

Bonjour à vous !

Le copieux texte qui suit est signé par xavier.bazin@sante-corps-esprit.email. Je lui en laisse l'entière responsabilité et à sa lecture, vous constaterez la pertinence (ou l'impertinence...) de ses propos. Le titre de ce mail qui m'a été transféré le 26.9.21 est «Pour laver le cerveau, ce sont des PROS !». Ce texte français est presque exactement ce qui se passe chez nous en Suisse. Posons-nous les bonnes questions. Et agissons avant qu'il ne soit trop tard.

C'est FOU ce qu'ils arrivent à nous faire avaler, encore et encore, alors qu'ils ont eu tort sur (presque) TOUT !

Cher(e) ami(e) de la Santé,

Je vous le dis franchement : j'ai été blessé par certaines réactions à ma dernière lettre.

C'était sur l'obligation vaccinale des soignants.

Je reste sidéré que certains continuent de gober la propagande officielle, sans aucun recul.

Car si vous regardez bien, ils n'arrêtent pas de se tromper (et de nous tromper) !

Lisez bien ce qui suit : sur chacun de ces points, leur erreur grossière a été prouvée, et ils ont été obligés de le reconnaître publiquement.

Ce ne sont pas des points de « détails », ce sont des points essentiels pour lutter contre l'épidémie.

A chaque fois, ils ont eu tort, pendant que d'autres – des médecins indépendants ou des lanceurs d'alerte comme l'auteur de ces lignes – avaient raison.

Regardez bien cette liste, c'est juste SIDÉRANT qu'on puisse continuer à les croire !

Sur l'origine du virus : ils ont diabolisé le bon sens !

Tous les « scientifiques du système » et les grands médias disaient que la thèse du virus échappé du laboratoire de Wuhan était « impossible » et « complotiste ».

À l'inverse, des grands noms comme le Pr Montagnier (prix Nobel) et des analystes indépendants comme moi avaient dès le début pointé l'Institut de virologie de Wuhan.

Maintenant que tout le monde reconnaît que c'est probablement ce qui s'est passé, pourquoi croire encore sur parole nos scientifiques officiels et nos médias ?

Sur l'immunité collective vaccinale : ils ont promis la lune (inatteignable) !

Des grands noms comme le Pr Raoult – et des lanceurs d'alerte indépendants comme moi – disent depuis le début que l'immunité collective vaccinale est impossible, car les coronavirus sont des virus ARN qui mutent énormément.

À l'inverse, tous les médias, et « Monsieur Vaccin », Alain Fisher, vous disait que pour empêcher la circulation du virus, il fallait une couverture vaccinale de 60 %... puis c'est monté à 90 %... pour

finalement reconnaître à la mi-août, face au variant delta, que l'immunité collective vaccinale ne serait probablement jamais atteinte[1].

Pourquoi continuer de croire Alain Fischer, plutôt que les Pr Raoult et lanceurs d'alerte qui disaient vrai ?

Sur l'immunité naturelle vs. vaccinale : une erreur grossière !

Depuis le début, il était évident pour tout connaisseur des maladies infectieuses que l'immunité naturelle avait 99,9% de chances d'être infiniment supérieure à l'immunité vaccinale, surtout avec ces vaccins Covid qui ne ciblent que la protéine spike du virus.

Mais nos grands pontes n'ont pas arrêté de nous dire le contraire... le Pr Caumes, le 28 mai dernier, est même allé jusqu'à proférer cette énormité inouïe sur BFM TV : « On a des vaccins qui sont probablement plus efficaces que l'immunité naturelle ».[2]

Heureusement, les chiffres israéliens sont venus siffler la fin du délire et trancher le débat : 13 fois plus d'efficacité de l'immunité naturelle contre l'infection (un test positif) par rapport au vaccin, et même 27 fois plus d'efficacité s'agissant des infections symptomatiques[3] !

Pourquoi continuer à écouter nos grands pontes, qui n'ont manifestement aucun recul vis-à-vis de la propagande de Big Pharma, plutôt que ceux qui parlent avec sincérité et compétence ?

Sur le masque à l'extérieur : un mensonge gros comme une maison !

Vous rendez-vous compte qu'ils nous ont forcés à mettre le masque à l'extérieur, alors qu'il était évident depuis le début qu'il ne servait strictement à rien !?

Non seulement l'efficacité du masque chirurgical contre ce coronavirus n'a jamais été prouvée scientifiquement, y compris en intérieur... mais on sait depuis le début de l'épidémie qu'il n'y a quasiment aucune contamination à l'extérieur.

Et pourtant, tout le monde, ou presque, a respecté cette injonction absurde du masque à l'extérieur, sans le moindre esprit critique.

Sur les confinements ultra-stricts : l'opposé du bon sens !

Nos autorités ont réussi l'exploit de faire un « confinement strict » en fermant les espaces verts et en interdisant de sortir de chez soi, même pour faire un jogging... alors que la majorité des contaminations se font dans les foyers et dans les espaces... « confinés » !

Même Olivier Véran l'avait expliqué, le 9 mars 2020, quelques jours avant le confinement :

« Mais en réalité, vous savez ce qui fait que la grippe s'arrête au printemps ? Ce n'est pas la chaleur, c'est qu'en fait, au printemps, qu'est-ce qui se passe ? On ouvre les fenêtres, on ouvre les portes, on n'est plus confiné dans des lieux, on va dehors. Et donc, c'est le confinement qui provoque la circulation du virus. »[4]

Cela ne les a pas empêchés d'enfermer tout le monde à l'intérieur une semaine plus tard...

...puis de reconnaître implicitement leur erreur un an après, en mars 2021, quand le Premier Ministre a annoncé une stratégie de « confinement extérieur »[5] consistant à inciter les gens à sortir dehors pour limiter les contaminations.

Là encore, le confinement ultra-strict était une erreur grossière, ce que les gens raisonnables avaient compris depuis le début... mais pourtant, beaucoup de gens continuent à gober ce qu'ils nous racontent !

Sur le pass sanitaire : aucune justification sanitaire !

Je vous ai écrit cet été que le « pass sanitaire » n'avait aucun sens sanitaire[6]... et que l'objectif était uniquement de forcer le maximum de gens à se vacciner.

Et maintenant, nos responsables le reconnaissent, peu à peu. Le ministre israélien de la Santé l'a reconnu publiquement, ne sachant pas qu'il était filmé[7].

En France, un des médecins de plateau les plus connus, le Dr Megarbane, l'a expliqué frontalement sur LCI, le 14 septembre dernier[8] :

« Le pass sanitaire ne sert pas à réduire le risque de contamination. Lorsqu'on applique le protocole sanitaire, il n'y a aucun risque de contamination dans les cinémas, dans les théâtres et dans les terrasses.

Le pass sanitaire n'a pour seul objet que de pousser les personnes hésitantes à se faire vacciner le plus rapidement possible ».

Donc, ils nous ont encore menti – et même si c'est de leur point de vue un « pieux mensonge », un mensonge pour le soi-disant « intérêt général » de vacciner un maximum de gens, pourquoi continuer à les croire ?

Et je pourrais continuer encore la liste :

Sur les tests – le Pr Raoult demandait d'en faire massivement dès le début, le gouvernement disait que c'était inutile... pour ensuite changer d'avis à 180 degrés ;

Sur les mutations du virus : nos grands pontes disaient à l'été 2020 que le virus ne mutait absolument pas... alors que le Pr Raoult avait déjà détecté deux variants !

Sur les soins – Olivier Véran a fini par reconnaître que l'injonction de ne pas soigner les patients (« restez chez vous jusqu'à ce que vous ne puissiez plus respirer ») était une erreur, ce qui était évident depuis le début pour tous les médecins fidèles à leur serment d'Hippocrate ;

Sur le remdésivir, le médicament à 2 000 euros de Gilead : après l'avoir promu comme médicament le plus prometteur et même autorisé officiellement... ils ont bien dû reconnaître qu'il ne servait à rien et qu'il était toxique !

Le plus fou, c'est que je ne parle ici que des sujets sur lesquels ils ont reconnu leur « erreur » entre-temps !

Je ne parle même pas des sujets sur lesquels la vérité n'est pas encore sortie officiellement, comme la réalité des effets indésirables graves des vaccins ou l'efficacité spectaculaire des traitements précoces comme l'hydroxychloroquine ou l'ivermectine.

Ce qui m'exaspère, c'est qu'ils ont eu tort sur presque tout... pendant que d'autres ont eu raison sur presque tout...

...Que cela a été prouvé, démontré et même reconnu publiquement... et pourtant, les gens continuent de leur faire confiance à eux, aveuglément !!

Je rappelle quand même qu'ils ont voulu nous faire croire (et continuent de le faire) que les vaccins étaient la « seule solution » de sortie de crise.

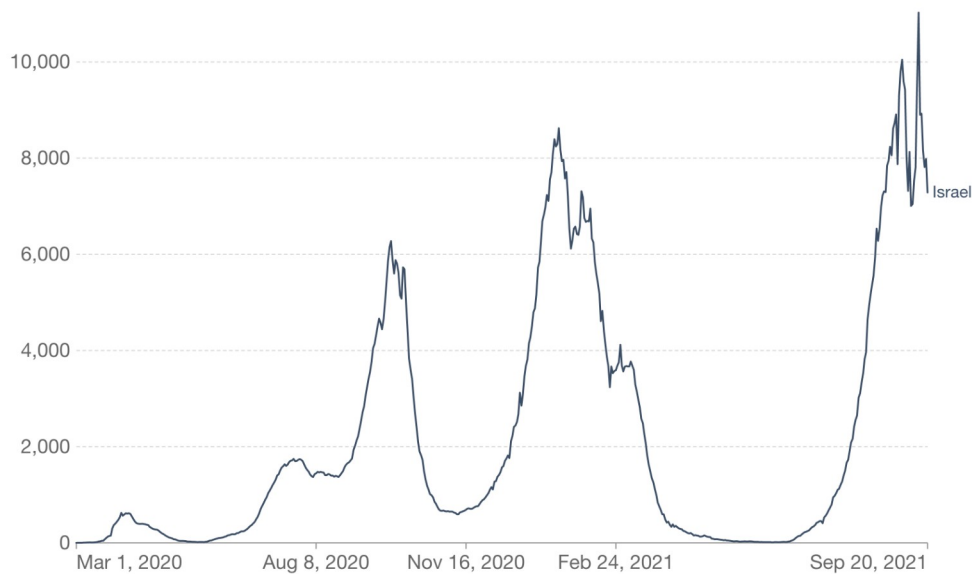
Mais regardez ce qui se passe Israël, ce pays ultra-vacciné et montré en exemple en avril dernier :

En Israël, cela fait des mois que plus de 80 % des adultes sont doublement vaccinés... et pourtant, il n'y a jamais eu autant de cas !!

C'est bien la preuve que le vaccin n'empêche absolument pas les contaminations (ce pourrait même être le contraire).

Daily new confirmed COVID-19 cases

Shown is the rolling 7-day average. The number of confirmed cases is lower than the number of actual cases; the main reason for that is limited testing.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Et pourtant, rappelez-vous, avant l'été, ils ont essayé de nous faire croire, sur la base d'une étude bidon de l'Institut Pasteur[9], que les vaccinés étaient 12 fois moins contaminants que les non-vaccinés. Un mensonge éhonté de plus !

Après tout ça, plus personne ne devrait encore croire les autorités et médias sur parole – et surtout parmi mes lecteurs.

Et c'est pourquoi j'ai été MEURTRI par certaines réactions à ma dernière lettre.

Par exemple, Angelica Muller qui écrit « J'ai peur d'y aller dans un cabinet d'un médecin qui n'est pas vacciné . J'ai peur qu'une infirmière vienne faire mes soins sans être vaccinée ».

Ou Roche qui se dit « fidèle lecteur » mais qui me dit « je suis scandalisé! Comment peut-on défendre une minorité du corps médical, en contact proche avec des patients, qui ne veut pas se faire vacciner ? »

Je sais que c'est une minorité parmi mes lecteurs...

...mais si l'on en croit les sondages, c'est encore une majorité dans la population française !

Alors à ceux-là, avec tout le respect que je leur dois, je leur demande d'essayer de réfléchir !

Qu'est-ce qui est le plus protecteur, pour les patients, à votre avis ?

Des soignants qui ont obtenu un test négatif, ce qui garantit qu'ils ne portent pas le virus ni le transmettent ?

Ou des soignants qui se sont fait vacciner et qui ne se testent plus alors qu'ils peuvent être contaminés et transmettre le virus à leurs patients, même quand ils n'ont pas de symptômes ?

Il est évident que c'est la première option !

L'obligation vaccinale des soignants n'a aucun sens sanitaire, comme la plupart des mesures prises jusqu'à présent !

Quand les Français vont-ils se réveiller ?

Bonne santé,

Xavier Bazin

PS : si vous doutez encore l'irrationalité totale du débat public, j'ai traduit pour vous un texte intéressant d'un médecin américain, paru dans la presse classique aux États-Unis.

Ce médecin a un jugement globalement très favorable aux vaccins anti-Covid – très différent du mien.

Mais c'est cela qui est intéressant : même un médecin aussi favorable aux vaccins anti-Covid ne supporte plus les mensonges et la propagande autour de la vaccination !

Dans son article, il démonte tranquillement la plupart des contre-vérités diffusées par les autorités et médias.

Regardez plutôt les têtes de chapitre de son article !

Arrêtons de dire que les vaccins sont efficaces à 90 % et que les cas d'infection sur les personnes vaccinées sont « rares ».

Arrêtons de dire que les personnes vaccinées sont beaucoup moins susceptibles de propager le coronavirus.

Arrêtons de dire qu'il est rare que des personnes vaccinées développent une COVID-19 sévère ou décèdent.

Arrêtons de dire qu'une primo-infection ne devrait pas influencer sur nos décisions de vaccination.

Arrêtons de dire que la vaccination pour les adolescents et les enfants tombe sous le sens.

Arrêtons de dire qu'une troisième injection va forcément aider.

Arrêtons de dire que les vaccins sont le seul moyen de réduire la charge de la COVID-19.

Et, enfin, arrêtons de dire que les vaccins à eux seuls mettront un terme à la COVID-19.

Pour ceux qui veulent le détail de sa démonstration, voici l'article traduit (en quasi-intégralité) :

Arrêtons de dire n'importe quoi sur les vaccins contre la COVID-19

Auteur : Dr Buzz Hollander. Le 23 août 2021. Buzz Hollander MD est un médecin de famille qui exerce sur l'île d'Hawaï. Il n'a aucun intérêt idéologique à défendre. Il tweete sous le nom suivant : @buzzhollandermd.

Arrêtons de dire n'importe quoi sur les vaccins contre la COVID-19

Je suis un médecin de famille. Je passe donc mes journées à conseiller mes patients. Je dois parfois m'occuper d'un plâtre, d'une biopsie cutanée ou d'une piqûre, mais la plupart de mes patients viennent me voir pour des conseils médicaux. Ils ne m'ont jamais posé autant de questions que sur les vaccins contre la COVID-19. Et, jamais, je n'avais vu autant de doutes et de confusion parmi des personnes intelligentes et éduquées. Il est difficile de savoir interpréter l'efficacité réelle de ces vaccins. Cette efficacité diminue avec le temps, est plus faible contre le variant Delta, reste inconnue en cas de vaccination après une primo-infection, et pourrait bien ne pas être améliorée par un rappel. Toutefois, de nouvelles informations, souvent obscures, émergent chaque jour. Dire la vérité sur ces vaccins ne devrait pourtant pas être si compliqué. Il nous faut pour cela être prêts à nous adapter à ces nouvelles données, même si elles ne collent pas exactement aux messages antérieurs.

C'est là que nos institutions se sont égarées. Je comprends bien le désir des responsables de la santé publique du pays, sous l'impulsion du CDC (NHLR : Autorité de santé américaine). Ils souhaitent

inspirer la confiance. Car ces vaccins restent le moyen le plus opportun pour réduire les souffrances infligées par cette pandémie. En jouant le rôle de défenseurs inconditionnels des vaccins, nos institutions ont cependant plongé tout le monde dans une situation encore pire.

Les patients et les médecins qui viennent chercher conseil auprès du CDC avant de prendre leur décision ne reçoivent que des informations de piètre qualité, voire périmées. Les médias grand public sont pris au piège : ils diffusent des injonctions pour la santé publique en les validant, mais ne peuvent s'empêcher de succomber aux reportages catastrophistes sur les « échecs » des vaccins. Cela leur permet de mieux vendre leurs espaces publicitaires. L'écart évident entre « ce que dit le CDC » et « ce que nous voyons, entendons et lisons » ménage aux escrocs, experts autoproclamés et théoriciens de la conspiration un large espace pour prospérer - en particulier au sein du large groupe des vaccino-sceptiques américains (souvent terrifiés par la vaccination). Tout se serait sans doute mieux passé si nous nous étions contentés de dire la vérité à ce sujet, dans la limite de nos connaissances.

Voici la vérité sur les vaccins contre la COVID-19, la vérité telle que je la perçois d'après les données dont nous disposons actuellement. Pour quelqu'un comme moi, qui préférerais l'époque facile où je pouvais faire l'apologie d'un vaccin après parution des données initiales des essais, cette vérité est souvent déplaisante. Est-ce que je recommande à la grande majorité de mes patients de se faire vacciner contre la COVID-19 ? Oui. Mais maintenant, il me faut juste quelques minutes supplémentaires pour en discuter. Plus important encore, si je dis la vérité maintenant, mes patients seront plus enclins à me faire confiance plus tard. Voyons donc où nous en sommes vraiment.

Arrêtons de dire que les vaccins sont efficaces à 90 % et que les cas d'infection sur les personnes vaccinées sont « rares ».

L'efficacité réelle des vaccins Moderna et Pfizer (à ARN message – ou ARNm) semble s'écrouler tel un château de cartes. Elle était de plus de 94 % dans les deux mois suivant la vaccination contre la souche initiale du SARS-CoV-2. Les données de Pfizer en Israël ont grosso modo confirmé ce degré d'efficacité lors des premières études en situation réelle. Ensuite cependant... l'efficacité a commencé à faiblir, et le variant Delta est arrivé. Avant ce variant, nous constatons que les données finales d'efficacité du vaccin Pfizer d'après les essais de ce laboratoire chutaient de 97 %, à deux mois après obtention d'un schéma vaccinal complet, à 84 %, entre 5 et 6 mois après. La baisse d'efficacité des vaccins Moderna, plus fortement dosés, était moins flagrante. Le taux s'établissait à 92 %. Nous pouvons toutefois nous attendre à ce qu'il chute bientôt. Moderna annonce en effet que les anticorps neutralisants de son vaccin faiblissent au point repère des 6 mois. Malheureusement, les données réelles sont beaucoup plus accablantes.

Pour l'instant, nous disposons de deux études, largement citées, qui revendiquent une efficacité du vaccin Pfizer de 87 à 88 % contre les infections symptomatiques. Ces études proviennent, pour l'une, du Canada et, pour l'autre, du Royaume-Uni. Elles ont toutefois toutes deux été closes à la fin du mois de mai, dans des pays qui ont espacé leurs deux doses de 2 à 3 mois. Cela ne laissait donc qu'une courte fenêtre de temps après la vaccination complète.

Qu'en est-il des études de taux portant sur le nombre total d'infections (infections asymptomatiques comprises) ? C'est un peu comme comparer torchons et serviettes. Ces études ont été closes en juillet, dans des zones où l'intervalle entre les injections de Pfizer était de trois semaines. Voici les résultats : Qatar 56 %, Clinique Mayo/États-Unis 42 %, Israël 39 %. Il est intéressant de noter que les données du Qatar (85 %) et de la Clinique Mayo (76 %) pour le vaccin Moderna obtenaient de meilleurs résultats. Le temps nous dira mieux ce qu'il en est de l'effet à long terme du Moderna. Il est important de savoir que les données en situation réelle sont par nature embrouillées. Dans ce type d'études, les personnes vaccinées peuvent tout simplement être différentes des « patients témoins », non vaccinés. Néanmoins, lorsque différentes enquêtes font ressortir un même schéma dans plusieurs pays, c'est qu'il est probablement bien réel.

Ceci est en partie probablement dû à la modeste capacité du variant Delta à échapper à l'immunité. Aussi bien chez les personnes ayant déjà développé une primo-infection que chez les personnes vaccinées, les réponses des anticorps neutralisants contre ce variant sont plusieurs fois inférieures à la réponse contre la souche initiale du SARS-CoV-2. Cependant, je soupçonne la chute spectaculaire d'efficacité observée actuellement d'être le résultat de cette résistance, amplifiée par la baisse de l'immunité.

Ici, la vérité importe vraiment. Tout d'abord, sur le plan personnel, notamment si vous êtes passé de « muré chez vous en mars » à « fan de votre équipe préféré hurlant sur les tribunes en juin », après votre deuxième injection de Pfizer. Il est temps de réexaminer la situation. Consultez les récentes données REACT des Britanniques : les personnes vaccinées à la mi-juillet étaient trois fois moins susceptibles d'être positives à la COVID-19 que les non-vaccinés. Génial. Mais... ils étaient presque deux fois plus susceptibles d'être positifs que les non-vaccinés un mois plus tôt, à la mi-juin ! Si vous réduisez vos risques d'infection par trois grâce à la vaccination, mais que vous multipliez vos risques d'exposition par cinq, soit en raison d'une prévalence en hausse soit par un changement de comportement, vous avez toujours plus de risques d'attraper la COVID-19 que si vous aviez fait l'impasse sur le vaccin mais étiez resté tranquille pendant tout ce temps. Pour faire simple, une exposition régulière à haut risque au coronavirus (ou SARS-CoV-2) peut contrecarrer un très bon vaccin, qui reste un vaccin imparfait.

Étonnamment, le CDC persiste à clamer que les cas d'infection sous vaccination sont rares. Or, des gens normaux entendent dire que leur coiffeur, le mari de leur cousine et, apparemment, la moitié des New York Yankees' Starters ont attrapé la COVID-19 alors qu'ils étaient vaccinés. Ces gens peuvent alors supposer que le CDC ment.

Arrêtons de dire que les personnes vaccinées sont beaucoup moins susceptibles de propager le coronavirus.

Les non-vaccinés sont devenus des parias, que nous considérons comme des menaces pour la société. Si cela n'est sans doute pas le plus efficace des messages de santé publique, il avait toutefois peut-être un sens statistique, du moins tant que nous étions convaincus que les vaccins à ARNm réduisaient tout type d'infections (y compris les asymptomatiques) d'environ 90 %. Si l'on ajoute à cela les données limitées d'une étude britannique montrant que les contacts familiaux d'une personne vaccinée ayant contracté une infection avaient environ deux fois moins de risques de développer la COVID-19 que les contacts d'une personne infectée non vaccinée, il était raisonnable d'estimer que les personnes vaccinées avaient presque 20 fois moins de risques de transmettre le virus de la COVID-19 (appelé SARS-CoV-2) que les personnes non vaccinées. C'est cette hypothèse qui a conduit le CDC à indiquer que les personnes vaccinées pouvaient se passer de masque.

Malheureusement, les temps changent. Le CDC a fait une marche arrière étonnante sur le port du masque par les personnes vaccinées. Les données sont mitigées, mais plusieurs rapports récents suggèrent que la charge virale des personnes vaccinées ayant été infectées est similaire à celle des non-vaccinés. Une étude approfondie menée à Singapour a montré que la charge virale des personnes vaccinées diminuait plus rapidement, alors que la charge virale était identique du premier au cinquième jour, lorsqu'on pourrait logiquement penser que la contagion est la plus importante. En l'absence d'une étude de qualité sur la contagion au sein des ménages après l'arrivée du variant Delta, supposer que les personnes vaccinées propagent moins la COVID-19 une fois infectées n'a tout simplement rien de scientifique.

D'un point de vue sociétal, compte tenu de ces données, est-il bien raisonnable de faire une différenciation entre les vaccinés et les non-vaccinés ? J'ai eu ma deuxième injection de Pfizer il y a 7 mois. Une personne non vaccinée et non immunisée par une primo-infection ne court probablement que deux fois plus de risques d'être infectée que moi. Or, je peux me rendre dans un

bar à New York ou à Paris pour boire un verre, et dans un hôpital militaire ou à la Clinique Mayo pour travailler, alors que cette personne non vaccinée n'y est pas autorisée.

Les certificats et « passeports » de vaccination sont souvent présentés comme nécessaires pour limiter la contagion. Je ne pense cependant pas que les preuves soient à ce stade suffisantes pour nous permettre une telle affirmation concernant les vaccins COVID-19. Les épidémies conséquentes survenues dans des zones exceptionnellement bien vaccinées comme l'Israël, Malte et le Vermont démontrent clairement que pousser à la vaccination ne nous garantit pas de contrôler la COVID-19. Bien entendu, on justifie également l'obligation de se vacciner contre la COVID-19 par le besoin de limiter la souffrance et la pression sur la société en réduisant les maladies graves. Les questions juridiques et éthiques sont ici complexes et nous devons nous poser cette question : une augmentation, potentiellement modeste, des taux de vaccination vaut-elle tout le stress qu'entraîne l'obligation de se vacciner ?

Arrêtons de dire qu'il est rare que des personnes vaccinées développent une COVID-19 sévère ou décèdent.

Je frémis lorsque je lis que le Dr Anthony Fauci, la directrice du CDC Rochelle Walensky ou le ministre secrétaire d'État à la Santé Vivek Murthy nous rappelle que 97 % des nouvelles hospitalisations dues à la COVID-19 ou 99 % des décès dus à la COVID-19 touchent des personnes non vaccinées. Je sais que leur message part d'une bonne intention : « Les vaccins vous protégeront contre les formes graves de la maladie, alors allez vous faire vacciner ! » Mais il y a un problème dès lors que le message n'est pas tout à fait vrai.

C'est le constat fait au Royaume-Uni : les décès parmi les vaccinés y sont passés de « rares » aux deux tiers de l'ensemble des décès dus au variant Delta en juillet. Même constat en Israël : littéralement, aucune personne entièrement vaccinée n'y mourrait de la COVID-19 pendant des semaines entières en juin ; en août pourtant, plus de 60 % des personnes gravement malades étaient entièrement vaccinées.

Cela n'est pas une preuve de l'échec de la vaccination. Les commentateurs aiment toutefois se bercer volontairement de l'illusion des taux pour parler ainsi. En réalité, la population israélienne est tellement vaccinée, en particulier les personnes âgées, que les cas de formes graves de la maladie et de décès chez les vaccinés ne seront pas « rares » ni même « peu fréquents » si une vague de forte prévalence survient, comme celle que nous connaissons actuellement. Ils resteront cependant moins fréquents par habitant que chez les non-vaccinés – environ six fois moins fréquents au moment où j'écris ces lignes.

Aux États-Unis, les cas de personnes entièrement vaccinées tombant gravement malades de la COVID-19 ne devraient rien avoir de choquant. Aucun vaccin n'est parfait, et la moitié de notre population a un schéma vaccinal complet. Pourtant, de nombreux défenseurs de la vaccination ont contribué à auréoler les vaccins d'une perfection de bonimenteur en vantant les mérites de leurs essais : « Pas un seul décès ni une seule hospitalisation pour COVID-19 sur le compte du vaccin, sur plus de 75 000 participants ! » Même sans l'arrivée du variant Delta et la reconnaissance de la baisse de l'immunité, aucune personne raisonnable n'en déduirait un taux de décès ou d'hospitalisations nul si l'essai passait à 200 millions de participants.

Faudrait-il faire cette déduction ? En matière de prévention contre les infections graves ou la mort, c'est effectivement ce que promettent les vaccins. Et c'est la raison pour laquelle je les recommande à presque tous mes patients. Dans toutes les études que j'ai citées plus haut, et qui affichaient une efficacité inquiétante des vaccins contre l'infection, pratiquement toutes présentaient encore une efficacité d'au moins 90 % contre l'hospitalisation ; l'étude Mayo était l'exception, avec 75 %. Donc, d'après le meilleur de nos connaissances actuelles, si vous vous faites vacciner, vous aurez environ 10 fois moins de risques d'être hospitalisé pour la COVID-19 !

Toutefois, dans l'intérêt de la vérité, il se pourrait bien qu'il existe une exception importante à cette affirmation.

Arrêtons de dire qu'une primo-infection ne devrait pas influencer sur nos décisions de vaccination.

La décision délibérée du CDC d'ignorer la pertinence d'une première infection, comme si l'immunité naturelle n'existait tout simplement pas, a déjà fait couler beaucoup d'encre. La plupart des gens savent qu'une infection antérieure confère un certain degré de protection contre une infection future par la COVID-19. Car la plupart des études suggèrent que cette protection serait supérieure à 80 % par rapport à celle d'une personne non immunisée. Elle déclenche également une réponse immunitaire plus forte à la première vaccination, ce qui, en théorie du moins, pourrait conduire à une meilleure protection à long terme, mais aussi à un taux plus élevé d'effets indésirables. On nous incite souvent à « suivre la science », à lui faire confiance. Or, en l'espèce, il n'y a pas vraiment de « science » à suivre pour soutenir la vaccination après une infection.

Les données réelles sont mitigées : une récente étude menée dans le Kentucky a montré que les primo-infectés étaient deux fois mieux protégés après une vaccination complète ; tandis qu'une étude plus vaste menée par la Cleveland Clinic ne révèle aucune différence entre les taux de réinfection des personnels de santé vaccinés et ceux des primo-infectés non vaccinés.

Des données issues d'essais comparatifs randomisés nous éclairent heureusement sur la question. Contrairement au laboratoire Johnson&Johnson, Pfizer et Moderna ont tracé les résultats de leurs essais chez les patients primo-infectés par la COVID-19 avant d'intégrer le groupe placebo ou le groupe des vaccinés. L'efficacité du vaccin Moderna n'a pas pu être évaluée, car le groupe placebo ne comprenait qu'un seul cas d'infection, tandis que le vaccin Pfizer a montré une très modeste efficacité, à 19 %, dans le groupe des immunisés (contre 95 % sur l'ensemble).

Alors, que nous dit la science ? Elle nous dit ceci : faute de nouvelles preuves, il n'y a aucun avantage clair à vacciner les personnes confirmées comme ayant été primo-infectées. Le bon sens dirait qu'il y a de bonnes chances pour qu'au moins une dose de vaccin leur soit profitable (et éventuellement juste une), comme une sorte de « rappel », surtout lorsque 6 mois ou plus se sont déjà écoulés depuis leur primo-infection, surtout alors qu'un variant plus contagieux circule... mais ce n'est que du bon sens, il ne s'agit pas de données de qualité.

En tant que médecin, je pense que toutes les personnes primo-infectées, à l'exception de celles présentant le risque le plus faible, tireraient un avantage appréciable d'un seul « rappel » artificiel, notamment si elles ne possèdent pas d'anticorps, étant donné la corrélation assez forte entre une sérologie négative et le risque d'infection. Je n'insisterais toutefois pas si un patient primo-infecté choisissait de ne pas se faire vacciner. En tant que citoyen, je trouve déconcertant de savoir qu'une personne primo-infectée puisse être obligée par son employeur de se faire vacciner contre son gré, étant donné les faibles preuves disponibles.

Puisque nous pataugeons dans les eaux de la discorde, voyons un autre sujet, encore plus sensible : les enfants et les vaccins.

Arrêtons de dire que la vaccination pour les adolescents et les enfants tombe sous le sens.

Nous, les parents, nous sommes des âmes sensibles. Complétez l'équation vaccinale par la variable politique et des tonnes de propos alarmistes, et les conversations sur la vaccination obligatoire pour l'école ou le sport font rapidement monter le ton. Dans tout ce brouhaha, une fois de plus, il nous manque les preuves scientifiques indiquant que la vaccination universelle est bonne pour les enfants.

Pratiquement tous les Américains savent maintenant que plus on est jeune et plus l'éventualité de développer une COVID-19 diminue. En revanche, personne ne sait dans quelle mesure une vaccination au Pfizer administrée aujourd'hui à un adolescent réduira la transmission du

coronavirus cet hiver. Et les données sur les adultes dont nous avons déjà parlé sont préoccupantes. Il nous reste donc à déterminer si les risques de la COVID-19 pour le groupe le moins exposé de notre population l'emportent sur les risques du vaccin (et de futurs rappels).

De même qu'aucun vaccin n'est parfaitement efficace, aucun n'est parfaitement sûr. Le monde a vu les vaccins à adénovirus (AstraZeneca et Jansen/J&J) entraîner des thromboses graves, principalement chez les jeunes femmes. Les vaccins à ARNm, de leur côté, déclenchent des myocardites, principalement chez les jeunes hommes, dans une fourchette de 1/10 000 à 1/20 000 . Plus clairement : pas 1 %, pas 0,1 %, mais moins de 0,01 %. Ces réactions indésirables doivent cependant être reconnues ouvertement, car elles sont terrifiantes et déclenchent des titres de journaux et des messages sur les réseaux sociaux qui font froid dans le dos, des informations qui rendent très réelle la possibilité que cela touche votre propre enfant.

Aux parents inquiets, j'explique ces chiffres de la manière suivante : aux États-Unis, environ 35 enfants sur 100 000 (mineurs de moins de 18 ans) ont dû être hospitalisés à cause de la COVID-19 pendant la première année de la pandémie. Même si la moitié de ces hospitalisations concernait réellement une infection par le coronavirus SARS-CoV-2 et non une fausse alerte à cause de la COVID-19, cela représente tout de même environ un Américain de moins de 18 ans sur 5 ou 6 000. Eviterions-nous donc vraiment tant de myocardites, de thromboses et d'autres maladies déclenchées par la vaccination et suffisamment graves pour entraîner une hospitalisation ? Au point de dire que la vaccination entraînerait plus de risques que la maladie ? Cela semble tout à fait improbable. Même si cela n'a pas empêché certains de truquer les chiffres pour l'affirmer.

Je constate aussi que ces taux d'hospitalisation liés à la COVID-19 ne resteront probablement pas aussi bas, compte tenu de l'arrivée du variant Delta et de sa contagiosité nettement plus élevée. De plus, ces calculs négligent le problème réel de la forme longue de la maladie, appelée COVID long, qui semble, très approximativement, toucher entre 2 et 10 % des enfants infectés.

Il nous faut tenir compte de la très faible probabilité que les vaccins à ARN messenger soient les premiers vaccins de l'histoire à présenter un effet indésirable caché que nous n'aurions pas détecté au cours des huit premiers mois d'étude. Toutefois, nous devons également tenir compte de la possibilité que le virus lui-même ait, à l'avenir, des effets indésirables encore inconnus à ce jour, à l'instar des papillomavirus humains et du virus d'Epstein-Barr qui déclenchent ultérieurement certains cancers.

Somme toute, je pense réellement qu'une analyse honnête des risques et des bénéfices parle en faveur d'une vaccination au Pfizer pour les enfants, en particulier pour ceux présentant des facteurs de risque tels que l'obésité, l'asthme ou le diabète, soit la majorité des enfants hospitalisés. Je crois qu'il est néanmoins important de se rappeler que nous parlons ici d'un risque de maladie grave de l'ordre de 0,05 %, alors que le risque de réactions graves au vaccin est de l'ordre de 0,01 %. La marge des bénéfices par rapport aux risques est mince. J'aurais préféré que l'essai sur le groupe des 12-15 ans ait porté sur plus de 1 131 sujets vaccinés. Cela aurait pu nous aider à mieux évaluer ces risques.

Tout parent sensé (surtout si son enfant est un garçon en bonne santé, étant donné les taux beaucoup plus élevés de myocardite chez les garçons vaccinés avec des vaccins à ARNm) pourrait décider de ne pas vacciner son enfant avec le vaccin Pfizer. D'autant plus qu'il n'y a aucune certitude sur l'intervalle entre les rappels et la fréquence de ceux-ci. Le Royaume-Uni a choisi une approche raisonnable, je pense : vaccination facultative pour les plus de 15 ans, recommandée pour les 12-15 ans immunodéprimés uniquement ou ayant des membres de leur famille à haut risque et collecte de données probantes pour prendre les décisions à l'avenir. Mon État d'origine, Hawaï, semble plutôt avoir adopté une approche inverse en rendant la vaccination obligatoire pour tous les athlètes étudiants. C'est malheureusement le pire des scénarios : pousser la vaccination au maximum dans le

groupe de population le moins risqué (les athlètes), alors que la moitié de ce groupe présente le risque le plus élevé d'hospitalisation pour une myocardite après vaccination (les adolescents).

Je ne voudrais pas paraître mépriser l'éventuelle importance de la vaccination des enfants. Les cas pédiatriques augmentent et ils ne représentent encore que la moitié de leur pic antérieur, survenu en janvier. Or, les hospitalisations se rapprochent déjà de ce pic de janvier et nous entendons parler d'unités de soins intensifs pédiatriques qui se remplissent, en particulier celles qui sont sous tension en raison des taux élevés actuels de cas graves d'infections respiratoires par VRS. Parfois, cependant, « faire tout ce qui est possible » n'est pas la meilleure solution à long terme pour une crise à court terme. La récompense de la vaccination des adolescents est-elle si fantastique que cela ? Ses bienfaits ont-ils été prouvés de manière si concluante que cela nous autoriserait à couvrir de honte les parents qui choisiraient de ne pas faire vacciner leurs enfants ou de les déscolariser ?

Arrêtons de dire qu'une troisième injection va forcément aider.

Les rappels ont récemment été approuvés pour les personnes immunodéprimées. C'est le grand sujet du moment. On me pose beaucoup de questions sur ce point. En vérité, je n'ai pas beaucoup de réponses. Ces dernières semaines, Pfizer a enfin commencé un essai portant sur 10 000 personnes primovaccinées. Quand nous aurons les résultats, peut-être dans quelques mois, nous sortirons du monde théorique.

Pour l'instant, nous n'avons que des théories. Peut-être qu'une dose supplémentaire du vaccin initial renforcerait l'ensemble des anticorps, aiderait à combattre le fort dosage du variant Delta. Ou peut-être que non, car elle ne stimulerait que les mêmes anticorps imparfaits. Peut-être que les rappels spécifiques au variant Delta, que Pfizer et Moderna sont en train de mettre au point, seront prêts avant l'arrivée du prochain variant, ou peut-être que non. Peut-être que nous découvrirons de nouveaux effets indésirables en raison de rappels répétés. Peut-être que la protection supplémentaire durera 4 mois, ou peut-être des années. Pour l'instant, nous manquons de clarté sur beaucoup de points.

Compte tenu de la faiblesse, en moyenne, de leur réponse à leur primo-vaccination, les personnes immunodéprimées sont probablement celles qui tireront le plus de bienfaits d'un rappel. Elles sont aussi les candidates les plus évidentes pour ce rappel. Encore une fois, ces chiffres ne reposent toutefois que sur des études en laboratoire portant sur l'amélioration de la réponse immunitaire, et non sur les données d'essais cliniques menés dans la vie réelle. Pour le reste d'entre nous, je soupçonne que le bénéfice sera modeste, et/ou probablement éphémère. (N'oubliez pas que l'efficacité de notre vaccin annuel contre la grippe diminue également d'environ 10 % chaque mois.) Tant que nous ne disposons pas de preuves indiquant clairement que la protection contre les formes graves de la maladie diminue vraiment, j'aurai des réticences à recommander un rappel, sauf pour mes patients les plus à risque.

Arrêtons de dire que les vaccins sont le seul moyen de réduire la charge de la COVID-19.

Il est également temps de parler vrai à propos de l'obésité dans ce pays, les États-Unis. Un pays, dont la population est à 36 % obèse. C'est le taux d'obésité le plus élevé parmi les « grandes » nations. Pour simple comparaison, les pays d'Europe ont des taux compris généralement entre 20 et 25 %. Et, le Japon, la Corée du Sud et la Chine sont tous en dessous de 7 %. Quand, dans cette « ère de la pandémie », cela va-t-il enfin être considéré comme un risque pour la sécurité nationale ? Les études sur le rapport entre le surpoids/l'obésité et les admissions de cas de COVID-19 en hôpital et en soins intensifs suggèrent que le risque est multiplié par 2 à 5 chez les personnes obèses. Cela fait des personnes ayant un IMC normal des « vaccins » efficaces à 65-85 % contre les infections graves, des vaccins qui évitent que ces gens ne finissent à l'hôpital pour toutes sortes de maladies, dont la grippe et probablement la prochaine pandémie virale. Les façons diverses et variées de faire mincir les Américains ne manquent pas, de la notion des « zones bleues » à la taxation des sodas,

que nous pourrions d'ailleurs étendre à tous les produits agroalimentaires, sucrés, caloriques ainsi qu'aux fast-foods.

Cette pandémie a été un véritable désastre. La prochaine pourrait être pire. Renforcer la capacité des États-Unis à lutter contre les virus serait un investissement judicieux.

Et, enfin, arrêtons de dire que les vaccins à eux seuls mettront un terme à la COVID-19.

Les prédictions ont été largement inutiles dans le cas de cette pandémie. Cependant, certains principes de base devraient se vérifier. Nous ne pouvons pas revenir à la souche Alpha ou à la souche originale du SRAS-CoV-2 ; nous sommes coincés avec la souche Delta, probablement jusqu'à ce qu'un nouveau variant encore plus contagieux mute et la supplante. Ce prochain variant ne sera pas soumis à beaucoup de pression dans son évolution pour devenir plus ou moins grave ; mais la simple idée d'un variant capable de se propager encore plus rapidement que le variant Delta est en soi déjà assez démoralisante.

À mesure que de plus en plus de gens renforcent leur immunité suite à une infection ou par la vaccination, le coronavirus SARS-Cov-2 sera de plus en plus contraint de trouver une échappatoire aux défenses immunitaires pour trouver de nouveaux hôtes. Il n'est donc pas difficile d'imaginer un éternel jeu du chat et de la souris dans lequel nous serons couramment confrontés à des réinfections. Il faudra alors soit en passer par un cycle de rappels sans arrêt renouvelés pour tenter d'éviter la maladie, soit accepter que les 3e, 4e ou 5e infections à coronavirus seront pour la plupart suffisamment bénignes pour être traitées.

La vérité n'est pas pour nous plaire : ni l'immunité naturelle ni les vaccins ne sont à même de nous protéger suffisamment bien et longtemps pour que cette maladie passe du stade de la pandémie à celui de l'endémie, et qu'elle redonne à la vie l'aspect auquel la plupart d'entre nous aspirent : une vie dans laquelle nous pourrions faire la fête comme en 2019, sans plus nous préoccuper de la capacité des hôpitaux. Dans un futur proche, cela tiendrait malheureusement plutôt du fantasme. Il en va de même pour l'idée selon laquelle il suffirait de convaincre quelques anti-vaccins récalcitrants supplémentaires de se faire vacciner pour que l'on en finisse avec la COVID et que la Nouvelle-Zélande puisse rouvrir ses frontières.

Non, le chemin pour s'en sortir sera plus tortueux que cela. Le « jeu de la COVID à long terme » comportera des incertitudes, des surprises et de nombreux choix difficiles, sur le plan tant individuel que sociétal. J'espère que nous saurons rester honnêtes avec nous-mêmes lorsque nous prendrons ces décisions.

Sources

- [1] https://www.bfmtv.com/sante/covid-19-pour-alain-fischer-l-immunite-collective-est-devenue-un-challenge-tres-ambitieux_AN-202108150064.html
- [2] https://www.bfmtv.com/sante/professeur-eric-caumes-on-a-des-vaccins-qui-sont-probablement-plus-efficaces-que-l-immunite-naturelle_VN-202105280105.html
- [3] <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1>
- [4] https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/04/14/oliver-veran-a-t-il-dit-que-c-est-le-confinement-qui-provoque-la-circulation-du-virus_6036540_4355770.html
- [5] <https://www.leparisien.fr/politique/confinement-exterieur-la-strategie-de-l-executif-face-au-covid-sous-le-feu-des-critiques-24-03-2021-8429744.php>
- [6] <https://www.sante-corps-esprit.com/dites-moi-le-pass-sanitaire-a-t-il-un-sens/>
- [7] <https://www.jns.org/caught-on-hot-mic-israeli-health-minister-says-green-pass-not-based-on-epidemiology>
- [8] <https://twitter.com/BAN05063867/status/1437895283191525376>
- [9] <https://www.investisseur-sans-costume.com/letude-bidon-a-lorigine-du-pass-sanitaire/>