

Un vaccin inutile? 20 à 50 % de la population serait déjà immunisée contre la COVID-19 grâce au simple rhume



[Source: Le Tribunal de l'infaux]

Qu'advierait-il des milliards investis dans la recherche et le développement d'un vaccin contre le nouveau coronavirus si 20 à 50 % de la population était déjà naturellement immunisée contre ce virus à l'origine de la COVID-19 ? On peut facilement imaginer l'impact catastrophique d'une telle nouvelle pour l'industrie pharmaceutique et les gouvernements qui ont précommandé des millions de doses du remède miracle qui n'existe toujours pas.

Voilà probablement pourquoi cette découverte, évoquée par la BBC en juillet et confirmée en septembre par la revue médicale *BMJ*, a fait peu de bruit.

L'idée d'acquérir une immunité collective naturelle a d'ailleurs mauvaise presse.

Dans la foulée de la récente Déclaration de Great Barrington, où 35 experts appuyés par des milliers d'autres préconisent l'immunité collective naturelle et un retour à la vie normale pour lutter contre la COVID-19, les grands médias semblent être passés en mode contrôle de dégâts.

D'abord, rappelons que depuis le début de la pandémie de SRAS-CoV-2, le discours dominant repose sur un providentiel vaccin, la seule solution pour atteindre l'immunité de groupe et sauver l'humanité de la COVID-19. En attendant ce sauveur, nous sommes contraints d'accepter une « nouvelle normalité » : masques, distanciation, confinement, etc., avec toutes les conséquences désastreuses que cela implique sur les plans économique et social pour la très grande majorité d'entre nous.

Le Forum économique mondial (FEM) va même jusqu'à dire qu'« un vaccin est désormais nécessaire pour protéger la santé publique et permettre aux gens de retourner confortablement au travail et à l'école ».

WORLD ECONOMIC FORUM Strategic Intelligence

Search for any topic...

GLOBAL ISSUE

# Vaccination

Curation: London School of Hygiene and Tropical Medicine

**Vaccinating for Security**

Anti-vaccination campaigns can be stirred by genuine concern or a cynical desire to manipulate

In 2019, the World Health Organization included “vaccine hesitancy” among its top 10 threats to global health security. This is particularly true in relation to COVID-19. A vaccine is now required that protects public health and enables people to comfortably go back to work and school. However, a vaccine will only succeed at that if it is widely accepted. Hesitancy and concerns about vaccines generally are connected to political movements like the rise of populism and nationalism, anti-abortion sentiment, and gun rights advocacy - which sometimes share financial, political, and social resources, and also have the potential to stir disruption in a number of places. In this context, it can be difficult to mobilize an entire population to accept health interventions like vaccines or other COVID-19 control measures, as the motives of the government are often not trusted. Securing access to communities in order to offer medical services is often a negotiation point amid broader political struggles. In Latin America during the turbulent 1980s, and in the Democratic Republic of Congo in the 1990s, for example, representatives from the WHO, UNICEF, and other organizations successfully negotiated cease-fires to allow for polio vaccinations.

However, these types of negotiations have been breaking down in recent years, as some

© World Economic Forum

Vous avez bien lu : un vaccin permettant de retourner au travail et à l'école. On nous dit que le vaccin ne sera pas obligatoire, mais il sera vraisemblablement nécessaire pour travailler et aller à l'école. Refuser la vaccination reviendra donc en quelque sorte à refuser de faire partie de la société, puisque, outre les très jeunes enfants et les retraités, nous passons tous la plupart de notre temps ou à l'école, ou au travail.

Peu après la publication de la déclaration de Great Barrington, les médias nous ont mis en garde contre l'idée d'immunité collective naturelle dans la lutte au nouveau coronavirus avec des titres alarmistes et sans équivoque comme « L'immunité collective, un mirage dangereux, avertissent de nombreux scientifiques », ou encore « L'immunité collective n'est pas une solution », lu respectivement sur les sites de Radio-Canada et du *Journal de Montréal*.

## L'immunité collective, un mirage dangereux, avertissent de nombreux scientifiques



L'immunité collective passe par des vaccins sûrs et efficaces, expliquent les chercheurs.  
PHOTO : ISTOCK



Agence France-Presse  
Publié le 16 octobre 2020

### Science en continu

- SAMEDI 17 OCTOBRE**
- 08 h 03  
Le recours à la généalogie génétique : une arme à double tranchant
- VENDREDI 16 OCTOBRE**
- 14 h 17  
VIH : une thérapie par injection franchit une nouvelle étape
  - 13 h 02  
Une nouvelle artère apparaît dans l'avant-bras des humains



La légende accompagnant la photo de cet article fait écho au discours du FEM : « L'immunité collective passe par des vaccins sûrs et efficaces, expliquent les chercheurs. »

journaldemontreal.com/2020/10/13/limmunite-collective-nest-pas-une-solution-1

LE JOURNAL DE MONTRÉAL

# L'immunité collective n'est pas une solution

ACTUALITÉ  
SPORTS  
COVID-19  
ENQUÊTES  
WEEKEND  
SPECTACLES  
ARGENT  
GUIDE DE L'AUTO  
MONDE  
JM  
PORTE-MONNAIE  
MAISON EXTRA  
EN 5 MINUTES  
ÉVASION  
OPINIONS  
BLOGUES  
Hublo  
EN DIRECT

PARTAGEZ SUR FACEBOOK PARTAGEZ SUR TWITTER AUTRES



COVID-19 | DEUXIÈME VAGUE

LA PROGRESSION DU VIRUS RALENTIT AU QUÉBEC

À VENIR : 13H  
POINT DE PRESSE  
de FRANÇOIS LEGAULT

Pourtant, selon l'article publié dans le *BMJ* le 17 septembre dernier, « Covid-19: Do many people have pre-existing immunity? », plusieurs études démontrent qu'une partie importante de la population qui n'a jamais été en contact avec le nouveau coronavirus est déjà immunisée.

Notons d'abord qu'il existe deux types de réponse immunitaire acquise : « l'immunité humorale, assurée par la production d'anticorps par les lymphocytes B », et « l'immunité cellulaire, surtout assurée par les lymphocytes T ».

Les autorités sanitaires se basent entre autres sur l'hypothèse voulant qu'une faible proportion de la population ait développé des anticorps contre le nouveau coronavirus pour justifier des mesures de santé publique draconiennes. Or, « une série d'études ayant mis en évidence la présence de cellules T réactives au SRAS-CoV-2 chez des personnes n'ayant pas été exposées au virus soulève des questions sur le degré de nouveauté du virus pandémique et amène son lot de conséquences. »

« Un coronavirus pas si nouveau? », demande l'auteur :

## Not so novel coronavirus?

At least six studies have reported T cell reactivity against SARS-CoV-2 in 20% to 50% of people with no known exposure to the virus.<sup>5 6 7 8 9 10</sup>

In a study of donor blood specimens obtained in the US between 2015 and 2018, 50% displayed various forms of T cell reactivity to SARS-CoV-2.<sup>5 11</sup> A similar study that used specimens from the Netherlands reported T cell reactivity in two of 10 people who had not been exposed to the virus.<sup>7</sup>

In Germany reactive T cells were detected in a third of SARS-CoV-2 seronegative healthy donors (23 of 68). In Singapore a team analysed specimens taken from people with no contact or personal history of SARS or covid-19; 12 of 26 specimens taken before July 2019 showed reactivity to SARS-CoV-2, as did seven of 11 from people who were seronegative against the virus.<sup>8</sup> Reactivity was also discovered in the UK and Sweden.<sup>6 9 10</sup>

Though these studies are small and do not yet provide precise estimates of pre-existing immunological responses to SARS-CoV-2, they are hard to dismiss, with several being published in *Cell* and *Nature*. Alessandro Sette, an immunologist from La Jolla Institute for Immunology in California and an author of several of the studies (**box 1**), told *The BMJ*, "At this point there are a number of studies that are seeing this reactivity in different continents, different labs. As a scientist you know that is a hallmark of something that has a very strong footing."

### Box 1

#### Swine flu déjà vu

In late 2009, months after the World Health Organization declared the H1N1 "swine flu" virus to be a global pandemic, Alessandro Sette was part of a team working to explain why the so called "novel" virus did not seem to be causing more severe infections than seasonal flu.<sup>12</sup>

Their answer was pre-existing immunological responses in the adult population: B cells and, in particular, T cells, which "are known to blunt disease severity."<sup>12</sup> Other studies came to the same conclusion: people with pre-existing reactive T cells had less severe H1N1 disease.<sup>13 14</sup> In addition, a study carried out during the 2009 outbreak by the US Centers for Disease Control and Prevention reported that 33% of people over 60 years old had cross reactive antibodies to the 2009 H1N1 virus, leading the CDC to conclude that "some degree of pre-existing immunity" to the new H1N1 strains existed, especially among adults over age 60.<sup>15</sup>

L'article cite six études faisant « état d'une réactivité des lymphocytes T contre le SRAS-CoV-2 chez 20 à 50 % des personnes n'ayant pas été exposées au virus ».

Si ces études ne fournissent pas d'estimations précises sur l'immunité préexistante contre ce « nouveau » virus, « elles sont difficiles à écarter », note l'auteur et rédacteur adjoint du *BMJ* Peter Doshi.

L'auteur de plusieurs de ces études, l'immunologiste de l'Institut d'immunologie de La Jolla en Californie Alessandro Sette, explique :

« À l'heure actuelle, un certain nombre d'études constatent cette réactivité sur différents continents, dans différents laboratoires. Pour un scientifique, c'est la caractéristique d'un phénomène reposant sur une base très solide. »

Peter Doshi fait un parallèle avec la pandémie H1N1 de 2009, que trop de journalistes semblent avoir oubliée. Alessandro Sette faisait alors « partie d'une équipe cherchant à expliquer pourquoi le soi-disant "nouveau" virus ne semblait pas causer d'infections plus graves que la grippe saisonnière ».

Leur conclusion? L'existence de « réponses immunologiques préexistantes dans la population adulte : les cellules B et, en particulier, les cellules T, "connues pour atténuer la gravité de la maladie" ». Puisque d'autres études en sont elles aussi venues à la conclusion que « la gravité du H1N1 était moindre chez les personnes ayant des cellules T réactives préexistantes », les autorités sanitaires ont été forcées d'abandonner leur hypothèse voulant que « la plupart des gens n'avaient aucune immunité contre le virus pandémique » et de reconnaître que « la vulnérabilité d'une population à un virus pandémique est en partie liée au niveau d'immunité préexistant au virus ».

Rappelons que le taux de mortalité de la grippe saisonnière se situerait entre 0,2 et 0,5 % selon Santé publique France, alors que celui du SRAS-CoV-2, avec 1,08 millions de morts et 10 % de la population infectée selon l'OMS, serait à environ 0,14 %.



La grippe saisonnière est-elle plus « mortelle » que le Covid-...



100



## Il ne faut pas confondre le nombre de morts et la létalité des deux virus.

Question posée par Jean-Paul le 23/02/2020

Bonjour,

Depuis le début de l'épidémie de Covid-19, vous avez été nombreux à nous interroger sur le nombre de morts, en nous demandant de le comparer avec celui de la grippe saisonnière.

Celle-ci fait, selon l'OMS, de 290 000 à 650 000 décès par an dans le monde entier. En France, pour la saison 2018-2019, elle a fait 8 100 morts. La létalité (le nombre de morts par rapport à la population infectée) de la grippe saisonnière est de 0,2 à 0,5% selon Santé publique France.

LE JOURNAL DE MONTRÉAL MARDI 13 OCTOBRE 2020 6H56 10°C

# COVID-19

Québec	Canada	Monde
NOMBRE DE CAS <b>86 976</b>	NOMBRE DE CAS <b>183 837</b>	NOMBRE DE CAS <b>37 838 286</b>
		DÉCÈS <b>1 081 295</b>

Dernière mise à jour : mardi 06h01

Suivez les derniers développements

qub Voir les derniers chiffres >

## COVID-19: 10% de la population infectée, l'OMS veut se réformer plus vite

INFOLETTRE COVID-19

Un résumé pertinent de la journée, chaque soir, grâce aux diverses sources du Groupe Québecor Média.

Adresse courriel

Je m'abonne

LES PLUS POPULAIRES

ACTUALITÉ SPORTS COVID-19 ENQUÊTES SPECTACLES ARGENT GUIDE DE L'AUTO MONDE JM PORTE-MONNAIE MAISON EXTRA EN 5 MINUTES ÉVASION OPINIONS BLOGUES Hublo

EN DIRECT

PARTAGEZ SUR FACEBOOK PARTAGEZ SUR TWITTER AUTRES

Les médias se sont empressés de remettre en question cette dernière statistique devenue virale chez les opposants aux mesures sanitaires. Par exemple, *Libération* a admis que ce calcul de 0,14 % est bon, tout en affirmant que l'on ne peut pas conclure que le taux de mortalité de la COVID est inférieur à celui de la grippe, car il s'agit d'une « extrapolation biaisée ». L'OMS estime pour sa part que le taux de létalité est à environ 0,6 %, ce qui ne concorde pas avec ses propres données et semble tout autant « extrapolé ».

Selon le groupe étasunien Physicians for Informed Consent (Médecins pour un consentement éclairé), le taux de létalité du virus était de 0,26 % en juin, soit similaire à celui de la grippe. Il s'agissait également de la meilleure estimation du Centers for Disease Control au même moment. Ce chiffre semble être le plus fiable puisqu'il est partagé par une source indépendante et une source gouvernementale.



## 4. HAVE THERE BEEN ANY CFR ESTIMATES BASED ON ANTIBODY STUDIES?

Yes, several public health departments and research institutions have conducted antibody surveillance studies to determine the prevalence of SARS-CoV-2 in a sample of the population and used that data to estimate the total number of infections (both reported and unreported).<sup>10-18</sup> See Table 1. The number of deaths is divided by the number of infections to calculate the case-fatality rate. The average CFR of the antibody studies shown on Table 1 is 0.26%.

COVID-19: Location	Infections (% of population)	Deaths	Case-Fatality Rate (CFR)
Los Angeles County, CA	367,000 (4.65%) <sup>10</sup>	423 <sup>11</sup>	0.12%
Santa Clara County, CA	54,000 (2.8%) <sup>12</sup>	94 <sup>12</sup>	0.17%
Miami-Dade County, FL	165,000 (6%) <sup>13</sup>	374 <sup>14</sup>	0.23%
Arizona	226,000 (3.1%) <sup>15</sup>	549 <sup>15</sup>	0.24%
New York City, NY	2.075 million (24.7%) <sup>17</sup>	10,746 <sup>18</sup>	0.52%
<b>Average CFR</b>			<b>0.26%</b>

Table 1: Estimated CFR from antibody studies of SARS-CoV-2 conducted by several public health departments and research institutions.

© Physicians for Informed Consent

Peu importe l'estimation que l'on favorise, elles sont toutes très loin des estimations de 3-4 % évoquées au mois de mars.

## Je me souviens... de la fausse pandémie de grippe A H1N1

Dans la revue *Protégez-vous*, on pouvait lire en juin 2010 dans l'article H1N1: vertement critiquée, l'OMS se défend, que l'OMS avait été sévèrement réprimandée par le Conseil de l'Europe et le *BMJ* pour avoir entraîné « une distorsion des priorités de santé publique, le gaspillage de sommes colossales d'argent public, l'installation d'un sentiment de crainte injustifié, l'exposition à des risques sanitaires engendrés par des vaccins et des médicaments qui n'ont peut-être pas été suffisamment testés avant d'être autorisés par le biais de procédures accélérées ». (C'est l'auteure qui souligne dans toutes les citations.)

Le rapport avait également soulevé « la possible influence de l'industrie pharmaceutique dans cette pandémie dont la gravité a été "largement surestimée" » :

« Le Dr Pierre Biron, ex-professeur de pharmacologie et expert en pharmacovigilance à l'Université de Montréal, qualifiait la situation "d'hystérie pandémique" en février dernier [2010]. Il reste critique: "S'il est vrai, comme le révèle *Nature*, que les commandes nationales furent passées, et secrètement en plus, avant la déclaration d'une pandémie à définition tronquée, ce pourrait être parce que l'emprise de l'industrie du vaccin sur les santés publiques serait devenue plus grande qu'on n'osait l'imaginer." »

Selon lui, ainsi que plusieurs autres observateurs, ‘‘l’OMS a fait une erreur patente, non conforme aux faits qui s’accumulaient, et elle a entraîné avec elle la majorité des autorités sanitaires nationales. Elle n’a pas répondu aux questions scientifiques posées par ses critiques. On ne possède même pas de preuve que la vaccination massive fut utile, alors qu’on est certain qu’elle ne le fut pas pour prévenir les hospitalisations et les décès’’. »

Sommes-nous encore une fois induits en erreur, exactement de la même manière et par les suspects habituels?

La plupart des grandes pharmaceutiques sont partenaires du Forum économique mondial et le discours dominant sur le vaccin salvateur est calqué sur celui de la simulation de pandémie tenue en octobre 2019 par le FEM, la Fondation Bill et Melinda Gates et l’Université John Hopkins. Selon le scénario de la simulation, la « pandémie se poursuivra à un certain rythme jusqu’à ce qu’un vaccin efficace soit disponible ou que 80 à 90 % de la population mondiale ait été exposée ».

Bill Gates, le plus important donateur privé de l’OMS, devenu gourou de la santé publique sans détenir aucune expertise dans le domaine, est un important promoteur de ce discours. Pour lui, « il n’y a tout simplement pas d’autre alternative » au vaccin. Il croit qu’un vaccin efficace à 70 % sera « suffisant pour stopper l’épidémie » et qu’il « est peu probable qu’un taux inférieur à 60 % crée une immunité collective suffisante pour arrêter le virus ».

Sur quoi se basent le FEM et Bill Gates pour en venir à de telles conclusions?

Certainement pas sur la science, puisque, selon le *BMJ*, la majorité des experts croient que 50 % de la population doit être immunisée avant que l’immunité de groupe soit atteinte, alors que d’autres estiment qu’un seuil de 10 à 20 % suffit.

Parmi eux, la Dr. Sunetra Gupta, co-auteure de la Déclaration de Great Barrington. Selon son groupe de chercheurs, « [l]orsqu’une population compte des personnes ayant une immunité préexistante, comme l’indiquent les études sur les cellules T, le seuil d’immunité collective basé sur un R0 de 2,5 peut être réduit de 60 % d’une population infectée à 10 % » dit-elle dans l’article du *BMJ*.

Selon cette logique, nous aurions déjà atteint l’immunité collective.

Cette immunité préexistante au SRAS-CoV-2 proviendrait des coronavirus à l’origine des rhumes, puisqu’ils sont « étroitement liés », affirme la chercheuse Daniela Weiskopf, toujours dans l’article du *BMJ* :

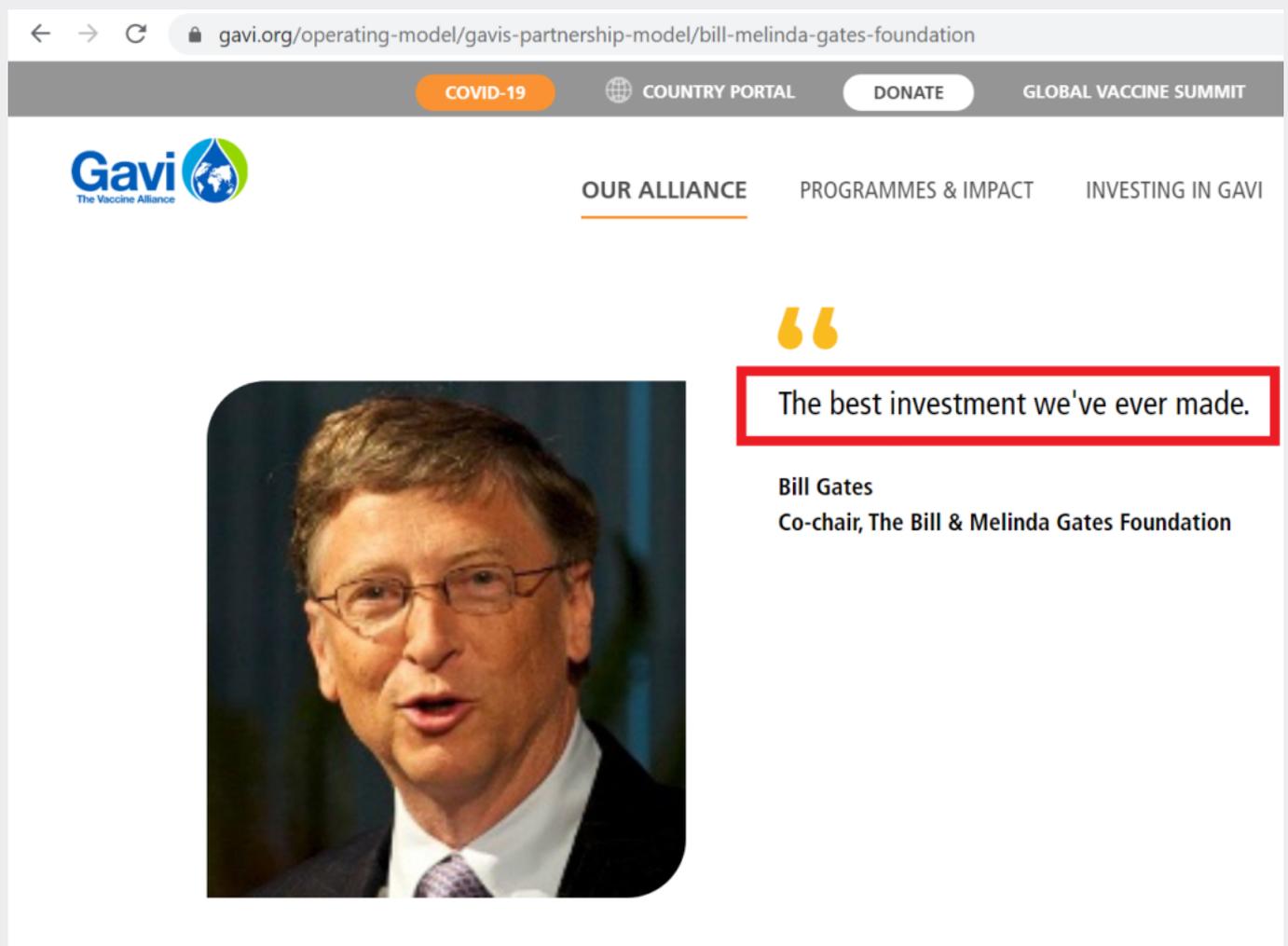
« Nous avons vraiment montré qu'il s'agit d'une véritable mémoire immunitaire et qu'elle est dérivée en partie des virus du rhume. »

La solution ultime à la COVID-19 passe-t-elle donc nécessairement par un vaccin ou est-ce plutôt la solution idéale pour l'industrie pharmaceutique et ses investisseurs?

Le *Wall Street Journal* rapportait en 2002 que la Fondation Gates avait investi 205 millions de dollars dans neuf sociétés pharmaceutiques, incluant Merck, Pfizer et Johnson & Johnson, lesquelles participent toutes à la course au vaccin contre la COVID-19.

Les auteurs de l'article ajoutaient ceci :

« La gestion des liens de plus en plus nombreux entre la Fondation et l'industrie pharmaceutique pourrait s'avérer délicate. Par exemple, en finançant l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation [GAVI], la Fondation achète des vaccins de certaines pharmaceutiques dont elle détient maintenant des parts. »



The screenshot shows a web browser window with the URL [gavi.org/operating-model/gavis-partnership-model/bill-melinda-gates-foundation](https://gavi.org/operating-model/gavis-partnership-model/bill-melinda-gates-foundation). The page features a navigation bar with buttons for COVID-19, COUNTRY PORTAL, DONATE, and GLOBAL VACCINE SUMMIT. Below the navigation bar is the Gavi logo (The Vaccine Alliance) and a menu with options: OUR ALLIANCE (underlined), PROGRAMMES & IMPACT, and INVESTING IN GAVI. The main content area displays a quote from Bill Gates, who is identified as Co-chair of The Bill & Melinda Gates Foundation. The quote, "The best investment we've ever made.", is enclosed in a red rectangular box. To the left of the quote is a portrait of Bill Gates.

« Notre meilleur investissement. »

GAVI, fondée par Bill Gates, est le deuxième plus important donateur privé de l'OMS après la Fondation Gates. Le poids de GAVI et de la Fondation Gates confèrent donc au milliardaire une influence énorme sur les programmes de l'OMS, influence d'ailleurs critiquée par plusieurs personnes au sein de l'organisation selon un article de *Politico* publié en 2017. (Voir *Bill Gates, « expert en santé publique » : investir dans les vaccins, c'est payant!*)

*The Nation* révélait aussi le 17 mars 2020 que la Fondation Gates avait fait des dons d'environ 250 millions de dollars à des compagnies dont elle détenait des parts, incluant les pharmaceutiques Merck, Novartis, GlaxoSmithKline, Sanofi, et Teva. Novartis, GlaxoSmithKline et Sanofi, travaillent elles aussi à la fabrication d'un vaccin contre la COVID-19.

Sachant cela, il est tout à fait légitime de douter des réelles motivations de Bill Gates lorsqu'il fait la promotion de la vaccination comme étant l'unique solution à la COVID-19.



Bill Gates est loin d'être le seul à avoir des conflits d'intérêts dans ce dossier, comme le démontre l'article de Radio-Canada « L'achat de vaccins contre la COVID-19 embrouillé par des conflits d'intérêts ». Plusieurs experts doutent que les « vaccins choisis pour protéger les Canadiens [soient] sélectionnés de façon transparente » puisqu'il existe plusieurs liens d'affaires entre les experts qui conseillent le gouvernement fédéral et les sociétés pharmaceutiques.

« L'immunité préexistante pourrait-elle être plus protectrice que les futurs vaccins? », demande Peter Doshi, qui note également l'absence d'intérêt des médias pour le sujet.

« Sans étudier la question, nous ne le saurons pas », ajoute-t-il, en déplorant le fait que les groupes placebo des essais cliniques des vaccins ne servent pas à une telle analyse.

Si la recherche sur l'immunité naturelle profiterait à la société dans son ensemble, elle n'est d'aucun intérêt pour ceux qui profitent d'une société malade.

Cette découverte risque donc de demeurer méconnue.