



ALETHEIA

Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit

Médecine et science pour l'application de mesures proportionnées

www.aletheia-scimed.ch - info@aletheia-scimed.ch

Aletheia c/o Postfach 1248, 6030 Ebikon

Recommandé

10 février 2021

Covid-19 - Lettre ouverte de médecins, scientifiques, entrepreneurs et professionnels de la santé en Suisse. A tous les membres du Conseil fédéral, du Conseil national, du Conseil des Etats, des conseils cantonaux, ainsi qu'à l'OFSP et aux médecins cantonaux.

Primum non nocere, Secundum cavere, Tertium sanare

Mesdames et Messieurs du Parlement

Chers fonctionnaires et dirigeants fédéraux et cantonaux

L'association Aletheia rassemble plus de 1 000 professionnels de la santé, en particulier des médecins et des infirmières, dont beaucoup travaillent quotidiennement sur le front du corona. Ce que nous vivons dans notre vie professionnelle et privée quotidienne n'est la plupart du temps pas comparable aux rapports et prévisions alarmistes que les médias et les autorités diffusent quotidiennement. Si - comme cela a été communiqué pendant des mois - il y avait une pandémie aux proportions aussi apocalyptiques, les conséquences seraient d'une toute autre nature.

En revanche, nous assistons à une politique de mesures à la fois inconsistantes et

incohérentes, caractérisée par des décisions qui ne sont ni compréhensibles ni scientifiquement justifiables, et qui ne peuvent pas non plus être légitimés par le droit constitutionnel. Il s'agit d'une politique de mesures qui mettent également en danger les normes de qualité et de sécurité de notre travail dans le secteur de la santé. Par exemple, l'intervention de l'État a exacerbé les pénuries de personnel existantes, en particulier en hiver. L'ingérence massive des autorités dans la souveraineté des traitements médicaux oblige de nombreux médecins à agir contre leurs principes éthiques et médicaux.

Extrait de la Déclaration de Genève de l'Association Médicale Mondiale:

„Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte.“

Dans la profession médicale, nous sommes actuellement probablement en minorité avec nos opinions. Nous considérons que nos arguments sont différenciés et nous attendons de vous qu'ils soient dûment pris en considération. Au sein du pouvoir législatif ou exécutif, vous portez la responsabilité des dommages collatéraux incommensurables des mesures prises, notamment aussi de la division presque irréparable de la société, de la diffamation des dissidents et de l'exclusion de la population du processus de formation de l'opinion. Nous approfondissons ce point dans les considérations juridiques du chapitre 16.

Le législateur suisse ne remplit pas l'obligation qui lui incombe depuis longtemps en vertu du droit constitutionnel d'exercer une surveillance générale sur le Conseil fédéral (art. 169 Cst. féd.). Jusqu'à présent, l'Assemblée fédérale n'a pas réussi à soumettre les fondements et l'efficacité des mesures du Conseil fédéral à un examen indépendant, critique et efficace (art. 170 Cst. féd.). En conséquence, les mécanismes de contrôle et de correction très centralisés de l'État constitutionnel suisse sont indéfiniment devenus inopérants depuis mars 2020.

Au vu des dommages économiques déjà gigantesques de 138 milliards de francs suisses (NZZ 28.11.2020) et les effets psychosociaux négatifs incommensurables causés par les mesures de restrictions dues au Corona, nous demandons aux politiques, aux décideurs et aux fonctionnaires ainsi qu'aux médias:

¹ <https://www.nzz.ch/wirtschaft/corona-krise-138-milliarden-franken-teuer-ld.1588354>.

- Qu'ils obtiennent des informations indépendantes, critiques et complètes dans le cadre du processus décisionnel et avant l'adoption de mesures de Corona contraignantes. Nous exigeons que la discussion politique sur le Corona soit reprise publiquement et de manière transparente. Nous demandons en particulier un débat impartial sur les voix critiques, les preuves scientifiques contradictoires et une information totalement neutre par le biais des médias.
- La levée immédiate de toute censure des contributions d'experts critiques et l'arrêt immédiat des reportages alarmistes unilatéraux de l'OFSP, de la Task Force, des politiciens et surtout des médias.
- Une réorientation fondamentale tenant compte de la proportionnalité de toutes les mesures et ce, dans le discours public tout en respectant les règles démocratiques et les structures juridiques suisses, car nous n'avons jamais eu une véritable urgence. Les mesures disproportionnées actuelles font plus de mal que de bien à la santé publique, sur le plan économique, physique, mental et émotionnel.

Les preuves scientifiques médicales sont insuffisantes pour justifier la politique actuelle et ses mesures. Un examen approfondi, transparent et complet par les dirigeants de toutes les données scientifiques disponibles au niveau mondial - même contradictoires - dans leur évaluation globale serait fondamental. Et ce même si elles se présentent de manière désagréable pour le groupe de travail et que les décisions précédentes s'avèrent fausses. Les médias mainstreams ne laissent pas suffisamment de place à un débat ouvert dans lequel des opinions et des points de vue controversés sont également publiés. Les données pertinentes ont été compilées, étudiées et leurs preuves confirmées par des études scientifiques de haute qualité menées par des scientifiques de renommée mondiale et hautement qualifiés. Cependant, les études pertinentes sont constamment et systématiquement ignorées et partiellement censurées par les dirigeants et les médias. Cela empêche la population de se faire une opinion objective et d'évaluer de manière critique les mesures ordonnées par les autorités. De plus, chaque canton a le pouvoir politique d'ajouter arbitrairement ses propres mesures, sur la base de preuves scientifiques douteuses. Cela n'est pas compatible avec notre démocratie directe.

„**Guérir sans nuire**” est le principe de toute action médicale. Cependant, les dommages collatéraux à court et à long terme qui sont actuellement infligés à la population dans tous

les domaines ont des effets plus négatifs et mortels en Suisse et dans le monde que le nombre de victimes du Corona qui sont maintenant sauvées.

A notre avis, les mesures actuelles contre le Corona et les sanctions sévères en cas de non-respect de celles-ci sont en contradiction avec les valeurs de la politique suisse de la santé, car l'essentiel n'est pas respecté : "science - expertise - qualité - impartialité - indépendance - transparence". Les conséquences sanitaires et psychosociales néfastes sont incalculables et incommensurables, la destruction économique des entreprises avec la menace existentielle qui en découle pour les personnes est incluse dans le calcul.

Les politiques strictement répressives qui entourent Corona sont contraires aux principes scientifiquement reconnus de la prévention des maladies, à savoir:

- Le renforcement de son propre système immunitaire grâce à un mode de vie qui garantit des possibilités d'exercice en fonction des besoins individuels et la promotion de liens sociaux dans l'environnement personnel.
- La garantie d'une prise en charge optimale des personnes âgées sans les confiner dans des institutions comme les prisonniers.
- Un investissement accru dans le système de santé, en particulier dans les besoins de soins, pour répondre aux demandes actuelles.

Le concept de santé

En 1948, l'OMS a défini la santé comme suit: „La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social“.

La santé est donc un concept large qui va bien au-delà du physique pour inclure le bien-être émotionnel et social des individus. Les autorités politiques ont également le devoir d'inclure ces droits de l'homme dans leurs décisions lorsqu'il s'agit de mesures relatives à la santé publique. Cela concerne des questions très fondamentales, telles que la pondération de la liberté individuelle dans l'environnement des personnes à haut risque, en particulier les personnes âgées, et l'acceptation de la mort dans la vieillesse. Ces questions doivent être débattues par la société dans son ensemble, et les processus décisionnels dans ce domaine ne doivent en aucun cas être laissés à quelques politiciens et fonctionnaires.

Les mesures mondiales et suisses actuelles de lutte contre le SRAS-CoV-2 sont très contraires à cette vision de la santé et des droits de l'homme. Elles sont absolument disproportionnées par rapport à la menace générale que représente le virus.

Nos revendications en bref:

L'abrogation immédiate de toutes les mesures restrictives adoptées, une information exclusivement factuelle et complète de la population par le gouvernement fédéral sur la nature, les effets secondaires et les éventuels dommages à long terme du vaccin génétique, et la réintroduction de la codétermination populaire en ce qui concerne les mesures de restriction des libertés et le retour à une normalité normale (et non "nouvelle"), car:

1. la proportionnalité des mesures par rapport à la menace réelle n'est pas donnée.
2. le SRAS-CoV-2 n'a jamais démontré la dangerosité telle que prétendue de manière répétée par certains virologues et épidémiologistes. Il se comporte dans le temps et selon les saisons comme les virus de la grippe connus, y compris le coronavirus en 2003.
3. nous n'avons jamais atteint le nombre de décès prédits, même si chaque décès est une expérience dramatique et émotionnelle pour les proches.
4. il n'y a, en moyenne, pas de surmortalité significative par rapport aux dix dernières années, si l'on tient compte des changements démographiques dans la structure des âges.
5. les hôpitaux n'ont jamais été surchargés et n'ont jamais atteint leurs limites dans l'ensemble, malgré les mesures rigoureuses de réduction des coûts du système de santé avec la fermeture d'hôpitaux et de lits et d'importantes réductions de personnel ces dernières années. Les surcharges occasionnelles ont été faites en interne, sont systémiques et ne peuvent être imputées au coronavirus.
6. les unités de soins intensifs n'ont dépassé que sporadiquement et localement un taux d'occupation moyen de 75 %.
7. les mesures restrictives (lock-down) n'ont pas d'influence démontrée sur le taux d'infection.
8. un test absolument inadapté et jamais validé (test PCR) est utilisé pour l'identification des "personnes infectées", avec lequel aucune infection par un virus répliquable et infectieux ne peut être détectée.

9. on utilise un test qui, en raison de son inadéquation, produit énormément de faux résultats positifs et sur la base duquel on prend des mesures qui causent des dommages économiques et sociaux incommensurables que les générations futures devront payer.
10. il n'existe aucune base scientifique pour établir une corrélation entre les tests positifs et la dangerosité du virus, et le flot de mesures ordonnées ne constitue donc plus une restriction compréhensible de la liberté.
11. la probabilité que le virus soit éradiqué par un vaccin est très faible. Le virus mute trop vite et vous courez toujours après lui, comme pour tous les virus de la grippe.
12. De nombreuses étapes importantes ont été omises dans le développement du vaccin à ARNm spécialement concernant les constatations de sécurité et d'efficacité, tant dans les phases précliniques que cliniques.
13. un nouveau développement, qui prend généralement au moins 8 à 15 ans, a été comprimé en un an à peine, avec pour résultat que nous en savons bien trop peu sur l'efficacité et, surtout, sur les effets secondaires des vaccins. Il s'agit d'une boîte de pandore.
14. en raison d'un manque de prudence dans le développement du vaccin, la campagne de vaccination constitue un essai de terrain sur l'homme qui relève du droit pénal.
15. nous voulons que tous les systèmes de communication utilisent à l'avenir des rapports objectifs, neutres, véridiques, complets et scientifiques, en évitant la peur et la panique. Ils devraient s'abstenir de toute déclaration diffamatoire et insultante à l'égard des dissidents et des critiques et leur accorder l'espace approprié pour exprimer librement leurs opinions dans les médias. Ils doivent avant tout remplir leur obligation de remettre tout en question et, grâce à des recherches sérieuses et bien fondées, essayer de mettre en lumière la "vérité", dans la mesure où cela est humainement possible.

Objectifs visés: Grâce à l'expérience et aux données accumulées l'année dernière, nous savons quels sont les individus qui courent un risque accru de tomber gravement malades ou de mourir du virus. Il s'agit, quel que soit leur âge, de personnes souffrant de maladies chroniques graves. L'augmentation plus importante des décès dus au Covid-19 chez les plus de 80 ans est également due au fait que ce groupe d'âge connaît, en raison de l'évolution démographique, une augmentation disproportionnée du pourcentage de personnes atteintes de maladies. Avec une fraction du montant des dommages accumulés à ce jour à la suite des mesures mises en place, un concept de protection efficace pourrait être développé spécifiquement pour les personnes à risque, auquel notre système de santé peut facilement faire face. Les données de l'Office fédéral de la statistique et de l'OFSP montrent que le pourcentage de décès chez les moins de 70 ans est très faible et ne diffère pas des années précédentes. Ces personnes n'ont pas besoin d'être mises au chômage par des mesures de quarantaine et des secteurs entiers de l'économie amenés au bord de la ruine par des mesures de lock-down. Nous espérons que nos efforts pour traiter la crise de Corona de manière factuelle seront couronnés de succès et que nous pourrions encourager les dirigeants politiques, les fonctionnaires, les entrepreneurs et les leaders d'opinion à faire face aux faits qui sont effectivement disponibles, à traiter les différentes interprétations de ceux-ci et à agir en conséquence. Ceci au bénéfice de toute la population, des personnes réellement menacées par le virus, des personnes âgées et surtout des jeunes qui devront un jour payer la facture.

En annexe, les revendications ci-dessus sont analysées et commentées. La table des matières aide à s'orienter.

Meilleures salutations

Aletheia, Médecine et science pour l'application de mesures proportionnées

Dr. med. Andreas Heisler, Ebikon

Fabien Balli-Frantz, Biel

Dr. Werner Michael Heller, Schüpfheim

Dr. med. Rainer Schregel, Wattwil

Dr. med. Ruke Wyler, Bern

Philipp Kruse, Rechtsanwalt, LL.M.

Dr. med. Urs Guthauser, Bern

Dr. Sc. Nat. ETH Barbara Müller, Ettenhausen

Dr. med. Björn Riggenschach, Neuchâtel

Dr. med. Dieter Thommen, Thun

Dr. med. Thomas Binder, Wettingen

Dr. jur. Gerald Brei, Rechtsanwalt

Sowie Mitglieder und Unterstützer von ALETHEIA – Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit

www.aletheia-scimed.ch – info@aletheia-scimed.ch

Annexes:

Table des matières

1.	La prédiction d'une pandémie avec des millions de morts	9
2.	Evolution de SARS-CoV-2	10
3.	Tests RT-PCR de Corman-Drosten	11
4.	Cycles d'amplifications, Cycle threshold (Ct-Wert)	16
5.	Mesures de Lockdown inefficaces	17
6.	Taux de reproduction	18
7.	Les mesures n'ont aucun effet sur le taux de reproduction	19
8.	Du nombre de tests au regard des mesures de restrictions	21
9.	Le port du masque n'a aucun impact sur l'évolution du virus	22
10.	Pas de surcharge des unités de soins intensifs	25
11.	Pas de surmortalité: Absence d'augmentation significative par rapport à 2015	26
12.	Système immunitaire	29
13.	Vaccin	31
14.	Mutations de virus	33
15.	Impact psychologique sur la société	34
16.	Considérations juridiques.....	36

1. La prédiction d'une pandémie avec des millions de morts

En mai 2009, l'OMS a supprimé deux points essentiels de la définition de la pandémie : les décès et les malades. Auparavant, un nombre énorme de morts et de malades dans plusieurs États était la condition. Ce n'est plus le cas depuis 2009. Il suffit maintenant que l'agent pathogène se répande rapidement dans plusieurs régions du monde. Le fait que de nombreuses personnes meurent ou tombent malades n'est plus un critère pour une pandémie.

- „Profiteure der Angst - Das Geschäft mit der Schweinegrippe“/ „Grippe A, un virus fait débat“, Arte.tv
Dokumentation vom 20. Oktober 2009

Au début de la "pandémie", les mesures étaient compréhensibles, bien qu'il y ait eu des différences dans la mise en œuvre dans les pays qui nous entourent. L'OMS avait initialement indiqué en mars que le taux de mortalité parmi les 19 cas enregistrés était de 3,4 %, ce qui s'est avéré être un chiffre plus de dix fois trop élevé par la suite. Sur la base de ces cas, l'OMS a prédit des millions de décès dus à un virus hautement contagieux pour lequel il n'existe ni traitement ni vaccination. Il y aurait donc une pression sans précédent sur le système de santé, nos hôpitaux et nos unités de soins intensifs.

Les épisodes de surmortalité liés à une grippe ont été nombreux au cours de ce siècle et du siècle dernier. Au printemps 2015, une forte vague de grippe s'est abattue sur le pays, faisant environ 2 500 morts en plus du nombre normalement prévu. En outre, environ 500 personnes supplémentaires meurent chaque année en raison du nombre croissant de personnes âgées en Suisse.

- La grippe et la canicule ont causé un nombre exceptionnellement élevé de décès en 2015, Office fédéral de la statistique (OFS), Communiqué de presse du 14.11.2017.

Les images de Wuhan, les déclarations susmentionnées de l'OMS et la nature des communiqués ont conduit à un état de panique alarmante mondial sans précédent dans l'histoire de l'humanité : "Aplatir la courbe" est devenu le slogan mondial, toute la société et l'économie ont été bouclées par des lock-down et des personnes en bonne santé ont été mises en quarantaine. La transformation sociale et économique a été déclarée la nouvelle norme. On attend un vaccin avant de pouvoir revenir sur les mesures prises. Depuis lors, les médias n'ont cessé de maintenir la panique et les inquiétudes à un niveau élevé grâce à des reportages scientifiquement infondés et de plus en plus partiaux.

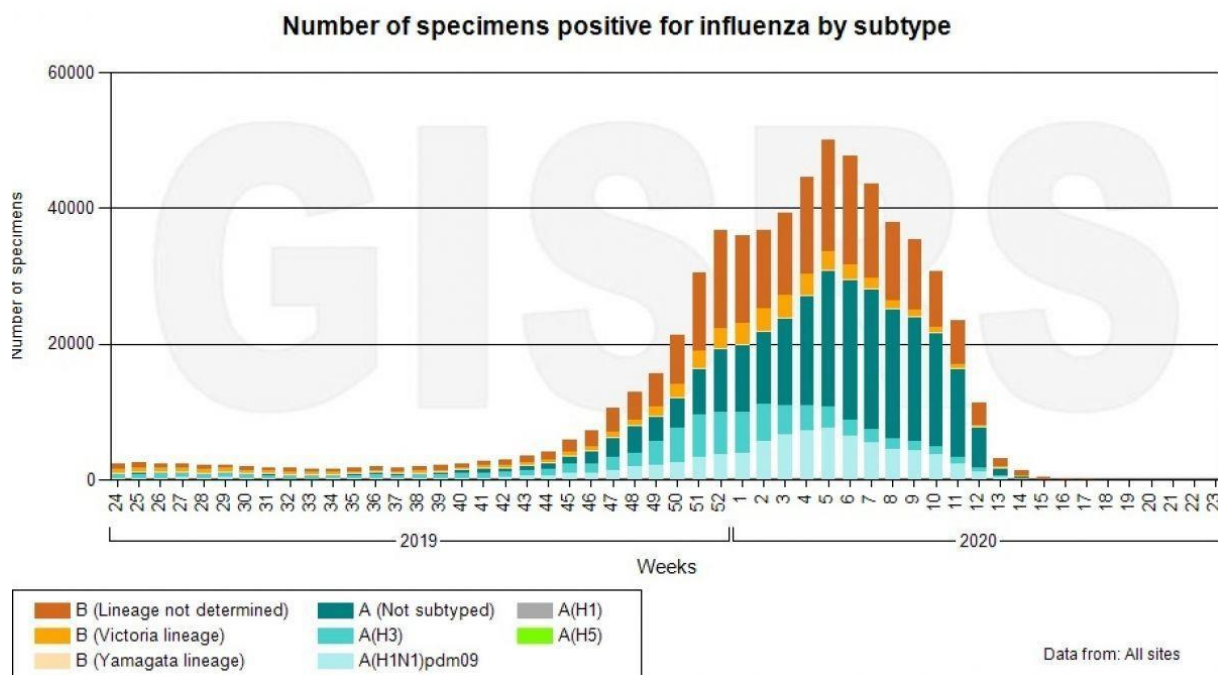
Conclusion : en raison de l'affaiblissement des critères de pandémie par l'OMS en 2009, selon lesquels seule la propagation suprarégionale d'un agent pathogène et non plus le nombre de décès et de malades compte, la pandémie de SRAS-CoV-2, qui est discutable d'un point de vue scientifique, a été déclarée. Le taux de mortalité élevé initialement prévu était une surestimation massive. Le système de soins de santé n'a jamais été débordé dans son ensemble. Les prédictions ne se sont jamais vérifiées. Le traitement scientifique inadéquat des données et la manière dont elles ont été communiquées ont provoqué la panique au sein de la population.

2. Evolution de SARS-CoV-2

Cependant, les faits montrent une réalité différente. Le covid-19 suit le cours normal de l'augmentation puis de la diminution (Fig. 2, 3), comme lors d'une saison de grippe ordinaire (Fig. 1). Comme chaque année, nous voyons un mélange de virus de la grippe qui se comportent ainsi au fur et à mesure de leur progression : d'abord les rhinovirus, puis les virus de la grippe A et B, puis les coronavirus. Rien n'est différent de ce que nous connaissons normalement.

- Ivor Cummins, <<https://youtu.be/3cjgicrA504>>, à partir de 13' 38".
- Grippe saisonnière 2016/17, Office fédéral de la santé publique (OFSP), OFSP-Bulletin 31 du 31.07.2017.

Figure1



- <<http://www.who.int/flunet>>.
- <<https://www.riffreporter.de/asset/who-influenza-0620.w1200.c0.jpg>>.

Conclusion : les virus du SRAS-CoV-2 se comportent de façon saisonnière de la même manière que les virus de la grippe déjà connus.

3. RT-PCR-Test de Corman-Drosten

Ce test est le critère de base auquel sont soumises toutes les activités de la Task Force et des dirigeants du monde entier. Ce test est censé prouver si une personne est infectée par le coronavirus. Ce test est censé déterminer le nombre de cas des personnes infectées et donc du taux de reproduction. Ce test détermine en fin de compte de quoi est morte une personne. Ce test est à la base de toutes les histoires horribles, des campagnes de panique et de la propagation de la peur dans la population. Ce test est la base pour justifier les mesures restrictives et la manipulation de la population. Ce procédé repose sur l'hypothèse que le virus est extrêmement dangereux et hautement contagieux. Les données recueillies jusqu'à présent indiquent le contraire : il s'agit d'un virus dont le comportement et la dangerosité sont similaires à ceux de la grippe et d'anciens coronavirus (2003). Plus de 99,8% survivent à l'infection, et seul un faible pourcentage des personnes infectées doivent être hospitalisées ou présentent un état grave nécessitant des soins intensifs*. L'âge moyen des patients décédés testés positifs en Suisse est de 86 ans. 97% ont généralement des maladies antérieures graves. L'espérance de vie moyenne dans la population normale est d'environ 84 ans. Même si chaque décès est une triste expérience pour les proches, il faut néanmoins accepter qu'un décès à cet âge, quelle qu'en soit la cause, est un événement tout à fait naturel. Il est incompréhensible qu'une société entière soit si gravement endommagée et doive laisser derrière elle des dettes massives, que notre jeunesse en particulier devra un jour rembourser, simplement parce que nous nous sommes tellement éloignés de la nature que nous ne pouvons plus accepter l'occurrence la plus naturelle de la vie : La mort des personnes très âgées.

- *John P A Ioannidis, Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data, Bulletin of the World Health Organization; Type: Research Article ID: BLT.20.265892, Oct. 2020.

De sérieuses critiques ont été formulées très tôt par divers experts de renom. Ils ont été ignorés et leurs objections systématiquement censurées sur Internet, supprimées et les auteurs personnellement diffamés par les médias. Le 27 novembre 2020, 22 scientifiques de renommée internationale et hautement qualifiés ont publié dans Eurosurveillance 2020 un

rapport Peer Review concernant le test RT-PCR de Drosten, qui ne peut plus être censuré. Selon ce rapport, le test RT-PCR développé par Corman-Drosten présente des défauts scientifiques importants au niveau moléculaire et méthodologique. En raison de ces graves lacunes, une lettre de rétractation a été rédigée pour demander au journal scientifique Eurosurveillance de retirer le rapport de Corman-Drosten et al. du 22 janvier 2020 sur le test RT-PCR qu'ils ont développé.

- Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR, Eurosurveillance 25(8) 2020.

Les auteurs du rapport Peer Review ont procédé à un examen approfondi point par point des travaux de M. Drosten, en tenant compte de la littérature pertinente sur le sujet.

Ils sont arrivés à la conclusion suivante:

„Le protocole RT-qPCR publié pour la détection et le diagnostic du 2019-nCoV et le manuscrit souffrent de nombreux défauts techniques et scientifiques, notamment une conception de Primer design, un protocole RT-qPCR problématique et inadéquat, et un manque de validation précise du test. Ni l'essai soumis ni le manuscrit lui-même ne répondent aux exigences d'une publication scientifique acceptable. En outre, les conflits d'intérêts graves des auteurs ne sont pas mentionnés. Enfin, le délai très court entre la soumission et l'acceptation de la publication (24 heures) signifie que soit aucun processus systématique de Peer Review n'a été mené ici, soit que la qualité est insuffisante. Nous fournissons des preuves irréfutables de multiples lacunes scientifiques, erreur après erreur. Compte tenu des erreurs scientifiques et méthodologiques présentées ici, nous sommes convaincus que le comité de rédaction d'Eurosurveillance n'a pas d'autre choix que de retirer la publication.“

„RÉSUMÉ DES ERREURS CONSTATÉES DANS LES TRAVAUX DE CORMAN-DROSTEN

1. Il n'y a pas de raison particulière d'utiliser les concentrations extrêmement élevées de Primers dans ce protocole. Les concentrations décrites entraînent une augmentation de la liaison non spécifique et des amplifications des produits de la PCR, ce qui rend le test inapproprié comme outil de diagnostic spécifique pour l'identification du virus SARS-CoV-2.

2. Six positions instables non spécifiées entraîneront une énorme variabilité dans la mise en œuvre de ce test en laboratoire dans le monde réel ; La description non spécifique déroutante du document de Corman-Drosten ne se prête pas à un protocole d'exploitation standard, ce qui rend le test inadapté en tant qu'outil de diagnostic spécifique pour

identifier le virus SARS-CoV-2.

3. Le test ne peut pas distinguer le virus entier et les fragments de virus. Par conséquent, le test ne peut pas être utilisé pour diagnostiquer un virus intact (infectieux), ce qui le rend inadapté comme outil de diagnostic spécifique pour identifier le virus SARS-CoV-2 et déduire la présence d'une infection.

4. Une différence de 10° C dans la température de recalibrage T_m pour la paire de Primer1 (RdRp_SARSr_F et RdRp_SARSr_R) rend également le test inapproprié comme outil de diagnostic spécifique pour l'identification du virus SARS-CoV-2.

5. L'omission d'une valeur de Ct lorsqu'un échantillon est considéré comme positif et négatif constitue un défaut grave. Cette valeur de Ct ne se retrouve pas non plus dans les soumissions de suivi, ce qui rend le test inapproprié comme outil de diagnostic spécifique pour l'identification du virus SARS-CoV-2.

6. Les produits PCR n'ont pas été validés au niveau moléculaire. Ce fait rend le protocole inutile en tant qu'outil de diagnostic spécifique pour l'identification du virus SARS-CoV-2.

7. Le test PCR ne comprend pas de témoin positif clair pour évaluer sa spécificité pour le virus SARS-CoV-2, ni de témoin négatif pour exclure la présence d'autres coronavirus, ce qui le rend inadapté comme outil de diagnostic spécifique pour l'identification du virus SARS-CoV-2.

8. La conception du test dans le document de Corman-Drosten est si vague et imparfaite qu'elle pourrait être prise dans des dizaines de directions différentes ; rien n'est standardisé, et il n'y a pas de Standard Operating Procedure (SOP). Cela remet en question la validité scientifique du test et le rend inadapté en tant qu'outil de diagnostic spécifique pour l'identification du virus SARS-CoV-2.

9. Il est fort probable que l'article de Corman-Drosten n'ait pas fait l'objet d'un examen par un collège d'experts, ce qui rend le test inadapté en tant qu'outil de diagnostic spécifique pour l'identification du virus SARS-CoV-2.

10. Pour au moins quatre auteurs, il existe de graves conflits d'intérêts. En outre, deux des auteurs du document Corman-Drosten (Christian Drosten et Chantal Reusken) sont membres du comité de rédaction d'Eurosurveillance. De surcroît, Victor Corman et Christian Drosten ont omis de mentionner leur deuxième affiliation: le laboratoire d'essais commerciaux "Labor Berlin". Tous deux y sont responsables du diagnostic viral et la société travaille dans le domaine des tests PCR en temps réel.

À la lumière de notre réexamen du protocole de test décrit dans le Corman-Drosten pour

l'identification du SARS-CoV-2, nous avons identifié des défauts et des erreurs y associées qui rendent le test PCR inutilisable pour le SARS-CoV-2. L'identification des erreurs a l'avantage de réduire considérablement le coût humain et la souffrance à l'avenir.

Externe Peer-Review des RTPCR-Tests zum Nachweis von SARS-CoV-2 zeigt 10 wesentliche wissenschaftliche Mängel auf molekularer und methodischer Ebene: Folgen für falsch positive Ergebnisse. Eurosurveillance 2020, 27.Nov. 2020

Pieter Borger(1), Bobby Rajesh Malhotra(2) , Michael Yeadon(3) , Clare Craig(4), Kevin McKernan(5) , Klaus Steger(6) , Paul McSheehy(7) , Lidiya Angelova(8), Fabio Franchi(9), Thomas Binder(10), Henrik Ullrich(11) , Makoto Ohashi(12), Stefano Scoglio(13), Marjolein Doesburg-van Kleffens(14), Dorothea Gilbert(15), Rainer Klement(16), Ruth Schrufer(17), Berber W. Pieksma(18), Jan Bonte(19), Bruno H. Dalle Carbonare(20), Kevin P. Corbett(21), Ulrike Kämmerer(22)

Les auteurs en concluent que:

„Les praticiens doivent être conscients de la précision et de la rapidité accrues des techniques de diagnostic moléculaire pour diagnostiquer les infections, mais aussi comprendre leurs limites. Les résultats de laboratoire doivent toujours être interprétés dans le contexte de la condition clinique du patient, et la qualité et le moment du prélèvement des échantillons sont nécessaires tout autant que le lieux de développement pour obtenir des résultats fiables. “

Cette déclaration faite ci-dessus exige impérativement et dans chaque cas individuel une évaluation médicale de l'état clinique pour établir le diagnostic. Dans le cas des tests de masse effectués en dehors des centres de santé, cette exigence de base fait défaut. Le diagnostic „infection au coronavirus“ basé uniquement sur le test PCR est donc inadmissible et contredit toute action médicale correcte. Remplir un questionnaire lors du prélèvement d'un échantillon ne suffit pas. Les déclarations publiques quotidiennes des personnes nouvellement „infectées“ sont intenable car elles ne sont pas corrélées par les observations clinique de la personne affectée effectuées par un médecin. Elles ne génèrent donc que peur et panique. Avec des faits erronés, on obtient une acceptation dans la population afin de pouvoir prendre des restrictions toujours plus strictes..

„ Il s'agit là de graves défauts de conception car le test ne peut pas distinguer le virus entier des fragments viraux. Le test ne peut pas être utilisé pour diagnostiquer les virus du SRAS. “

Cette déclaration des auteurs indique également que le test PCR ne doit pas être utilisé pour diagnostiquer une „infection au coronavirus“. Il ne détecte pas de virus. Les "chiffres d'infection" officiels publiés quotidiennement ne sont en réalité que le nombre de personnes

testées positives pour des fragments de virus et ne prouvent pas une infection. Par conséquent, le terme "cas infectés" est déformé et inadmissible. Pour une compréhension générale, la définition du terme "infection" selon "Pschyrembel" : "Une infection est caractérisée par la pénétration de micro-organismes pathogènes, tels que des bactéries ou des virus, dans un organisme avec une colonisation et une multiplication ultérieures. Le degré d'infection dépend de la pathogénicité et de l'infectiosité de l'agent pathogène ainsi que du système immunitaire de l'hôte. Cependant, toutes les infections ne conduisent pas à une maladie infectieuse". Le test ne détecte que des fragments d'un ARNm généré par un modèle informatique et attribué au Covid-19, et non un virus entier intact et répliquable. Le critère le plus important n'est pas détecté : "la colonisation et la réplication". Il est correctement indiqué sur les kits de test qu'ils ne peuvent être utilisés qu'à des fins scientifiques et non pour le diagnostic de maladies.

Dans une étude publiée dans Nature Public Health Emergency Collection, en septembre 2020, l'auteur conclut: *„La détection du SARS-CoV-2 par RT-PCR n'est pas toujours fiable. Pour une utilisation pratique, ces tests présentent de nombreuses incertitudes, non seulement en termes de faible sensibilité et parfois de faible spécificité, mais aussi en termes de qualité de la collecte des échantillons.“*

- Adrian Gillissen, Übersicht zu Sensitivität und Spezifität des SARS-CoV-2-Nachweises mittels PCR, 10.1007/s15033-020-1912-4.

Citations de KARY MULLIS Prix Nobel et inventeur du test PCR: *„Et avec le PCR - si celui-ci est bien fait - vous pouvez trouver presque TOUT dans N'IMPORTE QUOI ! Cela peut être considéré comme un ABUS : prétendre qu'il est SIGNIFICATIF ! Prendre une petite quantité de N'IMPORTE QUOI, la rendre mesurable, puis la présenter comme si elle était IMPORTANTE. Le test ne vous dit PAS si vous êtes malade, ou si ce qui a été trouvé pourrait vraiment NUIRE.“*

Conclusion : le test RT-PCR est inadapté au diagnostic d'une maladie. Il ne peut être utilisé qu'à des fins scientifiques. Ceci est également noté sur chaque kit de prélèvement. Le test ne peut pas détecter les virus intacts capables de se répliquer et d'être infectés. Les personnes testées positivement ne doivent donc pas être comptabilisées comme malades ou infectieuses. Les nombres de cas générés par ce système sont incorrects. Pour un diagnostic de Covid-19, il est impératif d'avoir des symptômes cliniques spécifiques et sévères. D'autres causes présentant un schéma de maladie similaire doivent être exclues.

4. Cycles d'amplification, Cycle threshold (Ct-Wert)

En Suisse, d'innombrables tests différents non standardisés sont utilisés. L'ensemble de la stratégie de test n'est pas standardisé. Les taux d'amplification, c'est-à-dire les valeurs de Ct, peuvent atteindre 45 ct selon le laboratoire. Cela signifie que jusqu'à plus de 35 billions de copies de fragments peuvent être produites à partir d'un fragment de virus prélevé. Aucune réponse fiable ne peut être donnée sur la charge virale des virus entiers capables de se répliquer, leur potentiel d'infection et la probabilité que le porteur soit malade. Il est inacceptable qu'un test comportant plus de 30 amplifications classe une personne comme infectée, potentiellement infectieuse et la mette en quarantaine, ainsi que ses contacts. En médecine légale, un test comportant plus de 30 amplifications n'est plus admis comme preuve. L'OMS mentionne dans un bulletin de décembre 2020 qu'il ne faut pas appliquer plus de 25 cycles. Dans les laboratoires suisses, il n'existe pas de procédure standard, des kits provenant de multiples fabricants différents sont utilisés et, selon le laboratoire, jusqu'à 45 cycles d'amplification sont appliqués. La question est plus que justifiée : pourquoi une valeur maximale de Ct correspondante n'est-elle pas spécifiée dans les diagnostics Covid ?

- Inaugural – Dissertation Medizinische Fakultät der Bayerischen Julius-Max.-Universität Würzburg, Florian Goetz, Febr. 2006.
- WHO: Information Notice for IVD Users du 14.12.2020.
- <<https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>>.

En Suisse, 462 623 personnes ont été testées positives jusqu'à la 50e semaine. Sur ce total, 16 458 personnes ont été hospitalisées, soit 3,56%. Le taux de positivité et le nombre de personnes hospitalisées dont le test est positif dépendent directement du test PCR et de son taux d'amplification. Cependant, plus la valeur du Ct est élevée, plus on compte de faux positifs, ce qui génère un nombre excessif d'hospitalisations et de décès diagnostiqués Covid-19. Comme les valeurs du Ct ne sont pas communiquées par les laboratoires aux médecins traitants dans la plupart des cas, il n'est même pas possible de faire des déclarations fiables sur une charge virale théorique, qui serait une condition préalable à la confirmation du diagnostic clinique de Covid-19. Cela donne une fausse image des hospitalisations, des décès et de la situation épidémiologique.

- OFSP Etat de situation du 23.12.2020.

Conclusion : il n'existe pas de procédure standard dans l'utilisation du test PCR en Suisse. Le taux d'amplification (valeur Ct) peut être jusqu'à 45 fois au lieu d'un maximum de 25 fois. Plus cette valeur est élevée, plus le taux de faux positifs est élevé, jusqu'à plus de 97 %. Mais en règle générale, les médecins responsables ne connaissent pas la valeur de Ct ce qui est absolument nécessaire pour l'évaluation d'une charge virale théorique. Il en résulte souvent une surestimation des personnes infectées, des patients et des décès, sur la base de quoi des mesures sont prises.

5. Mesures de Lock-down inefficaces

Figure 2

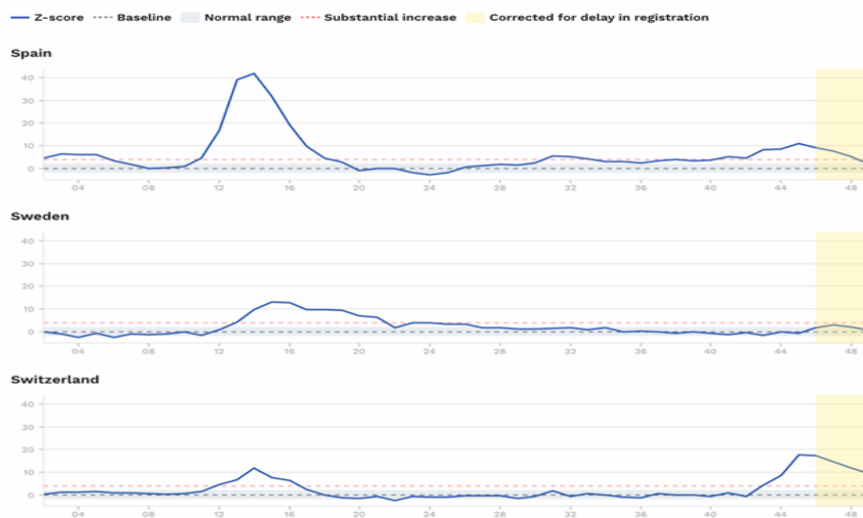


Figure 2 : Selon les statistiques d'Euromomo, l'Espagne, le pays où le lockdown est le plus sévère, a connu plus de décès que la Suède, le pays où les restrictions sont les moins sévères. Lors de la deuxième vague, l'Espagne et la Suède ont toutes deux enregistré une réduction significative du nombre de décès, malgré des mesures restrictives très différentes. La comparaison internationale, y compris avec la Suisse, soulève la question du bénéfice des mesures de lockdown.

Dans une étude du Prof. Ioannidis et. al. publiée en décembre 2020, dans laquelle l'effet de mesures non pharmaceutiques (NPI) telles que le lockdown etc. sur le Covid-19 a été étudié, la conclusion suivante a été tirée: „Inferences on effects of NPIs are non-robust and highly sensitive to model specification. Claimed benefits of lockdown appear grossly exaggerated.“* *Traduction* : „Les conclusions sur les effets des NPI sont non robustes et très sensibles à la spécificité du modèle. Les avantages revendiqués du lockdown semblent grossièrement exagérés”

Une autre de ses études, revue et approuvée par un collège d'experts, conclut: „While small benefits cannot be excluded, we do not find significant benefits on case growth of more restrictive NPIs. Similar reductions in case growth may be achievable with less restrictive interventions.“** *Traduction* : „Si de faibles avantages ne peuvent être exclus, nous ne trouvons pas d'avantages significatifs sur la croissance des cas des NPI plus restrictifs. Des réductions similaires de la croissance des cas peuvent être obtenues avec des interventions moins restrictives.“

Ce travail contredit clairement un article publié dans Nature au printemps, qui affirme que le lockdown complet était responsable d'une réduction de 80% de la valeur de reproduction.

- *Effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19: A Tale of Three Models, Vincent Chin, John P.A. Ioannidis et al, medRxiv preprint: <<https://doi.org/10.1101/2020.07.22.20160341>>.
- **ASSESSING MANDATORY STAY-AT-HOME AND BUSINESS CLOSURE EFFECTS ON THE SPREAD OF COVID-19, Ioannidis J. et al. European Journal of Clinical Investigation, Januar 2021.
- Ivor Cummins, <https://youtu.be/3cjgicrA504>

Conclusion : en comparant les pays, on ne constate aucun effet des mesures sur la propagation du virus. Avec des mesures beaucoup plus restrictives, l'Espagne et aussi la Suisse ont subi plus de décès à l'automne que la Suède, avec des restrictions relativement légères. Le taux de mortalité plus élevé observé en Suède au printemps était lié au système et concernait principalement les maisons de soins infirmiers et les maisons pour personnes âgées.

6. Taux de reproduction

Les mesures restrictives sont prises non seulement sur la base du nombre de cas, mais aussi sur la base des nombres de reproduction. Sur la base de la valeur de reproduction (R_e), la Task Force évalue la situation épidémiologique à un moment donné. Voir le graphique ci-dessous. Le taux de reproduction indique combien de personnes une personne infectée infecte en moyenne dans les conditions actuelles. Une valeur de reproduction = 1 signifie qu'un porteur de virus infecte en moyenne une autre personne avec le virus. Le nombre de personnes malades reste donc constant. Avec une valeur inférieure à 1, la propagation d'un agent pathogène est freinée. Avec une valeur supérieure à 1, la propagation du virus augmente jusqu'à une croissance exponentielle.

- ETH Zürich, <<https://tb.ethz.ch/plot.html>>.

Un calcul exact du nombre de reproductions est difficile, voire impossible, car il dépend fortement des informations disponibles. Le nombre de tests effectués joue également un rôle. Plus le nombre de tests effectués est élevé, plus la revalorisation est importante et peut être augmentée arbitrairement. Ces tests sont à leur tour basés sur une procédure totalement inadaptée au diagnostic de l'"infection au coronavirus", le test PCR, qui peut à son tour produire des résultats faussement positifs très élevés en fonction du nombre d'amplification..

- <<https://www.br.de/nachrichten/wissen/was-bedeutet-die-reproduktionszahl-r,RwQHkDb>>.

7. Les mesures n'ont aucun effet sur le taux de reproduction

Figure 3 Source: Swiss National Covid-19 Science Task Force

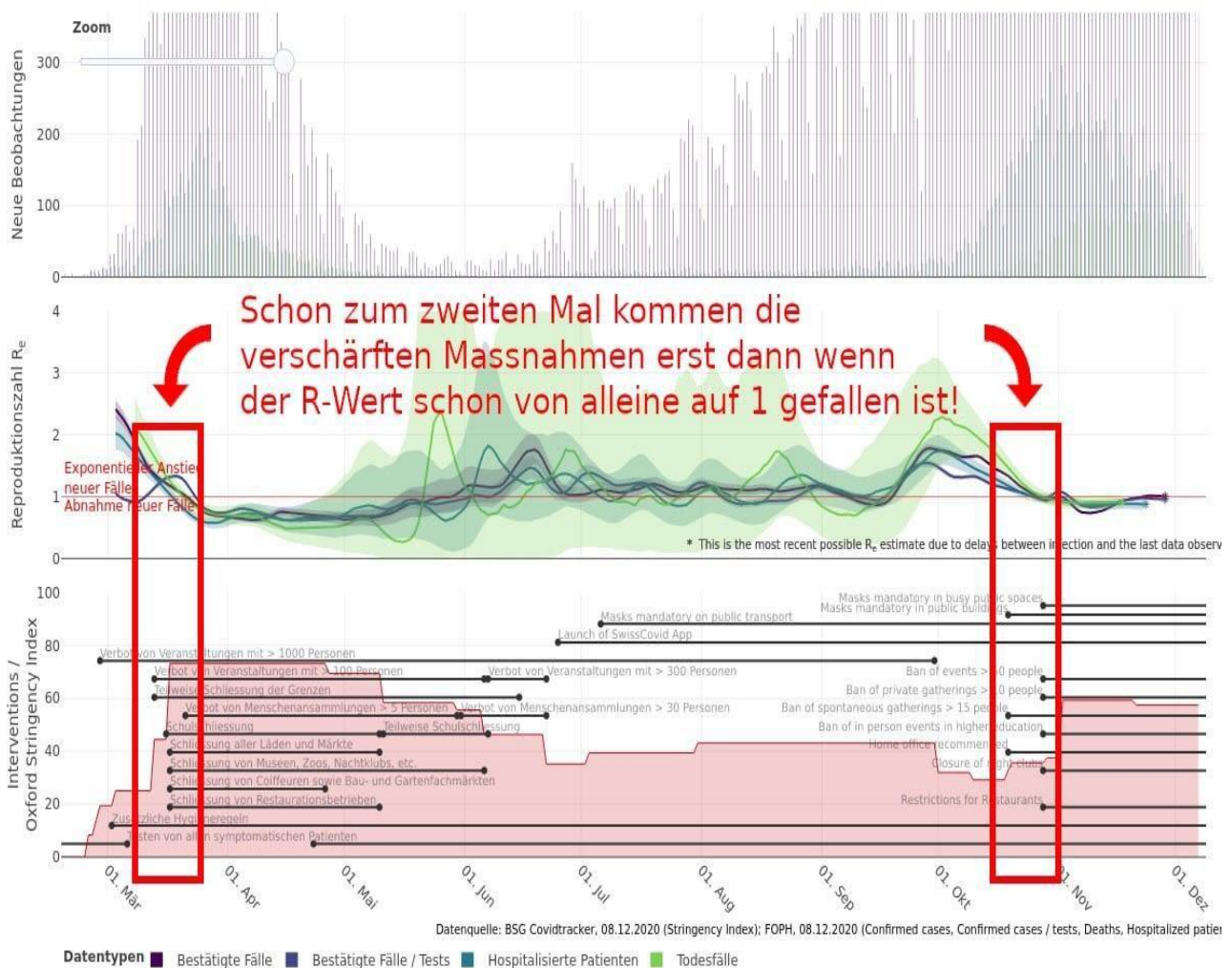


Figure 3 : Le graphique supérieur montre les taux de reproduction et le graphique inférieur montre les mesures adoptées par le gouvernement fédéral au fil du temps..

Dès le début du mois de mars, nous avons observé une forte baisse des valeurs R_e , qui sont passées de près de 3 à un peu plus de 1, jusqu'au 17 mars, date à laquelle le lock-down a été déclaré dans toute la Suisse. Cependant, selon la Task Force, la valeur R_e calculée aujourd'hui représente l'incidence de l'infection d'il y a environ 10 jours. Cela signifie que le 7 mars, ou même avant, l'incidence de l'infection ne connaissait déjà plus une croissance exponentielle. C'est-à-dire que l'incidence de l'infection s'était stabilisée ou était déjà en baisse bien avant que les mesures de lock-down ne soient activées.

Au fil de l'année, on observe dans la courbe l'absence totale de signes d'une quelconque influence des mesures prises sur la propagation du virus. Fin juin, l'application suisse Covid a été introduite et début juillet, les masques ont été rendus obligatoires dans tous les moyens de transport public. Ces mesures n'ont pas non plus eu d'influence sur la courbe*.

Le dépistage de tous les patients symptomatiques n'a pas non plus eu d'effet sur la propagation du virus. À la mi-septembre, la hausse attendue des taux de reproduction, des tests positifs, des hospitalisations et des décès s'est produite, malgré les mesures mises en place. À partir du 1er octobre, les valeurs de reproduction susmentionnées ont de nouveau chuté et, à la fin novembre, elles étaient revenues à "1".

Les mesures n'ont pas non plus d'effet sur les décès, si l'on tient compte du fait que la mort en cas d'infection grave survient en moyenne après environ 14 à 21 jours. Néanmoins, de nouvelles restrictions massives et les masques obligatoires dans tous les lieux intérieurs et les écoles suivront à la fin du mois de novembre. Des personnes en bonne santé sont contraintes de porter le masque pendant des heures durant au travail, sans aucune base scientifique objective montrant un bénéfice avéré.

Une étude réalisée à Wuhan en novembre 2020 n'a révélé aucune contagion provenant de personnes asymptomatiques en bonne santé**. Les étudiants en bonne santé sont obligés de porter des masques même si les données montrent qu'ils peuvent gérer l'infection sans symptômes graves et ne présentent pas de risque d'infection pour les personnes âgées. En tout état de cause, aucune preuve scientifique ne vient étayer une affirmation contraire. Cette mesure n'est pas justifiée, surtout si l'on tient compte des conséquences négatives du port du masque sur la santé.

La politique de restrictions devient totalement incompréhensible du fait que, alors que la situation se normalise, des mesures sont prises qui plongeront le tourisme, la restauration et d'autres industries dans les plus grandes difficultés économiques, voire dans la faillite. Enfin, le Conseil fédéral a décidé de s'ingérer dans les affaires privées les plus intimes des citoyens et de déterminer comment les contacts sociaux les plus intimes au sein des familles doivent être menés.

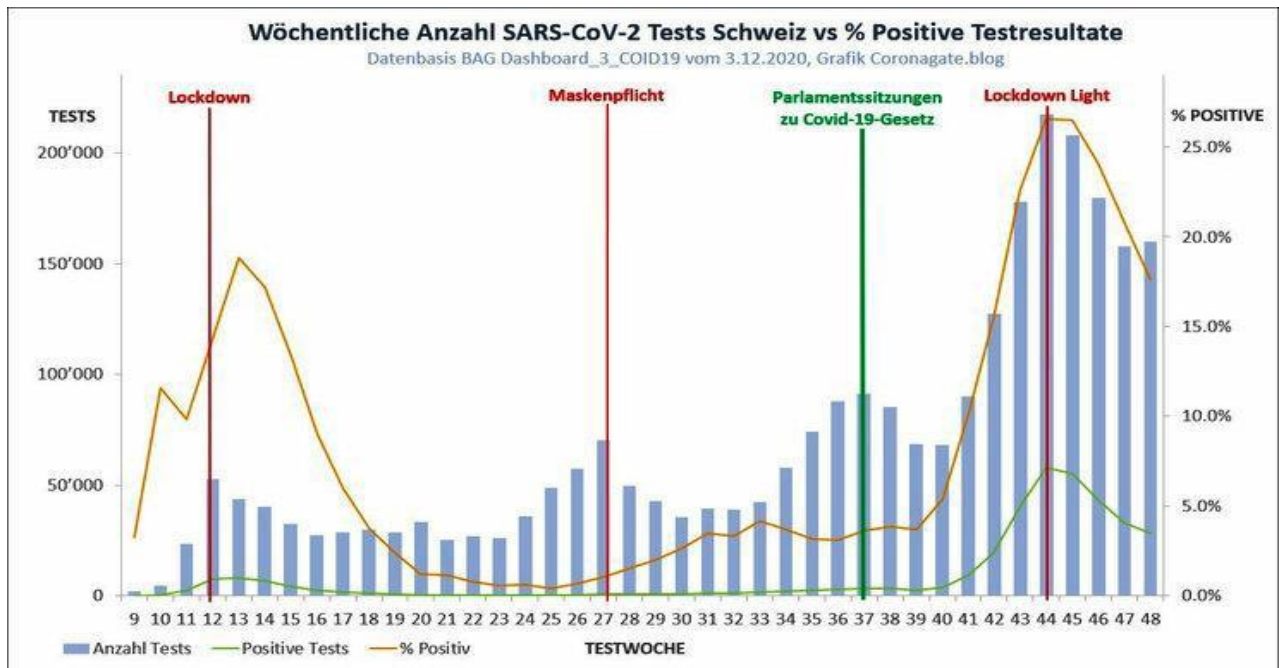
- *Lockdowns and Mask Mandates Do Not Lead to Reduced COVID Transmission Rates or Deaths, New Study Suggests, Stephen C. Miller, American Institute for Economic Research, Aug.2020.
- **Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China, ShiY Cao et al., Nature communications, Nov. 2020, <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19802-w>.
- FOUR STYLIZED FACTS ABOUT COVID-19, Andrew Atkeson et.al., <https://www.nber.org/system/files/working_papers/w27719>, NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH, Aug. 2020.

Conclusion : aucune des mesures mises en œuvre n'a pu endiguer la propagation du virus. La réduction des hospitalisations et des décès a commencé bien avant la mise en œuvre de ces mesures. Après le début de chaque mesure, l'effet escompté sur l'incidence de l'infection ne s'est pas concrétisé. Au contraire, à la fin de l'automne, comme à chaque saison de la grippe, les cas de maladie et de décès ont de nouveau augmenté, malgré le renforcement des restrictions. Ces mesures ont causé d'immenses dégâts à tous les niveaux de la vie de la société, mais aucun bénéfice démontrable. Les mesures restrictives doivent donc être

suspendues immédiatement.

8. Du nombre de tests au regard des mesures de restrictions

Figure 4



Concernant la figure 4 : ce graphique montre de manière spectaculaire comment le nombre de tests (zones bleues) a augmenté massivement au cours des 12e, 27e, 37e et 44e semaines avant l'introduction de mesures plus restrictives et comment le nombre de tests a diminué de manière significative après l'introduction des nouvelles mesures. Il n'y a aucune raison compréhensible pour laquelle, sur la base de la stratégie de la Task Force, les tests ont été réduits à chaque phase d'augmentation exponentielle des cas. Cela soulève la question légitime de savoir si l'on ne produit pas davantage de "cas" avant l'introduction de nouvelles mesures afin de faire passer les restrictions avec une acceptation accrue au sein de la population, puis de les réduire à nouveau par la suite afin de feindre le succès des mesures.

Bien que les données disponibles en Suisse soient en fait suffisantes pour considérer la stratégie de confinement comme un échec, il convient également de s'appuyer sur les données d'autres pays. Dans son analyse, Ivor Cummins se réfère à 40 articles scientifiques et montre que le coronavirus se comporte entièrement selon les lois de ses homologues connus et de tous les autres virus grippaux tels que la grippe, le rhino- et les adénovirus. Il montre comment toutes les courbes sont congruentes depuis des années et comment la propagation du virus est similaire dans les différents pays, malgré de grandes différences

dans la sévérité des restrictions appliquées.

- Ivor Cummins: CRUCIAL Viral Update Dec 7th - Europe and USA Explained.
- The Transmission of Epidemic Influenza, R. Edgar Hope-Simpson.

Conclusion : les tests comportent un potentiel de manipulation élevé et efficace. Plus on effectue de tests, plus on obtient de résultats positifs, car le virus est beaucoup plus répandu qu'on ne peut le tester. Cela donne l'impression que l'incidence de l'infection augmente dans la population. Bien que ces résultats ne révèlent rien sur les infections, ils sont néanmoins utilisés pour justifier la stratégie du gouvernement fédéral. Si, après l'introduction des mesures, le nombre de tests est réduit, il semble que les mesures aient fonctionné, car logiquement le nombre de cas positifs diminue également.

9. Le port du masque n'a aucun impact sur l'évolution du virus

Depuis plusieurs mois, nous sommes soumis à une obligation de port du masque généralisée et imposée officiellement. Elle s'applique à l'ensemble de la société à l'intérieur et, dans une certaine mesure, à l'extérieur, quel que soit le niveau de risque individuel. Il doit être porté pendant toutes les heures de travail et d'école.

Les enfants doivent également les porter lorsqu'ils jouent sur le terrain de jeu, les adultes même pendant les séances d'entraînement au fitness. Cette exigence de masque est appliquée d'une part sur la croyance en des preuves scientifiques de protection contre le coronavirus et d'autre part sur la croyance en un résultat d'un test PCR irrecevable et inutile.

Il existe aujourd'hui une pléthore d'études, de qualité moyenne à très bonne, sur l'effet du port du masque à l'extérieur des établissements de santé dans les lieux publics. Il n'est pas dans le cadre de cette lettre de discuter des études individuelles. La base de données sur les avantages des masques ne fournit aucune preuve claire, que ce soit pour l'un ou l'autre point de vue, c'est-à-dire que la base de données reste controversée. Les deux parties ont de bonnes raisons de croire en ces principes.

Mais si l'autorité se prononce en faveur de l'une ou l'autre situation de données, il s'agit alors purement d'arbitraire ou d'une question de foi.

Cependant, les statistiques des hospitalisations et des décès liés au covid dans le temps montrent que les mesures, y compris l'obligation de porter un masque, n'ont eu aucun effet (Fig. 1, 2 OFSP, OFS, Task Force). La comparaison entre les pays et même entre les cantons

en Suisse ne permet pas d'établir une corrélation entre le port du masque obligatoire et le ralentissement des infections et de leurs conséquences. En parallèle, certaines études indiquent que la fréquence de l'infection est encore plus élevée chez les porteurs de masque que chez les non porteurs.

Dans le bulletin de l'OMS du 1.12.2020 "Utilisation des masques dans le cadre de la COVID-19", il est noté ce qui suit: *„At present there is only limited and inconsistent scientific evidence to support the effectiveness of masking of healthy people in the community to prevent infection with respiratory viruses, including SARS-CoV-2.”*

Traduction „À l'heure actuelle, il n'existe que des preuves scientifiques limitées et incohérentes de l'efficacité du port du masque par les personnes en bonne santé dans la population pour prévenir l'infection par des virus respiratoires, y compris le SARS-CoV-2.”

Les effets secondaires suivants sont décrits et scientifiquement prouvés :

Augmentation du volume de l'espace mort avec augmentation de la teneur en CO₂ dans le sang (hypercapnie). Stress rénal : Le rein est sollicité pour compenser métaboliquement l'hypercapnie. Autres effets secondaires possibles : Transpiration, hypertension artérielle, palpitations et arythmies, respiration accélérée (tachypnée), maux de tête, confusion, perte de conscience, nausées, malaise général, essoufflement, crises de claustrophobie allant jusqu'à des réactions de panique, sentiment d'abus physique et mental.

Troubles mentaux non encore anticipés, dépression, détérioration importante des capacités cognitives, avec un impact négatif notamment sur les enfants. Chez les enfants, en particulier en ce qui concerne l'apprentissage, le comportement psychosocial avec le voisin est massivement entravé, car le principal moyen de communication est perdu - les expressions faciales.

Toute déclaration minimisant les effets secondaires possibles, malheureusement trop souvent exprimée même par les professionnels de la santé, est une opinion subjective et donc une présomption. Elle est arbitraire et irresponsable. La souffrance ne peut être mesurée objectivement et personne n'est autorisé à qualifier ou à quantifier la souffrance d'un tiers. Il n'appartient donc pas aux autorités de décider si une mesure est raisonnable ou non pour les personnes concernées.

Dans le cas des personnes âgées souffrant de maladies cardiovasculaires ou d'insuffisance

rénale, le port du masque représente un grave danger pour la santé, surtout lorsqu'elles font de l'exercice physique. C'est précisément à ces personnes que les autorités demandent, contre toute raison médicale, de porter le masque pour une soi-disant autoprotection.

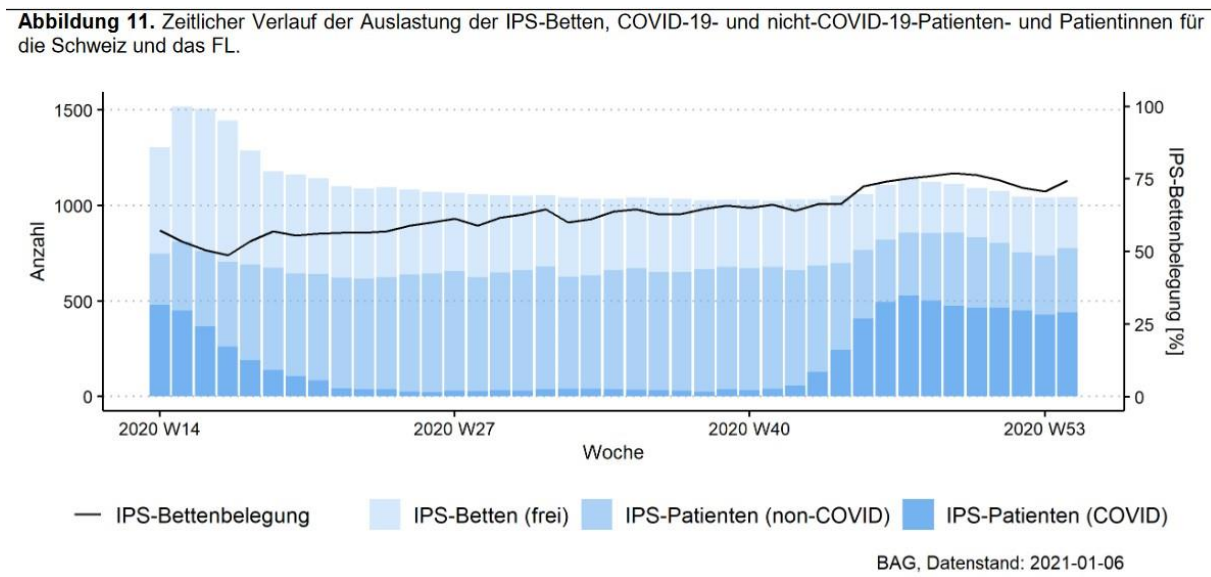
Nous demandons clairement l'abolition immédiate de l'obligation générale de porter le masque dans les espaces publics et la fin d'une humiliation inacceptable de la population. Le port du masque devrait plutôt se faire sur une base volontaire. Et si l'on veut trouver un équilibre entre la limitation des dommages et la restriction des libertés individuelles, il faut le faire strictement sur la base de conclusions scientifiques avérées.

- Mandates Do Not Lead to Reduced COVID Transmission Rates or Deaths, New Study Suggests, Stephen C. Miller, American Institute for Economic Research, Aug.2020.
- <<https://swprs.org/who-mask-study-seriously-flawed>> Metastudie WHO, Juni 2020, mit Einbezug sämtlicher Daten, mit maximaler Transparenz und ohne Zensur.
- Rückatmung von Kohlendioxid bei Verwendung von Operationsmasken als hygienischer Mundschutz an medizinischem Fachpersonal, Ulrike Butz, Dissertation 29.11.2004, Institut für Anaesthesiologie der Technischen Universität München.
- Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers, H. Bundgaard et al., AnnalsNov.2020, <<https://doi.org/10.7326/M20-6817>>.

Conclusion : il n'existe aucune preuve de l'effet positif du port du masque en dehors des établissements hospitaliers. La situation des données scientifiques est controversée. Les études qui ne montrent aucun effet sont de qualité particulièrement élevée. Le port d'un masque est dangereux pour la santé de tous et nocif pour la santé de nombreuses personnes, en particulier les enfants et les personnes âgées. Le port obligatoire du masque, qui a pourtant été imposé, est arbitraire de la part de politiciens et sans légitimité scientifique.

10. Pas de surcharge des unités de soins intensifs

Figure 5



Concernant la figure 5 : les unités de soins intensifs n'ont jamais été pleinement sollicitées dans toute la Suisse. Le taux d'occupation moyen était de 75%. Les scénarios d'horreur d'unités de soins intensifs complètement surchargées, décrits dans les médias et par certains épidémiologistes, n'ont jamais eu lieu en 2020. Ou tout au plus de façon sélective, comme chaque année pendant la saison de la grippe. Les lits de soins aigus n'ont jamais été occupés à plein temps non plus, bien que chaque hôpital s'efforce d'obtenir une occupation complète dans la mesure du possible pour des raisons économiques. Le taux d'occupation des lits d'hôpitaux était de 69,3 % le 22.12, ce qui se situe dans une fourchette saisonnière basse, comme le montre la comparaison avec les années précédentes. Dans de nombreux hôpitaux, des départements entiers sont fermés en raison d'un manque de personnel, dû à des mesures excessives de réduction des coûts dans le secteur de la santé. Des lits supplémentaires seraient donc disponibles. L'augmentation des hospitalisations est également due au fait que les patients atteints de Covid 19 ne peuvent pas être soignés à domicile, car leurs proches devraient sinon être mis en quarantaine selon la politique actuelle. Le manque de personnel temporaire peut également s'expliquer par le fait que de nombreux membres du personnel infirmier ont été retirés du travail en raison de la quarantaine. Il n'a jamais été possible de parler d'une surcharge de tout le personnel infirmier en général, et si elle s'est produite de manière ponctuelle, elle était due au système et non au coronavirus. Il y a également un manque de transparence dans les rapports à cet égard. Les images de la presse suggérant une réalité différente sont fausses et constituent une désinformation délibérée.

- <https://www.re-check.ch/wordpress/fr/soins-intensifs-satures-d/>.

Conclusion : ni les lits d'hôpitaux classiques ni ceux des unités de soins intensifs n'étaient occupés au-dessus de la moyenne en 2020. Les unités de soins intensifs n'étaient qu'occasionnellement occupées à plus de 75%. Les hôpitaux sont de plus en plus souvent contraints de travailler au plus près de leur capacité pour des raisons économiques. Les surcharges ponctuelles étaient dues à des raisons structurelles et systémiques. Cela soulève également la question de savoir quel impact les fermetures d'hôpitaux, les réductions de personnel et les mesures d'austérité dans le système de santé ont eu sur la surcharge partielle de travail.

11. Pas de surmortalité: Absence d'augmentation significative par rapport à 2015

Les chiffres publiés par l'OFSP et l'OFS (tableau 1), prouvent que les reportages incessants et virulents dans la presse au sujet d'une prétendue surmortalité massive due au coronavirus sont une déformation irresponsable de la réalité et attisent ainsi la peur et la panique dans la population. Les données ci-dessous sont extraites des statistiques de l'OFS.

Tableau 1

Totalité des décès en Suisse , Etat au 2 février 2021

Totalité des décès en 2015: **68'786** Population CH 1.1.2015: **8'237'666**

Totalité des décès en 2020: **76'526** Population CH 1.1.2020: **8'606'033**

En **2015**, la proportion de décès par rapport à la population totale était de **0,84** % et en **2020**, elle était de **0,89** %.

Il n'y a pas de surmortalité significative, contrairement à ce que l'on peut lire partout.

En outre, selon le communiqué de presse de l'OFS du 16.12.2019 : *"Le nombre de décès augmente d'environ 500 à 800 chaque année au cours de la décennie actuelle. En effet, les premiers baby-boomers de l'après-guerre ont atteint leur espérance de vie moyenne"*. Ainsi, entre 2500 et 4000 décès depuis 2015 sont susceptibles d'être dus à l'évolution démographique.

Figure 6

Proportion de décès par an dans les différentes tranches d'âge en Suisse. Données de l'OFS.

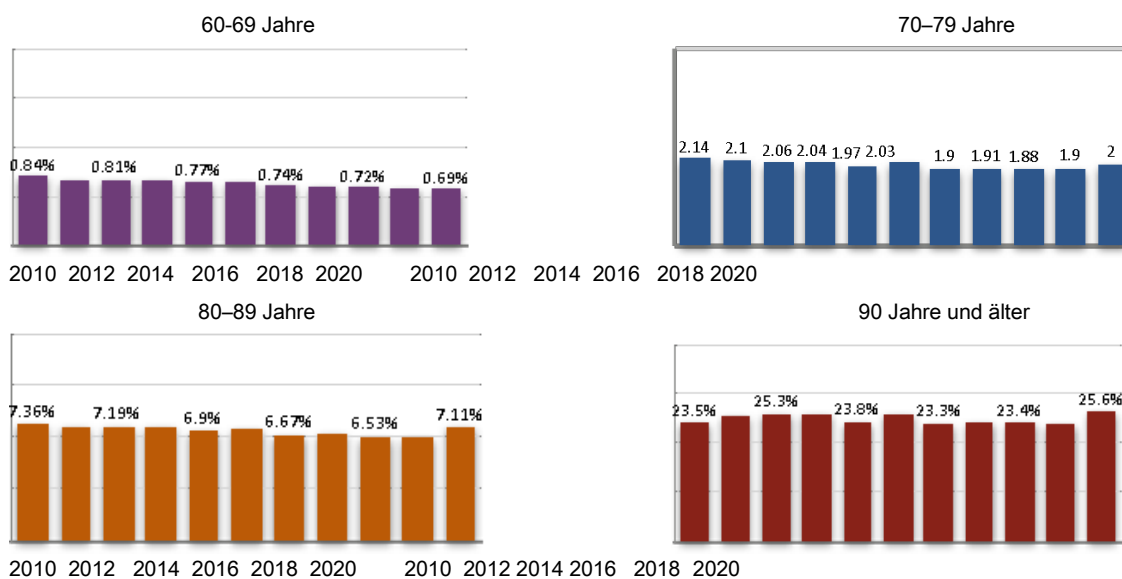


Abb. aus: Situationsanalyse Covid-19 Schweiz – Expertenkollektiv Ch, D, A 13. Januar 2021, Kontaktadresse: situation-c19-ch@protonmail.ch

La **figure 6** montre le pourcentage de décès par groupe d'âge, en tenant compte de l'augmentation de la population par groupe d'âge. Ce diagramme illustre également l'absence de surmortalité de toutes les tranches d'âge de plus de 60 ans par rapport aux dix dernières années.

Selon John P A Ioannidis: The median infection fatality rate across all 51 locations was 0.23% (pour les moins de 70 ans 0,05%).

- Publication: Bulletin of the World Health Organization; Type: Research Article ID: BLT.20.265892.
- J.P.A Ioannidis: Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic, European Journal of Clinical Investigation 07.10.2020, <<https://doi.org/10.1111/eci.13423>>.

En termes positifs, cela signifie que **99,8 %** des personnes infectées survivent. Il n'est donc pas question d'un virus particulièrement dangereux, voire mortel, même s'il peut frapper durement certaines personnes et qu'elles peuvent aussi en mourir. À plusieurs reprises au cours des dernières décennies, nous avons vu d'autres virus grippaux adopter le même comportement et avoir le même impact, sans que les gouvernements réagissent par des mesures aussi destructrices.

Il conviendra d'examiner dans quelle mesure l'augmentation du nombre de décès à la fin de l'automne est une conséquence des mesures de confinement chez les personnes âgées gravement malades. Au printemps, des milliers de cabinets médicaux ont été fermés ou du moins fortement réduits dans leur activité, et des opérations importantes ont été reportées. Les enquêtes doivent permettre de déterminer dans quelle mesure la sous-utilisation et les

soins médicaux inadéquats ont accéléré les processus de maladie pendant cette période et ont ainsi causé des décès prématurés. La solitude, l'isolement social, le désespoir et la perte de confiance dans le temps qu'il reste à vivre peuvent à leur tour avoir conduit à l'accumulation de décès que nous observons maintenant à la fin de l'automne. Il est scientifiquement non prouvé et irresponsable de rejeter l'augmentation des décès comme étant la seule conséquence du Covid-19.

Les réponses à notre enquête auprès de deux médecins chefs d'unités de soins intensifs suisses quant aux critères sur la base desquels le diagnostic de Covid-19 est établi, montrent clairement que le test PCR détermine le diagnostic dans une large mesure, tant dans le cas des patients atteints de la maladie que dans le cas des décès. Il n'existe pas de critères cliniques, de laboratoire ou d'imagerie clairs qui permettent de diagnostiquer sans ambiguïté et de manière incontestable la présence de Covid-19. Le diagnostic est établi par le clinicien en fonction de son expérience et de ses compétences à partir de l'ensemble des résultats de l'examen et du tableau clinique du patient. Même avec l'approche la plus consciencieuse, les diagnostics faussement positifs sont inévitables car le test PCR ne peut pas distinguer les virus virulents des fragments viraux inefficaces et le tableau clinique ne permet souvent pas de différencier d'autres maladies. Seule une faible valeur de Ct augmente la probabilité d'une infection réelle. Cependant, selon le laboratoire, jusqu'à 45 amplifications sont effectuées. Des résultats positifs avec des amplifications supérieures à 25 ne devraient pas être considérés comme un critère de diagnostic ; et ce, également selon le bulletin de l'OMS de décembre 2020. Le fait que très peu de laboratoires divulguent même la valeur du Ct aux médecins traitants est explosif. En outre, il est courant de compter plusieurs fois les personnes ayant été testées positives plus d'une fois. Dans le bulletin "OFSP, critères d'annonce du 18.12.2020", le personnel médical est prié de signaler même les patients négatifs au test PCR qui *"critères cliniques remplis et imagerie par CT-Scan compatible avec COVID-19 ou critères cliniques et épidémiologiques remplis"*. Ainsi, la cause du décès Covid-19 du défunt est également établie sur la base du seul tableau clinique, sans autre vérification, par exemple par autopsie. Cependant, selon une étude comparant les résultats des autopsies aux diagnostics cliniques, des divergences et des erreurs de diagnostic importantes sont encore constatées dans jusqu'à 25 % des cas. C'est le cas même lorsque le clinicien se sent en confiance dans son diagnostic. Les autopsies sont un gage de qualité et mettra en lumière les erreurs du clinicien qui pense tout savoir**. Le professeur Klaus Püschel, médecin légiste, a également déclaré en avril : *"Toutes les personnes décédées qu'il a autopsiées souffraient de plusieurs maladies antérieures et en partie graves. Les mesures sont disproportionnées par rapport au danger que représente le virus"**** Au vu

de ces faits, on peut supposer que les décès déclarés dus au Covid-19 sont beaucoup trop élevés et que les mesures restrictives basées sur ces faux chiffres sont inadmissibles.

- Nouveau Coronavirus (COVID-19) Critères de suspicion, de prélèvement d'échantillons et de déclaration du 18.12.2020, Office fédéral de la santé publique OFSP.
- **PRAXISSchweiz Med Forum 2007;7:278–283278, Die Autopsie: anachronistischer Zopf oder vernachlässigte Qualitätskontrolle? Erfahrungen aus einem Kantonsspital, Claus Hoess et. al, PRAXIS Schweiz Med Forum 2007;7:278–283.
- ***Professor Klaus Püschel, Chefarzt Hamburger Rechtsmedizin, Der Streit ums richtige Mass. Hamburger Morgenpost. 3. April 2020

Conclusion : il n'y a pas de surmortalité significative avérée sur tous les groupes d'âge et sur l'ensemble de l'année par rapport aux dix dernières années. Nous avons le plus haut pourcentage de décès dans la tranche d'âge des plus de 90 ans. Dans cette tranche d'âge, nous avons également la plus forte augmentation du nombre d'individus en raison de l'évolution démographique. Et le taux de mortalité n'augmente pas de manière significative entre 2010 et 2015, dans cette tranche d'âge. La question se pose de savoir si la légère augmentation du taux de mortalité en termes absolus chez les plus de 90 ans est le résultat du confinement, occasionnant une négligence en matière de soins et un isolement.

12. Système immunitaire

Depuis des milliers d'années, le corps humain, comme tous les êtres vivants, est exposé quotidiennement à des agents potentiellement pathogènes (virus, bactéries et champignons). Des milliards de virus et de bactéries se trouvent dans notre corps. Au cours de millions d'années d'évolution, les virus ont contribué à produire notre ADN. Nous vivons avec eux, en partie en symbiose. L'organisme doit également repousser en permanence les virus, bactéries et champignons pathogènes. Un jeune corps sain y parvient sans problème et est donc moins souvent malade qu'une personne âgée.

Pour nous défendre, nous, les êtres vivants, avons développé un système de défense à plusieurs niveaux. Ce système évolutif est extrêmement adaptable. Il doit constamment s'entraîner en affrontant sans cesse des agents pathogènes étrangers. Le système s'en trouve renforcé. Si ces incitations externes font défaut en raison de mesures d'hygiène trop prononcées ou même d'une stratégie d'évitement trop rigoureuse, comme nous devons actuellement l'appliquer en raison des mesures mises en place, nous affaiblissons notre système immunitaire à long terme et sommes alors encore moins bien préparé à la prochaine mutation.

Les vaccins existants et futurs ne garantissent pas l'immunité collective, d'autant plus que

les vaccins classiques ne sont efficaces que de 30% à 50%, et encore moins chez les patients à haut risque. Les personnes immunodéprimées disposent d'autres moyens pour se protéger des germes potentiellement pathogènes. Pour leur application, le médecin généraliste est compétent.

La première ligne de défense se trouve dans les membranes muqueuses du corps, la peau et les fluides corporels (IgA) et est considérée comme non spécifique. C'est un système déjà très efficace, grâce auquel les agents pathogènes sont éliminés dès la première ligne de défense et ne provoquent donc pas d'infection. Les personnes concernées ne remarquent rien, ne développent aucun symptôme, ne tombent pas malades, ne sont pas malades et, surtout, ne sont pas contagieuses. Cela se produit en permanence, à chaque seconde, même en buvant un verre d'eau. Des fragments de ces agents pathogènes éliminés peuvent cependant encore être détectés pendant longtemps sur la peau et sur les muqueuses grâce à une PCR. Cela se produit également avec les coronavirus éliminés, mais avec les conséquences dévastatrices connues, car ceux qui sont testés positifs sont considérés comme "infectés". Une détection des virus entiers ou des examens sérologiques ne sont généralement pas effectués après ces tests. Le système spécifique des cellules T avec différents sous-types est la cause de l'immunité cellulaire et de notre immunité croisée actuelle. Ils ne produisent pas d'anticorps. Si nous avons été en contact avec des virus similaires au coronavirus dans le passé, les lymphocytes T ont appris à éliminer ces virus en interaction avec le système des cellules B et, d'autre part, à tuer directement les cellules infectées et dégénérées par le virus (lymphocytes T cytotoxiques), les cellules T tueuses sont également impliquées dans ce processus. C'est une des raisons pour lesquelles tant de personnes sont immunisées contre le coronavirus, même sans détection d'anticorps. Par conséquent, l'absence d'anticorps ne doit pas être utilisée comme argument d'absence d'immunité contre le coronavirus.

- SCIENCE: Selective and cross-reactive SARS-CoV-2 T cell epitopes in unexposed humans, Jose Mateus et al, 10.1126/science.abd3871 (2020). Sekine et al, Robust T cell immunity in convalescent individuals with asymptomatic or mild COVID-19, 2020.
- Immunity to COVID-19 is probably higher than tests have shown, Karolinska Institute.

Le système des cellules B forme alors les différents anticorps (IgM, IgG), réponse immunitaire humorale, que l'on peut mesurer dans le sang, mais qui sont de plus courte durée.

Les données immunologiques actuelles ne permettent pas une vaccination de masse à grande échelle, étant donné qu'une partie importante de la population a déjà acquis une immunité. Les chercheurs ont trouvé jusqu'à 60 % de réactivité du SARS-Cov-2 avec les cellules CD4+T dans une population de personnes non infectées, ce qui suggère une réactivité croisée avec d'autres coronavirus. Il n'est pas acceptable de vouloir vacciner ces

personnes, même s'il est plus contraignant de prouver l'immunité sans anticorps. Ce fait est détonnant compte tenu de la demande des milieux politiques qui souhaitent qu'à l'avenir seul un certificat de vaccination protège les gens des restrictions.

- Targets of T-Cell Responses to SARS-CoV-2 Coronavirus in Humans with COVID-19 Disease and Unexposed Individuals: Alba Grifoni et.al, Cell. 2020 Jun 25; 181(7):1489-1501.e15. doi: 10.1016/j.cell.2020.05.015. Epub 2020 May 20.
- Doshi P. Covid-19: Haben viele Menschen bereits bestehende Immunität? BMJ. 2020; 17(370): m3563. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3563>.
- Sekine T, Perez-Potti A, Rivera-Ballesteros O, et al. Robuste T-Zellimmunität bei rekonvaleszenten Personen mit asymptomatischem oder leichtem COVID-19. Zelle. 2020; 183(1): 158bis 168.e14. <<https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.08.017>>.

Conclusion : l'immunité au SARS-CoV-2 est beaucoup plus répandue dans la population qu'on ne le soupçonnait initialement, en raison également d'une immunité croisée. Il n'y a pas de données exactes à ce sujet. Cependant, on parle d'un taux de plus de 80%. Nous devons cette immunité principalement à l'activité de nos cellules T. En outre, nous disposons déjà de systèmes de défense efficaces sur nos muqueuses. Une détermination de l'immunité basée sur les seuls anticorps n'est pas correcte. La preuve de l'immunité par un certificat de vaccination, basé uniquement sur les anticorps, est inacceptable : les libertés individuelles d'accès et de circulation seraient restreintes de manière injustifiée.

13. Vaccin

Prof. Dr. Suchard Bhakdi, spécialiste en microbiologie et en épidémiologie des maladies infectieuses, Université Johannes Gutenberg de Mainz:

„Les vaccins privilégiés en cours de développement sont basés sur les génomes. Le danger potentiel n'a pas fait l'objet de recherches suffisantes. L'acte même de la vaccination peut provoquer de graves effets secondaires. La moitié des sujets en bonne santé ont eu des fièvres, des frissons, des douleurs aux membres, des maux de tête et se sont sentis malades après la vaccination. Chez les personnes âgées prédisposées à la maladie, la gravité des effets secondaires décrits ne peut être prédite. Dans les essais, les personnes précédemment malades sont exclues. Le vaccin comporte plusieurs composants qui peuvent provoquer des réactions allergiques graves. La vaccination elle-même peut entraîner une évolution très grave de la maladie en cas de véritable infection ultérieure par un coronavirus ou un autre virus (Antibody Dependent Enhancement - ADE). Lors d'expérimentations animales, cette aggravation immunodépendante de la maladie a été démontrée lors de l'essai d'un vaccin contre le SRAS-CoV-1. La réaction a

été presque fatale pour les animaux. Pendant la vaccination, le vaccin à base de gènes pénètre en quelques minutes dans des cellules qui ne sont normalement pas attaquées par les virus. Des protéines virales sont formées dans ces cellules et elles deviennent des usines à protéines. Parmi les autres dangers, citons le développement de maladies auto-immunes, les troubles embryonnaires entraînant la mort du fœtus et la stérilité féminine. Ces dangers ont été décrits théoriquement. Mais ils n'ont jamais été testés.

Le principe directeur de tout médecin "Primum non nocere" est ainsi négligé de manière criminelle.

- <<https://www.youtube.com/watch?v=wMzqExjmFs4>>.
- Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of COVID-19 vaccines worsening clinical disease: Timothy Cardozo et.al. Int. J. of Clinical Practice, October 2020, <https://doi.org/10.1111/ijcp.13795>.

Le professeur Stefan Hockertz, immunologiste, toxicologue et pharmacologue, affirme également:

„Il n'y a, à ce jour, pour ainsi dire aucune donnée disponible en termes de sécurité et de qualité des vaccins basés sur les gènes. Le travail préclinique n'a pour ainsi dire pas été effectué ce qui constitue également un élément pertinent en droit pénal. Les exigences de sécurité, d'efficacité et de qualité ne sont pas respectées. Les phases cliniques 1 et 2 n'ont pas été réalisées avec les soins nécessaires. On entre prématurément dans la phase 3 avec des évaluations trop précoces au lieu d'attendre la fin. Dans le domaine de la toxicologie et de la pharmacologie également, les enquêtes indispensables font défaut. De plus, la prédiction d'une efficacité à 95% est complètement absurde. Il n'y a pas encore un seul vaccin à ARNm approuvé dans le monde. Lors du développement du nouveau vaccin avec une stratégie entièrement nouvelle, aucune donnée de référence ne peut être reprise de vaccins déjà homologués. Il s'agit d'un nouveau principe de vaccin qui doit passer par la toxicologie et la pharmacologie - durée environ 4 à 4,5 ans. Tout cela doit d'abord être testé sur des animaux, l'animal approprié n'a pas encore été trouvé. Toute l'histologie doit être réalisée dans le cadre d'essais sur les animaux. Les fonctions du système immunitaire doivent être prouvées - tout cela n'a pas été fait.“ La réponse du fabricant de vaccins Pfizer, à la question du professeur Hockertz, a été la suivante: *„No data available yet“*.

Et : Swissmedic a commenté le 1.12.2020 via le ticker SwissInfo: „*Important data and safety efficacy and quality of deal are missing.*”

- <<https://www.youtube.com/watch?v=iiTrttV7Q8A>>.

En raison du manque de ces données, on est maintenant passé directement au test sur l'homme et ce, contre un virus, qui, dans plus de 85% des cas testés positifs, est absolument sans symptômes et où 99,8% survivent.

- Impfstudien könnten unsauber sein – bis hin zu Fälschungen, Professor Dr. rer. nat. Gerd Antes, Uniklinik Freiburg im Breisgau, 1997 bis 2018 Leiter des deutschen Cochran-Zentrums, Martina Frei, Publiziert: 12.08.2020.
- <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4037>

Conclusion : les vaccins contre le SARS-CoV-2 disponibles aujourd'hui sont basés sur les gènes. Les vaccins ont comme base d'action un principe complètement nouveau par rapport aux vaccins antigrippaux classiques. À ce jour, il n'a jamais été possible de produire des vaccins géniques sans effets secondaires. Il faut 10 à 15 ans pour produire un vaccin en principe totalement nouveau, si l'on suit toutes les phases de développement, d'essai et de production respectées jusqu'alors. Un vaccin a été mis sur le marché en huit mois dans le cadre d'une procédure accélérée, ce qui a permis d'éviter et d'abrégé des phases de test extrêmement importantes. L'efficacité, les effets secondaires et les dommages à long terme sont inconnus. Cette stratégie de vaccination est un essai sur le terrain avec des humains.

14. Mutations de virus

Les virus mutent. C'est une propriété inhérente aux virus. Il y a ceux qui sont très stables et qui mutent très peu, comme la rougeole ou les poliovirus, et d'autres sont instables et mutent très fréquemment, comme les virus de la grippe, y compris les coronavirus. Les virus stables peuvent être mieux combattus par des campagnes de vaccination que les virus instables. La poliomyélite, par exemple, a été presque éradiquée grâce à une stratégie de vaccination mondiale cohérente. Cela n'est pas possible avec les virus qui mutent fréquemment. C'est pourquoi il n'a pas encore été possible d'éliminer les virus de la grippe. Malgré les campagnes de vaccination, en raison de la mutation, ils nous attaquent encore et encore à un rythme annuel connu. Pour les mêmes raisons, nous ne pourrions très probablement pas éliminer le virus du SARS CoV-2 avec la technologie de la vaccination génique. Il mute trop souvent et trop vite.

Le nouveau variant SARS-CoV-2 est défini par de multiples mutations dans la protéine Spike (délétion 69- 70, délétion 144, N501Y, A570D, D614G, P681H, T716I, S982A, D1118H). Cette protéine permet au virus de pénétrer dans les cellules humaines. Certaines variantes de mutants entraînent une augmentation de la transmissibilité estimée jusqu'à 70%. En outre, une augmentation du nombre de reproduction de 0,4 est indiquée*. Toutefois, le professeur Jörg Timm, directeur de l'Institut de virologie de l'hôpital universitaire de Düsseldorf, déclare : *"Cela ne signifie pas que la variante provoque également une maladie plus grave. Il n'y a pas de données fiables à ce sujet. Or, selon les premières impressions, ce n'est pas le cas"*. Une autre étude souligne l'importance d'étudier si la présence de différentes mutations a une corrélation avec la mortalité**. Selon une étude publiée dans Science, une infectivité accrue des mutants mais aucune pathogénicité accrue n'a été constatée dans les expériences sur les animaux***. Une autre étude montre qu'une mutation peut également entraîner une évolution moins grave de la maladie****.

- *Mutationen in SARS-CoV-2-Variante in UK und Erbgut-Analysen in Deutschland, Science Media Center Germany, Dec. 2020.
- **Emerging SARS-CoV-2 mutation hotspots include a novel RNA-dependent-RNA polymerase variant Pachetti et al. J Transl Med (2020) 18:179 <<https://doi.org/10.1186/s12967-020-02344-6>>.
- ***(2020; DOI: 10.1126/science.abe8499).
- ****Weniger schwere COVID-19-Verläufe bei bestimmter Mutation von SARS-CoV-2 Sept.2020*, Deutsche Gesellschaft für Neurologie.

Conclusion : à ce jour, aucune donnée n'indique une augmentation du nombre d'hospitalisations ou de la mortalité due aux variants mutants du SARS-CoV-2. Le durcissement des mesures déjà contestables en raison de ces mutants n'est pas justifié d'un point de vue scientifique.

15. Impacts psychologiques sur la société

Les résultats de la troisième enquête dans le cadre de l'étude suisse sur le stress lié au Corona entre le 11 et le 19 novembre 2020, dans laquelle 11 620 personnes de toute la Suisse ont été interrogées, montrent un impact effrayant des mesures de restrictions sur le plan psychosocial. Les niveaux de stress ont augmenté de manière significative par rapport au premier blocage en avril. Alors qu'à l'époque, 11 % des personnes interrogées ont déclaré un niveau de stress maximum, en novembre, ce chiffre était de 20 %. L'augmentation du stress s'est accompagnée d'une augmentation de la dépression. Le principal facteur de stress psychologique et de dépression est le stress dû aux mesures du Covid 19 au travail, à l'école et dans l'enseignement, ainsi qu'aux pertes financières et aux craintes pour l'avenir. Ces facteurs de stress ont augmenté de manière significative par rapport à la période de lockdown du mois d'avril. De plus, on craint de plus en plus que les personnes de l'entourage immédiat ou de la famille ne tombent gravement malades ou en meurent. Des angoisses

www.aletheia-scimed.ch

sont apparues en raison des restrictions sociales et les conflits familiaux ont augmenté de manière significative. Le taux de PHQ-9, un instrument de dépistage des symptômes dépressifs destiné à être utilisé en routine dans des contextes médicaux somatiques, est passé de 3 % avant les mesures à 18 % en novembre 2020 et devrait augmenter à l'avenir. Le risque de développement de la dépression dépendait de l'âge. Les plus jeunes présentent le risque le plus élevé et il était plus élevé parmi ceux qui ont subi une perte financière en raison de la situation due au Covid-19. On note également une nette différence entre la Suisse romande, où les restrictions ont été appliquées plus longtemps, et la Suisse allemande.

Les troubles psychosociaux suivants ont nettement augmenté : Sentiments d'impuissance, dépression, réactions de stress psycho-végétatif, perception de séparation et d'aliénation, peur, automutilation et blessures infligées aux autres ainsi que compulsions, irritabilité, retrait social jusqu'à l'auto-isollement, augmentation de l'agressivité, perception plus difficile de l'identité et des émotions chez l'autre en raison des masques, panique, aberrations psychotiques, traumatisation et surtout re-traumatisation, augmentation des suicides et tentatives de suicide.

- The Swiss Corona Stress Study: www.coronastress.ch secondpandemic wave, November 2020 Conn..

Conclusion : sur le plan psychosocial, les dommages causés par les mesures restrictives sont incalculables. Ils sont énormes et en partie incommensurables pour les personnes concernées. Le taux de suicide a augmenté. Ces effets sont calculés par les autorités - en tant que dommages collatéraux - soi-disant sur la base d'un niveau moral plus élevé. Les gens sont censés être sauvés, mais de nombreux moyens de subsistance sont détruits précisément à cause de cela. En ce qui concerne les dommages psychologiques à long terme, on ne peut que spéculer jusqu'à aujourd'hui, mais ils doivent être pris extrêmement au sérieux.

16. Considérations juridiques

Le Conseil fédéral est tenu de respecter l'ordre juridique, en particulier la Constitution fédérale et la loi sur les épidémies (LPE) (RS 818.101), lors de la détermination des mesures motivées par l'épidémiologie (restriction des droits fondamentaux ; raccourcissement des processus normatifs démocratiques-juridiques par ailleurs habituels).

Dans le cadre de la Constitution fédérale, le principe de légalité (art. 5, al. 1, Cst.), le principe de proportionnalité (art. 5, al. 2, Cst.) et l'interdiction de l'arbitraire (art. 9 Cst.) sont au premier plan.

La loi sur les épidémies elle-même contient également d'importantes instructions à l'exécutif pour la gestion des situations épidémiques. Selon l'art. 4, al. 2, de la loi sur les épidémies, le Conseil fédéral et les cantons sont tenus, en cas d'épidémie, de tenir compte notamment des éléments suivants:

- recommandations et directives internationales;
- l'état actuel de la connaissance scientifique.

Comme indiqué plus haut, le Conseil fédéral n'a jusqu'à présent pas réagi à de nombreuses nouvelles découvertes scientifiques importantes ni aux recommandations internationales.

Ainsi, il rejette avec beaucoup de fermeté les mises en garde de nombreux scientifiques concernant le manque d'adéquation du test PCR pour diagnostiquer une maladie au vent. Même l'OMS, dans ses deux bulletins d'information du 14 décembre 2020 et du 20 janvier 2021, met clairement en garde contre les tests PCR faussement positifs, à moins que des critères stricts de diagnostic ne soient remplis. Comme déjà expliqué dans le texte ci-dessus, celles-ci ne sont pas données notamment dans le cas des tests de masse, en particulier des personnes asymptomatiques, qui s'imposent de plus en plus comme une obligation de fait pour de nombreux groupes de personnes (écoliers, employés, voyageurs, etc.).

- <https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>.

En outre, en s'en tenant à des critères de décision manifestement inadaptés, le Conseil fédéral encourage le risque de faire de la Confédération et de ses fonctionnaires le débiteur de créances de dommages et intérêts astronomiques.

- Bundesgesetz über die Verantwortlichkeit des Bundes sowie seiner Behördenmitglieder und Beamten (Verantwortlichkeitsgesetz, VG, SR 170.32).
- Art. 10a Abs. 2 u. 3 der Verordnung 2 des Bundesrates über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus vom 13. März 2020 mussten „Gesundheitseinrichtungen wie Spitäler und Kliniken, Arztpraxen und

Zahnarztpraxen [...] auf nicht dringend angezeigte medizinische Eingriffe und Therapien verzichten." Siehe: COVID-19 Verordnung 2 (SR 818.101.24), Stand 17. März 2020.

Des actions collectives analogues à l'étranger sont déjà en préparation et n'épargneront finalement pas non plus la Suisse. Les premières demandes de dommages et intérêts fondées sur la base de la loi sur la responsabilité sont également en cours de préparation en Suisse ou ont déjà été déposées.

En outre, il n'est pas manifeste que le Conseil fédéral ait sérieusement évalué les effets de ses mesures. Les questions suivantes, entre autres, se posent:

(1) Quels sont les effets sur la santé et l'espérance de vie des directives régulièrement renouvelées et intensifiées, de l'appel à l'isolement, en particulier pour la partie la plus âgée de la population ? Ces ordonnances, il faut le noter, sont assorties de restrictions en matière de soins de santé respectivement de soins préventifs. L'isolement et la restriction d'accès aux soins habituels imposés depuis mars 2020 risquent de faire plus de mal à la partie la plus âgée de la population que le virus lui-même. Le nombre de personnes qui sont mortes en 2020 sans un test PCR positif témoigne d'une situation alarmante à cet égard.

(2) Quels sont les effets sur la santé et l'espérance de vie des mesures économiquement préjudiciables à long terme sur la santé et l'espérance de vie de la population active et de la jeune génération ? Cela implique la fermeture de secteurs entiers, le chômage, une dépendance croissante à l'État, alors même que la situation économique se détériore, etc.

En ne tenant pas dûment compte des effets néfastes de sa politique de mesures et en exigeant d'immenses sacrifices de toute la population, le Conseil fédéral viole de manière permanente et significative le principe constitutionnel de la proportionnalité (art. 5, al. 2 et art. 36, al. 3, Constitution fédérale).

En raison de l'importance capitale du principe de proportionnalité pour toute gestion des épidémies, le législateur a réaffirmé l'importance du principe de proportionnalité dans la loi sur les épidémies elle-même. En ce qui concerne les mesures restrictives prises par le Conseil fédéral à l'encontre de la population, l'art. 40 al. 3 de la loi sur les épidémies stipule que:

„Les mesures ordonnées ne doivent pas durer plus longtemps qu'il n'est nécessaire pour prévenir la propagation d'une maladie transmissible. Les mesures sont réexaminées régulièrement.“

En ne tenant pas compte de l'impact de ses mesures sur la santé et l'espérance de vie des groupes de population les plus touchés, le Conseil fédéral viole l'article 40, alinéa 3, de la loi sur les épidémies ainsi que le principe fondamental de proportionnalité.

Dans ce contexte, on ne comprend plus pourquoi l'Assemblée Fédérale, organe suprême de

l'Etat, est resté silencieux jusqu'à ce jour. Le législateur suisse ne remplit pas l'obligation institutionnelle de contrôle du Conseil fédéral qui lui incombe en vertu du droit constitutionnel (art. 169 de la Constitution fédérale). Jusqu'à ce jour, l'Assemblée fédérale n'a pas réussi à soumettre les fondements et l'efficacité des mesures du Conseil fédéral à un examen indépendant, critique et efficace (art. 170 Cst.).

Les mécanismes de contrôle et de correction de l'État de droit suisse sont donc suspendus pour une durée indéterminée depuis mars 2020. Cela se produit à un moment où les dommages économiques causés à l'économie suisse, au secteur privé suisse et aux personnes concernées, ainsi que la détérioration de la santé et de l'espérance de vie d'un nombre incalculable de personnes, augmentent chaque jour.

Il n'y a pas de fin en vue à ce régime évolutif de mesures incontrôlées et dommageables.

Ces quelques indications ne sont données qu'à titre d'exemple et ne doivent pas être considérées comme concluantes.

ALETHEIA – Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit