



Six double standards utilisés par les responsables de la santé publique pour justifier les vaccins contre la COVID

Depuis le début, le récit officiel de COVID-19 a été incohérent, hypocrite et/ou contradictoire parce que les autorités médicales ont utilisé deux poids deux mesures pour créer l'illusion que leur récit était logique et sensé.

Par [Children's Health Defense](#)

Mondialisation.ca, 18 avril 2022

[Children health](#) 13 avril 2022

Thème: [Science et médecine](#)

Analyses: [COVID-19](#)

Nous ne sommes pas seulement dans une crise épidémiologique, nous sommes aussi dans une crise épistémologique. Comment savons-nous ce que nous savons ? Qu'est-ce qui différencie une opinion d'une croyance justifiée ?

Depuis près de deux ans, le public est inondé par une campagne de messages sophistiquée qui nous exhorte à « faire confiance à la science ».

Mais comment un non-scientifique peut-il savoir ce que dit vraiment la science ?

Les sources médiatiques traditionnelles nous offrent une solution facile : « Faites-nous confiance. »

Des légions de [sites de vérification des faits](#) soi-disant « indépendants », qui servent à éliminer toute pensée dévoyée, maintiennent dans le rang ceux qui ont un minimum de scepticisme.

« Recherche » a été redéfini pour signifier parcourir les citations de Wikipedia.

Plutôt que d'être considérées pour leur mérite, les opinions dissidentes sont plus facilement rejetées comme des informations erronées en étiquetant leur source comme indigne de confiance.

Comment savons-nous que ces sources ne sont pas dignes de confiance ? Ils doivent l'être s'ils offrent une opinion dissidente !

Cette forme de raisonnement circulaire est l'axiome central de tous les systèmes de pensée dogmatiques. Briser le charme de la pensée dogmatique n'est pas facile, mais c'est possible.

Dans cet article, je décris six exemples de deux poids deux mesures utilisés par les autorités médicales pour créer l'illusion que leur récit sur la COVID-19 est logique et sensé.

Cette illusion a été utilisée avec un effet dévastateur pour augmenter la conformité aux vaccins.

Plutôt que de citer des publications scientifiques ou des avis d'experts qui vont à l'encontre

du récit de nos autorités médicales – des informations qui seront catégoriquement rejetées parce qu’elles apparaissent sur The Defender – je vais plutôt démontrer comment, depuis le début, le récit officiel est incohérent, hypocrite et/ou contradictoire.

1. Les décès dus à la COVID sont « présumés », mais les décès dus au vaccin doivent être « prouvés »

Au 8 avril, le VAERS comptait 26 699 [rapports de](#) décès survenus après l’administration de vaccins contre la COVID.

Les Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) ne reconnaissent officiellement que [neuf](#) d’entre elles.

Afin d’établir la causalité, les CDC exigent des autopsies pour écarter toute étiologie possible du décès avant que l’agence n’impute la responsabilité au vaccin.

Mais les CDC utilisent une norme très différente lorsqu’il s’agit d’identifier les personnes décédées de la COVID.

Les 986 000 décès dus à la COVID rapportés [ici](#) par les CDC sont, comme l’indique la note de bas de page [1], des « décès avec confirmation ou présomption de [emphasis added] COVID-19 ».

Si une personne meurt avec un test PCR positif ou est présumée avoir la COVID, les CDC compteront ce décès comme un décès COVID-19.

Notez que dans la définition des CDC, un décès lié à la COVID ne signifie pas que la personne est morte de la maladie, mais seulement avec la maladie.

Pourquoi une autopsie est-elle nécessaire pour établir un décès dû au vaccin contre la COVID mais pas pour établir un décès dû à la COVID ?

À l’inverse, pourquoi l’exposition récente au SRAS-CoV-2 avant un décès suffit-elle à établir la causalité – mais l’exposition récente à un vaccin est considérée comme une coïncidence ?

2. Les CDC utilisent les données du VAERS pour enquêter sur la myocardite, mais prétend que les données du VAERS sur les décès dus aux vaccins ne sont pas fiables

Le 23 juin 2021, le Comité consultatif sur les pratiques d’immunisation des CDC s’est réuni pour évaluer le risque de péri/myocardite après la vaccination contre la COVID, en particulier chez les jeunes hommes.

C’était la diapositive clé de cette [présentation](#) :

Preliminary myocarditis/pericarditis reports to VAERS following **dose 2 mRNA vaccination, Exp. vs. Obs. using **7-day** risk window (data thru Jun 11, 2021)**

Age groups	Females			Males		
	Doses admin	Expected ^{*,†}	Observed [*]	Doses admin	Expected ^{*,†}	Observed [*]
12–17 yrs	2,189,726	0–2	19	2,039,871	0–4	128
18–24 yrs	5,237,262	1–6	23	4,337,287	1–8	219
25–29 yrs	4,151,975	0–5	7	3,625,574	1–7	59
30–39 yrs	9,356,296	2–18	11	8,311,301	2–16	61
40–49 yrs	9,927,773	2–19	18	8,577,766	2–16	34
50–64 yrs	18,696,450	4–36	18	16,255,927	3–31	18
65+ yrs	21,708,975	4–42	10	18,041,547	3–35	11
Not reported	—	—	1	—	—	8



^{*} Assumes a 7-day post-vaccination observation window (i.e., symptom onset from day of vaccination through Day 6 after vaccination)
[†] Based on Gubernot et al. U.S. Population-Based background incidence rates of medical conditions for use in safety assessment of COVID-19 vaccines. *Vaccine*. 2021 May 14;50(26):410X(21)00578-8. Expected counts among females 12–29 years adjusted for lower prevalence relative to males by factor of 1.7 (Fairweather, D. et al, *Curr Probl Cardiol*. 2013;38(1):7-46). 28

Le risque observé de myocardite est de 219 pour environ 4,3 millions de secondes doses du vaccin contre la COVID chez les hommes âgés de 18 à 24 ans.

Les CDC n'ont rien contre l'utilisation des données du VAERS pour évaluer le risque de myocardite à la suite d'une vaccination – pourtant, l'agence rejette tous les rapports, sauf neuf, sur les 26 699 décès signalés à la suite des vaccins.

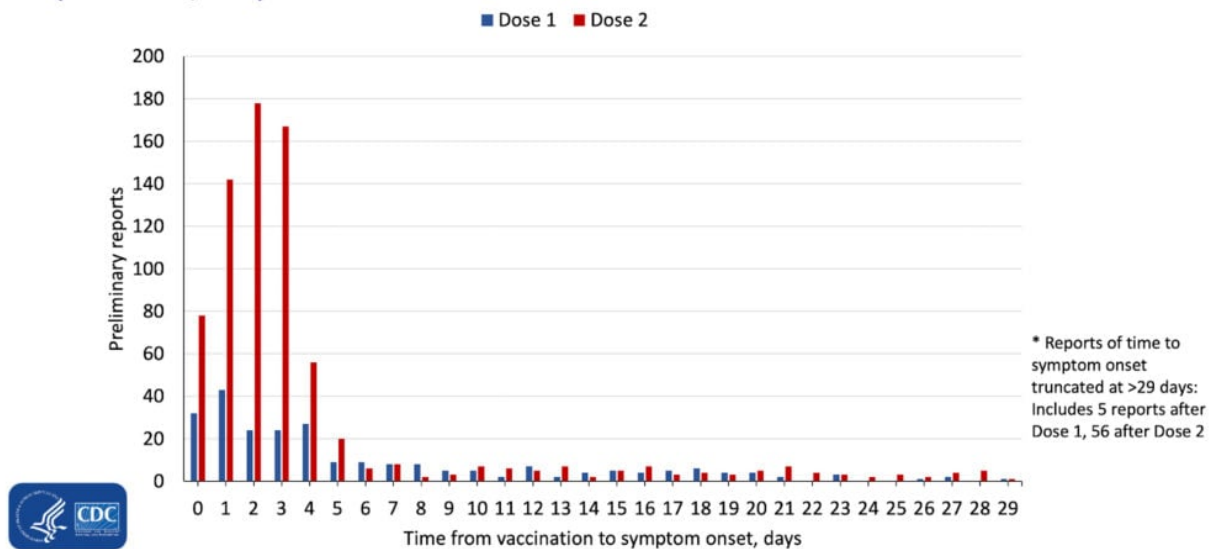
Pourquoi les CDC font-ils confiance aux données sur les péri/myocardites du VAERS mais pas aux données sur les décès ?

L'une des raisons pourrait être que l'apparition des symptômes de la myocardite est étroitement liée au moment de la vaccination.

En d'autres termes, comme cette affection suit de près l'inoculation, les deux événements sont fortement corrélés et suggèrent un lien de causalité.

Par exemple, voici une autre diapositive de la même présentation :

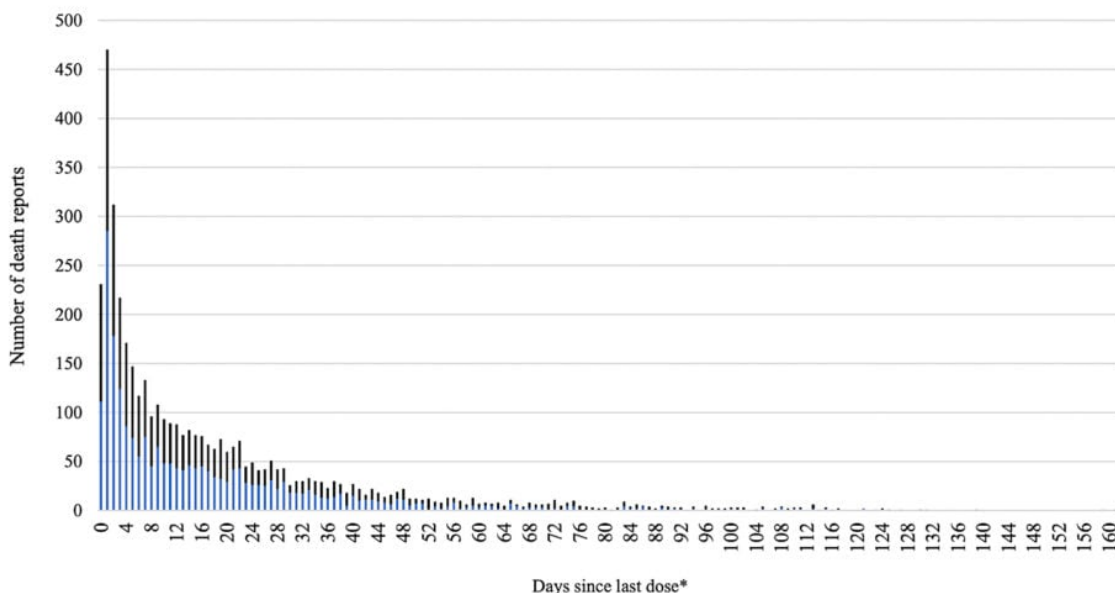
Preliminary reports of myocarditis/pericarditis to VAERS after mRNA COVID-19 vaccination by dose number and time to symptom onset* (as of Jun 11, 2021)



La majorité des cas de péri/myocardite induite par le vaccin ont présenté des symptômes dans les premiers jours après l'injection. Comme nous l'avons expliqué plus haut, ceci est très suggestif d'un effet causal du vaccin.

Une [étude](#) récente parue dans The Lancet comprenait un graphique similaire, tiré directement du VAERS, sur les décès consécutifs à une vaccination :

Figure S1: Number of reports of death per day following vaccination, by manufacturer, to Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)—December 14, 2020–June 14, 2021



*x-axis reports through 161 days since last dose.

Une fois encore, l'événement (le décès) suit de près la vaccination dans la majorité des cas.

En examinant les deux graphiques ci-dessus, nous devons reconnaître que la relation temporelle entre l'injection et l'événement indésirable suggère un lien de causalité mais n'en constitue pas la preuve.

Toutefois, il est également important de noter que si la vaccination était à l'origine des

décès, c'est exactement ce à quoi ressemblerait le graphique.

Il devrait être clair que les CDC n'ont aucune justification pour rejeter les décès du VAERS si l'agence est prête à accepter les rapports de myo/péricardite provenant du même système de notification.

3. Les CDC préconisent le « risque relatif » pour déterminer l'efficacité des vaccins, mais utilisent le « risque absolu » pour minimiser le risque d'effets indésirables

Dans l'[essai de phase 3 de Pfizer](#), neuf fois plus de personnes ayant reçu le placebo ont développé une COVID grave que celles vaccinées pendant la courte période d'observation. Cela constitue une réduction du risque relatif de 90 %.

Ce résultat, qui semblait encourageant, a été utilisé comme un argument majeur pour inciter le public à accepter cette thérapie [expérimentale](#), malgré l'absence de données à long terme.

Toutefois, le risque pour un participant à l'essai de contracter une COVID [grave](#) (tableau S5) était de 1 sur 21 314 (0,0047 %) s'il était vacciné.

S'ils recevaient le placebo, le risque n'était encore que de 9 sur 21 259 (0,0423 %).

Le vaccin a réduit le risque absolu de contracter une maladie grave de 0,038 %.

Les médias grand public et les CDC n'ont jamais mentionné la minuscule réduction du risque absolu de contracter une COVID sévère en se faisant vacciner.

De plus, comme 0,6 % des personnes vaccinées dans le cadre de l'essai ont subi une blessure grave liée au vaccin (une blessure entraînant la mort, une intervention médicale ou chirurgicale, une hospitalisation ou une menace imminente pour la vie), il y aura environ 16 événements indésirables graves pour chaque cas grave de COVID évité par la vaccination.

Cependant, en ce qui concerne le risque de myo/péricardite, les CDC [déclarent](#) : « Des cas de myocardite et de péricardite ont rarement été signalés, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin dans les jours suivant la vaccination contre la COVID-19. »

Les CDC [précisent](#) en outre : « Bien que le risque absolu reste faible, le risque de myocardite est plus élevé chez les hommes âgés de 12 à 39 ans... »

En d'autres termes, le risque d'[événements indésirables](#) est considéré en termes absolus et non relatifs.

La diapositive de présentation des CDC ci-dessus (tableau 1) indique que le risque relatif de contracter une myo/péricardite chez les hommes de 18 à 24 ans est 27 à plus de 200 fois supérieur à celui attendu chez les jeunes hommes (non vaccinés) de cet âge.

Lorsqu'il s'agit d'apaiser les craintes du public concernant la myocardite induite par le vaccin, les CDC jugent utile de citer le risque absolu – alors que lorsqu'il s'agit de promouvoir l'efficacité du vaccin, les CDC mettent l'accent sur les risques relatifs.

Ce double standard a été discrètement et magistralement employé pour réduire l'[hésitation à se faire vacciner](#) et encourager la conformité.

4. La FDA exige des études de contrôle randomisées pour les médicaments de traitement précoce, mais pas pour les doses de rappel

Les CDC [indiquent](#) qu'au 8 avril, 98,3 millions d'Américains avaient reçu un rappel contre la COVID.

Le 29 mars, la Food and Drug Administration (FDA) américaine a [autorisé](#) un deuxième rappel pour les personnes immunodéprimées et les adultes de plus de 50 ans.

Ces autorisations ont été accordées non pas en raison de preuves solides de l'efficacité des [rappels](#), mais plutôt pour remédier au fait qu'il a été largement démontré que la série de vaccins primaires [perdait de son efficacité](#) en quelques mois.

[Comme le rapporte The Defender](#), le Dr Peter Marks, directeur de la division des vaccins de la FDA, le Center for Biologics Evaluation and Research, a admis que la quatrième dose de rappel approuvée la semaine dernière était une « mesure palliative » - en d'autres termes, une mesure temporaire à mettre en œuvre jusqu'à ce qu'une solution adéquate soit trouvée à l'avenir.

Malgré l'absence de preuves solides, la FDA continue de recommander et d'autoriser les boosters.

Pourtant, lorsqu'il s'agit d'options de traitement précoce, l'agence impose des normes différentes aux médicaments, y compris ceux qu'elle a déjà autorisés et approuvés pour d'autres usages.

Dans cette [interview de CNN](#) datant d'août 2021, le [Dr Anthony Fauci](#), chef de l'Institut national des allergies et des maladies infectieuses, avertit les gens de ne pas prendre d'[ivermectine](#) pour la COVID car « il n'y a pas de preuve clinique que cela fonctionne ».

En ce qui concerne [hydroxychloroquine](#), Fauci a déclaré : « Nous savons que toutes les bonnes études - et par bonne étude, j'entends une étude de contrôle randomisée dans laquelle les données sont fermes et crédibles - ont montré que l'hydroxychloroquine n'est pas efficace dans le traitement de la Covid-19 », comme le rapporte [la BBC](#) le 29 juillet 2020.

Où sont donc les études de contrôle randomisées dans lesquelles les données sont fermes et crédibles qui montrent que les boosters sont efficaces pour prévenir la COVID ?

Il n'y en a pas. Aucune n'a été faite.

A ce jour, la FDA refuse toujours d'autoriser l'utilisation de l'ivermectine et de l'hydroxychloroquine pour traiter la COVID malgré des centaines d'études qui démontrent des bénéfices significatifs ([ivermectine](#), [hydroxychloroquine](#)) en prévention ainsi qu'en traitement précoce et tardif.

Le double standard ici est flagrant. Il n'y a pas d'études randomisées de contrôle qui montrent que les rappels sont efficaces pour prévenir la COVID.

Néanmoins, ces thérapies expérimentales ont la bénédiction de la FDA alors que des médicaments peu coûteux, hautement efficaces et sûrs sont ignorés malgré les énormes preuves qui soutiennent leur utilisation.

5. La FDA utilise l'immunobridging pour justifier les vaccins de Pfizer destinés aux jeunes enfants, mais rejette les anticorps comme indicateurs de la protection immunitaire contre la COVID

L'[immunobridging](#) est une méthode permettant de déduire l'efficacité d'un vaccin dans la prévention de la maladie en évaluant sa capacité à susciter une réponse immunitaire par la mesure de marqueurs biochimiques, généralement les taux d'anticorps.

La FDA [affirme que](#) la présence d'anticorps anti-SRAS-COV-2 n'indique pas nécessairement une protection immunitaire contre la COVID.

De plus, le comité consultatif de la FDA sur les vaccins et les produits biologiques connexes [est parvenu](#) la semaine dernière à un consensus selon lequel les taux d'anticorps ne peuvent être utilisés comme corrélation de l'efficacité des vaccins.

Leur décision est conforme au résumé exécutif d'un [dossier scientifique](#) publié par les CDC le 29 octobre 2021 :

« Les données sont actuellement insuffisantes pour déterminer un seuil de titre d'anticorps qui indique quand un individu est protégé de l'infection. »

Néanmoins, la FDA a utilisé l'immunobridging pour justifier l'autorisation du vaccin de [Pfizer](#) aux enfants âgés de 5 à 11 ans, comme l'explique The Defender [ici](#) et [ici](#).

Comme il n'y a pas eu de décès ou de cas graves de COVID dans l'essai pédiatrique, la FDA a choisi de rejeter sa propre position (et celle de son comité consultatif) concernant les titres d'anticorps comme corrélat de l'efficacité du vaccin.

6. Le lien de causalité doit être prouvé pour les blessures dues aux vaccins, mais la corrélation suffit pour prouver l'efficacité des vaccins

Lorsqu'il s'agit de blessures liées aux vaccins, on rappelle souvent au public que la corrélation n'est pas synonyme de causalité.

En d'autres termes, ce n'est pas parce qu'une blessure a été précédée d'une inoculation que le vaccin a causé la blessure.

Mais qu'est-ce que la causalité en médecine ? Un mécanisme d'action doit être identifié et les études pathologiques doivent confirmer ce mécanisme tout en éliminant les autres facteurs causaux potentiels. Le lien de causalité ne peut être prouvé qu'au cas par cas.

Prouver la causalité exige une énorme charge de la preuve en médecine.

Par exemple, le fait de fumer provoque-t-il le cancer du poumon ? La réponse est oui, c'est possible. Cela ne veut pas dire qu'elle le fera.

Toutefois, lorsqu'il s'agit du bénéfice d'une intervention médicale, comme un vaccin, il n'est pas nécessaire d'établir un lien de causalité. La corrélation suffit.

Lors des essais du vaccin contre la COVID, les personnes vaccinées ont été moins nombreuses à contracter la COVID que les personnes non vaccinées. Pourtant, certaines personnes ayant reçu le vaccin ont quand même contracté la maladie.

Pour être juste, c'est ainsi que sont évaluées toutes les nouvelles interventions médicales. Le bénéfice ne doit pas nécessairement être causé par le vaccin au sens strict, il doit simplement y avoir une corrélation entre la vaccination et un effet protecteur relatif.

Plus cela se produit souvent, plus nous pouvons être sûrs que le résultat n'est pas une simple coïncidence.

De même, lorsqu'il s'agit d'évaluer les dommages d'une intervention médicale, le résultat le plus raisonnable à prendre en compte est la mortalité. Après tout, quel serait l'intérêt d'introduire un vaccin qui empêcherait certains décès tout en en causant d'autres ?

Néanmoins, c'est, en fait, ce que nous avons fait avec le produit de Pfizer. Les [résultats](#) intermédiaires de l'essai de phase 3 ont montré que la mortalité toutes causes confondues était plus élevée dans la cohorte vaccinée que dans la cohorte placebo.

Ce problème flagrant a été écarté parce que deux décès dus à la COVID sont survenus dans le groupe placebo, contre un seul dans la cohorte vaccinée, ce qui a permis au fabricant du vaccin de revendiquer une efficacité de 50 % dans la prévention de ce résultat.

Toutefois, si l'on attribue au vaccin un effet protecteur en prévenant ce seul décès, on doit également conclure que le vaccin est responsable de ce décès supplémentaire si l'on considère la mortalité de toutes les causes.

Agir autrement reviendrait à appliquer un autre double standard.

Comment la pandémie aurait pu se dérouler différemment

Pour résumer à quel point l'utilisation de ces deux poids et deux mesures dans l'élaboration du récit « sûr et efficace » a été dévastatrice, voyons à quel point la situation serait différente si nous avions adopté la norme inverse :

1. Il y aurait eu un nombre extrêmement faible de décès dus à la COVID. Très peu d'autopsies, voire aucune, n'ont confirmé de manière définitive qu'un décès était dû au SRAS-CoV-2. Si la confirmation par autopsie est la norme, il n'y a eu pratiquement aucun décès dû à la COVID pendant la pandémie. D'autre part, si nous présumons que les décès enregistrés dans le VAERS sont en fait des décès induits par le vaccin - de la même manière que les CDC ont présumé de nombreux décès dus à la COVID - nous pouvons affirmer qu'il y a eu plus de 26 000 décès dus au vaccin.
2. En utilisant la réduction du risque absolu comme mesure de l'efficacité, les vaccins auraient été largement rejetés comme étant inefficaces, n'offrant qu'une réduction de 0,038 % du risque de contracter une COVID grave.
3. L'ivermectine et l'hydroxychloroquine auraient été facilement disponibles pour les personnes ayant contracté la COVID. Et pour ceux qui ont été vaccinés mais ont quand même reçu la COVID, ces médicaments auraient été une excellente alternative aux rappels, qui n'auraient pas été approuvés en raison de l'absence d'une seule étude de contrôle randomisée prouvant leur efficacité.
4. Aucun enfant âgé de 5 à 11 ans n'aurait reçu ce vaccin expérimental et risqué,

car il n'aurait pas été autorisé pour ce groupe d'âge - parce que les essais pédiatriques de Pfizer n'ont pas démontré de résultats significatifs chez les enfants de 5 à 11 ans.

5. Le vaccin de Pfizer ne serait plus utilisé car des données intermédiaires ont démontré que la mortalité toutes causes confondues est plus élevée chez les personnes vaccinées.

La source originale de cet article est [Children health](#)

Copyright © [Children's Health Defense](#), [Children health](#), 2022

Articles Par : **[Children's Health Defense](#)**

Avis de non-responsabilité : Les opinions exprimées dans cet article n'engagent que le ou les auteurs. Le Centre de recherche sur la mondialisation se dégage de toute responsabilité concernant le contenu de cet article et ne sera pas tenu responsable pour des erreurs ou informations incorrectes ou inexacts.

Le Centre de recherche sur la mondialisation (CRM) accorde la permission de reproduire la version intégrale ou des extraits d'articles du site [Mondialisation.ca](#) sur des sites de médias alternatifs. La source de l'article, l'adresse url ainsi qu'un hyperlien vers l'article original du CRM doivent être indiqués. Une note de droit d'auteur (copyright) doit également être indiquée.

Pour publier des articles de [Mondialisation.ca](#) en format papier ou autre, y compris les sites Internet commerciaux, contactez: media@globalresearch.ca

[Mondialisation.ca](#) contient du matériel protégé par le droit d'auteur, dont le détenteur n'a pas toujours autorisé l'utilisation. Nous mettons ce matériel à la disposition de nos lecteurs en vertu du principe "d'utilisation équitable", dans le but d'améliorer la compréhension des enjeux politiques, économiques et sociaux. Tout le matériel mis en ligne sur ce site est à but non lucratif. Il est mis à la disposition de tous ceux qui s'y intéressent dans le but de faire de la recherche ainsi qu'à des fins éducatives. Si vous désirez utiliser du matériel protégé par le droit d'auteur pour des raisons autres que "l'utilisation équitable", vous devez demander la permission au détenteur du droit d'auteur.

Contact média: media@globalresearch.ca