

# Résumé livre Pierre Chaillot Covid 19 ce que révèlent les chiffres officiels - Ed L'artilleur

Geneviève Lebouteux

## Prologue : itinéraire d'un questionnement

Début 2020 perplexité car situation pas inquiétante : chaque année entre 10 000 et 20 000 personnes âgées décèdent de la grippe au cours des 2 mois d'hiver

Colère avec l'étude frauduleuse sur l'hydroxychloroquine publiée le 22 mai 20 par The Lancet

Voir les données et graphiques <https://covid.irsan.eu>

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

Nb de décès Covid annoncé chaque soir par le directeur général de la Santé Jérôme Salomon ridicules par rapport au nombre de décès quotidiens habituels en France. Juste là pour entretenir la peur.

Seuls les plus de 65 ans ont connu une hausse de mortalité, résultat de l'augmentation du nb de personnes âgées avant tout : le nb de décès augmente chaque année en France car la population vieillit, ça va continuer encore pendant au moins 20 ans.

Standardisation des décès par tranche d'âge : année 2020 comparable à 2015, 2020 = 7<sup>e</sup> année la moins mortelle en France depuis 1962 (probablement depuis toujours) ; 2021 au niveau de 2018 = 3<sup>e</sup> année la moins mortelle Europe idem, RAS

Espérance de vie en 2020 = la moyenne standardisée de l'âge des gens décédés en 2020 = image du présent

[https://docs.google.com/spreadsheets/d/19\\_jXwfCqNfyxpBlwVvZt3tJXQDnWzeoKu\\_kumWf44Os/edit#gid=1409172511](https://docs.google.com/spreadsheets/d/19_jXwfCqNfyxpBlwVvZt3tJXQDnWzeoKu_kumWf44Os/edit#gid=1409172511)

Pour tous les âges jusqu'à 64 ans : légèrement moins de morts en 2020 qu'en 2019 ; à partir de 65 ans plus de morts en 2020 qu'en 2019 (de 80 à 100 ans : moins de 2 points de différence)

Années moisson : année de hausse de mortalité des personnes âgées. A lieu tous les 3 ou 4 ans, la dernière = 2015

Exemples de taux de mortalité

	80 ans	85 ans	90 ans	95 ans	100 ans
2019	3,3%	6,4%	12,9%	25,7%	53,4%
2020	3,4%	6,6%	14,8%	28,7%	69,8%

La pauvreté fait mourir en permanence 26 fois plus que la « covid » : 13 ans d'écart d'espérance de vie entre riches et pauvres contre 0,6 an entre 2019 et 2020

Erreurs de l'étude de l'Insee de mai 22 sur impact épidémie sur la mortalité :

- Période de 22 mois au lieu de 24, non coupée aux creux de l'été (mars 20 à déc 21)
- Prolongation de la tendance baissière 2010-2019 des taux de mortalité : on suppose que 2020 aurait dû être l'année de la plus faible mortalité de l'histoire de France... Les « morts en moins » des années précédentes vont bien se retrouver plus tard... (oubli de l'effet moisson)

Il existe d'autres façons de prévoir le nb de décès de 2020 : selon les façons, 2020 est une année de sous mortalité (- 12 000) ou surmortalité (+37 000, 6 %) et non pas 95 000 (16 %) comme annoncé par l'Insee.

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

En 20 ans (1998-2018), le nb de lits d'hôpitaux a diminué de 20 % tandis que la population des plus de 65 ans a augmenté de 40 %. La diminution s'est poursuivie depuis.

Rapport ATIH d'oct 21 : les hospitalisations pour covid = 2 % des hospitalisations en 2020 (au plus fort : 7,5 %) ; en journées d'hospitalisation, covid = 3,6 % sur 2020

Au passage : stat Atih = seulement les « pour covid » (contrairement aux statistiques du ministère = en plus ceux pour autre cause mais enregistrés covid = 20 % de plus)

Patients « pour covid » selon l'ATIH = 12 % des décès à l'hôpital en 2020 (normal : personnes âgées) ; durée moyenne = 13 jours contre 8 pour la grippe 2019

2<sup>e</sup> rapport ATIH : activité hospitalière avril 2020 = moitié d'un mois d'avril normal ; activité MCO sur l'année : -10 % de 2019 (-8 millions de journées)- Fortes baisses de mars à mai 2020

Activité covid faible ds toutes les régions

Soins critiques = soins continus + soins intensifs + réanimation ; covid = 5 % des patients et 8 % des journées en soins critiques en 2020.

Soins réanimation : + 10% en 2020 qu'en 2019 (s'explique par le changement de catégorisations des lits de soins continus en lits de soins de réanimation)

### **3 –A-t-on réellement eu un déferlement de malades ?**

Selon réseau Sentinelles et SOS médecin, il n'y a jamais eu plus de 150 cas/100 000 par semaine en 2020. En

comparaison grippe de 2014-2015 a atteint plus de 800 cas/100 000 habitants

Forte hausse de mortalité au printemps 2020 : le covid ou bien l'abandon de soin ?

Arnaque du comptage des « cas » (tests positifs)

Été 2021 : introduction du passe sanitaire → bond des tests (13 août : 1 million de tests dans la journée) → épidémie de « cas » en été, « 4<sup>e</sup> vague » (artificielle)

Rentrée toussaint 21 : tests enfants pour l'école

En 2021 : 4 % tests sont des positifs avec symptômes

4 % des positifs sans symptômes

9 % des négatifs avec symptômes

83 % des négatifs sans symptômes

Rôle de la marge d'erreur pour des tests qu'on dit fiables à 95 % ? => 4% de positifs n'est pas différent de 0%. Il est statistiquement possible que la séquence ARN recherchée n'existe pas dans la population.

En 22, nouveaux protocoles de tests, le % de cas positifs double : 8 % (intro Omicron et abandon confirmation PCR)

### **4 –La bureaucratie sanitaire au centre de la fraude**

Lié à la mise en place de la tarification à l'acte (T2A) : les actes et les pathologies ramènent plus ou moins d'argent à l'hôpital ; jusqu'en 2007 c'était la dotation globale de fonctionnement (DGF) comme pour les collectivités locales

L'OMS et la HAS pilotent la définition des codifications → les décisions médicales et leurs codifications sont liées à ce que cela va rapporter à l'hôpital. Sur-comptage de ce qui est rentable. Corruption. Cf article sociologue Pierre-André Juven <https://www.cairn.info/revue-anthropologie-des-connaissances-2013-4-page-815.htm>

Hôpital : la covid remplace la grippe (et les autres IRA infections respiratoires aiguës) ; code d'urgence OMS + code supplémentaire pour les patients arrivant à partir d'oct 2020 et guéris de la covid → stats covid

Généralistes : 55 euros la consult covid, 25 la consult grippe (ou autre) !

En permanence, 3,6 millions de personnes en France ont des affections respiratoires

Auparavant codage grippe ++ a permis de lancer les vaccins grippe annuels ; depuis 2020 codage Covid pour lancer les vaccins contre la Covid.

### **5 -Y a-t-il eu une propagation épidémique ?**

De la Suède au Portugal, les hausses de mortalité hivernale sont simultanées tous les hivers (comme pour les canicules). Avec une proba < 1 % qu'un patient zéro voyage dans un pays pour contaminer, le décalage prendrait au moins 3 semaines...

Dans les départements : hausses mortalité simultanées aussi

=> La contamination comme explication des maladies hivernales ne tient pas la route. Grande faiblesse des modèles de propagation épidémique (SIRD) : se basent sur l'hypothèse d'une propagation exponentielle non démontrée ; dans passé jamais observé une augmentation exponentielle d'une épidémie ; accroissements de décès les plus importants (pouvant suggérer une exponentielle) = dans les canicules (pas de propagation épidémique).

Prévisions Ferguson : 500 000 morts covid en France ; 150 000 morts vache folle GB (177 seulement) ; etc.

Hausses mortalité parfaitement corrélées aux diminutions de température : surtout pour les plus âgés mais visible à partir de 50 ans.

Pas de preuve que les virus soient la cause des hausses de mortalité. Expérience de Roseneau sur la grippe espagnole (1918) : contamination impossible

Expérience Danemark printemps 2020 : le port du masque ne fait aucune différence entre 2 groupes.

Définition du virus a évolué... pas simple à repérer.

Etudes faussées pour justifier les mesures liberticides contre la propagation du virus... conclusion : personne ne comprend ce qu'est un modèle mathématique...

### **6 –Les mesures sont responsables de la hausse de la mortalité**

Mortalité anormale en mars-avril 2020 (sur les plus âgés exclusivement)

Différences très importantes entre pays voisins ex Allemagne (rien) et Belgique (forte surmortalité) ; Portugal (rien) et Espagne (forte m.) Sur les 33 pays Eurostat : seulement 9 pays ont une mortalité significativement supérieure à la normale en mars-avril : Belgique, suisse, Chypre, Espagne, France, Italie, Luxembourg, Pays bas et Suède. Mesures diverses au sein des 2 groupes de pays (confinement ou non, mesures...) ; parmi les 9 à forte mortalité, 7 ont confiné. Pour Chypre, la hausse de décès enregistrés est après le confinement => morts à domicile pendant le confinement découvert tardivement. Pour la Suède, une commission parlementaire montre l'abandon des personnes âgées dans les Ehpahd avec de nombreux morts => Dans 9 cas sur 9, c'est l'abandon qui tue.

Mesures toutes prises avant la hausse de la mortalité (anticipation puis hausse réelle ou non)

Selon les régions en France : pic de mortalité (Ile de France) ou non (Nouvelle Aquitaine)

AVC et infarctus non soignés : en France 2400 personnes de moins sur chacune de ces pathologies pendant les 2 mois → 4800 non soignées à rapprocher des 5200 décès supplémentaires sur mars-avril

Chute de 40 et 47 % des ventes d'antibiotiques en avril et mai par rapport à 2017-2019

Hausse des ventes de Doliprane ; surconsommation → lésions du foie (arrivée d'un nouveau « virus hépatique » 2022)

A partir du comptage des décès covid (18 mars 20) : plus on compte des décès covid, moins on en compte d'autres pathologies... du 18/03 au 30/04 : excès de 7000 décès à l'hôpital / habitude (et 14 000 décès étiquetés covid) Défaut de prise en charge : 50 % des malades covid sont placés en réa le 1<sup>er</sup> jour (arrivent trop tard) ; 17 % décèdent le 1<sup>er</sup> jour

Totale désorganisation du parcours du soin = cause de hausse de la mortalité

23 mars 20 : « décret Rivotril ». les ventes ont augmenté de 60 % en mars 20, de plus de 200 % en avril, restent depuis à un niveau > normale

Explosion aussi des ventes de valium injectable

Autour du 31 mars la quasi-totalité des décès en ehpad sont étiquetés covid alors que moins de la moitié des départements connaissent une surmortalité

Estimation de 5100 décès « accélérés » en ehpad = totalité de la surmortalité en Ehpad.

## **7 –Le mythe de l'efficacité vaccinale**

Validation des produits sur la base des études... des laboratoires eux-mêmes ! Pfizer multi récidiviste en condamnations pour fraudes scientifiques (2009 amende record de 2,3 milliards de \$ dont 1 milliard pour indemnisation des victimes)

Dans ces études on remarque en outre :

- Majorité des cohortes étudiées = moins de 65 ans (alors que public privilégié : personnes âgées)
- Pas de double-aveugle (produits discernables) ; échantillon témoin vacciné ensuite !
- Nombre de « cas positifs » trop faible (dans la marge d'erreur)
- Au moins un labo a triché pour les tests pfizer
- Aucun gain vis à vis de la mortalité
- Propagation non testée

Etude partisane en Israël pour montrer la prétendue efficacité ; idem Epi-phare. Dépendent de la manière dont sont enregistrés les hospitalisations et décès étiquetés covid. Le plus efficace et simple serait de regarder la mortalité ttes causes selon le statut vaccinal. Méthodo complexe pour masquer les incohérences cf doublons vacciné-non vacciné avec pertes au fur et à mesure de la vaccination des non vaccinés !

Etude faussée de la Drees : manque la moitié des décès, populations non comparables (obligation ou non de tests), validité des tests

Rapport Cour des comptes sept 21 sur les stat pour informer le public : relève des manques, confusion... opacité.

Maladie de modélite

Mensonge de la saturation hospitalière par les non vax : environ moitié-moitié hiver 21 (*GL : et qui est appelé « non vax » à cette date ??*)

Fin du passe sanitaire révèle la supercherie de l'efficacité vax : les vax deviennent plus nombreux que les non vax à se faire tester, tests positifs, malades, chez les vax

Dans la population des 20 ans et plus : plutôt 14 % de non vax (et non pas 6 % calculés sur des sources non homogènes et avec des répartitions par âge bizarres)

## **8 –De nombreux signes d’une mortalité post-vaccinale**

Pic de mortalité en oct 20 en pleine période de vax grippe dans les pays où elle est massive (France, Italie), pas dans les autres (Finlande). Pics dans les départements riches (Seine et Marne) où les gens se font plus vacciner, pas dans les autres (Seine St Denis).

Pharmacovigilance alarmante partout. Seuls 1 % (études) à 10 % (labos) des effets indésirables sont remontés.

En Europe, jusque juin 22, plus de 300 000 effets indésirables dont 28 000 décès. Aux USA 16 000 décès (plus que en 30 ans sur l’ensemble des autres vax). En 1,5 an : 40 000 décès remontés officiellement sur Europe + USA. Avant un vaccin était stoppé après qqs dizaines de décès.

Hausse de mortalité chez les jeunes d’abord en Israël. Hausse du nb appels aux urgences début 21.

Depuis été 21, surmortalité des jeunes concomitante aux campagnes de vax partout en Europe. Etude Pr Patrick Meyer, université de Liège janv 22.

Etude de la mortalité toutes causes GB et Suède : quand on prend en compte le décalage d’enregistrement du statut vax, mortalité des vax est bien supérieure à celle des non vax (suède : il faut attendre 15 jours après l’injection pour passer au statut vax correct).

Refus de la France de communiquer les stats de décès ttes causes selon le statut vax !! depuis 1 an

Etude Epi-phare : regarde seulement sur 3 semaines ensuite les vax passent ds le groupe témoin : un pb cardiovasculaire se produisant après 3 semaines est compté ds le groupe non vax !!

## **9 –La prise de pouvoir de la finance et du grand capital sur la science et la médecine**

Retour sur le scandale H1N1 : cf rapport du Sénat. On pourrait écrire le même en changeant juste la maladie...

Préparation des esprits, investissements de big pharma, changt définition OMS (on peut déclencher la panique sans morts), financement de l’OMS et conflits d’intérêt, modèles math avec hypothèses alarmistes non fondées, stratégie vax figée par les contrats avec labos, aucune recherche d’efficacité, coûts argent publics énormes pour intérêts privés...

Tout cela fonctionnait en 2009, cela carbure plein pot depuis 2020.

Nouvel acteur : cabinets de conseil. Mac Kinsey conseille de nbx gouvernements ; nbx liens avec politiciens

Election de 2017 : putsch de la finance et des cabinets

Projet en cours du tout numérique : big pharma & big data & classe politique & institutions

Leurs actions protégées des critiques et démolition des « adversaires » par les médias principaux + « fact checkers ».

Attaques ad nominem.

Corruption systémique : au sein des institutions, médias, enseignement...

Coût crise : 10,5 milliards euros (sécu) + 13 milliards (tests et vax) + 15 milliards aides entreprises... 100 milliards plan relance...

Great reset : renforcement de l’Etat pour collaborer avec multinationales