

Covid Israël : cobayes ou hamsters ?

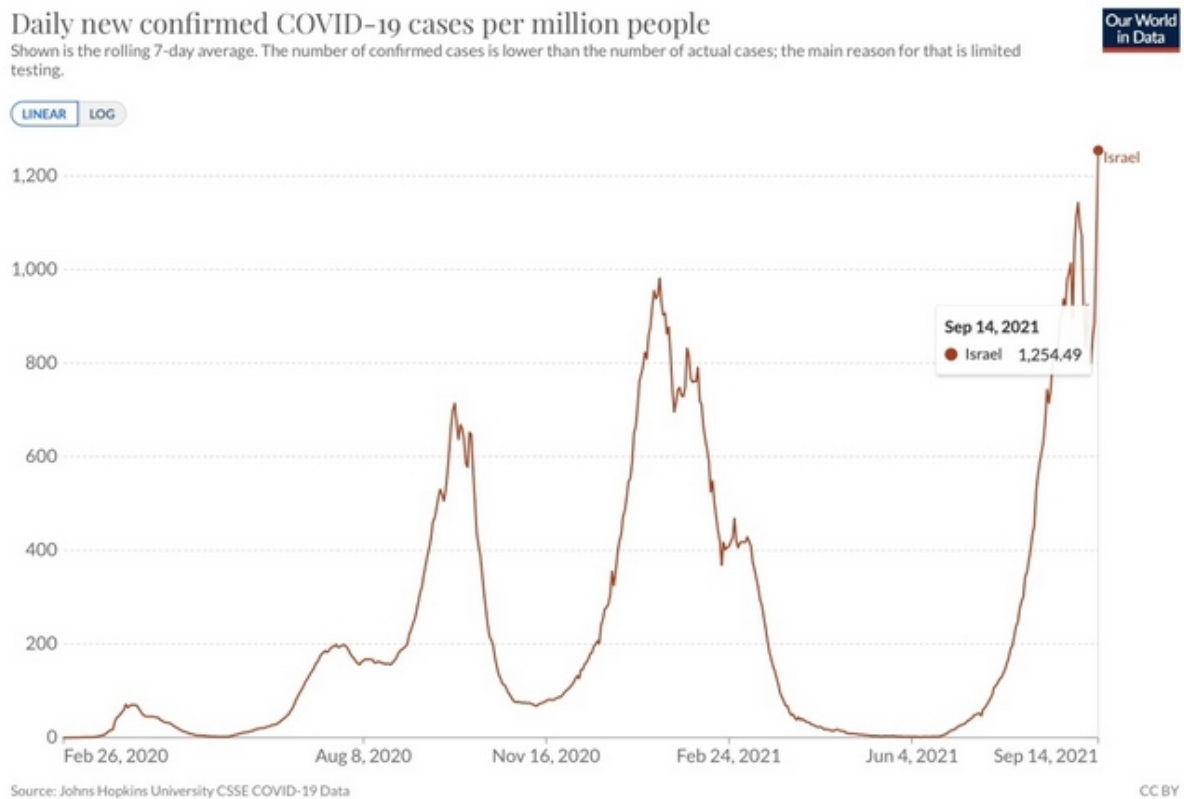
Posted on [16 septembre 2021](#) by [ZOLA](#)

Lorsque je discutais avec Jean Pierre Changeux de ses travaux avec l'Institut Pasteur, quand j'ai parlé des cobayes, il m'a immédiatement repris : "hamsters !" Ce dernier est l'animal le plus proche de l'homme pour étudier la covid, et si pour nous c'est presque pareil, pour la covid, les deux n'ont rien à voir.

Le 30 août sur *C à vous*, Véran parlait d'Israël, « pays pionnier en matière de vaccination » et à suivre. Ils servent donc de cobayes, pardon de hamsters pour le reste du monde. Il serait peut-être temps de joindre les actes à la parole et tirer les leçons de leur expérience, en espérant pour eux que cela ne se terminera pas comme leurs cousins lemmings filmés par Disney dans [White Wilderness](#) en 1958, poussés dans le précipice par les responsables (du film).

Alors où en est-on en Israël, cité comme modèle à suivre au début des vaccinations ? Peut-on avec ce modèle tirer des conclusions pour avoir ce qu'il faut faire et ne pas faire, ou faut-il continuer à ignorer l'observationnel au profit des statisticiens et modélisateurs ?

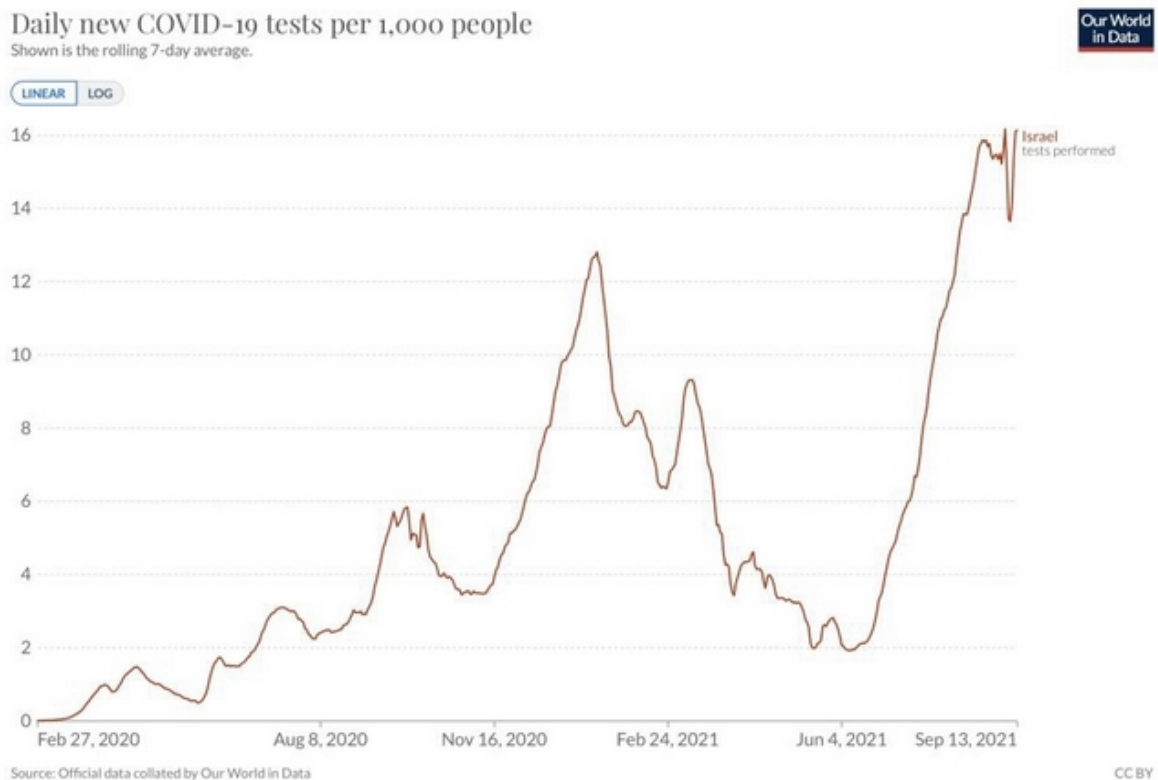
Voici la courbe des cas de covid en Israël, depuis le début de l'épidémie. Force est de constater, que vaccination ou pas vaccination, il n'y a aucun effet, sinon pire, plus il y a de vaccinés, plus les vagues sont fortes :



Echec total en Israël de la vaccination pour obtenir cette fameuse immunité collective et endiguer l'épidémie, alors [que les indiens l'ont obtenu à 67,6%](#) avec la maladie et les traitements précoces ?

Quels sont les biais possibles dans la lecture de cette courbe ?

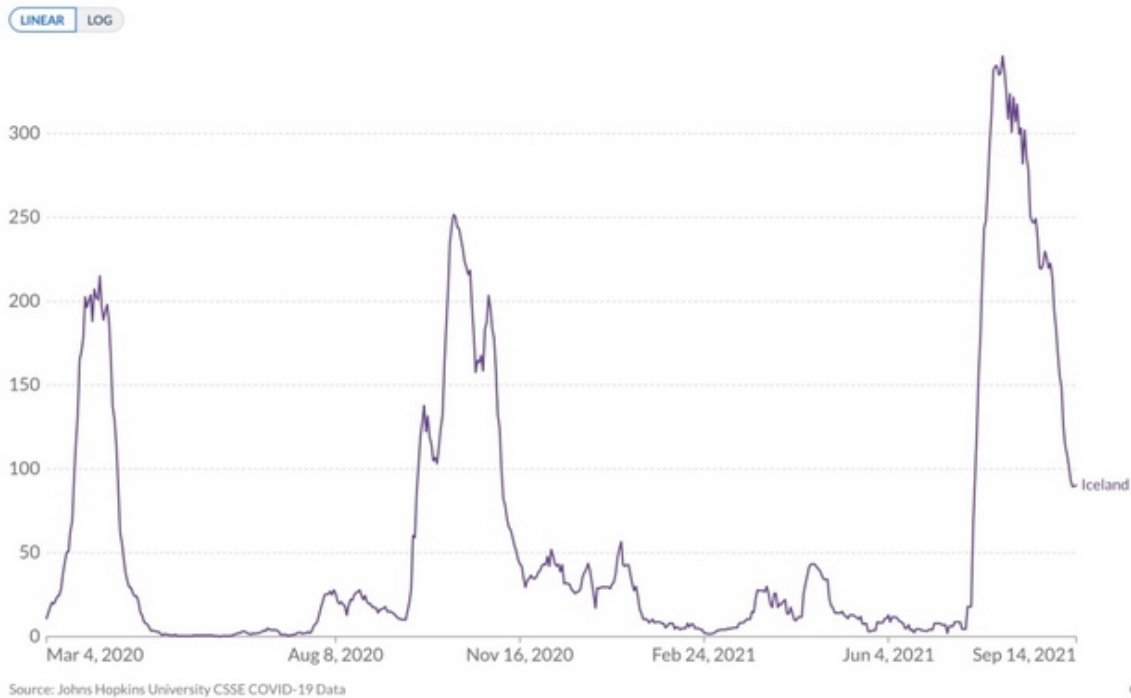
Nous avons expliqué [ici](#) que la courbe des cas n'était peut-être pas le meilleur indice pour comparer, car cela dépend des tests : plus vous testez, plus vous avez de cas. Voici donc la courbe des tests. Elle est plus ou moins superposable, certains diront donc que ce n'est pas pire, mais que les 3 dernières vagues sont plus ou moins identiques compte tenu des tests plus nombreux.



Si ces 3 dernières vagues sont donc plus ou moins identiques, signalons que la première était sans vaccins ni traitements, la seconde moitié vaccins, la dernière très vaccinés. Cela confirme toujours le peu d'efficacité des vaccins, même dans un pays qui fait le forcing. Il en est de même en Islande, plus vaccinée qu'Israël : résultats de la vaccination non évidents.

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

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.



Ces constatations ne sont pas l'apanage d'Israël ou de l'Islande. [Trois articles](#) (du CDC, de l'Université d'Oxford et du Ministère de la santé de Grande Bretagne) le constatent également. Pourquoi cela ne marche pas ? La première raison est que l'on vaccine pour le variant delta, avec un vaccin fait pour la souche Wuhan. La seconde raison est une immunité qui s'épuise rapidement dans le temps, comme pour la grippe saisonnière.

Si nous n'avions qu'une seule souche, non mutante, et une immunité durable, comme pour les autres affections bénéficiant de vaccins, le résultat serait totalement différent. Les laboratoires et les autorités le savaient dès le départ, car c'est propre au coronavirus. Alors faut-il continuer à vacciner face à cet échec ? Une dose de plus peut-elle corriger l'échec des deux doses après 5-6 mois ? Pourtant l'OMS freine comme elle peut (comme un pompier pyromane) cette troisième dose, en raison du risque inconnu du phénomène ADE (anticorps facilitants), non certain, mais [pouvant être gravissime](#), comme cela l'a été pour le vaccin contre la [dengue](#), ou dans la péritonite infectieuse des félins, due à un autre coronavirus.

Au début on nous a dit qu'on allait être protégés à 96%. On n'en parle plus. Ensuite on nous a dit qu'il fallait vacciner tout le monde, enfants compris bien que non concernés par la maladie, afin d'obtenir l'immunité collective. On n'en parle plus. On avoue maintenant que vacciné, on attrape et on contamine tout autant ! On nous dit ensuite que le vaccin, c'est uniquement pour éviter les formes graves, tout en nous disant qu'il faut aussi vacciner les enfants qui ne présentent pas de formes graves. Parmi les adultes, les seuls susceptibles de présenter des formes graves ont plus de 60 ans et des comorbidités, alors pourquoi obliger les autres à se faire vacciner sans espérer de résultat ? Est-ce qu'on nous cacherait encore quelque chose ?

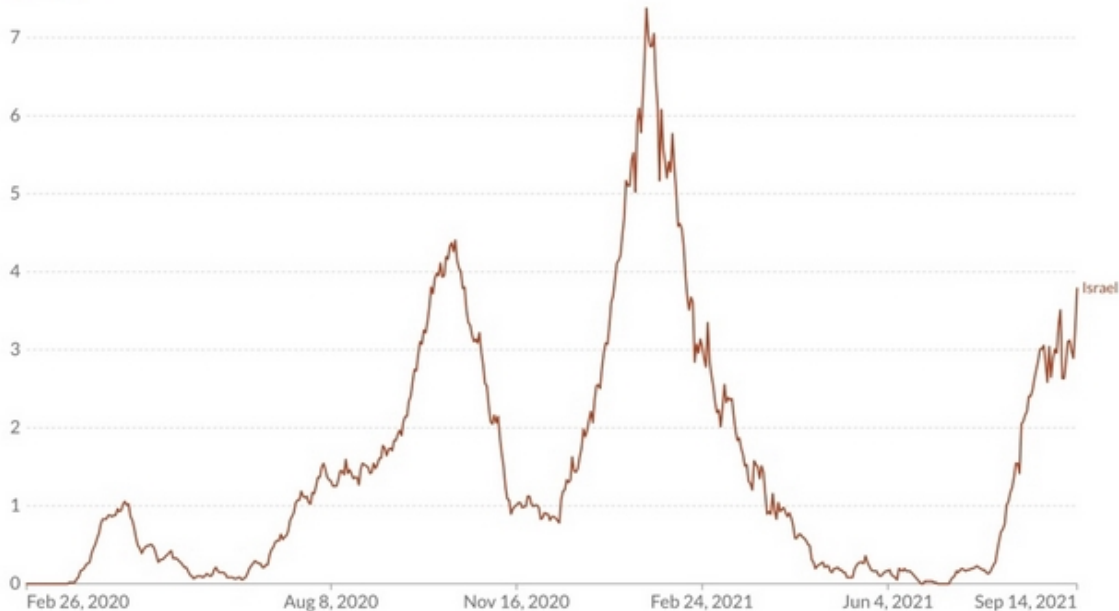
Est-ce que cela protège vraiment des formes graves, et à quel niveau ? Le meilleur moyen de le savoir objectivement est de suivre la mortalité, qui elle ne dépend pas du nombre de tests. Voici donc la courbe des décès pour Israël :

Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

Shown is the rolling 7-day average. Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true number of deaths from COVID-19.



LINEAR LOG



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Comparons les deux courbes de septembre, la première en 2020 sans aucun vaccin, et la seconde, en 2021, beaucoup vaccinée. Celle du début d'année 2021 est perturbée par le démarrage de la campagne de vaccination, qui semble partout dans le monde aggraver les choses au début (on ne vaccine pas en période épidémique, les médecins le savent). Il y a la grippe saisonnière également qui a pu potentialiser. On constate alors une baisse des décès de 15% entre les deux courbes de septembre. Ceci à l'heure actuelle, cela peut changer (en plus, pas en moins).

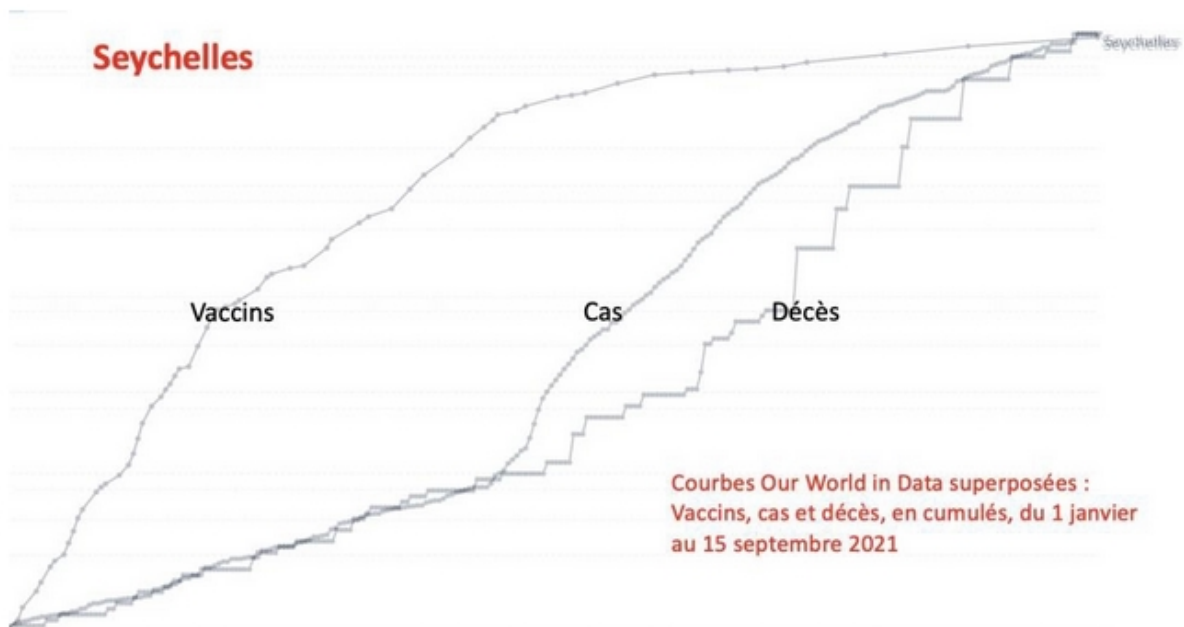
Des biais sont-ils possibles ? Le premier est le variant. Si le delta est 15% moins nocif que l'alpha ou le beta, il n'y a pas d'amélioration de la mortalité. S'il est plus nocif, l'amélioration de la mortalité grâce à la vaccination est plus importante que ces 15%. Qu'en est-il ? Difficile de le savoir, car cette différence de 15% est relativement faible, d'autres facteurs pouvant intervenir. Les anglais ont comparé les mortalités des différents variants dans un [rapport de fin août](#). Chez les plus de 50 ans (trop peu de décès en dessous pour être significatif), cela donne 4,8% pour l'alpha, 4,3% pour le bêta, et 2,2% pour le delta, soit moitié pour ce dernier 50% moins mortel que ses prédécesseurs.

Là où cela se complique pour être objectif, c'est que ces chiffres sont globaux, et il faudrait séparer vaccinés et non vaccinés. Il serait toutefois faux de faire porter l'essentiel des décès par les non vaccinés, de moins en moins nombreux. Il n'y a pas de raison pour que cette catégorie de population meurt plus qu'avant !

Et là, tout le monde y trouvera son compte, certains verront le verre à moitié vide, d'autres à moitié plein. Les [derniers chiffres](#) israéliens montrent que 390 vaccinés 2 et 3 doses sont décédés entre le 10 août et le 8 septembre, soit 58% des décès, alors que ces vaccinés représentent 62% de la population. Différence peu significative. Par contre si on regarde de plus près, avantage au vaccin. 277 décès sur 3,45 M de non-vaccinés, contre 390 décès sur 5,65 M de vaccinés. Ce qui fait 8 pour 100 000 contre 7 pour 100 000, on retrouve les 15% de notre courbe. Par contre, si on ne regarde que les plus de 60 ans, où se trouve la majorité des décès et la minorité des non-vaccinés. Avantage vaccin, pour cette seule catégorie de population de plus de 60 ans.

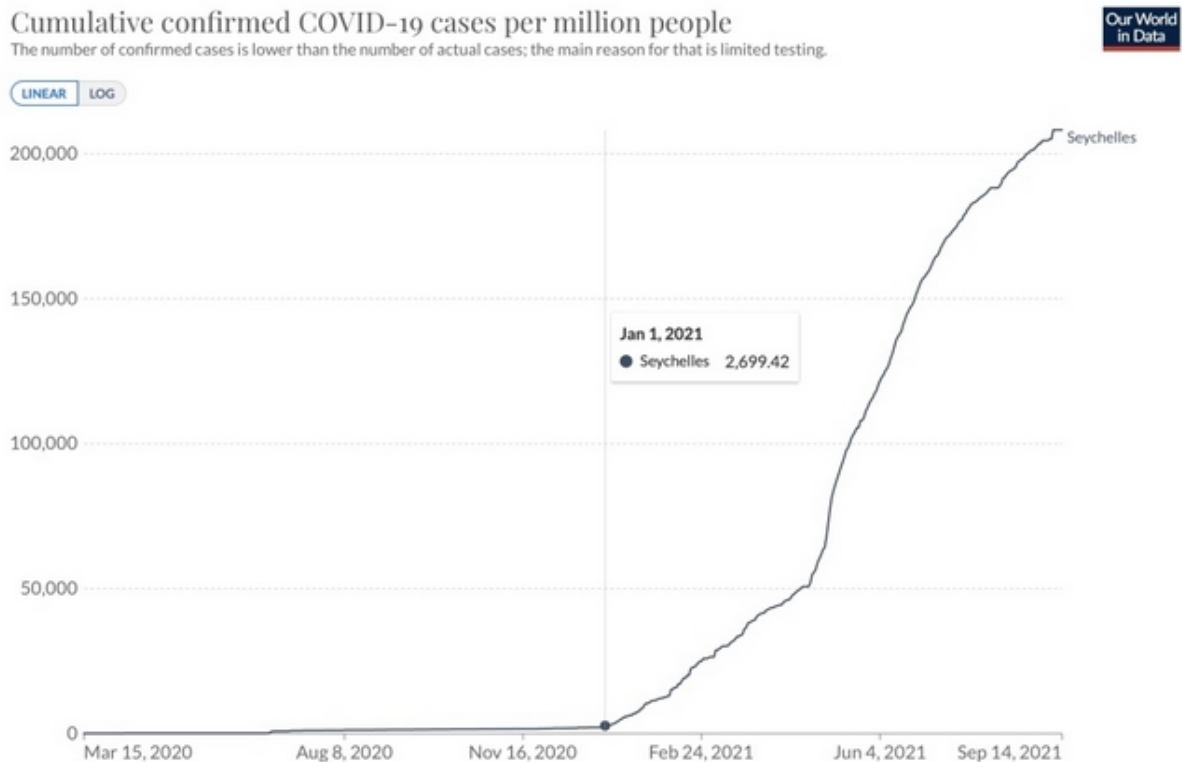
Des biais ? Nous les connaissons, c'est celui des statistiques peu enregistrées pour les vaccinés quand cela se passe mal, on meurt souvent de coïncidences sans rapport avec la maladie ou le vaccin... Il y a aussi le fait que vaccinés une dose et vaccinés deux doses de moins de 15 jours sont comptabilisés dans les non-vaccinés. Vous développez un covid ou une maladie vaccinale 8 jours après votre dose et en mourrez, vous êtes classé non-vaccinés. Aux chiffres des dernières données, il faudrait ajouter les décès dus à la vaccination, dont la plupart sont d'ailleurs contestés. Chez les moins de 60 ans, Il suffit ici d'en rajouter seulement 15 (il y en a plus) pour inverser la tendance, avec le bénéfice/risque qui devient négatif. C'est ce que semblent observer les australiens, leur [base d'effets secondaires](#) signalant 487 décès après vaccins, pour 167 décès dus à la maladie depuis le début de la campagne de vaccinations.

Les chiffres du Royaume Uni sont à peu près semblables à ceux d'Israël concernant l'avantage vaccin. Par contre je ne suis pas sûr qu'aux Seychelles, quasiment vaccinées à 100%, on puisse dire la même chose. Voici leur courbe des vaccinations, des cas et des décès depuis janvier.



La vaccination a commencé la première semaine de janvier, les cas sont apparus en même temps, les décès ont suivi, le tout étant parfaitement parallèle. Pourtant avant vaccination, les Seychelles n'avaient aucun problème avec la covid, comme le montre la courbe des cas depuis début 2020.

(Même chose au Viet-Nam qui n'avait rien avant de commencer les vaccinations, ainsi que dans d'autres pays)



Comme vous le voyez, difficile de se faire une opinion, chacun pouvant avoir une opinion différente et argumentée.

Quelques certitudes peu discutables toutefois : inefficacité rapide sur le variant delta du vaccin préparé à partir de la souche Wuhan (et pire pour le variant mu à venir ?). Vaccinés, on attrape quand même (autant ?) la covid, et on transmet autant. Dans certains endroits sensibles, vacciné, on vous demande en plus un test, précaution justifiée. Immunité collective impossible.

Les chiffres semblent montrer l'inutilité en dessous de 60 ans, avec un facteur bénéfice/risque qui semble s'être inversé, car évalué à l'origine en considérant une efficacité à 100%, durable, avec peu d'effets secondaires connus.

Bénéfice/risque positif au-delà de 60 ans avec comorbidité, qui si cela n'empêche pas la maladie, pourrait diviser par 2 la mortalité. A comparer avec l'efficacité très supérieure de l'Ivermectine + Azythromycine ou Doxycycline sur cette population, constatée dans deux publications françaises ([P Loué](#) et [C Bernigaud](#)) et plus généralement dans l'[étude demandée par l'OMS](#), où l'analyse brute des résultats rapportée par les auteurs montre une diminution de la mortalité de 75%.

Il existe une règle en médecine, entre deux traitements, à efficacité égale, toujours choisir le moins risqué. Encore faut-il avoir cette liberté de choix, et l'exiger.