

Données d'assurances maladies tchèques: la mortalité toutes causes des personnes déclarées non injectées augmente proportionnellement aux injections COVID19. Erreurs de classification ou « excrétion de vaccins » ?

Hervé Seligmann

Résumé bref

Les comparaisons des taux de mortalité tchèques des injectés et non injectés contre la COVID-19, avec les taux de mortalité de l'ensemble de la population tchèque provenant d'une source différente (Eurostat) révèlent des paradoxes arithmétiques. Au-dessus de 49 ans, la mortalité des personnes non injectées augmente avec les taux d'injection, suggérant des erreurs de classification des personnes décédées et injectées comme non injectées. La mortalité des jeunes enfants non injectés tchèques augmente également avec les taux d'injections d'autres classes d'âge, probablement un alloeffet (« excrétion vaccinale »).

Résumé

Les (2,2 millions) dossiers d'assurance maladie tchèque montrent une mortalité toutes causes plus faible pour les vaccinés contre le COVID-19 que pour les non vaccinés (Fürst et al 2024, [Does the healthy vaccinee bias rule them all? Association of COVID-19 vaccination status and all-cause mortality from an analysis of data from 2.2 million individual health records - ScienceDirect](#)). La comparaison de ces données avec les taux de mortalité de l'ensemble de la population tchèque (10,67 millions, EUROSTAT) révèle des paradoxes arithmétiques : pour les âges > 49 ans (couverture vaccinale > 75 %, ECDC), les mortalités EUROSTAT et non injectées sont double la mortalité des injectés, rappelant des incohérences rapportée précédemment pour des mortalités d'injectés/non injectés (Seligmann 2021a, [Inconsistent Israeli COVID-19, vaccination data from different sources](#)). La mortalité tchèque sans injection et selon EUROSTAT, sans injection, augmente avec les taux d'injection (7 sur 9 groupes d'âge). Les explications possibles sont les suivantes : a) les décès de nombreux injectés ont été classés comme non-injectés; b) alloeffets (« excrétion vaccinale »), les injectés transmettent aux non-injectés des substances toxiques. En effet, la mortalité tchèque des enfants de 0-4 ans (taux d'injection <0,1 %) augmente proportionnellement aux taux d'injection de chacun des 9 groupes d'âge restants (moindre effet, 25 à 49 ans), confirmant que les injections augmentent la mortalité des enfants non injectés (Seligmann 2021b, [COVID19 vaccination increases mortality of unvaccinated European children, October update; Pantazatos and Seligmann 2021, COVID vaccination and age-stratified all-cause mortality risk](#)). La détection des alloeffets dans d'autres groupes d'âge nécessiterait des données curées adéquatement. Les délais injection-mortalité augmentent avec l'âge des injectés, tant pour les alloeffets que pour les effets des injections sur les injectés eux-mêmes. Le nombre d'injections par décès (réponse dose-mortalité) pour les injectés diminue avec l'âge (plus de personnes injectées meurent lorsqu'elles sont âgées que jeunes), pour la mortalité des jeunes enfants non injectés, le nombre d'injections par décès d'enfant augmente avec l'âge de l'injecté (plus d'injections sont nécessaires pour provoquer la mort d'un non-injecté si les injectés sont âgés). Les associations positives entre la mortalité sans injection et les taux d'injection reflètent probablement des erreurs de statuts d'injection au sein du même groupe d'âge, et des alloeffets quand la mortalité et l'injection sont du même âge.

Introduction

Début 2021, la mortalité par COVID19 signalée parmi 600 000 des non injectés était cohérente avec les mortalités par COVID19 avant l'injection. Les mortalités post-injection de COVID19 signalées plus faibles pour les 600 000 personnes injectées de la étude (Dagan et al 2021, [BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting | New England Journal of Medicine \(nejm.org\)](#)) étaient arithmétiquement incompatible avec la

mortalité publiée pour le COVID19 sur l'ensemble de cette population (l'échantillon de l'étude représente plus de 13 % de cette population), impliquant une forte sous-déclaration de la mortalité COVID19 pour les injectés de cette étude (Seligmann 2021a). Des imprécisions existent aussi pour les tests PCR positifs, où 80 % des tests positifs n'ont pas pu être confirmés si les mêmes écouvillons sont retestés dans les 24 heures (Bernard et al 2023, [Unreliability of COVID19 PCR tests: less than 20 percent of swabs producing initial positive PCR were positive when re-tested within 24 hours](#)). Les données manquantes au VAERS sont biaisées, de sorte que certains groupes, comme les enfants, sont plus sous-déclarés pour les effets indésirables graves et mortels que pour les effets indésirables plus bénins des injections de COVID19 (Benavides and Seligmann 2023, [More missing age data in VAERS COVID19 injection reports for severe than mild adverse events in children and women at peak fertility ages](#); Benavides et al 2023 [Biased publication delays of COVID19 injection VAERS reports: more in females and for severe adverse effects in children](#)). Récemment, Fürst et al (2024) ont rapporté que la mortalité toutes causes confondues des injectés est environ la moitié de celle des non injectés pour deux databanks provenant de deux compagnies d'assurance tchèques différentes (1,4 et 0,8 million de dossiers, précision hebdomadaire et mensuelle des dates de naissance, de décès et d'injection, respectivement). Compte tenu des cas cités ci-dessus d'informations biaisées et inexactes mentionnés ci-dessus, les données tchèques sont réexaminées ici, en utilisant la même approche de cohérence entre différentes sources de data que lors du réexamen des data de Dagan et al (Seligmann 2021a).

Matériels et méthodes

Dans une première phase, les taux de mortalité de Fürst et al sont comparés aux taux de mortalité hebdomadaires d'EUROSTAT pour l'ensemble de la population tchèque, pour la même période, depuis les deux dernières semaines de décembre 2020 jusqu'en avril 2023, période couverte par les données de Fürst et al. Les données de mortalité d'EUROSTAT présentent la stratification par âge suivante, qui est également appliquée aux données de mortalité de Fürst et al., avec 10 classes d'âge : 0-4, 5-9, 10-14, 15-17, 18-24, 25- 49, 50-59, 60-69, 70-79 et 80+.

Les taux de mortalité hebdomadaires/mensuels pour les personnes non injectées sont calculés en divisant le nombre de décès au cours de cette semaine/mois pour cette classe d'âge par le nombre de personnes non injectées dans cette classe d'âge cette semaine/mois. Ce nombre de non injectés pour une semaine/mois donné est la soustraction du nombre de personnes injectées dans cette classe d'âge cette semaine/mois du nombre total de personnes non injectées la semaine/mois précédent, en commençant par la première semaine/mois de la période d'étude. Les taux de mortalité hebdomadaires/mensuels pour les injectés sont le nombre de décès au cours de cette semaine/mois pour cette classe d'âge divisé par la somme du nombre de personnes injectées dans cette classe d'âge cette semaine/mois et toutes les semaines/mois précédents de l'étude.

Résultats

Mortalités biaisées pour les injectés

La figure 1 représente le rapport entre les taux de mortalité hebdomadaires/mensuels moyens de chaque compagnie d'assurance maladie et les mortalités EUROSTAT pour les mêmes classes d'âge, séparément pour les non injectés et injectés, en fonction du pourcentage que représentent les injectés/non injectés dans la population tchèque de cette classe d'âge. La description ci-dessous concerne uniquement la figure 1A (échantillon plus grand) mais est qualitativement similaire pour les deux jeux de données.

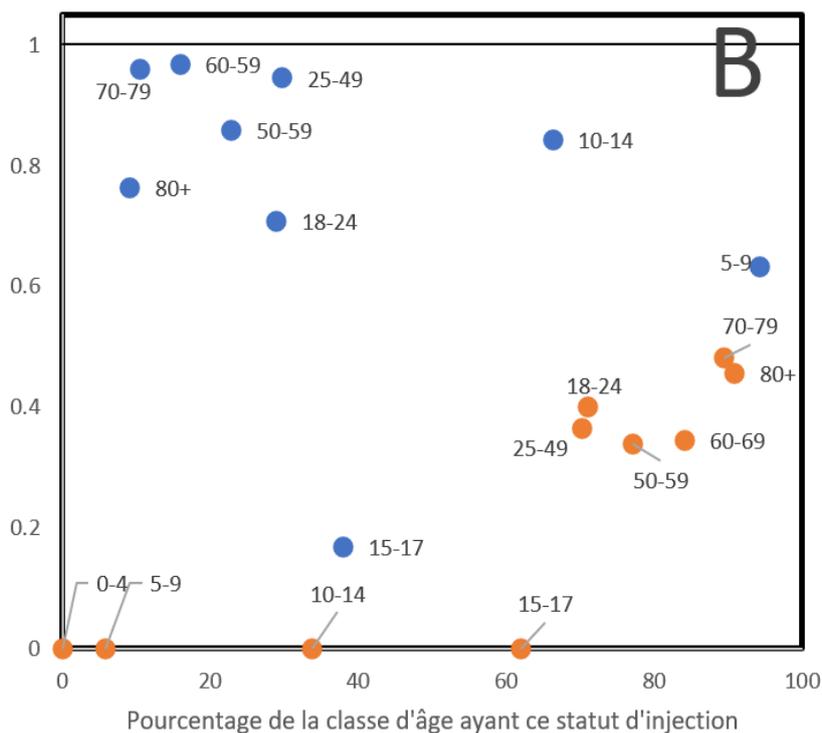
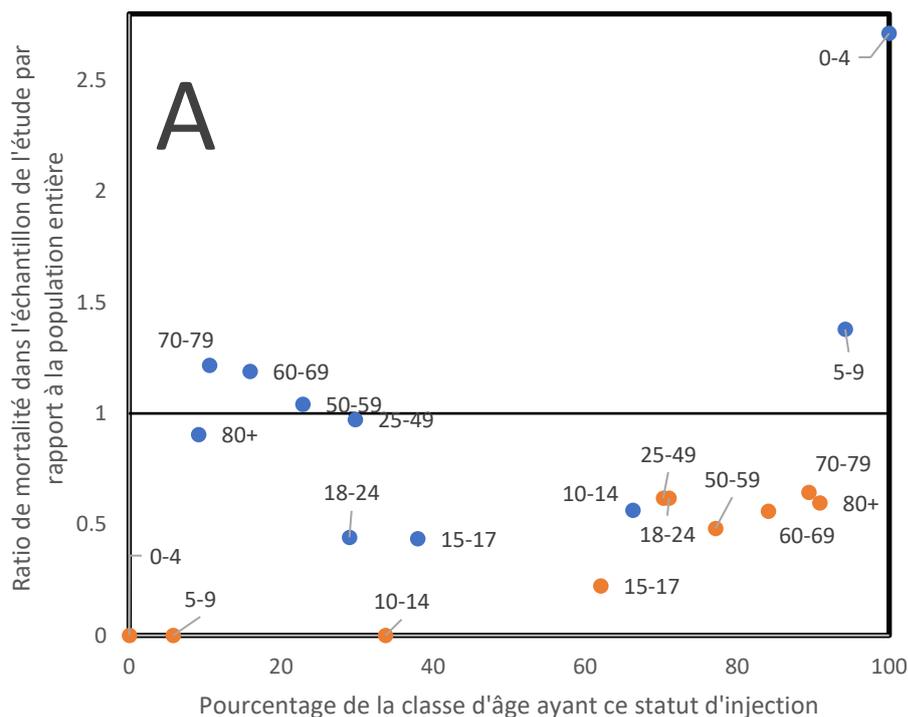


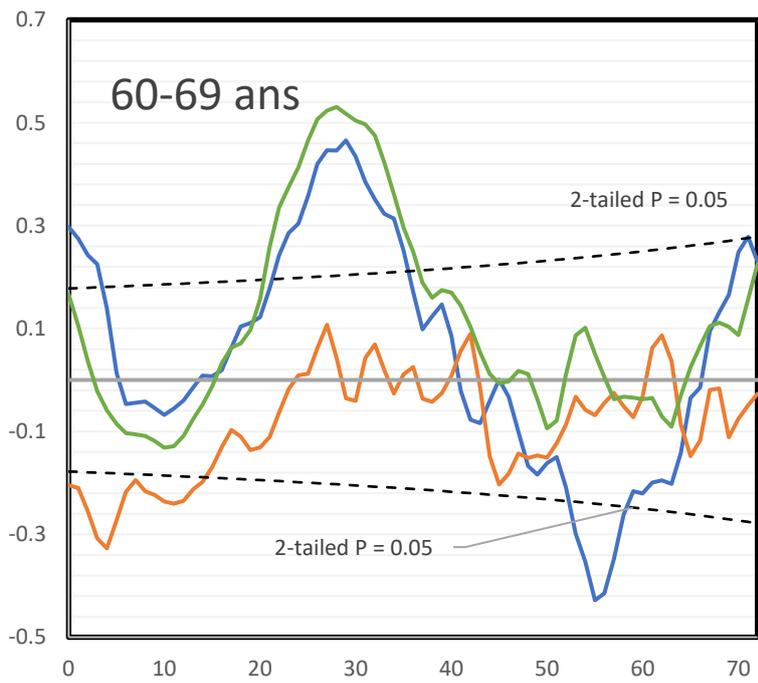
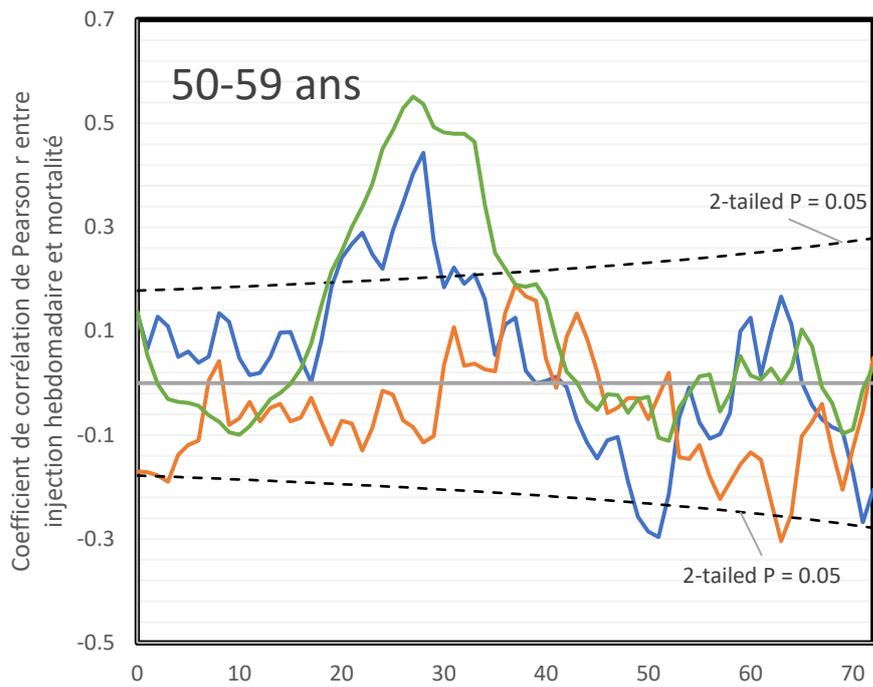
Figure 1. Rapport entre les taux de mortalité moyens pour les données de Fürst et al et les taux de mortalité d'EUROSTAT pour la même période et la même classe d'âge pour l'ensemble de la population tchèque, par statut d'injection (bleu - non injecté, orange - injecté) par rapport au pourcentage de cette classe d'âge avec ce statut d'injection. A) ensemble de données de 1,4 million de dossiers. B) ensemble de données de 0,8 million de dossiers. Pour B, le ratio pour les personnes non injectées, classe d'âge 0-4, est > 7 et n'est pas indiqué pour des raisons de clarté de la présentation.

Pour les non injectés, le ratio est proche de 1 pour les 5 groupes d'âge de plus de 24 ans, indiquant peu de biais dans les estimations de mortalité. Pour les injectés, le ratio est

d'environ 0,5 (la moitié de la mortalité EUROSTAT) pour l'ensemble des 6 classes d'âge au-dessus de 17 ans. Cette situation est un paradoxe arithmétique, particulièrement extrême pour les plus de 80 ans car ils ont une couverture vaccinale de 90,9 %. Cela implique un biais pour une mortalité extrêmement faible pour les injectés dans l'étude par rapport à l'ensemble de la population, d'autant plus qu'il n'y a pas d'indication de biais dans la mortalité des non injectés, une fraction beaucoup plus petite de la population. Il semble que les injectés aient souvent été classés non injectés en cas de décès. Le même raisonnement s'applique aux autres classes d'âge, en particulier au-dessus de 17 ans. Les données de la figure 1B indiquent une mortalité globalement plus faible que pour la population dans son ensemble, indépendamment du statut d'injection, ce qui suggère une meilleure santé pour les individus dans cet ensemble de données plus petit (revenu plus élevé – assurance santé plus coûteuse?). Cependant, les considérations de biais demeurent les mêmes que pour la figure 1A. Une classification incorrecte des morts injectés a augmenté la mortalité non injectée et diminué la mortalité injectée. Les non-injectés représentent un quart de la population. Une surmortalité mal classée parmi la majorité injectée a augmenté la mortalité non injectée à des niveaux similaires à ceux de l'ensemble de la population. Cela implique que les mortalités réelles non biaisées et non injectées doivent être plusieurs fois inférieures aux mortalités réelles des injectés.

Plus il y a d'injections, plus il y a de décès parmi les déclarés non injectés

Les soupçons selon lesquels les décédés sont exclus des échantillons s'ils sont injectés pourraient être testés en examinant les corrélations entre les taux d'injection et les taux de mortalité dans la même classe d'âge. Si les injections affectent la mortalité, le délai entre l'injection et son effet sur la mortalité est inconnu mais peut être exploré en calculant les coefficients de corrélation de Pearson r entre la mortalité et les taux d'injection, décalage 0 (les deux événements se produisent la même semaine/mois), décalage 1 (les injections 1 semaine/mois avant le décès), etc. Cela produit des r pour chaque décalage temporel, entre les mortalités injectées et les taux d'injection, et comme contrôle, pour les mortalités non injectés et EUROSTAT avec les taux d'injection. Les Figures 2 et 3 montrent les r en fonction du décalage temporel.



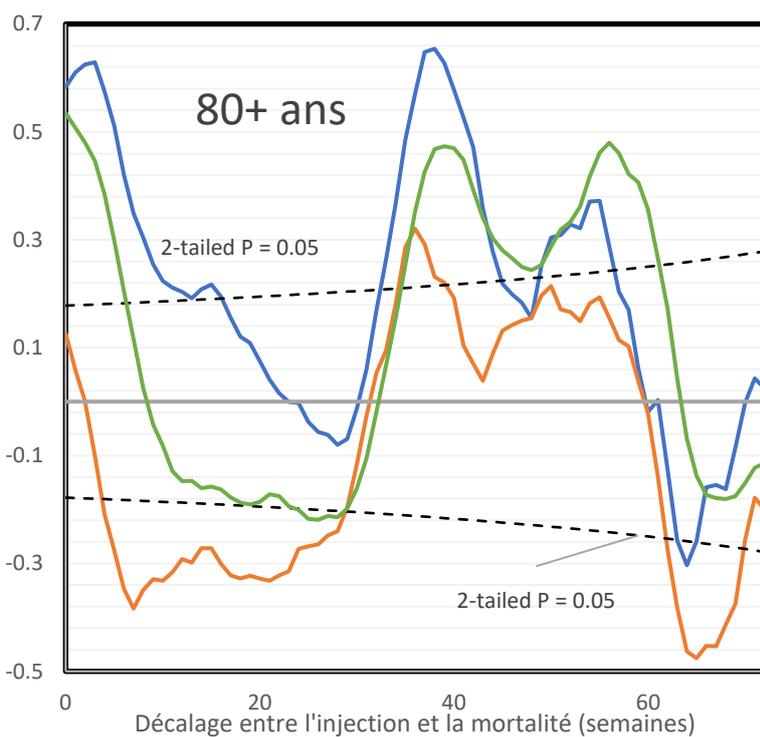
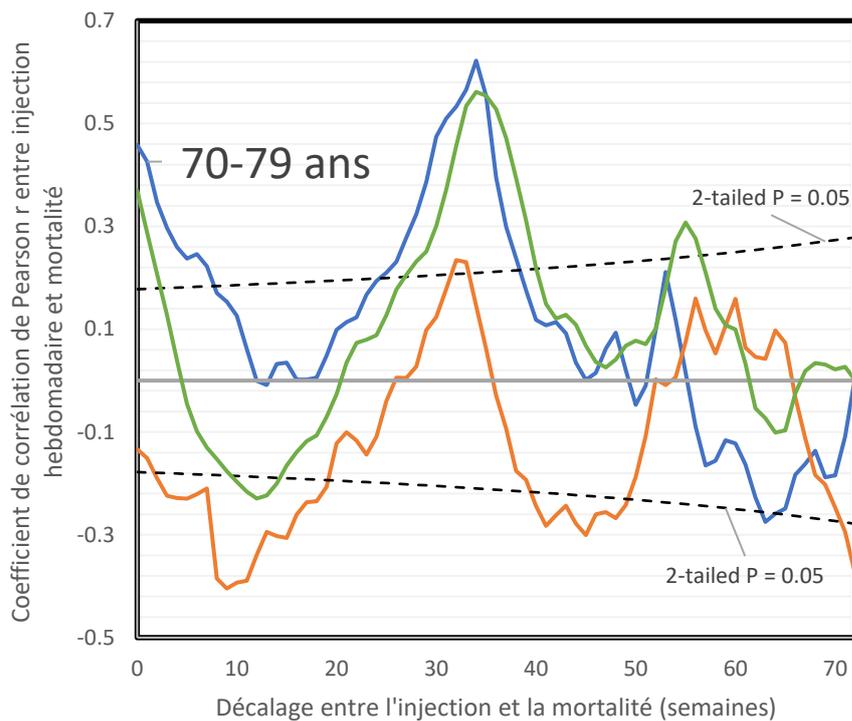
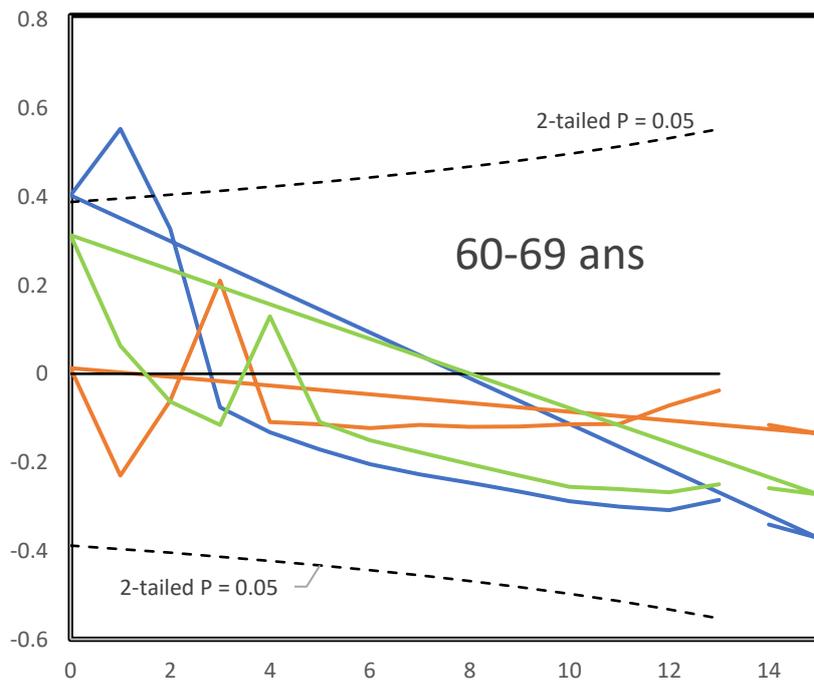
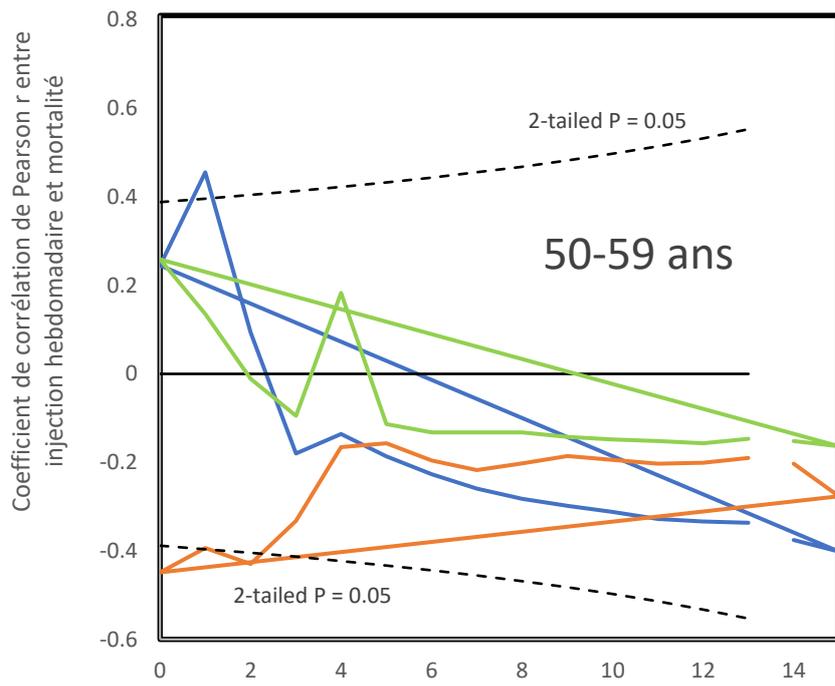


Figure 2. Coefficient de corrélation de Pearson r entre la mortalité hebdomadaire et les taux d'injection hebdomadaires (cumulés sur toutes les doses injectées cette semaine-là) en fonction du décalage entre l'injection et la mort pour les classes d'âge supérieures à 49 ans, grand ensemble de données, 1,4 million de dossiers. Bleu-Mortalité non injectés, orange-mortalité injectés, vert-mortalité EUROSTAT. Les lignes pointillées indiquent une signification statistique à $P < 0,05$. Les taux d'injection sont supérieurs à 75 % dans ces classes d'âge, mais les tendances des minorités non injectées ressemblent davantage à l'ensemble de la population qu'aux majorités injectées.



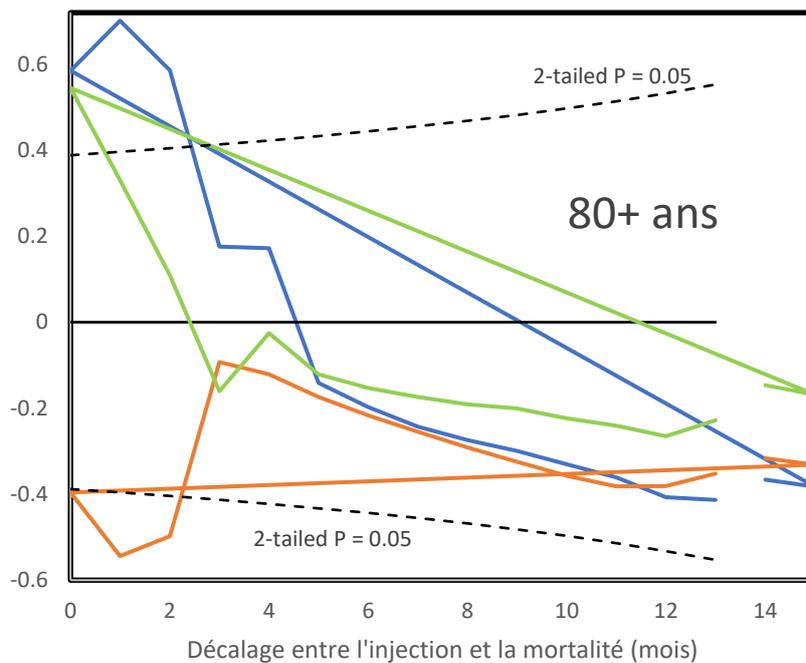
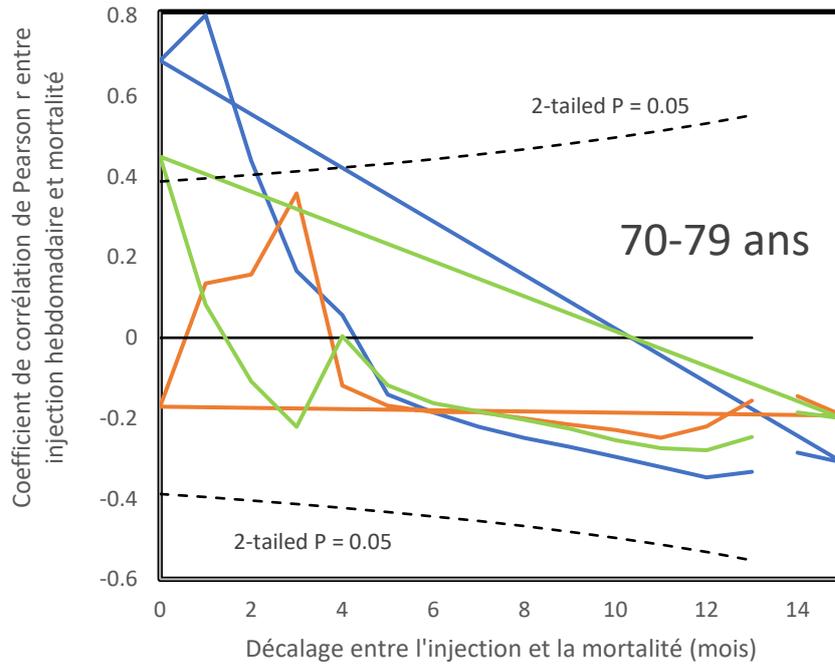
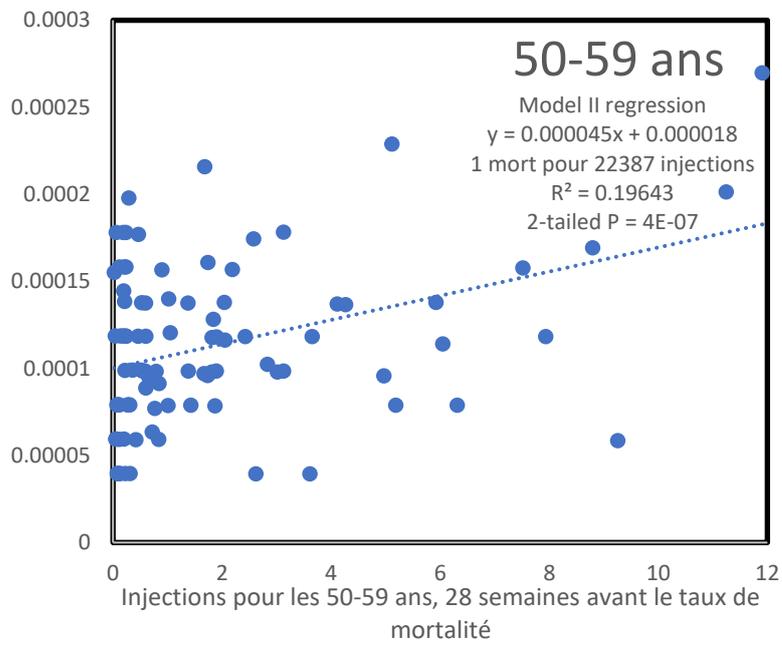
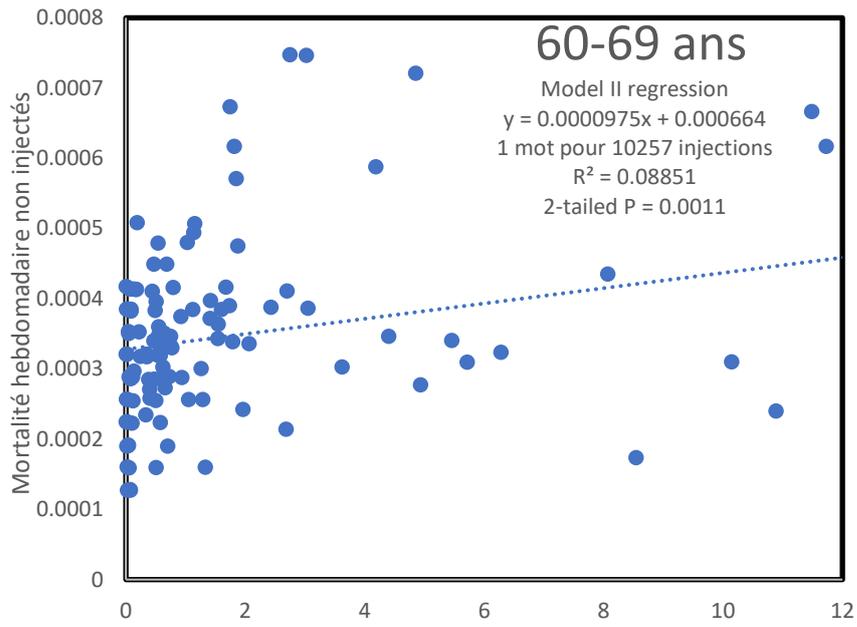


Figure 3. Coefficient de corrélation de Pearson r entre la mortalité mensuelle et les taux d'injection mensuels (cumulés sur toutes les doses injectées ce mois-là) en fonction du décalage entre l'injection et la mort postérieure pour les classes d'âge supérieures à 49 ans, ensemble de données de 0,8 million de dossiers. Bleu-Mortalité non injectés, orange-mortalité injectés, vert-mortalité EUROSTAT. Les lignes pointillées indiquent une signification statistique à $P < 0,05$. Les taux d'injection sont supérieurs à 75 % dans ces classes d'âge, mais les tendances des minorités non injectées ressemblent davantage à l'ensemble de la population qu'aux majorités injectées.

Dans l'ensemble, pour les 2 ensembles de données avec échelles de temps hebdomadaires et mensuelles, la dynamique temporelle des r pour les mortalités EUROSTAT de la population complète ressemble davantage à celle des mortalités non injectées pourtant minoritaires que

des mortalités injectées pourtant majoritaires. Les résultats pour les personnes injectées devraient ressembler à la plupart des schémas d'EUROSTAT car une large majorité de la population de ces âges est injectée (50-59 ans, 77% ; 60-69 ans, 84% ; 70-79 ans, 90% ; et 80+, 91%). Cela renforce les paradoxes soulignés dans la section précédente et suggère des biais non aléatoires affectant les mortalités estimées pour les injectés et non injectés des deux ensembles de données. Pour que ces tendances soient arithmétiquement cohérentes avec les données d'EUROSTAT, les mortalités non injectées devraient être beaucoup plus élevées que les mortalités EUROSTAT, afin de compenser les faibles mortalités des majorités injectées, de sorte que les mortalités moyennes pondérées selon la fréquence des injections et des non injectés soient égales (en tenant compte des biais d'échantillonnage) aux mortalités EUROSTAT pour l'ensemble de la population tchèque.

Étonnamment, dans les 4 classes d'âge des deux ensembles de données, la mortalité des non injectés, et non des injectés, augmente proportionnellement aux taux d'injection pour cette classe d'âge, la même ou quelques semaines/mois avant l'augmentation de la mortalité. Cela signifie qu'un grand nombre de personnes décédées ayant reçu une injection ont été déclarées comme n'ayant pas reçu d'injection. Cela n'est pas justifié même si l'on accepte l'idée d'exclure la période entre l'injection et la réaction immunitaire qu'elle provoque, car les injections peuvent induire la mortalité à tout moment à partir du moment de l'injection. Par conséquent, l'exploration de la toxicité des injections nécessite d'examiner les effets indésirables indépendamment de la réaction immunitaire spécifique contre le COVID19. Inclure ces décès excédentaires parmi les personnes non injectées est une erreur.



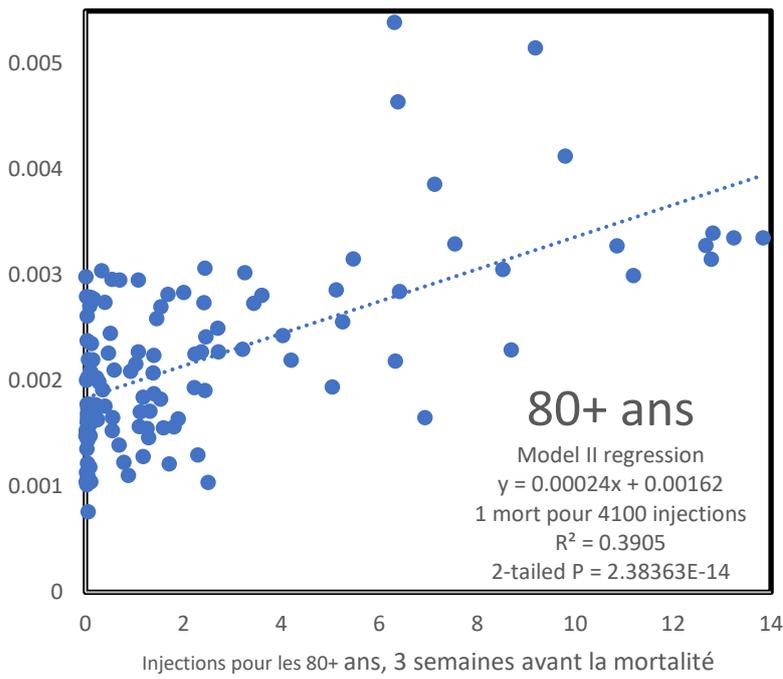
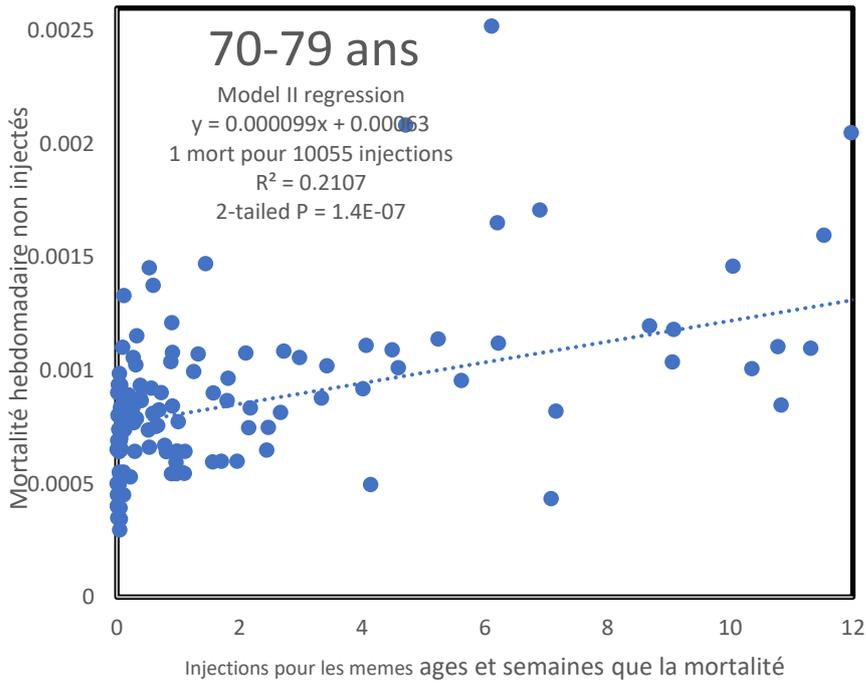
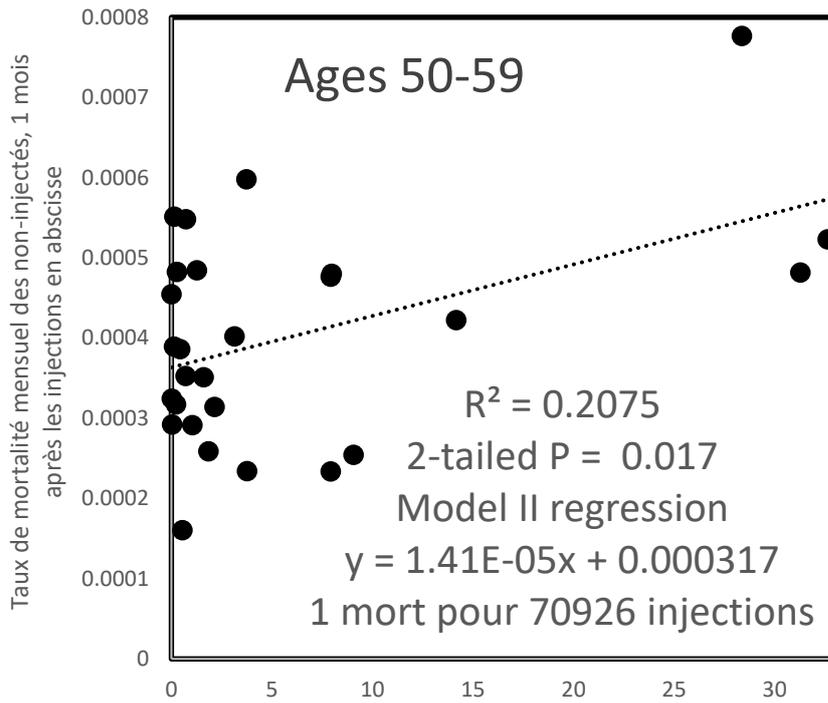


Figure 4. Mortalité hebdomadaire dans le grand ensemble de données en fonction des nouvelles injections hebdomadaires cumulées sur toutes les doses injectées cette semaine-là.



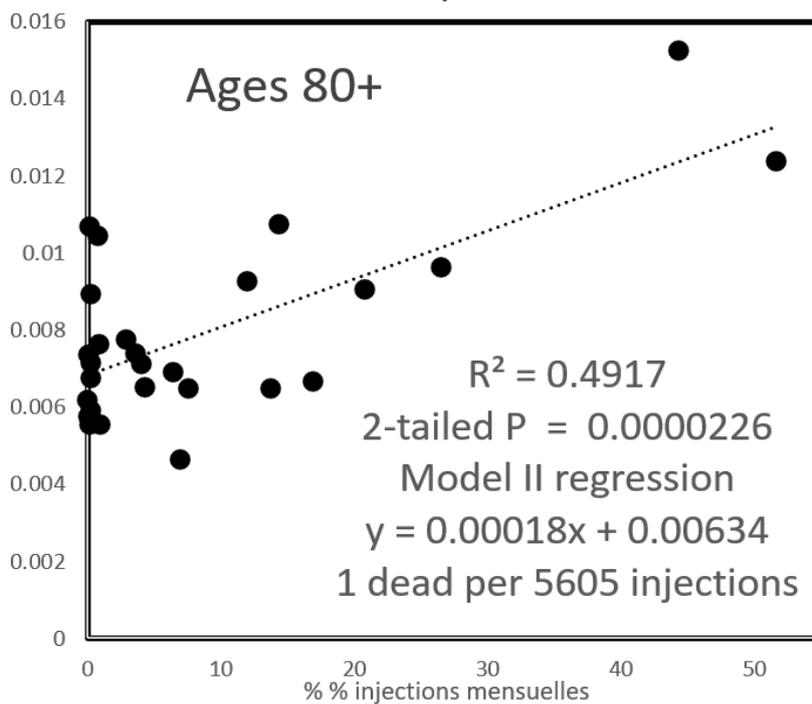
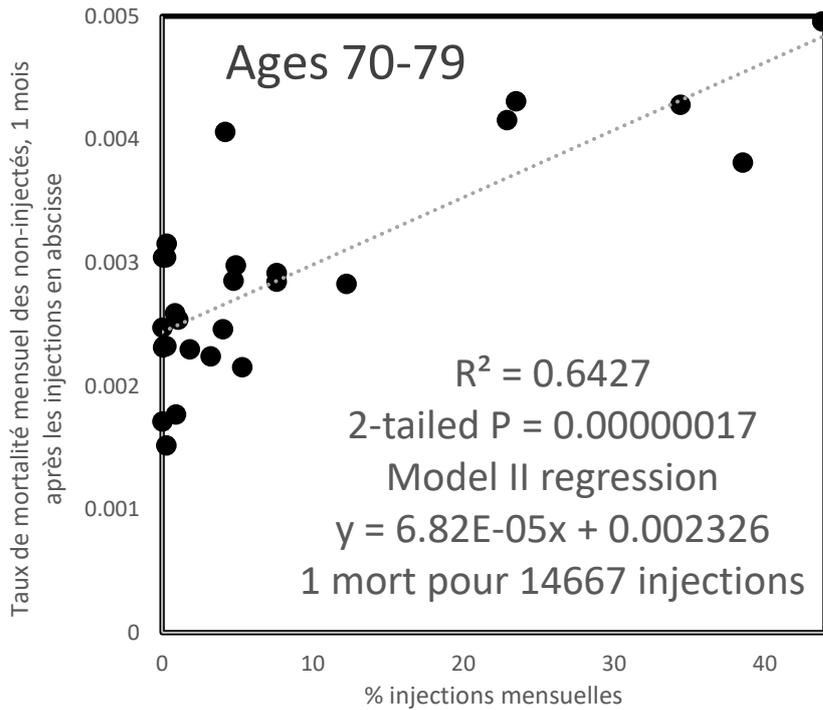


Figure 5. Mortalité mensuelle dans le petit ensemble de données en fonction des nouvelles injections mensuelles cumulées sur toutes les doses injectées ce mois-là.

La Figure 2 montre qu'au-delà de 59 ans, les mortalités augmentent avec les injections effectuées la même semaine, mais également avec les injections effectuées environ 30 semaines plus tôt. Pour les 50-59 ans, seul le dernier phénomène est détecté, les effets à court terme des injections sur la mortalité non injectée semblent inexistant. Les analyses de régression du modèle II de ces effets ultérieurs des injections sur les mortalités détectent des pentes similaires à celles observées pour la première période d'effets des injections sur les mortalités non injectées. Selon ces pentes, le nombre d'injections nécessaires pour 1 décès est de 27 777 injections pour la classe d'âge 60-69 ans (délai de 30 semaines entre les injections

et les décès), contre 10 257 pour cet âge pour la période précoce ; 10 078 (délai de 34 semaines entre les injections et les décès) pour la classe d'âge 70-79 ans contre 10 055 pour cet âge pour la période précoce ; et 4 351 (délai de 38 semaines entre les injections et les décès) pour les 80+ ans contre 4 100 pour cette classe d'âge pour la période précoce. Globalement, plus on est âgé, moins il faut d'injections pour obtenir 1 décès déclaré sans injection, et plus le délai entre l'injection et ses effets sur la mortalité à cet âge est long. Plus le délai entre l'injection et ses effets sur la mortalité est long, plus il faut d'injections par décès.

Les alloeffets, une explication alternative?

On pourrait affirmer que cette situation dans laquelle les déclarés non injectés incluent de nombreux injectés résulte d'erreurs/inexactitudes aléatoires. Si tel est le cas, les taux de mortalité non injectée devraient suivre des schémas de corrélation similaires aux taux de mortalité des injectés. Ce n'est pas le cas. Cela signifie que les erreurs dans les statuts d'injection sont biaisées par rapport aux personnes décédées et injectées, et que seul ou principalement ce groupe (injecté et décédé) est classé à tort comme non injecté. Cela a produit les tendances paradoxales observées ici, où les taux de mortalité non injectés augmentent proportionnellement aux taux d'injection, mais les taux de mortalité injectés ne sont pas corrélés aux taux d'injection.

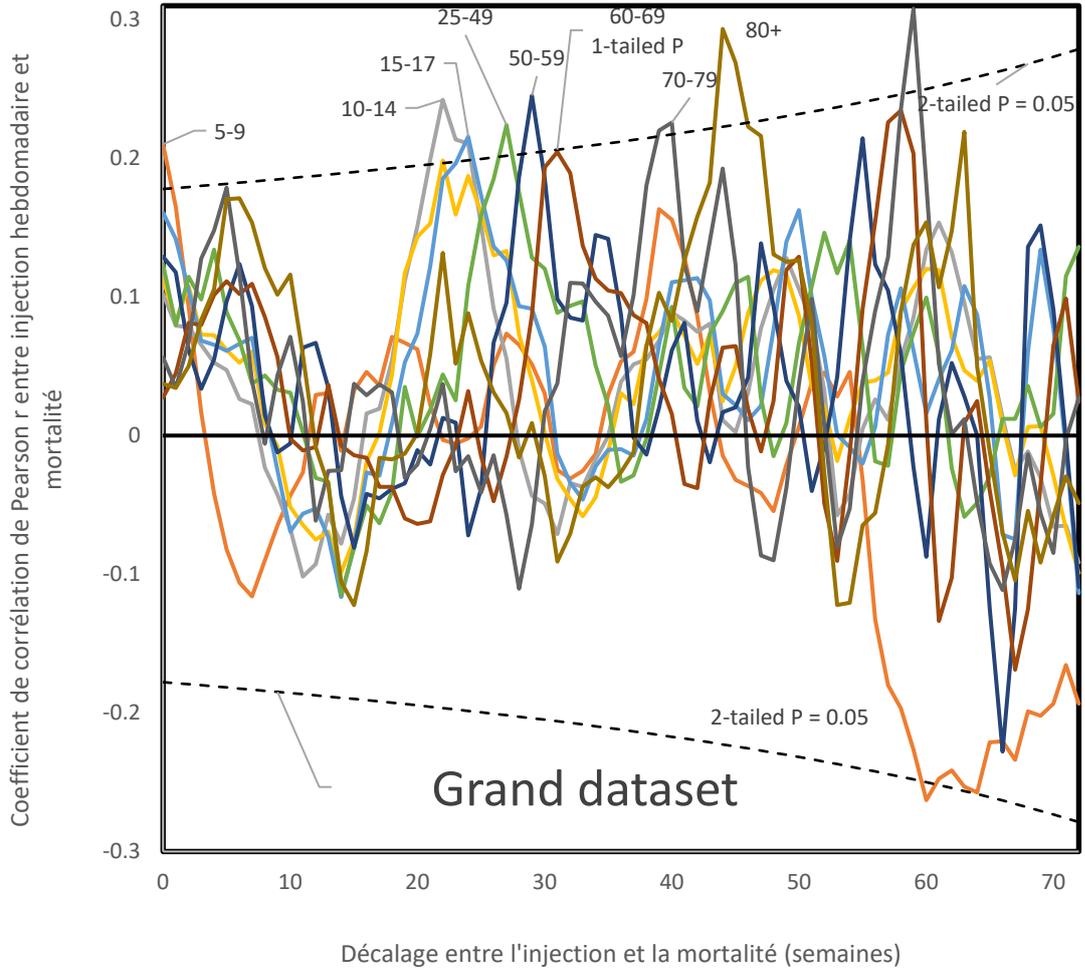
Les paradoxes arithmétiques décrits ci-dessus signifient qu'une proportion significative de personnes injectées et décédées ont été classées à tort comme n'ayant pas reçu d'injection. Comment la mortalité non injectée pourrait-elle augmenter avec les taux d'injection? Hypothétiquement, les personnes non injectées sont affectées par l'injection de ceux qui se trouvent dans leur environnement, appelés alloeffets sur les personnes non injectées résultant de l'excrétion du vaccin par les personnes injectées. Ce phénomène hypothétique prédit des associations positives entre les taux d'injection et la mortalité non injectée, semblables à celles décrites dans la section précédente. Les mortalités induites par l'excrétion impliquent que les injections sont si toxiques que même de petites quantités transmises de la personne injectée à la personne non injectée augmentent la mortalité des personnes non injectées. La mortalité des personnes injectées elles-mêmes devrait augmenter à des taux encore plus élevés avec les taux d'injection que les mortalités non injectées, car les personnes injectées sont exposées par leurs propres injections à des niveaux de substances toxiques beaucoup plus élevés que celles non injectées via l'excrétion vaccinale par les injectés. Cependant, les associations positives entre les taux d'injection et les mortalités par injection ne sont presque jamais observées (Figures 2 et 3), alors que de nombreuses associations positives sont observées pour les personnes déclarées non injectées. Une hypothèse encore plus complexe pourrait stipuler que les injections contiennent des substances protégeant la personne injectée contre les effets toxiques d'autres substances contenues dans les injections, et que les substances protectrices ne sont pas ou beaucoup moins transmissibles, de sorte que seules les personnes non injectées meurent des injections. Ce scénario improbable prédit des associations positives entre les taux d'injection et la mortalité non injectée et l'absence de mortalité chez les personnes injectées. Cela ne pourrait pas expliquer les paradoxes arithmétiques impliqués par la Figure 1, où les taux de mortalité dans une large majorité de la population (> 75 % sont injectés) sont bien inférieurs à ceux de l'ensemble de la population, tandis que les taux de mortalité dans les minorités restantes de l'ensemble de la population non injectée ressemblent à la mortalité dans l'ensemble de la population.

Alloeffets des injections des adultes sur la mortalité des enfants non injectés, âgés de 0 à 4 ans

Les associations de mortalités dans une classe d'âge avec des taux d'injection dans une autre classe d'âge constituent une preuve plausible d'alloeffets, avec la réserve que les taux d'injection dans les deux classes d'âge pourraient être associés (ils ont tendance à se produire à des périodes similaires). Cette colinéarité entre les taux d'injection des différentes classes d'âge n'existe pas pour la classe d'âge 0-4 ans, qui a une couverture vaccinale déclarée contre le COVID-19 inférieure à 1 pour cent. Par conséquent, les associations entre les taux de mortalité de cette classe d'âge et les taux d'injection des autres classes d'âge ne pourraient pas être dues à des similitudes entre les taux d'injection inexistantes de la classe d'âge 0-4 et les taux d'injection des âges plus avancés. Cette exploration des alloeffets sur la mortalité des jeunes enfants vise trois objectifs : a) décrire les alloeffets, b) confirmer les observations antérieures des alloeffets des injections d'adultes sur la mortalité des enfants, et c) indiquer si les tendances observées dans les sections ci-dessus pour les associations entre les mortalités des non injectés et les injections de la même classe d'âge ressemblent aux alloeffets sur la mortalité des enfants.

Les tendances d'effets des injections décrits ci-dessus sur les décès du même âge que les personnes injectées présentent trois caractéristiques intéressantes : 1. Les délais entre l'injection et ses effets sur la mortalité augmentent avec l'âge; 2. Plus la personne injectée est âgée, moins il faut d'injections pour obtenir un décès ; et 3. Des délais plus longs sont associés à moins de décès (plus d'injections sont nécessaires pour obtenir un décès). Si les profils d'alloeffets des injections sur la mortalité des enfants de 0 à 4 ans diffèrent pour l'une ou l'autre de ces trois caractéristiques observées pour les effets des injections sur les personnes non injectées du même âge, cela affaiblira encore davantage l'hypothèse selon laquelle les associations entre la mortalité non injectée et les injections à des âges > 49 ans sont des alloeffets.

La Figure 6 représente la série chronologique des coefficients de corrélation de Pearson entre les injections pour tous les âges supérieurs à la classe d'âge 0-4 et les mortalités de 0-4 ans, en faisant varier le délai entre l'injection et la mortalité (semaines/mois). Pour tous les âges dans les deux ensembles de données, la plupart des corrélations sont positives, ce qui signifie que les mortalités des 0-4 ans augmentent avec les injections d'autres classes d'âge. De plus, presque aucune des corrélations négatives n'est statistiquement significative ($P < 0,05$), presque toutes les corrélations statistiquement significatives sont positives. Cette observation constitue une preuve solide des alloeffets des injections sur les décès des 0-4 ans.



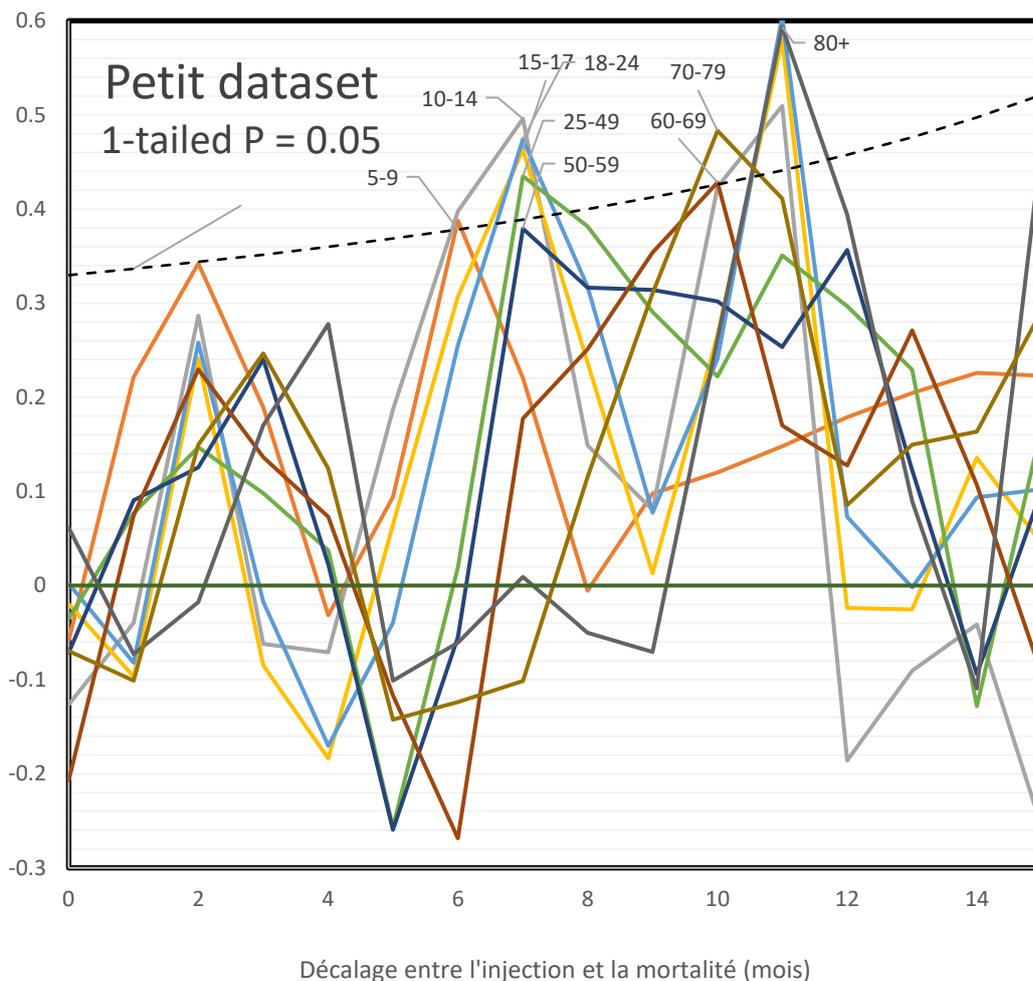


Figure 6. Coefficient de corrélation de Pearson r entre les injections pour tous les âges supérieurs à la classe d'âge 0-4 et les mortalités des 0-4 ans par rapport au délai entre la semaine/mois d'injection (ensemble de données grand/petit). Plus le vacciné est âgé, plus le délai jusqu'à l'effet des injections sur les décès des 0-4 ans est long.

Les résultats montrent pour les deux ensembles de données que les délais entre l'injection et son effet maximal sur les décès des 0-4 ans augmentent avec l'âge de l'injecté (Figure 7). Ceci coïncide qualitativement avec le point 1 des observations sur les effets des injections sur les mortalités du même âge: plus les injectés sont âgés, plus les délais entre les injections et leur effet sur les mortalités sont longs. Donc, ce premier critère ne permet pas de distinguer alloeffets et effets observés entre mortalités des non-injectés et injections du même âge.

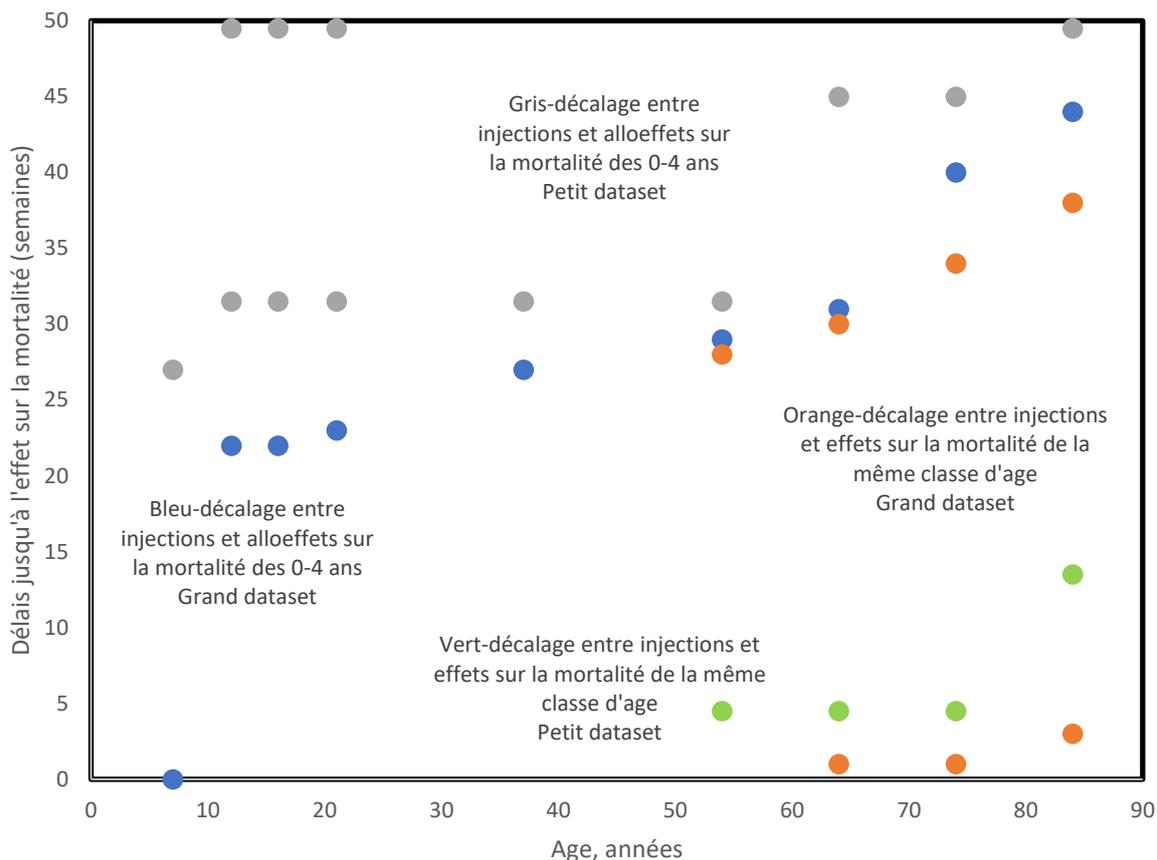


Figure 7. Délais entre l'injection et son effet maximal sur la mortalité en fonction de l'âge de l'injecté. Bleu et Gris : délai jusqu'à l'alloeffet de l'injection des âges > 4 ans sur la mortalité des 0-4 ans, grands et petits ensembles de données, respectivement. Orange et vert : délai jusqu'à l'effet des injections sur la mortalité des personnes déclarées non injectées du même âge que les injectés, grands et petits ensembles de données, respectivement. Pour le petit ensemble de données, les alloeffets se produisent et après des délais courts et longs (50 semaines). Pour le grand ensemble de données, les effets de l'injection sur la mortalité du même âge que la personne injectée se produisent après des délais courts et longs. Pour le petit ensemble de données, les délais en mois ont été multipliés par 4,5 pour la cohérence de l'échelle de temps des délais pour les deux ensembles de données.

La Figure 7 montre que les délais jusqu'aux effets des injections sur la mortalité augmentent avec l'âge. Cela implique que de faibles taux métaboliques retardent les effets des injections sur la mortalité, et que l'excrétion des substances toxiques venant des injections et ses effets résultent d'activités métaboliques. Les délais jusqu'à l'effet des injections à tout âge sur la mortalité des 0-4 ans sont systématiquement plus longs que les effets des injections dans la même tranche d'âge que les défunts déclarés non injectés. Il est logique que le temps nécessaire pour atteindre des niveaux toxiques entraînant la mort soit plus long lorsque les substances toxiques résultent de l'accumulation de petites quantités transmises par les personnes injectées dans l'environnement de l'enfant non injecté, que lorsque les substances toxiques sont directement injectées aux individus. Cette comparaison des délais jusqu'au décès des enfants non injectés par rapport aux décès des adultes ayant reçu une injection pourrait ne pas être adéquate en raison, entre autres, de différences métaboliques. Néanmoins, cela constitue une indication supplémentaire que les associations entre la mortalité non injectée et les injections au sein du même groupe d'âge sont d'une nature différente des alloeffets des injections sur la mortalité infantile. Par conséquent, les premiers ne sont

probablement pas des alloeffets de l'injection sur des personnes non injectées du même âge, mais résultent d'erreurs de classification ciblées des personnes décédées en cas d'injection. Ce point selon lequel les effets des injections sur la mortalité des adultes non injectés diffèrent qualitativement des alloeffets sur la mortalité des enfants non injectés peut également être examiné en considérant les pentes de régression linéaire de modèle II des associations entre les taux d'injection et de mortalité. La pente estime l'augmentation de la mortalité par augmentation de l'injection. Il est pratique d'examiner $1/\text{pente}$, qui estime le nombre d'injections nécessaires pour obtenir un décès, une statistique dose-réponse estimant la toxicité de l'injection, moins il y a d'injections par décès, plus les injections sont toxiques (Figure 8).

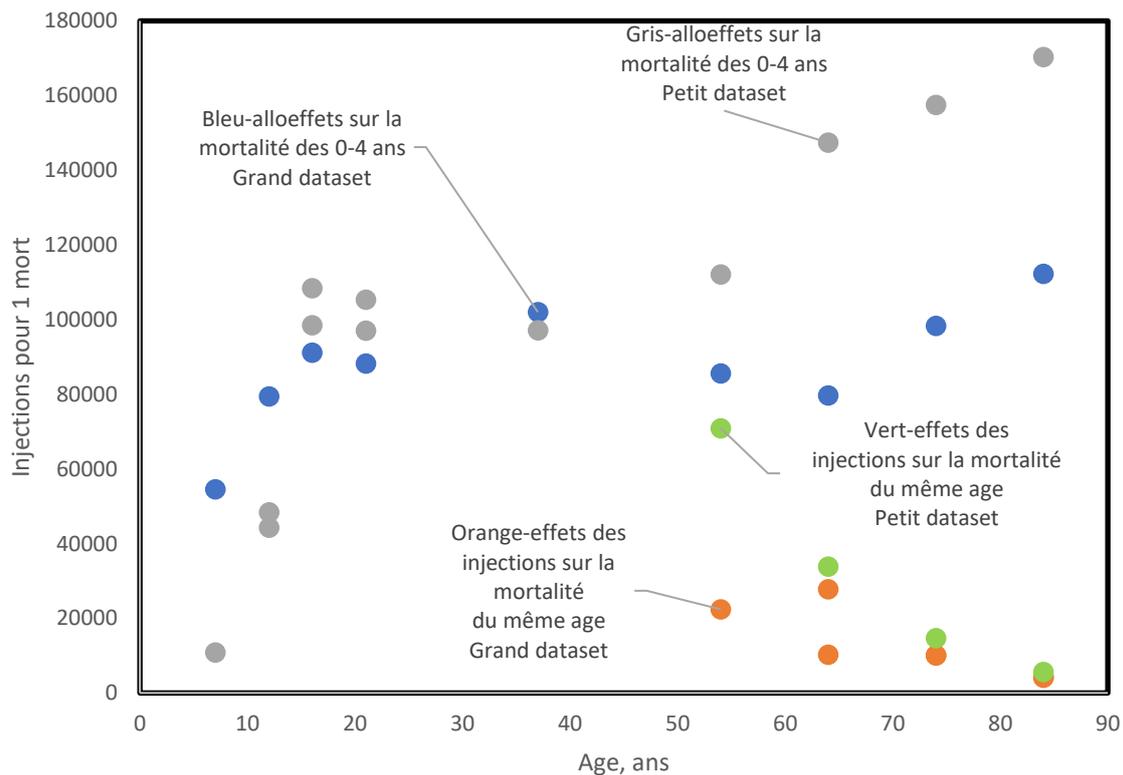


Figure 8. Nombre d'injections nécessaires pour obtenir un décès en fonction de l'âge de la personne injectée. Les codes couleur sont ceux de la Figure 7. Pour les alloeffets des injections des adultes sur la mortalité des enfants non injectés, plus la personne injectée est âgée, plus il faut de doses pour obtenir un décès (points bleus et gris). Pour les associations entre la mortalité déclarée sans injection et les taux d'injection dans le même groupe d'âge, l'effet dose-mortalité diminue avec l'âge de la personne injectée (points orange et vert).

Les tendances de la Figure 8 diffèrent entre les alloeffets et les effets des injections sur la mortalité déclarée des personnes non injectées du même âge que les personnes injectées. Pour les alloeffets, plus la personne injectée est âgée, plus il faut d'injections pour entraîner la mort d'un enfant, ce qui signifie que l'allotoxicité des injections diminue avec l'âge lorsqu'on l'examine sous l'angle de leurs alloeffets sur les enfants de 0-4 ans. Cela correspond à l'idée selon laquelle un métabolisme faible entraîne moins d'excrétion/transmission de substances toxiques liées aux injections. Par conséquent, davantage d'injections sont nécessaires pour obtenir le même effet. L'inverse est vrai pour les effets des injections sur les décès déclarés (supposés mal classés) non injectés du même âge que les personnes injectées. Plus on est âgé, moins il faut d'injections pour obtenir un décès, ce qui signifie que la toxicité des injections augmente avec l'âge. Ceci serait compatible avec l'hypothèse d'une mauvaise classification

des défunts injectés comme non injectés. Un métabolisme élevé chez les personnes injectées pourrait aider à excréter et/ou décomposer les substances toxiques des injections, de sorte que davantage d'injections soient nécessaires pour observer un décès à un âge plus jeune. Des analyses antérieures des délais entre injections successives montrent que les défunts ont en moyenne des délais plus courts entre la dernière injection avant leur décès et l'avant-dernière injection. Ceci suggère un effet de surdosage associé à certains décès, où le délai entre les injections successives n'était pas suffisamment long pour éliminer suffisamment de substances toxiques lors de la première injection, de sorte que le cumul de l'injection suivante avec les parties non éliminées de l'injection précédente provoque la mort. La différence entre les délais entre les défunts et les survivants diminue avec l'âge, ce qui signifie que les jeunes survivent à des délais plus courts entre les injections successives que les individus plus âgés. (Seligmann 2024a **Longer delays between successive COVID19 injections increase survival**). Cela suggère encore une fois qu'un métabolisme élevé aide à éliminer au moins certaines des substances toxiques contenues dans ces injections. Les tendances observées dans la Figure 8 sont conformes à ces observations antérieures sur les associations entre la mortalité et les délais courts entre les injections successives, en fonction de l'âge.

Un aspect important des alloeffets de l'injection sur la mortalité des enfants de 0 à 4 ans non injectés est qu'en principe, on pourrait penser que les alloeffets résultent d'effets intra-utérins et/ou de la lactation par les mères injectées. Les résultats présentés ici n'excluent pas l'existence d'effets maternels, mais ceux-ci ne sont pas détectés ici. Ces effets devraient réduire le nombre d'injections nécessaires pour observer le décès d'un enfant pour les âges compatibles avec la maternité, les classes d'âge 18-24 et surtout 25-49 ans. Cependant, la réponse dose-mortalité pour ces âges dans la Figure 8 correspond bien aux tendances observées pour d'autres âges incompatibles avec la maternité. Les tendances ne sont pas non plus compatibles avec des alloeffets résultant de contacts sexuels.

La Figure 7 montre que les délais jusqu'aux effets des injections sur la mortalité augmentent avec l'âge. Par conséquent, les tendances de la Figure 8 indiquant des effets de l'âge des injectés pourraient être confondus par les effets des délais, qui augmentent aussi avec l'âge. Il est logique, comme observé ci-dessus, qu'également pour les alloeffets des injections chez les adultes sur la mortalité des enfants non injectés, le nombre d'injections nécessaires pour observer 1 décès augmente avec les délais depuis l'injection (des délais plus longs depuis l'injection diminuent ses effets, Figure 9). Ceci est encore une fois conforme aux observations mentionnées ci-dessus selon lesquelles de courts délais entre les injections successives augmentent la toxicité de la dernière injection, et que pour les personnes plus jeunes, cet effet nécessite des délais particulièrement courts entre les injections successives car un métabolisme plus rapide permettrait une élimination plus rapide des substances injectées (Seligmann 2024a).

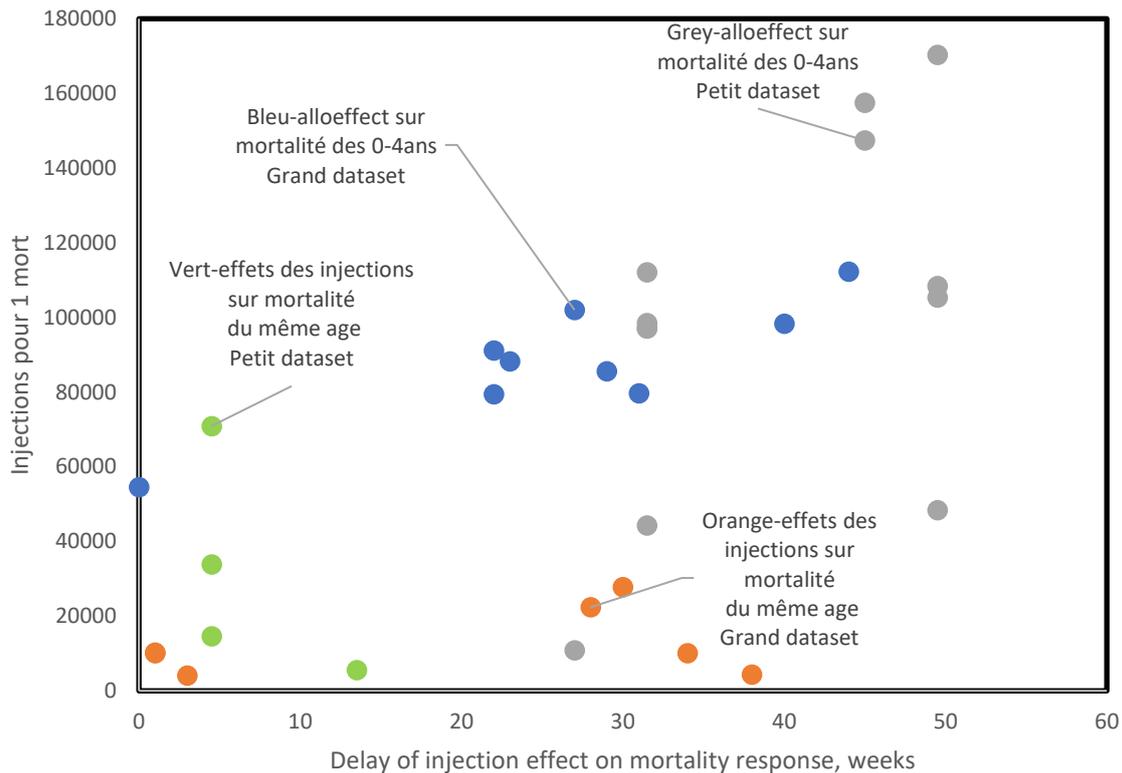


Figure 9. Nombre d'injections nécessaires pour obtenir un décès en fonction du délai écoulé depuis l'injection jusqu'à la réponse de mortalité à l'injection. Les codes couleurs sont ceux de la Figure 7. Pour les alloeffets des injections chez les adultes sur la mortalité des enfants non injectés, plus le délai est long, plus il faut de doses pour obtenir un décès (points de données bleus et gris).

Pour les associations entre la mortalité déclarée sans injection et les taux d'injection dans le même groupe d'âge, l'effet dose-mortalité diminue avec le délai écoulé depuis l'injection (points de données orange et vert, Figure 9). Les différences entre l'alloeffet et d'autres modèles sont moins claires pour la Figure 9 que la Figure 8, ce qui suggère que l'âge (Figure 8) est plus pertinent pour l'effet dose-réponse que le délai entre l'injection et la mortalité (Figure 9). L'âge et le délai affectent probablement la réponse dose-mortalité, mais pour démêler les effets respectifs de chacun, il faudra des données plus complètes et mieux curées. Parmi les trois points énumérés ci-dessus qui pourraient permettre de distinguer les alloeffets des injections sur la mortalité d'autrui, et les effets des injections sur les injectés (en l'occurrence probablement des injectés mal classés et déclarés non injectés), deux critères montrent des différences entre les deux types d'effets des injections, effets directs et alloeffets. Les effets de l'âge sur la réponse dose-mortalité sont les plus évidents (Figure 8).

Ces décès tchèques non injectés sont une combinaison d'enregistrements de décès réels non injectés et de décès injectés classés à tort comme non injectés. Cette combinaison dilue l'effet des injections dans la mesure où l'échantillon mélange des décédés injectés avec de nombreuses personnes n'ayant pas reçu d'injection. En effet, des analyses similaires des données néo-zélandaises, similaires aux données tchèques mais sans erreurs de classification (cette database n inclue aucun non-injecté), révèlent que la réponse dose-mortalité dans les données tchèques est environ 150 fois plus élevée que dans les données néo-zélandaises. Ceci signifie qu'en moyenne, environ 150 fois plus d'injections sont nécessaires pour observer un décès dans les données tchèques que dans les data néo-zélandaises. Cela n'est pas dû au fait que les injections tchèques sont moins toxiques que les injections néo-zélandaises, mais très

probablement à cause de cette dilution par mélange, par des erreurs de classification, des défunts tchèques injectés avec l'échantillon tchèque non injecté.

Les analyses ici révèlent des paradoxes arithmétiques entre les taux de mortalité injectés et non injectés issus de deux grands ensembles de données tchèques par rapport aux taux de mortalité pour les mêmes groupes d'âge et la même période pour l'ensemble de la population tchèque et provenant d'une source différente (Eurostat). Les suspicions de classifications erronées de personnes décédées et injectées comme non injectées sont compatibles avec les tendances observées pour d'autres grands échantillons non suspectés de classifications erronées. Des analyses plus approfondies montrent que dans certains cas, la mortalité non injectée est associée aux injections en raison de l'excrétion probable du vaccin. Les tendances des réponses dose-mortalité obtenues pour les alloeffets diffèrent de celles observées pour les taux de mortalité néo-zélandais et les taux de mortalité tchèques « non injectés », probablement contaminés par des morts injectés mal classés.

Remerciements

Merci à Pierre Obertin de m'avoir envoyé l'étude de Fürst et al (2024) et à Patrice Taravel pour avoir fourni les données Eurostat et de nombreuses discussions sur les résultats.

References

Benavides A, Seligmann H 2023 More missing age data in VAERS COVID19 injection reports for severe than mild adverse events in children and women at peak fertility ages. Researchgate, July 2023, [10.13140/RG.2.2.14464.00007](https://www.researchgate.net/publication/371446400007).

Benavides A, Hawkins G, Seligmann H 2023 Biased publication delays of COVID19 injection VAERS reports: more in females and for severe adverse effects in children. Researchgate, July 2023, [10.13140/RG.2.2.36369.40807/1](https://www.researchgate.net/publication/371446400007).

Bernard R, Grégoire C, Seligmann H 2023 Unreliability of COVID19 PCR tests: less than 20 percent of swabs producing initial positive PCR were positive when re-tested within 24 hours. Researchgate, July 2023, [10.13140/RG.2.2.21632.00002/1](https://www.researchgate.net/publication/371446400007).

Dagan N, Barda N, Kepten E, Miron O, Perchik S, Katz MA, Hernán MA, Lipsitch M, Reis B, Balicer RD 2021 BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. N Engl J Med .51, 1412-1423.

Fürst T, Bazalová A, Fryčák T, Janošek J 2024 Does the healthy vaccinee bias rule them all? Association of COVID-19 vaccination status and all-cause mortality from an analysis of data from 2.2 million individual health records. Int J Inf Dis 142, 106976.

Pantazatos S, Seligmann H 2021 COVID vaccination and age-stratified all-cause mortality risk. Researchgate, Oct 2021, [10.13140/RG.2.2.28257.43366/1](https://www.researchgate.net/publication/371446400007)

Seligmann H 2021a Inconsistent Israeli COVID-19, vaccination data from different sources. Researchgate, May 2021, [10.13140/RG.2.2.29802.24009/1](https://www.researchgate.net/publication/371446400007).

Seligmann H 2021b COVID19 vaccination increases mortality of unvaccinated European children, October update. Researchgate, Oct 2021, [10.13140/RG.2.2.31850.03529](https://www.researchgate.net/publication/371446400007).

Seligmann H 2023 Long-term excess mortality after COVID19 injections in New Zealand. Researchgate, December 2023, [10.13140/RG.2.2.14594.86720](https://www.researchgate.net/publication/371446400007).

Seligmann H 2024a Longer delays between successive COVID19 injections increase survival. Researchgate, January 2024, [10.13140/RG.2.2.14594.86720](https://www.researchgate.net/publication/376145948).

Seligmann H 2024b No qualitative (=no placebo), but quantitative differences between COVID19 vaccine batches in mortality from leaked New Zealand data. Researchgate, January 2024, [10.13140/RG.2.2.36826.31683](https://www.researchgate.net/publication/376145948).