mortalité attribuée la COVID-19 dans les pays qui ont vacciné plus de 15% de leur population (indépendamment des vaccins inoculés), on constate le même genre de courbe : le nombre de morts baisse, puis dès qu'on vaccine il s'élève pour atteindre des valeurs records, à l'exception du Bahreïn.

**Décès attribués à la COVID-19 en Grande-Bretagne**  
– période du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 31 janvier 2021 –

(données brutes issues de Our World In Data [53])

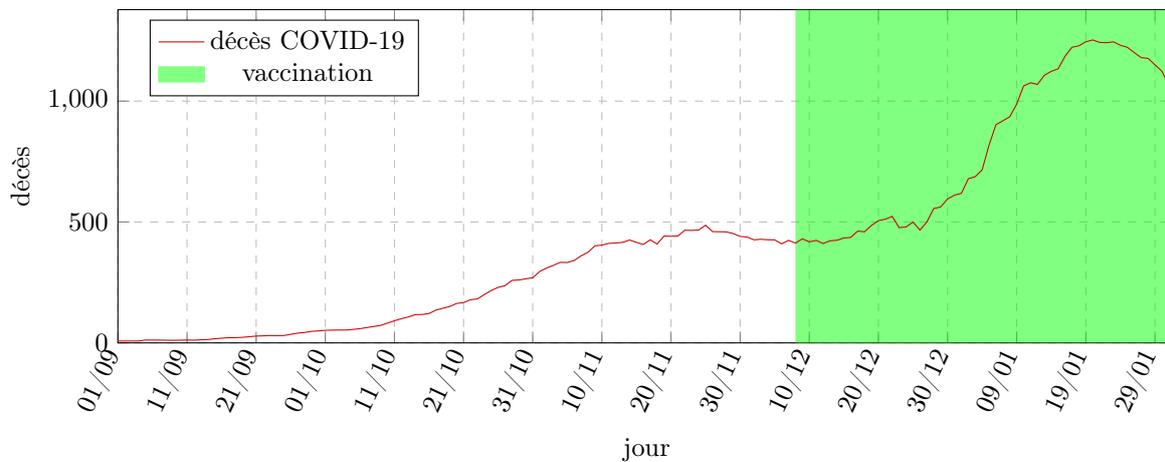


Figure 21

**Décès attribués à la COVID-19 au Chili**  
– période du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 31 janvier 2021 –

(données brutes issues de Our World In Data [53])

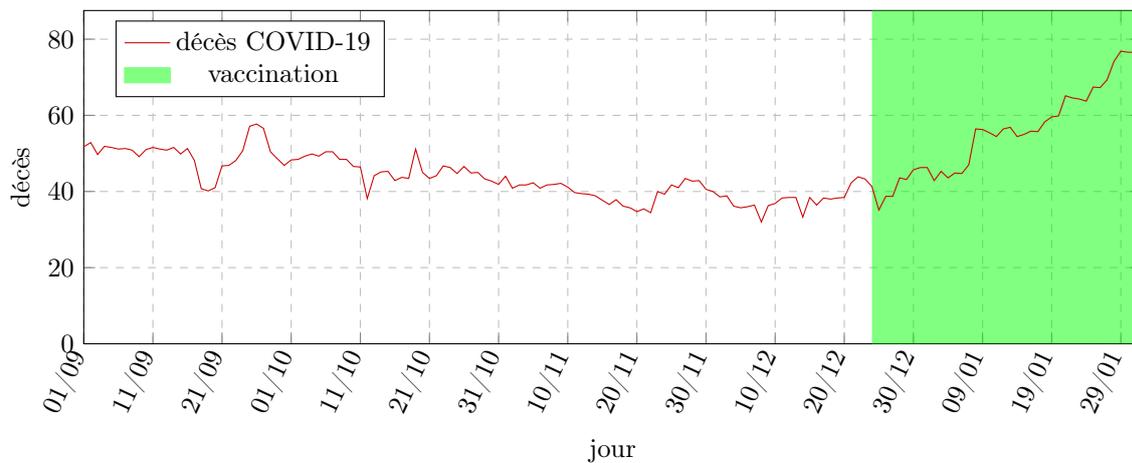


Figure 22

**Décès attribués à la COVID-19 aux USA**  
 – période du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 31 janvier 2021 –

*(données brutes issues de Our World In Data [53])*

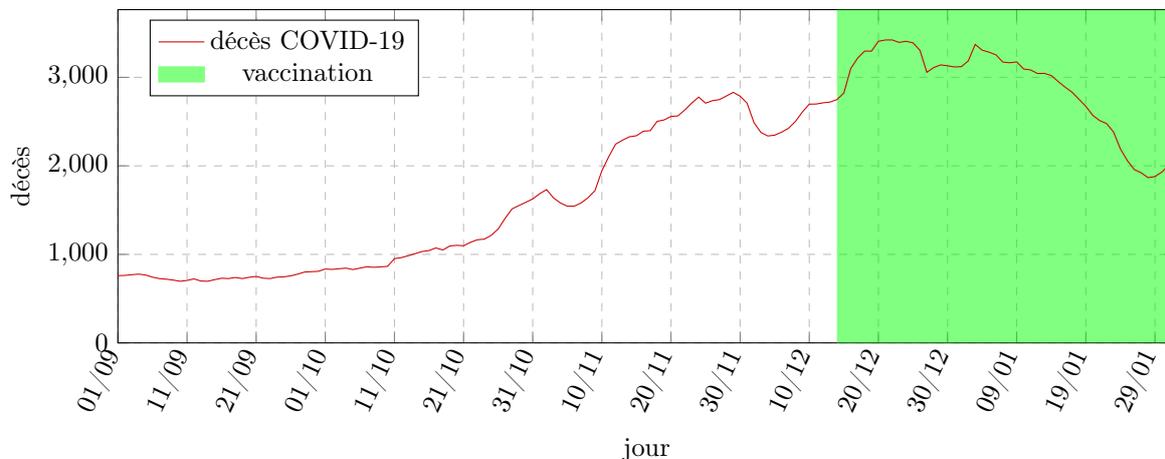


Figure 23

**Décès attribués à la COVID-19 au Bahreïn**  
 – période du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 31 janvier 2021 –

*(données brutes issues de Our World In Data [53])*

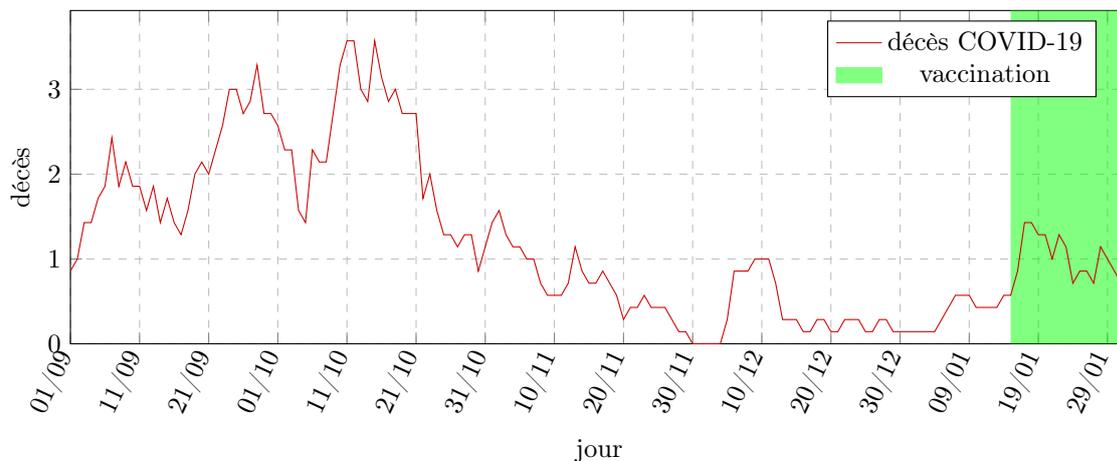


Figure 24

Le Bahreïn voit sa mortalité COVID-19 augmenter à la faveur de la campagne de vaccination ; mais elle est déjà si faible que statistiquement elle n'a pas grand sens : un mort par jour tout au plus depuis la fin de l'été 2020.

Cette augmentation de la mortalité concomitante à la campagne de vaccination n'est peut-être qu'un hasard et les mécanismes sous-jacents sont inconnus et supposés très complexes ; mais en termes de santé publique il est insensé de faire prendre un tel risque à une population entière sur des fondements inexistantes. Les tests d'innocuité des vaccins anti-COVID-19 n'ont pas été faits et leur efficacité dépend des affirmations de fabricants-falsificateurs notoires. Ces données d'efficacité sont d'ailleurs très parcellaires. Rappelons tout d'abord la répartition par classe d'âge des morts allégués de la COVID-19 pendant l'année 2020 [54] :

classe d'âge	décès	proportion
0-9	4	0,01 %
10-19	6	0,01 %
20-29	38	0,09 %
30-39	151	0,34 %
40-49	450	1,01 %
50-59	1 578	3,54 %
60-69	4 752	10,66 %
70-79	9 844	22,09 %
80-89	17 554	39,38 %
90 ou plus	10 194	22,87 %

Les moins de 60 ans représentent 5 % des morts, et donc 95 % des morts ont plus de 60 ans. Les plus de 80 ans forment 62,25 % des décès causés officiellement par la COVID-19. On devrait donc s'attendre à une telle représentation des âges dans la population ayant servi à valider le vaccin Pfizer/BioNTech. Or, voici ce qu'il en est [4] :

classe d'âge	population	proportion
12-15	88	0,24 %
16-64	28 515	77,87 %
65-74	6 402	17,48 %
75-85	1 606	4,39 %
85 ou plus	10	0,03 %

On marche clairement sur la tête. Tout est inversé ! Au arrondis près, la proportion des plus de 85 ans dans l'étude Pfizer/BioNTech représente moins de 0,03 % de la cohorte, seulement 10 personnes, alors que cette classe d'âge rassemble presque les deux tiers des décès de la COVID-19. Il est statistiquement impossible de définir une efficacité à partir d'une telle population. Même pour les plus de 65 ans, l'intervalle de confiance à 95 % de l'efficacité du vaccin varie entre 66,7 % et 99,9 % : la quasi-totalité des cibles de la COVID-19 pourrait avoir au mieux deux chances sur trois d'être immunisés d'une manière ou d'une autre par ce vaccin, sachant que la population qui fonde ce chiffre est la plus jeune, donc la moins susceptible de faire un COVID-19 grave. Rien que cela invalide totalement l'étude d'efficacité. De plus, seuls les cas modérés de COVID-19, qui guérissent donc spontanément sans séquelles, sont pris en compte : on ne trouve aucun cas de COVID-19 grave, ni parmi les vaccinés, ni parmi les non-vaccinés, sans doute car elle a été menée en plein été. Cette étude ne peut pas être prise au sérieux par quoi que ce soit.

Les épidémies de COVID-19 ont surtout donné lieu à des vagues de profits pour l'industrie pharmaceutique. Ces gains financiers tranchent amèrement avec la destruction de l'économie consécutive à la panique organisée par les autorités et par les médias.

### Cours de l'action Pfizer (Nasdaq) du 23 mars au 31 décembre 2020

(données brutes issues du Nasdaq [52])

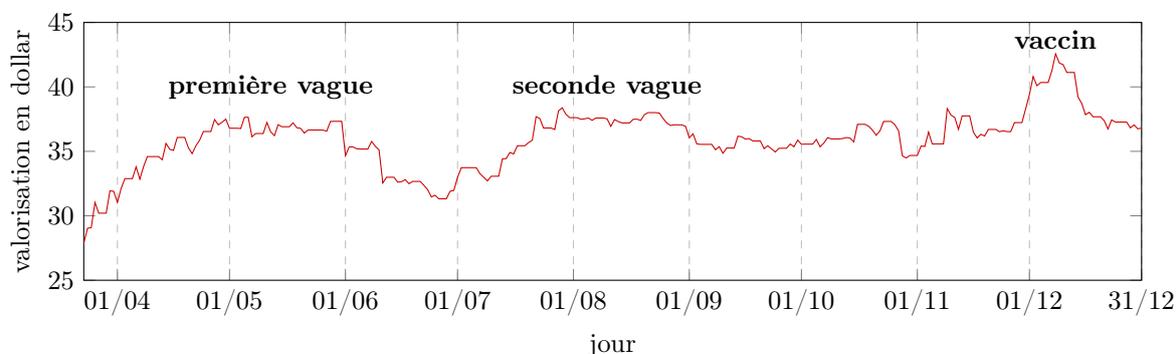


Figure 25

## Pensez printemps !

« *Le XXI<sup>e</sup> siècle sera spirituel ou ne sera pas.* » a-t-on fait dire à André Malraux. Il s'en défendait d'ailleurs vigoureusement [25] :

*« On m'a fait dire que le XXI<sup>e</sup> siècle sera religieux. Je n'ai jamais dit cela, bien entendu, car je n'en sais rien. Ce que je dis est plus incertain. Je n'exclus pas la possibilité d'un événement spirituel à l'échelle planétaire. »*

Monsieur Malraux, vous aviez raison : il y a bien un évènement planétaire qui ancre aujourd'hui le XXI<sup>e</sup> siècle dans la spiritualité : la COVIDolatrie, la néo-religion des nouvelles générations élevées masquées dans la crainte du virus et du policier. Craignez votre nouveau Démon et soyez confinés à tout jamais !

La COVIDolatrie n'est pas née de la raison et la raison ne la vaincra pas. Personne n'a pu convaincre les juges ecclésiastiques ayant condamné Galilée à l'hérésie que la Terre tournait autour du Soleil, alors qu'il suffisait de lever le nez pour se rendre compte de la chose. Certains prêtres savaient très bien que l'idée d'une Terre plate âgée de 5 000 ans n'avait aucun fondement expérimental solide. Mais la structure du pouvoir dépendait de cette déraison ; alors pour ne pas subir l'humiliation du déclassement, pour ne pas s'abaisser à avouer devant l'assemblée des fidèles « *Nous nous sommes trompés !* », les puissants du moment ont persisté dans l'absurdité jusqu'à ce que la réalité les rattrape, jusqu'à ce que le peuple soit fatigué d'être malmené.

La psychologie sociale s'est construite un corpus à même d'expliquer l'irrationalité des peuples. Les expériences bien connues de Solomon Asch sur la soumission à la pression sociale [3] et de Stanley Milgram [26] sont les plus connues et n'ont jamais été prises en défaut. Elles montrent comment n'importe quel individu peut être conduit librement à croire, dire et faire absolument n'importe quoi, même ce qu'il y a de plus fou, de plus cruel. Moins de 5 % des êtres humains sont insensibles à cet effroyable empire sur les esprits. Ces évidences pourtant enseignées au quatre coins du monde dans les meilleures écoles restent lettre morte car tout le monde s'imagine faire partie de cette élite de surhommes libres-penseurs ; mais bien rares sont les élus et bien terne est leur vie, entourés d'une armée de zombies dociles. Mais ces expériences montrent aussi que sous certaines conditions, quand la pression sociale est trop forte ou quand l'autorité se fragmente, le pauvre pantin humain peut enfin s'extirper des fils du marionnettiste pendant un temps. Si les règnes despotiques sont explicables par la psychologie sociale, il en est de même des révolutions.

La religion guide l'Humanité depuis l'aube des temps. Le sens de ce mot prend son origine dans le latin « *religare* » qui signifie *relier*. La religion est ce qui relie les gens entre eux. Elle transmute un agrégat d'hommes et de femmes en société, devenant ainsi dépositaire d'un projet commun dont l'objectif final est la civilisation, le fait pour un peuple atomisé de quitter l'état de nature pour progresser dans sa conscience de l'Univers et de ses mystères. Même la République une et indivisible qui fonde aujourd'hui la société civile française prend racine dans des principes sacrés structurant rien moins de l'humain, sa destinée et ses droits à la revendiquer, sacralisés sous l'égide de l'Être suprême.

La religion n'est pas plus un problème que n'importe quel outil de cuisine. Le couteau peut servir aussi bien à préparer le gigot des réunions de famille qu'à trancher la gorge de son ennemi. La religion peut fonder une société COVIDienne totalitaire, étouffante, percluse de mensonges et de manipulations macabres. Elle peut aussi fonder la République des Hommes libres car libérés de leurs propres mains. Le mythe fondateur de la République française est la Révolution de 1789. Elle résume dans sa Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen la nature des liens qui unissent ses fidèles. La version la plus aboutie est celle du 24 juin 1793 [11], bien trop tôt réécrite par les despotes de la Terreur puis interdite par le dictateur Napoléon I<sup>er</sup>. Il est des religions qui déplairont toujours aux puissants, précisément celles qui émancipent les peuples.

*« Le peuple français, convaincu que l'oubli et le mépris des droits naturels de l'homme, sont les seules causes des malheurs du monde, a résolu d'exposer dans une déclaration solennelle, ces droits sacrés et inaliénables, afin que tous les citoyens pouvant comparer sans cesse les actes du gouvernement avec le but de toute institution sociale, ne se laissent jamais opprimer, avilir par la tyrannie ; afin que le peuple ait toujours devant les yeux les bases de sa liberté et de son bonheur ; le magistrat la règle de ses devoirs ; le législa-*

teur l'objet de sa mission. En conséquence, il proclame, en présence de l'Être suprême, la déclaration suivante des droits de l'homme et du citoyen. »

« Article 33. - La résistance à l'oppression est la conséquence des autres Droits de l'homme. »

« Article 34. - Il y a oppression contre le corps social lorsqu'un seul de ses membres est opprimé. Il y a oppression contre chaque membre lorsque le corps social est opprimé. »

« Article 35. - Quand le gouvernement viole les droits du peuple, l'insurrection est, pour le peuple et pour chaque portion du peuple, le plus sacré des droits et le plus indispensable des devoirs. »

Les puissants refusent toujours les solutions au problème de l'heure car ils sont le problème. Pour vaincre la terrible COVID-19, il suffit tout simplement de choisir sa religion, de décider de croire en la claustration éternelle ou dans le droit au bonheur, à l'hiver des tortionnaires ou au printemps des peuples.

## Références

### Ouvrages

- [1] « COVID-19 – du mythe aux statistiques », auteur anonyme, 9 février 2021, [lien direct](#), [lien archivé](#).
- [2] AABY Peter, LEEUWENBURG Johannis, « Patterns of Transmission and Severity of Measles Infection: A Reanalysis of Data from the Machakos Area, Kenya », The Journal of Infectious Diseases, vol. 161, no. 2, 171–174 (février 1990) <https://www.jstor.org/stable/30126070>.
- [3] ASCH Solomon, « Studies of independence and conformity: I. A minority of one against a unanimous majority », Psychological Monographs: General and Applied, vol. 70, no. 416 (1956) [version numérisée](#).
- [4] Agence Européenne des Médicaments, « Assessment report : COVID-19 mRNA vaccine (nucleoside-modified) », procédure no. EMEA/H/C/005735/0000 (19 février 2021), [lien sur le site de l'AEM](#).
- [5] AZOULAY Élie, BELOUCIF Sadek, VIVIEN Benoît, GUIDET Bertrand, PATERON Dominique, LE DORZE Matthieu, « Décision d'admission des patients en unités de réanimation ou de soins critiques dans un contexte d'épidémie de Covid-19 », ARS Île-de-France, Recommandations régionales COVID-19 (20 mars 2012), [lien sur le site de l'ARS Île-de-France](#).
- [6] BAYLE François, « Croix gammée contre Caducée : les expériences humaines en Allemagne pendant la deuxième guerre mondiale », Neustadt (1950).
- [7] BEDER Alper & al., « Preliminary report on surgical mask induced deoxygenation during major surgery », Neurocirugía, vol. 19 no. 2, 121-126 (2008), [doi:10.1016/S1130-1473\(08\)70235-5](https://doi.org/10.1016/S1130-1473(08)70235-5).
- [8] BENDAVID Eran, OH Christopher, BHATTACHARYA Jay, IOANNIDIS John P. A., « Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19 », European Journal of Clinical Investigation (5 janvier 2021), [doi:10.1111/eci.13484](https://doi.org/10.1111/eci.13484).
- [9] CATHO Gaud, SØGAARD Kirstine K., EGLI Adrian, HUTTNER Benedikt David, « Connaissances actuelles concernant l'utilisation des antibiotiques », Forum Médical Suisse, no. 2020/47-48, 695-700 (18 novembre 2020), [doi:10.4414/fms.2020.08634](https://doi.org/10.4414/fms.2020.08634).
- [10] CHAN Noel, LI Karen, HIRSH Jack, « Peripheral Oxygen Saturation in Older Persons Wearing Nonmedical Face Masks in Community Settings », JAMA, vol. 324 no. 22, 2323-2324 (30 octobre 2020), [doi:10.1001/jama.2020.21905](https://doi.org/10.1001/jama.2020.21905).
- [11] Convention nationale, « Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen » (24 juin 1793), [lien sur le site du Conseil constitutionnel](#).

- [12] CYGLER Marine, « *Remdesivir : des effets indésirables rénaux et hépatiques chez les premiers patients traités en France* », Medscape (23 juillet 2020), [lien sur le site de Medscape](#).
- [13] DELMAS Marie-Christine, ZEGHNOUN Abdelkrim, JOUGLA Éric, « *Mortalité par asthme en France métropolitaine, 1980-1999* », INVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire 47, 221-222 (16 novembre 2004), [lien sur le site de Santé publique France](#).
- [14] « *“The Lancet Gate” : saga d’une étude corrompue* », Les Echos (19 juin 2020), [lien sur le site des Echos](#).
- [15] ENE-Covid, « *Estudio ENE-Covid-19: primera ronda* », Estudio Nacional de sero-Epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España (ENE-Covid), rapport du premier tour (13 mai 2020), [lien sur le site du Ministère de la Santé espagnol](#).
- [16] Équipes de surveillance de la grippe, « *Surveillance de la grippe en France, saison 2018-2019* », INVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire 28, 552-563 (2 juillet 2019), [lien sur le site de Santé publique France](#).
- [17] FRANCESCO Negro, « *Is antibody-dependent enhancement playing a role in COVID-19 pathogenesis ?* », Swiss Medical Weekly, collection 2020/15-16 (16 avril 2020), [doi:10.4414/smw.2020.20249](#).
- [18] FUHRMAN Claire, NICOLAU Javier, REY Grégoire, SOLET Jean-Louis, QUÉNEL Philippe, JOUGLA Éric, DELMAS Marie-Christine, « *Asthme et BPCO : taux d’hospitalisation et de mortalité dans les départements d’outre-mer et en France métropolitaine, 2005-2007* », INVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire 13-14, 168-172 (12 avril 2011), [lien sur le site de Santé publique France](#).
- [19] GAUTRET Philippe & al., « *Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial* », International Journal of Antimicrobial Agents, vol. 56 no. 1 (20 mars 2020), [doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105949](#).
- [20] HCSP, « *Avis relatif à la prise en charge des cas confirmés d’infection au virus SARS-CoV2* », avis du haut Conseil de la Santé Publique (5 mars 2020), [lien sur le site du HCSP](#).
- [21] HCSP, « *Avis relatif aux recommandations thérapeutiques dans la prise en charge du COVID-19 (complémentaire à l’avis du 5 mars 2020)* », avis du haut Conseil de la Santé Publique (23 mars 2020), [lien sur le site du HCSP](#).
- [22] HCSP, « *Avis relatif à l’usage des anti-infectieux dans le Covid-19* », avis du haut Conseil de la Santé Publique (18 mai 2020), [lien sur le site du HCSP](#).
- [23] HCSP, « *Rapport relatif à l’actualisation de la prise en charge des patients atteints de Covid-19* », rapport du haut Conseil de la Santé Publique (18 mai 2020), [lien sur le site du HCSP](#).
- [24] JOSPIN Lionel (Premier ministre), « *Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets simples)* », Journal Officiel de la République Française, lois et décrets, no. 82, texte 12, 6187-6188 (7 avril 2002), [lien sur le site de Légifrance](#).
- [25] MALRAUX André, DESGRAUPES Pierre, « *Entretien. Pierre Desgraupes fait le point avec André Malraux* », Le Point, no. 164 (10 novembre 1975), [lien sur Malraux.org](#).
- [26] MILGRAM Stanley, « *Soumission à l’autorité* », Almann-Lévy, collection “liberté de l’esprit” (1974).
- [27] « *Une amende de 2,3 milliards de dollars pour Pfizer* », Le Monde (2 septembre 2009), [lien sur le site du Monde](#).
- [28] MORENS David M., TAUBENBERGER Jeffrey K., FAUCI Anthony S. « *Predominant Role of Bacterial Pneumonia as a Cause of Death in Pandemic Influenza: Implications for Pandemic Influenza Preparedness* », The Journal of Infectious Disease, vol. 198 no. 7, 962-970 (1<sup>er</sup> octobre 2008), [doi:10.1086/591708](#).

- [29] NIE Xiuquan & al., « *Epidemiological Characteristics and Incubation Period of 7015 Confirmed Cases With Coronavirus Disease 2019 Outside Hubei Province in China* », *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 222, no.1, 26–33 (1<sup>er</sup> juillet 2020), [doi:10.1093/infdis/jiaa211](https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa211).
- [30] OMS, « *Corticosteroids for COVID-19* », Living guidance (2 septembre 2020), [WHO/2019-nCoV/Corticosteroids/2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Corticosteroids-2020.1)
- [31] PAUWELS Louis, « *Nous croyons au progrès !* », *Planète*, no. 18 (1<sup>er</sup> octobre 1964).
- [32] PERSON E., LEMERCIER C., ROYER A., REYCHLER G., « *Effet du port d'un masque de soins lors d'un test de marche de six minutes chez des sujets sains* », *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 35 no. 3, 264-268 (2018), [doi:10.1016/j.rmr.2017.01.010](https://doi.org/10.1016/j.rmr.2017.01.010).
- [33] PHILIPPE Édouard (Premier ministre), « *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* », *Journal Officiel de la République Française, lois et décrets*, no. 77, texte 11, 33-34 (29 mars 2020), [lien sur le site de Légifrance](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2020/03/28/2020-360).
- [34] RECOVERY, « *Lopinavir–ritonavir in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial* », *The Lancet*, vol. 396 no. 10259, 1345-1352 (24 octobre 2020), [doi:10.1016/S0140-6736\(20\)32013-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32013-4).
- [35] SANTI Pascale, LAROUSSERIE David, CABUT Sandrine, HERZBERG Nathaniel, MORIN Hervé, « *Coronavirus : le "Lancetgate" révèle des failles de l'édition scientifique* », *Le Monde* (15 juin 2020), [lien sur le site du Monde](https://www.lemonde.fr).
- [36] SCHEID Jennifer L., LUPIEN Shannon P., FORD Gregory S., WEST Sarah L., « *Commentary: Physiological and Psychological Impact of Face Mask Usage during the COVID-19 Pandemic* », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17 no. 18, id. 6655 (12 septembre 2020), [doi:10.3390/ijerph17186655](https://doi.org/10.3390/ijerph17186655).
- [37] SERVIER Jean, « *Je ne crois pas au progrès !* », *Planète*, no. 18 (1<sup>er</sup> octobre 1964).
- [38] SERVONNET Aurélie, DELACOUR Hervé, THEFENNE Hélène, GARDET Véronique, « *Les intoxications aiguës à la chloroquine : aspects cliniques et analytiques* », *Annales de Toxicologie Analytique*, vol. 17 no. 2, 87-94 (7 février 2008), [doi:10.1051/ata:2005025](https://doi.org/10.1051/ata:2005025).
- [39] SHENG Zong-Mei, CHERTOW Daniel S., AMBROGGIO Xavier, MCCALL Sherman, PRZYGODZKI Ronald M., CUNNINGHAM Robert E., MAXIMOVA Olga A., KASH John C., MORENS David M., TAUBENBERGER Jeffery K. « *Autopsy series of 68 cases dying before and during the 1918 influenza pandemic peak* », *PNAS*, vol. 108 no. 39, 16146-16421 (27 septembre 2011), [doi:10.1073/pnas.1111179108](https://doi.org/10.1073/pnas.1111179108).
- [40] SHUBHANSHU Kumar, SINGH Avaneesh, « *Prolonged Use of n95 Mask a Boon or Bane to Healthcare Workers During Covid-19 Pandemic* », *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery* (25 janvier 2021), [doi:10.1007/s12070-021-02396-0](https://doi.org/10.1007/s12070-021-02396-0).
- [41] VÉRAN Olivier (ministre des Solidarités et de la Santé), « *Arrêté du 26 mai 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire* », *Journal Officiel de la République Française, lois et décrets*, no. 128, texte 29, 100-101 (27 mai 2020), [lien sur le site de Légifrance](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrêté/2020/05/26/2020-128).
- [42] WANG Chen & al., « *Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial* », *The Lancet*, vol. 395 no. 10236, 1569-1578 (16 mai 2020), [doi:10.1016/S0140-6736\(20\)31022-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31022-9).
- [43] ZHOU Fei & al., « *Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study* », *The Lancet*, vol. 395 no. 10229, 1054-1062 (28 mars 2020), [doi:10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).

## Données

- [44] DREES, « *Nombre de lits de réanimation, de soins intensifs et de soins continus en France, fin 2013 et 2019* », statistique annuelle des établissements de santé (12 janvier 2021), [lien sur le site de la DREES](#).
- [45] EPIPHARE, « *Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 13 septembre 2020* », rapport 4 (5 octobre 2020), [lien sur le site d'EPIPHARE](#).
- [46] INSEE, « *Population de 1999 à 2020, comparaisons régionales et départementales* », détail des régions, [lien sur le site de l'INSEE](#).
- [47] INSEE, « *Les décès en 2015* », [lien sur le site de l'INSEE](#).
- [48] INSEE, « *Les décès en 2016* », [lien sur le site de l'INSEE](#).
- [49] INSEE, « *Les décès en 2017* », [lien sur le site de l'INSEE](#).
- [50] INSEE, « *Téléchargement des fichiers des décès quotidiens* », années 2018 à 2020, fichier 2021-01-29\_detail.zip, [lien sur le site de l'INSEE](#).
- [51] Medic'AM, « *Médicaments délivrés par les pharmacies de ville par type de prescripteur* », relevé mensuel, [lien sur le site de l'Assurance maladie](#).
- [52] Nasdaq, « *PFE Advanced Charting* », relevé des cotations boursières de l'action PFE Pfizer, Inc., [lien sur le site du Nasdaq](#).
- [53] Our World In Data, « *Coronavirus (COVID-19) Deaths* », jeu de données complet, fichier `owid-covid-data.csv`, [lien sur le site de Our World In Data](#).
- [54] Santé publique France, « *Données hospitalières relatives à l'épidémie de COVID-19* », données hospitalières relatives à l'épidémie du COVID-19 par région, et classe d'âge du patient, fichier `donnees-hospitalieres-classe-age-covid19-2021-02-04-19h03.csv`, [lien sur le site data.gouv.fr](#).
- [55] *ibid.*, « *données hospitalières quotidiennes relatives à l'épidémie du COVID-19 par département* », fichier `donnees-hospitalieres-nouveaux-covid19-2021-02-04-19h03.csv`, [lien sur le site data.gouv.fr](#).
- [56] *ibid.*, « *synthèse des indicateurs de suivi de l'épidémie COVID-19* », fichier `table-indicateurs-open-data-dep-2021-03-20-18h55.csv`, [lien sur le site data.gouv.fr](#).