Mordons les chiens de garde !

Revue de presse n°34

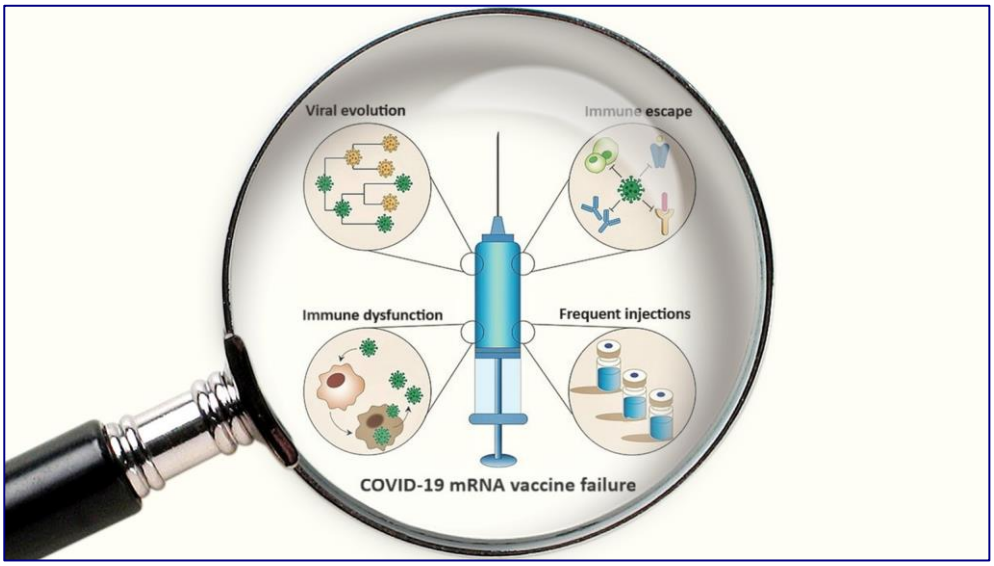
avril-juin 2024

Covid-19

Table des matières

Vaccins ARN : les leçons tirées des essais cliniques et de la campagne de vaccination 3
Une étude conclut à l'absence d'efficacité des vaccins covid-19 et à un effet aggravant de la vaccination sur la maladie dans de nombreux cas 5
Quand la doxa se heurte finalement à la science : fact-checking d'une tribune 8
Salut à toutes et tous, ... 14
Surmortalité en 2021-2023 : on commence à évoquer le vaccin Covid… 15
Didier Raoult exige un moratoire sur la vaccination Covid et un retour au traitement des patients 17
« Comment les industriels ont dissimulé les effets indésirables graves des vaccins anti-Covid » 19
Le nombre de morts d'une guerre mondiale : Bret Weinstein et Tucker discutent du vaccin Covid et des plans autoritaires de l'OMS pour l'humanité 48
Christian Perronne : ICS-5 et Sénat US, un tournant, le retour de la lumière et la liberté. 50
Une étude conclut à l'absence d'efficacité des vaccins covid-19 et à un effet aggravant de la vaccination 52
Lettre au Président LULA et aux citoyens brésiliens sur des dangers de l'injection Covid-19 pour l'enfant 55
Les données néo-zélandaises confirment : 3 X plus de morts après injections covid19 59
Explosion de turbo-cancers chez les médecins canadiens vaccinés à 99,9 % 65
Ex-président suisse: « La politique Covid, une hypnose de masse » 66
Les Français ont compris que les vaccins Covid-19 étaient inefficaces et dangereux et n'en veulent plus 67
Effets secondaires : la colère face au silence de la presse 71
Face au silence et à l'inaction, les citoyens prennent la main 73
Von der Leyen & Co accusés de crimes à La Haye 74
À quel jeu jouent-ils ? 76
L'hydroxychloroquine a coûté la vie à 17 000 personnes 78
#LyonBordeauxGate : non il n'y a pas eu 17 000 décès dus à l'hydroxychloroquine comme le prétend une étude frauduleuse dont les Pr. Lega et Molimard font la promotion dans les médias. 80
On veut nous refaire le coup de l'hydroxychloroquine qui tue, mais en pire 83
Santé Publique France et Libération attribuent la surmortalité vaccinale au Covid ! 94
Pourquoi « Spike » est-elle toxique ? 100
Le codage des vaccins ARN manipulé ! Entretien avec le prof. Jean-Marc Sabatier 101
La « Spike detox » s'attaque au Covid long et aux dommages vaccinaux 110
Erreurs de lecture du génome, production de protéines fantômes. 112
ADN dans les vaccins : les médecins allemands en colère ! 113

Vaccins ARN : les leçons tirées des essais cliniques et de la campagne de vaccination



Ce 24 janvier, la plateforme de publication scientifique Cureus publiait un article fouillé sur la vaccination ARN. Celui-ci énumère tout ce qui a été anormal, dissimulé, frauduleux et méthodologiquement erroné dans la démarche de mise sur le marché et de généralisation « forcée » de la vaccination ARN.

L'article se présente comme une analyse critique et approfondie des essais de vaccination contre le Covid-19, mettant en évidence à la fois les réalisations et les défis rencontrés lors du développement, de l'autorisation et de la distribution des vaccins à ARNm contre le Covid-19. L'article est notable pour sa revue exhaustive de la littérature existante, y compris les études récentes qui mettent en lumière les lacunes et les omissions tant dans les premiers essais cliniques que dans les dissimulations ultérieures de résultats.
Les auteurs de cet article, parmi lesquels figurent Stephanie Seneff et Peter McCullough, sont connus pour leur position critique envers les campagnes de vaccination anti-Covid. Ils ont souvent été au centre de controverses pour leurs opinions, ce qui rend leur travail sujet à débat dans la communauté scientifique. Cependant, la publication de leur revue dans un journal associé à la famille Nature ajoute un niveau de reconnaissance académique qui pourrait atténuer certaines critiques.

Reprenons les points importants.

1. Rapidité du processus d'autorisation
Le développement et l'autorisation des vaccins à ARNm contre le Covid-19 ont été réalisés à une vitesse sans précédent. Alors qu'il faut normalement environ 10 ans pour développer un vaccin antiviral, les vaccins contre le Covid-19 ont été autorisés en seulement 7 mois, battant le record historique de 4 ans établi par le vaccin contre les oreillons de Merck en 1967. Cette rapidité soulève des inquiétudes quant à l'évaluation complète de l'innocuité des vaccins sur le long terme, y compris les risques de maladies auto-immunes et de cancer.
2. Absence de tests pour les rappels
L'impossibilité de réaliser des essais cliniques pour les doses de rappel compromet la compréhension de leur efficacité et de leur sécurité.
3. Conception des essais cliniques
Les objectifs des essais cliniques se sont principalement concentrés sur la réduction de l'infection symptomatique, plutôt que sur des critères plus significatifs tels que la réduction de la mortalité ou des cas graves. Cette lacune doit être mise en perspective avec des exemples historiques tels que les vaccins contre la polio en 1955 et la grippe en 1976 et 2009, pour lesquels les infections post-vaccination et la transmission n'avaient pas été adéquatement contrôlées, soulignant l'importance de ces mesures dans l'évaluation de l'efficacité vaccinale.

4. Intérêts économiques
L'article examine comment les intérêts économiques ont pu influencer la prise de risque dans le développement et la distribution des vaccins. La cession de la responsabilité aux États acheteurs par les compagnies pharmaceutiques allège les conséquences financières pour ces dernières, tout en posant des questions sur la prise de décision en matière de santé publique.
5. Terminologie et sécurité
Le terme « vaccin » utilisé pour désigner les produits à ARNm soulève des problèmes de confusion, car ils ont été initialement conçus et testés pour des traitements de cancers en stade avancé, et non pour une population saine. Cette approche, relevant davantage de la thérapie génique que de la prophylaxie vaccinale traditionnelle, amène à questionner la pertinence de la terminologie et les implications potentielles en termes de sécurité et d'efficacité pour une utilisation de masse.
6. Contrôle de toxicité
L'article soulève l'absence complète de contrôle de l'immunogène produit par l'organisme « vacciné » et de la toxicité maintenant connue et documentée de cet immunogène (Spike) ainsi que de ses effets imprévisibles.

Omissions et dissimulations
Cette revue approfondie et largement citée offre une analyse critique des premiers essais cliniques sur les vaccins contre le Covid-19, mettant en évidence des omissions et des dissimulations significatives.
Elle constitue une contribution importante à l'examen objectif de la vaccination anti-Covid et devrait contribuer à percer les carapaces du monde scientifique et médical.

Toutefois, il faut noter que de nombreuses informations étaient parfaitement connues avant la crise sanitaire. Le fait que certains scientifiques souffrent d'amnésie ces dernières années soulève des questions sur leurs compétences ou leur probité.

Pr Bernard RENTIER, virologue et recteur honoraire de l'Université de Liège
Marc-Henri WOUTERS, journaliste pour BAM !

Lire l'article de Cureus en anglais :
Covid-19 mRNA Vaccines : Lessons Learned from the Registrational Trials and Global Vaccination Campaign

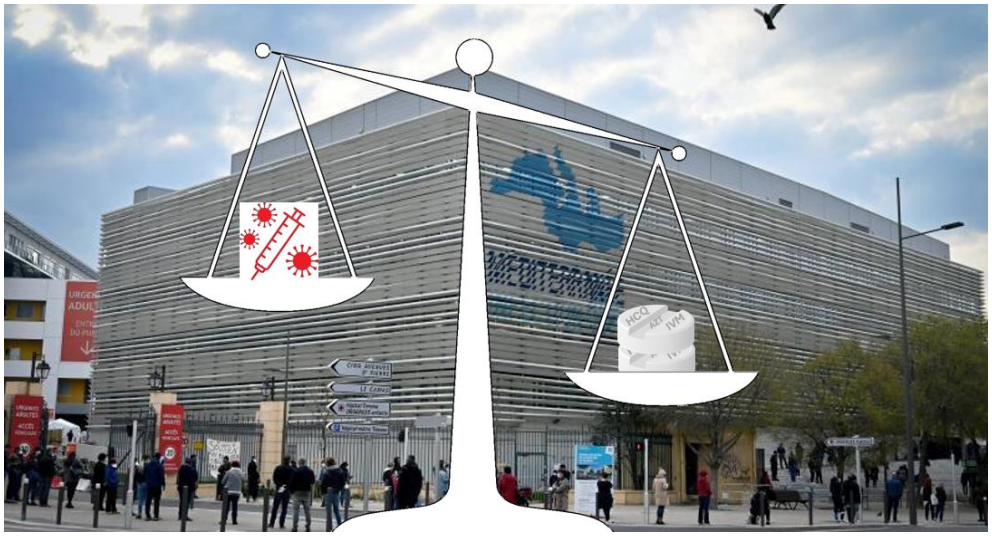
Cureus[1] est une revue médicale en accès libre (Open Access), disponible exclusivement en ligne, faisant partie du groupe Springer Nature. Elle accepte des articles originaux ou de synthèse, des rapports techniques ou de cas cliniques, ainsi que des éditoriaux couvrant plus de 60 spécialités médicales.
L'accès aux publications est libre et gratuit dès leur mise en ligne. Les articles sont soumis à une évaluation par les pairs avant publication et peuvent être évalués par un large éventail d'utilisateurs après publication. Chaque article reçoit une évaluation post-publication nommée « Scholarly Impact Quotient ».
Cureus est référencé dans PubMed, un moteur de recherche gratuit donnant accès principalement à la base de données MEDLINE de références et résumés sur les sciences de la vie et les domaines biomédicaux, et est aussi indexé dans le Web of Science et archivé dans PubMed Central.

Pr RENTIER

Illustration de BAM !

[1] About Cureus

Une étude conclut à l'absence d'efficacité des vaccins covid-19 et à un effet aggravant de la vaccination sur la maladie dans de nombreux cas



Une étude conclut à l'absence d'efficacité des vaccins covid-19 et à un effet aggravant de la vaccination sur la maladie dans de nombreux cas. ©France-Soir, Pixabay

Une seconde analyse indépendante des données des 30 423 patients soignés à l'IHU Méditerranée Infection conclut à *l'absence d'efficacité des vaccins covid-19*.
Ce n'est donc pas une étude, mais deux que l'équipe pluridisciplinaire de scientifiques réunis autour du Prof. Christian Perronne ont publié en février 2024. Lounnas, Gkioulekas, Rendell, Lacout, Azalbert et Perronne, ayant analysé de manière *autonome* et *indépendante* les données des 30 423 patients soignés dans le pôle maladies infectieuses de l'AP-HM (Assistance Publique Hôpitaux de Marseille) situé dans l'IHU Méditerranée Infection, se sont intéressés de près aux données disponibles de vaccination covid-19.
Ils concluent à l'absence d'efficacité des vaccins covid-19. Alors que la première étude concluait à la *supériorité sans appel de la bithérapie en* diminuant de 58% le passage en soins intensifs et décès. Cette seconde étude est probablement la plus importante, car elle arrive à relier la vaccination avec les traitements précoces et les auteurs concluent que *« la vaccination antérieure (à la maladie) a un effet* aggravant *sur la maladie dans nombreux cas, soulevant ainsi la question* de la pertinence et de la légitimité *de la vaccination de masse ».* Cette étude est unique puisqu'elle allie la pluridisciplinarité scientifique qui devient critique pour l'analyse des données médicales. Dans le cas présent, la cohorte de l'IHU est la seule qui permette, après traitement statistique, de mesurer les interactions entre la maladie, la vaccination et les traitements précoces.
Le professeur Perronne déclare « *à la vue de ces résultats sans appel,* la vaccination covid-19 devrait être suspendue *et une commission d'enquête parlementaire doit se saisir de l'évaluation des choix de politique sanitaire pour la gestion de la crise covid* ».

Analyse détaillée

- **Des données autorisées pour l'exploitation**

Sans même regarder les résultats de l'étude marseillaise dans l'intérêt des patients, le Pr Molimard avait déclaré que ces données constituaient « *un essai sauvage* ». Un article précédent expliquait que l'AP-HM aujourd'hui représenté par son directeur général Francois Crémieux a bien *donné une autorisation pour l'exploitation des données* à but de publications scientifiques, mettant ainsi un terme aux diverses polémiques que les détracteurs de l'IHU n'ont pas manqué de lancer. Par un courrier en date du 6 février 2024, que nous avons pu consulter, l'AP-HM aurait retiré l'autorisation d'exploiter les données, confirmant par la même qu'il y avait bien eu une autorisation. Les résultats de l'étude de l'IHU sont *tellement favorables* aux traitements

précoces, résultats *confirmés* par l'analyse indépendante de Lounnas et al, que les autorités, en plein désarroi, paraissent se déchainer afin que les données soient déqualifiées sur la base d'un argument d'autorité.

- **Approche systématique**

Rappelons qu'en juillet 2021, alors qu'il était sous pression à l'IHU avec le parachutage de François Crémieux en tant que nouveau directeur général de l'AP-HM, le Professeur Raoult avait déclaré dans un tweet « *Au vu des enjeux de l'épidémie actuelle, je suis favorable à la vaccination systématique des personnels soignants, avec les vaccins recommandés pour leur classe d'âge. J'encourage donc tous mes collègues à se rapprocher de leur centre de vaccination* ». Cependant, il avait refusé de signer un document imposé par François Crémieux.
Ce tweet a fait couler beaucoup d'encre, notamment, car il peut prêter à confusion.
Il mettait en avant la notion de « systématique » dont la définition est simple : « qui est fait avec méthode et procède d'un ordre déterminé à l'avance, qui pense et agit selon un système, d'une manière absolue sans jamais se démentir, ou qui juge de façon péremptoire selon son propre système de valeur ». En juillet 2021, le ministre de la Santé et le président de la République qui se sont prononcés en faveur de la vaccination obligatoire des soignants et d'autres professions, au motif que cela protégerait les autres, devaient donc *disposer de toutes les données nécessaires* sur les vaccins afin de procéder à cette obligation dans le cadre d'une *approche systématique et invariable*. Ce n'était pas le cas, et on apprendra par la suite que le président du Conseil Scientifique Jean-François Delfraissy avait prévenu Olivier Véran que le vaccin n'empêchait pas la transmission, et que les études ne concluaient pas à la protection telle qu'annoncée. Le « *tous vaccinés tous protégés* » était donc mensonger. L'analyse du bénéfice risque prenait donc un tournant politique plutôt que de reposer sur de véritables données scientifiques. Il est donc critique d'analyser l'efficacité de cette thérapie. C'est ce que les auteurs se sont évertués à faire dans cette seconde étude publiée.

La conclusion de l'étude est sans appel : absence d'efficacité de la vaccination

Après 8 mois d'analyses avec des méthodes statistiques avancées afin de redresser les divers biais de l'échantillon des 30 423 patients soignés à l'IHU, l'équipe conclut à *l'absence d'efficacité du dispositif vaccinal* : *«* Une analyse statistique externe et indépendante des données de l'IHU-Méditerranée a démontré que l'efficacité potentielle de la vaccination covid-19 n'était pas substantiellement meilleure que le traitement empirique utilisant une combinaison d'hydroxychloroquine et d'azithromycine, administrée en tant que traitement précoce. La vaccination n'a pas eu d'efficacité mesurée pour les moins de 50 ans et, *contrairement à ce qui a été officiellement affirmé, une interaction négative (défavorable) a été mise en évidence entre la vaccination et la gravité de la maladie* covid-19. Ces résultats indiquent que la vaccination antérieure (à la maladie) a un *effet aggravant* sur la maladie dans de nombreux cas, soulevant ainsi la question *de la pertinence et de la légitimité* de la vaccination de masse. *»*
Les auteurs ajoutent aussi : « La très grande taille de la cohorte observationnelle de patients traités de manière cohérente dans un seul établissement, ainsi que la qualité de l'approche statistique que nous avons utilisée, rendent ces résultats très difficiles à contrer pour ceux qui ont continuellement nié l'efficacité potentielle du traitement à base d'hydroxychloroquine des patients covid-19 pendant la pandémie et ont préconisé une vaccination systématique pour toutes les catégories d'âge » .
Le Pr Perronne déclare :
« Ayant commencé à travailler sur les données durant l'été 2023, il est très vite apparu préférable de scinder en deux avec une analyse sur les traitements précoces et une autre sur la vaccination. Les données étaient riches d'enseignement et l'article aurait été trop long pour l'équipe qui tenait à apporter autant d'explications que possible sur la méthodologie et surtout les résultats demandaient à être vérifiés de plusieurs manières. Cette étude apporte donc la *confirmation de la non-efficacité des vaccins* covid-19 et plus particulièrement met en évidence une interaction négative, la vaccination aggravant souvent la maladie. En d'autres termes, la vaccination *antérieure présente des risques d'une forme plus grave* de la maladie dans certains cas, ce qui est contraire aux objectifs affichés de la politique sanitaire ainsi qu'au primum non nocere, notion sous-entendue dans le serment d'Hippocrate. La vaccination covid-19 devrait être suspendue ».

Des conséquences très importantes qui devraient faire l'objet d'une enquête parlementaire

- En systématisant les traitements précoces à base d'hydroxychloroquine, d'azithromycine, d'ivermectine, le nombre de vie qui auraient *pu être sauvées en France est de 97 400* sur les 167 642 décès attribués à la covid depuis 2020 – et plus de 4 millions dans le monde entier. Ce résultat corrobore ce qui avait été observé dans l'état brésilien du Para qui a systématisé les traitements précoces et qui, entre novembre 2020 et mars 2021, a eu 296 décès par million d'habitants (d/Mh). Ce chiffre pour la France, estimé

dans cet article, dans l'hypothèse où on aurait systématisé les traitements précoces, pour la même période, est identique à 298,9 d/Mh. Le calcul détaillé est décrit ci-après.

Estimer le nombre de vies qui auraient pu être sauvées

Il conviendra donc que des experts se penchent sur le nombre de vies qui auraient pu être sauvées avec la systématisation des traitements précoces.
En France, 167 642 décès ont été attribués au Covid (source : worldometer). En admettant que la cause de mortalité soit vraiment la Covid et non avec la Covid, et en appliquant le taux de 58,1% d'efficacité des traitements précoces obtenu dans l'étude Lounnas et al, **une première estimation du nombre de vies sauvées serait de 97 400** (58,1%*167 642 décès). Le taux de mortalité recalculé en France s'élèverait donc à 1 038 décès par million d'habitants (d/mh) (167 642 - 97 400)/67,697 - la population française) contre 2 476 d/mh.

Toute estimation issue d'un modèle mathématique a besoin **d'être calibrée au réel** afin d'en valider la pertinence.
Pour ce faire, reprenons l'étude d'Emmerich qui compare le Para à l'Amazonas. Au Para, les traitements précoces ont été systématisés et il y a **296 d/mh** soit 2 575 décès pour une population de 8,7 millions d'habitants pour la période du 11 novembre 2020 au 15 mars 2021.
En France au 11 novembre 2020, il y avait 42 535 décès Covid et 90 832 au 15 mars 2021 (source worldometer). Il y a donc eu 48 297 décès dans la période. En appliquant le taux d'efficacité de 58,1%, on estime que 28 061 décès auraient pu être évités. Les décès Covid sur la période se seraient donc élevés à 20 236 et le nombre de décès par million d'habitants serait de 298,93 (20236/67,697). Ce chiffre n'est statistiquement pas différent du chiffre des 296 d/mh de l'État du Para. Ce premier travail de calibration pourra être affiné.

Le nombre total de décès attribués au Covid dans le monde s'élève à 7 003 621 (source Worldometer). En appliquant le taux d'efficacité des traitements précoces obtenu dans l'étude Lounnas et al. ce sont 4 069 104 décès qui auraient pu être évités. Une conclusion qui ne devrait pas laisser insensible les autorités, ainsi que le public, dans **sa quête de l'évaluation de l'efficacité des mesures sanitaires** de par le monde entier.

- En plus des vies sauvées, une autorisation des traitements précoces en 2020 aurait rendu inopérante *l'autorisation de mise sur le marché des thérapies géniques*. C'est la condition numéro 4 à remplir pour qu'un vaccin en cours d'expérimentation soit autorisé de façon conditionnelle par la FDA (Federal Drug administration aux États-Unis). La même contrainte s'applique normalement à l'Europe. En France, l'ANSM a recensé plus de 200 000 effets secondaires de la vaccination, dont 25% de graves, sachant que le nombre de déclarations d'effets secondaires est sous-estimé par le fait que moins de 10% sont déclarés.
- Ces effets secondaires entrainent un *coût supplémentaire pour le système de santé français*. Triple peine pour les français qui n'ont pas été soignés, ont été contraints à une injection aux effets incertains, voire à prendre un risque non négligeable, et tout cela avec leur argent. En France, les contrats des vaccins n'ont toujours pas été rendus public malgré de nombreuses demandes – il y a eu 155 millions de doses de vaccins au coût unitaire compris entre 11 et 17 euros. Soit un investissement rien que pour les vaccins de 2,325 milliards d'euros. Pendant que le bénéfice est en faveur des laboratoires pharmaceutiques et le risque aux patients, l'hôpital se meurt.

En termes de lien d'intérêt, l'association Bonsens.org, dont Christian Perronne et Xavier Azalbert sont administrateurs, a financé les frais de publication et un ordinateur et des logiciels puissants à 829 euros capables d'effectuer des travaux mathématiques et statistiques poussés.

FRANCE-SOIR
Publié le 06 mars 2024

Quand la doxa se heurte finalement à la science : fact-checking d'une tribune contre les fausses informations médicales, signée par des personnes qui véhiculent elles-mêmes des fausses informations

Quand la doxa se heurte finalement à la science : fact-checking d'une tribune sur les fausses informations médicales, signée par des personnes qui véhiculent elles-mêmes des fausses informations. © BonSens.org

La désinformation a été mise à l'ordre du jour de Davos comme étant un des points les plus importants. Le 24 novembre 2020, le président Macron dans une allocution aux Mureaux avait déclaré : « *Nous devrions nous en remettre au savoir et à la science. Ne jamais céder au complotisme, à l'obscurantisme, au relativisme* ».
Le 1er janvier 2021 *France-Soir* lui avait suggéré de soumettre son gouvernement au défi de la vérité afin de valider que toutes les affirmations des ministres étaient soutenues par des éléments factuels. Depuis de nombreux faits avancés se sont révélés totalement faux (origine du virus, efficacité de la vaccination, non-efficacité des traitements précoces) et que la majeure partie des décisions ont été politiques et *prises à l'encontre des données scientifiques*. Une instrumentalisation qui a été amplifiée par les médias subventionnés en total défaut de la charte de Munich.
Cependant, au fur et à mesure que les faits apparaissent sur les effets secondaires dramatiques de la vaccination anti-Covid, sur les prises de positions mensongères, les médecins qui ont soutenu ces positions essaient de s'accrocher aux branches en faisant de nouvelles inversions accusatoires et en se victimisant. Dans une tribune publiée le 29 janvier 2024 dans *L'Express*, un média qui s'est illustré par ses informations biaisées et partisanes, des médecins et sociétés savantes *se sont montrés préoccupés par la désinformation et les dérives associées*. Cependant, autant tous sont d'accord pour dire que la désinformation est nocive, autant les signataires de cette tribune se sont illustrés par leur constance dans l'erreur et les nombreuses fausses

informations où l'argument d'autorité a pris le pas sur les faits, sans aucun contradicteur dans les médias et avec la participation soutenue et sans limites des journalistes propagandistes.
Retour à l'envoyeur : les Pr. Christian Perronne, Dr. Gérard Guillaume, Pr. Martin Zizi, Corinne Reverbel, Xavier Azalbert et toute l'équipe de BonSens.org publient en réponse une tribune. Réponse factuelle et point par point aux inversions accusatoires basées sur des fausses informations et approximations constantes des auteurs de la tribune publiée dans *L'Express*. Ou quand la Doxa se heurte finalement à la science...

TRIBUNE : **Fact-checking d'une tribune contre les fausses informations médicales, signée par des personnes qui véhiculent elles-mêmes des fausses informations scientifiques et médicales.**
Un groupe de médecins, chercheurs et sociétés dites « savantes » a signé une tribune dans laquelle il déclare du haut de son autorité sa préoccupation « *des dérives constatées sur les réseaux sociaux et dans certains médias à grande audience, qui partagent et diffusent de fausses informations scientifiques et médicales* ».
Par cette première déclaration, ces gens sous-entendent qu'ils feraient partie de ceux qui n'ont jamais diffusé de fausses informations scientifiques et médicales.
Ceci est donc une première fausse information. La démonstration en est fort simple grâce *à ce petit florilège d'infox véhiculées par des signataires de cette tribune.*

Citons quelques exemples emblématiques :

- Le Dr. Jérôme *Marty***,** en juin 2021, au sujet du vaccin Covid-19, avec sa déclaration dans les Grandes Gueules de RMC, sur les « *milliers d'années de recul sur le vaccin quand on additionne en quelque sorte le temps de chaque personne qui a été vaccinée* »
- Le Professeur *Rémi Salomon* au sujet du vaccin AstraZeneca, *le 12 mars 2021* : « *Il est aussi efficace que le vaccin Pfizer, le seul inconvénient, c'est qu'il donne un peu de fièvre chez certains* », oubliant de signaler les alertes de plusieurs pays du Nord de l'Europe à ce sujet. Pourtant, il en était *informé*, puisqu'il avait déclaré lors de la même interview : « *La suspension du vaccin AstraZeneca dans plusieurs pays est curieuse* ».

Quelques éléments importants sur le vaccin AstraZeneca que le Professeur Rémi Salomon ne peut ignorer :

- *Le 11 mars 2021,* le Danemark, la Norvège et l'Islande ont *suspendu par précaution* l'utilisation du vaccin *AstraZeneca* contre le Covid, en raison de craintes liées à la formation de caillots sanguins.
- En France, il faudra attendre *le 19 mars 2021*, soit 8 jours plus tard, pour que des recommandations officielles de la HAS (Haute autorité de santé) soient publiées préconisant de ne plus utiliser ce vaccin chez les moins de 55 ans.
- Malheureusement, *le 18 mars 2021*, le jeune *Anthony Rio, 24 ans,* succombera de thromboses et d'AVC massifs après une injection d'AstraZeneca *avec une causalité du vaccin reconnue*.
- Le *Professeur Molimard* déclarait le 16 mars 2021 dans *L'Express* : « *Nous n'avons pas de signal inquiétant sur le vaccin Astrazeneca ».Trois jours seulement avant que la HAS demande son retrait pour les moins de 55 ans !*
- Le même Professeur *Rémi Salomon***,** *le 25 août 2021*, lorsqu'il publiait sur son compte Twitter que « *le vaccin reste le meilleur rempart pour limiter la propagation du virus et l'émergence de nouveaux variants. Il en faut dans le monde entier ». Le lendemain 26 août, pourtant,* ***le*** *Pr Delfraissy* déclarait sur Europe1 que « *le vaccin n'apporte pas une protection contre l'infection (...) On peut être vacciné, être protégé contre la survenue d'une forme sévère ou grave, mais s'infecter et infecter les autres* ».
- Le magazine télévisé Complément d'enquête du 14 avril 2023 (à partir d'1 h 03 min 17sec source vidéo), reprend les propos tenus le 30 août 2011 par le Professeur *Alain Fischer au sujet des troubles mentruels post-vaccination* : « *Il n'y a aucune donnée scientifique solide qui laisse craindre un tel risque*. C'est typiquement une fake news » alors que dans le même temps, l'ANSM (Agence du médicament) avec le réseau des CRPV (pharmacovigilance) avait conclu en juillet 2021 qu'il s'agissait *d'un signal potentiel pour les vaccins à ARNm*.
- Et que dans son rapport du 11 aout 2021, l'EMA (Agence européenne du médicament) écrivait que *même si aucune association causale n'avait été établie à cette époque, cet effet indésirable potentiel était toujours sous surveillance*. Le journaliste lui rappelle que, le 6 octobre 2022, l'EMA reconnaissait que des saignements menstruels importants étaient liés au vaccin Pfizer.
- Une étude récente d'EPI-PHARE a même montré qu'il existait un lien entre la vaccination Covid19 et *des hémorragies entraînant une hospitalisation,* étude qui a estimé que cet effet secondaire se produisait chez une petite proportion des femmes vaccinées (estimé par l'étude à 1 cas pour 125 000), avec un risque supplémentaire estimé à 20% pour les femmes de 18 à 55 ans.

- *Le Professeur Mathieu Molimard, qui avait déclaré le 24 avril 2020* dans *Science et Avenir*, fort de son savoir sur la pharmacocinétique de l'hydroxychoroquine, qu'à « *2 000 mg [par jour], c'est la mort assurée* » **s**e *contredit peu de temps après pour défendre l'essai britannique Recovery*s expliquant au contraire « *que donner 2 400 mg sur 24 heures n'était pas un surdosage* ». Dans le Checknews du *7 juin 2020, Molimard* éclarait même : « *La dose administrée dans Recovery est le maximum de ce qui pouvait être donné, dans des conditions de surveillance strictes, sans trop augmenter les risques* ».
- Rappelons que le *Professeur Molimard*, pourtant pharmacologue, affirme que l'hydroxychloroquine n'a pas d'effet sur le SARS-CoV-2 aux doses utilisées habituellement en rhumatologie et qu'il faudrait utiliser de fortes doses toxiques pour obtenir une activité anti-infectieuse. Or, il est établi que l'hydroxychloroquine agit sur les agents pathogènes, bactéries ou virus, au sein de petites vésicules, appelées phagolysosomes, présentes dans les macrophages, cellules jouant un rôle majeur dans le contrôle des infections. L'hydroxychloroquine se concentrant environ 1 500 fois dans les phagolysosomes, une dose modérée de ce médicament est largement suffisante pour obtenir l'activité anti-virale. (Lacout A., Perronne C., Lounnas V. *New England Journal of Medicine*, 2021, 384, 881-882)

À noter que ce même *Professeur Mathieu Molimard* :

- déclare sur l'antenne de *C'est à vous* le 29 janvier 2024, *ne pas avoir de conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique***,** *alors qu'il est sous contrat avec Pfizer* pour un essai sur le dosage de Paxlovid, une molécule justement concurrente de l'hydroxychloroquine et qu'il est membre du conseil d'administration et conseiller auprès d'Almirall, AstraZeneca, BMS, GSK, Lundbeck, Mundipharma, Novartis Pharma, Otsuka, Pfizer, Stallergen et Zentiva ;
- déclare fallacieusement que « *17 000 décès* estimés » *sont dus à l'hydroxychloroquine* chez des patients, en se basant sur une étude très douteuse dont les résultats chiffrés sont incohérents (Pradelle et al.) et qui a été démontrée frauduleuse par de nombreux scientifiques. Plusieurs lettres contestant la véracité des données sont en cours d'évaluation, tout comme la demande de rétractation de l'article qui a été demandée auprès du rédacteur en chef par des scientifiques ;
- dit se baser également sur *des déclarations de pharmacovigilance* de 8 décès suspectés d'être dus à la molécule (mais pour lesquels il n'y a eu pas de preuve de lien avec le médicament). Étrangement, depuis avril 2020, aucune autre déclaration de ce type n'a été enregistrée (Rapport CRPV de Nice). Et bizarrement, rien au sujet des milliers de décès déclarés en pharmacovigilance pour les vaccins Covid-19, dont des morts subites chez des moins de 50 ans sans aucune pathologie sous-jacente, mais pour lesquels l'ANSM n'a pas jugé utile de demander des autopsies, et une simple analyse observée/attendue (O/A) a été réalisée, partant d'un principe inattendu que toutes les morts subites survenues post-vaccination étaient déclarées en pharmacovigilance ;
- Il est utile de rappeler qu'aucun essai clinique randomisé ni étude observationnelle (419 à ce jour) utilisant l'hydroxychloroquine dans le cadre du traitement du Covid-19 ***n'a jamais signalé de décès lié à ce médicament ;***
- L'IHU de Marseille, un des établissements français qui *a soigné plus de 23 000 patients avec la bithérapie à base d'hydroxychloroquine et d'azithromycine a la mortalité réellement observée la plus faible au monde.* Ces observations contredisent totalement ce qu'affirme le Professeur Molimard. Les données ayant été contrôlées une à une par huissier de justice, les résultats de cette étude sont incontestables, n'en déplaise au Professeur Molimard.

Voici pour les quelques exemples (parmi de nombreux autres) de diffusion de fausses informations par les signataires de cette tribune qui disent souhaiter mettre « *fin à la propagation impunie de fausses informations médicales*" » Simplement, comme le veut le dicton « Charité bien ordonnée commence par soi-même ».

Venons-en au reste de cette tribune.

Les signataires déclarent qu'aucune donnée épidémiologique ne rapporte une quelconque augmentation de cas de cancers ou de maladie de Creutzfeldt-Jacob en lien avec la vaccination ni même d'accidents vasculaires cérébraux ou d'infarctus du myocarde.

- Aussi est-il bon de rappeler que l'EMA ***a reconnu*** le risque de myocardite et de péricardite le *8 juillet 2021* (soit près de 8 mois après le début des campagnes de vaccinations), qui depuis a été plus précisément évalué par l'agence du médicament comme pouvant survenir jusqu'à 1 sur 10 000. Ce risque a été évalué par l'agence comme étant proche du moment de vaccination (dans les 28 jours selon EPIPHARE).

- Mais qu'en est-il pour des évènements qui seraient plus rares ou qui mettraient plus de temps à se déclarer ?

En dehors des études épidémiologiques, il existe de très nombreuses publications d'études de cas qui font état d'un lien possible de certaines pathologies avec la vaccination Covid-19.
Par exemple, en mars 2023, une revue systématique des complications cardiovasculaires retrouvées dans la littérature scientifique concernant les vaccins à ARNm fait état de 17 *636 événements cardiovasculaires* (vaccin BNT162b2 ou ARNm-1273) dont 13 936 thromboses, *758 accidents vasculaires cérébraux,* 511 myocardites, *377 infarctus du myocarde*, 301 embolies pulmonaires et 254 arythmies.
Concernant les cas de cancers post-vaccination Covid-19, il existe à ce jour 197 études de cas qui en décrivent dont 14 études décrivant des lymphomes.
Il est donc faux de dire que ce sont de fausses informations.

Le Dr. Jean-Marc Sabatier, directeur de recherches au CNRS envisage qu'il existe un lien entre turbo-cancers et vaccins anti-Covid-19 : la « suractivation » du récepteur AT1R du SRA. Il fut le premier en 2020 à publier avec une équipe de chercheurs sur l'importance du système rénine-angiotensine dans les infections au SARS-Cov-2. Des données expérimentales confirment le dérèglement du SRA et de la suractivation du recepteur AT1R lors d'un Covid sévère et la protéine Spike en est à l'origine.
Autre point important concernant la déclaration des auteurs de la tribune sur le fait qu' « *aucune donnée crédible de biologie moléculaire ne corrobore l'idée d'une intégration de brins d'ADN vaccinaux dans le génome humain à partir de vaccins à ARN messager ».*

- Nous rappelons à toutes fins utiles qu'en 2021, une étude de Zhang et al. parue dans la grande revue scientifique *PNAS* démontrait que *l'ARN rétrotranscript du SARS-CoV-2 pouvait s'intégrer dans le génome de cellules humaines* et y être exprimé : « *L'ARN du SARS-CoV-2 peut être transcrit de manière inverse et intégré dans le génome de la cellule infectée et être exprimé sous forme de transcrits chimériques fusionnant des séquences virales avec des séquences cellulaires*. Il est important de noter que de tels transcrits chimériques sont détectés dans les tissus dérivés du patient ».
- Il est donc bien imprudent d'affirmer que ce phénomène ne puisse pas se produire avec de l'ARNm vaccinal, vu les milliards de molécules d'ARNm présentes dans chaque dose.
- Par ailleurs, très récemment, *plusieurs scientifiques dont le Pr. Philip J. Buckhaults*, professeur de biologie moléculaire et génétique, et *Kevin Mckernan, expert en génomique*, ont identifié des taux anormalement élevés de fragments *d'ADN plasmidique ayant servi à la production des vaccins à ARNm* dans les fioles de vaccins obtenus grâce à un process de fabrication différent de celui ayant reçu l'AMM conditionnelle (autorisation de mise sur le marché), ce qui fait craindre à ces scientifiques un risque de génotoxicité et carcinogénicité qui n'a pas été évalué dans les études des fabricants. Ces fragments d'ADN double brin se retrouvant encapsulés dans les nanoparticules lipidiques (LNP), ils se retrouvent au même titre que les ARNm dans les cellules des personnes vaccinées.
- Kevin McKernan et ses collaborateurs écrivent à ce sujet : « *Ces données démontrent la présence de milliards, voire de centaines de milliards de molécules d'ADN par dose dans ces vaccins. Grâce à la fluorométrie, tous les vaccins dépassent de 188 à 509 fois les directives relatives à l'ADN résiduel fixées par la FDA et l'OMS, soit 10 ng/dose. Cependant, la teneur en ADN résiduel de la qPCR dans tous les vaccins était inférieure à ces lignes directrices, ce qui souligne l'importance de la clarté et de la cohérence méthodologiques lors de l'interprétation des lignes directrices quantitatives. Les preuves préliminaires d'un effet dose-réponse de l'ADN résiduel mesuré par qPCR et SAE justifient une confirmation et une enquête plus approfondie.* Nos résultats élargissent les préoccupations existantes concernant la sécurité des vaccins et remettent en question la pertinence des lignes directrices conçues avant l'introduction d'une transfection efficace à l'aide des LNP. Avec plusieurs limites évidentes, nous insistons pour que nos travaux soient reproduits dans des conditions médico-légales et que les lignes directrices soient révisées pour tenir compte d'une transfection d'ADN et d'un dosage cumulatif très efficaces. *»*
- Un article grand public a même été publié à ce sujet dans *The Spectator*, évoquant l'alerte lancée par ces scientifiques, Kevin McKernan et le Pr Philip Buckhaults.
- Nous *invitons vivement les signataires* de cette tribune à lire attentivement les directives européennes concernant *les vaccins à ADN plasmidiques à usage vétérinaires* du 24 janvier 2024 car l'EMA y rappelle que « l'ADN plasmidique internalisé par les cellules de l'animal vacciné peut s'intégrer dans les chromosomes de l'animal vacciné et perturber l'état réplicatif normal de cette cellule, provoquant une division cellulaire incontrôlée et une oncogenèse [...] La probabilité qu'une molécule d'ADN s'intègre dans le chromosome est

faible […] Cependant, *l'intégration (par exemple, dans les cellules musculaires entourant le site de vaccination ou dans les cellules de la lignée germinale des gonades) ne peut être écartée.* […]
Des investigations doivent être entreprises pour détecter la présence d'ADN plasmidique au site d'administration et dans les ganglions lymphatiques drainants. Si de l'ADN plasmidique est détecté*, des méthodes suffisamment sensibles doivent être utilisées pour étudier une éventuelle intégration de l'ADN plasmidique dans le génome de l'hôte* [...] *Après la commercialisation,* tout signalement de tumeurs chez les espèces cibles doit être étroitement surveillé, dans le cadre de la pharmacovigilance.

- De plus, nous rappellerons une récente publication de *scientifiques travaillant pour Moderna*, visiblement conscients des problèmes liés à la vaccination à ARNm, qui cherchent des stratégies pour réduire les risques de toxicité de ces vaccins :
- *« Les composants structurels des nanoparticules lipidiques*, les méthodes de production*, la voie d'administration* et les protéines produites à partir d'ARNm complexés présentent tous des problèmes de toxicité. *Nous discutons ici de ces préoccupations, en particulier de la manière dont* le tropisme cellulaire et la distribution tissulaire des nanoparticules d'ARNm et de lipides peuvent conduire à une toxicité*, ainsi que leur éventuelle réactogénicité. Nous nous concentrons sur les événements indésirables liés aux applications d'ARNm pour les thérapies de remplacement de protéines et d'édition génétique ainsi que pour les vaccins, en traçant les voies biochimiques et cellulaires courantes*. »

Il n'y a donc pas d'obscurantisme à partager les données et études scientifiques revues par les pairs, même quand elles vont à l'encontre des positions officielles des autorités sanitaires.

C'est même un devoir éthique. La science, la vraie, est la continuelle remise en cause des connaissances. Un consensus scientifique ne peut être que provisoire et n'a donc de légitimité que s'il est exprimé à un moment précis pour une durée limitée et, surtout, s'il représente un compromis entre tous les courants scientifiques du moment, avec la participation d'experts pouvant avoir des avis divergents. Serions-nous revenus au temps de Galilée et de l'Inquisition ?
La question de la diffusion d'informations médicales précises et crédibles est cruciale, surtout dans le contexte actuel où la désinformation peut avoir des conséquences graves sur la santé publique. Mais les exemples fournis soulignent l'importance d'un fact-checking rigoureux et loyal à l'aide d'une pluralité de scientifiques et de médecins et de la transparence dans la communication scientifique.
Il est essentiel de reconnaître que le domaine médical est complexe, en constante évolution, et que les informations peuvent être sujettes à des ajustements en fonction des nouvelles découvertes. Cependant, les professionnels de la santé ont la responsabilité de fournir des informations basées sur des preuves solides et de déclarer tout conflit d'intérêts potentiel.
La critique constructive et la remise en question des informations sont des aspects essentiels du processus scientifique, mais cela doit être fait de manière transparente et respectueuse. Les consommateurs d'informations médicales sont également encouragés à consulter des sources fiables et à faire preuve de discernement dans l'évaluation des déclarations.
En fin de compte, la collaboration entre les professionnels de la santé sans conflit d'intérêts, les médias et le public est nécessaire pour promouvoir une communication précise, transparente et responsable, afin de garantir que les informations médicales soient basées sur la meilleure science disponible et contribuent à la santé collective.
Il est du devoir des journalistes d'être diligents dans le contrôle de la qualité des intervenants et de leurs conflits d'intérêts lorsqu'ils offrent une tribune à des personnes qui, malgré leurs titres académiques et diplômes, *se sont trompées*, contredites et ont une loyauté monnayée avec certaines firmes pharmaceutiques. La responsabilité des directeurs de publications des médias est aussi engagée puisque le *délit de fausse information est puni par la loi*.

Ou, à tout le moins, d'offrir le même temps de parole ou d'accès à des contradicteurs tout aussi diplômés et dépourvus de conflit d'intérêt. La science est un débat permanent, étouffer ce débat au nom d'un faux consensus revient à tuer à la fois tout progrès ou tout mécanisme correctif. C'est le pluralisme des idées, et non la censure, qui nous fait progresser.
Enfin, nous rappellerons aux auteurs *qu'ils ont une obligation de déclarer leurs liens d'intérêts* avec l'industrie pharmaceutique lorsqu'ils s'expriment dans les médias. Par exemple :

- M. Molimard est membre du conseil d'administration et conseiller auprès d'Almirall, AstraZeneca, BMS, GSK, Lundbeck, Mundipharma, Novartis Pharma, Otsuka, Pfizer, Stallergen et Zentiva. Il travaille pour Pfizer dans le cadre de travaux sur le dosage du Paxlovid.
- M. Jérôme Barrière rapporte des honoraires de BMS et Mylan Medical et a travaillé pour Boehringer Ingelheim.
- Le Dr. Bernard Castan a déclaré avoir reçu 53 245 € de 2019 à 2023 de la part de l'industrie pharmaceutique.

Il n'y a d'ailleurs pas que les liens d'intérêts directs qui sont importants car parmi les signataires, on retrouve des sociétés savantes ou syndicats qui sont financés directement par les laboratoires pharmaceutiques.

FRANCE-SOIR, publié le 03 février 2024

Annexe : Publications au sujet de la Covid19, soutenues par BonSens.org depuis sa création :

1. Azalbert X., Lacout A., Lesgards J.F., Perronne C., Reverbel C., Sabatier J.M, Zizi M. **Concern about Covid-19 vaccine efficiency related to biased analyses not captured by the review process** Re: Covid-19 vaccine effectiveness against post-covid-19 condition among 589 722 individuals in Sweden : population based cohort study. **British Medical Journal**. 2023, Doi : 10.1136/bmj-2023-076990.
2. Lesgards J.F., Cerdan D., Perronne C., Sabatier J.M., Azalbert X., Rodgers E.A., McCullough P.A. **Toxicity of SARS-CoV-2 Spike Protein from the Virus and Produced from COVID-19 mRNA or Adenoviral DNA Vaccines. Archives of Microbiology and Immunology**. 7 (2023) : 121- 138.
3. Collectif Citoyens Oxytest, Lounnas V., Lacout A., Azalbert X., Perronne C. **Oxygen Saturation Depletion Measured in Children Wearing Masks at School in France During the Covid-19 Pandemic Years 2020-2022**. **Archives of Microbiology and Immunology**. 7 (2023) : 76-82
4. Lacout A., Marcy P.Y., Perronne C. **Chronotherapy in COVID-19 Disease**. **Journal of General Internal Medicine**. 2021 Mar 26. doi: 10.1007/s11606-021-06719-3. Epub ahead of print. PMID : 33772438.
5. Lacout A., Lounnas V., Perronne C. **Timing and dosage may be the key in the realisation of hydroxychloroquine + azithromycin treatment benefit in Covid-19 elderly patients**. **International Journal of Antimicrobial Agents**. 2021 Mar 17 : 106314. doi : 10.1016/j.ijantimicag.2021.106314. Epub ahead of print. PMID : 33722657 ; PMCID : PMC7967398.
6. Lounnas V., Lacout A., Azalbert X., Perronne C. **Shunt due to Hydroxychloroquine Sub-lethal Dosage Resulted in Excess Transfer to Mechanical Ventilation and Death in Hospitalized Patients with Covid-19**. **Archives of Microbiology & Immunology** 5 (2021) : 176-181
7. Lounnas V., Lacout A., Azalbert X., Perronne C. **Revisiting a Meta-analysis Shows that Hydroxychloroquine with Azithromycin may be Efficient in Covid-19 patients**. **Archives of Microbiology & Immunology** 5 (2021) : 154-175.
8. Lacout A., Perronne C., Lounnas V. **Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with Covid-19**. N Engl J Med. 2021 Feb 10 ;384(9) : 10.1056/NEJMc2035374#sa1. doi: 10.1056/NEJMc2035374. Epub ahead of print. PMID: 33567187.
9. Vedrines N., Bouthors AT., Gayet S., Lacout A**. Re -Effect of hydroxychloroquine with or without azithromycin on the mortality of COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis.Clinical Microbiology and Infection**. 2021 Jun ; 27(6) : 918-919. doi: 10.1016/j.cmi.2020.10.018. Epub 2020 Oct 28. PMID: 33129929 ; PMCID: PMC7592021.
10. Lacout A., Marcy P.Y., Perronne C. **Re: 'Effect of hydroxychloroquine with or without azithromycin on the mortality of COVID-19 patients'**by Fiolet et al. **Clinical Microbiology and Infection**. 2020 Sep 25:S1198-743X(20)30579-6. doi: 10.1016/j.cmi.2020.09.027.

https://www.francesoir.fr/societe-sante/quand-la-doxa-se-heurte-finalement-a-la-science

Salut à toutes et tous,

Ce message pour dire que je regrette mon absence de signes de vie ces derniers temps, et que c'est en particulier lié à un événement qui, en plus d'être très triste, m'a décidé à me consacrer davantage à tenter de contribuer à faire un peu plus de lumière pour un peu plus de gens, quant aux politiques sanitaires irresponsables qui ont été menées ces dernières années notamment.

Comme le savent déjà plusieurs d'entre vous, il s'agit de la mort de ma soeur suite à une crise cardiaque fulgurante, à 53 ans, alors qu'elle n'avait aucun problème cardiaque connu, et que, malgré certains problèmes de santé modérés et non-liés au coeur, elle était globalement en forme (beaucoup de mouvement, beaucoup de travail dans un potager, le plus souvent très bon état d'esprit, tout en vivant depuis plus de 35 ans une des meilleures relations de couple que j'ai jamais vues.)

Il faut savoir que, malgré toutes mes mises en garde, elle avait été vaccinée trois fois contre le covid, et que, comme signalé notamment dans le livre d'A. Henrion Caude, les myocardites et péricardites font pleinement partie des effets indésirables très probables des vaccins.

Et, très important : il semble bien que ces problèmes puissent survenir longtemps après les vaccinations (voir notamment cet article traduit par Francis : https://www.liege.decroissance.be/doc/divers/covid-19/vaccin/CHD_L-enfant-affiche-des-vaccins-COVID-en-Israel-meurt-d-un-arret-cardiaque_oct2023.pdf).

Indépendamment de la question des délais, les médias les plus classiques ont été obligés de reconnaître la réalité de ces types d'effets secondaires (https://www.cbip.be/fr/covid-19-le-point-sur-ce-que-lon-sait-du-risque-de-myocardite-et-pericardite-apres-la-vaccination-avec-un-vaccin-a-arnm/) ; bien sûr, ils l'ont fait en faisant tout pour minimiser, les choses et en omettant bien sûr de signaler que la pharmacovigilance est passive et que ses chiffres doivent donc être très fortement multipliés.

L'AIMSIB, qui avait toute l'estime de Paul, a aussi fait bien apparaître comme la gravité et l'ampleur des effets concernés a été scandaleusement passée sous silence : https://www.aimsib.org/2023/09/03/trois-petits-mots-a-propos-des-myocardites-qui-nexistent-presque-pas/

L'annonce, avec une belle photo de ma soeur : https://hennuy-pompes-funebres.be/necrologie/1026

Très important également : mon beau-frère, à présent tout à fait attentif à la question, a appris plusieurs décès tout à fait semblables, dans la région où il vit (Yvoir) ; chaque fois une attaque cardiaque fulgurante, chaque fois chez des polyvaccinés, et, chaque fois, sans aucun problème de cœur connu jusque-là. En outre, le médecin a demandé à mon beau-frère s'il souhaitait une autopsie, question très inhabituelle et pour laquelle il n'avait d'abord vu aucune raison (il ne s'est pas décidé pour, ne voulant que le corps de sa femme soit charcuté, ce que je comprends tout à fait).

Certes, la fameuse protéine Spike est commune au virus et aux vaccins, mais ceux-ci étant injectés dans le sang, il semble logique que les dangers liés à cette protéine existent tout particulièrement du côté des vaccins.

J'écrirai dès que possible un article pour la rubrique Recto-verso.

Merci pour votre attention, et j'espère que de tels événements contribueront à ce que ceux qui ne l'ont pas encore fait prêtent une vraie attention aux si nombreuses et qualitatives analyses critiques qui sont à notre disposition.

Amicalement et au plaisir de vous revoir dès que je trouverai un peu plus de temps,

... j'oubliais juste une info importante, par rapport au mail précédent : les décès signalés à la fin concernaient chaque fois des personnes ayant la quarantaine ou la cinquantaine.

Daniel ZINK (GRAPPE), 27 février 2024

Surmortalité en 2021-2023 : on commence à évoquer le vaccin Covid…

Débats croissants sur la gestion de la pandémie dans certains pays. Les autorités peinent à expliquer les vraies causes de la forte hausse des décès depuis 2021.

Si la pandémie du Covid-19 est officiellement terminée, c'est loin d'être le cas des controverses autour de sa gestion (masques, confinements, campagnes de vaccination…). Dans plusieurs pays, on observe d'ailleurs une préoccupation croissante au sujet de la surmortalité, toutes causes confondues, constatée dans les bases de données internationales depuis 2020 et qui ne disparaît pas.

Si les pics de mortalité liés aux vagues d'infection par le coronavirus sont bien visibles sur les graphiques, il est plus difficile d'expliquer le fait que, au lieu du scénario classique d'une baisse importante de la mortalité après la pandémie, la plupart des pays industrialisés connaissent toujours une surmortalité qui ne s'explique pas par le Covid-19 lui-même.

Officiellement rien à voir avec le vaccin, mais…

En décembre 2023, les décès dans l'UE dépassaient la normale (basée sur la période 2016-2019) d'en moyenne +9,5%, mais avec de grandes disparités entre les pays (+19,3% en Allemagne, +10,6% en France, mais -7,4% en Bulgarie et -13,3% en Roumanie).

Jusqu'à maintenant, les autorités publiques et les médias ont exclu l'idée d'un lien possible avec les effets secondaires des vaccins, mais des développements récents au Royaume-Uni, en Australie et au Japon suggèrent que la situation pourrait être en train d'évoluer.

Débat animé au Royaume Uni

Outre-Manche, un débat parlementaire télévisé a eu lieu le 16 janvier sous l'impulsion de l'ancien député conservateur Andrew Bridgen, au sujet de la surmortalité au Royaume-Uni ; le 2 mars, le *Telegraph* a révélé que 21 membres de divers partis politiques ont écrit à la Ministre de la santé Victoria Atkins pour demander la publication de données détaillées qui permettraient de déterminer si un lien de cause à effet existe ou non entre les vaccins contre le Covid-19 et la surmortalité en Grande Bretagne.

Selon les signataires, qui se sont plaints d'un « mur de silence » face à leurs interrogations, ces données ont déjà été communiquées aux sociétés pharmaceutiques, mais pas au public.

Le Premier ministre britannique violemment interpellé

Le bureau national des statistiques se veut rassurant, ayant révisé la surmortalité à la baisse suite à un changement récent de méthodologie par rapport à leurs calculs. Comme l'a noté le Pr Carl Heneghan, ces nouveaux chiffres sont pourtant difficiles à réconcilier avec d'autres sources: selon l'OCDE, il y a eu 101 903

décès de plus en 2022-2023 par rapport aux prévisions au Royaume-Uni. Pour 2023, des 49 389 décès (+9,4% par rapport à la normale) seulement 18 591 ont été attribués au Covid, comme l'a souligné le commentateur médical très suivi John Campbell. L'explication officielle de la surmortalité évoque la saturation des services de santé et des listes d'attente records en Grande-Bretagne.
Cependant, deux semaines après avoir répondu à Andrew Bridgen, « sans équivoque », que les vaccins contre le Covid-19 étaient sûrs, le Premier ministre britannique Rishi Sunak a été violemment interpellé le 13 février lors d'une émission en direct sur GB News par l'écossais John Watt, triplement vacciné et victime d'une myocardite et du syndrome de tachycardie posturale (PoTS). Watt, fondateur du *Scottish Vaccine Injury Group*, a affirmé que plus de 30 000 personnes ont été affectées en Écosse et effectivement laissées « pourrir ».

Australie : la campagne de vaccination mise en cause
Des débats analogues ont eu lieu en Australie, *où le Sénat a approuvé* (31 votes contre 30) le 8 février la demande du Sénateur Ralph Babet d'ouvrir une enquête approfondie sur la surmortalité observée entre 2021 et 2023.
Une surmortalité bien spécifique : Gerard Rennick du parti libéral avait déjà noté que les décès étaient en baisse en Australie (soumise à des confinements très stricts) en 2020 par rapport à 2019, mais qu'on a constaté 9 000 décès inattendus en 2021, coïncidant avec la campagne de vaccination, mais précédant la flambée du Covid en décembre 2021. Ces décès auraient également eu lieu dans des régions non touchées par le virus.

Effets secondaires au Japon : indemnisations centuplées
Au Japon, le budget du Ministère de la santé et du travail rendu public au mois de février a *drastiquement révisé* sa provision pour la compensation des victimes des effets adverses des vaccins de 360 millions de yen à 39,77 milliards pour 2025. Quelques semaines auparavant, un groupe de chercheurs, dont les Prs Masanori Fukushima, Yasufumi Murakami et Masayasu Inoue, avait parlé lors d'une conférence de presse d'effets secondaires « sans précédent » liés aux injections.
Ils ont également sonné l'alarme au sujet de la production (reconnue dans la littérature scientifique) d'anticorps IgG4 suite à des doses répétées des vaccins à ARN contre le covid-19. Le fonctionnement de ces anticorps a encore besoin d'être étudié, mais certains les soupçonnent d'être à l'origine de réactions auto-immunes potentielles et une baisse de l'immunité contre le SARS-CoV2.
Des analyses complémentaires semblent donc s'imposer dans un avenir proche ; si les prévisions budgétaires du gouvernement japonais sont le reflet de l'évolution future de la situation ailleurs, la question des effets adverses des vaccins risque malheureusement de revenir sur le devant de la scène à l'échelle internationale.

Peter BANNISTER, 7 mars 2024

https://www.covidhub.ch/surmortalite-2021-2023-evocation-vaccin-covid/

Didier Raoult exige un moratoire sur la vaccination Covid et un retour au traitement des patients

« Au moins une dizaine de molécules ont montré une efficacité sur la maladie et ne coûtent pas grand-chose », répète le Professeur Raoult dans un texte publié sur X (ex-Twitter) ce vendredi 2 février en début d'après-midi, intitulé « De la propagande et de la connaissance », et que nous publions en intégralité ci-dessous.
On pourrait ajouter à cet petit article que les injections n'ont été approuvées que parce qu'il n'y avait, paraît-il, aucune alternative médicamenteuse (condition 4 de l'EUA, Emergency Use Authorization décrite dans l'article « La guerre des vaccins, pourquoi faut-il tuer le soldat hydroxychloroquine ? » publié le 12 août 2020 dans France-Soir). Le moratoire est donc essentiel, mais il faut aller encore plus loin et chercher les raisons pour lesquelles des patients n'ont pas été pris en charge et traités, conformément aux pratiques de médecine prévues dans les plans pandémie, et pourquoi risquer d'exposer une partie de la population à des risques d'effets secondaires avec une injection enfreignant le principe du consentement libre et éclairé.

De la propagande et de la connaissance

Lorsque les vaccins ont été développés contre le Covid, trois formes en furent ont été proposés :
- Les vaccins traditionnels (aussi rapidement disponibles que les autres) réalisés en Chine avec le virus entier inactivé. Ces vaccins n'ont pas été autorisés en France pour des raisons qui m'échappent. Ce type de vaccin comparable à celui contre la grippe comporte moins de risques inconnus et ne lutte pas contre une seule cible du virus : la Spike. Je redoutais et cela s'est passé, que les mutations du virus et sa spécificité respiratoire ne procurent pas une immunité durable et que le vaccin n'ait pas une durée de protection très longue (j'ai publié le premier cas connu de réinfection par le covid). La maladie étant peu immunisante, le vaccin ne ferait pas mieux.
- Le deuxième vaccin (Astra Zeneca, Johnson et Johnson, et le Russe Sputnik) est basé sur un virus (adénovirus de singe pour Astra Zeneca), transformé en intégrant le gène de la Spike. Il ne s'intègre pas et ne se réplique pas. Je fus le premier en France à signaler une thrombose veineuse cérébrale, phénomène bien décrit, en particulier chez les femmes jeunes et l'Angleterre a arrêté sa prescription chez les moins de 50 ans, suivie par de nombreux pays. Il n'est plus utilisé en France. Il en reste donc des millions de doses périmées.
- Le troisième groupe de vaccins (Pfizer, Moderna) consiste en l'injection d'ARN codant pour la Spike dont les éléments ont été modifiés pour ne pas être éliminés rapidement. Ce vaccin est inclus dans une nanoparticule de lipide pour pouvoir entrer dans les cellules. Ce vaccin, outre les inconvénients communs aux autres, a généré des effets secondaires imprévus : troubles des règles extrêmement fréquents (maintenant reconnus par le CDC*) dont personne ne peut dire s'ils seront associés à des conséquences sur la fertilité, des myocardites et péricardites parfois mortelles chez les sujets jeunes, majoritairement des garçons (maintenant reconnues par le CDC) et des thromboses rares des veines (reconnues par toutes les instances scientifiques).

Aucun de ces vaccins n'avait été évalué pour les formes bénignes ou asymptomatiques et donc pour la prévention de la contagion. Ils ne pouvaient prétendre éradiquer une maladie qui, par ailleurs, circulait chez les animaux. La vaccination n'était alors justifiée que chez ceux qui risquaient des formes graves (sujets de plus 65 ans et sujets fragiles : obèses, immunodéprimés...)
Maintenant, nous voyons que les contrôles de qualité des lots de vaccins Pfizer ne semblent pas correspondre aux normes exigibles. Il ne devrait pas y avoir d'ADN ou des doses infimes du fait du risque de l'introduire dans les cellules grâce aux nanoparticules, car l'ADN entre facilement dans les noyaux et s'intègre dans les chromosomes comme un virus avec des conséquences inconnues car des cancers de ganglions peuvent en être la conséquence naturelle (virus d'Epstein Barr, virus HTLV et Helicobacter pylori). La quantité d'ADN dans les doses de vaccin est très supérieure à celle annoncée dans les échantillons testés. Chaque lot de Pfizer devrait être testé, il est facile dans tout labo de faire une PCR d'ADN pour en vérifier la quantité. Que ceux qui n'y croient pas le fassent ! Enfin, on ne peut pas injecter un médicament sans savoir ce qu'il va produire dans le corps. Une très mauvaise surprise publiée dans *Nature* en décembre 2023 montre que les ARN

modifiés peuvent produire des protéines inconnues. Ceci devrait être exploré à grande échelle car parmi les protéines qui pourraient être ainsi créées, l'une d'elles est un amyloïde qui serait libéré alors qu'il se trouve dans la Spike naturelle, enrobé dans une protéine et sans danger. Ces amyloïdes libres, qui peuvent être produits par les vaccins par les erreurs de lecture, peuvent être à l'origine de plaques d'amylose à l'origine de diverses maladies y compris neurologiques. Tout cela n'est que de la connaissance pour les sachants, pas des opinions pour charognards. Compte-tenu de la mise en évidence de ce phénomène, la conséquence de la vaccination doit en être étudiée chez l'homme, ce qui n'a pas été fait.

À ce stade de la connaissance, il est raisonnable de faire comme le Danemark un moratoire sur la vaccination Covid. En effet, l'efficacité est douteuse car de nouveaux variants apparaissent qui rendent inefficaces les vaccins actuels (on a jeté des millions de doses) et la fabrication des nouveaux vaccins sur les variants actuels sera dépassée quand ils seront disponibles car de nouveaux variants circuleront.

D'autres pays arrivent à ces conclusions, le surgeon général de Floride a demandé l'arrêt total du vaccin Pfizer, le procureur général du Texas (M. Paxton) vient d'attaquer Pfizer pour désinformation et censure (quel retournement !). Les parlementaires américains et anglais interrogent les responsables administratifs et politiques sur leurs décisions, où on a la surprise de voir Fauci, le patron de la gestion du Covid aux USA dire que les mesures sociales (masques, confinement, couvre-feu) ne servent à rien et Boris Johnson s'excuser pour sa gestion en Angleterre !

Les humains ne sont pas bêtes, les taux de vaccination pour le Covid et les actions Pfizer dégringolent. Il est temps de reprendre le problème, le dédramatiser et traiter les patients, en le réévaluant par des gens compétents. Au moins une dizaine de molécules ont montré une efficacité sur la maladie et ne coûtent pas grand-chose. Ceci doit cesser d'être une opportunité pour l'industrie et redevenir un problème de médecins ! (Didier Raoult)

* Center of Disease Control.

FRANCE-SOIR
Publié le 02 février 2024

« Comment les industriels ont dissimulé les effets indésirables graves des vaccins anti-Covid »

Notre compréhension des vaccins anti-Covid à ARNm et de leur impact sur la santé et la mortalité a considérablement évolué depuis les rapports sur les premiers essais randomisés de phase 3. Des problèmes liés aux méthodes, à l'exécution et aux rapports de ces essais sont apparus. Une nouvelle analyse des données de l'essai Pfizer a mis en évidence une augmentation statistiquement significative des effets indésirables graves (EIG) dans le groupe vacciné. Ces nombreux EIG ont été identifiés depuis l'autorisation d'utilisation d'urgence de ces produits, notamment des décès, des cancers, des incidents cardiaques et divers troubles auto-immunes, hématologiques, reproductifs et neurologiques.
Un article censuré à lire sur le blog de Laurent Mucchielli
Par_Nathaniel MEAD, Stephanie SENEFF, Russ WOLFINGER, Jessica ROSE, Kris DENHAERYNCK, Steve KIRSCH, Peter A. McCULLOUGH.
Cet article a été publié le 24 janvier 2024 après avoir passé normalement le processus de contrôle et d'évaluation par les pairs. Devant les pressions reçues en retour, il a ensuite été rétracté unilatéralement par la direction de la revue Cureus le 26 février. Illustration dramatique de la censure sévissant jusque dans les institutions scientifiques (et répétition de ce que nous avions subi en France lors de l'été 2021 lorsque nous avions déjà fait ces constats sur le seul plan statistique).
Référence initiale : Mead M, Seneff S, Wolfinger R, et *al*. (2024), *Covid-19 mRNA Vaccines: Lessons Learned from the Registrational Trials and Global Vaccination Campaign*, *Cureus*, 16 (1), e52876. DOI: 10.7759/cureus.52876
Les auteurs de cet article ne déclarent aucun conflit d'intérêt avec les industries pharmaceutiques.

Traduction réalisée par Sylvie Réant et Hélène Banoun.

Nota bene : compte tenu de la longueur du texte, nous ne reproduisons pas ici les 293 références bibliographiques de l'article, ni ses annexes méthodologiques. Le tout est intégralement consultable en ligne *sur le site de la revue*.
* * *

Introduction et contexte

Notre compréhension des vaccins à ARNm contre le Covid-19 et de leur impact sur la mortalité a considérablement évolué depuis le déploiement des premiers vaccins en décembre 2020. Les premières études ont révélé le potentiel de ces produits biologiques pour la prévention de l'infection par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2). Sur la base des premiers essais contrôlés randomisés parrainés par Pfizer-BioNTech (New York, États-Unis ; Mayence, Allemagne) et Moderna Inc. (Massachusetts, États-Unis), les chercheurs ont conclu à une réduction notable du risque relatif (RR) de 95 % de l'infection symptomatique par le Covid-19 [1,2]. La concordance des résultats des deux essais a incité la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis à autoriser l'utilisation des vaccins à ARNm Covid-19 dans le cadre d'une autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) le 11 décembre 2020, une décision qui a été suivie par la levée de l'aveugle et l'arrêt des essais [3].

Avant la procédure d'autorisation rapide, aucun vaccin n'avait été autorisé à être commercialisé sans avoir été soumis à une période d'essai d'au moins quatre ans, le record ayant été établi par Merck & Co, Inc. (New Jersey, États-Unis) en 1967 avec le développement du premier vaccin contre les oreillons au monde [4]. Le vaccin de Pfizer (BNT162b2) a achevé le processus en sept mois. Les délais précédents pour les essais de phase 3 étaient en moyenne de 10 ans [5]. Les services de santé ont déclaré que le délai normal pour évaluer la sécurité des vaccins était de 10 à 15 ans [6]. Dans le cas des vaccins Covid-19, l'innocuité n'a jamais été évaluée conformément aux normes scientifiques précédemment établies, car de nombreux tests d'innocuité et protocoles toxicologiques généralement suivis par la FDA ont été contournés [7,8]. Les études précliniques sur la biodistribution du produit ARNm et les toxicités potentielles de doses répétées (pour imiter des vaccinations multiples) ont été contournées pour permettre des essais cliniques accélérés [9]. La période d'observation minimale de 6 à 12 mois habituellement recommandée pour identifier d'éventuels effets indésirables à plus long terme liés au vaccin dans le groupe vacciné par rapport au groupe placebo est peut-être le critère d'essai le plus important qui a été évité grâce à la procédure d'autorisation rapide [9].

Le délai de 10 à 15 ans précédemment établi pour l'évaluation clinique des vaccins a été jugé nécessaire pour garantir un temps suffisant pour surveiller le développement d'effets indésirables tels que les cancers et les troubles auto-immuns [10,11]. Par souci de rapidité, les coordinateurs des essais Pfizer et Moderna ont donné la priorité à la réduction des risques symptomatiques liés à Covid-19 plutôt qu'aux El graves et aux problèmes de mortalité. Rétrospectivement, il s'agit d'une grave erreur. Les récits historiques témoignent de cas où des vaccins ont été introduits prématurément sur le marché sous une pression énorme, pour ensuite révéler des effets indésirables invalidants, voire mortels. Citons par exemple la contamination des vaccins contre la polio en 1955, les cas de syndrome de Guillain-Barré observés chez des personnes vaccinées contre la grippe en 1976, et le lien entre la narcolepsie et un vaccin antigrippal spécifique en 2009 [12-14]. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant qu'un si grand nombre d'experts médicaux et de santé publique aient exprimé leurs inquiétudes quant au fait que les vaccins à ARNm Covid-19 contournent le processus normal d'évaluation de la sécurité [15-17].

Les incitations politiques et financières peuvent avoir joué un rôle clé dans l'affaiblissement du processus d'évaluation scientifique qui a précédé l'EUA. Lalani et ses collègues ont documenté les investissements majeurs réalisés par le gouvernement américain bien avant l'autorisation [18]. Avant même la pandémie, l'Institut national américain de la santé avait investi 116 millions de dollars (35 %) dans la technologie des vaccins à ARNm, la Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA) avait investi 148 millions de dollars (44 %), tandis que le ministère de la défense (DOD) avait contribué à hauteur de 72 millions de dollars (21 %) au développement de vaccins à ARNm. La BARDA et le DOD ont également collaboré étroitement au codéveloppement du vaccin ARNm de Moderna, en y consacrant plus de 18 milliards de dollars, y compris des achats garantis de vaccins [18]. Cela a impliqué le préachat de centaines de millions de doses de vaccin ARNm, ainsi qu'un soutien financier direct aux essais cliniques et à l'expansion des capacités de production de Moderna.

Les fonds publics alloués au développement de ces produits dans le cadre de l'opération Warp Speed ont dépassé les investissements réalisés dans le cadre de toute initiative publique antérieure [19]. Dès le début de la pandémie, 29,2 milliards de dollars (dont 92 % provenant de fonds publics américains) ont été consacrés à l'achat de produits à base d'ARNm Covid-19 ; 2,2 milliards de dollars supplémentaires (7 %) ont été consacrés au soutien des essais cliniques, et 108 millions de dollars (moins de 1 %) ont été alloués à la fabrication et à la recherche fondamentale [18]. Ces dépenses abondantes de l'argent du contribuable se sont poursuivies tout au long de la pandémie : La BARDA a dépensé 40 milliards de dollars supplémentaires pour la seule année 2021 [20].

L'utilisation de l'argent du contribuable américain pour acheter autant de doses à l'avance suggère qu'avant la procédure d'autorisation de mise sur le marché, les agences fédérales américaines avaient un fort penchant

pour la réussite des essais d'homologation. En outre, on peut raisonnablement supposer que des intérêts aussi importants auraient pu influencer la décision d'interrompre prématurément les essais d'homologation. La levée de l'insu a essentiellement annulé l'élément « contrôlé par placebo » des essais, éliminant le groupe de contrôle et compromettant ainsi la capacité d'évaluer objectivement le profil de sécurité des vaccins ARNm et les effets indésirables graves (EIG) potentiels. Ainsi, bien que l'autorisation accélérée ait montré la détermination du gouvernement à fournir ces nouveaux produits, elle a également suscité des inquiétudes chez de nombreux experts concernant les questions de risque et de bénéfice et a effectivement éliminé la possibilité d'en savoir plus sur les effets néfastes potentiels à long terme des inoculations à l'ARNm. Les pressions politiques exercées pour trouver rapidement une solution ont pu compromettre la rigueur et l'intégrité du processus d'évaluation scientifique, tout en minimisant et en occultant les préoccupations scientifiques concernant les risques potentiels associés à la technologie de l'ARNm.

Les préoccupations relatives à l'insuffisance des tests de sécurité vont au-delà des normes et pratiques habituelles d'approbation réglementaire. Bien que nous utilisions les termes « vaccin » et « vaccination » tout au long de cet article, les produits à base d'ARNm Covid-19 sont également appelés produits de thérapie génique (GTP *gene therapy product*), car il s'agit essentiellement d'un cas d'application de la technologie GPT à la vaccination [21]. La réglementation européenne impose l'inclusion d'un antigène dans les vaccins, mais aucune protéine immunogène n'est contenue dans ces vaccins ARNm [22]. La plateforme vaccinale PTG est étudiée depuis plus de 30 ans en tant que traitement expérimental du cancer, les termes thérapie génique et vaccination par ARNm étant souvent utilisés de manière interchangeable [23]. Cela est dû au mode d'action spécifique des produits ARNm : les brins d'ARNm synthétiques, encapsulés dans un véhicule protecteur de nanoparticules lipidiques (LNP), sont traduits dans les cellules en une protéine spécifique qui stimule ensuite le système immunitaire contre une maladie spécifique. On pourrait également parler de promédicaments, car ces produits stimulent la fabrication de la protéine cible par l'organisme du receveur [24]. Comme il n'existait aucune réglementation spécifique à l'époque du processus d'approbation rapide, les organismes de réglementation ont rapidement « adapté » les produits, généralisé la définition du terme « vaccin » pour les prendre en compte, puis les ont autorisés pour la toute première fois dans le cadre d'une autorisation d'utilisation en Europe contre une maladie virale. Cependant, la raison pour laquelle ces produits sont réglementés en tant que vaccins et exclus de la surveillance réglementaire en tant que GPT manque de justification scientifique et éthique [21]. (Remarque : tout au long de cette étude, les termes « vaccins » et « vaccinations » seront utilisés indifféremment pour désigner les injections, les inoculations, les produits biologiques ou, plus simplement, les produits).

En raison de la reclassification des PTG en tant que vaccins, aucun de leurs composants n'a fait l'objet d'une évaluation approfondie en termes de sécurité. La principale préoccupation, en bref, est que les produits ARNm de Covid-19 peuvent transformer les cellules du corps en usines de protéines virales qui n'ont pas d'interrupteur (c'est-à-dire pas de mécanisme intégré pour arrêter ou réguler une telle prolifération), la protéine de pointe (protéine S) étant générée pendant des périodes prolongées, provoquant une inflammation systémique chronique et un dysfonctionnement immunitaire [25,26]. Cette protéine S est le dénominateur commun entre le coronavirus et le vaccin, ce qui contribue à expliquer la similitude fréquente des effets indésirables générés par l'infection et l'inoculation [25]. La protéine S induite par le vaccin est plus immunogène que la protéine S induite par le virus.

Du coup, la production accrue d'anticorps est également associée à une immuno-pathologie plus sévère et à d'autres effets indésirables [27]. Les produits Pfizer et Moderna contiennent de l'ARNm avec deux codons modifiés qui donnent une version de la protéine S stabilisée dans son état de pré-fusion [28]. Cette technologie d'ARN modifié au niveau des nucléosides vise à prolonger la persistance de l'ARNm synthétique dans l'organisme. Lorsque la protéine S pénètre dans la circulation sanguine et se diffuse dans le système, elle peut devenir un facteur contribuant à divers effets indésirables chez les personnes sensibles [25].

Dans cet article, nous revenons sur les essais d'enregistrement et passons en revue les analyses des effets indésirables de ces essais et d'autres études pertinentes. La plupart des révélations n'ont été faites que récemment, en raison de la censure généralisée exercée ces dernières années sur les professionnels de la santé et les chercheurs qui remettaient en question le discours dominant de l'industrie du vaccin [29,30]. Nous commencerons par nous concentrer sur les deux essais randomisés en double aveugle contrôlés par placebo qui ont abouti à l'EUA (autorisation d'urgence), puis nous explorerons en profondeur les divers effets indésirables des inoculations d'ARNm, en nous référant fréquemment aux essais originaux. Dans un contexte post-pandémique où l'urgence immédiate s'est estompée, des revues critiques de la littérature comme celle-ci peuvent jouer un rôle important en nous aidant à réévaluer la base scientifique des préoccupations de sécurité bien fondées du grand public concernant les vaccinations à ARNm Covid-19.

Réexamen des essais d'homologation

Au début de la pandémie, les responsables américains de la santé publique ont promis que les essais de phase 3 prouveraient que les vaccins à ARNm Covid-19 étaient « sûrs et efficaces », notamment en ce qui concerne la réduction des maladies graves, des hospitalisations et des décès, avec comme critère secondaire la prévention de la transmission et de l'infection (31). Neuf fabricants de vaccins ont publié une déclaration commune sans précédent dans laquelle ils s'engageaient à ne pas demander prématurément un examen réglementaire [32]. Ces deux séries d'assurances ont été données à une population qui souffrait déjà d'une lassitude à l'égard de la pandémie, principalement due aux mesures de confinement, au masquage, à la distanciation sociale et à d'autres restrictions imposées par les mêmes organismes responsables de la mise en place du programme de vaccination. Malgré la rhétorique, aucun grand essai randomisé en double aveugle contrôlé par placebo n'a jamais démontré de réduction de la transmission du SRAS-CoV-2, des hospitalisations ou des décès.

Il est important de noter que les plans d'étude des essais pivots qui ont conduit à l'EUA n'ont jamais été conçus pour déterminer si les inoculations d'ARNm pouvaient contribuer à prévenir une maladie grave ou un décès prématuré [31]. Cela était principalement dû à une puissance statistique insuffisante pour évaluer ces résultats [33]. Le calcul de la puissance s'est basé uniquement sur la réduction des symptômes de Covid-19, le résultat principal. Cette limitation s'explique par le recrutement de jeunes participants en bonne santé, âgés de 18 à 55 ans, et par le nombre relativement faible de cas d'infection clinique signalés dans les groupes d'intervention des essais, avec seulement huit cas pour Pfizer et 11 pour Moderna [1,2]. Alors que l'essai de Pfizer n'a enregistré qu'un seul cas de Covid-19 grave, l'essai de Moderna n'en a rapporté aucun, ce qui a conduit l'entreprise à proclamer une efficacité de 100 % contre les maladies graves [34]. Moderna a également rapporté un décès dû au Covid-19, dans le groupe placebo [2]. Ainsi, entre les deux essais, il n'y a eu qu'un seul décès attribué à Covid-19 parmi les plus de 73 000 participants à l'essai [1,2].

Après avoir annoncé les résultats de l'essai, Pfizer a prolongé l'étude de quatre mois. Les participants à l'essai ont été libérés du double-aveugle à la semaine 20, et les volontaires sous placebo ont été invités à recevoir la vaccination par ARNm. L'annonce par Pfizer de l'efficacité de son produit ARNm était basée sur le fait que 162 des 22 000 personnes ayant reçu un placebo avaient contracté le Covid-19, contre seulement huit des 22 000 personnes ayant reçu le vaccin. Aucun des 162 receveurs de placebo ayant contracté la Covid-19 n'est décédé de la maladie [35]. Ces chiffres sont trop faibles pour que l'on puisse tirer des conclusions significatives, pragmatiques ou générales sur la morbidité et la mortalité liées au Covid-19 [36].

En outre, le nombre de 170 cas confirmés par la réaction en chaîne de la polymérase (PCR) détourne l'attention d'une autre constatation : un nombre beaucoup plus important de cas identifiés au cours de l'étude relevait de la catégorie « Covid-19 suspect », c'est-à-dire que les personnes présentaient des symptômes de Covid-19 mais n'avaient pas obtenu de résultat positif au test PCR [37]. (Remarque : les tests PCR utilisés dans ces essais étaient ceux largement acceptés pour la détection du SARS-CoV-2 et répondaient ostensiblement à certaines normes de performance et de fiabilité pour la détection précise du coronavirus). Au total, 3 410 cas de Covid-19 suspectés et non confirmés ont été identifiés, soit une différence de 20 fois entre les cas suspectés et confirmés. Ces cas étaient au nombre de 1 594 dans le groupe vacciné et de 1 816 dans le groupe placebo. Si l'on tient compte à la fois des cas confirmés et des cas suspects, l'efficacité du vaccin contre l'apparition de symptômes n'est plus que de 19 %, ce qui est bien inférieur au seuil de réduction de 50 % du RR exigé pour l'obtention d'une autorisation réglementaire [37]. Même si l'on retire les cas survenus dans les sept jours suivant la vaccination pour tenir compte de la réactogénicité à court terme du vaccin (plutôt que des véritables infections), l'efficacité ne serait que de 29 %. Tout faux négatif parmi les cas suspects tendrait à diminuer encore le bénéfice. Ainsi, si l'on tient compte à la fois des cas confirmés et des cas suspects, l'efficacité du vaccin semble avoir été nettement inférieure à l'allégation officielle de 95 %.

De même, il est important de souligner que les « cas » pris en compte dans les essais étaient des patients PCR positifs atteints d'infections légères, et non de maladies modérées à graves. Ainsi, une toux ou d'autres symptômes respiratoires bénins ont été considérés comme des critères d'évaluation primaires [38,39]. La conclusion de l'essai reposait sur une centaine de « cas » Covid-19 enregistrés dans le groupe placebo [31]. Une fois l'essai arrivé à ce stade, il était prévu que l'efficacité serait déclarée et que les participants du groupe placebo se verraient proposer le vaccin actif. C'est précisément ce qui s'est produit, la phase en aveugle de Pfizer s'étant achevée au bout de deux mois et Moderna à trois mois, ce qui met fin à la période de suivi randomisé en aveugle et limite considérablement les évaluations du rapport risque-bénéfice.

L'impossibilité d'évaluer les maladies graves dans un essai qui reflète le contexte réel, à savoir que la probabilité d'une Covid-19 grave, d'une hospitalisation et d'un décès dus à l'infection a toujours été très faible. En stratifiant par âge, le taux de létalité de l'infection (IFR) en 2021 a montré un gradient d'âge avec une augmentation d'environ trois à quatre fois pour chaque décennie, commençant à 0,0003% (presque zéro)

chez les enfants et les adolescents, augmentant à 0,5% chez les personnes âgées de 60 à 69 ans [40]. Même dans les groupes plus âgés (>70 ans), l'IFR varie de 1 à 5 % en fonction des comorbidités et de l'accès au traitement. En principe, la mortalité toutes causes confondues (MTC) tend à augmenter avec l'âge. Dans le cas de Covid-19, la présence de comorbidités modifie fortement l'influence de l'âge sur la mortalité [41]. Pour les jeunes générations (<40 ans), la gravité de l'infection par le SRAS-CoV-2 et les taux de mortalité depuis 2020 sont comparables à ceux de la grippe [42]. Même dans les pays qui présentaient une surmortalité en 2020, les taux de mortalité chez les enfants étaient extrêmement faibles [43]. En Suède, où 1,8 million d'enfants ont été autorisés à aller librement à l'école en 2020, aucun décès dû au Covid-19 n'a été enregistré parmi eux à l'été 2021 [44].

Bien que les essais contrôlés randomisés soient considérés comme l'étalon-or pour tester la sécurité et l'efficacité des produits médicaux (en raison de la minimisation des biais), les essais de portée limitée peuvent facilement masquer les véritables problèmes de sécurité et d'efficacité concernant différents segments de la population. Dans le cas présent, les essais ont exclu des sous-groupes clés, notamment les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées fragiles et les personnes immunodéprimées, ainsi que les personnes atteintes d'un cancer, d'une maladie auto-immune ou d'autres affections inflammatoires chroniques [45]. Alors que les essais initiaux n'ont pas (selon le protocole) recruté de personnes souffrant de comorbidités, les personnes finalement vaccinées dans le cadre de ces essais ont montré la présence réelle de ces affections sous-jacentes. Plutôt que d'évaluer ces problèmes bien connus de sécurité et de risques de comorbidité, l'accent a été mis sur le risque de lésions pulmonaires inflammatoires, comme cela avait été observé chez les patients du Covid-19 et, bien des années plus tôt, chez des modèles animaux immunisés infectés par le SARS-CoV [46]. Nous commençons maintenant à reconnaître la folie de cette focalisation étroite des études de sécurité, car des millions d'événements graves et potentiellement mortels associés aux vaccins Covid-19 continuent d'être documentés dans la littérature médicale [47-51].

Que révèlent les essais pivots sur la mortalité globale (toutes causes confondues) ? Après avoir soigneusement analysé l'ACM (*all cause mortality* – mortalité toute cause) pour les essais Pfizer et Moderna, Benn et ses collègues ont trouvé 61 décès au total (31 dans le vaccin, 30 dans le placebo) et un RR de mortalité de 1,03 en comparant les vaccinés au placebo [52]. Ces résultats peuvent être interprétés comme « aucune différence significative » ou aucune preuve de référence montrant que ces vaccins ARNm réduisent la mortalité. L'absence de différences significatives entre les bras de l'étude en ce qui concerne le nombre de décès mérite d'être soulignée. L'impact réel sur la mortalité reste inconnu dans ce contexte, et seul ce fait est pertinent, car il serait préférable de prendre un vaccin dont les essais ont montré une réduction de la mortalité plutôt qu'un vaccin dont les essais n'ont pas montré de manière convaincante une amélioration de la survie [53]. De même, une analyse ultérieure des données de l'essai Pfizer a conclu que les taux de mortalité étaient comparables entre les groupes vaccinés et les groupes placebo au cours de la période initiale de 20 semaines de l'essai randomisé [54]. Le fait que les vaccinations par ARNm n'aient pas conduit à une réduction de la mortalité globale implique que, si les injections ont effectivement permis d'éviter des décès spécifiquement attribuables à Covid-19, une telle réduction pourrait être compensée par une augmentation de la mortalité due à d'autres causes, telles que les EIG.

Même l'essai de six mois de Pfizer n'a pas réussi à montrer une réduction de la mortalité toutes causes confondues [35]. En effet, une nouvelle analyse des données post-commercialisation fournies à la FDA suggère l'effet inverse. La partie étendue de l'essai comprenait une période de quatre mois sans insu, au cours de laquelle la plupart des participants ayant reçu le placebo sont passés dans le groupe vacciné. Au cours de cette phase, cinq décès supplémentaires ont été enregistrés, dont trois dans le groupe vacciné initial et deux parmi les participants au groupe placebo ayant choisi la vaccination [35]. Si l'on inclut ces cinq décès dans la catégorie des « vaccinés », le nombre total de décès devient 20 dans le groupe vacciné et 14 dans le groupe placebo, ce qui représente une augmentation de 43 % du nombre de décès (non statistiquement significative en raison du faible nombre de décès). Dans les documents de la FDA, cependant, un total de 38 décès a été rapporté, dont 21 dans le groupe vacciné et 17 dans le groupe placebo, ce qui représente une augmentation de 23,5 % des décès toutes causes confondues parmi ceux qui ont reçu la série primaire de deux doses de Pfizer [55,56]. Cela suggère que les deux participants du groupe placebo qui sont décédés après la vaccination par l'ARNm ont été comptés deux fois (c'est-à-dire que les deux décès ont été comptés dans chaque bras de l'essai). Cependant, pour tenir compte correctement des cinq décès supplémentaires, il faudrait ajuster l'analyse sur la base des données de l'étude par rapport aux personnes-mois passées dans chaque groupe. En appliquant cette méthode, on obtient un total de 36 décès : 21 dans le groupe vacciné et 16 dans le groupe placebo. En calculant le risque relatif d'ACM, le groupe vacciné avait un taux de mortalité de 0,105 % (21 décès sur 20 030), tandis que le groupe placebo avait un taux de mortalité de 0,0799 % (16 décès sur 20 030). L'équation RR a donné une valeur de 1,3125, indiquant un risque d'ACM 31% plus élevé dans le groupe

vacciné par rapport au groupe placebo. Cette estimation peut être considérée comme prudente, car elle ne suppose pas que tous les patients ayant reçu le placebo ont choisi de se faire vacciner pendant la phase ouverte de l'essai.
Pour les essais d'enregistrement de Pfizer et de Moderna, Benn et al. ont également rapporté une augmentation non significative de 45 % des décès d'origine cardiovasculaire dans les groupes vaccinaux des essais [52]. Ce résultat est cohérent avec les nombreux rapports faisant état de pathologies cardiovasculaires liées au vaccin Covid-19 dans les segments jeunes et âgés de la population [57-63]. Aucune des estimations de la mortalité issues des essais n'est statistiquement significative. Néanmoins, les tendances à la hausse des décès dus à la ACM et aux maladies cardiovasculaires sont préoccupantes. Si l'essai Pfizer n'avait pas été interrompu prématurément, et en supposant que les taux de mortalité restent les mêmes dans les deux bras comme observé au cours des six premiers mois, la différence ACM atteindrait le seuil standard de signification statistique ($p < 0,05$) à environ 2,8 ans (34 mois). Ces calculs ont été confirmés de manière indépendante par Masterjohn [64].

Risque absolu et « nombre de vaccins nécessaires » (NNV)
L'une des lacunes souvent négligées des essais d'homologation est que les rapports finaux se concentrent exclusivement sur le RR [risque relatif] en omettant la réduction du risque absolu. Cette dernière mesure donne une meilleure indication de l'utilité clinique d'un médicament que la première mesure relative, car elle est proportionnelle à la taille de l'échantillon [65]. Le RR est le rapport des taux de symptômes Covid-19 dans le groupe vacciné et dans le groupe placebo, qui a été rapporté à 95 % et 94,5 % pour les produits Pfizer et Moderna [1,2]. Le risque absolu fait référence à la probabilité d'un résultat (dans ce cas, les symptômes d'une infection clinique), basée sur le nombre de personnes subissant le résultat par rapport à l'ensemble de la population. Il est généralement calculé comme le nombre d'événements survenus dans une population étudiée divisé par le nombre de personnes dans cette population. Les deux types d'estimation du risque sont nécessaires pour éviter les biais de déclaration et pour fournir une perspective plus complète de l'efficacité du vaccin [65]. L'omission des statistiques sur le risque absolu entraîne une surestimation des avantages cliniques du vaccin [66]. Contrairement au chiffre du RR à 95 %, les réductions du risque absolu pour les vaccins Pfizer et Moderna étaient respectivement de 0,7 % et de 1,1 % [67]. Ces estimations proviennent de données publiques qui ont finalement permis au Comité consultatif de la FDA sur les vaccins et les produits biologiques apparentés (VRBPAC) d'accorder l'autorisation d'urgence de mise sur le marché (EUA) pour ces vaccins [68]. Cependant, les données examinées par le VRBPAC n'incluaient pas de mesures de réduction du risque absolu, ce qui s'écarte des lignes directrices de la FDA, qui stipulent que les deux approches sont cruciales pour éviter l'utilisation malencontreuse de produits pharmaceutiques [69]. Une fois de plus, le fait de ne pas fournir le risque absolu et de se concentrer uniquement sur le RR entraîne généralement une surestimation des bénéfices des vaccins. Les statistiques sur le risque absolu sont également utiles pour évaluer et comparer les mesures de sécurité telles que les taux d'EI [effets indésirables].
Une réduction du risque absolu d'environ 1 % pour les vaccinations par l'ARNm Covid-19 signifiait qu'un nombre substantiel de personnes devrait être injecté afin de prévenir un seul cas léger à modéré de Covid19. Plus précisément, le NNV [nombre de vaccins nécessaires] pour prévenir un cas de Covid-19 serait de 142 pour l'injection Pfizer et de 88 pour l'injection Moderna, respectivement [65]. Ces chiffres augmentent avec l'âge et en fonction du variant [70]. La VNI[1] est une mesure interprétable et pertinente pour évaluer l'impact dans le monde réel, ce qui nous permet de mesurer les avantages potentiels de la vaccination. Pour toute population relativement saine (avec un minimum de comorbidités), le profil risque-bénéfice avec un NNV élevé pourrait facilement indiquer des inconvénients excessifs.
Il est impératif d'évaluer soigneusement tous les risques potentiels associés aux produits à base d'ARNm Covid-19. Si des effets nocifs importants étaient liés à leur utilisation, la « récompense » perçue que représente la VNI devrait être réévaluée. Par exemple, en supposant une VNI de 119 et un TIF[2] de 0,23 % (deux estimations prudentes), environ 52 000 vaccinations seraient nécessaires pour prévenir un décès lié au Covid-19. Ainsi, pour l'injection du Pfizer, une estimation généreuse serait de deux vies sauvées du Covid-19 pour chaque 100 000 traitements biologiques. Compte tenu des preuves de mauvaise conduite dans les essais et des problèmes d'intégrité des données (voir section suivante), nous supposons que cette estimation est une « limite supérieure » et que, par conséquent, le bénéfice réel est probablement beaucoup plus faible. En ce qui concerne les effets néfastes potentiels, en supposant 30 % de fausses déclarations positives et un facteur modéré de sous-déclaration de 21, nous calculons un risque de 27 décès pour 100 000 doses de

[1] VNI : ventilation non invasive (?? MN).
[2] TIF : test immunologique fécal (?? MN).

Pfizer. Ainsi, en appliquant ces hypothèses raisonnables et prudentes, les inconvénients estimés des vaccins à ARNm Covid-19 l'emportent largement sur les avantages : pour chaque vie sauvée, il y a eu près de 14 fois plus de décès causés par les injections d'ARNm modifié.

Sous-déclaration des préjudices et problèmes d'intégrité des données

La sous-déclaration des préjudices graves, y compris des EIG (effets indésirables graves), est un autre problème important qui ne suscite souvent qu'une attention limitée dans le domaine public. Notamment, les préjudices graves qui entravent considérablement les activités quotidiennes et la qualité de vie sont universellement sous-déclarés dans les essais randomisés, en particulier dans les études parrainées par l'industrie [71]. Ces effets indésirables pourraient être plus fréquents chez les personnes vaccinées avec l'ARNm et qui sont ensuite infectées par le SRAS-CoV-2. Si, en principe, les examens systématiques des essais randomisés constituent une source fiable de données, les rapports d'essais de médicaments ne font invariablement pas état de préjudices graves [72]. Cette sous-notification semble exceptionnellement évidente dans le contexte des essais de vaccins [73-75]. Dans le cas des essais du vaccin Covid-19, la sous-notification était également structurelle, car les participants ont été désaveuglés au cours de la phase ouverte de l'essai Pfizer, et les personnes ayant reçu le placebo se sont vues proposer le vaccin quelques semaines seulement après l'autorisation en urgence (EUA). La levée de l'insu a eu lieu sans laisser suffisamment de temps pour identifier les effets nocifs tardifs ou diagnostiqués associés aux vaccins [15]. Était-ce nécessaire, étant donné qu'aucun des décès survenus dans le cadre de l'essai Pfizer n'a été attribué à la Covid-19 en tant que cause principale, et compte tenu de l'IFR (taux de létalité) très faible pour une population relativement saine [40] ?

Classen note que les coordinateurs de l'essai ont utilisé une approche aléatoire du suivi des EI et que l'impact potentiellement nocif de ces produits biologiques sur les résultats de santé était donc plus important que ce qui est généralement reconnu [49]. Les investigateurs ont donné la priorité à la documentation des événements liés à la Covid-19 tout en suivant de manière prospective les patients pour les EI « sollicités » pendant une durée d'environ sept jours après la vaccination. Les EI « non sollicités » ont ensuite été signalés pendant une période de 30 à 60 jours. Parmi les participants à l'essai, on comptait des personnes ayant un niveau d'éducation limité et des personnes âgées (éventuellement atteintes de troubles cognitifs) [49]. On peut s'interroger sur la capacité de ces personnes à reconnaître et à signaler les EI graves. De plus, les rapports d'essai originaux ne contenaient pas de données sur les événements non infectieux graves, y compris les décès, survenus au-delà de la période de déclaration de 30 à 60 jours [49]. En revanche, les infections Covid-19 ont fait l'objet d'un suivi continu à partir de la vaccination (une forme de biais d'information). Pfizer et Janssen ont fait preuve de négligence dans l'enregistrement des EI, en limitant la documentation des événements « sollicités » à une cohorte de sécurité représentant moins de 20 % de la population totale de l'étude. Ces résultats concordent avec ceux d'études antérieures montrant que seule une petite proportion, généralement 5 %, des EI est généralement signalée dans les essais parrainés par des sociétés pharmaceutiques [76].

Pour aggraver les choses, le public n'a jamais été autorisé à accéder aux données brutes des essais d'homologation, ce qui a empêché la communauté scientifique de procéder à une vérification indépendante des effets indésirables (ceux-ci ont été révélés plus tard, après la distribution à grande échelle des inoculations) [77]. Ce secret a peut-être permis à l'industrie de présenter plus facilement une estimation gonflée et déformée des avantages des injections génétiques, ainsi qu'une sous-estimation flagrante des inconvénients potentiels.

Une analyse médico-légale récente des données de l'essai de Pfizer sur six mois a révélé que de nombreux décès survenus au cours de l'essai se sont produits après la date limite utilisée pour créer la brochure d'information examinée par la FDA et aboutissant à l'autorisation du vaccin ; cela a en fait dissimulé les données de mortalité dans la partie décisionnelle du processus de l'EUA [54]. La demande initiale de Pfizer pour l'EUA [autorisation d'urgence] ne décrivait les résultats de l'essai que jusqu'à la date butoir du 14 novembre 2020. Cependant, des décès et d'autres EIG ont continué à se produire par la suite, même avant la réunion définitive du VRBPAC pour autoriser le vaccin à ARNm. Au cours des 33 premières semaines de l'essai clinique de Pfizer-BioNTech, qui s'est déroulé sur 153 sites d'essai clinique dans plus de sept pays différents, 38 sujets au total sont décédés. Les 38 sujets de l'essai ont été répertoriés dans le rapport intermédiaire de Pfizer-BioNTech après six mois [35]. Ces événements se sont produits dans l'ordre chronologique au cours de la période de 33 semaines commençant le 27 juillet 2020 et se terminant le 13 mars 2021. Pour représenter visuellement ces données, Michels et *al.* ont créé un graphique à barres illustrant le nombre de décès de sujets par semaine (Figure *1)*. Le nombre de sujets décédés dans le bras « vacciné » et dans le bras placebo de l'essai est représenté séparément. Le graphique comprend également un diagramme illustrant le nombre cumulatif de décès dans chaque bras, mesuré à la fin de chaque semaine.

Les barres pleines représentent les sujets qui ont reçu l'injection de Pfizer, tandis que les barres grises représentent ceux qui ont reçu un placebo, et les barres hachurées représentent les sujets qui ont d'abord reçu un placebo, mais dont l'insu a été levé et auxquels on a ensuite administré du Pfizer. En outre, les auteurs ont inclus un graphique linéaire qui montre le nombre cumulé de décès dans chaque bras de l'essai. La ligne continue correspond aux sujets ayant reçu une injection de Pfizer, tandis que la ligne pointillée représente le groupe placebo [54].

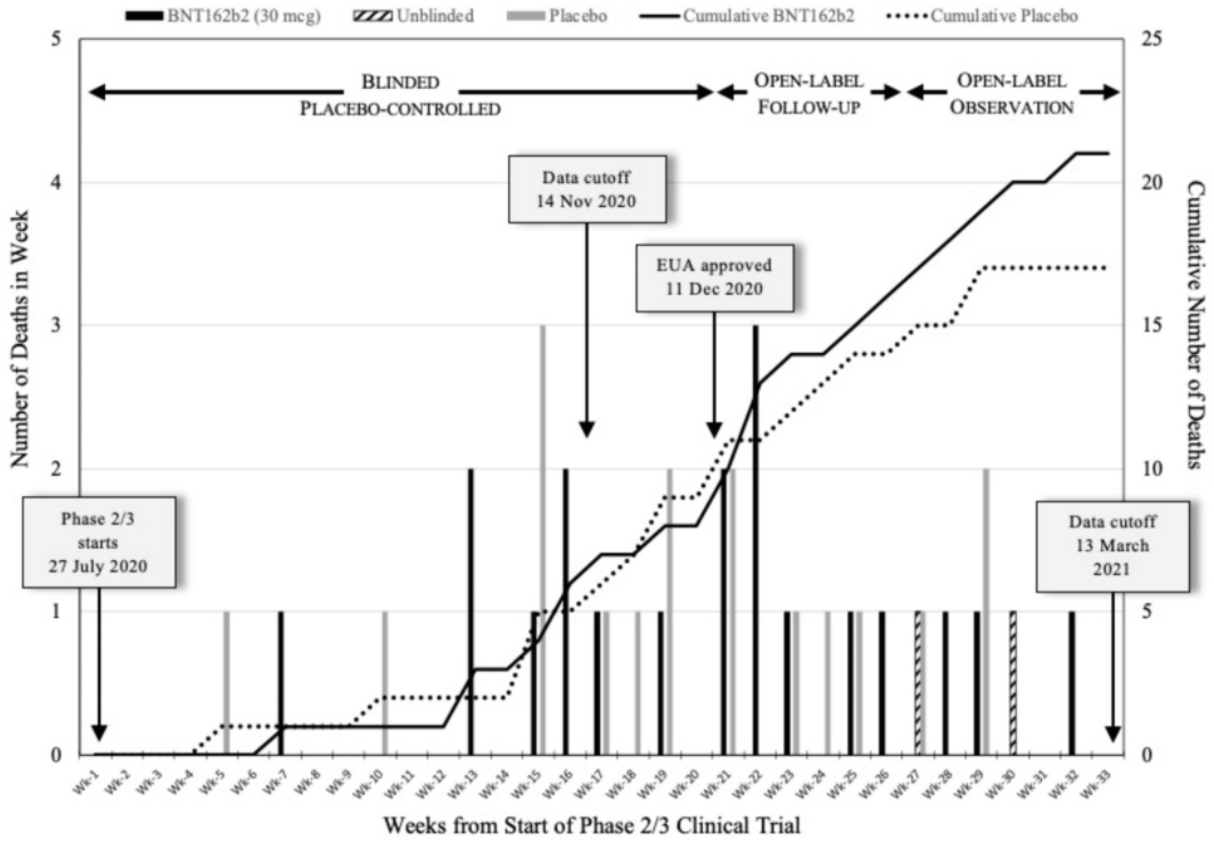


FIGURE 1 : la mortalité hebdomadaire de l'essai Pfizer sur une période de 33 semaines

Cette représentation de l'essai Pfizer par Michels et al [54] montre le décompte hebdomadaire des décès de sujets du 27 juillet 2020 au 13 mars 2021. Les barres pleines indiquent les sujets ayant reçu le Pfizer, les barres grises indiquent le groupe placebo et les barres hachurées représentent les sujets ayant reçu le Pfizer sans avoir été préalablement soumis à l'aveugle. La ligne continue représente le nombre cumulé de décès dans le groupe vacciné et la ligne pointillée dans le groupe placebo.

Notamment, les personnes ayant reçu le placebo en aveugle et qui ont *ensuite* reçu le vaccin Pfizer sont combinées avec le « groupe vaccin » pour cette analyse [54]. Pour situer le contexte, l'essai d'enregistrement peut être divisé en trois périodes distinctes. La première est la « période contrôlée par placebo en aveugle », qui s'est étendue du 27 juillet 2020 au 10 décembre 2020. La deuxième phase est la « période de suivi ouverte », qui s'étend du 11 décembre 2020 au 24 janvier 2021. La dernière période est la « période d'observation ouverte », qui s'étend du 25 janvier 2021 au 13 mai 2021 [35,78]. Le premier décès chez les sujets sous placebo a été enregistré à la semaine 5, tandis que le premier décès chez les sujets sous BNT162b2 [vaccin de Pfizer] est survenu à la semaine 7.

Au cours des 12 premières semaines de l'essai, très peu de décès ont été enregistrés, probablement en raison du recrutement continu de nouveaux sujets. Les courbes illustrant le nombre cumulé de décès dans les deux groupes semblent s'aligner étroitement jusqu'à la semaine 20 environ, après quoi elles divergent (figure *1)*. Après la semaine 20, le taux de décès dans le groupe placebo a diminué et s'est finalement stabilisé à la semaine 30. En revanche, le nombre de décès chez les sujets du groupe BNT162b2 a continué à augmenter à un rythme constant. Ce taux réduit dans le groupe placebo est probablement dû à la diminution du nombre de sujets placebo non vaccinés restant dans l'essai, en raison de la levée de l'aveugle et du processus de vaccination lancé après le 11 décembre. Malgré le faible nombre total de décès, il est probable que la

perception des vaccins par le grand public aurait été beaucoup moins favorable s'il avait su que le taux de mortalité avait continué à augmenter parmi les participants vaccinés avec l'ARNm [54].
Les données de Michels et *al*. [54] ont été obtenues directement à partir du rapport intérimaire de six mois de Pfizer [35]. En outre, Michels et *al*. [54] ont comparé le nombre de décès rapporté à un nombre estimé, stratifié par âge, basé sur les données américaines de 2019 [79] et a déterminé que le nombre de 38 décès rapporté par Pfizer correspondait à environ 17 % de ce que l'on pourrait attendre de la population américaine. De manière alarmante, en s'appuyant sur le rapport intermédiaire à six mois de Pfizer, Michels et ses collègues ont trouvé des preuves d'une augmentation substantielle du nombre de décès dus à des événements cardiovasculaires chez les sujets vaccinés avec le BNT162b2 de Pfizer, que le fabricant du vaccin n'a pas signalée [54]. Pour leur analyse publiée et évaluée par des pairs, les chercheurs ont pu accéder aux rapports narratifs de quelques sujets critiques qui ont fourni une notification explicite de la date de décès du sujet avant le 14 novembre 2020 [54]. Le protocole C4591001 exigeait la notification immédiate des EIG, y compris le décès ou l'hospitalisation, dans un délai de 24 heures, une directive probablement suivie par le personnel du site de l'essai. Néanmoins, Pfizer a utilisé les dates auxquelles le décès a été enregistré dans les formulaires de rapport de cas des sujets, que Pfizer a conservés. L'enquête de Michels et al. a mis en évidence un schéma cohérent de retards dans la déclaration de la date du décès sur les formulaires de déclaration des sujets pendant toute la durée de l'essai [54]. Ces retards étaient les plus importants chez les sujets vaccinés décédés avant le 14 novembre 2020. Si Pfizer avait utilisé les dates réelles de décès dans sa demande d'EUA, deux sujets vaccinés supplémentaires auraient été inclus dans la demande d'EUA. Cette divergence était cruciale, car tous les décès de sujets vaccinés (quatre sur quatre) et la moitié des décès de sujets sous placebo (deux sur quatre) étaient d'origine cardiaque. L'analyse médico-légale a révélé que 75 % des décès des sujets vaccinés et 33,3 % de ceux du groupe placebo étaient d'origine cardiaque [54].
Parmi les 14 sujets ayant subi des EIG cardiaques, 11 étaient des personnes ayant reçu le vaccin de Pfizer, et trois provenaient du groupe ayant reçu le placebo seul, soit une augmentation de 3,7 fois [54]. Il convient de noter que ni l'article original de Thomas et *al*. ni le rapport de synthèse de Pfizer sur la sécurité clinique n'ont reconnu ou commenté ce signal de sécurité crucial [35,78].
Rétrospectivement, l'observation précédemment non divulguée selon laquelle deux fois plus de décès cardiaques sont survenus proportionnellement chez les sujets vaccinés que chez les sujets non vaccinés dans l'essai Pfizer aurait probablement incité la FDA à réévaluer la situation, en particulier compte tenu des données accumulées plus tard, le 10 décembre 2020, où 17 décès étaient survenus [54]. Les retards dans la documentation des décès de ces patients dans leur dossier, associés à l'omission de la date réelle du décès, ont effectivement dissimulé leurs décès pendant la phase cruciale du processus d'approbation de l'EUA, masquant ainsi le signal de l'EIG cardiaque [54]. En bref, les divers retards et omissions de déclaration, s'ils avaient été ouvertement discutés et pris en compte par le VRBPAC, auraient pu prolonger le processus d'autorisation. Les rapports inappropriés et l'examen insuffisant par le VRBPAC peuvent avoir finalement permis à Pfizer de manipuler les résultats de l'essai et d'obscurcir le signal de décès cardiaque. De récentes études *in vivo* chez l'animal démontrent que « dans les cardiomyocytes isolés, l'ARNm-1273 (Moderna) et le BNT162b2 (Pfizer) induisent tous deux des dysfonctionnements spécifiques qui sont en corrélation physiopathologique avec la cardiomyopathie » [80]. En principe, les cardiomyocytes ne peuvent donc pas être exclus de la biodistribution des LNP [véhicule protecteur de nanoparticules lipidiques] contenant l'ARNm, et tout nouveau produit ARNm a le potentiel de provoquer des problèmes cardiaques potentiellement mortels, y compris la cardiomyopathie et l'arrêt cardiaque.
Au-delà de ces omissions dans la déclaration des effets secondaires, la déclaration officielle des résultats de l'essai a également posé problème. Les données de l'essai présentées par Pfizer pour la demande d'autorisation d'utilisation européenne ont révélé une tendance surprenante en comparant l'incidence de Covid-19 entre le groupe ayant reçu l'ARNm et le groupe placebo : une divergence frappante après le 12e jour suivant la première dose du vaccin Pfizer [81,82]. Alors que le groupe placebo a continué à voir apparaître de nouveaux cas, le taux d'infection du groupe vacciné s'est brusquement arrêté, ce qui suggère une immunité soudaine et uniforme au 12ème jour. Une réponse aussi abrupte et complète au 12ème jour contredit la plausibilité biologique, étant donné que de telles réponses immunologiques auraient tendance à s'inscrire de manière plus graduelle dans un contexte de groupe. En outre, Pfizer n'a pas fourni de données pour les personnes n'ayant reçu qu'une seule dose. La figure 2 du même rapport d'essai [83], adaptée par Palmer et *al*. [82], montrant les titres d'anticorps neutralisants le jour de la première injection (D1) et divers jours suivants, illustre l'augmentation progressive des anticorps neutralisants dirigés contre le SRAS-CoV-2 après l'inoculation de l'ARNm. Cela contredit la notion d'immunité clinique rapide et complète. Au 21e jour, après la première dose, les anticorps neutralisants n'ont que légèrement augmenté, pour atteindre leur maximum au 28e jour, bien après que la plupart des individus aient reçu leur deuxième dose. Cette incohérence entre

les données cliniques et les données relatives aux anticorps soulève des doutes quant à la représentation graphique de l'immunité soudaine au 12e jour et jette la suspicion sur sa validité. La figure 2 présente deux graphiques tirés du rapport d'évaluation de l'Agence européenne des médicaments (EMA) sur les données de l'essai de Pfizer [83].

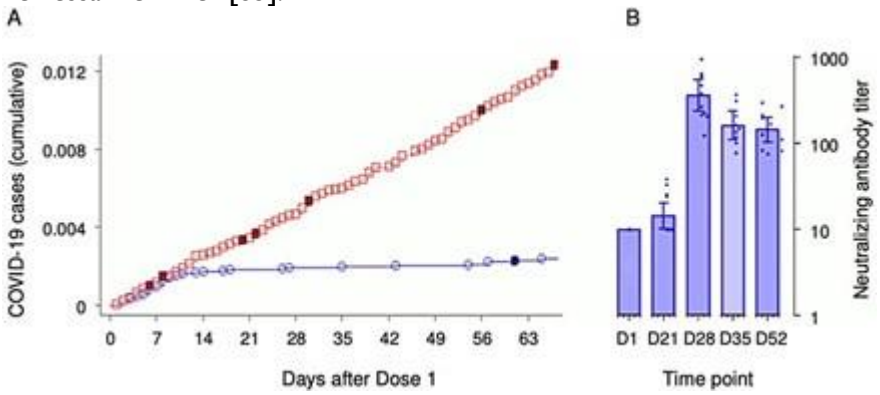


FIGURE 2 : Graphiques illustrant les irrégularités de l'essai Pfizer dans la déclaration des cas de Covid-19 et des réponses immunitaires humorales (titres d'anticorps)

Ceci indique un schéma inhabituel après le 12ème jour suivant l'injection de BNT162b2. Alors que le groupe placebo a continué à enregistrer des cas, le groupe BNT162b2 a connu une baisse soudaine des taux d'infection, ce qui suggère une immunité immédiate inattendue.

Lorsque le rapport intermédiaire de Pfizer sur les événements indésirables au bout de six mois a révélé un nombre total de décès de 38 [35], ce chiffre a semblé étonnamment bas pour un essai clinique impliquant 44 060 participants dans un contexte de pandémie. Pour étudier la question, Michels et ses collègues ont estimé le nombre de décès prévus en se basant sur les taux de mortalité aux États-Unis en 2020, en supposant qu'ils soient comparables dans les pays participants [54]. Avec 132 sites d'essai aux États-Unis et 80 % des sujets, ils ont estimé que 222 décès auraient dû survenir entre le 27 juillet 2020 et le 13 mars 2021, ce qui fait que les 38 décès observés ne représentent que 17 % du nombre prévu. La plupart des sites d'essai ont enregistré moins de décès que prévu, ce qui peut être attribué à un pourcentage considérable de sujets « perdus de vue » (4,2 % des sujets randomisés), dont 395 sujets uniques au cours de la période d'étude. Alors que certains sites ont enregistré des pertes négligeables, d'autres ont affiché des chiffres substantiels, allant jusqu'à 5 % des sujets du site [54]. Ces chiffres ont probablement contribué à l'apparente faiblesse du nombre total de décès et auraient dû inciter à redoubler d'efforts pour localiser ces personnes. Le fait d'avoir perdu la trace de près de 400 participants à l'étude au cours de la période d'observation de suivi aurait pu compromettre considérablement la validité et la généralisation des résultats. Les données manquantes peuvent produire des estimations biaisées, conduisant à des conclusions non valides. Il pourrait en résulter une distorsion de l'efficacité du vaccin et une sous-estimation des effets secondaires (y compris les décès), ce qui donnerait une image erronée du profil de sécurité des produits à ARNm. En résumé, le fait que Pfizer n'ait pas réussi à minimiser l'attrition des participants a sérieusement compromis la précision et la fiabilité des conclusions de l'étude de six mois.

Selon une analyse rétrospective réalisée par Gulbrandsen et ses collègues, les données de l'essai Pfizer ont montré une association significative entre le taux de mortalité et le temps écoulé depuis l'injection, tant dans le groupe vacciné que dans le groupe placebo [84]. Un nombre minime de décès a été enregistré au cours des 80 premiers jours, mais une augmentation significative de la mortalité a été observée autour de 100 jours après l'injection, ce qui indique une tendance qui ne peut être attribuée au hasard. Des tendances remarquablement irrégulières sont également évidentes dans les EIG cardiaques de l'essai. Près de la moitié de tous les événements cardiaques se sont manifestés dans les 50 premiers jours suivant l'injection, malgré l'exposition constante au risque prévue pendant les 140 premiers jours. Curieusement, une augmentation spectaculaire des EIG cardiaques a été observée autour de 100 jours après la première injection, tant dans le groupe placebo que dans le groupe vacciné, ce qui coïncide avec l'augmentation du taux de mortalité. L'examen des diagnostics médicaux prédominants avant la participation à l'essai a révélé une autre tendance aberrante : les neuf diagnostics préexistants les plus courants étaient plus fréquents chez les participants du groupe placebo. En outre, l'âge des participants décédés présentait un contraste notable entre les deux groupes. Il est peu probable que ces tendances observées se produisent de manière aléatoire. La seule explication plausible qui corresponde à ces tendances anormales est que les enregistrements des EIG chez les vaccinés ont été modifiés, les déplaçant vers le groupe placebo après l'événement [84].

Ces préoccupations sont encore aggravées par les révélations concernant les pratiques de recherche non conformes et la gestion inadéquate des données dans les essais pivots. Le rapport d'un ancien employé de l'organisme de recherche sous contrat chargé de recruter les patients pour l'essai pivot de Pfizer soulève des questions importantes concernant l'intégrité des données et la sécurité des participants à l'essai [85]. Parmi les problèmes de conduite de l'essai documentés, on peut citer l'absence de déclaration des écarts par rapport au protocole, le mauvais stockage des vaccins, le mauvais étiquetage des échantillons de laboratoire et l'absence de suivi en temps voulu des patients ayant subi des effets indésirables, ce qui a pu conduire à une sous-déclaration. En termes de surveillance réglementaire, la FDA n'a inspecté que neuf des 153 sites d'étude impliqués dans l'essai Pfizer [86].
Enfin, une levée du double aveugle des participants a eu lieu au début de l'essai, potentiellement à grande échelle dans les différents sites de l'étude. Les participants n'ont pas reçu d'informations claires sur les effets indésirables potentiels dans les protocoles d'essai et les formulaires de consentement [87]. Certaines parties du formulaire de consentement étaient trompeuses et visaient simplement à susciter une participation qui n'aurait peut-être pas eu lieu si les volontaires avaient été informés que ce qui était promis en théorie ou « sur le papier » avait peu de chances de se produire dans la réalité [87]. En conséquence, les participants n'ont pas reçu un consentement véritablement éclairé ; les lésions potentielles et les effets indésirables les plus susceptibles d'être causés par les vaccinations n'ont jamais été ouvertement mentionnés.
Cette absence de consentement éclairé s'est répercutée dans le monde réel à la suite de l'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques. Par exemple, le fait de ne pas avoir divulgué publiquement l'exclusion des femmes enceintes de l'essai Pfizer est sans doute l'une des erreurs les plus flagrantes du CDC lorsqu'il a affirmé la sécurité de l'administration du vaccin Covid-19 pendant la grossesse [1]. Le Code de Nuremberg a établi le droit des patients à un consentement éclairé volontaire au lendemain de la Seconde Guerre mondiale [88]. Les tribunaux américains soutiennent systématiquement le consentement éclairé comme un droit fondamental à l'autonomie des patients [89]. Les procédures de consentement éclairé doivent établir des distinctions claires entre les risques fréquemment observés, les risques rarement observés et le risque plus évident de manque d'efficacité ou de perte d'immunité, qui est distinct du risque d'effets secondaires graves. Que ce soit dans le cadre d'un essai clinique ou d'une vie libre, le consentement éclairé est essentiel pour bien faire comprendre les risques potentiels associés à l'administration d'un vaccin génétique. Tout au long de la pandémie, les professionnels de la santé avaient le devoir de fournir aux patients des informations claires sur les risques et les avantages. Dans la pratique, cependant, le consentement éclairé n'existait pas, car les fiches d'information étaient vierges [90], et les vaccinés n'étaient jamais informés à l'avance des risques potentiels.

Des récits changeants, des illusions de protection

La capacité à stopper ou à limiter fortement l'infection est généralement considérée comme essentielle à l'efficacité d'un vaccin. Néanmoins, les essais d'homologation menés par Pfizer et Moderna n'ont pas été conçus pour répondre à cette question. Le critère d'évaluation de ces essais était la réduction des symptômes associés à la Covid-19 [1,2], même si les CDC ont ensuite affirmé au public que les produits anti-Covid-19 arrêteraient la transmission [91].
En outre, la transmission asymptomatique s'est avérée extrêmement minime [92]. Depuis 2021, la communauté scientifique internationale sait que les produits à base d'ARNm anti-Covid-19 ne préviennent ni la transmission ni l'infection [93]. Même les experts parrainés par l'industrie du vaccin ont admis une réduction maximale de la transmission de 61 % en 2021 [94]. Les sous-variants Omicron sont associés à une réduction de 30 à 50 % de la transmission après l'administration des rappels [95-97]. Le bénéfice est progressif et transitoire, la protection contre l'infection Omicron ne durant que quelques mois [93]. Même si les titres d'anticorps contre le SRAS-CoV-2 sont plus élevés après l'injection, ces niveaux diminuent plus rapidement chez les personnes ayant reçu l'ARNm que chez les personnes ayant contracté une infection naturelle [98]. L'impact de la réduction de la gravité de la maladie chez les personnes vaccinées contre la Covid-19 sur le risque de provoquer des infections secondaires n'a jamais été systématiquement étudié dans le cadre d'essais cliniques contrôlés [93].
La meilleure preuve de l'incapacité du vaccin à ARNm Covid-19 à conférer une protection contre la Covid-19 provient de deux grandes études de cohortes d'employés du Cleveland Clinic Health System (CCHS) après la mise à disposition des vaccins de rappel bivalents à ARNm [99,100]. Dans la première étude (n=51 017), 4 424 (8,7 %) ont contracté le Covid-19 au cours de la période d'observation de 26 semaines [99]. En termes de prévention des infections par les trois sous-variants Omicron dominants, l'efficacité du vaccin était respectivement de 29 %, 20 % et 4 %, ce qui n'est pas significatif [99]. Aucune protection n'a été apportée lorsque les lignées XBB étaient dominantes. Notamment, le risque d'infection post-vaccinale était

significativement plus élevé chez les personnes ayant reçu le premier vaccin [en bleu] non adapté aux variants successifs, et une plus grande fréquence des vaccinations entraînait un risque plus élevé de Covid-19 [100]. Dans une deuxième cohorte de l'étude CCHS (n= 48 344), les adultes qui n'étaient pas à jour selon la définition du CDC avaient une incidence de Covid-19 inférieure de 23 % à celle des adultes qui étaient à jour dans leurs vaccinations [100]. Ces résultats sont encore renforcés par de nombreuses études en situation réelle qui montrent que la protection contre l'infection par Omicron diminue rapidement après les rappels [101]. L'efficacité du vaccin contre l'infection à Omicron confirmée en laboratoire et la maladie symptomatique diminue rapidement dans les trois mois qui suivent le cycle de primo-vaccination et la dose de rappel [97].

Les figures *3 et 4* présentent les résultats surprenants de ces deux études de la Cleveland Clinic. La figure *3* présente les résultats de l'étude précédente, avec une incidence cumulative de Covid-19 pour les participants à l'étude stratifiés en fonction du nombre de doses de vaccin ARNm reçues précédemment. Le jour 0 correspond au 12 septembre 2022, date à laquelle le vaccin bivalent a été proposé pour la première fois aux employés du CCHS. Les taux de cas ont clairement augmenté en même temps que la fréquence des injections d'ARNm [99]. La figure *4* présente un autre résultat inattendu, tiré cette fois de la deuxième étude de la Cleveland Clinic, avec un diagramme de risque Simon-Makuch comparant l'incidence cumulative de Covid-19 dans les groupes « à jour » et « non à jour » en fonction du statut vaccinal défini par le CDC. Le jour zéro était le 29 janvier 2023, date à laquelle les lignées XBB de la variante Omicron sont devenues dominantes en Ohio. Pour les deux graphiques, les estimations ponctuelles et les IC à 95 % sont indiqués le long de l'axe des x [100].

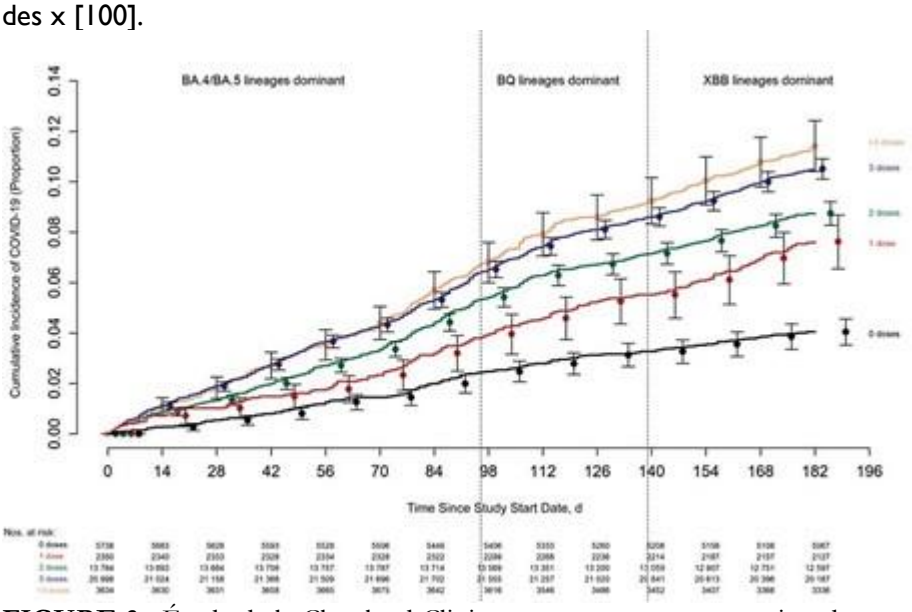


FIGURE 3 : Étude de la Cleveland Clinic montrant une augmentation des cas de Covid-19 avec l'augmentation des vaccinations par ARNm.

Étude de la Cleveland Clinic démontrant l'incidence de Covid-19 parmi les participants en fonction du nombre de doses antérieures de vaccin ARNm reçues. L'étude montre une augmentation des taux de cas associée à l'augmentation des doses de vaccin ARNm Covid-19.

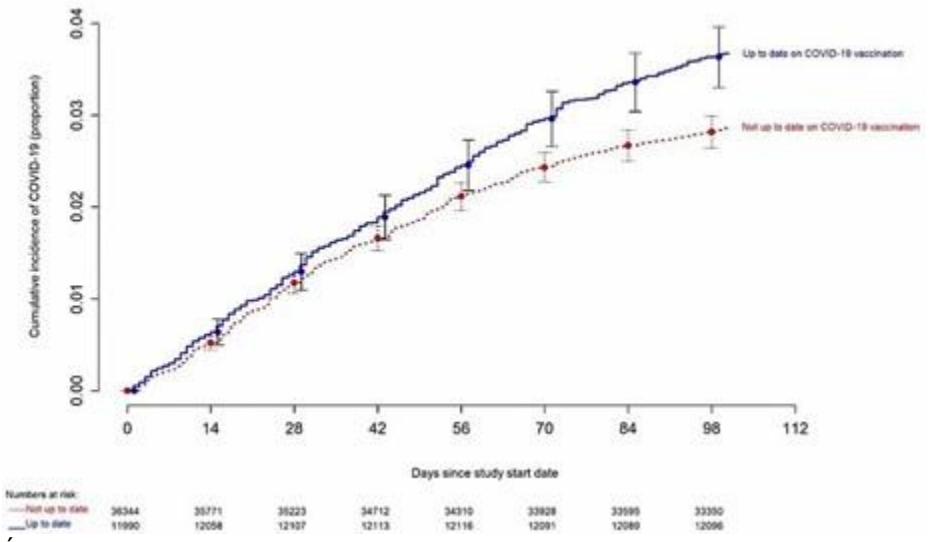


FIGURE 4 : Étude de la Cleveland Clinic montrant une augmentation des cas de Covid-19 chez les sujets les plus « à jour » des vaccinations à l'ARNm

Étude de la Cleveland Clinic comparant l'incidence cumulative de Covid-19 entre les personnes « à jour » [en bleu] et « non à jour » [en rouge] en fonction du statut vaccinal défini par les CDC. Le graphique comprend des estimations ponctuelles et des intervalles de confiance à 95 % le long de l'axe des x.

Le profil d'efficacité du produit étant désormais fermement remis en question, l'industrie du vaccin a adopté deux récits pour justifier l'utilisation continue des vaccins Covid-19. La première est que si les produits à base d'ARNm Covid-19 ne bloquent pas les infections, ils protègent néanmoins contre les maladies graves, l'hospitalisation et la mortalité. La seconde affirme que la protection associée à l'inoculation d'ARNm, lorsqu'elle est combinée à une infection naturelle, est supérieure à l'infection naturelle (et donc à l'immunité naturelle) seule.

Le premier récit pose une dichotomie contre-intuitive entre les deux formes de protection, la protection contre l'infection et la protection contre les maladies graves, et semble impliquer leur indépendance. Pour illustrer cette dichotomie, un rapport d'étude israélien de 2022 indique que « la protection contre une infection confirmée semble de courte durée, alors que la protection contre une maladie grave n'a pas diminué pendant la période étudiée » [102]. Cependant, est-il raisonnable d'affirmer que la protection contre les maladies graves et la mortalité reste intacte même après le déclin rapide de la protection contre les infections ? Pour répondre à cette question, Ophir et ses collègues ont effectué une analyse méticuleuse de données importantes provenant d'essais cliniques, de grandes études d'observation menées en Israël et de tableaux de bord statistiques contemporains [103]. Les auteurs ont noté « de multiples contraintes méthodologiques et de représentation, y compris des périodes de suivi courtes et parfois arbitraires ou inégales, des critères d'exclusion et des niveaux de test Covid-19 inégaux, des biais de sélection et une communication sélective des résultats. Mais surtout, la probabilité conditionnelle documentée de décès et de maladie grave (c'est-à-dire le pourcentage de cas de maladie grave et de décès parmi les personnes infectées par le virus) ne différait pas entre le groupe traité et le groupe témoin dans les diverses études cliniques et d'observation sur l'efficacité » [103]. Les auteurs ont conclu qu'il n'y avait pas de preuves valables pour étayer l'affirmation selon laquelle l'administration d'un deuxième rappel d'ARNm Covid-19 permet de prévenir efficacement les maladies graves et la mortalité [103].

Le deuxième scénario alternatif se concentre sur le phénomène de l'immunité hybride, la protection combinée obtenue à partir de l'infection naturelle suivie du rappel. Chez les personnes récemment exposées à des infections par le SRAS-CoV-2, l'immunité induite par le vaccin Covid-19 surpasserait l'immunité naturelle car elle génèrerait une réponse anticorps plus robuste et élargirait le spectre des anticorps générés [104]. Ces réponses humorales robustes et étendues impliquent la production de cellules B mémoires à des niveaux 5 à 10 fois supérieurs à ceux obtenus par l'infection ou la vaccination seule [105]. À l'heure actuelle, la plupart des habitants des pays développés, si ce n'est tous, ont été infectés par le SRAS-CoV-2. Une fois informés de la protection supplémentaire offerte par l'immunité hybride, les profanes sachant qu'ils ont des antécédents d'infection pourraient être plus enclins à accepter les rappels en cours. Néanmoins, compte tenu de la gravité relativement faible de l'Omicron, la production supplémentaire d'anticorps est-elle vraiment nécessaire ? Il faut également prendre en compte les risques potentiels de cette production accrue d'anticorps. Comme les sous-variants d'Omicron mutent constamment, de nombreux anticorps générés par les vaccins actuels ne sont pas neutralisants. La surproduction potentielle d'anticorps non neutralisants pourrait conduire au phénomène de la maladie renforcée associée au vaccin (VAED), qui repose en partie sur l'aggravation dépendante des anticorps [ADE] [106]. À ce jour, seuls quelques rapports ont fait état d'une

légère VAED lors de la vaccination par Covid-19 dans des modèles animaux et aucun cas n'a été documenté chez l'homme [107] [il existe pourtant des publications montrant l'ADE dans des rapports cliniques]. En cas d'administration répétée de boosters la VAED pourrait éventuellement avoir un impact sur la sécurité à long terme des vaccinations à ARNm.

Dans le contexte de l'immunité hybride, l'écueil immunologique le plus grave concerne l'infection par le SARS-CoV-2 survenant après l'injection de l'ARNm Covid-19, lorsque la production de protéine S a déjà augmenté globalement. À l'origine, on pensait qu'une vaccination préalable pouvait atténuer la gravité de l'infection et réduire le risque de maladie grave liée à la Covid-19. Dans la période post-vaccinale, le système immunitaire serait préparé à réagir plus vigoureusement à une nouvelle infection quelques semaines après la fin de la série complète.

Toutefois, le scénario inverse peut également se produire en raison du contournement des réponses immunitaires innées, ainsi que de la surproduction d'anticorps non neutralisants mentionnée ci-dessus et d'une protection inadéquate contre les maladies graves [108]. On sait que les vaccins anti-Covid-19 provoquent une suppression de l'immunité innée par le biais d'une altération profonde de la signalisation de l'interféron de type I, ainsi qu'une perturbation de la régulation de la synthèse des protéines et de la surveillance du cancer [26]. Une production excessive d'anticorps non neutralisants pourrait accroître le risque de réactions auto-immunes en provoquant une réaction croisée avec les tissus de l'hôte plutôt qu'avec le virus, déclenchant ainsi des réactions auto-immunes inflammatoires par mimétisme moléculaire [109-111]. Ces mécanismes peuvent collectivement augmenter le risque de pathologies inflammatoires auto-immunes, y compris les cancers, les maladies cardiovasculaires et de nombreuses autres maladies ayant une étiologie inflammatoire chronique [112,113]. (Pour une discussion sur la base mécaniste des effets indésirables, voir la section « Mécanismes sous-jacents aux EI »).

Jusqu'à présent, en ce qui concerne les EIG, nous nous sommes principalement concentrés sur les effets associés au produit à ARNm de Pfizer en nous appuyant sur les données de l'essai de six mois ainsi que sur le document confidentiel de 393 pages publié en août 2022, qui révèle près de 1,6 million d'EIG [114]. Dans le contexte de l'immunité hybride, il est important de noter que le produit Moderna, l'ARNm-1273, génère une réponse immunitaire nettement plus forte, ce qui se traduit par des taux plus faibles d'infection symptomatique et de Covid-19 graves par rapport au vaccin de Pfizer [115]. Ceux qui se focalisent sur ces avantages en matière de prévention des infections ont toutefois tendance à négliger les inconvénients potentiels : le produit de Moderna a présenté des risques d'EIG significativement plus élevés que le Pfizer, selon des essais cliniques, des études basées sur des enquêtes et une étude de surveillance parrainée par le gouvernement [1,2,116-120]. Cela montre le compromis peu recommandable entre une protection accrue contre l'infection par Omicron, d'une part, et un risque substantiel d'effets secondaires induits par le vaccin, d'autre part.

Dans une étude récente portant sur près de cinq millions d'adultes, ceux qui avaient contracté une infection par le SRAS-CoV-2 dans les 21 jours suivant l'injection présentaient un risque huit fois plus élevé d'accident vasculaire cérébral ischémique et un risque cinq fois plus élevé d'accident vasculaire cérébral hémorragique par rapport aux vaccinés sans infection concomitante [121]. Le risque était le plus élevé chez les personnes ayant reçu les injections d'ARNm-1273. Ainsi, l'infection par le SRAS-CoV-2 à proximité du moment de la vaccination a produit une forte association avec l'incidence précoce des accidents vasculaires cérébraux ischémiques et hémorragiques [121]. Encore une fois, avec une approche d'immunité hybride, les inconvénients potentiels peuvent largement dépasser les avantages.

L'immunité naturelle ne comporte aucun de ces risques et est plus que suffisante contre la virulence légère des sous-variants d'Omicron. De nombreux éléments indiquent aujourd'hui que l'immunité naturelle confère une protection robuste, durable et de haut niveau contre les maladies graves [122-126]. Une vaste étude menée au Royaume-Uni sur plus de 30 000 travailleurs de la santé ayant des antécédents d'infection par le SRAS-CoV-2 a montré que le risque de réinfection était réduit de 84 %, avec une période de protection médiane de sept mois [125]. Dans une vaste étude d'observation menée en Israël, les personnes précédemment infectées qui n'avaient pas été vaccinées étaient 6 à 13 fois moins susceptibles de contracter le virus par rapport aux personnes vaccinées [122]. Parmi 32 000 personnes appartenant au même système de santé, les personnes vaccinées présentaient un risque 27 fois plus élevé de développer une Covid-19 symptomatique et un risque huit fois plus élevé d'hospitalisation par rapport à leurs homologues non vaccinés [122].

Après s'être remis de la Covid-19, l'organisme héberge des cellules immunitaires mémoires à longue durée de vie, ce qui indique une capacité durable à répondre à de nouvelles infections, potentiellement pendant de nombreuses années [127]. Des preuves de plus en plus nombreuses suggèrent que la formation d'anticorps et l'induction d'une mémoire de cellules T résultant d'une infection naturelle répétée par Omicron peuvent

augmenter l'atténuation des infections futures [128,129]. Dans une étude de cohorte récente, les enfants ayant subi une infection antérieure ont montré une protection durable contre la réinfection par le SRASCoV-2 pendant au moins 18 mois [130]. Ces enfants, âgés de 5 à 11 ans, n'ont montré aucune baisse de protection pendant toute la durée de l'étude, tandis que ceux âgés de 12 à 18 ans ont connu une baisse légère mais mesurable de leur protection au fil du temps [130]. Pour ces jeunes générations en particulier, l'immunité naturelle est plus que suffisante et bien sûr beaucoup plus sûre que les inoculations d'ARNm.

Analyses des dommages graves pour l'être humain

Nous allons maintenant passer en revue ce que l'on sait des EI et des EIG rapportés dans les essais d'enregistrement, y compris les données que les organismes de réglementation et les études de surveillance de la sécurité des médicaments ont révélées à la suite de l'autorisation de mise sur le marché. Dès 2014, Sahin et ses collègues ont mis en garde contre les dangers potentiels de la technologie des vaccins à ARNm, en précisant que l'antigène codé devait faire l'objet d'une recherche sur les risques de maladies multiples [131]. Les enquêtes montrent que la principale préoccupation exprimée par les parents concernant l'administration des vaccins Covid-19 à leurs enfants n'est pas l'efficacité du vaccin, mais plutôt les effets indésirables potentiels [132,133]. Dans une enquête menée auprès de parents américains, les inquiétudes concernant la rapidité sans précédent du développement des vaccins à ARNm (et, par voie de conséquence, la rapidité du processus d'autorisation) ont été classées juste avant les inquiétudes concernant les effets secondaires nocifs [133]. Les risques peuvent varier en fonction du nombre et de la fréquence des doses de vaccin Covid-19. Alors que certains auteurs ont observé moins d'EI après l'administration de la seconde dose [134], d'autres ont signalé une incidence accrue [116]. Sultana et *al.* ont rapporté des tendances variables dans les EI après la seconde dose pour les deux produits ARNm, mais avec une fréquence plus élevée d'EI après l'administration de la seconde dose du vaccin Moderna [135].

Les révélations les plus convaincantes concernant les effets indésirables de ces produits proviennent d'une réanalyse complète des données des essais, avec un accent particulier sur les résultats les plus graves, y compris les décès. En appliquant une méthodologie rigoureuse, Fraiman et ses collègues ont mené une enquête approfondie et analysé les ensembles de données intermédiaires des essais Pfizer et Moderna, couvrant environ quatre mois d'observation après le début des essais [50]. Les EIG ont été définis comme des événements ayant entraîné l'une des conséquences suivantes : décès, mise en danger de la vie du patient, hospitalisation ou prolongation d'une hospitalisation, invalidité/incapacité persistante ou importante, anomalie congénitale ou malformation à la naissance, ou événement médicalement significatif d'après le jugement médical. Le risque d'EIG lié au vaccin a été divisé en EIG généraux et en EIG d'intérêt particulier, tels qu'identifiés par les critères de la Collaboration de Brighton adoptés par l'Organisation mondiale de la santé [136].

Pour les essais Pfizer et Moderna combinés, il y a eu environ 125 EIG pour 100 000 vaccinés, ce qui correspond à un EIG pour 800 vaccinés [50]. Étant donné que les essais ont évité les participants les plus fragiles, on peut s'attendre à des proportions encore plus élevées d'EIG dans le déploiement à l'échelle de la population.

Fait remarquable, l'essai Pfizer a révélé un risque d'EIG 36 % plus élevé dans le groupe vacciné que dans le groupe placebo, avec une différence de risque de 18,0 pour 10 000 vaccinés ; rapport de risque 1,36. Ces résultats contrastent fortement avec l'affirmation initiale de la FDA selon laquelle les EIG rapportés par les deux essais pivots étaient « équilibrés entre les groupes de traitement » [15,50]. Cette divergence peut s'expliquer en partie par le fait que la FDA se concentrait uniquement sur les données individuelles des participants, alors que nombre d'entre eux présentaient de multiples EIG. Au lieu d'analyser les individus, Fraiman et *al.* se sont concentrés sur le nombre total d'EIG afin de prendre en compte les événements multiples et simultanés [50]. Lorsque les EIG sont considérés collectivement, les risques dans le groupe vacciné sont nettement plus élevés que ceux précédemment déterminés par la FDA.

Pour leur évaluation du rapport bénéfice/risque, l'équipe de Fraiman a pris en compte l'excès de risque d'EIG dans le groupe vacciné par rapport au risque d'hospitalisation pour Covid-19 dans le groupe placebo [50]. Cette analyse s'est appuyée sur les rapports publiés par les sponsors des fabricants de vaccins et sur les présentations de la FDA. Fait remarquable, selon Fraiman et al, l'essai Pfizer présentait un risque d'EIG quatre fois plus élevé que le risque d'hospitalisation lié à Covid-19 (10,1 EIG contre 2,3 hospitalisations pour 10 000 participants, respectivement), tandis que l'essai Moderna présentait un risque plus de deux fois plus élevé (15,1 EIG contre 6,4 hospitalisations pour 10 000 participants, respectivement) [50]. Ces résultats indiquent un degré beaucoup plus élevé d'effets nocifs liés aux vaccins que ce qui avait été initialement estimé à l'époque de l'EUA. Pour mettre ces résultats en perspective, le taux officiel d'EIG pour d'autres vaccins n'est que de

1 à 2 par million [137]. L'estimation de Fraiman et *al*. basée sur les données de l'essai Pfizer (1,250 EIG par million) dépasse cette référence d'au moins 600 fois.
Les analyses de deux grands systèmes de notification de la sécurité des médicaments aux États-Unis et en Europe ont révélé plus de 7,8 millions d'EI signalés par environ 1,6 million de personnes à la suite de la vaccination par Covid-19 [47]. Par rapport aux personnes âgées de 18 à 64 ans, les groupes plus âgés ont présenté une fréquence plus élevée de décès, d'hospitalisations et de réactions mettant en jeu le pronostic vital, avec des estimations de RR allant de 1,49 à 8,61. Des signaux ont été identifiés pour l'infarctus du myocarde, l'embolie pulmonaire, l'arrêt cardio-respiratoire, l'infarctus cérébral et l'hémorragie cérébrale associés aux deux vaccins ARNm. Ces signaux, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux ischémiques, ont été confirmés par une vaste analyse de disproportionnalité [48]. Dans une analyse risque-bénéfice indépendante, le produit de Pfizer a produit 25 fois plus d'EIG que le nombre de cas graves de Covid-19 évités [51]. Cette inégalité dans le calcul des risques et des bénéfices renforce les conclusions de l'enquête Skidmore, qui a estimé que le nombre total de décès aux États-Unis dus aux vaccinations contre l'ARNm Covid-19 pour la seule année 2021 était de 289 789 [138]. Un médecin et un spécialiste en recherche d'enquête ont aidé à valider l'enquête, et l'échantillon (obtenu par Dynata, la plus grande plateforme de données de première source au monde, basée dans le Connecticut, aux États-Unis) a été jugé représentatif de la population américaine [138].
Enfin, les études d'autopsie ont fourni des preuves supplémentaires de dommages graves. Dans le cadre d'une étude systématique complète avec arbitrage indépendant, 74 % des résultats d'autopsie (240 cas sur 325) ont été jugés comme ayant été causés par les produits à base d'ARNm Covid-19 [139]. Le délai moyen entre l'injection et le décès était de 14,3 jours et, dans la grande majorité des cas, le système cardiovasculaire était le seul organe ayant subi une lésion mortelle. Ces conclusions sont renforcées par celles d'une étude d'autopsie plus récente sur la myocardite induite par les vaccins ARNm (28 décès, tous attribués aux injections) [140], ainsi que par une étude d'autopsie antérieure sur les vaccins ARNm qui n'a pas eu l'avantage d'une évaluation indépendante [141]. Sur la base de multiples études d'autopsie, des pathologistes allemands dirigés par feu Arne Burkhardt ont documenté la présence de protéines S produites par l'ARNm vaccinal dans les parois des vaisseaux sanguins et les tissus cérébraux par coloration immuno-histopathologique [142,143]. Ces résultats contribuent à expliquer le large éventail de toxicités bien documentées induites par le vaccin Covid-19, qui ont un impact sur les systèmes nerveux, gastro-intestinal, hépatique, rénal, hématologique, immunitaire et reproductif [25,144,145]. Les examens *post-mortem* sont essentiels pour identifier les effets secondaires potentiels des inoculations d'ARNm. Cependant, comme les cliniques et les administrations hospitalières ont un intérêt direct dans la distribution des vaccins Covid-19, la pratique administrative courante consistant à décourager les autopsies et à retarder les rapports d'autopsie ne sert qu'à saper l'évaluation complète des risques, à perpétuer les idées fausses du public concernant la sécurité et à affaiblir l'élaboration des politiques de santé publique [145].

Problèmes de contrôle de la qualité et impuretés liées au processus
Étant donné la nouveauté de la technologie de l'ARNm utilisée dans les vaccins contre le SARS-CoV-2, il serait prudent de mettre en place une inspection régulière de la production et une assurance qualité, ainsi que des protocoles de surveillance de la sécurité à long terme, et de réaliser les études de tumorigénicité, de génotoxicité, de neurotoxicité, d'immunotoxicité et de toxicité pour la reproduction qui s'imposent. Le fait qu'aucune étude de sécurité et de toxicité appropriée pour ces produits à base de gènes ou GTP n'ait jamais été réalisée est préoccupant.
Le type de vaccin et la variabilité des lots sont des éléments clés qui pourraient expliquer pourquoi certaines personnes succombent et d'autres non. En raison de l'instabilité inhérente à la technologie de l'ARNm, certains lots peuvent contenir des niveaux extrêmement faibles d'ARNm intact [146]. Certains lots ont été contaminés par de l'ARN double brin (ARNdb), comme l'a montré l'EMA pour les produits Pfizer et Moderna [147,148]. L'ARNdb a un fort potentiel de déclenchement de réactions immuno-inflammatoires telles que la myocardite [149].
Le contrôle de la qualité est au cœur de toute discussion sur la variabilité des lots et les impuretés liées au processus, et pourtant, en termes pratiques, l'évaluation d'un tel contrôle pour des flacons individuels n'est pas réalisable. Dans un article publié en 2021, Yu et al. ont émis l'hypothèse que la variabilité des réactions indésirables pouvait être causée par des différences de qualité entre différents lots ou même différents flacons individuels, en raison de la variabilité des contaminants et de l'historique des manipulations [150]. L'exigence de maintien à des températures extrêmement basses n'est pas toujours pratiqué, et les conséquences d'une mauvaise manipulation (par exemple, rupture de la chaîne du froid) ne sont pas bien caractérisées.

La question de la variabilité des lots est encore compliquée par les récentes découvertes de contamination par l'ADN dans les vaccins ARNm [151]. Dans une analyse de plusieurs flacons des produits bivalents Pfizer et Moderna à ARNm, McKernan et *al*. ont trouvé « des niveaux élevés de contamination par l'ADN dans les vaccins monovalents et bivalents » qui étaient « supérieurs de plusieurs ordres de grandeur à la limite fixée par l'EMA » de 330 nanogrammes d'ADN par milligramme d'ARN [152]. Les impuretés liées au processus de fabrication de l'ADN dépassaient également les limites de sécurité de la FDA (10 ng/dose).
Afin de réfuter cette affirmation, Buckhaults et son équipe de recherche en génomique ont examiné deux lots de flacons d'ARNm de Pfizer et ont confirmé la contamination par le vecteur d'ADN plasmidique qui avait été utilisé comme modèle pour la production du vaccin ARNm [8,153]. Lors d'une audition au Sénat de Caroline du Sud, Buckhaults a déclaré avoir séquencé de manière cohérente des quantités substantielles d'ADN plasmidique, soit 200 milliards de fragments d'ADN par flacon [153].
Une découverte surprenante et potentiellement alarmante a été la présence du promoteur du virus Simien 40 (SV40) dans les échantillons du vaccin Pfizer, qui était notablement absent des échantillons du vaccin Moderna [151]. En octobre 2023, l'agence de réglementation Santé Canada a confirmé la présence de cette séquence génétique dans les échantillons de vaccin ARNm [154]. Le SV40, un virus oncogène à ADN isolé à l'origine en 1960 à partir de vaccins antipoliomyélitiques contaminés, induit des lymphomes, des tumeurs cérébrales et d'autres tumeurs malignes chez les animaux de laboratoire [155].
Des données immunologiques provenant de patients atteints de cancer ont indiqué que leur sérum présentait une prévalence plus élevée d'anticorps contre le SV40 que celui de sujets sains [156]. Une méta-analyse basée sur la mise en commun de diverses données provenant de 1 793 patients atteints de cancer a identifié un excès de risque significatif de SV40 en association avec des tumeurs cérébrales, des cancers des os, des lymphomes non hodgkiniens et des mésothéliomes malins [157]. Il semble toutefois improbable que l'exposition au SV40 entraîne à elle seule des tumeurs malignes chez l'homme, comme le suggère l'absence d'épidémie de cancer après la distribution de vaccins antipoliomyélitiques contaminés par le SV40. Un scénario plus probable est que le SV40 fonctionne comme un cofacteur dans la genèse et la progression des tumeurs, comme l'indiquent les études de laboratoire révélant son potentiel co-carcinogène avec l'amiante, un carcinogène établi [158].
Le promoteur du SV40 a trouvé une utilisation potentielle en tant qu'activateur dans les traitements de thérapie génique basés sur des plasmides d'ADN. Une étude réalisée en 2001 sur l'administration somatique de gènes à des cellules musculaires squelettiques a montré que l'incorporation du promoteur SV40 dans des plasmides d'ADN pouvait multiplier par 20 le niveau d'expression du gène exogène [159]. Selon un éditorial perspicace sur les implications des impuretés liées au processus, l'emballage de fragments d'ADN dans des particules lipidiques augmente la possibilité que les fragments d'ADN s'intègrent dans le génome humain [160].
Bien qu'absent des flacons utilisés lors des essais d'enregistrement, le promoteur SV40 a été identifié dans tous les flacons BioNTech testés, provenant de lots distribués au public. Le 6 décembre 2023, le ministre de la Santé de Floride, Joseph Ladapo, a contacté la FDA et le CDC pour leur poser des questions sur les évaluations de sécurité et la découverte de milliards de fragments d'ADN par dose de produits vaccinaux à ARNm [161,162]. Une semaine plus tard, la FDA a répondu par écrit en citant des études de génotoxicité (qui sont inadéquates pour évaluer le risque d'intégration de l'ADN) et en brouillant la distinction entre le promoteur/enrichisseur SV40 et les protéines SV40, traitant à tort ces éléments comme interchangeables [162].
Étant donné que l'agence n'a jusqu'à présent fourni aucune preuve de la réalisation d'évaluations de l'intégration de l'ADN pour traiter les risques mis en évidence par l'agence elle-même en 2007, Ladapo a demandé l'arrêt complet de l'utilisation de tous les vaccins à ARNm Covid-19 [161,162]. Dans un article du Brownstone Institute, Robert Malone, développeur de vaccins à ARNm, a vivement critiqué le manque de volonté de la FDA d'évaluer les risques potentiels de l'ADN contaminant [163].
Voici la déclaration commune proposée par un groupe consultatif d'experts internationaux parrainé par le Conseil mondial pour la Santé. Il comprenait ce qui suit : « *Il existe de multiples séquences génétiques non déclarées dans les flacons Moderna et Pfizer, la séquence SV40 ne se trouvant que dans les flacons Pfizer. Cependant, des infections latentes au SV40 dans une partie importante de la population pourraient présenter le même risque de SV40 pour les receveurs de Moderna. Même en l'absence d'intégration chromosomique, les plasmides d'ADN pourraient générer de l'ARNm pour la toxine de la protéine S et d'autres protéines nocives pendant des périodes prolongées et imprévisibles. L'intégration d'ADN étranger dans le génome humain perturbe les séquences génétiques naturelles existantes, ce qui entraîne un risque accru de maladie, y compris de cancer* » [164]. En raison de l'absence d'évaluation formelle et transparente par les autorités de réglementation, les experts ont également noté

qu'il est actuellement impossible de donner un consentement éclairé pour ces produits, car leurs risques complets ne sont pas divulgués et ne sont pas entièrement compris.

Comment une contamination aussi dangereuse et à grande échelle a-t-elle pu échapper à l'attention des responsables de la santé publique, et les fabricants étaient-ils au courant du problème ? Il est important de noter que les impuretés liées au processus étaient absentes des produits à base d'ARNm Covid-19 utilisés dans les essais d'homologation. Pratiquement toutes les doses utilisées dans ces essais provenaient de « lots cliniques » produits selon ce que l'on appelle le processus 1 [1]. Cependant, en guise de mesure d'urgence post-autorisation pour la distribution mondiale, une méthode beaucoup plus adaptée à la production de masse, connue sous le nom de procédé 2, a été mise au point en utilisant de l'ADN plasmidique bactérien [165]. Les modifications du procédé 2 comprennent des modifications de la matrice d'ADN utilisée pour la transcription de l'ARN, des modifications de la phase de purification et des modifications du processus de fabrication des LNP [165].

Notamment, les lots produits selon le procédé 2 ont montré une intégrité de l'ARNm significativement réduite [146,166]. Selon l'amendement au protocole, chaque lot du produit Pfizer fabriqué selon le procédé 2 a été administré à environ 250 participants âgés de 16 à 55 ans, et des analyses comparatives ultérieures de l'immunogénicité et de l'innocuité ont été effectuées sur 250 personnes choisies au hasard pour recevoir les lots du procédé 1 [165]. À ce jour, il n'existe aucune analyse publique comparant la sécurité et la réactogénicité des lots des procédés 1 et 2.

L'impact biologique potentiel du remplacement de toutes les uridines de la molécule d'ARN par de la N1-méthylpseudouridine est une autre préoccupation importante. Cette stratégie est considérée comme un moyen utile d'améliorer l'expression des protéines dans le cadre des thérapies à base d'ARNm [167]. Cette innovation a également été considérée comme une percée, car le vaccin ARNm CureVac (CureVac N.V., Tübingen, Allemagne), dépourvu de cette innovation, était moins efficace que les formulations de Pfizer et de Moderna [168]. Le gain d'efficacité est probablement dû au fait qu'une telle altération retarde le processus de dégradation et prolonge ainsi la durée de vie de l'ARNm. Bien que la N1-méthylpseudouridine soit une molécule naturelle, elle n'est normalement présente comme substitut de l'uridine que dans un faible pourcentage des uridines d'une séquence. Il reste à déterminer quel effet l'introduction massive de N1-méthylpseudouridine dans la cellule pourrait avoir sur sa propre synthèse de nouvelles molécules d'ARNm [169].

Mulroney et *al*. ont fait une découverte remarquable en observant que les vaccins ARNm induisaient chez les souris des anticorps dirigés contre des protéines qui pouvaient être synthétisées à partir du code ARNm s'il était décalé d'un nucléotide. Ce phénomène n'a pas été observé dans les cellules attaquées par la seule protéine S ou chez les souris vaccinées avec le vaccin Astra-Zeneca (AstraZeneca plc, Cambridge, Royaume-Uni), qui est un vaccin à base d'ADN [170]. Ils ont suggéré que c'était la N1-méthylpseduouridylation qui était à l'origine du décalage de trame. De telles protéines non intentionnelles, hors cible, ont, selon les termes de Mulroney et al, « un énorme potentiel de nocivité », en partie en raison d'une homologie potentielle avec des protéines humaines qui pourraient, à leur tour, induire des maladies auto-immunes [170-172]. Sur la base d'une recherche du code MedDRA « Trouble auto-immun » dans le système VAERS (Vaccine Adverse Events Reporting System), on a constaté une augmentation de 803 % des troubles auto-immuns par million de doses administrées en comparant l'administration des vaccins antigrippaux de 2018 à 2020 avec les vaccinations Covid-19 de 2021 à 2023 (Figure *5*) [173]. Il s'agit là d'un immense signal de sécurité. Ces questions et préoccupations fondamentales concernant la technologie auraient dû être abordées avant que les produits ne soient administrés à des centaines de millions de personnes [174].

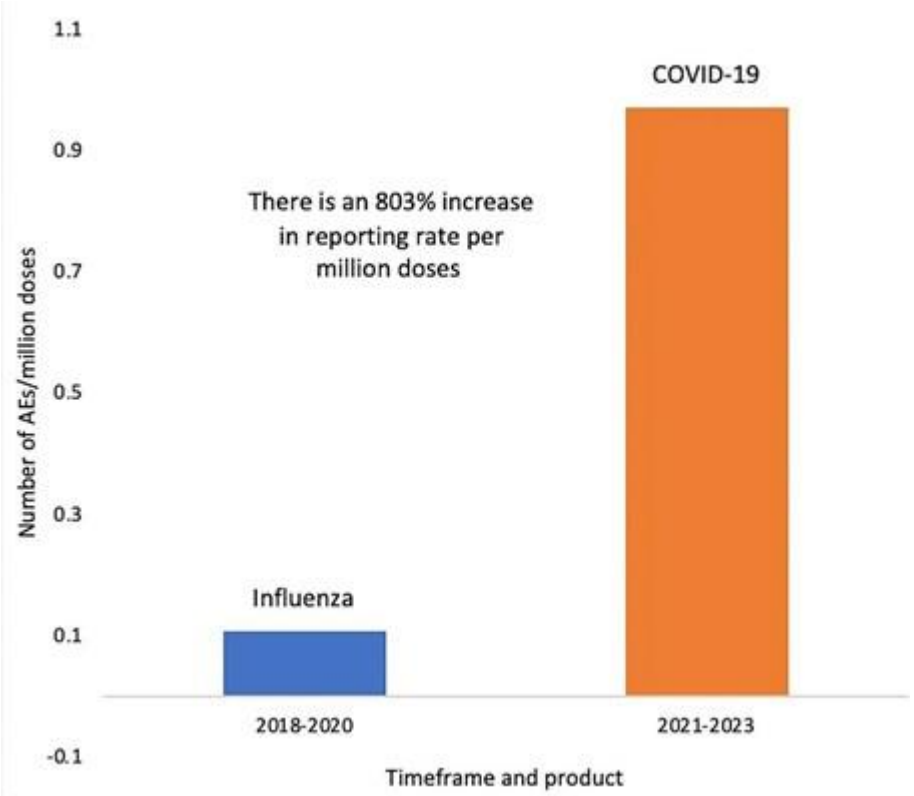


FIGURE 5 : Rapports VAERS de maladies auto-immunes par million de doses d'ARNm Covid-19 (2021-2023) par rapport aux vaccinations antigrippales (2018-2020)

D'après une requête VAERS (https://vaers.hhs.gov/) utilisant le code MedDRA « Trouble auto-immun », il y a eu une augmentation de 803% du taux de notification par million de doses administrées en comparant les vaccins antigrippaux administrés de 2018 à 2020 aux injections d'ARNm Covid-19 administrées de 2021 à 2023. Notamment, les déclarations excluent les personnes ayant des antécédents de troubles auto-immuns.

Mécanismes sous-jacents aux effets indésirables

Une discussion complète des mécanismes biologiques susceptibles d'expliquer les divers effets indésirables des vaccins Covid-19 dépasse le cadre du présent document. Nous renvoyons donc les lecteurs à ces articles [26,175-181]. Les mécanismes de mimétisme moléculaire, de réactivité croisée des antigènes, d'amorçage pathogène, de réactivation virale, d'épuisement immunitaire et d'autres facteurs liés au dysfonctionnement immunitaire renforcent tous la plausibilité biologique de la pathogenèse des maladies malignes et auto-immunes induite par les vaccins [26, 182-185]. Le SARS-CoV-2 et les vaccins ARNm peuvent déclencher un dysfonctionnement immunitaire ainsi qu'une série d'effets physiopathologiques, notamment une inflammation chronique, une thrombo-genèse, une dysrégulation liée aux prions et des lésions tissulaires liées à l'endothélite [180].

Les vaccins ARNm offrent des mécanismes uniques d'activation immunitaire qui sont tout à fait distincts de la réponse à une infection virale. Ces mécanismes contribuent à expliquer le profil d'EI de ces produits à base de gènes. La protéine S elle-même est sans doute la protéine la plus toxique produite par le virus [180]. La distribution des LNP [véhicule protecteur de nanoparticules lipidiques] chargées d'ARNm dans un large éventail de tissus facilite l'expression des protéines S sur les surfaces cellulaires de plusieurs types de cellules [186]. Cela rend les tissus cibles sensibles à l'attaque des lymphocytes T et à la destruction qui s'ensuit [109-111]. Les tissus tels que le muscle cardiaque et les tissus neuronaux sont particulièrement vulnérables [80,144], tous deux caractérisés par une capacité de réparation et de régénération limitée. En outre, les tissus vasculaires sont largement ciblés et attaqués dans l'ensemble de l'organisme [180].

D'autres composants des vaccins contribuent à des EI complexes, mal compris et imprévisibles. Ces composants comprennent les nanoparticules lipidiques, en particulier les lipides cationiques ionisables, le polyéthylène glycol (PEG) et diverses impuretés liées au processus, telles que les plasmides ADN (abordés dans la section précédente) récemment détectés par des chercheurs indépendants [151,186]. Les lipides cationiques ionisables sont connus pour être toxiques, induisant des cascades pro-apoptotiques et

proinflammatoires [187]. Pourtant, ils sont un composant essentiel des vaccins, soutenant la synthèse plus prolifique de l'abondante protéine S à partir de l'ARNm.

Il y a plus de trente ans, les chercheurs étaient conscients du potentiel inhabituel des nanoparticules synthétiques de lipides cationiques à former des agrégats amphotères, à rompre la membrane cellulaire, à induire une réponse inflammatoire et à supprimer la fonction immunitaire (188). En fait, il y a un intérêt croissant pour une nouvelle théorie émergente de la fonction immunitaire qui peut expliquer l'activation immunitaire en l'absence d'infection manifeste. Les recherches séminales de Matzinger et de son équipe de recherche en immunogénétique à l'Institut national américain des allergies et des maladies infectieuses ont ouvert la voie au concept selon lequel les réponses immunitaires sont principalement motivées par le besoin de se défendre contre ce qui est dangereux plutôt que contre ce qui est étranger [189].

Le PEG, l'un des principaux adjuvants des vaccins à ARNm Covid-19, est considéré comme un facteur majeur du choc anaphylactique induit par le vaccin, un EIG potentiel immédiat bien établi chez les personnes sensibles [190]. La conjugaison du PEG aux nanoparticules augmente leur immunogénicité, provoquant l'activation du complément et une réaction aiguë subséquente mettant en jeu le pronostic vital [191]. En outre, la combinaison du PEG avec la protéine S générée par le vaccin peut contribuer aux troubles hypophysaires d'apparition soudaine (apoplexie hypophysaire, avec transition vers une hypophysite aiguë) survenant dans la semaine suivant la vaccination par Covid-19 [192,193]. Taieb et ses collègues postulent que ces composants vaccinaux pourraient déclencher une réponse inflammatoire systémique et des problèmes circulatoires associés au purpura thrombo-cytopénique thrombotique induite par le vaccin (PTT), entraînant une hémorragie ou un infarctus de l'hypophyse [192]. Comme les symptômes de l'apoplexie hypophysaire comprennent des maux de tête, des vertiges, de la fièvre et des myalgies (tous les effets indésirables courants des vaccins), les auteurs soupçonnent que le taux réel de troubles hypophysaires post-vaccinaux est beaucoup plus élevé que ce qui a été généralement enregistré. Dans une étude réalisée à Taiwan, le taux de vertiges/étourdissements post-vaccinaux s'est avéré nettement plus élevé chez les personnes ayant reçu le vaccin de Moderna que celui de Pfizer, le délai médian d'apparition des vertiges/étourdissements étant respectivement de 12 jours et de 6 jours [194].

Une littérature abondante et croissante décrit les effets toxiques remarquables de la protéine S. Sa persistance jusqu'à 30 jours après la vaccination est très préoccupante [195]. La protéine S provoque une réponse inflammatoire aiguë par l'activation de la voie de signalisation NF-κB [196]. Il a été démontré qu'elle induit la sénescence des cellules endothéliales, ce qui contribue probablement aux divers effets indésirables liés aux vaisseaux [197]. Son potentiel amyloïdogène, qui pourrait jouer un rôle important dans le large éventail de symptômes neurologiques, est très préoccupant [198].

Après la vaccination par l'ARNm Covid-19, en particulier chez les jeunes adultes, de nombreuses études ont mis en évidence des risques accrus de myocardite et d'arythmie cardiaque, conduisant dans certains cas à une mort subite [57,60,140,149,199- 202]. La protéine S persiste dans la circulation chez les jeunes adultes qui ont développé une myocardite après la vaccination, mais pas chez les personnes vaccinées qui n'ont pas développé de myocardite [202]. L'ARNm du vaccin a été isolé dans le cœur humain à l'autopsie jusqu'à 30 jours [195]. La cardiotoxicité directe des vaccins ARNm Pfizer et Moderna sur les cardiomyocytes de rat a été documentée 48 heures après l'injection [80]. Des protéines S et une inflammation active ont été observées à la biopsie chez de jeunes individus hospitalisés pour une myocardite due au vaccin Covid-19 [203]. Cadegiani a proposé qu'une poussée d'adrénaline soit un facteur précipitant majeur dans le déclenchement d'un arrêt cardiaque chez les jeunes qui souffrent d'un arrêt cardiaque dans le cadre d'une myocardite clinique ou subclinique [204]. Un autre mécanisme cardiotoxique peut impliquer la régulation à la baisse de l'expression du récepteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ECA2) à la suite de sa liaison à la protéine S. Cela peut conduire à une expression dérégulée des récepteurs de l'ECA2, à l'augmentation des niveaux d'angiotensine-2, à l'inflammation et, finalement, à l'apoptose [201]. L'angiotensine-2 élevée provoque une inflammation et un stress oxydatif, qui sont des facteurs majeurs contribuant à l a progression de la cardiomyopathie [205].

La suppression immunitaire générique apparaissant après des injections de rappel répétées pose un autre problème majeur. L'épuisement des lymphocytes T désigne un état immunologique dans lequel les lymphocytes T CD8+ présentent une perte progressive de production de cytokines et de potentiel cytotoxique [206]. Un tel dysfonctionnement est connu dans des conditions telles que les infections chroniques, le cancer et les maladies auto-immunes [207,208]. Après trois et quatre doses du vaccin ARNm Covid-19, les chercheurs ont observé une diminution de la réponse des lymphocytes T contre la protéine S, associée à un changement de classe vers les IgG4 [209]. Non seulement les IgG4 ne protègent pas contre l'infection, mais elles bloquent activement les autres IgG pour supprimer leur action, ce qui entraîne une immunosuppression [210]. Notamment, une réponse réduite des lymphocytes T contre le SARS-CoV-2 a été

observée un mois après l'administration des troisième et quatrième doses [211]. Un tel épuisement des lymphocytes T à la suite de multiples inoculations d'ARNm Covid-19 pourrait contribuer à expliquer les résultats d'études montrant une augmentation des taux de Covid-19 avec une fréquence accrue de rappels [99,100].

Loacker et *al*. ont démontré une augmentation significative de l'expression du ligand 1 de la mort programmée (PD-L1)[3] à la surface des cellules immunitaires, mesurée deux jours après la deuxième injection d'ARNm [212]. La liaison de PD-L1 à PD-1 présent sur les cellules cancéreuses limite la capacité des lymphocytes T à éliminer les cellules cancéreuses, facilitant ainsi l'évasion immunitaire de la tumeur [213]. Des niveaux élevés de PD-L1 sur les cellules immunitaires peuvent prédisposer les patients cancéreux à des résultats défavorables, et les traitements qui ciblent la suppression de PD-L1 (blocage anti-PD1) sont de plus en plus considérés comme des options thérapeutiques viables [214]. La progression rapide de divers lymphomes a été liée aux vaccinations contre l'ARNm Covid-19 [215-218], et le niveau élevé de PD-L1 pourrait jouer un rôle dans ce contexte.

D'autres facteurs liés au potentiel oncogène et à l'hyper-progression tumorale des vaccins Covid-19 ont fait l'objet de recherches intensives. Une étude récente d'Angues et Bustos explore la capacité hypothétique des vaccins Covid-19 à activer des mécanismes biologiques susceptibles de créer collectivement un micro-environnement propice à la progression du cancer, soit en accélérant la maladie macroscopique existante, soit en réveillant des micro-métastases dormantes [219]. Ces mécanismes sont principalement liés à l'activité pro-inflammatoire de la protéine S et des LNP, les perturbations de la capacité de l'organisme à générer de l'interféron de type I et les perturbations de la régulation des micro-ARN cellulaires causées par la structure altérée de l'ARNm dans les vaccins [219]. En outre, les vaccins à ARNm Covid-19 provoquent des concentrations élevées d'interleukine-17 (IL-17) et une régulation à la hausse des Th17, perturbant ainsi l'immunité Th1-Th2, aggravant l'état inflammatoire chronique des patients cancéreux et amplifiant encore la croissance et la progression des tumeurs [220-222].

Base immunologique de l'inefficacité du vaccin

L'objectif biomédical de la vaccination par l'ARNm Covid-19 est essentiellement double : (1) renforcer les défenses immunitaires de l'organisme contre l'infection par le SRAS-CoV-2 et (2) réduire le risque de maladie grave et ses conséquences. Après injection intramusculaire du produit ARNm, l'ARNm codant pour la protéine S est délivré via les LNP aux cellules humaines qui génèrent des protéines S et/ou des antigènes apparentés qui ressemblent à ceux présents à la surface du coronavirus [25]. Ces antigènes stimulent alors la production de cellules T et B mémoires, ces dernières produisant ensuite des anticorps qui se lient à des épitopes spécifiques du virus. Par conséquent, si une personne vaccinée rencontre le SRAS-CoV-2, son système immunitaire mettra en place une réponse immunitaire adaptative robuste à court terme, réduisant théoriquement la gravité de l'infection. Cette réduction des symptômes du Covid-19 représente le bénéfice clinique escompté de ces produits biologiques.

L'explication ci-dessus évoque toutefois une déconnexion immunologique entre les effets systémiques de la vaccination Covid-19 et la protection naturellement assurée par l'immunité de la muqueuse pulmonaire. Le SRAS-CoV-2 est avant tout un virus aéroporté qui pénètre dans le corps humain par les voies respiratoires supérieures. Ainsi, la première rencontre du système immunitaire avec l'agent pathogène se produit généralement dans les voies nasales et les amygdales, provoquant la production d'anticorps IgA sécrétoires dans la salive, le liquide nasal, les larmes et d'autres sécrétions dans les quatre jours suivant l'exposition initiale [223]. Le virus est alors confiné avec succès dans les voies respiratoires supérieures, ce qui entraîne une infection asymptomatique ou des symptômes bénins tels qu'une toux ou un éternuement [223]. La combinaison d'IgA sécrétoires et de cellules T résidentes activées dans les muqueuses peut stopper complètement l'infection, plutôt que de la limiter et d'atténuer les symptômes de la maladie [224]. En outre, d'après des études sur le SARS-CoV (prédécesseur présumé du SARS-CoV-2), l'immunité cellulaire qui accompagne l'infection respiratoire initiale peut persister jusqu'à 17 ans, même en l'absence d'une composante humorale détectable [225]. Dans une recherche impliquant des participants humains qui ont consenti à être exposés au virus de la grippe H1N1, les IgA muqueuses préexistantes ont fourni une meilleure protection contre la maladie grave que les IgG systémiques [226], ce qui suggère que des titres élevés d'IgG en circulation pourraient ne pas être en corrélation avec une protection solide. La muqueuse pulmonaire produit un ensemble de facteurs immunitaires innés (par exemple, le complément, les protéases, la

[3] PD-LI : PD-1 (PD-1 pour *Programmed cell Death protein 1*) est une protéine présente à la surface des cellules immunitaires, les lymphocytes T, et est une composante du point de contrôle immunitaire PD-1/PD-L1. (note de MN)

lactoferrine et les peptides antimicrobiens) qui agissent en synchronisation avec les anticorps sécrétoires (sIgA et sIgM) pour limiter l'entrée des microbes et des particules étrangères (227). Au cours de l'infection, les neutrophiles sont les principaux acteurs de la réponse, libérant de l'IL-8 et de l'élastase pour favoriser le recrutement de cellules tueuses naturelles, de monocytes et d'éosinophiles dans la circulation [227].
Dans ce contexte immunologique, on peut raisonnablement supposer que l'immunité naturelle des muqueuses contre le SRAS-CoV-2 et d'autres virus respiratoires peut typiquement conduire à une protection plus complète et plus durable que les réponses immunitaires systémiques provoquées par les vaccins Covid-19. Alors que l'infection par le SRAS-CoV-2 induit des réponses immunitaires à la fois muqueuses et systémiques, les vaccins ARNm Covid-19, tels qu'ils sont actuellement administrés, sont inefficaces pour ce qui est d'induire une immunité muqueuse [227,228]. Les avantages présumés de l'immunité induite par le vaccin sont en outre contrebalancés par les risques d'EIG évoqués précédemment. On ne saurait trop insister sur le fait que ces risques concernent l'ensemble de la population, dont la grande majorité a la capacité d'éliminer le SRAS-CoV-2 sans souffrir d'une morbidité grave ou d'un décès prématuré.
Lorsque les autorités fédérales [US] ont déclaré que les vaccins à ARNm Covid-19 étaient « sûrs et efficaces », elles ont souvent ajouté que les produits étaient « efficaces à 95 % contre l'infection ». Néanmoins, des études ultérieures ont montré que tout bénéfice protecteur était de courte durée, l'immunité disparaissant après quelques mois seulement [229,230]. Cette perte d'efficacité s'accentue avec les rappels successifs [231]. Ce phénomène s'explique logiquement. Tout d'abord, en raison de l'évolution virale, les variants du SRAS-CoV-2 mutent constamment, et de nombreuses mutations se sont produites dans la protéine S, la cible prévue pour les anticorps neutralisants. Ces mutations, principalement concentrées à proximité du domaine de liaison au récepteur (RBD), créent des opportunités constantes pour la génération de nouveaux variants d'échappement (c'est-à-dire ceux qui échappent aux anticorps neutralisants), permettant ainsi l'évasion immunitaire lors des vaccinations ultérieures. Deuxièmement, la confrontation avec de nouveaux antigènes sur des variants d'échappement est associée au « péché antigénique originel », c'est-à-dire à la production d'anticorps à réaction croisée qui peuvent ne pas être efficaces contre le nouvel antigène ou le nouveau pathogène en raison d'une exposition antérieure à des souches prédécesseurs [232,233].
Bien que la neutralisation croisée soit un événement rare, la réactivité croisée dans la liaison des anticorps à la protéine S est fréquente dans le contexte de l'infection par le SRAS-CoV-2 [234]. En outre, d'autres recherches indiquent un certain degré de réactivité croisée entre les coronavirus saisonniers et le SARS-CoV2 [235].
Lorsque le système immunitaire s'habitue à des variants préexistants du SRAS-CoV-2, la réponse des anticorps aux variants actuels et dominants se réduit progressivement. Ce phénomène d'imprégnation a été démontré à la fois pour l'infection naturelle et pour la vaccination par Covid-19 [236]. Une étude pilote réalisée en 2021 a révélé une forte augmentation des réponses humorales chez les personnes naïves au SRAS-CoV-2 après chaque dose de BNT162b2, alors que les personnes précédemment infectées présentaient de fortes réponses humorales à la première dose de l'injection d'ARNm, mais des réponses atténuées à la deuxième dose [237]. L'empreinte immunitaire a également été identifiée comme le facteur sous-jacent contribuant à la diminution imprévue de l'efficacité du vaccin bivalent Covid-19 car « le système immunitaire des personnes vaccinées avec le vaccin bivalent, qui avaient toutes été vaccinées auparavant, a été préparé à réagir à la souche ancestrale du SRAS-CoV-2 » [238].

Une partie au moins de la base immunologique de l'échec du vaccin Covid-19 peut être résumée comme suit. La protéine S du SRAS-CoV-2 se lie au récepteur ACE2, ce qui crée un scénario dans lequel une forte pression immunitaire sélective incite le gène S à muter et à développer des mécanismes d'échappement viral. Étant donné que la majorité des vaccins contre le SRAS-CoV-2 sont conçus à partir de la séquence de la protéine S de la souche initiale de Wuhan, ces mutants d'échappement peuvent effectivement échapper aux réponses immunitaires déclenchées par ces vaccins. Cela réduit l'efficacité de toutes les injections ultérieures de produits ARNm utilisant la séquence originale de la protéine S [236,239,240]. Les inoculations périodiques d'ARNm Covid-19 peuvent avoir un impact négatif sur l'écologie virale et encourager l'émergence continue de variants échappant au système immunitaire (c'est-à-dire des variants échappant à la pression sélective par mutation) qui finissent par rendre les vaccins inefficaces. De tels rendements décroissants ont été observés dans les études de la Cleveland Clinic évoquées plus haut dans le présent document [99,100]. En outre, les rappels continus sont susceptibles de provoquer un dysfonctionnement immunitaire, diminuant ainsi la protection antivirale et microbienne tout en favorisant les maladies auto-immunes et l'accélération de la progression du cancer.

Étant donné les changements génétiques en cours dans le SRAS-CoV-2, dus à la fois à l'évolution virale naturelle et à la pression sélective sur le système immunitaire induite par la vaccination, il est probable que des vaccinations fréquentes contre l'ARNm Covid-19 devront être administrées dans les années à venir pour lutter contre les nouveaux variants dominants. Cependant, l'empreinte immunitaire mentionnée ci-dessus pourrait limiter la capacité à obtenir une protection solide et pourrait potentiellement faciliter la transmission virale même avec une vaccination à l'échelle de la population [239]. L'évasion immunitaire par de variants nouveaux ou émergents du SARS-CoV-2 chez les personnes vaccinées contre les anciens variants se poursuivra indéfiniment, en raison de la réactivité croisée des anticorps et de l'imprégnation immunitaire.
De manière quelque peu ironique, la capacité des vaccins à ARNm à perpétuer l'émergence de nouvelles variantes tend également à donner l'impression au grand public qu'une nouvelle série de rappels est nécessaire. Ceci, à son tour, met en place un cycle sans fin de variant d'évasion au vaccin, une boucle de rétroaction par laquelle les mesures prises pour résoudre le problème (plus de vaccinations) contribuent par inadvertance à l'inefficacité continue. Les mutations de la protéine S du virus offrent une résistance aux réponses des anticorps, et ce processus de sélection sous-tend le phénomène plus large de l'émergence de nouveaux variants dominants [241-243]. Les inoculations massives d'ARNm entraînent la sélection naturelle de variants hautement infectieux du SARS-CoV-2 qui échappent à l'immunité induite par la vaccination, ce qui conduit à une augmentation spectaculaire de la prévalence de ces variants [108].
En résumé, l'émergence à grande échelle de variants dominants est une réponse adaptative à la pression de sélection exercée par la campagne de vaccination de masse, une réponse encore renforcée chez les personnes immunodéprimées [244]. Il est important de noter que les mutants échappant à l'immunité se développent principalement chez les personnes vaccinées, et non chez les personnes non vaccinées [245,246][241,242]. Les mécanismes qui sous-tendent le dysfonctionnement immunitaire induit par les vaccins (voir la section précédente) contribuent encore davantage à l'inefficacité. Les principaux facteurs impliqués dans l'inefficacité du vaccin à ARNm Covid-19 sont résumés dans la figure 6 [247].

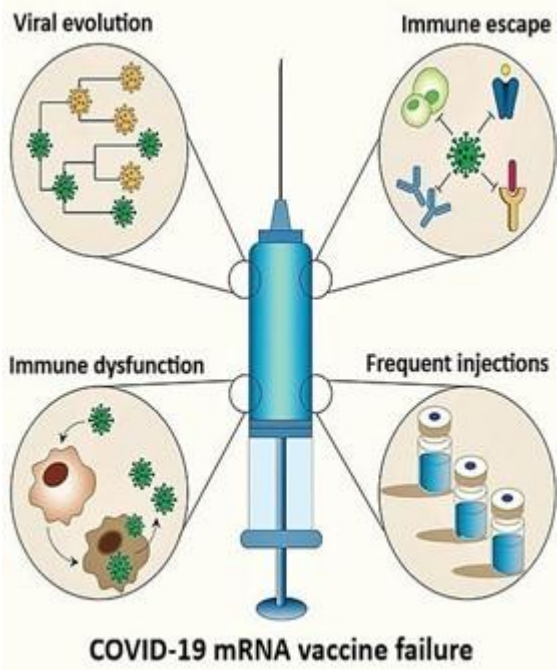


FIGURE 6 : Facteurs contribuant à l'inefficacité du vaccin à ARNm Covid-19

Les vaccins Covid-19 peuvent perdre de leur efficacité en partie en induisant des mutations du SARS-CoV-2 qui conduisent à de nouveaux variants d'échappement immunitaire, ce qui limite en fin de compte la protection vaccinale contre les infections ultérieures par le coronavirus. Des injections périodiques d'ARNm Covid-19 pourraient déclencher une série de mécanismes associés à un dysfonctionnement immunitaire (principalement dû à une subversion de l'immunité innée), entraînant un risque accru de cancers, d'infections et de troubles auto-immuns.

Discussion

Dans cette analyse, nous examinons d'autres récits fondés sur une évaluation directe des données disponibles et des études publiées. Ce faisant, notre intention est de favoriser la transparence, la confiance et la prise de décision éclairée, en veillant à ce que les questions légitimes du public concernant la sécurité du vaccin Covid-

19 soient prises en compte. Cette approche contribue non seulement au discours actuel sur la sécurité, mais ouvre également la voie à l'amélioration des stratégies de santé publique à l'avenir. Les implications éthiques de notre enquête concernent les inégalités épidémiologiques : alors que le Covid-19 a principalement touché les immunodéprimés, les personnes âgées et les personnes souffrant de multiples comorbidités, les vaccinations Covid-19 peuvent avoir un impact négatif sur des personnes de tous âges, non seulement sur les personnes âgées fragiles (le sous-groupe le plus vulnérable), mais aussi sur les personnes jeunes et relativement saines, dont la plupart ont un risque quasi nul de conséquences graves dues au Covid-19 [40]. Lorsque nous examinons la probabilité d'effets secondaires plus fréquents résultant d'interactions entre la vaccination par l'ARNm anti-Covid-19 et les infections ultérieures par le SRAS-CoV-2, il est important de garder à l'esprit que les infections du sous-variant Omicron qui ont été dominantes depuis le début de l'année 2022 suivent une évolution bénigne et sont invariablement non létales [248]. En outre, alors que les infections sont par nature involontaires et accidentelles, les injections d'ARNm sont un choix dont les répercussions peuvent être mortelles.

Le rôle essentiel des essais cliniques randomisés contre placebo dans l'évaluation de l'efficacité des vaccins et d'autres interventions est reconnu depuis longtemps par les communautés médicales et de santé publique. La valeur des essais contrôlés bien conçus a été soulignée dans un rapport du groupe d'experts ad hoc de l'OMS sur les prochaines étapes de l'évaluation du vaccin Covid-19, publié en janvier 2021 [249]. Garantir la crédibilité des résultats observés, en particulier dans le contexte de nouveaux médicaments expérimentaux tels que les produits ARN modifié-LNP, implique un processus méticuleux d'affectation aléatoire des sujets répondant à divers critères au groupe traitement ou placebo.

La randomisation permet non seulement d'établir une base de comparaison, mais aussi d'attribuer plus facilement toute différence de résultats à l'intervention elle-même. Le contrôle par placebo minimise les risques de conclusions erronées sur les effets de l'intervention. Bien qu'elles soient des outils précieux pour détecter les signaux de sécurité, les bases de données nationales de surveillance de la santé telles que VAERS et Yellow Card ne répondent pas aux normes rigoureuses établies par les essais contrôlés, ce qui souligne la nécessité de cette approche pour l'évaluation des interventions médicales et de santé publique.

Rétrospectivement, la révélation la plus inquiétante des essais d'homologation qui ont conduit à l'EUA n'était pas la surestimation apparente de l'efficacité à 95 %, mais plutôt l'indication dans ces essais que les vaccins comportaient un risque significatif d'effets secondaires graves et de décès prématuré, même parmi un groupe de participants relativement sains. Sur la base des résultats élargis de l'essai Pfizer, notre estimation des personnes-années a donné une augmentation de 31 % de la mortalité globale chez les personnes vaccinées, ce qui constitue une tendance claire dans la mauvaise direction. En outre, l'analyse de Fraiman et *al*. a montré un risque significativement plus élevé de 36 % d'effets secondaires graves (y compris des décès et de nombreuses affections potentiellement mortelles) dans le groupe vacciné dans le cadre de l'essai Pfizer [50]. L'analyse de Michels et al. a révélé une multiplication par près de quatre des EIG cardiovasculaires chez les sujets de l'essai Pfizer ayant reçu l'injection de BNT162b2 par rapport au placebo, un fait qui n'a jamais été porté à la connaissance du public au moment de la mise en œuvre du vaccin en décembre 2020 [54].

En dépit de ces graves préoccupations, le produit Moderna a présenté des effets indésirables encore plus fréquents que son homologue de Pfizer [116-120,135]. Les deux produits ARNm ont été associés à des risques accrus d'accident vasculaire cérébral ischémique, d'hémorragie cérébrale, de syndrome coronarien aigu et d'autres affections connues pour réduire l'espérance de vie.

Dans ce contexte et, en particulier, compte tenu de la NNV [nombre de vaccins nécessaires] élevée (~52 000 vaccinations nécessaires pour prévenir un décès dû au Covid-19), le raisonnement qui sous-tend la décision de la FDA de déclarer les vaccins à ARNm anti-Covid-19 « sûrs et efficaces » pour une distribution mondiale après seulement 20 semaines d'observation semble pour le moins douteux. En effet, on aurait pu s'attendre à ce que les vaccins à ARNm anti-Covid-19 soient retirés du marché après la révélation par l'étude Fraiman d'un EIG sur 800. Le vaccin contre la grippe porcine de 1976 a été retiré du marché après avoir été associé au syndrome de Guillain-Barré à un taux d'environ un sur 100 000 [250]. Le vaccin contre le rotavirus Rotashield a été retiré du marché à la suite de rapports faisant état d'une intussusception dans un ou deux cas sur 10 000 vaccinés [251]. Dans le cas des vaccins à ARNm, l'équipe de Fraiman a communiqué ses résultats préliminaires à la FDA et à l'EMA. Les responsables des deux agences ont rencontré l'équipe et lui ont fait part de leurs commentaires, ce qui a permis de réviser l'analyse [50]. Néanmoins, les organismes de réglementation n'ont pris aucune mesure pour avertir le public et restreindre l'accès aux injections.

Dans le même ordre d'idées, l'analyse médico-légale de Michels et al. a mis en évidence de graves lacunes dans les méthodes utilisées par la FDA, le CDC et le NIH pour le développement et l'évaluation de la sécurité et de l'efficacité des nouveaux produits pharmaceutiques [54]. Les auteurs ont conclu que « la décision d'approuver le vaccin à ARNm BNT162b2 par la FDA américaine et d'autres organismes de réglementation

internationaux n'était pas une décision éclairée fondée sur une évaluation impartiale, approfondie et transparente des preuves destinées à démontrer que ce vaccin répondait aux critères d'un moyen « sûr et efficace » de lutte contre la pandémie de Covid-19 » [54]. Pfizer avait la responsabilité éthique de divulguer de manière proactive toute nouvelle information susceptible d'influer sur le processus décisionnel de la FDA. Le fait qu'elle ne l'ait pas fait a été factuellement trompeur. Inversement, il est raisonnable de penser que tous les participants à la réunion du VRBPAC auraient dû savoir que les données de mortalité de l'essai du 14 novembre 2020 étaient devenues obsolètes. Fait remarquable, aucun membre du VRBPAC ne s'est enquis des mises à jour concernant les EI survenues entre la date d'arrêt des données de l'EUA (14 novembre 2020) et la date de la réunion (10 décembre 2020) [54].

Selon un document confidentiel de 393 pages demandé par l'EMA et publié en août 2022 [114], Pfizer avait alors documenté environ 1,6 million d'EI couvrant presque tous les systèmes organiques [114, 252,253]. Un tiers des EI ont été classés comme graves. Parmi les nombreuses découvertes, on compte 3 711 tumeurs, 264 catégories de troubles vasculaires (73 542 cas au total), plus de 100 000 troubles sanguins et lymphatiques, 127 000 troubles cardiaques (dont 270 catégories de lésions cardiaques en plus de la myocardite et de la péricardite), 77 000 troubles psychiatriques (dont les psychoses, la dépression, le suicide et les comportements suicidaires) et des centaines de catégories de troubles neurologiques (696 508 cas au total), dont beaucoup sont considérés comme très rares, ce qui indique clairement qu'il existe des risques graves. Ces estimations offrent un contraste frappant avec le document officiel de la FDA intitulé « Summary Basis for Regulatory Action » daté du 8 novembre 2021, dans lequel le comité d'examen a voté l'approbation du produit Pfizer-BioNTech [56]. Toute la section « Risk-Benefit Assessment » du rapport consiste en une seule phrase : « Compte tenu des données soumises pour étayer l'innocuité et l'efficacité de COMIRNATY qui ont été présentées et discutées dans ce document, ainsi que de la gravité de Covid-19, le comité de révision est d'accord pour dire que le rapport risques/bénéfices de COMIRNATY est favorable et soutient l'approbation de l'utilisation chez les personnes âgées de 16 ans et plus » [56].

Les analyses internationales de la surmortalité indiquent que les vaccinations Covid-19 pourraient avoir eu de graves conséquences à grande échelle. Dans une étude minutieuse des vaccinations de masse dans toute l'Europe en 2021-2022, Aarstad et Kvitastein ont analysé l'interaction potentielle entre la couverture vaccinale Covid-19 en 2021 dans toute l'Europe et la surmortalité mensuelle subséquente jusqu'en 2022 [254]. À l'aide d'un ensemble de données bien sélectionnées englobant 31 pays, les auteurs ont appliqué des analyses pondérées en fonction de la population et ont constaté ce qui suit : (a) les augmentations de la mortalité toutes-causes au cours de la période initiale de neuf mois de 2022 étaient positivement corrélées avec les augmentations de la distribution de la vaccination en 2021 ; et (b) chaque point de pourcentage d'augmentation de la couverture vaccinale en 2021 était associé à une augmentation de 0,105% (95%CI 0,075-0,134) de la mortalité mensuelle au cours de l'année 2022. Une analyse écologique approfondie et multi-pays réalisée par Rancourt et ses collègues a permis d'estimer que la vaccination contre le virus de la Covid-19 entraînait 17 millions de décès en excès, avec un taux mondial de létalité par dose vaccinale (vDFR) d'environ 0,1 % [251]. Le rapport de 180 pages de Rancourt a montré que l'introduction du vaccin Covid-19 a été suivie de manière synchronisée par des pics de mortalité toutes causes confondues dans de nombreux pays [255,256].

Alors que la plupart des vaccinés présentent un risque extrêmement faible d'hospitalisation et de décès, ils sont confrontés à un risque relativement élevé d'EIG (un EIG pour 800 injections) après la vaccination par l'ARNm Covid-19 [50]. Cette dichotomie inquiétante est plus prononcée dans le contexte des programmes de vaccination des enfants, bien qu'en fait tous les âges inférieurs à 40 ans présentent des IFR proches de zéro. Pezzullo et *al.* ont calculé des IFR médians de 0,0003 % pour les 0-19 ans, de 0,002 % pour les 20-29 ans et de 0,011 % pour les 30-39 ans [40]. Comme indiqué précédemment, les taux de mortalité chez les enfants ont été extrêmement faibles, même dans les pays ayant connu une surmortalité pendant la pandémie [43], et le fait d'autoriser les enfants à aller librement à l'école, comme cela a été le cas en Suède, n'a entraîné aucun décès dû à la Covid-19 dans ce groupe d'âge plus jeune [44]. Compte tenu de ce risque très faible pour les enfants, nous devons rejeter la politique consistant à administrer un vaccin expérimental à ces groupes d'âge. Contre le sous-variant Omicron (alors dominant), BA.5, les vaccins bivalents à ARNm n'ont été testés que sur huit souris, jamais sur l'homme [257]. Suite à cette autorisation, le célèbre vaccinologue Paul Offit, membre du VRBPAC, a écrit : « Nous devrions cesser d'essayer de prévenir toutes les infections symptomatiques chez les jeunes gens en bonne santé en leur administrant des vaccins contenant de l'ARNm provenant de souches qui pourraient disparaître quelques mois plus tard » [237]. D'après les meilleures données disponibles, les risques potentiels de ces inoculations d'ARNm ont toujours été supérieurs aux avantages pour les jeunes générations [258,259]. La prise en compte d'un calcul dommage/récompense pèse lourdement sur des facteurs tels que les lymphomes [215-218] et de lésions cardiaques [57-63] dans ces

groupes d'âge plus jeunes. En ce qui concerne les risques cardiaques, des études prospectives avec des évaluations minutieuses des lésions myocardiques potentielles ont montré que le risque de myocardite chez les jeunes personnes ambulatoires est d'environ 2,5 % (2 500 pour 100 000 receveurs) pour le Pfizer ou le Moderna après la deuxième ou la troisième injection [260,261]. Le risque de myocardite de 2,2 % chez les adolescents après l'injection de l'ARNm est environ 37 fois supérieur au risque associé à l'infection par le SRAS-CoV-2 (0,06 %) dans ce même groupe d'âge [260,262]. Compte tenu de ces estimations, il n'y a aucune raison valable de vacciner ce groupe d'âge.
La figure 7 présente un graphique basé sur les rapports de myocardite dans les données domestiques VAERS au 29 septembre 2023, qui donne une indication de la gravité de cette situation. Tous les rapports de myocardite sont représentés en fonction de l'âge et de la dose (dose 1 (rose), dose 2 (vert) et dose 3 (bleu)). Après la deuxième dose, le nombre de cas de myocardite a été multiplié par cinq chez les jeunes hommes de 15 ans. Indépendamment de l'âge, les cas de myocardite étaient plus fréquents après la deuxième dose, ce qui suggère un lien de causalité entre la myocardite et les inoculations d'ARNm anti-Covid-19. Les données présentées dans le tableau sont encore renforcées par une récente analyse de disproportionnalité des données VAERS, qui montre une association statistiquement significative entre les événements cardiovasculaires et les vaccinations par Covid-19 [263].

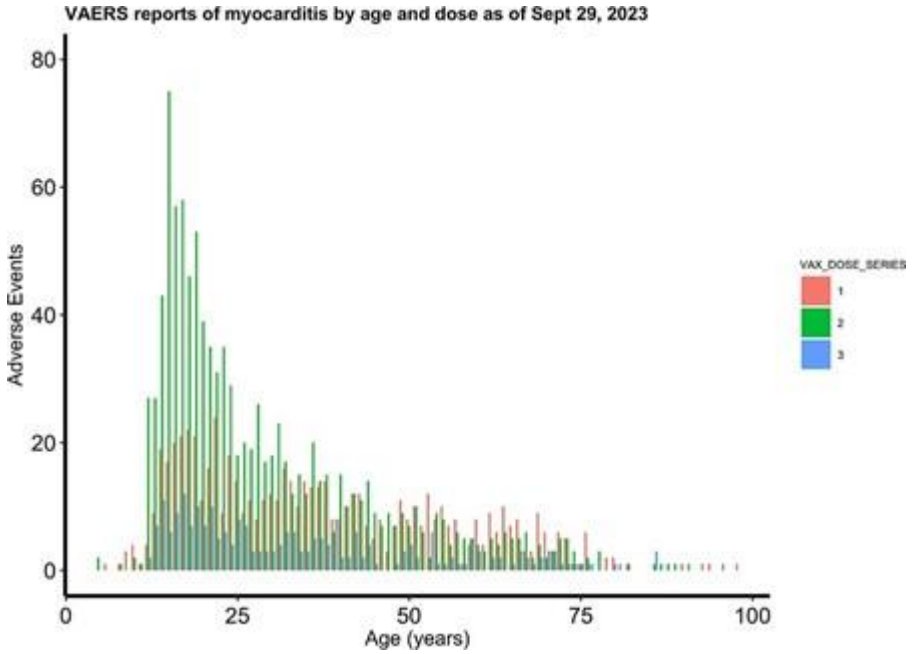


FIGURE 7 : Rapports de myocardite dans les données nationales VAERS au 29 septembre 2023, par âge et par dose (Dose 1 : rose, Dose 2 : vert, Dose 3 : bleu).

Les données indiquent une multiplication par cinq des cas de myocardite après la deuxième injection de vaccin anti-Covid19 chez les jeunes hommes de 15 ans et, dans l'ensemble, les deuxièmes doses ont été associées à un plus grand nombre de cas de myocardite [263].
Les impacts négatifs sur les segments les plus jeunes de la population ont également été reflétés par les rapports extraordinaires des compagnies d'assurance-vie américaines pour la seconde moitié de 2021. Selon les données de l'enquête Group Life, au cours des troisième et quatrième trimestres de 2021, la population générale des États-Unis a connu une augmentation de la mortalité de 32 %, contre 40 % pour la population Group Life (différence de 8 %) [264]. Les titulaires de polices d'assurance-vie de Group Life sont des adultes bien employés, jeunes et généralement en bonne santé, qui mouraient auparavant à un taux inférieur d'environ un tiers à celui de la population américaine, d'après une analyse de 2016 de la Society of Actuaries (SOA) [264]. La mortalité observée dans la cohorte Group Life en 2021 représente donc une inversion des tendances antérieures. Les excès de décès dans les données Group Life ont été déterminés en comparant les taux de décès moyens dans les données Group Life de la base de référence 2017-2019, corrigés de la saisonnalité et combinés avec les données des CDC. Entre le T2 et le T3, soit le début de la deuxième campagne de vaccination aux États-Unis, l'analyse SOA a montré une augmentation de 36 % de la surmortalité pour les 25-34 ans, de 50 % pour les 35-44 ans et de 52 % pour les 45-54 ans [264]. Ces chiffres représentent des augmentations colossales et sans précédent de la surmortalité pour la tranche d'âge 25-54 ans, avec une

augmentation moyenne de 46 % (bien que la moyenne des pourcentages tende à masquer la gravité de l'impact sur des cohortes d'âge spécifiques) [264].
Comme indiqué plus haut, il s'agissait d'adultes plus jeunes et en très bonne santé, et il est donc illogique de suggérer que la Covid-19 a eu une influence substantielle sur la mortalité, en particulier compte tenu de l'IFR extrêmement faible associé aux tranches d'âge les plus jeunes. En effet, selon le rapport Group Life le plus récent, la surmortalité dans chaque groupe d'âge ne s'appliquait qu'aux décès « non-Covid-19 » ; il n'y avait pas de surmortalité directement attribuée à la Covid-19 [264]. Il est important de noter que l'augmentation de la surmortalité dans la tranche d'âge des 25-54 ans a également été associée à l'introduction de l'obligation de vaccination aux États-Unis pour le personnel militaire et hospitalier entre l'été et l'automne 2021 [265]. De mars 2021 à février 2022, il y a eu environ 61 000 décès en excès chez les Américains de moins de 40 ans, soit l'équivalent de toutes les vies de militaires américains perdues pendant la guerre du Vietnam [266]. Cette tragédie n'a jamais été rapportée par les principaux médias américains.
Les répercussions sur la santé de ces risques cardiaques liés aux vaccins se manifestent sur la scène publique depuis 2021. Avant cette année-là, le nombre annuel moyen d'arrêts cardiaques sur le terrain pour les athlètes professionnels en Europe était de 29 ; ce nombre est passé à 283 par an, soit une multiplication par 10 environ, sur la base du taux annualisé d'arrêts cardiaques après la mise en place du programme de vaccination pour les joueurs actifs âgés de 35 ans [267]. Deux tiers des joueurs n'ont pas été réanimés [267]. Des recherches récentes suggèrent qu'il pourrait y avoir une base génétique (variants SCN5A) pour les morts subites survenant dans les sept jours suivant l'administration de la vaccination Covid-19 indépendamment du type de vaccin, du nombre de doses et des maladies sous-jacentes [268]. En identifiant les facteurs de risque génétiques (par exemple, les polymorphismes MTHFR) avant de recevoir le vaccin Covid-19, les risques de thrombo-embolie veineuse et d'autres lésions vasculaires liées à la vaccination peuvent être traités plus efficacement [269,270].
Le Conseil mondial de la santé a exigé un moratoire immédiat sur ces nouveaux produits [164], notamment en raison de la contamination importante par l'ADN. À titre de précaution, nous approuvons les recommandations visant à retirer immédiatement les vaccins Covid-19 du calendrier de vaccination des enfants, à suspendre les rappels et à mener une enquête approfondie sur les fautes commises par l'industrie des vaccins et les agences de réglementation en ce qui concerne les évaluations de sécurité et les données issues des essais fondateurs. Il est contraire à l'éthique et inadmissible d'administrer un vaccin expérimental à un enfant qui a un risque quasi nul de mourir de la Covid-19 (IFR, 0,0003 %), mais un risque bien établi de 2,2 % de lésions cardiaques permanentes sur la base des meilleures données prospectives disponibles. Parmi les autres risques encourus par ces jeunes individus par ailleurs en bonne santé, citons les crises d'épilepsie, les cancers, les troubles auto-immuns et de nombreuses autres affections mortelles après la vaccination.
Un autre aspect pertinent de cette tragédie en cours est l'histoire non racontée de la réduction de l'espérance de vie. Dans de nombreux pays développés, les principales causes de réduction de l'espérance de vie (tabagisme, obésité, overdose d'opioïdes, homicides, suicides et mortalité infantile) sont les principales causes de décès prématuré à l'échelle de la population [271]. Néanmoins, il est également clair que plusieurs risques associés aux vaccinations Covid-19 peuvent se traduire par une mort prématurée à long terme. Chez les pauvres, la pneumonie bactérienne non traitée est une cause majeure de réduction de l'espérance de vie et peut être encore aggravée par la vaccination Covid-19 [272]. Les accidents vasculaires cérébraux et les myocardites associés aux vaccinations Covid-19 peuvent entraîner des décès prématurés des années après l'événement initial. Une étude longitudinale portant sur des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral a montré que moins de 28 jours après le risque de décès était de 28 % ; ce chiffre est accru à 41 % après un an et à 60 % après cinq ans [273]. Des problèmes cardiaques et de coagulation non diagnostiqués peuvent persister de manière asymptomatique pendant des années. De multiples études d'autopsie fournissent des preuves définitives de graves lésions cardiaques après injection, y compris des arrêts cardiaques soudains et des morts subites, toutes associées aux vaccins à ARNm anti-Covid-19 [140]. Cependant, chez les adolescents de sexe masculin, la myocardite peut avoir une apparence clinique bénigne mais entraîner une fibrose cardiaque sévère (cicatrisation), avec des lésions permanentes du muscle cardiaque [274,275]. Ces lésions peuvent finalement conduire à une insuffisance cardiaque congestive et à la mort plusieurs années plus tard [276]. Les essais d'enregistrement étaient insuffisants pour détecter ces risques à long terme, dont la plupart ne sont devenus évidents qu'après 2,5 ans d'observation et plus d'un milliard d'injections d'ARNm.
Le phénomène médicalement intraitable connu sous le nom de « Covid long » est également pertinent dans le cadre de cette discussion. Après la phase aiguë d'une infection par le SRAS-CoV-2, certaines personnes présentent des symptômes persistants tels que fatigue, brouillard cérébral, douleurs musculaires, difficultés respiratoires, picotements des extrémités et gêne au niveau de la poitrine et de la gorge pendant de longues périodes. C'est ce que l'on appelle le syndrome post Covid-19 aigu (PACS), une affection multifactorielle et

multisystémique qui englobe la dysautonomie, l'encéphalite, le syndrome de fatigue chronique, le dysfonctionnement immunitaire, les anomalies cardiovasculaires et de coagulation, et qui a des répercussions sur de nombreux systèmes organiques [277].
Des types spécifiques de PACS peuvent être définis en fonction de la présentation des symptômes [278,279]. Il n'est pas surprenant qu'en raison du dénominateur commun entre l'infection et l'inoculation de l'ARNm (la protéine S), la vaccination anti-Covid-19 produise des symptômes à long terme qui partagent de nombreuses caractéristiques avec le PACS (280,281). L'affection peut être déclenchée par une réaction immunitaire excessive à la protéine S générée par le vaccin [282], qui persiste au moins six mois après l'injection [283]. Des protéines S associées au vaccin ont été trouvées chez des patients atteints de PACS [284,285]. Diexer et *al*. ont observé que 70 % des cas de PACS survenaient chez des personnes qui avaient reçu une vaccination complète anti-Covid-19, ce qui indique que les injections peuvent exacerber le PACS dans la plupart des cas [286]. Le groupe présentant le risque de PACS le plus faible était celui des personnes non vaccinées ayant contracté Omicron comme première infection. Ainsi, contrairement aux croyances populaires et aux messages véhiculés par les médias, les personnes vaccinées peuvent connaître des conséquences à long terme plus graves de la Covid-19 que les personnes non vaccinées. Plusieurs nouveaux syndromes associés aux inoculations d'ARNm ont été introduits et englobent des conditions très similaires au PACS : le syndrome post-vaccination Covid-19 (PCVS), le syndrome aigu de vaccination Covid-19 (ACVS) et le syndrome post syndrome aigu vaccinal Covid-19 (PACVS) [287]. Il a été proposé que la prochaine version des codes de diagnostic de la Classification internationale des maladies (CIM) intègre un nouveau code spécifique pour le « syndrome post-vaccination Covid-19, non spécifié » [287].
Outre les conditions complexes liées au vaccin anti-Covid-19 évoquées ci-dessus, il est impératif, d'un point de vue bioéthique, d'examiner attentivement les autres conséquences des injections de rappel continues et répétées. D'une manière générale, ces conséquences peuvent être divisées en deux catégories : (1) les rendements décroissants après les injections en raison de divers effets immunosuppresseurs et de pressions sélectives extrinsèques qui finissent par accélérer l'évolution et la résistance virales ; et (2) les effets secondaires graves, notamment les souffrances profondes et les décès prématurés résultant principalement de troubles auto-immuns, neurologiques, malins et cardio-vasculaires. La prise en compte des impacts immunologiques potentiels des doses de rappel répétées sur l'évolution et la résistance du virus, ainsi que des risques de décès prématuré et d'autres effets secondaires graves, est cruciale pour une évaluation complète des risques et des avantages des vaccinations par l'ARNm anti-Covid-19, afin de prendre des décisions de santé publique en connaissance de cause.
Sur la base des recherches présentées dans cette revue narrative, la campagne mondiale de vaccination contre le virus Covid-19 doit être considérée comme une grave erreur médicale. Les erreurs médicales représentent une menace importante pour la sécurité personnelle et publique et constituent depuis longtemps une cause majeure de décès [288-290]. Les erreurs politiques et de décisions réglementaires ont été prises au plus haut niveau et probablement fortement influencées par des incitations financières. Les agences gouvernementales auraient dû prendre en considération toutes les alternatives raisonnables de traitement de substitution et se soustraire aux pressions de l'industrie médico-pharmaceutique plutôt que d'autoriser la distribution de vaccins génétiques expérimentaux à l'ensemble de la population. Si la FDA avait reconnu la multiplication par près de quatre des EIG cardiaques (y compris des décès) identifiés par la suite dans le groupe vacciné de l'essai Pfizer [54], il est peu probable que l'EUA aurait été accordée en décembre 2020. Une enquête approfondie sur le profil de sécurité à long terme du vaccin anti-Covid-19 est désormais nécessaire et urgente.
Malgré les nombreuses révélations frappantes présentées dans cette revue, la plupart des pays développés continuent de préconiser l'adoption de rappels d'ARNm anti-Covid-19 pour l'ensemble de la population éligible. Les agences fédérales américaines continuent d'insister sur l'innocuité des vaccins pour réduire les maladies graves et les décès causés par le coronavirus, malgré l'absence d'essais randomisés, en double aveugle et contrôlés par placebo pour étayer ces affirmations. Cette situation témoigne d'une déconnexion déconcertante entre la pensée scientifique fondée sur des preuves et la politique de santé publique.

Conclusions

Une évaluation attentive et objective de la sécurité du produit AERNm anti-Covid-19 est cruciale pour le respect des normes éthiques et la prise de décision fondée sur des données probantes. Notre analyse narrative des essais d'homologation et des suites de l'EUA permet de comprendre comment ces vaccins génétiques ont pu être mis sur le marché. Dans le contexte des deux essais clés, la sécurité n'a jamais été évaluée d'une manière conforme aux normes scientifiques précédemment établies, que ce soit pour les vaccins ou pour les GTP, la classification la plus précise de ces produits. De nombreux résultats clés des essais ont été soit mal rapportés, soit entièrement omis dans les rapports publiés. La FDA et les fabricants

de vaccins ont contourné les protocoles habituels de tests de sécurité et les exigences toxicologiques, et l'arrêt prématuré des deux essais a empêché toute évaluation impartiale des effets secondaires potentiels en raison d'un délai insuffisant pour une évaluation correcte de l'essai. Ce n'est qu'après l'EUA [autorisation d'utilisation d'urgence] que les graves conséquences biologiques de l'interruption des essais sont devenues évidentes, de nombreux effets secondaires cardiovasculaires, neurologiques, reproductifs, hématologiques, malins et auto-immuns ayant été identifiés et publiés dans la littérature médicale évaluée par des pairs. En outre, les vaccins à ARNm anti-Covid-19 produits par le procédé 1 et évalués lors des essais n'étaient pas les mêmes produits que ceux finalement distribués dans le monde entier ; tous les produits à ARNm anti-Covid-19 mis à la disposition du public ont été produits par le procédé 2 et il a été démontré qu'ils présentaient des degrés divers de contamination par l'ADN. Le fait que les autorités réglementaires n'aient pas divulgué jusqu'à présent les impuretés liées au processus (par exemple, le SV40) a encore accru les préoccupations concernant la sécurité et la surveillance du contrôle de la qualité des processus de fabrication des vaccins ARNm.

Depuis le début de l'année 2021, la surmortalité, les événements cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et d'autres EIG ont souvent été attribués à tort à Covid-19 plutôt qu'aux vaccinations par l'ARNm anti-Covid-19. L'attribution erronée des EIG à la Covid-19 peut souvent être due à l'amplification des effets indésirables lorsque les injections d'ARNm sont suivies d'une infection par un sous-variant du SARS-CoV-2. Les lésions causées par les produits à ARNm sont similaires aux symptômes du Covid long et à la maladie aiguë sévère Covid-19, occultant souvent les contributions étiologiques des vaccins. Les injections de rappel multiples semblent provoquer un dysfonctionnement immunitaire, contribuant ainsi paradoxalement à accroître la susceptibilité aux infections Covid-19 avec des doses successives. Pour la grande majorité des adultes de moins de 50 ans, les avantages perçus des injections de rappel d'ARNm sont largement compensés par leurs inconvénients potentiels, qui peuvent être invalidants ou mettre la vie en danger. Les dommages potentiels pour les adultes plus âgés semblent également excessifs. Compte tenu des effets secondaires bien documentés et du rapport inacceptable entre les avantages et les inconvénients, nous demandons instamment aux gouvernements d'approuver et d'appliquer un moratoire mondial sur ces produits à base d'ARNm modifié jusqu'à ce que toutes les questions pertinentes relatives à la causalité, à l'ADN résiduel et à la production de protéines aberrantes aient trouvé une réponse.

Le 10/03/2024 par Laurent MUCCHIELLI

https://qg.media/blog/laurent-mucchielli/comment-les-industriels-ont-dissimule-les-effets-indesirables-graves-des-vaccins-anti-covid/

Le nombre de morts d'une guerre mondiale : Bret Weinstein et Tucker discutent du vaccin Covid et des plans autoritaires de l'OMS pour l'humanité

Tucker Carlson s'est entretenu avec le biologiste évolutionniste Bret Weinstein (frère de Éric Weinstein), et ils ont disséqué le réseau complexe de récits autour de la Covid-19, l'industrie pharmaceutique et les changements mondiaux en matière de gouvernance et de politique de santé publique.
Selon Weinstein, s'opposer aux récits « officiels » de la Covid revient à affronter Goliath – avec des experts compétents et courageux dans divers domaines qui ont été agressivement censurés pendant la pandémie. Cela a conduit à la formation d'une « Dream Team » de dissidents.
« J'appelle la force que nous affrontons Goliath. Goliath a commis une terrible erreur et l'a commise de la manière la plus flagrante pendant la période de la Covid, c'est-à-dire qu'il a pris toutes les personnes compétentes, toutes les personnes courageuses, et les a expulsées des institutions, là où elles travaillaient. Ce faisant, cela a créé la « Dream Team ». Cela a réuni tous les joueurs que vous pourriez souhaiter avoir dans votre équipe pour mener une bataille historique contre un mal terrible », a-t- il déclaré, suggérant que la « Dream Team » est particulièrement qualifiée, pour lutter contre ceux qui ont bâclé la stratégie médicale face à la pandémie, avec des conséquences mortelles.

TCN

Tucker Carlson Network
« 17 million deaths from the Covid vax ? » Bret Weinstein tells Tucker Carlson: « I saw a credible estimate of something like 17 million deaths globally ».

1:00 AM · Jan 6, 2024

Weinstein a également parlé de la diabolisation des traitements alternatifs tels que l'hydroxychloroquine et l'Ivermectine, et a affirmé qu'il y a eu 17 millions de décès dus au vaccin contre la Covid-19.
« Donc, je ne suis pas un génie en mathématiques, mais une injection sur huit cents multipliée par des milliards, cela représente beaucoup de gens... 17 millions de décès dus au vaccin contre la Covid ? » » a demandé Tucker. « Juste pour vous donner un ordre d'idée. Je veux dire, c'est comme le nombre de morts d'une guerre mondiale. »
Ce à quoi Weinstein a répondu : « Oui, absolument. C'est une grande tragédie de l'histoire. On est vraiment dans cette proportion. Et étonnamment, il n'y a aucune chance que cela soit terminé. Je veux dire, qu'ils continuent apparemment à recommander ces produits pour les enfants en bonne santé. »
Weinstein et Carlson ont également discuté de ce qu'ils perçoivent comme un changement de pouvoir mondial orchestré par les politiques de santé publique. Ils ont discuté du plan de préparation à une pandémie proposé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), exprimant leurs inquiétudes quant aux risques d'ingérence et d'atteintes à la souveraineté nationale. Weinstein a mis en garde contre une « planète totalitaire clé en main », dans laquelle l'OMS serait en mesure d'imposer des contrôles sans précédent sur les nations et leurs citoyens.

DavidCWillisUSA
Bret Weinstein Exposes the World Health Organization's Neo Dark Age Agenda - He is 100% correct on all of it...the best and brightest who were all doing their own things in life in all different areas and levels....found a common cause in trying to preserve Western Democratic… Show more

5:36 PM · Jan 6, 2024
[…]

Tyler DURDEN
zerohedge.com
08 janvier 2024

https://fr.sott.net/article/43142-Le-nombre-de-morts-d-une-guerre-mondiale-Bret-Weinstein-et-Tucker-discutent-du-vaccin-Covid-et-des-plans-autoritaires-de-l-OMS-pour-l-humanite

Christian Perronne : ICS-5 et Sénat US, un tournant, le retour de la lumière et la liberté.

Christian Perronne: ICS-5 et Sénat US, un tournant, le retour de la lumière et la liberté. ©France-Soir

TRIBUNE par Christian Perronne

Chers amis,

Mon séjour à Washington s'achève, mais quel séjour !

Après ces années de ténèbres, de corruption, de manipulation, de diffusion d'articles médicaux et scientifiques frauduleux, de suppression des libertés, de mesures autoritaires totalement illégales, de contrôle des médias et de censure généralisée, de destruction méthodique de la santé, des hôpitaux, de l'économie, du potentiel industriel, de l'agriculture, de l'éducation, de l'armée, de la diplomatie, de la culture, des valeurs familiales, la lumière et la vérité se propagent sur la planète. Les peuples s'éveillent et ne lâcheront rien.

Les deux jours du congrès de l'International Crisis Summit (cinquième édition, ICS-5) ont mis au grand jour *les mesures terribles* prises contre les peuples du monde. Les échanges ont été très riches.

La France était dignement représentée par Emmanuelle Darles (chercheuse en informatique) et Vincent Pavan (mathématicien de haut niveau) qui ont fait *deux exposés remarquables* sur les publications frauduleuses et les méthodes utilisées pour la fabrication de fausses données.

J'ai eu le plaisir de retrouver des *médecins américains exceptionnels combattants* de la première heure, devenus amis, Pierre Kory, Harvey Rich, Meryl Nass (qui a été accusée de désinformation puis radiée pour avoir sauvé des vies) et Ryan Cole (médecin anatomo-pathologiste qui a effectué un grand nombre d'autopsies chez les victimes décédées des pseudo-vaccins Covid-19, pour en démontrer la dangerosité). Le Dr Simone Gold, pionnière de la résistance, a témoigné. Le professeur australien, Raphael Lataster, a exposé *les techniques de désinformation* et de création d'infox, particulièrement utilisées par les fact-checkers.

Le témoignage des routiers canadiens qui ont subi une violence inouïe et à qui on a bloqué les comptes bancaires était poignant. Des médecins et autres soignants, des parlementaires, des policiers (notamment un policier du renseignement de la Police Montée canadienne), d'anciens militaires, des journalistes, qui ont eu un immense courage de résister à la tyrannie et qui ont été victimes de cette répression terrible, ont pu raconter le cauchemar qu'ils ont vécu.

Le témoignage d'un routier canadien d'origine roumaine, qui avait connu dans sa jeunesse la tyrannie communiste de Ceaucescu, et qui pensait ne plus jamais revoir ça, a été très émouvant. Il a été battu sévèrement et blessé pour avoir simplement manifesté pacifiquement contre le passe sanitaire obligatoire. Il a été exposé les techniques de manipulation des populations, de lavage de cerveau, de propagande, dignes d'un film de science-fiction. Les techniques de fraude financière ont été abordées.

Des parents ont témoigné, certains en larmes, en évoquant la mort de leur enfant quelques jours après l'inoculation expérimentale. Des statistiques sur les effets secondaires et la mortalité liés aux pseudo-vaccins ont été montrées, notamment par le Dr Jessica Rose, experte canadienne ayant analysé la base de données des effets secondaires VAERS. Les avocats ont rappelé que l'injection forcée de produits expérimentaux était totalement illégale et contraire à toutes les conventions internationales, assimilable à un crime contre l'humanité. *La médaille que portaient les juges* lors du procès de Nuremberg a été exposée.

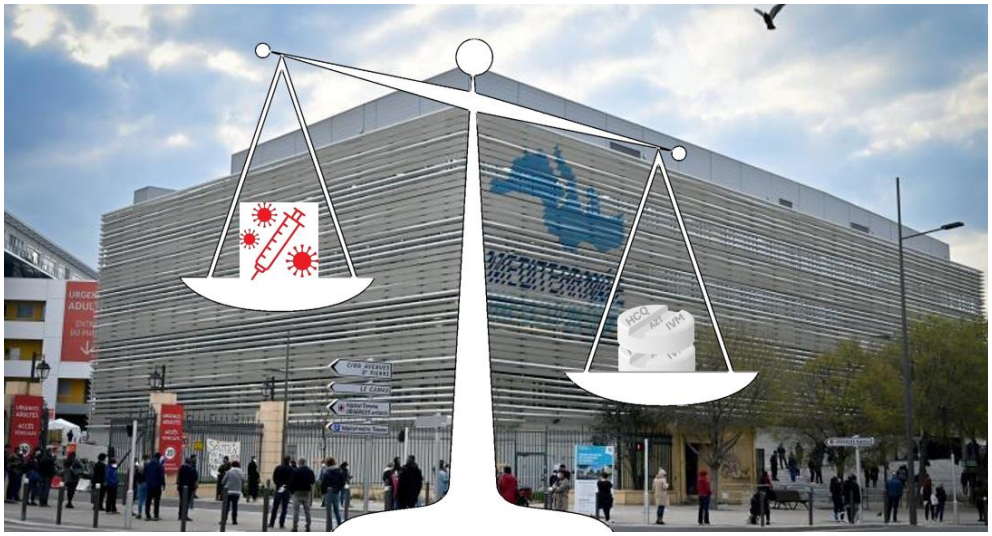
Le Dr Malone a présenté *la mainmise de la CIA* sur le monde. Mon ami et avocat suisse alémanique, Phillip Kruse a démontré de façon remarquable la menace extrême pour nos démocraties du projet de Traité de l'OMS qui supprimerait le pouvoir des états. L'OMS ayant changé la procédure pour que ce vote puisse être adopté à la majorité simple des pays, il y a un énorme risque que ce traité soit adopté en mai prochain.

Il faut saluer la présence de *trois députés européens fantastiques* que je connais bien, Christine Anderson (Allemagne), Cristian Terhes (Roumanie) et Rob Roos (Pays-Bas) qui, avec une poignée de collègues à Bruxelles et à Strasbourg, se battent comme des lions pour défendre nos libertés au sein du Parlement européen. Pour survivre, les démocraties doivent impérativement rétablir l'indépendance du Parlement, de la justice et des médias et refuser la tyrannie supranationale de l'OMS.
La table ronde organisée au Sénat des États-Unis, dans la célèbre salle Kennedy, diffusée en direct dans le monde entier, a été d'une richesse incroyable. Beaucoup de professions étaient représentées, y compris des anciens repentis de la finance ou de l'industrie pharmaceutique qui ont pu dévoiler les manipulations cachées. J'étais fier d'y représenter la France.
J'ai été frappé d'entendre de la part de nombreux participants américains, européens, canadiens, mexicains et australiens qu'ils *avaient beaucoup d'admiration pour les résistants français*, qu'ils considèrent comme des combattants de la première heure dans cette crise covido-ubuesque.
Beaucoup d'experts de pays étrangers comptent sur nous pour montrer la voie. Ils m'ont dit que :
« La France devait reprendre son rôle de pays des lumières ».
Lors de cette table ronde, j'ai exposé les données fausses ou carrément frauduleuses dans les publications scientifiques et comment nous les dénonçons, avec mes amis de *l'association BonSens.org*, en publiant des réponses ou des contre-expertises dans les journaux médicaux internationaux référencés. J'ai aussi parlé des menaces et des sanctions exercées contre les médecins dissidents et de la censure dans les médias de grands chemins, mais aussi sur les réseaux sociaux. J'ai terminé en exposant la volonté des autorités de supprimer nos libertés médicales et scientifiques.

J'ai remercié chaleureusement le Sénateur Ron Johnson et le Dr Robert Malone, organisateurs de la table ronde, pour leur engagement fantastique pour faire éclore la vérité.
Cette table ronde au Sénat américain, par sa qualité et sa diffusion mondiale, représente pour moi un tournant magnifique vers le retour de la lumière et de la liberté.

Washington, le 26 février 2024
Christian PERRONNE
France-Soir
[…]

Une étude conclut à l'absence d'efficacité des vaccins covid-19 et à un effet aggravant de la vaccination sur la maladie dans de nombreux cas



Une étude conclut à l'absence d'efficacité des vaccins covid-19 et à un effet aggravant de la vaccination sur la maladie dans de nombreux cas. ©France-Soir, Pixabay

Une seconde analyse indépendante des données des 30 423 patients soignés à l'IHU Méditerranée Infection conclut à *l'absence d'efficacité des vaccins covid-19*.
Ce n'est donc pas une étude, mais deux que l'équipe pluridisciplinaire de scientifiques réunis autour du Prof. Christian Perronne ont publié en février 2024. Lounnas, Gkioulekas, Rendell, Lacout, Azalbert et Perronne, ayant analysé de manière *autonome* et *indépendante* les données des 30 423 patients soignés dans le pôle maladies infectieuses de l'AP-HM (Assistance Publique Hôpitaux de Marseille) situé dans l'IHU Méditerranée Infection, se sont intéressés de près aux données disponibles de vaccination covid-19.
Ils concluent à l'absence d'efficacité des vaccins covid-19. Alors que la première étude concluait à la *supériorité sans appel de la bithérapie en* diminuant de 58% le passage en soins intensifs et décès. Cette seconde étude est probablement la plus importante, car elle arrive à relier la vaccination avec les traitements précoces et les auteurs concluent que *« la vaccination antérieure (à la maladie) a un effet* aggravant *sur la maladie dans nombreux cas, soulevant ainsi la question* de la pertinence et de la légitimité *de la vaccination de masse ».* Cette étude est unique puisqu'elle allie la pluridisciplinarité scientifique qui devient critique pour l'analyse des données médicales. Dans le cas présent, la cohorte de l'IHU est la seule qui permette, après traitement statistique, de mesurer les interactions entre la maladie, la vaccination et les traitements précoces.
Le professeur Perronne déclare « *à la vue de ces résultats sans appel,* la vaccination covid-19 devrait être suspendue *et une commission d'enquête parlementaire doit se saisir de l'évaluation des choix de politique sanitaire pour la gestion de la crise covid* ».

Analyse détaillée

- **Des données autorisées pour l'exploitation**

Sans même regarder les résultats de l'étude marseillaise dans l'intérêt des patients, le Pr Molimard avait déclaré que ces données constituaient « *un essai sauvage* ». Un article précédent expliquait que l'AP-HM aujourd'hui représenté par son directeur général Francois Crémieux a bien *donné une autorisation pour l'exploitation des données* à but de publications scientifiques, mettant ainsi un terme aux diverses polémiques que les détracteurs de l'IHU n'ont pas manqué de lancer. Par un courrier en date du 6 février 2024, que nous avons pu consulter, l'AP-HM aurait retiré l'autorisation d'exploiter les données, confirmant par la même qu'il y avait bien eu une autorisation. Les résultats de l'étude de l'IHU sont *tellement favorables* aux traitements

précoces, résultats *confirmés* par l'analyse indépendante de Lounnas et al, que les autorités, en plein désarroi, paraissent se déchainer afin que les données soient déqualifiées sur la base d'un argument d'autorité.

- **Approche systématique**

Rappelons qu'en juillet 2021, alors qu'il était sous pression à l'IHU avec le parachutage de François Crémieux en tant que nouveau directeur général de l'AP-HM, le Professeur Raoult avait déclaré dans un tweet « *Au vu des enjeux de l'épidémie actuelle, je suis favorable à la vaccination systématique des personnels soignants, avec les vaccins recommandés pour leur classe d'âge. J'encourage donc tous mes collègues à se rapprocher de leur centre de vaccination* ». Cependant, il avait refusé de signer un document imposé par François Crémieux.
Ce tweet a fait couler beaucoup d'encre, notamment, car il peut prêter à confusion.
Il mettait en avant la notion de « systématique » dont la définition est simple : « qui est fait avec méthode et procède d'un ordre déterminé à l'avance, qui pense et agit selon un système, d'une manière absolue sans jamais se démentir, ou qui juge de façon péremptoire selon son propre système de valeur ». En juillet 2021, le ministre de la Santé et le président de la République qui se sont prononcés en faveur de la vaccination obligatoire des soignants et d'autres professions, au motif que cela protégerait les autres, devaient donc *disposer de toutes les données nécessaires* sur les vaccins afin de procéder à cette obligation dans le cadre d'une *approche systématique et invariable*. Ce n'était pas le cas, et on apprendra par la suite que le président du Conseil Scientifique Jean-François Delfraissy avait prévenu Olivier Véran que le vaccin n'empêchait pas la transmission, et que les études ne concluaient pas à la protection telle qu'annoncée. Le « *tous vaccinés tous protégés* » était donc mensonger. L'analyse du bénéfice risque prenait donc un tournant politique plutôt que de reposer sur de véritables données scientifiques. Il est donc critique d'analyser l'efficacité de cette thérapie. C'est ce que les auteurs se sont évertués à faire dans cette seconde étude publiée.

La conclusion de l'étude est sans appel : absence d'efficacité de la vaccination

Après 8 mois d'analyses avec des méthodes statistiques avancées afin de redresser les divers biais de l'échantillon des 30 423 patients soignés à l'IHU, l'équipe conclut à *l'absence d'efficacité du dispositif vaccinal* : *«* Une analyse statistique externe et indépendante des données de l'IHU-Méditerranée a démontré que l'efficacité potentielle de la vaccination covid-19 n'était pas substantiellement meilleure que le traitement empirique utilisant une combinaison d'hydroxychloroquine et d'azithromycine, administrée en tant que traitement précoce. La vaccination n'a pas eu d'efficacité mesurée pour les moins de 50 ans et, *contrairement à ce qui a été officiellement affirmé, une interaction négative (défavorable) a été mise en évidence entre la vaccination et la gravité de la maladie* covid-19. Ces résultats indiquent que la vaccination antérieure (à la maladie) a un *effet aggravant* sur la maladie dans de nombreux cas, soulevant ainsi la question *de la pertinence et de la légitimité* de la vaccination de masse. *»*
Les auteurs ajoutent aussi : « La très grande taille de la cohorte observationnelle de patients traités de manière cohérente dans un seul établissement, ainsi que la qualité de l'approche statistique que nous avons utilisée, rendent ces résultats très difficiles à contrer pour ceux qui ont continuellement nié l'efficacité potentielle du traitement à base d'hydroxychloroquine des patients covid-19 pendant la pandémie et ont préconisé une vaccination systématique pour toutes les catégories d'âge » .
Le Pr Perronne déclare :
« Ayant commencé à travailler sur les données durant l'été 2023, il est très vite apparu préférable de scinder en deux avec une analyse sur les traitements précoces et une autre sur la vaccination. Les données étaient riches d'enseignement et l'article aurait été trop long pour l'équipe qui tenait à apporter autant d'explications que possible sur la méthodologie et surtout les résultats demandaient à être vérifiés de plusieurs manières. Cette étude apporte donc la *confirmation de la non-efficacité des vaccins* covid-19 et plus particulièrement met en évidence une interaction négative, la vaccination aggravant souvent la maladie. En d'autres termes, la vaccination *antérieure présente des risques d'une forme plus grave* de la maladie dans certains cas, ce qui est contraire aux objectifs affichés de la politique sanitaire ainsi qu'au primum non nocere, notion sous-entendue dans le serment d'Hippocrate. La vaccination covid-19 devrait être suspendue ».

Des conséquences très importantes qui devraient faire l'objet d'une enquête parlementaire

- En systématisant les traitements précoces à base d'hydroxychloroquine, d'azithromycine, d'ivermectine, le nombre de vie qui auraient *pu être sauvées en France est de 97 400* sur les 167 642 décès attribués à la covid depuis 2020 – et plus de 4 millions dans le monde entier. Ce résultat corrobore ce qui avait été observé dans l'état brésilien du Para qui a systématisé les traitements précoces et qui, entre novembre 2020 et mars 2021, a eu 296 décès par million d'habitants (d/Mh). Ce chiffre pour la France, estimé

dans cet article, dans l'hypothèse où on aurait systématisé les traitements précoces, pour la même période, est identique à 298,9 d/Mh. Le calcul détaillé est décrit ci-après.

Estimer le nombre de vies qui auraient pu être sauvées

Il conviendra donc que des experts se penchent sur le nombre de vies qui auraient pu être sauvées avec la systématisation des traitements précoces.
En France, 167 642 décès ont été attribués au Covid (source : worldometer). En admettant que la cause de mortalité soit vraiment la Covid et non avec la Covid, et en appliquant le taux de 58,1% d'efficacité des traitements précoces obtenu dans l'étude Lounnas et al, **une première estimation du nombre de vies sauvées serait de 97 400** (58,1%*167 642 décès). Le taux de mortalité recalculé en France s'élèverait donc à 1 038 décès par million d'habitants (d/mh) (167 642 - 97 400)/67,697 - la population française) contre 2 476 d/mh.

Toute estimation issue d'un modèle mathématique a besoin **d'être calibrée au réel** afin d'en valider la pertinence.
Pour ce faire, reprenons l'étude d'Emmerich qui compare le Para à l'Amazonas. Au Para, les traitements précoces ont été systématisés et il y a **296 d/mh** soit 2 575 décès pour une population de 8,7 millions d'habitants pour la période du 11 novembre 2020 au 15 mars 2021.
En France au 11 novembre 2020, il y avait 42 535 décès Covid et 90 832 au 15 mars 2021 (source worldometer). Il y a donc eu 48 297 décès dans la période. En appliquant le taux d'efficacité de 58,1%, on estime que 28 061 décès auraient pu être évités. Les décès Covid sur la période se seraient donc élevés à 20 236 et le nombre de décès par million d'habitants serait de 298,93 (20236/67,697). Ce chiffre n'est statistiquement pas différent du chiffre des 296 d/mh de l'État du Para. Ce premier travail de calibration pourra être affiné.

Le nombre total de décès attribués au Covid dans le monde s'élève à 7 003 621 (source Worldometer). En appliquant le taux d'efficacité des traitements précoces obtenu dans l'étude Lounnas et al. ce sont 4 069 104 décès qui auraient pu être évités. Une conclusion qui ne devrait pas laisser insensible les autorités, ainsi que le public, dans **sa quête de l'évaluation de l'efficacité des mesures sanitaires** de par le monde entier.

- En plus des vies sauvées, une autorisation des traitements précoces en 2020 aurait rendu inopérante *l'autorisation de mise sur le marché des thérapies géniques*. C'est la condition numéro 4 à remplir pour qu'un vaccin en cours d'expérimentation soit autorisé de façon conditionnelle par la FDA (Federal Drug administration aux États-Unis). La même contrainte s'applique normalement à l'Europe. En France, l'ANSM a recensé plus de 200 000 effets secondaires de la vaccination, dont 25% de graves, sachant que le nombre de déclarations d'effets secondaires est sous-estimé par le fait que moins de 10% sont déclarés.
- Ces effets secondaires entrainent un *coût supplémentaire pour le système de santé français*. Triple peine pour les français qui n'ont pas été soignés, ont été contraints à une injection aux effets incertains, voire à prendre un risque non négligeable, et tout cela avec leur argent. En France, les contrats des vaccins n'ont toujours pas été rendus public malgré de nombreuses demandes – il y a eu 155 millions de doses de vaccins au coût unitaire compris entre 11 et 17 euros. Soit un investissement rien que pour les vaccins de 2,325 milliards d'euros. Pendant que le bénéfice est en faveur des laboratoires pharmaceutiques et le risque aux patients, l'hôpital se meurt.

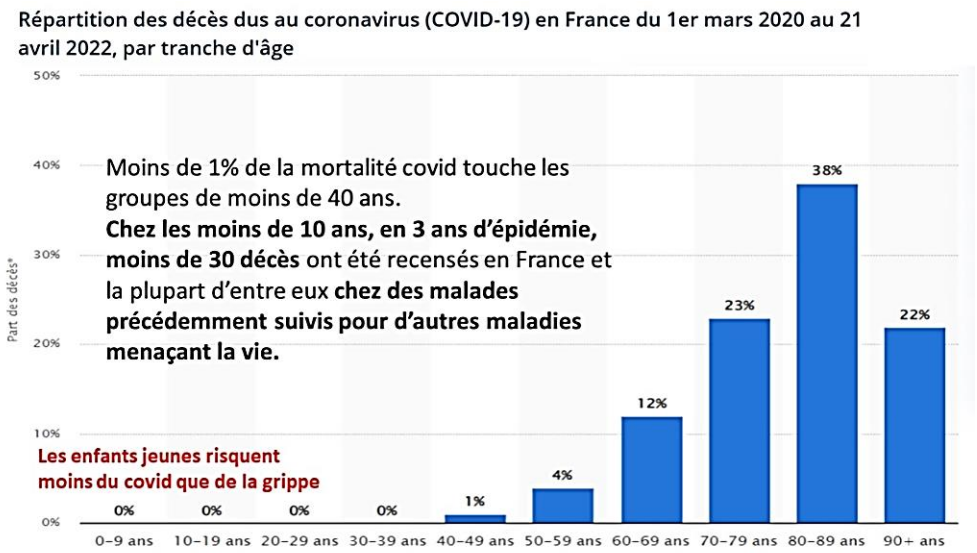
En termes de lien d'intérêt, l'association Bonsens.org, dont Christian Perronne et Xavier Azalbert sont administrateurs, a financé les frais de publication et un ordinateur et des logiciels puissants à 829 euros capables d'effectuer des travaux mathématiques et statistiques poussés.

FRANCE-SOIR
Publié le 06 mars 2024

Lettre au Président LULA et aux citoyens brésiliens pour les alerter sur des dangers de l'injection Covid-19 pour l'enfant

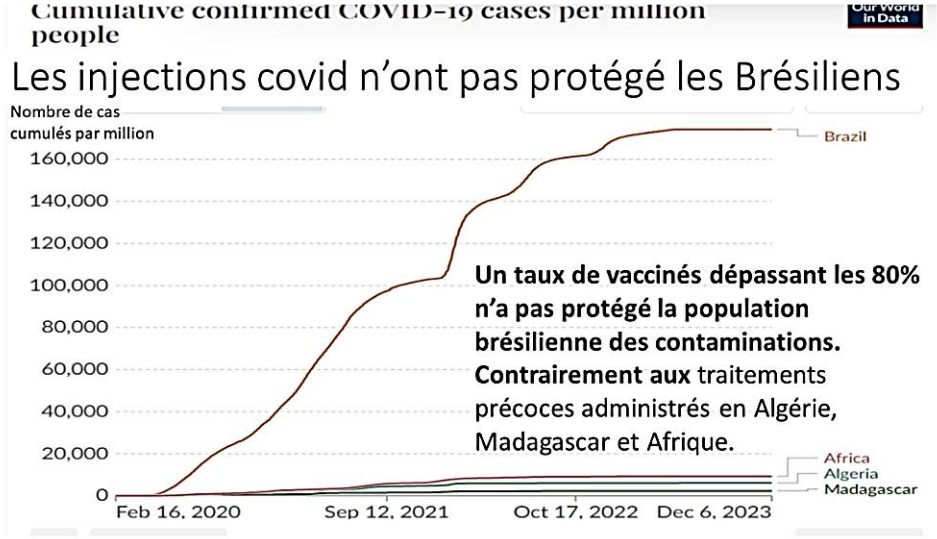
Monsieur le Président,
Nous avons appris avec stupeur et grande tristesse que vous comptiez imposer l'injection expérimentale contre le Covid aux enfants âgés d'un à cinq ans à partir de 2024.
Il semble donc hautement probable que vous ayez été désinformé, car quelles que soient vos convictions politiques, vous ne pouvez pas *faire injecter les enfants pour rien* (le Covid les expose à moins de complications que la grippe) et leur faire ainsi courir les risques de pathologies cardiaques, cancéreuses ou autres ou même de décès.
Nous nous permettons donc de vous adresser quelques précisions qui vous ont probablement été cachées et qui nous l'espérons vous permettront d'annuler cette funeste décision.

1) L'infection Covid 19 n'est pas dangereuse pour l'enfant. Cela a été régulièrement démontré dans tous les articles médicaux publiés dans des revues à comité de lecture, rappelé par la presse internationale et l'OMS et illustré par ce graphique de Santé Publique France :



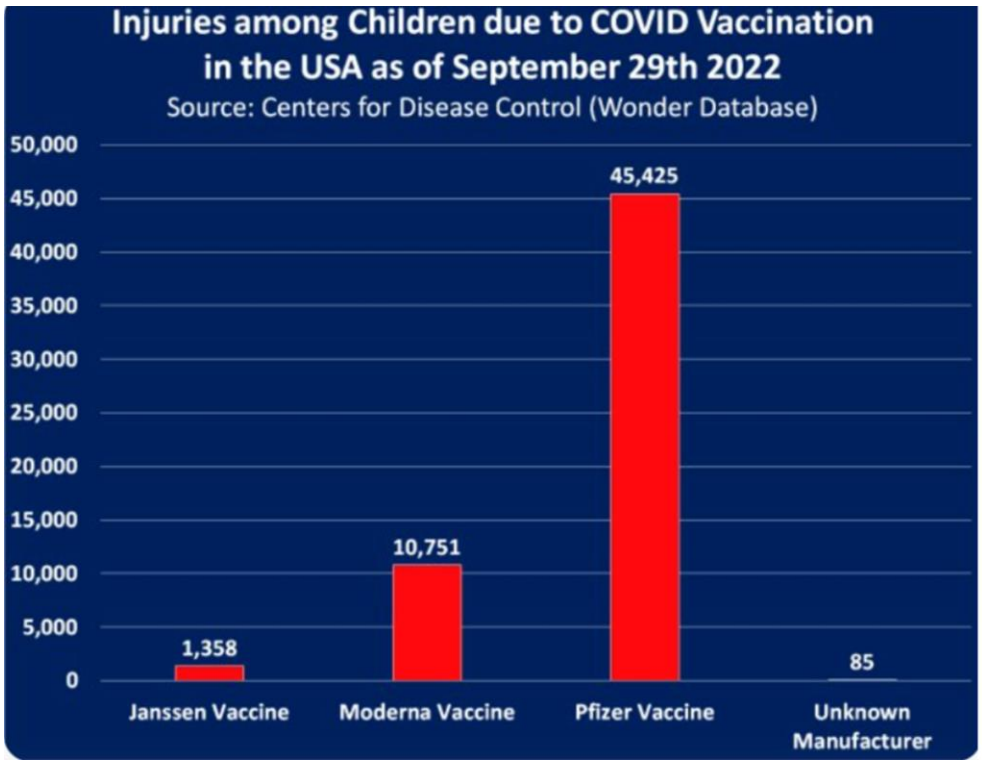
Un enfant ne peut donc espérer aucun bénéfice personnel de cette injection anti-Covid.

2) Les injections anti-covid sont inefficaces : elles ne protègent ni de la maladie et ni des transmissions ni de la mort.
Au niveau mondial, les données de l'OMS sont à cet égard démonstratives puisque *la généralisation des pseudo vaccins a été suivie par une multiplication par 6 du rythme mensuel des contaminations.*
Au Brésil l'échec des vaccins contre les contaminations est évident si on compare l'évolution de l'épidémie au Brésil à celles de l'Algérie, de Madagascar et de l'Afrique qui ont utilisé les traitements précoces par antipaludéns et infiniment peu les injections.



La politique du « tout vaccin » et l'incapacité de ceux-ci à protéger des formes graves a propulsé le Brésil au 12ème rang des mortalités par million les plus fortes du monde (3260/M au 13/12/2023), au même niveau que l'Italie (3267/M) ou le Royaume-Uni (3438/M) et 20 à 100 fois plus élevée que celles observées en Algérie (153/M), Cote d'Ivoire (29/M) ou Madagascar (48/M) très peu vaccinés.
Les pseudo vaccins covid se sont révélés dramatiquement inefficaces contre la transmission du covid et sa mortalité**.** *Injecter les enfants ne peut donc ni diminuer les contaminations dans la population ni protéger les personnes fragiles.*

3) L'injection expérimentale est nocive pour de nombreux enfants qui ne risquaient rien du covid
Dès 2021 le VAERS avait signalé qu'entre le 3 novembre et le 19 décembre 4 249 rapports d'évènements indésirables post vaccin Pfizer avaient été signalés chez des enfants âgés de 5 à 11 ans.

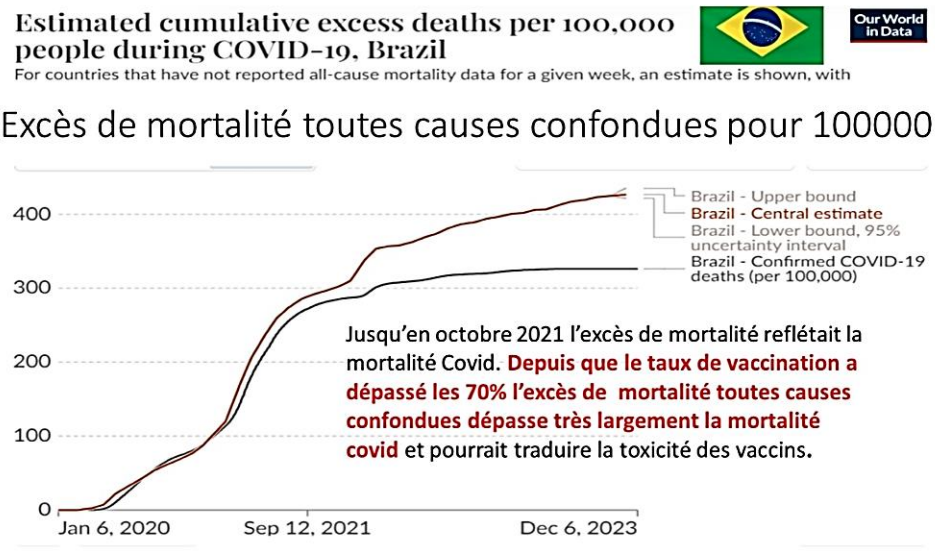


Au *24 juin 2022*, alors que les injections n'étaient pas autorisées au moins de 5 ans, le VAERS recensait déjà près de *60 000 effets secondaires des injections Pfizer chez les moins de 17 ans* dont plus de 1500 réactions allergiques sévères, près de 4 000 hospitalisations, *1 335 myocardites et 125 décès :*

VAERS COVID VACCINE REPORTS IN CHILDREN 5-17 YRS	TOTAL JUNE 24th 2022
DEATHS	125
INJURIES REPORTED	50,400
HOSPITALISED	3,986
MYOCARDITIS	1,335
PERMANENTLY DISABLED	462
LIFE THREATENING	623
SEVERE ALLERGIC REACTIONS	1,506
THROMBOCYTOPENIA	186
BELL'S PALSY	209
CEREBRAL HAEMORRHAGE	25
GUILLAIN BARRÉ/PARALYSIS	75

Le 6 mai 2021, devant le Sénat du Texas le Dr Angelina Farella, a déclaré sous serment :
« *Nous n'avons jamais vu un tel niveau d'effets secondaires pour un vaccin sans que la FDA ne prenne des mesures* »… « Le vaccin contre le rotavirus a été retiré pour 15 cas d'effets secondaires non létaux et le vaccin contre la grippe porcine a été retiré pour 25 décès.
Mais maintenant, selon les propres données du CDC, nous constatons une augmentation de 12 000 % des décès avec ces vaccins et ils parlent toujours de le donner à nos enfants… Il faut stopper immédiatement son administration pour sauver nos enfants ».

Le 28 novembre 2023, lors d'un débat sur l'approvisionnement en médicaments au sein de la Première Commission du Sénat, le nouveau ministre colombien de la santé et de la Protection sociale, Guillermo Alfonso Jaramillo a déclaré :
« T*ous les Colombiens vaccinés [contre le covid-19] ont servi à la plus grande expérience jamais réalisée dans toute l'histoire de l'humanité. « Nous ne pouvons pas continuer à expérimenter avec la communauté colombienne. »*
Au Brésil, après la généralisation des vaccins anti-Covid est apparue une surmortalité toutes causes confondues, importante et chronologiquement liée aux rappels vaccinaux suspectée de traduire leur toxicité retardée.



Avec un risque quasiment nul que les enfants meurent du COVID-19 et une augmentation importante des décès après ces vaccins et, il n'y a aucune justification pour de telles injections chez l'enfant et encore moins de leur imposer.

Nous restons à votre disposition, Mr le Président et chers citoyens brésiliens pour tout complément d'information qui s'avèrerait nécessaire.

Dre Nicole DELÉPINE, cancérologue
Dr Gérard DELÉPINE, cancérologue
Mondialisation.ca, 15 décembre 2023

La source originale de cet article est Mondialisation.ca
Copyright © Dre Nicole Delépine et Dr Gérard Delépine, Mondialisation.ca, 2023

Nicole Delépine Pédiatre, cancérologue, ancienne chef de service de cancérologie pédiatrique à l'hôpital R Poincaré Garches APHP France Site www.docteurnicoledelepine.fr et site ametist.org pour la défense des enfants atteints de cancer

Les données néo-zélandaises confirment : 3 X plus de morts après injections covid19

Hervé Seligmann a analysé les données livrées par le lanceur d'alerte néo-zélandais Barry Young.
Ces données confirment que les injections Covid tuent ! jusqu'à dix fois plus de mortalité à court terme, 3 fois plus à moyen terme et le long terme reste inconnu ;
Ces données sont un SCOOP au sens que ce sont les premières données qui contiennent des informations par individu et incluant le statut vaccinal !
CES DONNEES CONFIRMENT LE LIEN DE CAUSALITE ENTRE LES INJECTIONS ET LA MORTALITE
Merci à Barry Young.

Voici sa publication : researchgate

En voici la traduction :

Surmortalité à long terme après les injections de COVID19 en Nouvelle-Zélande

Résumé

Une vaste base de données divulguée en Nouvelle-Zélande permet d'explorer toutes les causes de mortalité après les injections de Covid19. Pour les injections 1 à 3, les taux quotidiens de mortalité après injection comportent deux périodes distinctes.

La première période commence dès l'injection. *La surmortalité quotidienne augmente rapidement pour atteindre 4 à 10 fois la mortalité attendue* ajustée selon l'âge, puis diminue jusqu'à atteindre un taux journalier stable. Cette première période dure environ 180, 250 et 315 jours pour les injections 1, 2 et 3.

La deuxième période avec des taux journaliers de mortalité stables se caractérise par un retour à la mortalité normale attendue pour les 1ères injections, et une surmortalité journalière stable 2 à 4x le taux de mortalité normal attendu pour les injections 2-4. Les causes des deux périodes distinctes restent inconnues. La durée de la deuxième période avec des taux de mortalité stables reste inconnue et nécessitera des données similaires pour les périodes ultérieures.

Introduction

Un lanceur d'alerte néo-zélandais a publié fin octobre 2023 des données sur environ 4 millions d'injections, y compris les dates d'injection et de décès. Ici, les analyses explorent la chronologie des effets de ces injections sur la mortalité toutes causes confondues. Des analyses antérieures sur ce sujet utilisaient des informations hebdomadaires au niveau de la population sur la mortalité toutes causes confondues et les taux d'injection**.** *Les données divulguées en Nouvelle-Zélande permettent un examen des effets des injections au niveau individuel* (plutôt qu'au niveau de la population). Le tableau 1 décrit les données disponibles.

Dose	N	N mort
1	967154	11623
2	1034808	13681
3	1048575	21826
4	762241	15541
5	369371	3686
6	6633	94
7+	108	4

Tableau 1. Tailles des échantillons de données disponibles sur les injections uniques de COVID19 dans les données néo-zélandaises divulguées.

Méthodes

Un point crucial dans l'analyse de ces données est de se concentrer sur les effets d'injections spécifiques (1ère, 2ème, etc.). Cela nécessite d'analyser uniquement les données des individus qui, après une injection donnée, n'ont pas continué à recevoir des injections supplémentaires.

Le site VaersAware.com décrit cela pour les cas de décès en fonction du nombre de jours écoulés depuis l'injection, en particulier pour les personnes n'ayant pas reçu d'injections supplémentaires au-delà d'une injection focale (https://www.vaersaware.com/new-zealand) (*Injection 1, 1 150 décès ; injection 2, 3 084 décès ; injection 3, 14 478 décè**s***).

L'exploration des taux de mortalité nécessite le nombre total d'individus dans chaque échantillon, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas reçu d'injections supplémentaires au-delà de l'injection focale. Ces informations ne sont pas disponibles sur VaersAware.com.

Résultats

Qualité de la base de données

La base de données se compose de feuilles de calcul Excel dans *lesquelles chaque ligne correspond à une seule injection et d'un numéro d'identification pour chaque individu*. Si un individu a reçu deux doses seulement, son identifiant apparaîtra deux fois, une fois pour la dose 1 et une fois pour la dose 2, mais pas pour les doses supplémentaires.

Il n'y a eu que 23 cas où le même identifiant avait le même numéro de dose. Dans tous ces cas, les dates de naissance étaient identiques. Les lignes avec un identifiant et un numéro de dose identiques différaient dans quelques cas dans lesquels le vaccin avait été injecté *(par exemple, Pfizer vs Astrazeneca, suggérant des erreurs d'enregistrement dans le type de vaccin),* dans les autres cas, les dates d'injection étaient très différentes, la date ultérieure étant souvent plus longue, plus d'un an après la date la plus ancienne *(ce qui suggère une erreur dans l'enregistrement du numéro de dose*). Pour 4 cas, la date d'injection était postérieure à la date de décès, ce qui suggère que ces dates étaient inversées. Étant donné que la base de données comprend plus de 4 millions de lignes, ces deux types d'erreurs sont extrêmement rares, ce qui signifie une *haute qualité des données*.

Mortalité de base ajustée selon l'âge

Afin de détecter les effets des injections sur la mortalité toutes causes confondues, la mortalité des personnes injectées doit être comparée à la mortalité toutes causes confondues pour la même répartition par âge que l'échantillon injecté, mais sans injection. Ceci est calculé en utilisant le taux de mortalité annuel pour chaque classe d'âge de 0 à 99 ans, pour la population néo-zélandaise de 2020 (https://www.stats.govt.nz/information-releases/new-zealand-cohort-life-tableaux-mars-2023-update/).

La mortalité annuelle attendue pour un échantillon d'individus injectés est calculée en additionnant le produit du taux de mortalité et du nombre d'individus dans chaque classe d'âge sur toutes les classes d'âge et en divisant cette somme par la taille de l'échantillon. Le taux de mortalité quotidien toutes causes attendues/normales/témoins est obtenu en divisant ce taux annuel par 365.

Mortalité quotidienne toutes causes confondues avec une seule injection par rapport aux autres

La base de données a été triée pour détecter tous les numéros d'identification qui apparaissent uniquement avec l'injection 1, vraisemblablement des individus qui n'ont reçu aucune injection supplémentaire au-delà de la première injection. Ceci définit l'échantillon d'injection 1 uniquement. Le même processus a été effectué pour les injections 2, 3 et 4.

La figure 1 représente *le rapport entre les décès quotidiens* observés pour les personnes ayant reçu une seule injection *et le taux de mortalité* attendu pour la population néo-zélandaise de 2020 en supposant la même répartition par âge que pour l'échantillon d'individus n'ayant reçu qu'une seule injection.

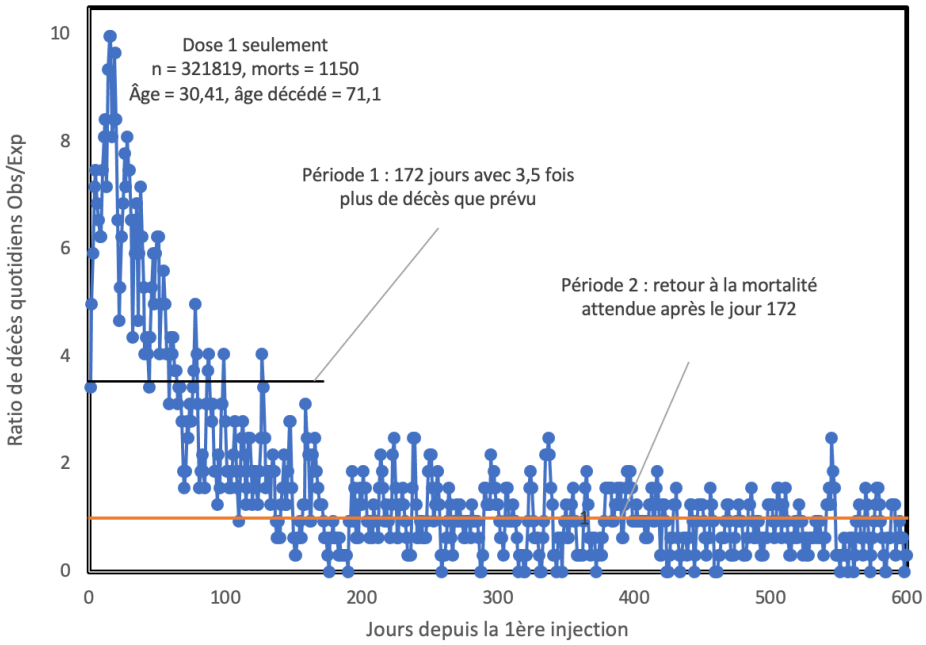


Figure 1. *Rapport entre les décès quotidiens observés et attendus en fonction du nombre de jours depuis la première injection*. Les données de chaque jour sont lissées à des fins de présentation. Il s'agit de la moyenne mobile de ce jour, du jour précédent et du jour suivant.
La ligne orange indique le ratio 1, ce qui signifie que les attentes et les observations sont identiques. Les données au-dessus de la ligne indiquent une surmortalité, et en dessous de cette ligne, une mortalité inférieure à la normale.
La figure 1 montrent *deux périodes en relation avec la surmortalité (les surmortalités se situent au-dessus de la ligne orange)*.
Jusqu'au jour 172 environ après la première injection, il existe une surmortalité, caractérisée par une augmentation rapide de la mortalité quotidienne juste après l'injection, suivie d'une diminution plus lente de la mortalité. Après le jour 172, la mortalité atteint globalement la ligne de base attendue prévue à partir de la mortalité témoin néo-zélandaise en 2020.

Une seule injection ou absence d'enregistrement des doses ultérieures ?
Le tableau 1 indique que *plus de 300 000 personnes ayant reçu la première injection n'ont aucune trace dans la base de données des injections ultérieures*. Cela représente environ un tiers de l'échantillon d'individus enregistrés lors de la première injection dans la base de données. *Cela contredit les déclarations selon lesquelles 1,16 pour cent des personnes ayant reçu la première injection n'ont pas reçu la deuxième injection.*
https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_vaccination_in_New_Zealand .
Il est difficile de déterminer si cela est dû à l'absence d'enregistrements d'injections supplémentaires dans la base de données, ou si la base de données est biaisée en faveur des personnes réticentes à recevoir des injections supplémentaires. Une fonction possible de la base de données aurait pu être de répertorier les personnes réticentes au rappel, expliquant la proportion beaucoup plus élevée d'individus ayant reçu une seule injection que dans la population en général.

La figure 2 est identique à la figure 1 mais représente en plus de la mortalité quotidienne chez ceux qui ont reçu uniquement la première injection, a mortalité quotidienne chez les individus ayant reçu la première injection ainsi que des injections supplémentaires.

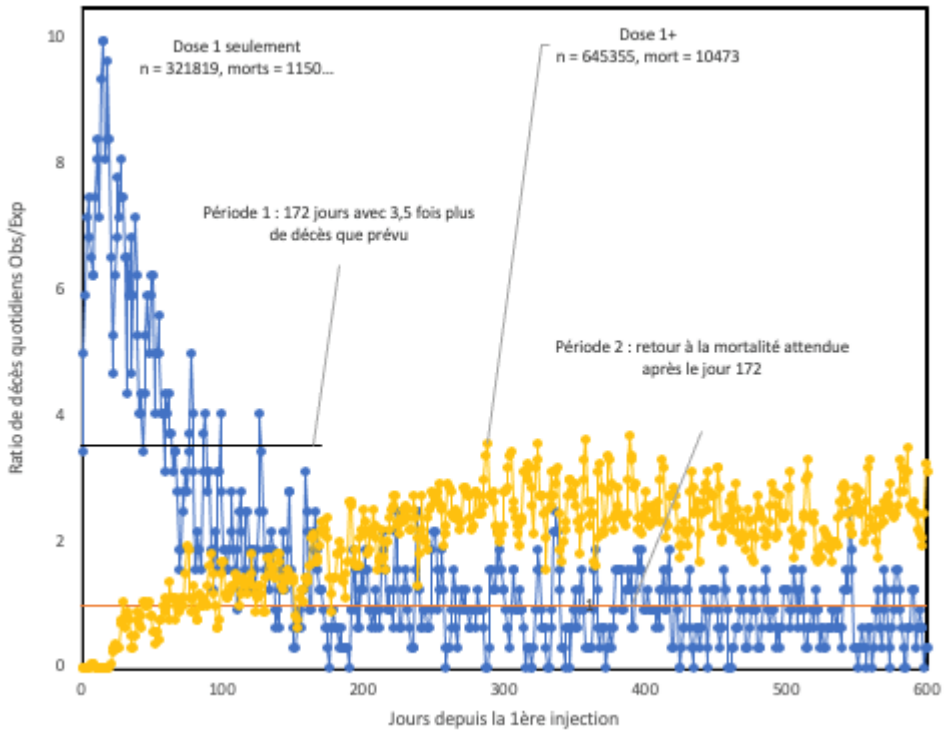


Figure 2. Rapport entre les décès quotidiens observés et attendus en fonction du nombre de jours depuis la première injection. Les données de chaque jour sont lissées à des fins de présentation. Il s'agit de la moyenne mobile de ce jour, du jour précédent et du jour suivant. La ligne orange indique le ratio 1, ce qui signifie que les attentes et les observations sont identiques. Les données au-dessus de la ligne indiquent une surmortalité, et en dessous de cette ligne, une mortalité inférieure à celle attendue. *Les données jaunes concernent les personnes ayant reçu la première injection ainsi que des injections supplémentaires*. À noter que la mortalité est nulle pour la ligne jaune jusqu'au 21ème jour après la première injection.

Les schémas de mortalité illustrés dans la figure 2 pour ceux qui ont reçu plus d'une injection *(en jaune sur la figure 2)* diffèrent considérablement de ceux qui n'ont reçu que la première injection *(en bleu sur la figure 2)*. Cette observation suggère que l'échantillon présumé sans dose supplémentaire après la première injection n'est pas ou peu contaminé par des individus ayant reçu des injections supplémentaires dont les injections supplémentaires au-delà de la première injection n'ont pas été enregistrées dans la base de données disponible.

De même, l'échantillon des individus ayant reçu des injections supplémentaires au-delà de la première injection n'est pas ou peu contaminé par les individus ayant arrêté les injections au-delà de la première injection, car la mortalité est nulle pour cet échantillon jusqu'au 21ème jour après la première injection. En effet, le délai minimum entre la première et la deuxième injection est de 3 semaines. Par conséquent, on ne s'attend à aucun décès pendant cette période pour les personnes ayant reçu plus d'une injection.

La mortalité quotidienne en jaune est bien inférieure à celle de l'échantillon avec seulement la première injection, jusqu'à 80-100 jours après la première injection. La mortalité est beaucoup plus élevée pour ceux qui n'ont pas reçu de deuxième injection que pour ceux qui ont reçu une deuxième injection, entre 22 et 80 à 100 jours après la première injection.

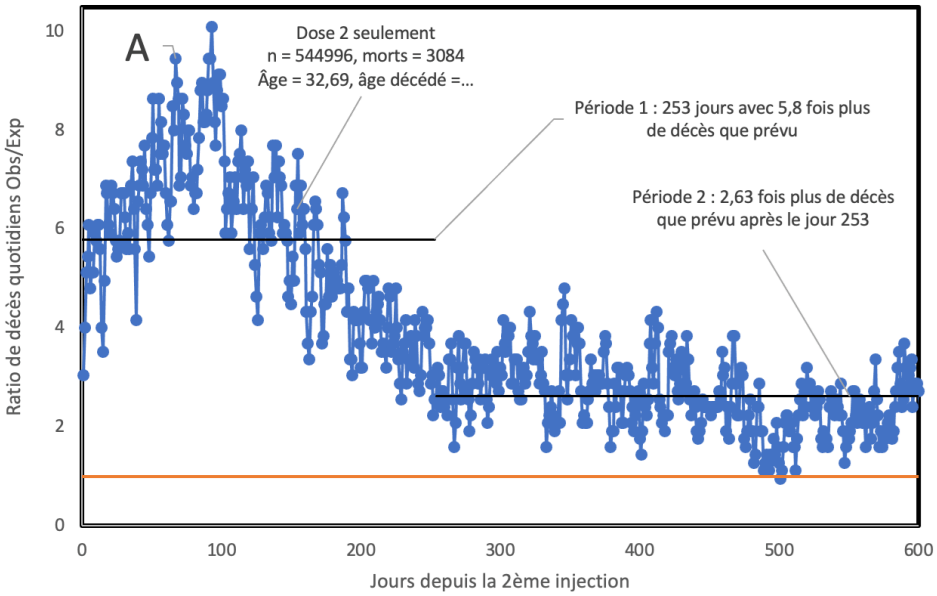
Ceci suggère que ceux qui n'ont pas reçu de deuxième injection ont eu des événements indésirables, autre que la mort, qui ont conduit à la décision de ne pas effectuer d'injections supplémentaires.

Pour l'échantillon avec injections supplémentaires, *le taux de mortalité augmente du jour 100 au jour 200 après la première injection jusqu'à environ 3 fois la mortalité quotidienne attendue* pour une population comparable non injectée.

En principe, 180 jours correspondraient approximativement à la troisième injection.

Surmortalité pour les deuxième et troisième injections

Les figures 3A et 3B représentent respectivement les taux de mortalité pour ceux qui n'ont reçu que deux 3A et que trois injections 3B.



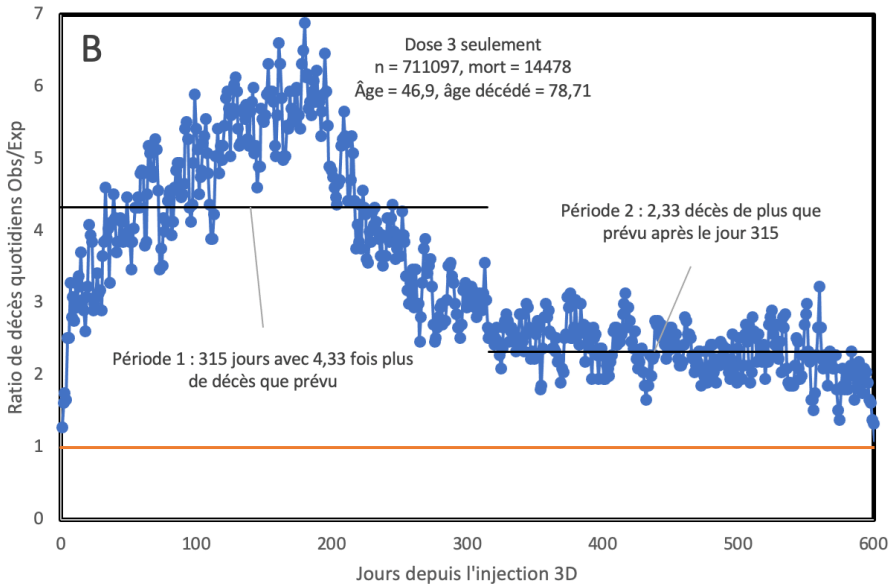


Figure 3. Rapport entre les décès quotidiens observés et attendus en fonction du nombre de jours écoulés *depuis la deuxième injection A et la troisième injection B*. Les données de chaque jour sont lissées à des fins de présentation. Il s'agit de la moyenne mobile de ce jour, du jour précédent et du jour suivant. La ligne orange indique le ratio 1, ce qui signifie que les attentes et les observations sont identiques. Les données au-dessus de la ligne indiquent une surmortalité, et en dessous de cette ligne, une mortalité inférieure à celle attendue. Les tendances de surmortalité après seulement la deuxième et la troisième injection sont similaires à celles décrites pour la première injection uniquement (Figure 3A, B / Fig1).

Pour tous, le *taux de mortalité augmente immédiatement après l'injection*, atteint un maximum après *16 (première injection), 93 (deuxième injection) et 180 jours (troisième injection).*

Dans les trois cas, après ce maximum, le taux de mortalité diminue jusqu'à un niveau globalement stable pour le reste de la période couverte par les données, après les jours 172, 253 et 315 pour les injections 1, 2 et 3.

Pour la 2eme période, le ratio entre mortalité observée et attendue se stabilise à 1 pour la 1ère injection *(aucune surmortalité), à 2,63 pour la 2ème injection* **et à** *2,33 pour la 3ème injection.*

On ne peut pas savoir si ces niveaux stables perdureront au-delà de la période couverte par la base de données.

Discussion générale

Les observations rapportées ici montrent clairement deux phases dans les effets des injections, **une** *première période avec une surmortalité élevée et évoluant rapidement*, et une *deuxième phase avec une surmortalité stable et plus faible.*

Il n'y a pas de surmortalité après 172 jours pour ceux qui n'ont reçu qu'une seule injection.

*La durée de la première période de mortalité élevée et évoluant rapidement augmente avec les injections, de 172 à 315 jours***.**

À ce stade, il n'existe aucune explication sur les causes de ces phases très distinctes d'effets des injections sur la mortalité. Cela pourrait refléter la désintoxication de certains composants des injections jusqu'à la fin des premières périodes. Cela pourrait aussi traduire une surréaction à l'injection qui se stabilise ensuite durant la seconde période avec une mortalité stable.

Pour la première injection, la première période d'augmentation rapide, puis de diminution de la mortalité rappelle les schémas observés pour les taux de positivité au Covid19 après la première injection dans un large échantillon d'Israël *(Figure 4, données de Dagan et al 2021)*. Dans la Figure 4, les infections au Covid19 augmentent dès la première injection, atteignent un maximum le 10e jour après l'injection et diminuent jusqu'à revenir, après 3 semaines, au taux initial d'avant la première injection. Cette augmentation des infections dès la première injection a été interprétée comme le reflet d'une fragilisation globale du système immunitaire par l'injection. Ceci et d'autres effets d'un système immunitaire fragilisé entraîneraient la mort dans certains cas, retardée de quelques jours par rapport au moment de l'infection. Les taux d'infection maximaux se situent au jour 10 après la première injection sur la figure 4, les taux de mortalité maximaux sur la figure 1 se situent au jour 16 après la première injection. La diminution de la mortalité après le 16e jour pour revenir aux taux de contrôle normaux dure du jour 16 au jour 172 après la première injection, les effets sur les taux d'infection au Covid19 disparaissent après 21 jours dans la figure 4.

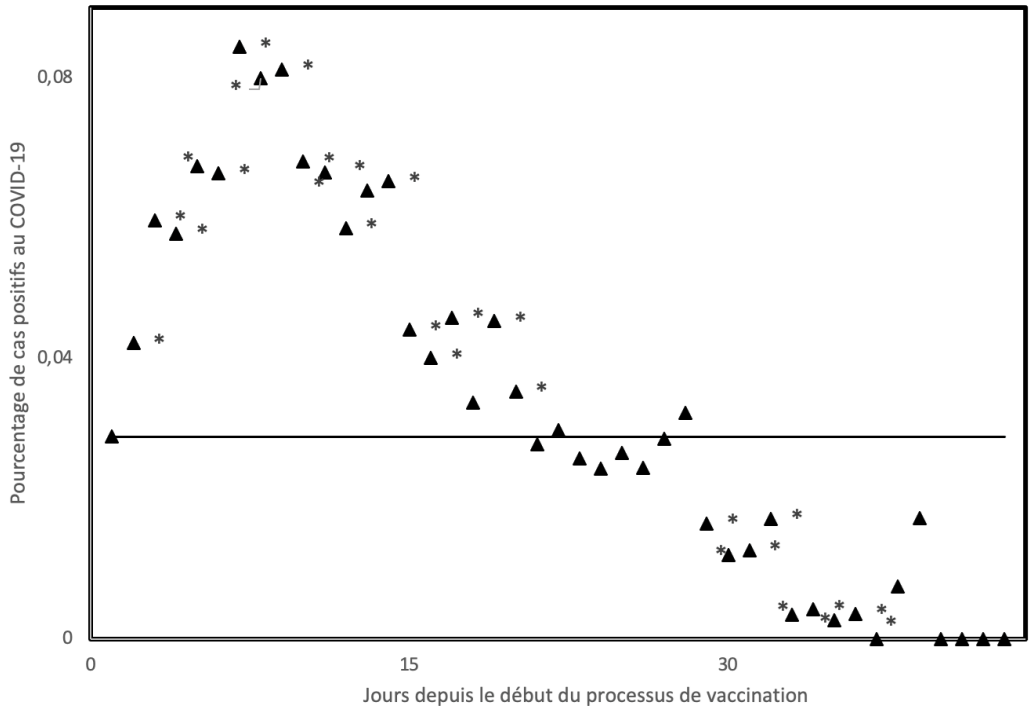


Figure 4. Incidences quotidiennes des personnes vaccinées contre le Covid-19 par rapport aux jours écoulés depuis la première injection (ligne horizontale : incidence du Covid-19 au premier jour.)

* : P < 0,05 par rapport à la ligne de base. Données du tableau supplémentaire de Dagan et al 2021. Vaccin BNT162b2 à ARNm Covid-19 dans un cadre de vaccination de masse à l'échelle nationale. N Eng J Med 2021 ; 10.1056/NEJMoa2101765.

Les tendances pour la première injection dans la Figure 1 correspondent assez bien au nombre de décès après la première injection du VAERS (Vaccine Adverse Event System).

D'après les data du VAERS, les décès sont les plus fréquents au cours des premières semaines après la première injection, puis décroissent, comme dans la figure 1. Ceci, bien que le VAERS s'appuie sur l'auto-

déclaration, ce qui entraîne une sous-déclaration et d'autres biais, tels que l'augmentation de la sous-déclaration à mesure que le temps écoulé depuis l'injection s'allonge.
Cette troisième méthode, basée sur la mortalité toutes causes *(de euromomo.eu)* et sur des comparaisons de taux d'injection entre populations, mais sans informations sur les décès et les injections pour des individus spécifiques, produit également des schémas similaires, avec *des taux de surmortalité hebdomadaires élevés associés à des taux d'injection hebdomadaires élevés au cours des premières semaines après la première injection*.
Cette méthode détecte également la surmortalité associée aux injections après la semaine 20, soit le jour 140 après la première injection, ce qui coïncide approximativement avec la stabilisation de la surmortalité chez les personnes ayant reçu plus d'une injection. Cependant, dans cette étude basée sur la population, les injections semblent avoir des effets protecteurs car elles sont associées à une mortalité toutes causes confondues plus faible que prévue entre les semaines 6 à 19 (jours 42 à 133) après la première injection. *Les écarts entre les résultats obtenus par différentes méthodologies méritent des investigations plus approfondies.*
Les similitudes indiquent que toutes les méthodes produisent des résultats utiles, en particulier lorsque des données impartiales ne sont pas disponibles.

Hervé SELIGMANN , 14 XII 2023

https://depeches-citoyennes.com/nos-videos/les-donnees-neo-zelandaises-confirment-3-x-plus-de-morts-apres-injections-covid19

Explosion de turbo-cancers chez les médecins canadiens vaccinés à 99,9 %

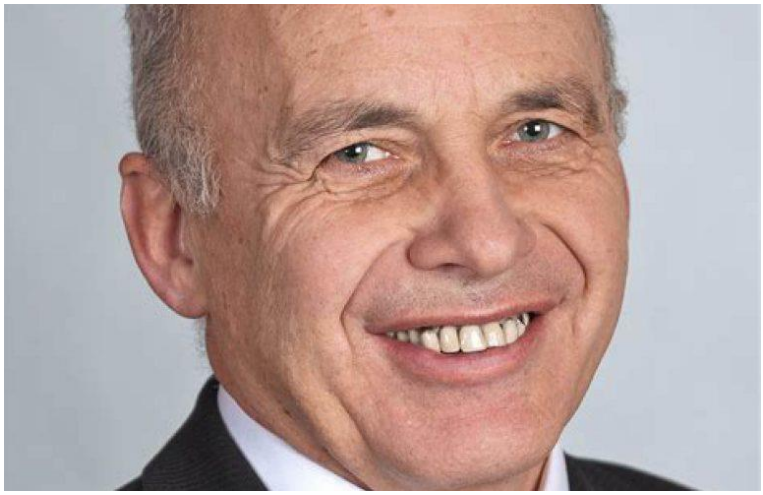
Le Dr William Makis est un médecin canadien spécialisé en radiologie, en oncologie et en immunologie.

L'oncologue William Makis qui a diagnostiqué plus de 20 000 patients atteints de cancer au cours de sa carrière, déclare :
« Je n'ai jamais rien vu de tel… je n'ai jamais vu de cancers du sein de stade 4 chez des femmes d'une vingtaine d'années. Je n'ai jamais vu de cancers du côlon au stade 4 chez des hommes et des femmes de 20 à 30 ans. Des leucémies qui vous tuent en quelques jours, voire en quelques heures, après le diagnostic. »

Dr. William MAKIS
Médecin canadien spécialisé en radiologie, en oncologie et en immunologie. Médaille du Gouverneur général, boursier de l'Université de Toronto. Auteur de plus de 100 publications médicales évaluées par des pairs.
Mondialisation.ca, 23 janvier 2024

Ex-président suisse: « La politique Covid, une hypnose de masse »

.



Un an après sa démission du gouvernement, l'ex-conseiller fédéral et président suisse Ueli Maurer, 73 ans, se lâche de plus en plus contre la politique sanitaire suisse durant la crise Covid, son sujet favori. Et contre les mass médias qui ont suivi les autorités et les pharmas « sans aucun esprit critique », a-t-il déclaré à la chaîne internet Hoch2.tv fin décembre 2023.

Lorsqu'il était ministre, Maurer n'avait jamais caché ses réticences contre la gestion de l'épidémie menée par ses collègues. Aujourd'hui, il affirme clairement : « La pandémie était une hypnose de masse » et une « hystérie » sciemment attisée.

« Il était évident dès le début que ce n'était pas si grave »

Maurer est membre de l'Union démocratique du centre, un parti nationaliste qui a recueilli 28% des voix aux élections d'octobre 2023. Même s'il a été désavoué par plusieurs ténors de son parti, il reflète largement les vues d'une bonne partie des électeurs et des élus de l'UDC, ainsi que des 40% de votants suisses qui ont par trois fois refusé l'extension des pouvoirs du gouvernement pour gérer la crise sanitaire.
Le journal NZZ am Sonntag (édition dominicale de la Neue Zürcher Zeitung) a compilé ses déclarations récentes et les réactions tant au sein de l'UDC que dans le monde politique suisse. « Il était en réalité évident dès le début que cela ne pouvait pas être aussi grave que ce qui a été présenté », estime l'ex-conseiller fédéral.

« L'industrie pharmaceutique était derrière tout ça »

« L'industrie pharmaceutique était derrière tout ça, ils ont gagné de l'argent avec ça », en exploitant la peur, ajoute-t-il. Le Conseil fédéral a réagi selon lui de façon anxieuse et dépassé les bornes. « Nous avons fait croire que nous avions des vaccins absolument utiles », poursuit Maurer en affirmant que c'était surtout « des paroles en l'air ».

« Les médias n'ont jamais montré les deux côtés »

Mais les politiciens étaient également craintifs et ont réagi de manière excessive, déclare Maurer en parlant d'une « alliance contre nature » soutenue par les médias « sans aucun esprit critique ». L'ex-ministre qui reconnaît être opposé aux vaccins déplore d'avoir été dépeint comme un complotiste alors qu'il soulève des questions sur les enjeux cruciaux. Du coup, il s'exprime de préférence dans les médias alternatifs.
L'ensemble des « grands médias » propageaient tous la même chose, explique-il. Il prend aussi comme exemple « l'uniformité concernant cette guerre Ukraine-Russie. Là où on livre simplement des armes, on livre des armes, et il y a des morts ». Au lieu de montrer les deux côtés, les médias ont présenté un débat tronqué, accuse-t-il.

Tollé

Ses déclarations ont fait un tollé. « C'est une attaque violente contre l'une des industries les plus importantes et les plus prospères de notre pays », déclare à la « NZZ am Sonntag » le directeur de la santé argovienne Jean-Pierre Gallati, membre de l'UDC. Il ajoute : « Ueli Maurer n'est pas un expert dans ce domaine. Il contredit les plus grands spécialistes ».

La remise en question si radicale des décisions du gouvernement « est indigne d'un ex-conseiller fédéral », s'exclame la conseillère nationale socialiste Barbara Gysi, présidente de la Commission de sécurité sociale et de la santé publique.

Lukas Engelberger (Le Centre) qui préside la Conférence des directeurs de la santé (CDS), réfute l'idée de manipulation de la population et ajoute : « Les récents chiffres publiés par l'OMS indiquent que, rien qu'en Europe, la vaccination a sauvé 1,4 million de vies ».

Pour autant, la NZZ n'a pas jugé utile de confronter ces dires aux avis divergents d'experts opposés à la politique Covid des pays occidentaux et de l'OMS, experts qui contestent ce genre de chiffres.

Article du journal Le Matin

https://www.covidhub.ch/politique-covid-hypnose-de-masse/

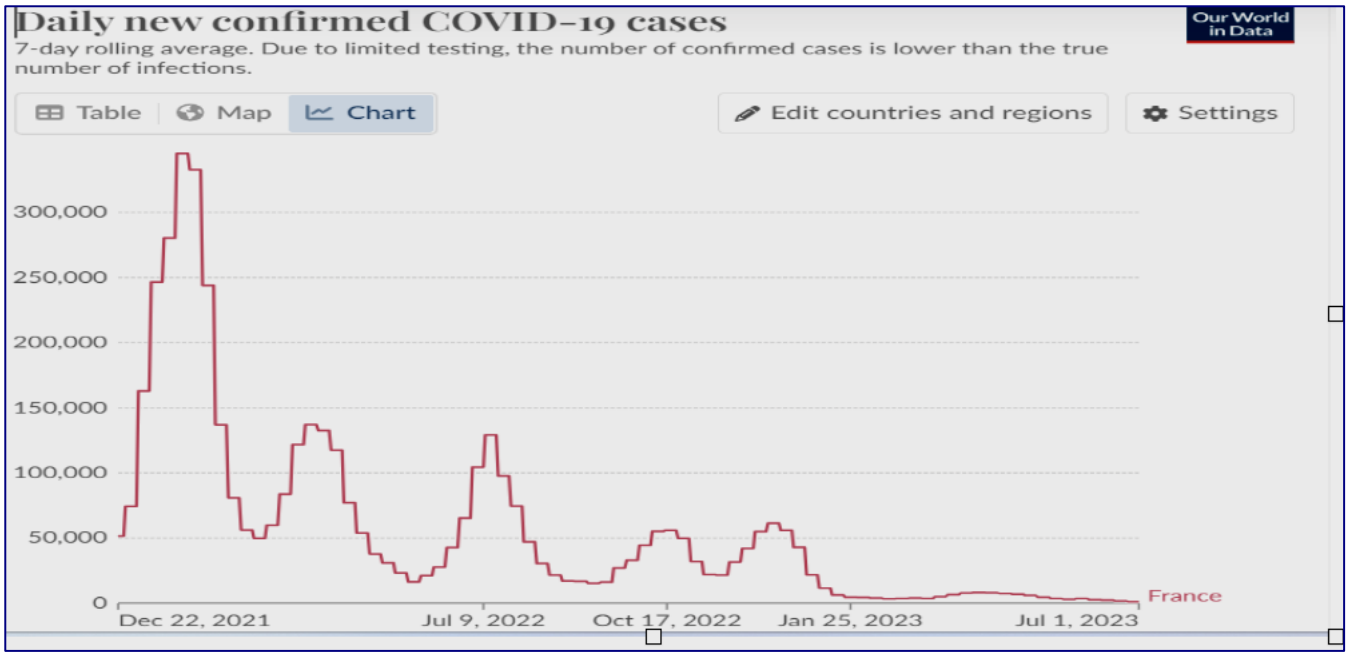
Les Français ont compris que les vaccins Covid-19 étaient inefficaces et dangereux et n'en veulent plus.

En février 2024, le ministère français de la santé continue de recommander les injections covid même aux enfants jeunes en prétendant que le Covid est menaçant [1].

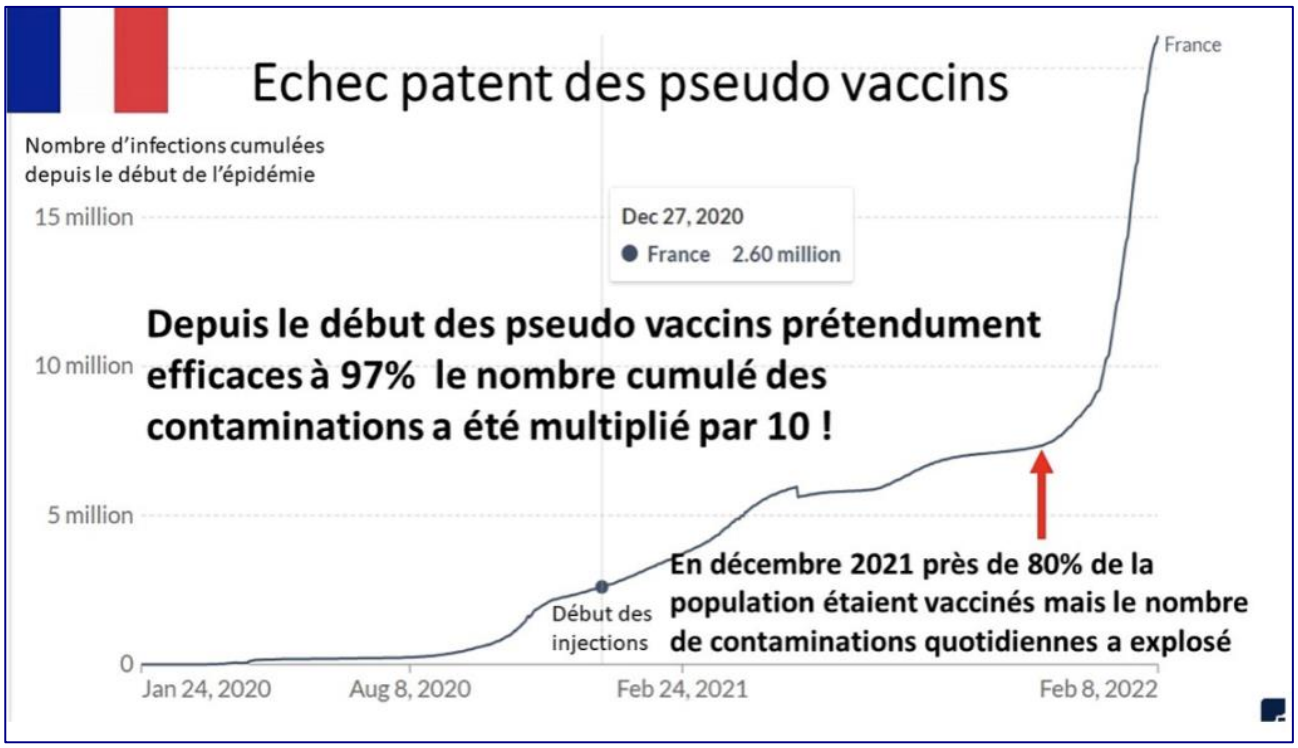
Pourtant, depuis la fin de la vague Omicron qui a conféré une solide immunité à la population, il n'existe que de très peu de nouveaux malades en France (moins de 1 000 par jour) comme le montre le graphique ci-dessous illustrant les données de l'OMS.

Mais les Français ont compris que ces injections étaient inefficaces et dangereuses en voyant autour d'eux des vaccinés être contaminés et faire des formes graves malgré les rappels ; certains ont également consulté les données publiées par l'OMS et les graphiques de l'Université John Hopkins montrant que loin d'être ralenties les contaminations ont augmenté après les pseudos vaccins.

Dès l'instauration des mesures covid les plus autoritaires une partie de la population s'est souvenue de l'occupation nazie durant laquelle la première défense des résistants était la fabrication de faux papiers car on ne peut pas être honnête avec les tyrans.



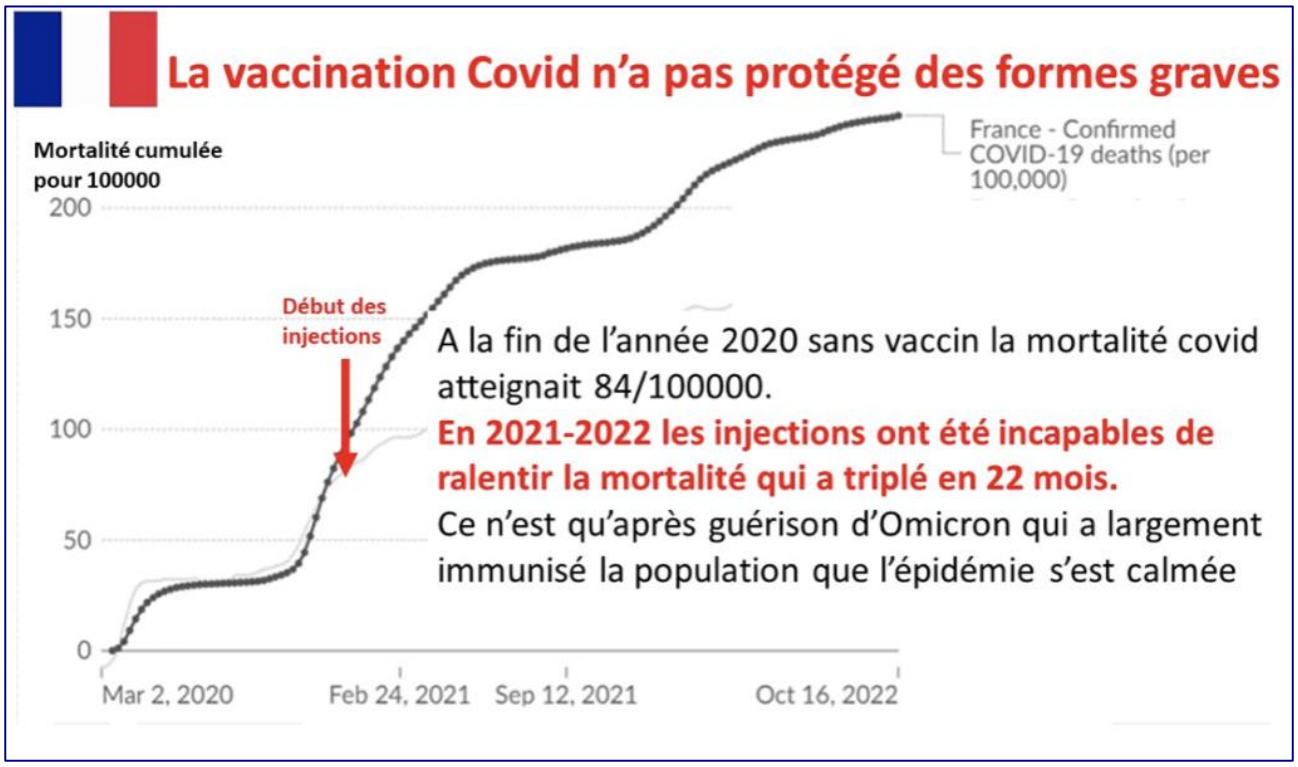
Faux pass, faux certificats de vaccination ont ainsi été utilisés par tous ceux qui le pouvaient, soit à 10 à 20% de la population (et plus dans certains départements comme le 93, c'est-à dire la Seine-Saint-Denis).
La discordance entre les affirmations du gouvernement et l'expérience quotidienne de la population a rendu cette dernière très méfiante et les stocks de vaccin ne trouvent plus preneurs même chez les personnes âgées de 65 ans et plus, dont moins de 30% ont suivi les injonctions gouvernementales récentes [2], le reste de la population refusant les injections anti-covid comme le montrent les données de l'OMS.
Le nombre quotidien très faible d'injections menace de mise au rebut près de 30 millions de doses achetées par la France qui pourraient bientôt rejoindre les 215 millions de doses déjà jetées en Europe, gaspillage dont le cout dépasse les 4 milliards d'euros [3].

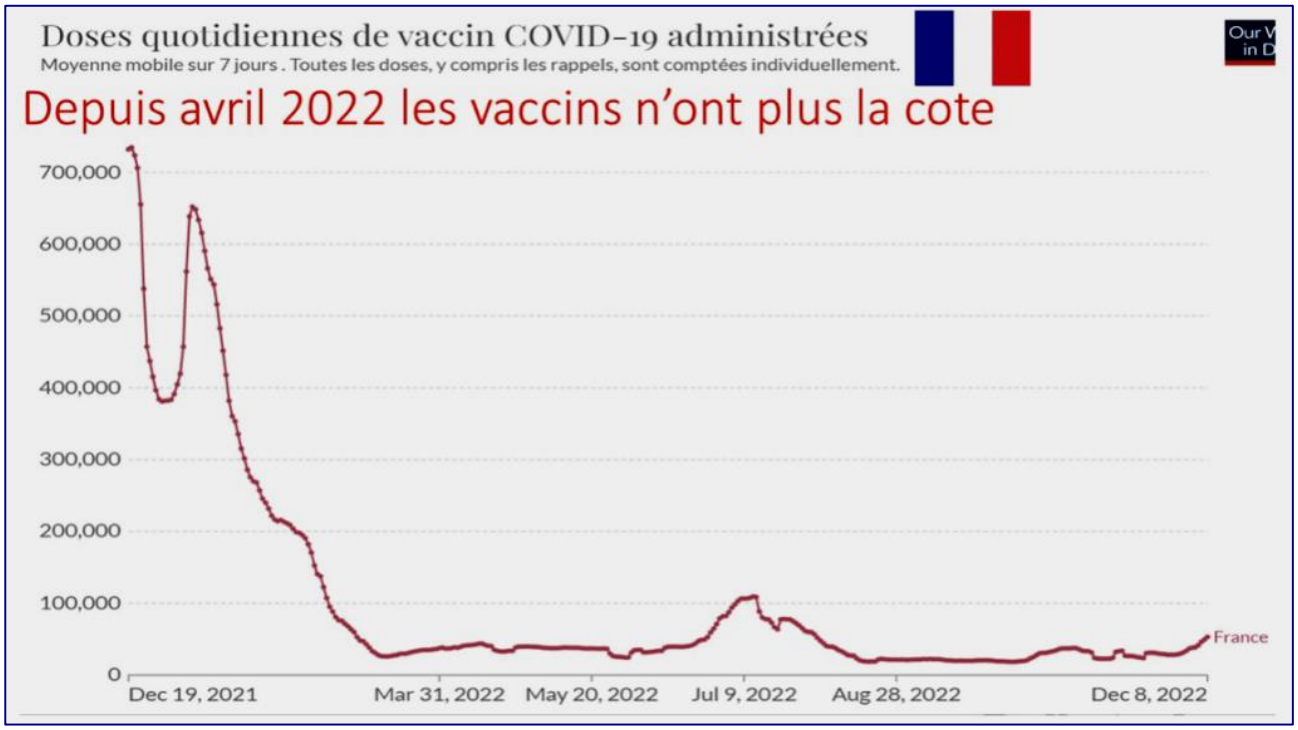


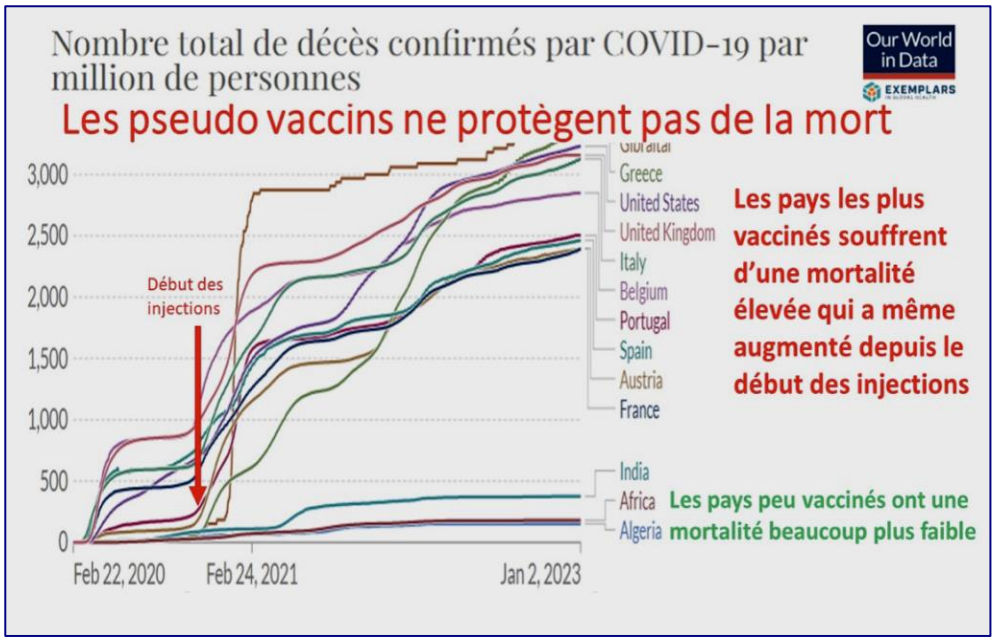
De la même manière la pseudo vaccination n'a pas diminué la mortalité bien au contraire.

En France, comme dans la plupart des pays occidentaux qui ont appliqué la politique de l'OMS du « tout vaccin et rien que le vaccin » la mortalité covid par million d'habitants est 20 à 200 fois plus forte que celle constatée

dans les pays pauvres d'Afrique qui ont été très peu vaccinés, l'âge jeune des populations africaines pouvant expliquer moins de 10% des différences de mortalité.
La propagande permanente des responsables de la gestion totalitaire de la crise, qui diffuse des pseudo études truquées prétendant que le confinement, les masques et les vaccins auraient sauvé des millions de personnes, vise à masquer leur responsabilité ne trompe plus grand monde.







La crédibilité de la parole publique et de la science en sont les premières victimes. Compte tenu des mensonges que continuent de diffuser les autorités il est probable que la défiance de la population envers elles ne soit pas prête à disparaître et les grandes peurs des épidémies prochaines que tentent de créer l'OMS n'auront certainement pas le succès qu'a eu le corona Circus.

Dr Gérard DELÉPINE, chirurgien oncologue statisticien,
Mondialisation.ca, 21 février 2024

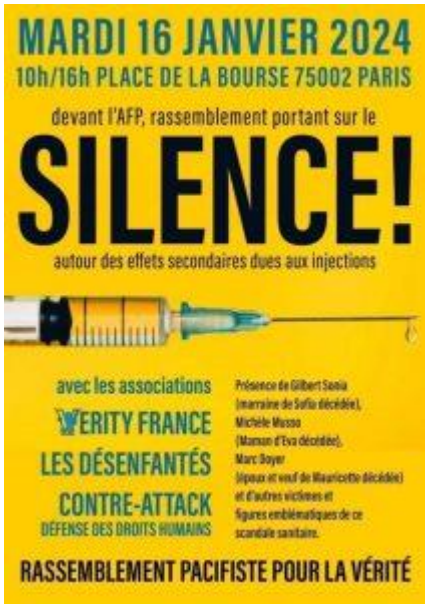
Notes :

1. La sécurité sociale prétend encore : « Il est toujours fortement recommandé aux personnes à risque de développer des formes graves du Covid-19 de recevoir des rappels, afin de maintenir leur immunité face au virus du Covid-19 à un niveau élevé. En raison de la montée du nombre de cas de Covid-19, la campagne de vaccination commence le 2 octobre 2023. Elle s'adresse également aux personnes non encore vaccinées. »
2. Santé Publique France Infections respiratoires aiguës (grippe, bronchiolite, COVID-19). Bulletin du 31 janvier 2024.
3. https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/politique-de-sante/plus-de-215-millions-de-vaccins-anti-covid-ont-ete-detruits-en-europe

La source originale de cet article est Mondialisation.ca
Copyright © Dr Gérard Delépine, Mondialisation.ca, 2024

Effets secondaires : la colère face au silence de la presse

Plusieurs associations de victimes des vaccins Covid s'allient pour protester contre le silence assourdissant de la presse francophone face à la thématique des effets indésirables. Une manifestation aura lieu mardi 16 janvier à 14h devant les locaux de l'Agence France Presse à Paris. De nombreux parents de victimes seront présents, notamment Marc Doyer, Gilbert Sonia et Michèle Musso. Le Professeur Christian Perronne sera également sur place, afin de soutenir les victimes et leur famille dans leurs revendications.



Dans ses voeux de bonne année, le Professeur Perronne, vice-président de l'association BonsensOrg, mais aussi ancien responsable de l'OMS pour la vaccination en Europe, a rappelé une fois de plus, les effets délétères des vaccins :

La mortalité augmente de façon très inquiétante depuis les campagnes « vaccinales » Covid, y compris chez les jeunes avec beaucoup de crises cardiaques, d'accidents vasculaires et de cancers d'évolution fulgurante. Cette surmortalité est reconnue, mais officiellement la cause est inconnue et l'on nous bloque l'accès aux données de santé qui sont devenues secret d'État ! La fertilité est en baisse et cela depuis quelques mois après le début des campagnes d'inoculation. La France, par nature optimiste, qui avait un des taux de natalité les plus élevés en Europe, fait beaucoup moins d'enfants.

Le cartel de la censure

Il a également dénoncé le rôle de ceux qu'il appelle les « médias de grand chemin » :
« Après la phase d'abnégation où les Français ont été terrorisés par des messages de peur incessants, de plus en plus de personnes se réveillent de ce cauchemar et ne lisent plus ou n'écoutent plus les médias de grands chemins. Ces médias n'existeraient plus aujourd'hui sans les milliards de subventions donnés par le gouvernement. »
Cette « trahison » médiatique déplorée par de nombreux Français s'inscrit aussi dans un contexte international. Dès le début de la pandémie, le 27 mars 2020, l'AFP avait rejoint un consortium de médias nommé le Trusted News Initiative (TNI) dont l'objectif était de contrôler toutes les informations concernant la crise sanitaire. Y figurent des géants de premier plan tels que la BBC, Reuters, le Wall Street Journal, la European Broadcasting Union, Microsoft, Facebook et Google. Le TNI entend contrôler le discours public en définissant une série de messages communs et en pourchassant « les fake news » de ceux qu'il désigne comme les acteurs de la désinformation. En janvier 2023, l'avocat et candidat aux élections américaines Robert Kennedy Jr., qui fait l'objet d'une censure systématique par ce groupe, a déposé une plainte contre le TNI sur base des lois anti-trust et du droit à la liberté d'expression consacré par la Constitution des États-Unis. L'affaire suit son cours, une condamnation de ces grandes corporations pourrait entraîner un changement significatif dans le discours médiatique sur les vaccins.

En attendant, à Paris et ailleurs, les victimes des injections sont de plus en plus nombreuses à manifester leur colère.

11 janvier 2024 ·

https://www.covidhub.ch/effets-secondaires-colere-silence-presse/

Face au silence et à l'inaction, les citoyens prennent la main

Des familles touchées par le Covid long ou par les effets indésirables des vaccins Covid et des professionnels échangent leurs expériences pour lutter contre ces maladies « ignorées de tous ».

Le 3 février prochain sera la journée des Rencontres citoyennes internationales autour du Covid long et des effets indésirables des vaccins anti-Covid. Au Palais des expositions à Vierzon, 30 associations et collectifs accueilleront le public interpellé par ces questions, en particulier les personnes touchées par la maladie et les professionnels de la santé et du droit.

Après avoir manifesté leur colère devant l'Agence France Presse face à l'omerta des médias sur les effets secondaires des vaccins, les associations de défense des victimes telles que Verity France s'organisent pour prendre les choses en main. Lors de cette journée inédite, le public pourra assister à des conférences et à des ateliers avec des scientifiques ou des médecins afin de s'informer sur les mécanismes de ces pathologies et les pistes de traitements disponibles. Plusieurs juristes aborderont également les sujets autour de la reconnaissance et l'indemnisation des victimes, ainsi que les différents recours possibles. De leur côté, les associations présenteront leurs différentes initiatives en soutien aux victimes.

Parmi les noms qui ont filtré, l'on retrouve Cécile Maïchak, l'organisatrice du Doctothon et de Dosumani, l'infectiologue Stéphane Gayet, le sociologue Laurent Mucchielli, auteur de « La doxa du Covid » et l'expert en biologie moléculaire et statisticien Hervé Seligmann. Ce dernier exposera à nouveau la corrélation manifeste entre la vaccination Covid et la surmortalité en population générale, à partir des données mondiales officielles. Les travaux de Seligmann ont montré de manière indéniable que :

Partout la mortalité toutes causes confondues augmente très rapidement dès le jour même de la vaccination. Elle atteint un pic au jour 16 pour redescendre 6 mois plus tard, au jour 172.

Et ces résultats pour le moins éloquents viennent d'être confirmés par l'analyse de 4 millions de données vaccinales individuelles, divulguées par le lanceur d'alerte Barry Young en Nouvelle-Zélande (voir aussi l'interview de Depêches citoyennes).

Des rencontres et un programme qui restent assez discrets afin d'éviter trop de représailles, mais qui promettent d'être fructueuses. […]

https://www.covidhub.ch/wp-content/plugins/pdfjs-viewer-shortcode/pdfjs/web/viewer.php?file=https://www.covidhub.ch/wp-content/uploads/2024/01/Programme-Vierzon.pdf&attachment_id=29321&dButton=true&pButton=true&oButton=false&sButton=true#zoom=auto&pagemode=none&_wpnonce=a778f914f8

Von der Leyen & Co accusés de crimes à La Haye

Les responsables des accords de pré-achat des vaccins entre la Commission et Pfizer à nouveau visés.

Mme von der Leyen et ses complices ont mis en danger la vie de 451 millions de citoyens européens et les ont livrés à une expérimentation médicale de masse, sans le moindre scrupule.
Une plainte vient d'être déposée auprès du Tribunal Pénal International de La Haye contre les responsables des accords sur l'achat des vaccins entre l'UE et Pfizer. Elle rejoint d'autres accusations judiciaires en cours sur cette affaire. Bill Gates, Tedros Ghebreyesus, Albert Bourla et d'autres poids lourds sont mis en cause.

Violations du code de Nuremberg
En date du 28 novembre, deux associations allemandes, GemeinWohlLobby et l'organisation pour les droits humains United For Freedom, ont déposé une plainte pénale auprès du Tribunal pénal international de La Haye contre les principaux responsables de l'accord de pré-achat entre l'UE et BioNTech/Pfizer. Cette plainte s'appuie notamment sur le texte non caviardé du 1er contrat d'achat entre la Commission et Pfizer/BioNTech, qui avait été publié par des journalistes italiens.
Les représentants des associations, Marianne Grimmenstein-Balas et Uwe Kranz, un expert auprès d'Europol dans le domaine des organisations criminelles, ont dénoncé des violations du code de Nuremberg, des crimes contre l'humanité et des crimes génocidaires par les personnalités considérées comme les plus influentes dans ce dossier. Pour les plaignants, les actions des personnes visées ont permis qu'un vaccin, dont l'efficacité et la sécurité ne sont pas connues, mais qui peut entraîner la mort, la maladie et l'invalidité, soit autorisé par l'Agence européenne des médicaments et administré à des millions d'européens.
Les plaignants affirment qu'en raison de l'amplitude et du caractère des crimes, les procédures pénales nationales sont insuffisantes. Ils évoquent notamment le fait que dans le contrat signé avec BioNTech/Pfizer, la Commission européenne a placé l'utilisation du vaccin à ARNm « sous la seule responsabilité des États membres » en exonérant la société pharmaceutique de tout type de responsabilité. Leur but est d'obtenir le retrait des autorisations accordées aux vaccins Covid.

Huit « grands » responsables
Huit personnes sont accusées d'avoir joué un rôle déterminant dans ces crimes présumés :
Premier visé, le directeur général de l'OMS, *Tedros Adhanom Ghebreyesus,* à qui l'on reproche d'avoir déclaré une pandémie mondiale et émis des recommandations qui ont poussé à l'autorisation en urgence des vaccins à ARNm en Europe. Pour les porteurs de la plainte :
le directeur de l'OMS porte la responsabilité principale de l'utilisation rapide de vaccins expérimentaux avec des risques inconnus.

Sans surprise, *Albert Bourla*, le PDG de Pfizer, est également au banc des accusés, vu son rôle clé dans les négociations secrètes avec *Ursula Von der Leyen :*

Von der Leyen remet le prix de l'Atlantic Council à Albert Bourla

il était au courant que 158 000 signalements d'effets secondaires graves avaient été rapportés dans les essais de Pfizer, des chiffres qui auraient dû mettre fin au projet de commercialiser le vaccin.

Nanette Cocero, la présidente du groupe pour la division vaccins de Pfizer, est aussi citée dans cette action :

elle était responsable du développement, de la commercialisation et de la livraison de plus de 2 milliards de doses de vaccins, elle ne pouvait ignorer les graves problèmes qui y étaient déjà associés.

Les plaignants s'en prennent aussi à *Emer Cooke*, directrice de l'Agence européenne des médicaments (EMA), pour avoir, en substance, trompé le public et les autorités en affirmant que l'agence avait procédé à une évaluation approfondie du vaccin, et l'avait déclaré sûr, selon le respect de ses propres normes, alors que ce n'était manifestement pas le cas.

Au niveau national, c'est au président de l'Institut Paul Ehrlich, *Klaus Cichutek*, que les aAllemands reprochent en substance de ne pas avoir rempli les obligations de vérifier la qualité des lots de vaccins Covid. L'Institut n'a apparemment effectué aucun véritable travail en ce sens et s'est contenté de se fier aux déclarations de l'EMA.

Bill Gates est le suivant sur la liste, en raison de la manière dont il a influencé l'OMS et la presse pour pousser au développement de nouvelles technologies vaccinales qu'il a promues et dont il a tiré des milliards de profit.

Les plaignants rappellent que :

la Fondation Bill & Melinda Gates a investi 55 millions de dollars dans BioNTech en septembre 2019 pour développer de nouveaux vaccins (soit 3 mois avant la pandémie). Elle fait des dons de plusieurs millions à des médias mainstream aux États-Unis et en Europe (comme « Der Spiegel » en Allemagne). La fondation a transféré un total de près de 2,8 milliards de dollars à l'OMS de 2000 à 2021 et elle a financé l'Institut Robert Koch et l'hôpital de la Charité à Berlin.

En tant que commissaire européenne à la Santé, *Stella Kyriakides* fait aussi partie des accusés. Elle a accepté en substance d'engager l'Union européenne dans des contrats n'exigeant aucune garantie d'efficacité, ou de qualité et exonérant complètement l'industrie en cas de dommages à la santé.

Décès subits de deux lanceurs d'alerte

Dernière, mais non des moindres, *Ursula Von der Leyen* est à nouveau sous le feu des accusations dans le cadre de la négociation des contrats des vaccins Covid qu'elle a menée en privé par SMS avec Albert Bourla. Connue comme le « SMS gate », cette affaire a déjà été portée devant les juridictions européennes par plusieurs parties, l'association Bon Sens en France, représentée par Xavier Azalbert, le directeur de France-Soir, en collaboration avec le New York Times, mais aussi par le journaliste allemand Alexander Fanta, et un nombre de parlementaires européens inspirés par la députée écologiste Michèle Rivasi, décédée subitement la semaine dernière.

Au niveau des juridictions nationales, le lobbyiste belge Frédéric Baldan avait de son côté attaqué Mme Von der Leyen au pénal avec l'aide de l'avocate française Diane Protat. En vertu du droit belge et de la législation européenne, relèvent ces derniers, si elle possède encore les SMS, Mme Von der Leyen se livre à de la rétention de documents administratifs en ne respectant pas le principe de transparence, selon lequel ils doivent être accessibles au public. Si elle ne les a plus, elle peut être accusée de destruction de documents. Des éléments attestant de manœuvres d'abus de pouvoir et de corruption sont également évoqués de même source.

L'on peut rappeler qu'un membre de la direction de l'Agence européenne des médicaments, Noël Wathion, avait révélé les pressions exercées par Mme Von der Leyen pour faire approuver le vaccin, en dépit des sérieux problèmes liés à la qualité des lots, relevés par l'agence. Wathion ne pourra malheureusement pas en témoigner devant les tribunaux, puisqu'il est lui aussi décédé d'une crise cardiaque, l'été dernier.

Dans un portrait récent, France-Soir s'étonnait de constater qu'en dépit de ces tirs croisés, la Présidente de la Commission poursuit sa politique de « meilleure amie des lobbies ».

16 décembre 2023 ·

https://www.covidhub.ch/von-der-leyen-co-accuses-crimes/

À quel jeu jouent-ils ?

Emily O'Reilly, médiatrice européenne. © Frederick Florin / AFP

ÉDITO - Vendredi 20 janvier 2024, @ClaireJardin1, alias « Souris Mystique » sur X, a publié la liste des « 36 députés européens français qui ont voté pour que les contrats Pfizer et les SMS de Pustula (*surnom donné à Ursula von der Leyen*, NDLR) ne soient pas divulgués ».

Alors voici les 36 députés européens français qui ont voté pour que les contrats Pfizer et les sms de Pustula ne soient pas divulgués.
Voici des gens qui ne veulent pas que vous sachiez la vérité sur les contrats mais ils auraient dit la vérité sur les injections et sur tout le… pic.twitter.com/gZazDoz6Bz
— Souris Mystique (@ClaireJardin1) January 19, 2024

Ce qu'elle dit n'est pas rigoureusement exact, mais presque. Et donc grave.
En effet, il nous a été révélé par un tweet posté l'avant-veille (18 janvier 2024), par Virginie Joron@v_joron, députée française RN du @GroupeID_FR au Parlement européen que ces 36 députés « ont voté contre l'amendement invitant la médiatrice à continuer d'exhorter la Commission à publier immédiatement les contrats non expurgés liés à l'achat de vaccins contre le Covid ».
Cela suffit en soi à qualifier ce choix des députés européens français d'éminemment grave, et à donner totalement raison à Claire Jardin, concernant la conclusion qu'elle en tire :
« Voici des gens qui ne veulent pas que vous sachiez la vérité sur les contrats, mais ils auraient dit la vérité sur les injections et sur tout le reste ? »
Choix condamnable au plus haut point, oui. Le rôle du Parlement européen, expressément défini dans ses statuts, n'est-il pas justement de garantir aux peuples européens la *transparence sur les décisions* qui sont prises par une Commission européenne qui, elle, n'est pas composée de membres élus par les peuples européens, mais désignés par leurs chefs d'État, et qui prend ses décisions en privé, et non pas en séances publiques, comme le Parlement ?
En cela, le simple fait qu'il y ait eu, au Parlement européen, un vote pour savoir si les représentants des peuples européens pouvaient exhorter la Commission européenne à publier immédiatement les documents nécessaires à ce qu'une certaine transparence soit effective sur les contrats signés par la Commission européenne pour l'achat des « vaccins » contre le Covid ; ce simple fait suffit déjà pleinement à justifier qu'on évoque là un scandale monstrueux.
Sachant que ces contrats portent sur des sommes faramineuses (plusieurs dizaines de milliards d'euros), et que les effets secondaires de ces « vaccins », très préjudiciables, irréversibles et mortels, impactent des millions de personnes de par le monde (si l'on en croit les chiffres de la pharmacovigilance), le simple fait qu'un tel vote au Parlement ait pu avoir lieu peut être considéré comme un crime. Un vote, rappelons-le, demandé par le rapport de la médiatrice irlandaise Emily O'Reilly qui incitait les parlementaires à continuer à demander plus de transparence !
Ce vote atteste donc de la volonté affichée du Parlement européen de ne pas assumer la tâche première qui est la sienne, du moins officiellement : *garantir aux peuples européens la transparence sur les décisions* qui sont prises par la Commission européenne.
Il est déjà inadmissible que le Parlement doive exhorter la Commission européenne à faire quoi ? Ce que le Traité européen qui l'a instituée, exige qu'elle fasse !
En droit pénal français, droit applicable en l'espèce puisque les faits ont été commis sur le territoire de la République (1), le refus opposé par les membres de la Commission européenne de produire ces contrats constitue un délit. Délit puni de dix ans d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende par les dispositions combinées des articles 432-1 et 432-2 du code pénal :

Et, puisqu'en votant non, le Parlement européen fait fi du devoir qu'il a de garantir aux peuples européens la transparence sur les décisions prises par la Commission européenne, outre le « crime » du point de vue moral, tous les députés européens qui ont voté contre cet amendement se sont rendus coupable dudit délit.
Enfin, le Parlement européen ayant voté contre l'amendement demandant à la médiatrice de continuer à exhorter la Commission européenne à publier immédiatement ces fameux contrats, c'est un fait dorénavant entériné : les membres de la Commission européenne peuvent indéfiniment persister dans leur refus scélérat et délictuel de produire ces fameux contrats.
Sauf si les peuples européens, soudainement, se réveillent, et exigent la production de ceux-ci par la force de la voix des votes en juin 2024, lors des élections européennes.
En d'autres temps, pour une forfaiture pareille, la voie des baïonnettes ou de la potence aurait été ouverte.
Ben quoi ? N'est-ce pas ainsi que la République louée par tous aujourd'hui, notamment les députés européens français, a vu le jour il y a 230 ans ?

(1) Le Parlement européen étant à la fois le lieu d'émission de l'intimation de produire ces contrats et celui où ces contrats doivent être produits, qu'importe que la Commission européenne siège, elle, à Bruxelles. Le Parlement européen siège lui à Strasbourg : les faits sont donc réputés avoir été commis sur le territoire français.

Xavier AZALBERT, France-Soir
Publié le 01 février 2024

[La RTBF du 4 janvier 2024 soutient l'article prétendant que l'hydroxychloroquine a tué 17 000 personnes et reprend néanmoins les critiques pour la Belgique. Le Soir, plus subtil, s'en détache, mais invente que l'hydroxychloroquine n'est pas efficace malgré plusieurs centaines d'études et prône le vaccin mortel !!). La RTBF et Le Soir, deux torchons, à mon avis. (MN)]

L'hydroxychloroquine a coûté la vie à 17 000 personnes

◯VRAI
◯PLUTÔT VRAI
◯PLUTÔT FAUX
●FAUX

Faute de résultats probants dans les essais cliniques, la chloroquine et ses dérivés ne font plus partie des protocoles de soin mais continuent de faire couler de l'encre.
Molécule miracle pour certains, défendue mordicus par le très controversé Didier Raoult et ses adeptes, scandale sanitaire pour d'autres, comme l'a qualifiée sur BFMTV Mathieu Molimard, chef de service de pharmacologie au CHU de Bordeaux, l'hydroxychloroquine aurait causé au moins 17 000 morts au début de la pandémie. C'est ce qu'affirme une étude française publiée ce 2 janvier dans la revue scientifique Biomédecine et Pharmacotherapy, qui estime à 16 990 le nombre de décès liés à cette molécule lors de la première vague de Covid (entre mars et juillet 2020) dans six pays, dont la Belgique.
Un chiffre qui ne représenterait que la partie visible de l'iceberg, considèrent, par ailleurs, les auteurs de l'étude.
Il s'agit en réalité d'une extrapolation, en aucun cas de chiffres absolus.
Pour parvenir à ce nombre de décès supposément attribuables à l'usage « compassionnel » de l'hydroxychloroquine (soit l'utilisation de médicaments en dehors de leur indication initiale, dans un contexte d'urgence thérapeutique), les chercheurs emmenés par le Pr Jean-Christophe Lega des Hospices civils de Lyon ont mené une revue systématique du nombre de patients hospitalisés pour covid dans les six pays étudiés (Belgique, Turquie, France, Italie, Espagne et États-Unis). Ils ont également pris en compte le taux d'utilisation de l'hydroxychloroquine dans chaque pays (qui varie entre 15 % et 83 %), le tout en se basant sur une méta-analyse britannique (soit la synthèse de plusieurs études, en l'occurrence 26), parue dans Nature Communication en avril 2021, qui analysait le taux de mortalité « toutes causes confondues »

Des chiffres qui ne correspondent pas à la réalité pour la Belgique Cette méta-analyse estimait que la molécule augmenterait de 11 % le risque de décès, sans pour autant préciser les problèmes de santé sous-jacents des patients, ni les dosages auxquels l'HCQ était prescrite. C'est à partir de ce facteur identique, appliqué à chacun des six pays étudiés, que les chercheurs français ont analysé leurs données. En pratique pour la Belgique, 19 644 hospitalisations pour covid ont été enregistrées entre mars et juillet 2020, avec un taux de prescription d'HCQ de 51 % et un taux de mortalité de 0,2. Soit 231 décès imputables à la molécule chez nous à cette période, selon les calculs des chercheurs français.
Il y a plusieurs limites à l'étude, dont certaines sont admises par les chercheurs eux-mêmes dans leur publication.
Premièrement, la méta-analyse parue dans Nature avait principalement inclus deux études conséquentes (sur les 26), Recovery et Solidarity (menée par l'OMS), dites « haute dose », c'est-à-dire qu'elles analysaient l'effet de l'hydroxychloroquine à des dosages élevés (quatre grammes cumulés sur trois jours[4]). Or en Belgique par exemple, la recommandation était de dose plus faible (2,4 g sur cinq jours) et seulement après un électrocardiogramme établissant l'absence de risque chez les patients, la molécule étant connue pour sa cardiotoxicité.
Deuxième écueil, et non des moindres, les chercheurs français ont appuyé leurs travaux pour la Belgique sur une seule analyse rétrospective menée, notamment par des chercheurs de Sciensano, sur un peu moins de 9 000 patients (et non 19 644), dont 51 % avaient reçu de l'HCQ. Soit quelque 4 500 personnes (moitié moins que le chiffre retenu par l'étude française). L'institut belge de santé publique en concluait que « le

[4] Doses mortelles (MN) !!!

traitement par une faible dose d'hydroxychloroquine tel qu'il fut prescrit dans les hôpitaux belges était associé à une mortalité hospitalière moins élevée que les patients n'ayant pas reçu ce traitement ».

« Ne pas réécrire l'histoire »

Au vu de tous ces éléments, Jean-Michel Dogné, doyen de la faculté de médecine de l'UNamur et membre du Comité de pharmacovigilance et d'évaluation des risques (PRAC) de l'Agence européenne des médicaments, souligne que l'étude doit être prise avec précaution : « Ce chiffre de 17 000 morts ne veut absolument rien dire ! C'est une extrapolation et les auteurs eux-mêmes reconnaissent que leurs résultats pourraient être surestimés d'un facteur 5 ou sous-estimés d'un facteur 2.

Par ailleurs, en Belgique, on avait la recommandation faible dose, contrairement aux essais Recovery et Solidarity de la méta-analyse. C'est prendre des données de pommes et les appliquer à des poires. »

Au demeurant, l'expert de la pharmacovigilance appelle à « ne pas réécrire l'histoire » : si la molécule a été utilisée à l'époque, c'était parce qu'il n'existait pas d'autre traitement et qu'il n'aurait pas été éthique de ne pas l'essayer alors que des résultats in vitro tendaient à montrer son efficacité. En accord sur ce point avec les auteurs français, le professeur Dogné souligne la nécessité de produire rapidement à l'avenir des preuves solides à partir d'essais cliniques randomisés[5] en cas de nouvelle épidémie émergente. Dans la mesure du possible, du moins…

L'engouement et la controverse

Initialement prescrite contre la polyarthrite rhumatoïde et le lupus érythémateux systémique, l'hydroxychloroquine a été utilisée sur les malades atteints de SARS-CoV2 dans les hôpitaux du monde entier en 2020 en raison de propriétés antivirales démontrées in vitro, suscitant l'engouement (et des ruptures de stocks) autant que la controverse. Pour rappel, dans l'urgence des premiers mois de la pandémie, alors que le coronavirus recelait encore bien des mystères et qu'on ne disposait pas encore de vaccins, les pays du monde entier ont introduit l'hydroxychloroquine dans leurs recommandations avant d'abandonner son usage faute de résultats probants. A.-S.L.

Anne-Sophie LEURQUIN
(Le Soir du 5 janvier 2024)

[5] Donc, en pleine épidémie, on compare de malades qu'on soigne et des malades qu'on ne soigne pas. Complètement stupide et amoral (MN).

#LyonBordeauxGate : non il n'y a pas eu 17 000 décès dus à l'hydroxychloroquine comme le prétend une étude frauduleuse dont les Pr. Lega et Molimard font la promotion dans les médias.

L'étude Pradelle repose sur une modélisation mathématique complétement fausse. © DR

Depuis le 4 janvier 2024, une étude publiée dans une revue à comité de lecture a fait l'objet d'une promotion intense dans les médias par le Professeur Molimard, de l'université de Bordeaux. Elle conclut faussement que 17 000 personnes hospitalisées seraient décédées de la prise d'hydroxychloroquine dans six pays et que ce chiffre pourrait être sous-estimé ! Une conclusion reprise par les médias à l'unisson *sans vérification aucune* et ce, malgré les nombreux commentaires dans la communauté scientifique.
D'un côté, un des auteurs, Jean-Christophe Lega, et Mathieu Molimard vantent les mérites de cette étude, faisant fi des objections avancées sur Pubpeer (réseau social de commentaires scientifiques) ou sur X alors que les autres auteurs de l'étude, Alexiane Pradelle, Sabine Mainbourg et Emmanuel Massy, sont aux abonnés absents. Un des proches de ce petit monde, qui connait bien Sabine Mainbourg, déclare : « *Elle s'est éloignée de Lega après lui avoir servi de caution pour ses articles sur les méta-analyses. En échange elle a eu le poste qu'elle convoitait* ».
De l'autre côté, dans la communauté scientifique, beaucoup considèrent cette étude comme une ***fraude équivalente*** à celle du #LancetGate, une étude frauduleuse dans la prestigieuse revue médicale *The Lancet* en mai 2020, avant d'être rétractée 15 jours plus tard – c'est cette étude qui avait mené à la suspension de l'usage de l'hydroxychloroquine comme traitement contre le Covid. Depuis le 5 janvier 2024, les médias dominants ont beaucoup donné la parole à Mathieu Molimard et à Jean-Christophe Lega, de l'université de Lyon 1, mais sans contradicteur face à eux, alors qu'Alexiane Pradelle, principal auteur de l'étude, ne semble pas disponible pour la commenter. Contactés par *France-Soir*, Sabine Mainbourg et Emmanuel Massy, deux autres auteurs, n'étaient pas non plus disponibles pour répondre.
Le 8 janvier 2024, une « *letter of concern* » préparée par neuf scientifiques, dont les Professeurs Perronne et Zizi, a été soumise à l'éditeur en chef de la revue *Biomedecine & Pharmacotherapy*. Deux semaines après son envoi, le statut de cette lettre est toujours « *chez l'éditeur* » indique un de ses auteurs. Xavier Azalbert rappelle les devoirs d'un directeur de publication qui se doit de modifier un article ou au moins mettre un avertissement dès lors que « *le directeur de la publication est mis au courant d'un problème avec l'article* ». Rien de cela n'a été fait. Et les médias continuent à en parler comme si de rien n'était.

L'étude Pradelle repose sur une *modélisation mathématique complètement fausse*. Ceci a été démontré par les chercheurs et maîtres de conférence Vincent Pavan et Emmanuelle Darles lors de la réunion du 18 janvier 2024 du Conseil scientifique indépendant. Conformément aux principes de l'éthique des publications scientifiques (COPE), Vincent Pavan, Emmanuelle Darles et Xavier Azalbert se sont évertués à soulever la manipulation des données menant à la fabrication des résultats. Vincent Pavan est même allé un cran plus loin en montrant que le modèle mathématique utilisé est non seulement faux, mais que son usage démontre le peu de compétences des auteurs en mathématiques. Le 21 janvier 2024, le doyen de la faculté de Namur, le Professeur Dogme, publiait un commentaire (https://x.com/LoLoWarn/status/1749404376991469737?s=20) sur le site de preprint MedRix attaquant le point central de cette étude, l'extrapolation grotesque du risque associé à l'usage d'hydroxychloroquine à partir d'études intégrant un haut dosage de ce produit, confirmant ainsi les analyses de Pavan, Darles et Azalbert. (*Voir la vidéo complète du CSI*)

Le professeur Molimard, interpellé à plusieurs reprises sur X par Xavier Azalbert, n'a jamais vraiment répondu aux questions et l'a même bloqué ! Autant pour le dialogue...
À la fin de la présentation de ce faux modèle, Vincent Pavan a appelé « à la mise en retrait médiatique totale » du Pr. Molimard qui n'a pas le niveau en mathématiques d'un étudiant de classe de première. Tous les participants au CSI se sont interrogés sur le rôle de Mathieu Molimard dans la pharmacovigilance, notamment concernant les vaccins. Pavan, Darles et Azalbert appellent à un « a*udit indépendant des données de pharmacovigilance de la vaccination anti-Covid »* qui, au même titre que les données de mortalité toutes causes par statut vaccinal et tranche d'âge demandée par le Pr. Toubiana, n'ont jamais été diffusées.
Contactés par Xavier Azalbert, ni Fréderic Fleury, président de l'université de Lyon 1, ni Dean Lewis, président de l'université de Bordeaux, n'étaient disponibles pour répondre à quelques questions essentielles. Une copie de la lettre aux deux hommes a été adressée à Sylvie Retailleau, ministre de la Recherche et de l'Education supérieure. La voici :

Monsieur le président Fleury,
Je suis Xavier Azalbert, journaliste scientifique et directeur de la publication de France-Soir. *J'ai pris connaissance, en même temps que de nombreux scientifiques, d'une étude de modélisation préparée par des chercheurs de votre université de Lyon 1. L'étude en question se nomme «* Deaths induced by compassionate use of hydroxychloroquine during the first Covid-19 wave: an estimate » *et a été publiée dans* Biomedicine & Pharmacotherapy *ce 4 janvier 2024.*
Après relecture par des scientifiques, cette étude présente des nombreux problèmes dans les données et les calculs, qui aboutissent à un faux résultat. Un courrier sous la forme d'une « letter of concern » a été envoyé par neuf scientifiques à l'éditeur pour l'alerter sur le problème que pose cette étude. Les auteurs de cette lettre ont conclu à la manipulation de données *et à la* fabrication de résultats *qui entraînent une communication trompeuse à destination du public.*
En tant que journaliste scientifique et directeur de la publication de France-Soir, *je me permets donc ce courrier afin de vous poser quelques questions et vous remercie par avance des réponses que vous pourrez apporter.*

1. *En tant que président d'université, vous devez être au courant de cette étude. Avez-vous revu cette étude avant publication ? Étiez-vous au courant de sa préparation et de sa publication ? Y-a-t-il un comité de revue des publications dans votre université qui évalue la cohérence des travaux des chercheurs ?*
2. *Le Professeur Lega est un des auteurs de cette étude. J'ai essayé de le contacter afin de m'entretenir avec lui des problèmes posés par les données et le modèle mathématique erroné. Ce dernier ne m'a pas répondu. Il m'est donc impossible d'avoir accès aux données et au modèle utilisé comme ce doit être normalement le cas. Auriez-vous l'amabilité de demander à M. Lega de nous fournir les informations afin que nous puissions faire notre travail de journalistes ? De plus, M. Lega dit ne pas avoir de conflit d'intérêts alors qu'il s'avère avoir des conventions avec des laboratoires...*
3. *Cette étude présente de nombreux cas de manipulations des données. Quelle est la procédure en place dans votre université dans de tels cas ? Envisagez-vous de lancer un audit interne, une enquête sur les raisons qui ont mené à ce que de fausses données trouvent leur place dans une étude ? Quels sont les procédures de votre université afin de garantir l'intégrité des études ?*
4. *Le modèle mathématique utilisé présente des erreurs manifestes avec des variables non indépendantes. Ce modèle est décrit par un mathématicien comme une "honte pour la science". Est-ce qu'un audit de ce modèle a été fait en amont de la publication ? Les mathématiques sont une science importante en France, la construction et publication d'un tel modèle entraînant de tels résultats portent atteinte à l'image de la science française. Que comptez-vous faire et quels sont les moyens à votre disposition pour auditer cette procédure et vous prémunir contre de tels problèmes à l'avenir ?*
5. *Monsieur Lega est aussi enseignant et a, à ce titre, la responsabilité des élèves. Une telle mise en cause est-elle de nature à entrainer sa suspension de son poste d'enseignant ? En effet, ce professeur impliqué dans une affaire de fraude et de manipulation des données s'est exprimé dans les médias et, à ce titre, engage la responsabilité de l'université en termes d'image et de réputation...*

En outre, vérification faite sur Transparence Santé, l'université de Bordeaux aurait reçu quelque 46 millions de l'industrie pharmaceutique ces dernières années. Un lien d'intérêt que le professeur Molimard omet de déclarer lors de ses prises de parole dans les médias.

De nombreuses zones d'ombre subsistent dans cette étude et le rôle joué par le Professeur Molimard qui assure la promotion de l'étude dans les médias alors que les auteurs sont aux abonnés absents. Un membre des HCL nous déclare à propos de l'arrangement conclu entre Lega et Molimard : « À *Lega la publication, il a besoin des points SIGAPS, et à Molimard la communication ».* Et il ajoute : « *Une première version de cette étude avait été faite en 2022 avec le professeur Cucherat. Ce dernier n'a probablement pas voulu apparaitre sur la publication finale, connaissant la réputation de Jean-Christophe Lega, connu de tous aux HCL ».* Ceci fera l'objet d'un article à paraître...

Combien de temps avant que cette étude, qui couvre de honte la science française, soit rétractée ? Les paris sont ouverts.

FRANCE-SOIR
Publié le 22 janvier 2024

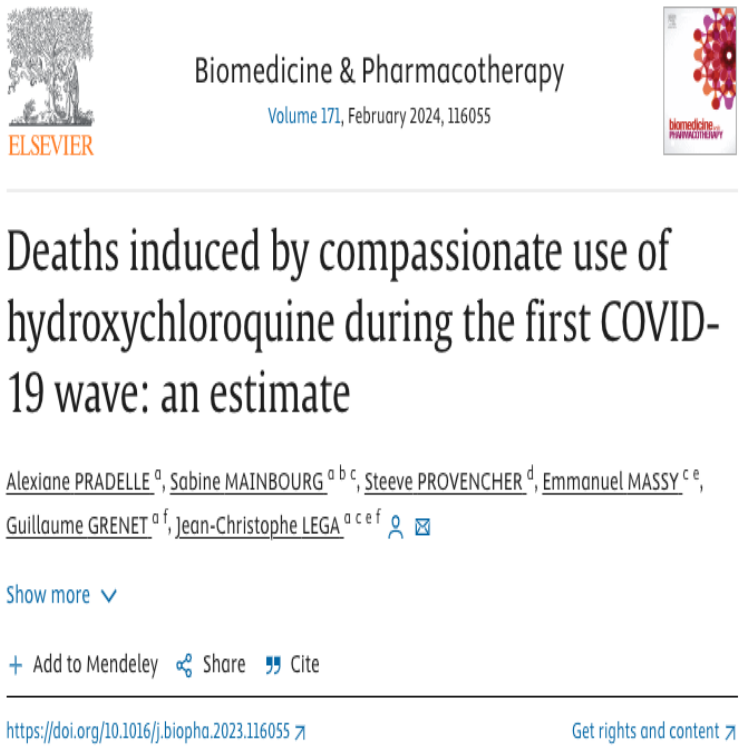
On veut nous refaire le coup de l'hydroxychloroquine qui tue, mais en pire

L'année 2024 semble commencer sur les chapeaux de roues pour les clowns tristes de la science, il semble urgent pour certains de monter des contre-feux médiatiques afin de détourner l'attention du public face au déferlement actuel des révélations catastrophiques autour des produits à ARNm. Après la honte consommée du Lancetgate de Chicago [*] où l'on apprenait qu'une call-girl pouvait se mêler de thérapeutique antivirale, voici une réponse tout aussi consternante nous venant du pays des œufs en meurette, Lyon. L'hydroxychloroquine aurait tué des malades à la pelle : puisqu'on vous le redit c'est que ça doit être vrai, à moins qu'en suivant les explications lumineuses de Véronique Baudoux on puisse comprendre que le comique de répétition trouve finalement sa limite… Bonne lecture.

Ariane Anderson, *Lancetgate*

Jean-Christophe Lega, *Lyongate*

« Dr Lega, votre analyse est un ramassis d'inepties qui déshonorent notre profession et qui ne peuvent trouver leur source que dans l'incompétence ou la malhonnêteté. Vous n'imaginez pas à quel point j'aimerais me tromper et trouver dans votre réponse des arguments qui me donnent tort… » Dr Alain Colignon (**)



ELSEVIER

Biomedicine & Pharmacotherapy

Volume 171, February 2024, 116055

Deaths induced by compassionate use of hydroxychloroquine during the first COVID-19 wave: an estimate

Alexiane PRADELLE [a], Sabine MAINBOURG [a b c], Steeve PROVENCHER [d], Emmanuel MASSY [c e], Guillaume GRENET [a f], Jean-Christophe LEGA [a c e f]

Show more

+ Add to Mendeley Share Cite

https://doi.org/10.1016/j.biopha.2023.116055 Get rights and content

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S075333222301853X#sec0075

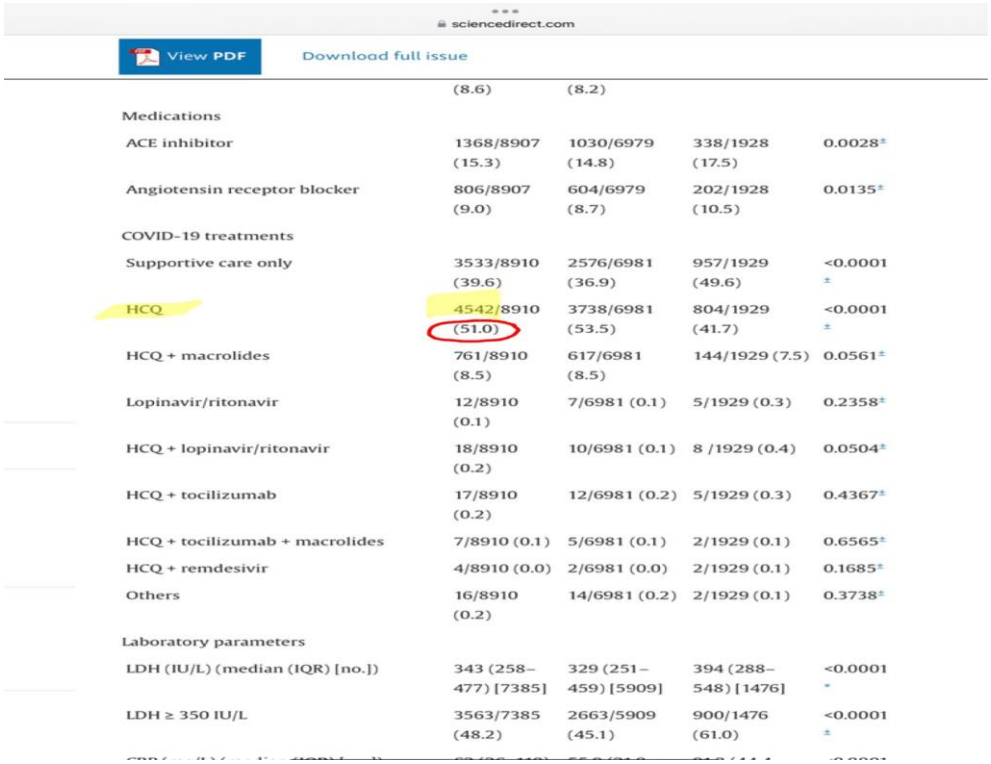
Introduction

Le Pr Molimard, intervenant en défense du Dr JC. Lega, estime que *ma critique des chiffres belges utilisés dans la modélisation* affirmant que l'HCQ a tué16 000 personnes en Europe durant la première vague est *de la désinformation.* Selon lui, avec des données complètes, les chiffres belges seraient corrects.

Cette modélisation présente plusieurs problèmes méthodologiques et c'est à cause de ces problèmes que les chiffres belges sont faux. (Ceux des autres pays analysés sont donc probablement faux également puisque la méthode est identique). [1]

1- Frauder énormément sur le nombre réel de malades traités par HCQ

Problème n°1 : *Le nombre de patients hospitalisés pour Covid ayant reçu de l'HCQ durant la première vague.* Les auteurs estiment ce nombre à 10 018. Comment l'ont-ils obtenu ? En se référant à l'étude nationale belge qui s'est déroulée jusqu'au 24 mai 2020. De cette étude [2], ils ont extrait le *taux de prescription d'HCQ de 51 % et ils l'ont appliqué à TOUS les patients hospitalisés* (19 644) alors qu'en réalité, ce ne sont que *51% des 8 910 patients inclus dans l'étude qui ont reçu l'HCQ, soit 4 542 personnes.*



sciencedirect.com

View PDF Download full issue

	(8.6)	(8.2)		
Medications				
ACE inhibitor	1368/8907 (15.3)	1030/6979 (14.8)	338/1928 (17.5)	0.0028*
Angiotensin receptor blocker	806/8907 (9.0)	604/6979 (8.7)	202/1928 (10.5)	0.0135*
COVID-19 treatments				
Supportive care only	3533/8910 (39.6)	2576/6981 (36.9)	957/1929 (49.6)	<0.0001 *
HCQ	4542/8910 (51.0)	3738/6981 (53.5)	804/1929 (41.7)	<0.0001 *
HCQ + macrolides	761/8910 (8.5)	617/6981 (8.5)	144/1929 (7.5)	0.0561*
Lopinavir/ritonavir	12/8910 (0.1)	7/6981 (0.1)	5/1929 (0.3)	0.2358*
HCQ + lopinavir/ritonavir	18/8910 (0.2)	10/6981 (0.1)	8 /1929 (0.4)	0.0504*
HCQ + tocilizumab	17/8910 (0.2)	12/6981 (0.2)	5/1929 (0.3)	0.4367*
HCQ + tocilizumab + macrolides	7/8910 (0.1)	5/6981 (0.1)	2/1929 (0.1)	0.6565*
HCQ + remdesivir	4/8910 (0.0)	2/6981 (0.0)	2/1929 (0.1)	0.1685*
Others	16/8910 (0.2)	14/6981 (0.2)	2/1929 (0.1)	0.3738*
Laboratory parameters				
LDH (IU/L) (median (IQR) [no.])	343 (258–477) [7385]	329 (251–459) [5909]	394 (288–548) [1476]	<0.0001 *
LDH ≥ 350 IU/L	3563/7385 (48.2)	2663/5909 (45.1)	900/1476 (61.0)	<0.0001 *

La première erreur méthodologique est donc de généraliser ce taux de prescription de 51 % extrait de l'étude à l'ensemble des patients belges hospitalisés pour Covid. Car cela aboutit à un nombre de 10 018 personnes au lieu de 4 542. C'est une grosse différence !

Il faut noter que ce *chiffre de 4 500 est confirmé par Sciensano* (l'institut belge de santé publique) qui a récolté les données pour cette étude nationale.

sciensano

Accueil • Coin-presse • Association entre hydroxychloroquine et mortalité des patients COVID-19 hospitalisés en Belgique

Association entre hydroxychloroquine et mortalité des patients COVID-19 hospitalisés en Belgique

Publié le : *Mercredi, 26 août 2020*

Depuis le début de la pandémie COVID-19, Sciensano collecte les données de patients atteints du COVID-19 hospitalisés dans une majorité des hôpitaux belges afin d'étudier l'évolution de ces patients et d'identifier les facteurs de risque de maladie sévère ou de décès. Ces données ont été analysées afin d'étudier l'association de l'hydroxychloroquine avec la mortalité intra-hospitalière.

Au début de la phase d'amplification de l'épidémie en Belgique, et dans l'attente des résultats des essais cliniques, l'administration d'un **régime «à faible dose» de sulfate d'hydroxychloroquine a été recommandée comme une option de traitement acceptable pour les patients COVID-19 hospitalisés consentants** et ne présentant pas de contre-indications. Cette recommandation a été rédigée par:

- une *task force* composée de cliniciens et scientifiques des centres de référence des maladies respiratoires hautement contagieuses
- l'AFMPS
- Sciensano

L'étude des données des patients hospitalisés en Belgique montre que **sur les 8000 patients répondants aux critères d'inclusion de l'analyse, environ 4500 ont reçu un traitement à base d'hydroxychloroquine**. L'analyse statistique multivariée (pour corriger le maximum de facteurs confondants) montre que **le traitement par une faible dose d' hydroxychloroquine tel qu'il fut prescrit dans les hôpitaux belges était associé à une mortalité hospitalière moins élevée que les patients n'ayant pas reçu ce traitement**. Cette étude est publiée dans la revue scientifique *International Journal of Antimicrobial Agents*.

Suite aux résultats d'autres études et recommandations internationales, **l'hydroxychloroquine n'est maintenant**

Contact presse

Pour toute demande d'information complémentaire, n'hésitez pas à nous contacter.

Questions de la presse :

+32 2 642 54 20

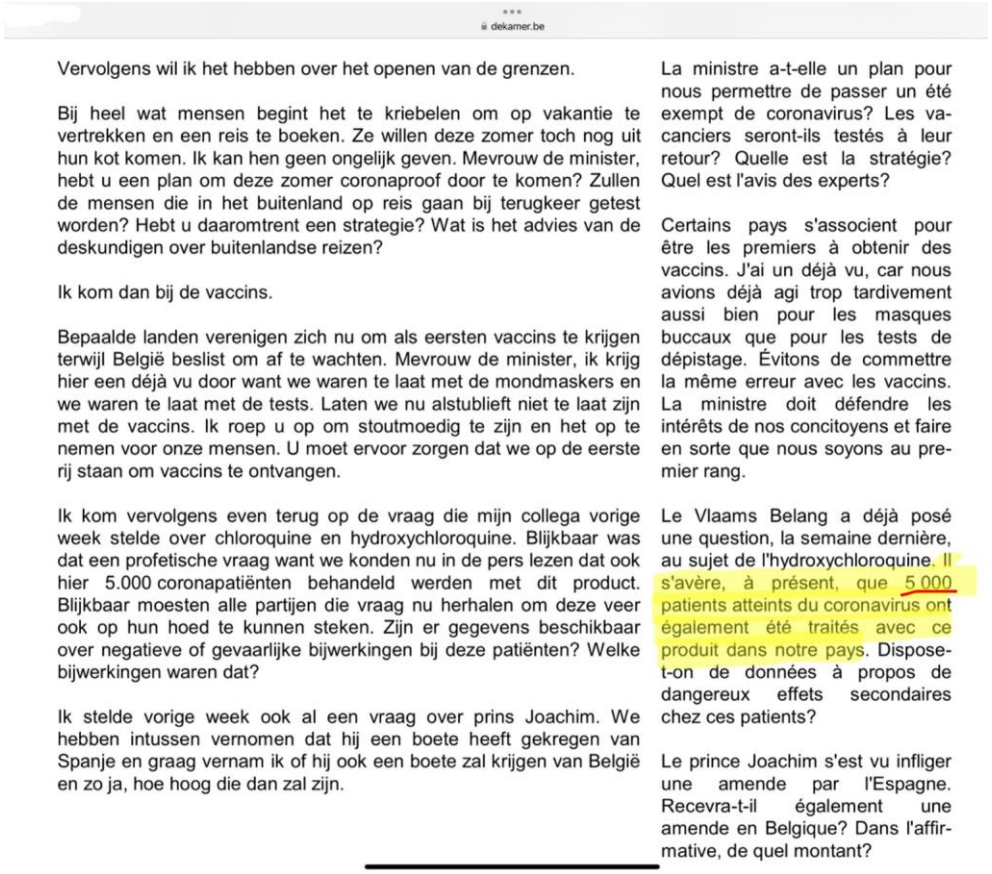
press@sciensano.be

Autres questions :

+32 2 642 51 11

info@sciensano.be

La question a été posée lors de la séance à la Chambre des Représentants du *16 juin 2020*, **et** *la ministre belge de la santé a répondu que 5 000 personnes avaient reçu l'HCQ en Belgique* (page 18) [3].



dekamer.be

Vervolgens wil ik het hebben over het openen van de grenzen.

Bij heel wat mensen begint het te kriebelen om op vakantie te vertrekken en een reis te boeken. Ze willen deze zomer toch nog uit hun kot komen. Ik kan hen geen ongelijk geven. Mevrouw de minister, hebt u een plan om deze zomer coronaproof door te komen? Zullen de mensen die in het buitenland op reis gaan bij terugkeer getest worden? Hebt u daaromtrent een strategie? Wat is het advies van de deskundigen over buitenlandse reizen?

Ik kom dan bij de vaccins.

Bepaalde landen verenigen zich nu om als eersten vaccins te krijgen terwijl België beslist om af te wachten. Mevrouw de minister, ik krijg hier een déjà vu door want we waren te laat met de mondmaskers en we waren te laat met de tests. Laten we nu alstublieft niet te laat zijn met de vaccins. Ik roep u op om stoutmoedig te zijn en het op te nemen voor onze mensen. U moet ervoor zorgen dat we op de eerste rij staan om vaccins te ontvangen.

Ik kom vervolgens even terug op de vraag die mijn collega vorige week stelde over chloroquine en hydroxychloroquine. Blijkbaar was dat een profetische vraag want we konden nu in de pers lezen dat ook hier 5.000 coronapatiënten behandeld werden met dit product. Blijkbaar moesten alle partijen die vraag nu herhalen om deze veer ook op hun hoed te kunnen steken. Zijn er gegevens beschikbaar over negatieve of gevaarlijke bijwerkingen bij deze patiënten? Welke bijwerkingen waren dat?

Ik stelde vorige week ook al een vraag over prins Joachim. We hebben intussen vernomen dat hij een boete heeft gekregen van Spanje en graag vernam ik of hij ook een boete zal krijgen van België en zo ja, hoe hoog die dan zal zijn.

La ministre a-t-elle un plan pour nous permettre de passer un été exempt de coronavirus? Les vacanciers seront-ils testés à leur retour? Quelle est la stratégie? Quel est l'avis des experts?

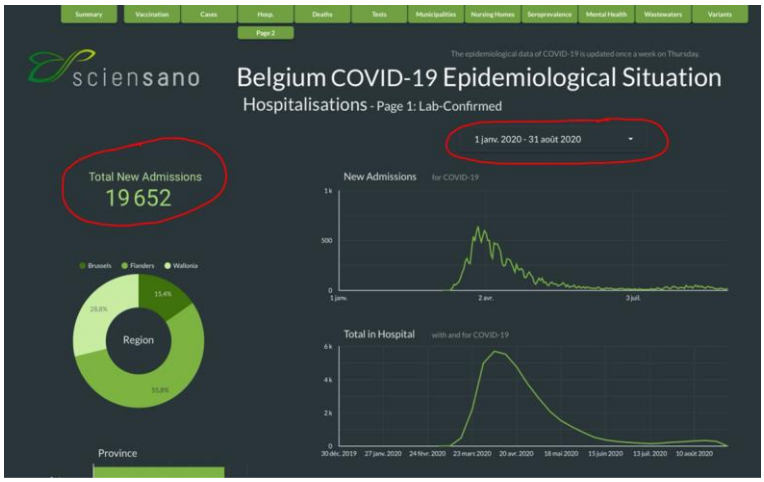
Certains pays s'associent pour être les premiers à obtenir des vaccins. J'ai un déjà vu, car nous avions déjà agi trop tardivement aussi bien pour les masques buccaux que pour les tests de dépistage. Évitons de commettre la même erreur avec les vaccins. La ministre doit défendre les intérêts de nos concitoyens et faire en sorte que nous soyons au premier rang.

Le Vlaams Belang a déjà posé une question, la semaine dernière, au sujet de l'hydroxychloroquine. Il s'avère, à présent, que 5 000 patients atteints du coronavirus ont également été traités avec ce produit dans notre pays. Dispose-t-on de données à propos de dangereux effets secondaires chez ces patients?

Le prince Joachim s'est vu infliger une amende par l'Espagne. Recevra-t-il également une amende en Belgique? Dans l'affirmative, de quel montant?

Mais le Pr Molimard répond que ce ne sont que des données partielles puisque *l'étude belge s'est arrêtée le 24 mai*. Néanmoins, il n'indique pas sur quelle période porte la modélisation. Et l'information ne se trouve pas non plus dans la vidéo explicative.

On peut cependant en avoir une estimation assez précise en recherchant *à quel moment le nombre de 19 644 patients hospitalisés pour Covid a été atteint en Belgique* **p**uisque c'est ce chiffre qui est utilisé dans la modélisation : *il s'agit du 31 août 2020.* (19 652 patients).



Et puisque la modélisation est publiée depuis hier, on peut y lire qu'elle utilise les données officielles d'hospitalisations jusqu'au 17 juillet 2020. [4] Le nombre de 10 018 patients ayant reçu l'HCQ est-il alors plausible pour cette période qui va en effet un peu plus loin que le 24 mai 2020 ? Voyons cela…
Le 24 mai 2020, il y avait eu 17 357 patients hospitalisés pour Covid en Belgique. Et 4 542 patients avaient reçu l'HCQ. Selon la modélisation, au 17 juillet 2020, il y avait eu 19 644 patients hospitalisés – soit 2 287 patients supplémentaires depuis le 24 mai et 10 018 patients avaient reçu l'HCQ – soit 5 476 patients de plus depuis le 24 mai. Selon le Pr Molimard, les données complètes montreraient que les chiffres belges utilisés dans la modélisation seraient corrects. *Mais cela signifierait que 5 476 patients de plus auraient reçu l'HCQ alors qu'il n'y a eu que 2 287 hospitalisations supplémentaires !*
Ce n'est évidemment pas plausible. À moins d'accuser Sciensano et la Ministre de la Santé belge de mentir, ce nombre de 10 018 patients belges ayant reçu de l'HCQ est donc FAUX !
Et cela démontre **qu'***appliquer le taux de prescription de 51 % tiré de l'étude nationale à TOUS les patients hospitalisés est une méthodologie… trompeuse.*

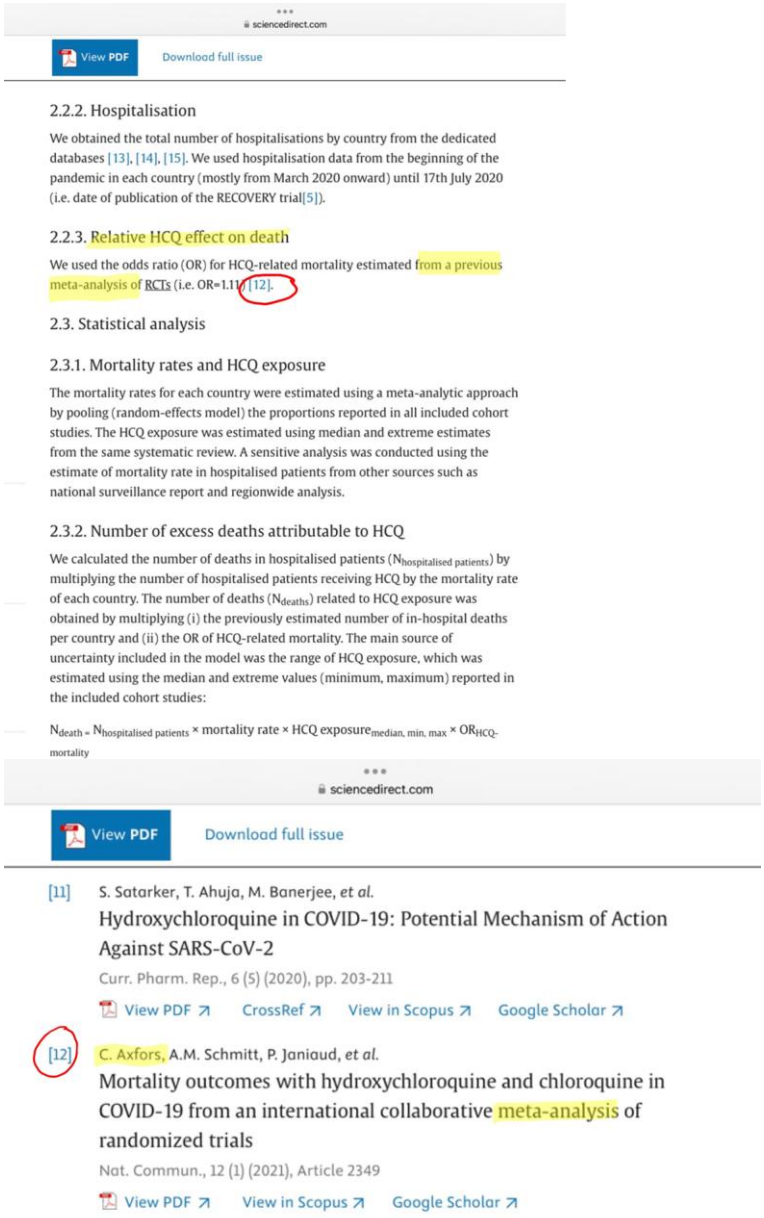
Qui aboutit à la conclusion inverse de celle de l'étude de référence puisque les auteurs de la modélisation en arrivent à conclure à une surmortalité due à l'HCQ pour 240 patients belges alors que l'étude nationale conclut à une mortalité diminuée pour les patients l'ayant reçue, Sciensano ayant d'ailleurs également déclaré qu'aucune surmortalité n'avait été observée.

Cette fausse conclusion de surmortalité provient donc, en premier lieu, de ce faux chiffre de 10 018 patients ayant reçu l'HCQ.

Mais aussi du deuxième problème de méthodologie.

2- Appliquer un taux de mortalité récupéré dans une étude où la posologie d'HCQ était prescrite à dose volontairement toxique

En effet, les auteurs ont appliqué un *taux moyen de surmortalité de l'HCQ tiré de la méta-analyse Axfors* dont on sait qu'elle reprend des études dans lesquelles *les dosages d'HCQ sont nettement supérieurs aux dosages utilisés en Belgique.*

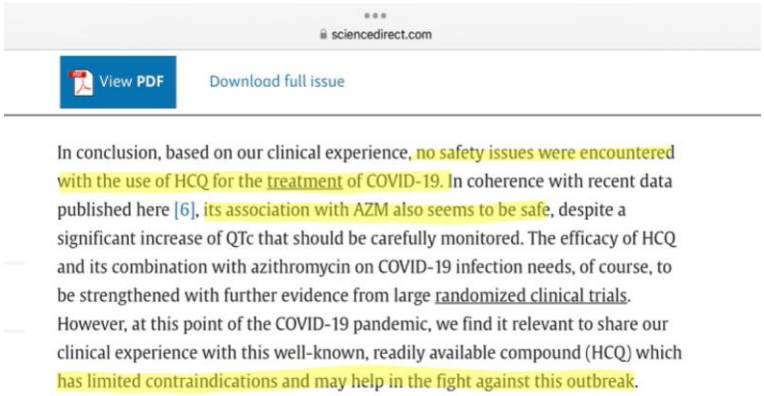


L ’étude nationale belge citée en référence dans la modélisation indique en effet que la posologie d’HCQ était celle recommandée par les autorités soit un total de *2 400 mg d’HCQ répartis sur 5 jours*.

3- Décréter sans vérification des résultats cliniques totalement opposés à ceux publiés par la recherche indépendante

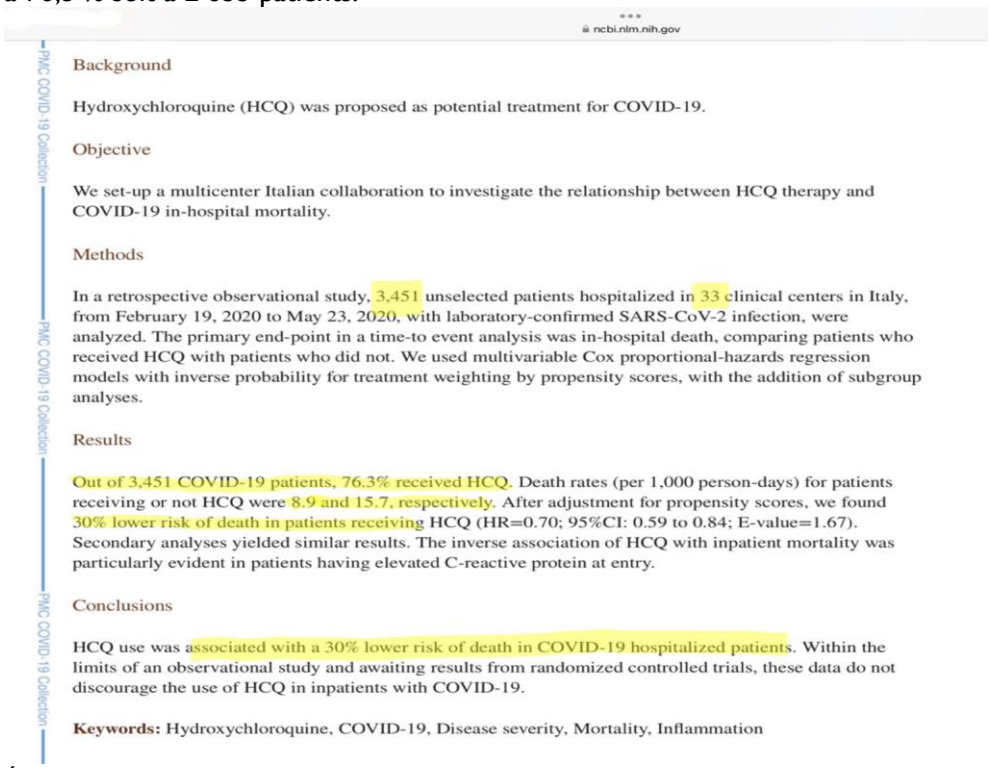
Cette surmortalité supposée attribuée à l'HCQ par les auteurs va également à l'encontre d'une autre publication d'une des équipes belges ayant participé à l'étude nationale et qui a utilisé l'HCQ + l'Azithromycine [5].

Dans sa lettre à l'éditeur, cette équipe (Cliniques hospitalo-universitaires Saint Luc à Bruxelles) conclut : « selon notre expérience clinique, il n'y a pas eu de problème de sécurité avec l'utilisation de l'HCQ (…) et son association avec AZM semble sûre également ».



Voilà donc les deux gros problèmes de cette modélisation qui aboutit alors à des conclusions inverses de l'étude qu'ils utilisent pourtant en référence. *Si une modélisation conclut l'inverse de la réalité prouvée et publiée, c'est que la méthodologie est mauvaise.*

Qu'en est-il des autres pays ? Les auteurs ont appliqué un taux de prescription moyen issu des études qu'ils ont utilisées, soit 84 % pour l'Espagne !
Est-ce plausible que 84 % de tous les patients hospitalisés en Espagne jusqu'au 17 juillet 2020 aient été soignés avec l'HCQ ? Pour l'Italie, les auteurs appliquent un taux de prescriptions de l'HCQ de 81 %. Il s'agit du taux moyen calculé sur la base de 12 études. Je n'ai pas encore eu le temps de vérifier quelles études ils ont utilisées puisque la publication de leur article ne date que d'hier. Mais j'en avais trouvé une il y a déjà quelques mois [6]. Cette étude porte sur 3 451 patients soignés dans 33 établissements hospitaliers. L'HCQ a été prescrite à 76,3 % soit à 2 633 patients.



Évidemment, si on appliquait ce taux de prescription de 76,3 % à TOUS les patients hospitalisés pour Covid en Espagne durant la période allant jusqu'au 17 juillet 2020, on obtiendrait un nombre énorme de patients sous HCQ. Cela correspondrait-il à la réalité ?
Et, *comme dans l'étude belge, les auteurs concluent à une diminution de 30 % de la mortalité chez les patients ayant reçu l'HCQ*. Conclusion qui est contraire à cette surmortalité prétendue par la modélisation.
À présent que la modélisation est publiée, on va pouvoir retrouver les études utilisées pour les autres pays. Et vérifier quel nombre total réel de patients ayant reçu l'HCQ ces études concernent en réalité. Dans la vidéo explicative, l'auteur principal évoque ces taux élevés. Il ne semble néanmoins pas les remettre en cause (mais il n'a pas remis en cause les chiffres belges non plus). *Pourtant 81 et 84 % de taux de prescription, cela devrait suffire à s'interroger.*

Conclusion

En conclusion : en choisissant les paramètres qui conviennent, on peut faire dire ce qu'on veut à une modélisation. Et dans le cas de celle-ci, (au moins pour les données belges), les preuves sont flagrantes : *elle invente une surmortalité pour l'HCQ.* N'en déplaise au Pr Molimard qui n'a donc probablement pas analysé cette modélisation en détail puisqu'il prétend même qu'elle sous-estime la mortalité de l'HCQ !

Pr Mathieu Molimard
@MathieuMolimard

Hydroxychloroquine : un scandale sanitaire !

Mortalité hospitalière induite par l'#HCQ #Covid estimée à 16 990 morts (mars-juillet 2020)
sciencedirect.com/science/articl...
N'est que la partie émergée de l'iceberg qui sous estime jusqu'à 5 fois

Les morts ne disent pas merci.

Biomedicine & Pharmacotherapy 171 (2024) 116055

Contents lists available at ScienceDirect

Biomedicine & Pharmacotherapy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/biopha

Deaths induced by compassionate use of hydroxychloroquine during the first COVID-19 wave: an estimate

Alexiane PRADELLE, Sabine MAINBOURG, Steeve PROVENCHER, Emmanuel MASSY, Guillaume GRENET, Jean-Christophe LEGA

ARTICLE INFO

Keywords:
Covid-19
Off-label treatment
Safety
Repurposing

ABSTRACT

Background: During the first wave of COVID-19, hydroxychloroquine (HCQ) was used off-label despite the absence of evidence documenting its clinical benefits. Since then, a meta-analysis of randomised trials showed that HCQ use was associated with an 11% increase in the mortality rate. We aimed to estimate the number of HCQ-related deaths worldwide.

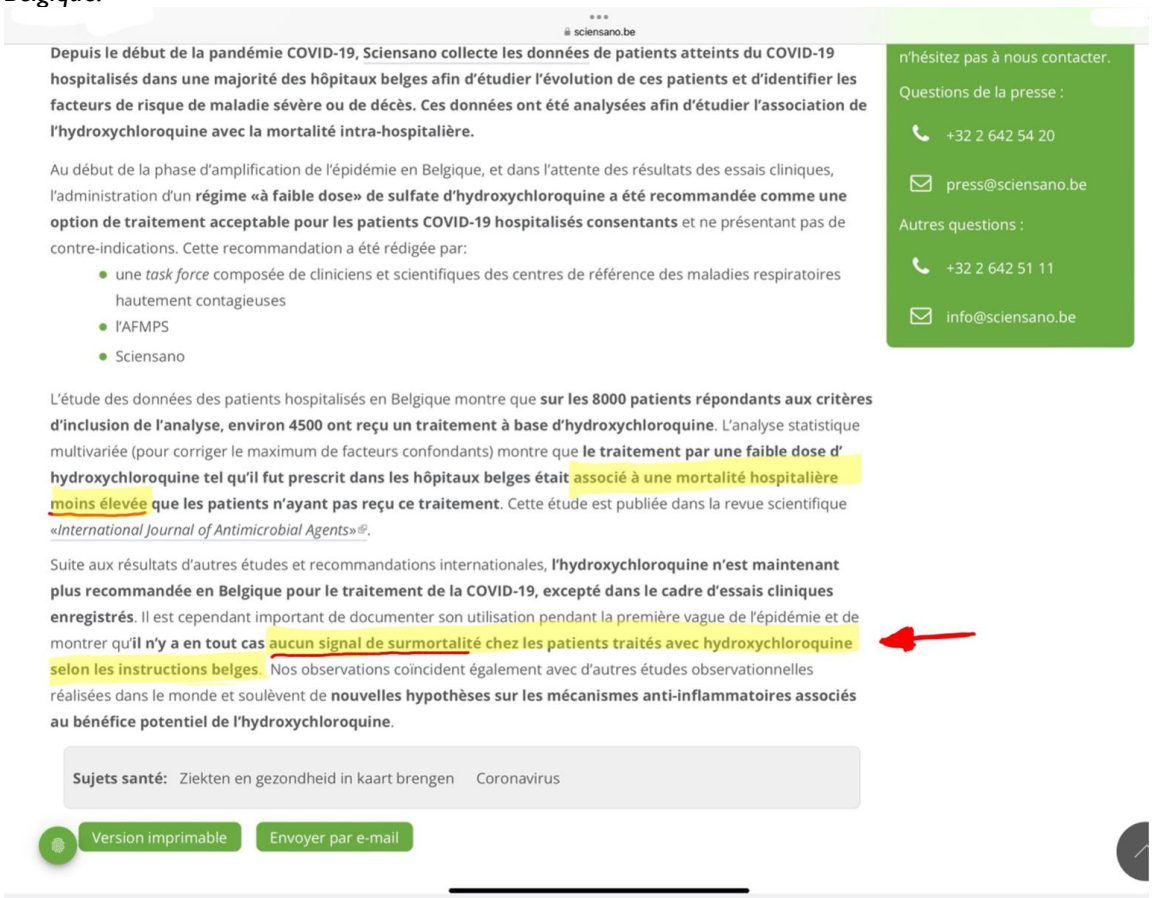
Methods and findings: We estimated the worldwide in-hospital mortality attributable to HCQ use by combining the mortality rate, HCQ exposure, number of hospitalised patients, and the increased relative risk of death with HCQ. The mortality rate in hospitalised patients for each country was calculated using pooled prevalence estimated by a meta-analysis of published cohorts. The HCQ exposure was estimated using median and extreme estimates from the same systematic review. The number of hospitalised patients during the first wave was extracted from dedicated databases. The systematic review included 44 cohort studies (Belgium: k = 1, France: k = 2, Italy: k = 12, Spain: k = 6, Turkey: k = 3, USA: k = 20). HCQ prescription rates varied greatly from one country to another (range 16–84%). Overall, using median estimates of HCQ use in each country, we estimated that 16,990 HCQ-related in-hospital deaths (range 6267–19256) occurred in the countries with available data. The median number of HCQ-related deaths in Belgium, Turkey, France, Italy, Spain, and the USA was 240 (range not estimable), 95 (range 92–128), 199 (range not estimable), 1822 (range 1170–2063), 1895 (range 1475–2094) and 12739 (3244– 15370), respectively.

Conclusions: Although our estimates are limited by their imprecision, these findings illustrate the hazard of drug repurposing with low-level evidence.

Agence France-Presse et 5 autres personnes

10:02 AM · 3 janv. 2024 · **193 k** vues

Confirmation de Sciensano : *il n'y a pas eu de surmortalité associée à l'utilisation de l'HCQ dans les hôpitaux en Belgique.*



sciensano.be

Depuis le début de la pandémie COVID-19, Sciensano collecte les données de patients atteints du COVID-19 hospitalisés dans une majorité des hôpitaux belges afin d'étudier l'évolution de ces patients et d'identifier les facteurs de risque de maladie sévère ou de décès. Ces données ont été analysées afin d'étudier l'association de l'hydroxychloroquine avec la mortalité intra-hospitalière.

Au début de la phase d'amplification de l'épidémie en Belgique, et dans l'attente des résultats des essais cliniques, l'administration d'un **régime «à faible dose» de sulfate d'hydroxychloroquine a été recommandée comme une option de traitement acceptable pour les patients COVID-19 hospitalisés consentants** et ne présentant pas de contre-indications. Cette recommandation a été rédigée par:

- une *task force* composée de cliniciens et scientifiques des centres de référence des maladies respiratoires hautement contagieuses
- l'AFMPS
- Sciensano

L'étude des données des patients hospitalisés en Belgique montre que **sur les 8000 patients répondants aux critères d'inclusion de l'analyse, environ 4500 ont reçu un traitement à base d'hydroxychloroquine**. L'analyse statistique multivariée (pour corriger le maximum de facteurs confondants) montre que **le traitement par une faible dose d' hydroxychloroquine tel qu'il fut prescrit dans les hôpitaux belges était associé à une mortalité hospitalière moins élevée que les patients n'ayant pas reçu ce traitement**. Cette étude est publiée dans la revue scientifique «*International Journal of Antimicrobial Agents*».

Suite aux résultats d'autres études et recommandations internationales, **l'hydroxychloroquine n'est maintenant plus recommandée en Belgique pour le traitement de la COVID-19, excepté dans le cadre d'essais cliniques enregistrés**. Il est cependant important de documenter son utilisation pendant la première vague de l'épidémie et de montrer qu'**il n'y a en tout cas aucun signal de surmortalité chez les patients traités avec hydroxychloroquine selon les instructions belges**. Nos observations coïncident également avec d'autres études observationnelles réalisées dans le monde et soulèvent de **nouvelles hypothèses sur les mécanismes anti-inflammatoires associés au bénéfice potentiel de l'hydroxychloroquine**.

Sujets santé: Ziekten en gezondheid in kaart brengen Coronavirus

Version imprimable Envoyer par e-mail

n'hésitez pas à nous contacter.

Questions de la presse :

+32 2 642 54 20

press@sciensano.be

Autres questions :

+32 2 642 51 11

info@sciensano.be

Depuis, une autre étude belge a été publiée (en octobre 2023) qui conclut elle aussi au *bénéfice de l'utilisation de l'HCQ. Toujours pas de surmortalité due à l'HCQ en vue* [7]…

sciencedirect.com

View PDF | Download full issue

ELSEVIER

Volume 55, October 2023, 101172

Original Article

Efficacy and safety of in-hospital treatment of Covid-19 infection with low-dose hydroxychloroquine and azithromycin in hospitalized patients: A retrospective controlled cohort study

Gert Meeus [a], Frauke Van Coile [b], Hans Pottel [c], Ann-Sophie Michel [d], Ortwin Vergauwen [d], Katy Verhelle [b], Stoffel Lamote [e], Mathias Leys [f], Michaël Boudewijns [g], Pieter Samaey [h]

Show more

+ Add to Mendeley | Share | Cite

https://doi.org/10.1016/j.nmni.2023.101172 | Get rights and content

Under a Creative Commons license | open access

Highlights

- Retrospective study of 3885 patients (352 treatment, 3533 control).
- Hydroxychloroquine and azithromycin versus standard of care.
- OR for mortality in the treatment group was 0.635 vs controls. This survival benefit was consistent in all age groups.
- No torsade de pointes or malignant ventricular arrhythmias observed during treatment.

Véronique BAUDOUX, janvier 2024

Cet article a été réalisé par l'AIMSIB à partir du fil twitter de l'auteur

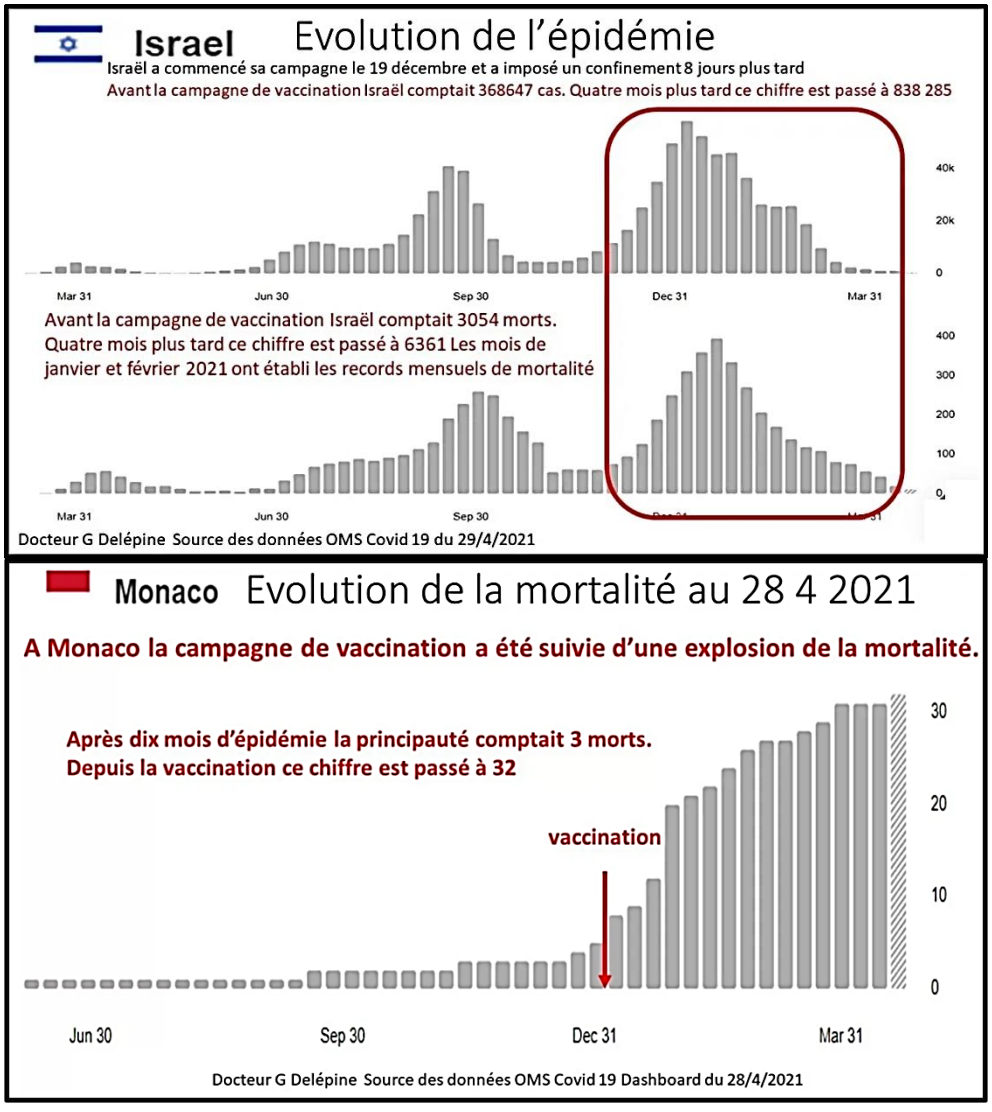
Références

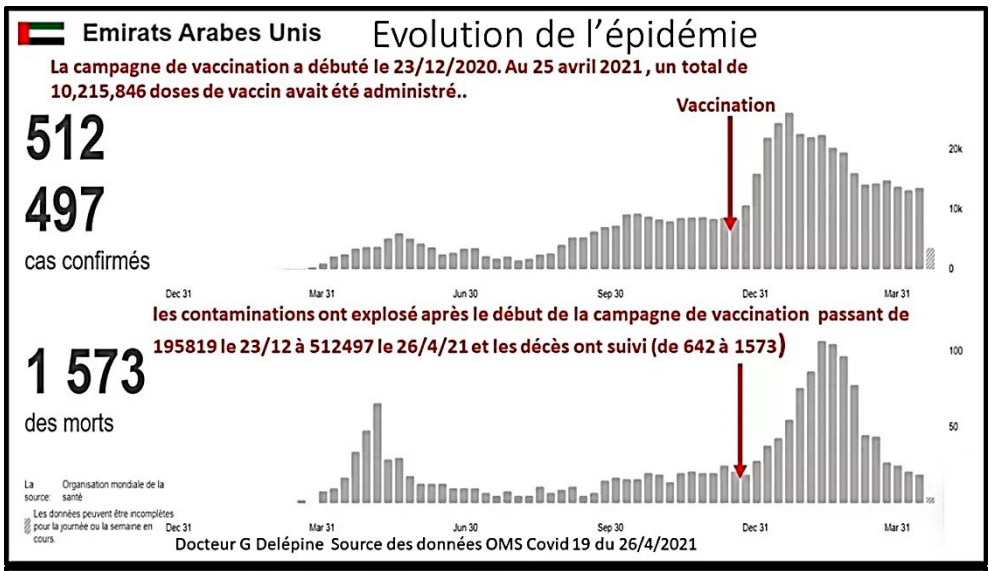
[*] https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31180-6/fulltext
[**] https://bam.news/opinions/tribune/reponse-du-dr-colignon-sur-l-etude-attribuant-17000-deces-a-l-hydroxychloroquine
[1] https://youtu.be/HlLJTnjcHuM
[2] https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920303423
[3] https://www.dekamer.be/doc/CCRI/pdf/55/ic209.pdf
[4] https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S075333222301853X
[5] https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1477893920302787
[6] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7446618/
[7] https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2052297523000914

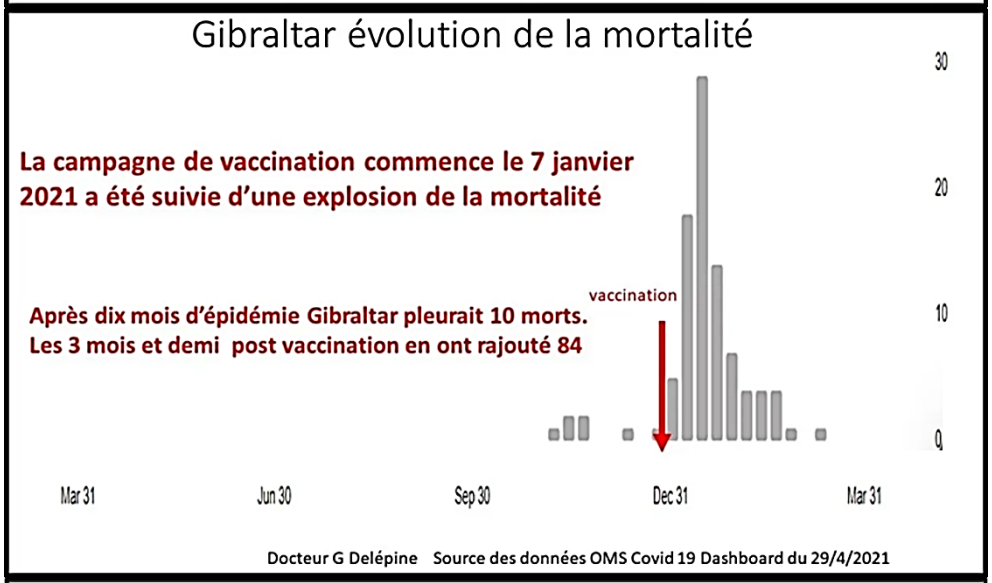
Santé Publique France et Libération attribuent la surmortalité vaccinale au Covid !

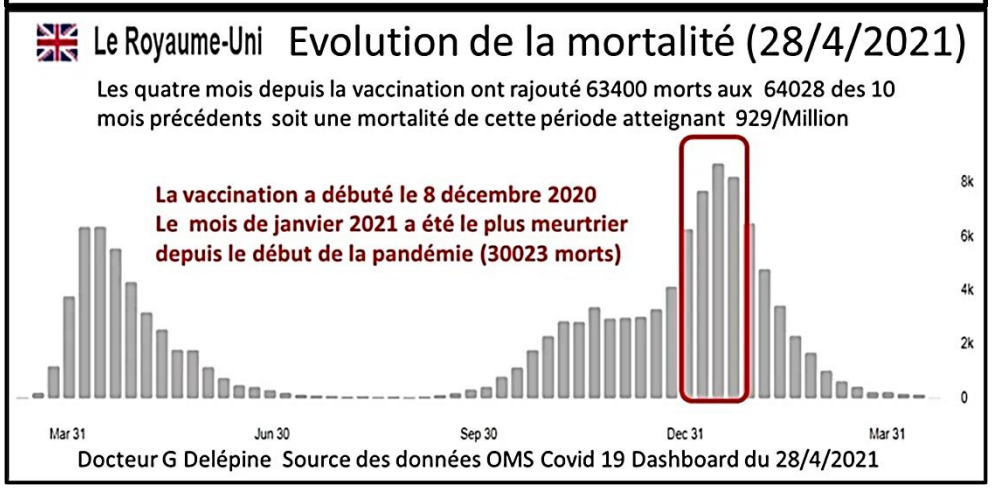
Une surmortalité chronologiquement liée aux campagnes de rappel est apparue dans tous les pays vaccinés alors que l'épidémie de Covid a disparu grâce à l'immunité conférée par Omicron. ©DR

TRIBUNE - En mai 2021, nous avions signalé l'hécatombe qui survenait constamment dans les semaines qui suivaient les campagnes de vaccination massives. Qu'il s'agisse des premiers apôtres des injections (Royaume-Uni, Israël) ou de pays moins peuplés (Émirats, Koweït, Mongolie, Monaco, Gibraltar), les huit semaines qui les suivaient étaient marquées par une surmortalité Covid qui dépassait fortement celle observée durant la période sans vaccin.





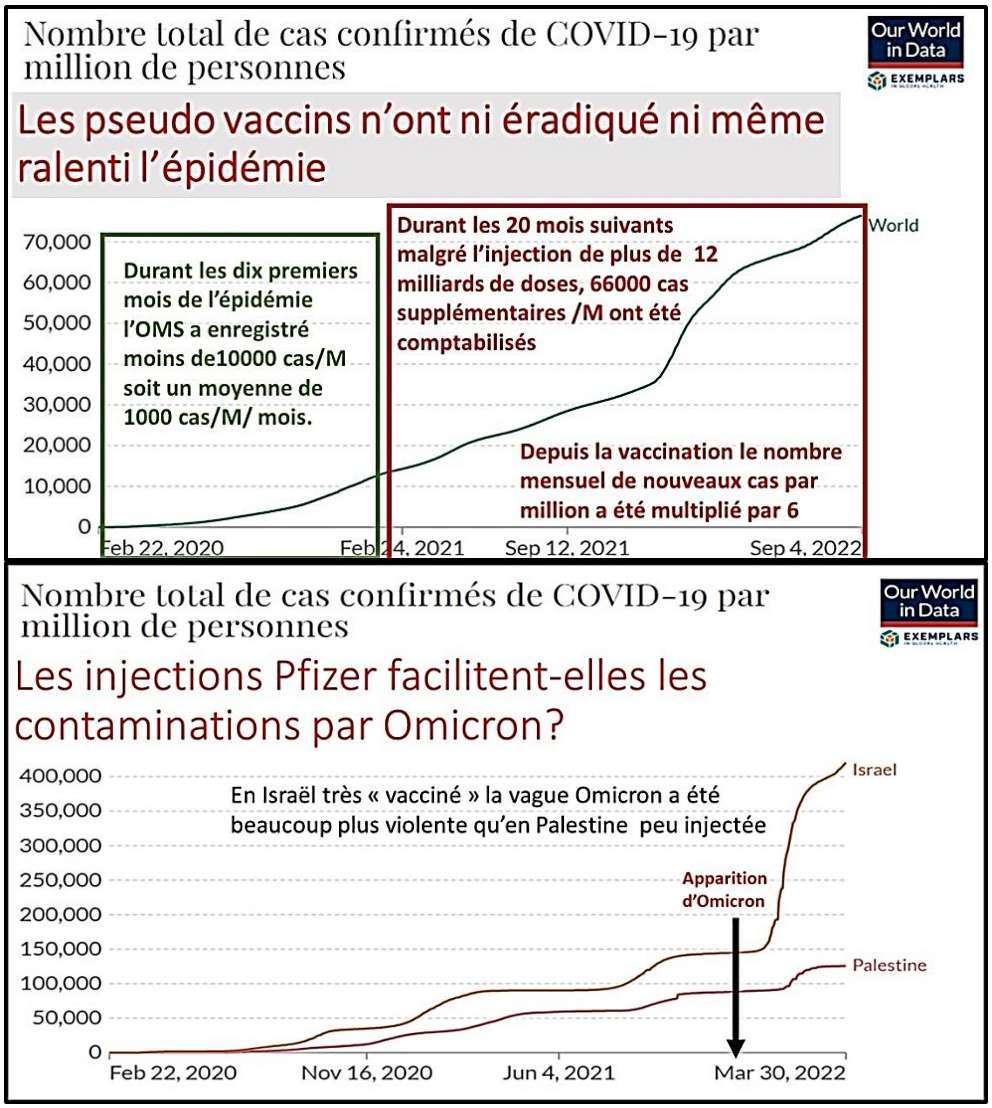




Les médias ont d'abord nié les faits pourtant établis par les données et les courbes de l'OMS, puis, devant l'évidence croissante de la surmortalité post vaccinale, les médias l'ont attribuée au Covid sans même envisager qu'il s'agissait plus certainement d'un phénomène de facilitation de la maladie [1] par les vaccins, non reconnu par des essais bâclés.

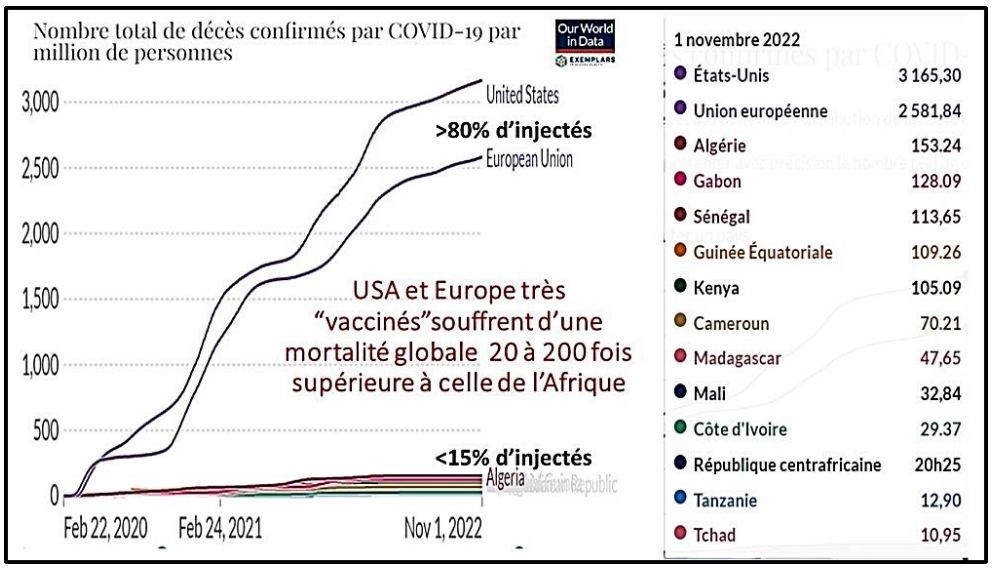
Gouvernements, agences sanitaires et médias refusaient d'évoquer la possibilité de la moindre responsabilité des injections et les « fast checkers » ne pouvant démentir la surmortalité observée l'ont attribuée au Covid et à « l'efficacité retardée des vaccins ».

Depuis lors, les pseudos vaccins ont montré leur totale inefficacité sur la propagation de la maladie qu'ils ont été incapables de ralentir et qu'ils ont même probablement facilitée, puisque le rythme mensuel de contaminations mondiales a été multiplié par six après leur généralisation et souvent davantage dans les pays les plus vaccinés au moment d'Omicron.

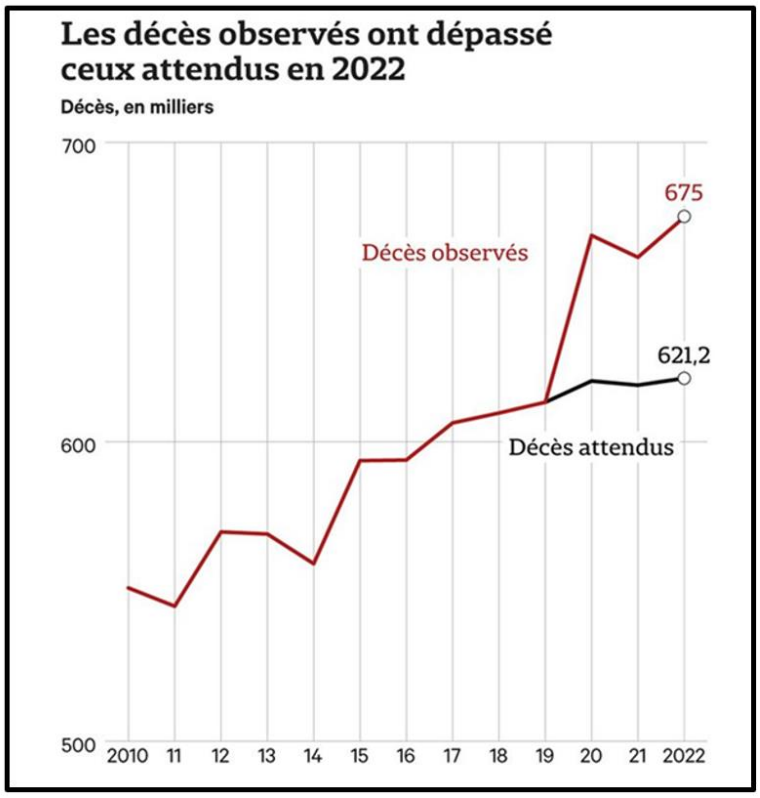


Les injections anti-Covid ont également fait la preuve de leur échec à prévenir les formes graves et la mortalité qui atteignait en novembre 2022 des taux 20 à 50 fois plus élevés dans les pays très vaccinés (Europe, USA) que dans ceux qui y avaient échappés (Afrique).

Cette inefficacité dramatique des pseudo-vaccins s'accompagne de plus d'une toxicité croissante avec le temps. Les médecins israéliens ont été les premiers à décrire les myocardites post vaccinales reconnues maintenant par tous les auteurs et auxquelles se sont depuis associés des morts subites, accidents neurologiques, troubles des règles et de la fertilité, apparition de turbo-cancers…
Parallèlement à la reconnaissance de ces complications post vaccinales, une surmortalité chronologiquement liée aux campagnes de rappel est apparue dans tous les pays vaccinés [2] alors que l'épidémie Covid a disparu grâce à l'immunité conférée par Omicron.

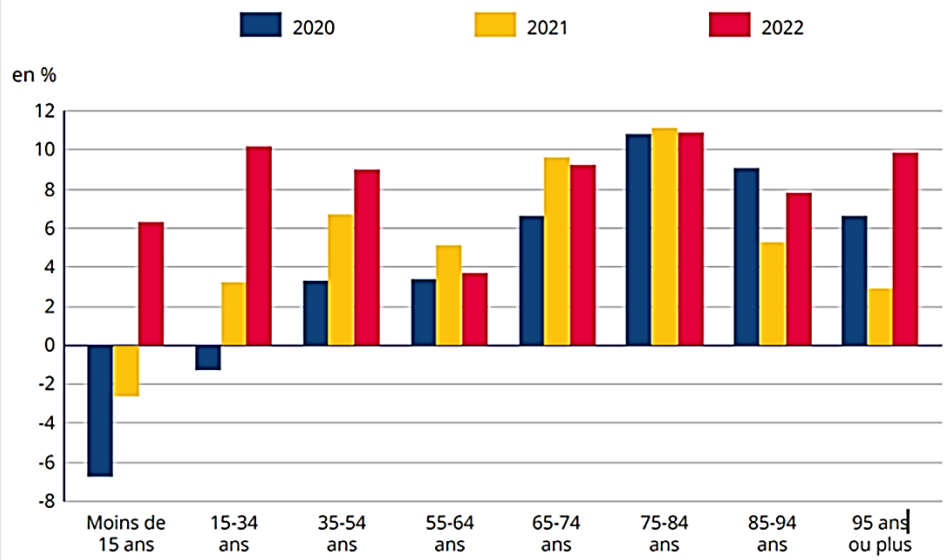


Cette surmortalité toutes causes confondues est observée en France où elle a atteint 9 % de la mortalité attendue en 2022 (+53 800 décès) comme l'illustre ce graphique de l'INSERM :



Le possible lien de causalité entre cette surmortalité et la vaccination Covid est renforcée par sa survenue dans des classes d'âge inférieures à 55 ans (où les risques de mortalité sont faibles et chez lesquels aucune cause connue autre que la vaccination ne l'explique) et après 85 ans (groupe vacciné à plus de 90 %).

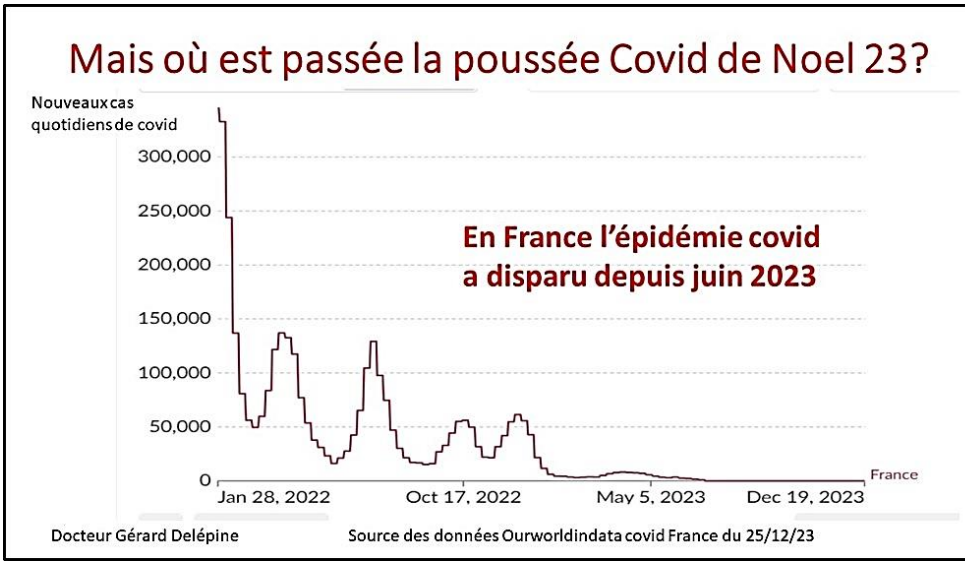
Figure 6 – Écart entre les décès observés et attendus par âge de 2020 à 2022



Note : données provisoires.

Lecture : en 2022, les décès observés des 75-84 ans dépassent de 10,9 % les décès attendus, en prenant en compte l'augmentation et le vieillissement de la population, ainsi que la baisse des quotients de mortalité

Pour innocenter la vaccination de cette surmortalité croissante, Fanny Fontan et *Libération* inventent une « énième vague de Covid qui déferle à l'approche de Noël » qui n'existe pourtant dans aucun relevé, ni pour l'Institut national de la statistique et des études économiques, ni pour l'OMS comme l'illustre la courbe suivante :



Pour tenter encore de disculper les injections anti-covid, Fanny Fontan et *Libération* citent des avis d'experts qui décrivent les lésions vasculaires typiques de la protéine spike et en accusent les Covids longs en oubliant de rappeler que le vaccin Pfizer stimule la production de cette protéine toxique sans qu'on n'en connaisse la durée.

Pour tenter toujours de nier le rôle des injections anti-Covid dans la surmortalité, Santé publique France suggère que la hausse des décès pourrait être liée aux effets tardifs des confinements [3] dont ils nous avaient jadis tellement vanté les avantages supposés alors que nous en dénoncions les résultats calamiteux.

Mais quand ils avancent comme possible explication de la surmortalité actuelle le « *port du masque tombé en désuétude* » (en l'absence d'épidémie !), ils atteignent le sommet du ridicule.

Dans cet article trompeur destiné à disculper le rôle des vaccins dans la surmortalité actuelle, l'épidémiologiste Mircea Sofonea pose une interrogation d'une brûlante actualité, « ce *surrisque qu'on observe est-il constant au cours du temps, auquel cas, on va avoir une accumulation, ou bien est-ce que cet effet va s'estomper au fur et à mesure ? »*
Il est dommage qu'en ne rappelant pas le rôle causal des injections à ARNm, il se soit privé d'aborder *le problème crucial qui taraude médecins et malades, celui des traitements destinés à neutraliser les effets secondaires des injections anti-Covid.* Espérons que des chercheurs résoudront rapidement ce problème pour arrêter la nouvelle hécatombe post injection.

Dr Gérard DELÉPINE pour France-Soir
Publié le 27 décembre 2023
Gérard Delépine est chirurgien oncologue et statisticien médical.

[1] En anglais Antibody-dependant enhancement (ADE)
[2] Denis G. Rancourt COVID-19 vaccine-associated mortality in the Southern Hemisphere
[3] « Retard de prise en charge, isolement social plus important jouant sur les comportements, hausse de la consommation nocive d'alcool, difficultés d'accès aux soins. »

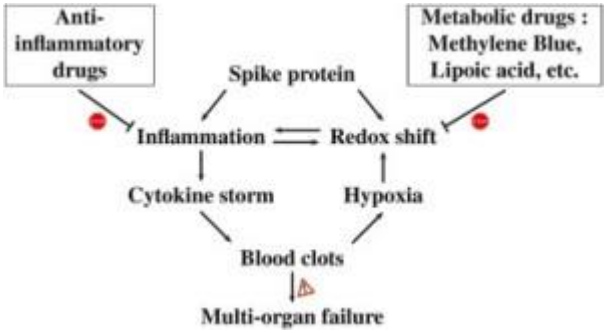
Pourquoi « Spike » est-elle toxique ?

Il y a peu, en août 2023, simplement suggérer que *Spike*, la protéine immunogène du coronavirus SARS-CoV-2, puisse exercer une toxicité expliquant les nombreux et divers effets dits « secondaires » des vaccins à précurseur génétique (ARN messager ou ADN en virus vecteur) relevait du blasphème. En septembre dernier pourtant, sortait en toute discrétion dans le très respecté journal « *Free Radical Biology and Medicine* » un article analysant scientifiquement les mécanismes moléculaires par lesquels *Spike* peut manifester effectivement cette toxicité.

Les auteurs avaient démontré précédemment que dans la plupart des maladies on peut déceler une déficience mitochondriale. L'infection par SARS-CoV-2, selon eux, suivrait un schéma similaire. Les effets à long terme comprennent un *changement de l'équilibre d'oxydo-réduction* dû à un *effet Warburg* (1) et à un *dysfonctionnement mitochondrial* responsable de la « tempête de cytokines », de la fatigue chronique, de l'inflammation chronique ou des pathologies neurodégénératives, toutes décrites dans les formes sévères de Covid-19.

Tous ces effets seraient induits par la protéine *Spike* et *proportionnels à la quantité de cette protéine dans l'organisme*, qu'elle émerge à la surface de l'enveloppe du SARS-CoV-2 lors de l'infection, ou qu'elle soit sécrétée par certaines cellules suite à l'inoculation vaccinale.

Les formes sévères de Covid-19 sont généralement limitées à des sous-populations humaines bien définies : les personnes âgées (le vieillissement s'accompagne fréquemment d'une perte relative du contrôle de l'équilibre oxydo-réducteur), les personnes souffrant d'un syndrome métabolique tel que l'obésité, le diabète, un cancer ou une inflammation chronique (pathologies dont on connaît la composante relative au niveau d'oxydo-réduction).



Un mécanisme d'inflammation aiguë bien contrôlé permet normalement à notre organisme de lutter contre les infections. Toutefois, si ce processus inflammatoire temporaire devient malencontreusement chronique, il peut entraîner des effets – locaux et systémiques – délétères. Les tissus enflammés présentent alors des niveaux élevés d'espèces réactives de l'oxygène (ROS) et d'espèces réactives de l'azote (RNS) qui peuvent entraîner une production excessive de cytokines et une activation incontrôlée du système immunitaire (2).

Les auteurs passent en revue détaillée l'ensemble des phénomènes entraînés par ces phénomènes d'oxydo-réduction perturbée et démontrent la corrélation entre ceux-ci et les observations faites sur les formes graves ou chroniques (Covid long) de Covid-19.

Ils en viennent ensuite très logiquement aux effets que ne doit pas manquer d'opérer *Spike* lorsqu'elle circule librement après une vaccination basée sur cette protéine seule (3).

Ils concluent que *Spike* présente effectivement – comme maintes fois dénoncé – une toxicité qui peut expliquer ses effets et ils en proposent le mécanisme moléculaire. Ces explications sont en cohérence avec les effets observés lors de l'infection naturelle par le SARS-CoV-2, dans les formes graves et dans les formes chroniques du Covid ainsi que lors de la vaccination utilisant la forme libre de *Spike*. Ils en infèrent que des substances agissant contre le stress oxydatif et l'effet Warburg comme le bleu de méthylène et l'acide lipoïque pourraient présenter une efficacité contre les effets délétères de l'infection et confirment ainsi – sans oser le dire trop clairement – les risques considérables du recours à la protéine *Spike* à l'état libre comme antigène vaccinal.

(1) L'effet Warburg est une forme particulière de métabolisme cellulaire caractérisée par des niveaux élevés d'absorption du glucose et une conversion accrue de celui-ci en lactose dans la voie glycolytique, ce qui va perturber gravement l'équilibre acido-basique local.

(2) Il est aujourd'hui bien connu que les patients souffrant d'un COVID-19 sévère présentent des niveaux plus élevés de marqueurs de stress oxydatif et des niveaux plus faibles d'antioxydants.

(3) Que ce soit lors des vaccinations à ARNm ou à ADN en virus vecteur ou encore sous forme de protéine sous-unitaire isolée, dans tous les cas, la protéine est seule, sortie de son contexte viral naturel.

Bernard RENTIER, 24 janvier 2024

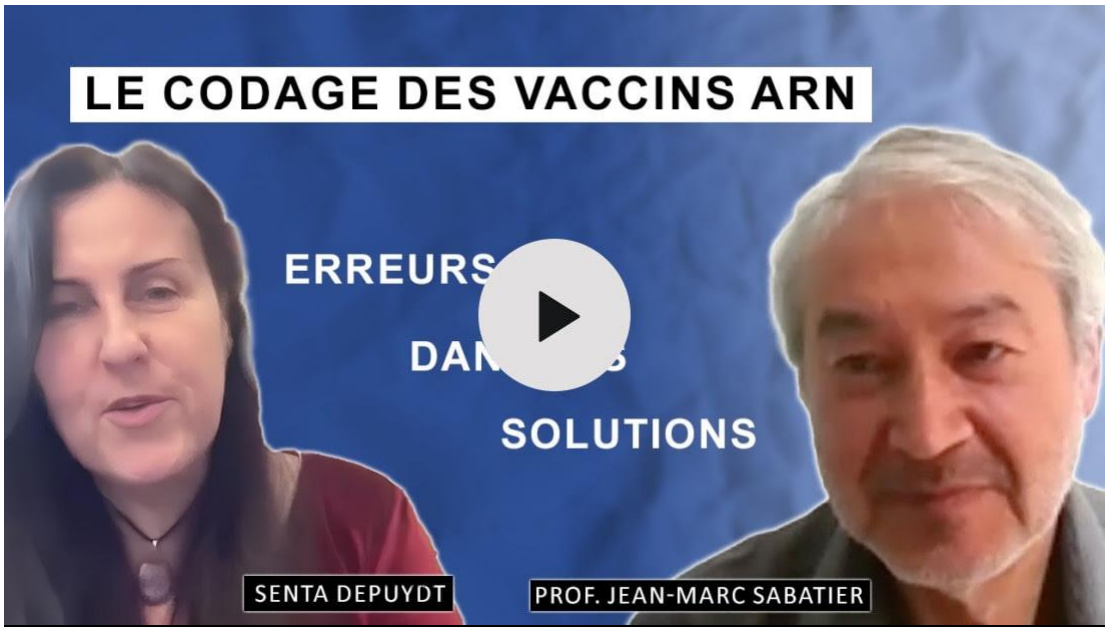
https://bernardrentier.wordpress.com/2024/01/28/pourquoi-spike-est-elle-toxique/

Le codage des vaccins ARN manipulé ! Erreurs, dangers, solutions. Entretien avec le prof. Jean-Marc Sabatier

Le codage de l'ARN vaccinal a été manipulé ! Dans une vidéo récente, le prof. Jean-Marc Sabatier avait lancé l'alerte sur la manière dont ceci entraîne la fabrication de protéines inconnues. Ces protéines 'fantômes' dérèglent le bon fonctionnement de notre système immunitaire et personne n'est aujourd'hui en mesure de prédire l'ampleur des conséquences que cela peut entraîner sur notre santé.

Ces nouvelles informations, qui font suite à une étude publiée le 6 décembre dans la revue Nature, sont essentielles à plus d'un titre :

1. Elles permettent de *mieux comprendre les mécanismes qui sont à l'origine de la pléthore d'effets secondaires* liés aux injections contres la Covid-19.
2. Elles *appellent à un moratoire immédiat sur l'utilisation et le développement de toutes les technologies à base d'ARN*.
3. Elles sont utiles dans la *recherche de traitements* pour les personnes souffrant des effets des injections Covid.
4. Elles ouvrent de nouvelles possibilités de *saisir la justice à toutes les personnes vaccinées, puisqu'il s'agit d'une tromperie sur le contenu du produit. Une plainte de 25 pages a été rédigée sur base de ces arguments par maître Jean-Pierre Joseph.*
5.



Entretien avec le professeur Jean-Marc Sabatier

L'article ci-dessous reprend l'essentiel des propos, sans inclure tous les développements plus scientifiques qui sont détaillés dans la vidéo.

Senta Depuydt : Jean-Marc Sabatier, vous êtes docteur en biologie cellulaire et microbiologie, et spécialiste des maladies infectieuses et des coronavirus. Vous êtes l'un des premiers à avoir analysé les mécanismes d'action du Sars-Cov-2, en collaboration avec les directeurs de laboratoire de Wuhan. Vous avez déjà publié une longue liste d'articles sur la maladie du Covid, mais aussi sur les vaccins, dont vous avez souligné le manque d'efficacité et les nombreux dangers.

Avant d'aborder les problèmes liés au codage de l'ARN, je souhaite vous poser une question. Nous voici bientôt 4 ans après le début de la crise sanitaire, quelles sont les réactions de vos collègues à vos publications ? Voyez-vous une évolution ?

Prof. Jean-Marc Sabatier : Non pas spécialement. Mes collègues sont silencieux. C'est un sujet tabou. Sur tout ce qui concerne les vaccins en général, et les vaccins ARN en particulier, mes collègues ne font pas de commentaire.
S. D : Ils se taisent, mais ils ne vous traitent pas de fou, ils ne critiquent pas votre travail ?
J-M.S. : Non, parce que les données actuelles, avec 4 ans de recul, montrent ce que j'ai décrit, se retrouve dans toutes les pathologies actuelles. On pouvait les anticiper dès le début, puisque ma première publication a été publiée en avril 2020. Elle avait été faite avec des collaborateurs du laboratoire de Wuhan en Chine. Nous y avions décrit le mode d'action du virus sur le système rénine-angio-tensine (SRAT) et nous avions déjà souligné l'importance de la vitamine D, qui régule ce système.
Nous avions alors anticipé certaines pathologies qui sont liées à ce dérèglement du système RAT et avec le recul, tout cela s'est confirmé par les données : on a vu apparaître des maladies auto-immunes, des tumeurs, des problèmes cardio-vasculaires, gastro-intestinaux, neuro-dégénératifs. Scientifiquement, ce travail n'est pas attaquable, ce qui a été annoncé se révèle exact.
Il était logique que la protéine Spike dérègle ce système, car elle agit sur un récepteur nommé ECA2 (note : pour une description détaillée de ce mécanisme voir aussi la *vidéo de l'épisode 27 du CSI* avec J-M Sabatier : https://substack.com/redirect/a213d246-de15-4ffe-a148-6128b97e4e0c?j=eyJ1IjoiMWZlcHoxIn0.ZhVjYNDvtmVZLlXjXBBauGzqUB0jBvPpsXZqWSWzGos)

Manipulation génétique de l'ARNm et protéines fantômes
S. D. : Aujourd'hui nous sommes là pour parler d'une nouvelle information concernant les vaccins Covid, à savoir les manipulations génétiques de l'ARNmessager vaccinal et surtout les conséquences que cela peut entraîner. Cela a été décrit dans une vidéo (https://substack.com/redirect/ab094d03-a1e3-4db8-ab1c-ab47433405e1?j=eyJ1IjoiMWZlcHoxIn0.ZhVjYNDvtmVZLlXjXBBauGzqUB0jBvPpsXZqWSWzGos) réalisée avec votre concours et qui circule beaucoup depuis quelques jours. De quoi s'agit-il ?
J-M.S. : *L'article publié dans Nature* le 6 décembre 2023 montre qu'il y a des problèmes avec l'ARN messager vaccinal dans les injections de Pfizer BioNtech, mais l'on devrait les retrouver aussi dans le vaccin à ARNm Spikevax de Moderna. Le dérivé d'un nucléotide qui a été utilisé dans le codage des ARNmessagers (« methylN1pseudo-uridine » dérivé de l'uridine) est mal lu par la machinerie cellulaire, notamment par les ribosomes. Ceci entraine un déplacement du cadre de lecture (frameshifting) de l'ARN messager. Les répercussions sont très importantes sur la traduction de l'ARN messager. Les acides aminés qui vont être traduits selon cette lecture, ne correspondent pas du tout à ceux qui devraient être lus pour fabriquer la protéine Spike.

Exemple : Le ribosome lit les nucléotides par groupe de 3. S'il ne sait pas lire la lettre U (ce qui arrive lorsque l'Uridine est remplacée par la methyl1pseudo-uridine) il lira par exemple CAA au lieu de UCA à partir de la 3ème bande, ce qui va changer les acides aminés correspondants et fabriquer d'autres protéines que celles qui étaient censées être encodées.

Cela fabrique un tas de molécules et les protéines qui vont être produites sont une multitude de variants de la protéine Spike. Elles vont également être reconnues par le système immunitaire. Il va alors se diriger contre des protéines qui n'ont rien à voir avec la protéine Spike. Par ailleurs, il y aura des problèmes dus à l'activité directe des protéines mutantes et possiblement des problèmes de réactivité croisée avec le « Soi » immunitaire. Tout cela peut déclencher des maladies auto-immunes.
S.D. : Mais alors quelles sont ces protéines ? Est-ce que l'on sait décoder ce qui est fabriqué à partir de ces « erreurs de lecture » du code de la protéine ?
J-M.S. : En fait non, on ne le sait pas exactement. Il y a énormément de méthyl1-pseudo-uridine dans la structure de l'ARNm vaccinal. Il y plus de 4 200 bases. (U, A, G, C) donc plus de 300 éléments methyl1-pseudo-uridine et cela peut donner lieu à des tas de combinaisons. On ne sait pas quelles sont les protéines qui seront réellement produites. Mais il va y en avoir une multitude.
S.D. : Y a-t-il des moyens d'identifier ces protéines « fantômes » ?
J-M.S. : Oui, par exemple en essayant de caractériser les produits de la traduction de l'ARN messager des vaccins Pfizer ou Moderna.
S.D : Le 15 juillet 2020, le parlement européen avait voté en procédure d'urgence une exception à la législation sur les *OGM*. Les fabricants de vaccins Covid avaient reçu carte blanche pour développer ce type de technologie. On sait aussi que l'Agence européenne des médicaments a ensuite accordé une autorisation conditionnelle de mise sur le marché sans que cette « nouvelle substance active » (les nanoparticules lipidiques codant l'ARN) soit vraiment testée. Dans le rapport d'autorisation du vaccin Pfizer, l'AEM s'était contenté d'affirmer que « les formulations vaccinales contiennent des lipides et de l'ARN, et que ces substances *ne sont pas supposées présenter* un potentiel toxique ou 'génotoxique' (donc inutile de les tester !) Toujours selon ce rapport de l'AEM, il ressort que la protéine Spike n'était pas suffisamment caractérisée et qu'il y avait une obligation de le faire à l'avenir. Il n'y avait pas de caractérisation de sa taille, ni de "caractérisation biologique du principe actif et son mécanisme d'action était imprécis", mais « Pfizer devait s'engager à "fournir ultérieurement une meilleure description du mécanisme d'action du vaccin » (p. 15).
Et finalement, on sait que cet ARNm codant la protéine Spike est un produit propriétaire, dont la formule est secrète pour ainsi dire.
Qu'est-ce que tout cela vous inspire ? N'est-il pas temps d'avoir quelques explications ?
J-M.S. : Ce qui se passe, c'est qu'ils ont changé la classification de ces vaccins. En fait, ce ne sont pas des vaccins, ce sont des « thérapies géniques ». Enfin… ce ne sont pas non plus des thérapies, puisque les effets sont délétères. Mais cela leur a permis d'éviter toutes les études de tératogénicité (le fait d'induire des malformations foetales), le potentiel tumoral et cancérigène, la toxicité générale du produit etc.
S.D. : Cela dit l'exemption à la règlementation européenne sur les OGM accordée par le parlement européen ne portait que sur les essais cliniques. Ici nous sommes sur des produits utilisés sur le marché. Cela laisse peut-être la place à de nouvelles actions concernant ce sujet…

Aveuglement ou malveillance ?
S.D. : Quelles sont les conséquences sur la santé de ces protéines fantômes ? Est-ce qu'on les connait ?
J-M.S. : *On en connaît une multitude. Ce qui était sûr c'est que l'on pouvait s'attendre aux problèmes liés à l'utilisation de la méthyl1- pseudo-uridylation. C'est déjà décrit depuis des années. Il y a eu des articles dans des revues spécialisées qui montraient que le ribosome n'était pas capable de la reconnaître correctement et qu'il se trompait lors de la traduction de l'ARNm. Car quand le ribosome lit un triplé (il faut trois lettres pour coder un acide aminé), il doit l'associer à un acide aminé naturel particulier. S'il se trompe, il inclut une « mauvaise perle » dans le collier qui correspond à la structure primaire de la protéine Spike.*
La raison avancée pour l'incorporation de ces dérivés est qu'ils sont censés diminuer l'inflammation provoquée par le vaccin, en diminuant la reconnaissance par le système immunitaire inné. Ils sont aussi censés augmenter la durée de vie de l'ARN messager.

S.D. : C'est assez effrayant. De plus, si l'on sait que ce type d'erreurs était attendu, on peut se poser des questions quant à l'intention des développeurs de ce vaccin. L'on sait que BioNtech, la firme allemande qui a mis au point les injections de Pfizer, a bénéficié de complicités de l'institut Paul Ehrlich (le régulateur allemand) pour faciliter les autorisations à obtenir pour les essais cliniques et la mise sur le marché du vaccin. Cet ARN n'a donc jamais été testé par les agences de santé. Par ailleurs, on sait que le vaccin présenté pour le dossier d'autorisation de l'Agence européenne des médicaments n'est pas le même que celui qui a été produit en

masse. Idem aux États-Unis, tout a été fait par des militaires avec l'opération Warp Speed, Pfizer s'est plus ou moins contenté de faire de la mise en flacon.
Alors est-ce qu'avec tout cela on peut imaginer qu'il y aurait une intention malveillante, le développement d'une sorte d'arme biologique ou des expérimentations de différents types ?

J-M.S. : Effectivement, beaucoup de bruits circulent comme quoi la DARPA (l'agence de recherche de l'armée US) serait à l'origine de tout ça. On peut se poser des questions parce qu'il y a une *censure énorme* dans les médias mainstream. Tout est fait pour cacher les effets secondaires des vaccins. Il y a pourtant une *augmentation de la mortalité qui atteint 20%* dans les pays où l'on a le plus vacciné, ainsi qu'une chute de la natalité. *Normalement, avec tous ces signaux d'alerte tout devrait être arrêté au niveau de ces injections, mais on voit que ce n'est pas le cas.* Les autorités sanitaires et *certains scientifiques* poussent encore à la vaccination avec ces plateformes ARNm, y compris *l'Académie nationale de médecine* qui a encore fait la promotion de ces nouvelles technologies il y a quelques jours.
Et on peut d'autant plus se poser ces questions que *les molécules qui présentent un intérêt thérapeutique sont systématiquement mises de côté*. Par exemple, la vitamine D a récemment été classée comme un perturbateur endocrinien. L'ivermectine a été écartée, l'artémisia annua qui est une plante intéressante dans le traitement du Covid, n'est pas autorisée, sauf en Suisse. On sent qu'il y a quand même un problème. *Est-ce que c'est une histoire de dépopulation ?* En tous cas, ça questionne. Ça parait assez fou, mais quand on analyse froidement ce qui se passe, on peut douter de la bienveillance des autorités sanitaires en général.
S.D. : Effectivement tout cela est très suspect. J'imagine que l'on peut retrouver les mêmes problèmes avec d'autres thérapies basées sur l'ARN ?

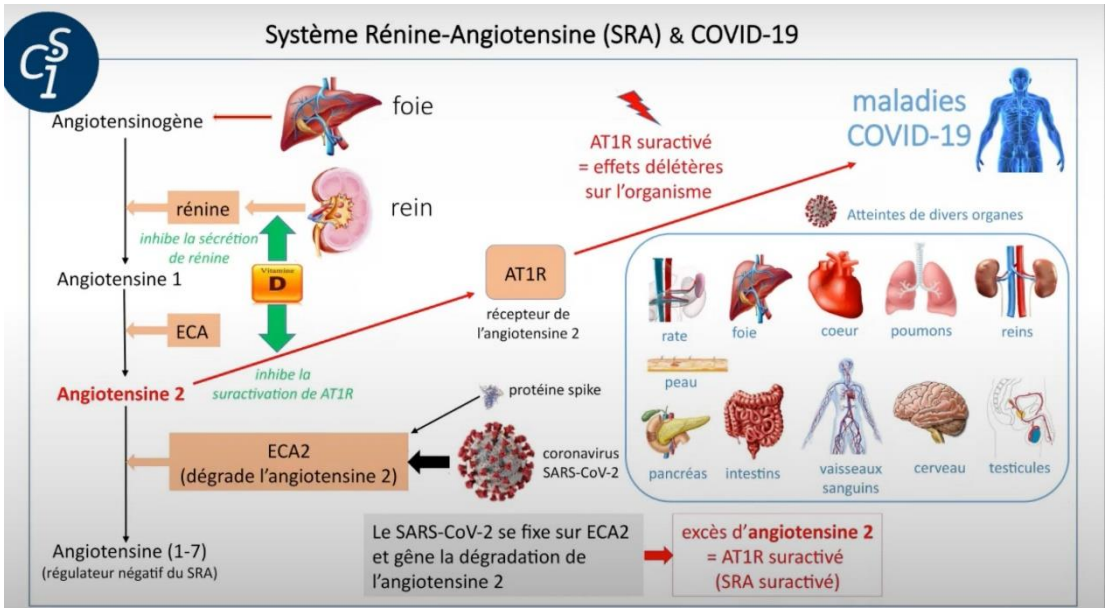
Différents types de vaccins ARN, de plus en plus dangereux

J-M.S. : Oui tout à fait. On a d'ailleurs annoncé que 500 nouveaux vaccins de ce type étaient en développement à l'horizon 2030, aussi bien en médecine humaine qu'en médecine vétérinaire. Donc oui c'est grave. De plus, au Japon, on vient d'annoncer le *1er vaccin à ARN auto-amplifiant* qui intègrent un complexe réplicase. C'est encore bien pire que les vaccins actuels. Il suffit d'une injection pour que l'organisme se mette à produire en permanence l'antigène codé, dans ce cas-là, la protéine Spike.
Les vaccins actuels de Pfizer et Moderna ne sont pas dégradés rapidement, puisqu'ils sont stabilisés par la methyl1-pseudo-uridine, mais la production de protéine Spike est censée s'atténuer dans le temps. Ici on est face à une production continue de la protéine, en quelque sorte pour éviter de devoir faire des rappels de vaccins. Mais c'est très dangereux, parce qu'on ne maîtrise pas du tout ces vaccins.
Il serait tout de même possible d'intervenir en injectant des ARN interférants, des toutes petites structures ARN qui rendrait ces ARN auto-amplifiants silencieux. Leur rôle serait de bloquer leur lecture par le ribosome et d'enclencher leur dégradation.
Avec tous les problèmes que l'on voit actuellement, c'est une folie complète de mettre ces vaccins auto-amplifiants sur le marché.
Et cela va encore plus loin avec les vaccins à *ARN transamplifiants*. Là il s'agit d'injecter deux ARN messagers : un qui va coder l'antigène (comme la Spike) l'autre qui va coder le complexe réplicase. Cela va entraîner des

effets délétères, c'est une plateforme qui n'est pas du tout au point. Elle date des années 80, mais il n'y a aucun recul dessus. Le peu d'études qui existent montrent qu'il y a des problèmes, mais apparemment on les met de côté, puisque ces vaccins arrivent sur le marché.
S. D. : Si vous aviez une minute pour vous adresser à des politiciens, que leur diriez-vous ?
J-M.S. : *Le message clé c'est qu'il faut arrêter les rappels vaccinaux, stopper toutes les technologies à ARN messager et tous ces nouveaux vaccins dont je viens de parler, sinon ce sera catastrophique. Il va y avoir un énorme problème de santé publique.*

Les mécanismes d'action sur la santé

S.D. : Donc aujourd'hui on peut expliquer les mécanismes qui conduisent aux différents types d'effets secondaires signalés pour ces injections ?
J-M.S. : Déjà il y a le fait que les vaccins produisent de la protéine Spike, puisque cette protéine est délétère. Elle reconnait le récepteur ECA2, celui qui est ciblé par le virus au sein des cellules humaines et qui concerne tous les types de cellules : les cellules nerveuses, du système immunitaire, les neurones, les gonades etc. Le système rénine-angio-tensine auquel appartient le récepteur ECA 2 est présent sur tous les tissus et organes.



La protéine Spike va provoquer des réactions inflammatoires, du stress oxydant, favoriser les thromboses, l'hypoxie, l'hypertrophie et faire chuter le monoxyde d'azote. En gros, cela peut mettre le bazar partout. Cela peut atteindre le système rénal, pulmonaire, cardiovasculaire et même les différentes flores microbiennes.
C'est pour cela que l'on se retrouve avec une explosion de cancers et de turbo-cancers, une augmentation des maladies auto-immunes et des troubles nerveux, les maladies neurodégénératives comme la démence, Alzheimer et il y a aussi une dérégulation des différentes hormones, ce qui explique les troubles des organes sexuels etc.

Tous les fabricants ont fait les mauvais choix

S.D. : Le Dr. Mike Yeadon qui avait été directeur scientifique chez Pfizer a affirmé que le choix de la protéine Spike pour faire le vaccin est un choix criminel. Selon lui on aurait pu choisir d'autres protéines du Coronavirus, moins dangereuses pour fabriquer le vaccin. (voir le 4ème épisode de *Plus Jamais ça, c'est maintenant et mondial*). Or toutes les compagnies pharmaceutiques ont fait le choix de la protéine dangereuse.
J-M.S. : Oui tout à fait. On aurait pu prendre la protéine N de la nucléocapside qui est nettement moins dangereuse. D'autant plus que la protéine Spike est très variable, d'ailleurs on l'a vu avec tous les variants qui sont apparus, alors que ce n'est pas le cas de la protéine N qui est plus stable.
S.D. : Donc tout le monde a fait le mauvais choix.
J-M.S. : Oui, et les modifications structurelles qui ont été apportées à la protéine Spike naturelle ont aussi été mal choisies. Dans le code génétique de la Spike on a modifié deux « perles » du collier. La Spike naturelle compte 1 273 résidus d'acides aminés. Dans les positions 986 et 987, on a substitué deux résidus par des prolines qui sont des acides aminés particuliers qui vont rendre possible l'apparition de conformères (le fait

qu'une même molécule existe sous plusieurs formes). Cela favorise ainsi l'apparition et l'association de 3 protéines Spike qui vont suractiver le système rénine-angiotensine (potentiellement encore plus qu'avec la spike naturelle). À nouveau, cela impacte à la fois l'immunité innée et l'immunité adaptative. (voir la vidéo pour les détails). *C'est pour cela qu'il a une immunodéficience qui est induite par des injections vaccinales répétées.* L'immunodéficience, c'est une forme de sida. Dans ce cas, ce n'est évidemment pas lié à un virus, mais simplement à une faiblesse du système immunitaire.
S.D. : Quelles sont les meilleures armes pour faire face à cette situation ?
J-M.S. : La meilleure arme, c'est qu'il y ait un maximum de gens informés de ces risques. Clairement le rapport bénéfice-risques est très défavorable. C'est la chose primordiale à comprendre.

Soutenir le système immunitaire face à ces agressions (cette 2ème partie de l'entretien est plus détaillée dans la vidéo)
D'abord, il faut faire en sorte que ce système rénine-angiotensine (SRAT) fonctionne le mieux possible. On peut prendre de *la supplémentation en vitamine D*. C'est très important, car elle permet de freiner la suractivation du SRAT et elle agit aussi à beaucoup d'autres niveaux. Elle est aussi antivirale et antibactérienne par exemple. Idéalement, il faut avoir un taux supérieur à 50 nanogrammes de calciferol par ml de sang.
S.D. En termes de prise de compléments, cela donne quoi ?
J-M.S. : Cela va dépendre du poids. Pour une femme, c'est 3000 UI par jour, de préférence de la D3, sauf en cas d'obésité où il faut augmenter la dose. Pour un homme ce sera entre 4 000 et 5 000 UI et cela peut aller jusque 8000 selon le poids. 40 UI correspondent à 1 microgramme. Une prise journalière est plus efficace qu'une prise mensuelle. En France, la recommandation officielle est de 2 000 UI, mais c'est insuffisant. Idéalement, il faut aussi prendre du magnésium pour que la vitamine D3 soit métabolisée au niveau du foie et des reins, d'autant que la majorité de la population est déficiente en magnésium. Idem pour *le zinc* qui agit en synergie avec la vitamine D. Environ 15% des gens en sont carencés et les taux sont généralement trop bas. Le zinc a aussi des propriétés anti-inflammatoires, anti-oxydantes et anti-microbienne.

S.D. : Merci pour ces premiers conseils. Y a-t-il des recherches en cours sur tout ce qui peut aider à rétablir ce dérèglement immunitaire ?
J-M.S. : Il faut encore parler des antioxydants parce que le dérèglement du système SRAT active une enzyme qui s'appelle NADPH oxidase ou NOX. Elle génère des particules réactives de l'oxygène, des radicaux libres qui peuvent dérégler ou tuer les cellules. Pour cela on peut prendre de la *vitamine C* (2 ou 3 grammes) et un autre antioxydant puissant qui s'appelle le *gluthation* (750 mg) et du *N-acetylcystéine ou NAC*, parce que leurs activités sont complémentaires. Ils ne vont pas piéger les mêmes radicaux libres. C'est déjà une bonne protection en termes d'antioxydants.
Ensuite il y a encore d'autres molécules qui sont actives sur le dérèglement du SRAT. Dans les plantes, il y a *l'artemisia annua* qui contient de l'artémisinine et de la quercétine. La *renouée du Japon* contient aussi de la quercétine. On peut également utiliser *la réglisse, la ravintsara, l'aloé vera, le gingko biloba, la berberine, l'angelica, l'ashwaganda, et le ginseng*.

La *mélatonine* peut aussi être très utile, car c'est un inhibiteur du SRAT. C'est une hormone qui règle le rythme circadien. Elle est couplée à la vitamine D. En été quand il y a beaucoup de vitamine D à cause du soleil, le taux de mélanine est plus bas. En hiver, c'est l'inverse.
Pour les personnes qui ont des troubles de type Covid long, avec des pathologies plutôt sévères comme les syndromes d'activation macrophagique et mastocytaires ou ou le sibo (invasion bactérienne des instestins) on peut encore ajouter d'autres molécules : les *omega 3*, la *taurine*, la *vitamine A* et aussi de *l'iode*. Souvent les hormones thyroïdiennes sont perturbées lors d'un Covid sévère.
Au niveau des molécules médicamenteuses qui peuvent être intéressantes selon les pathologies présentes, il y a par exemple le LDN, *la naloxone et la Naltrexone*, qui stabilisent le SRAT. Il y a aussi les benzodiazépines comme le *Xanax*, la *fluboxamine* ou même le *Prozac*. Mais le plus intéressant ce sont les *anti-histaminiques.* **I**l y en a quatre types qui sont chacun actifs sur différents organes. On peut même utiliser *des bétabloquants* qui ont une action sur le système nerveux, par exemple pour ceux qui ont des troubles neuro-dégénératifs.
S.D. : Merci beaucoup pour cet exposé détaillé, mais passionnant. Je suis certaine que cela va intéresser de nombreuses personnes qui en ont besoin. En vous écoutant, je pouvais m'empêcher de penser à toutes ces affections que l'on ne soigne pas ou mal dans la médecine classique, mais pour lesquelles on obtient souvent de beaux résultats lorsque l'on suit une approche de ce type. Je pense à la maladie de Lyme par exemple, et même aux troubles autistiques. Cela a été mon cas avec mon fils qui a régressé vers un autisme non-verbal et qui a pu retrouver toutes ses facultés par des interventions biomédicales.
J-M.S. Je ne suis pas un spécialiste de l'autisme, mais en ce qui concerne la maladie de Lyme, effectivement on retrouve à peu près les mêmes pathologies que dans le Covid. J'ai eu l'occasion d'en parler avec le professeur Perronne. Pour moi le Lyme c'est aussi un dérèglement du SRAT. Bien sûr l'origine est différente, ce n'est pas dû au virus du Sars-Cov-2, mais à des bactéries comme borrelia ou babesia et toutes les autres bactéries associées. Mais les mécanismes sont similaires à ce qui se passe avec le Sars-cov-2 et aussi celui à la péritonite infectieuse du chat (qui est provoquée par un autre coronavirus). On retrouve d'ailleurs les mêmes types de symptômes.
S.D. : Merci beaucoup pour cet exposé. Il est important de ne pas rester avec ces informations angoissantes concernant les effets des injections ARN.
J-M.S. : *C'est vrai. Mais j'espère que les gens ont bien compris que le principal est de ne plus se faire vacciner. Inutile de faire des rappels, d'autant que les injections vaccinales répétées provoquent une immunotolérance. Plus on injecte un antigène, moins le corps y réagit.*
S.D. Alors prions pour eux ! Et continuons à nous mobiliser pour mettre fin à cette expérience délétère. À nouveau merci pour cet entretien et merci pour vos travaux.
J-M.S. Merci aussi Senta.

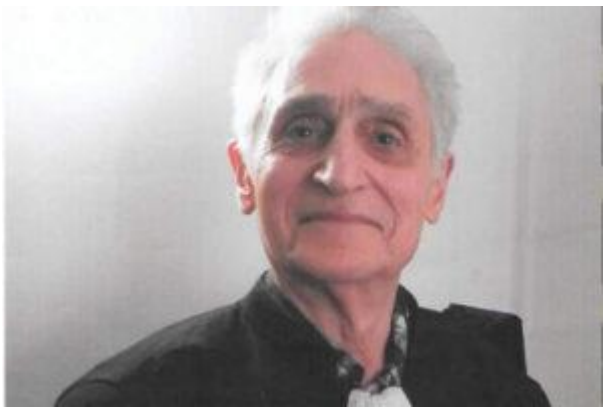
Pour compléter cet article :
La réaction de maître Joseph, avocat pour la Ligue Nationale pour la Liberté des Vaccinations dans un article de l'Info du Jour. « *Manipulation génétique des vaccins : "une tromperie" ».*

Senta DEPUYDT

Manipulation génétique des vaccins : « Une tromperie »

La manipulation du codage génétique de l'ARNm des vaccins anti-Covid produit une protéine fantôme dont les conséquences peuvent être gravissimes pour le corps humain, comme l'a démontré Jean-Marc Sabatier. Aujourd'hui, l'avocat Me Jean-Pierre Joseph explique qu'il s'agit d'une tromperie pour laquelle les vaccinés peuvent saisir la justice. Entretien.

Pourquoi cette nouvelle étude sur les injections à ARN messager, parue dans la revue Nature en date du 6 décembre 2023, est-elle inquiétante ?



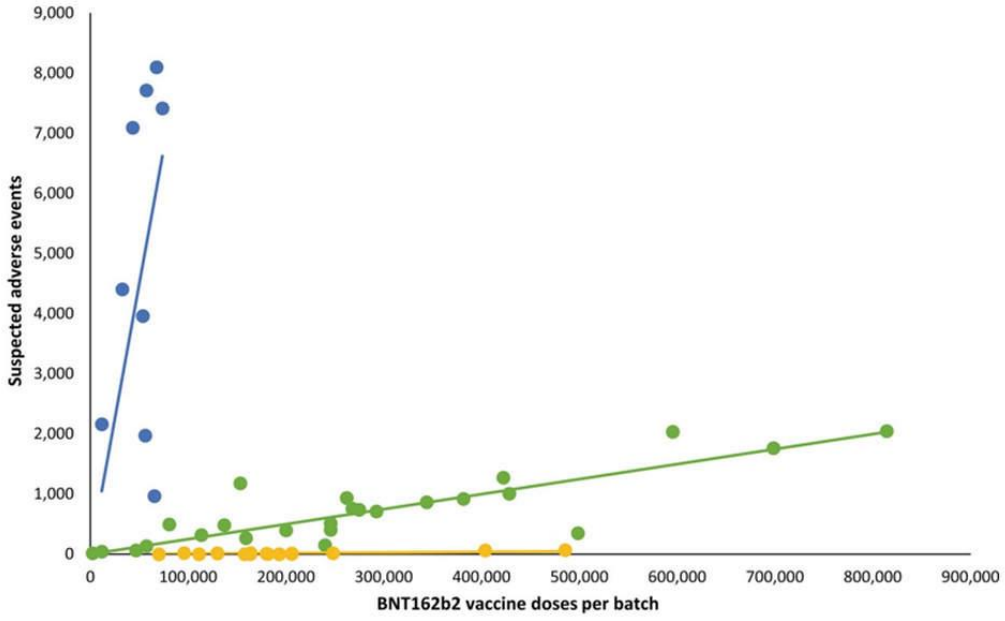
Me Jean-Pierre Joseph, avocat (DR)

Cette nouvelle étude, réalisée par de nombreux chercheurs, démontre que nos concitoyens « vaccinés » à l'ARN messager anti-Covid se sont fait injecter des informations génétiques ordonnant aux cellules de leur corps de produire d'autres éléments biologiques (protéines) que ceux correspondant à ce qui était annoncé par les fabricants et les autorités sanitaires européennes et françaises.

On ne connait pas les raisons pour lesquelles ces protéines inconnues ont été programmées par les fabricants de « vaccins ».

Aucun contrôle du codage génétique n'a été réalisé avant injection.

De nombreuses autres études démontrent les possibilités innombrables de modification du codage génétique des ARN messager.



Le graphique de l'étude danoise qui a constaté au minimum trois types de lots, illustre ces manipulations du codage génétique à l'insu des vaccinés.

Pourquoi cette nouvelle étude peut, non seulement aider les vaccinés souffrant d'effets secondaires, mais aussi l'ensemble des personnes vaccinées ?

Cette nouvelle étude démontre qu'il y a eu une grave tromperie sur les codages génétiques injectés : le codage de l'ARN messager injecté a été manipulé. Cette manipulation ne peut pas être le fruit du hasard : elle est forcément intentionnelle. Cette tromperie, qu'il y ait effet indésirable ou pas, permet à tous les

injectés de déposer plainte afin de demander réparation de leur préjudice, que ce soit pour leurs effets secondaires ou pour le fait que, sans leur consentement, et sans même qu'ils ne le sachent, ils ont reçu des ARNm dont le code génétique peut être modifié. N'est-ce pas une manière détournée de transformer, petit à petit, l'être humain en un mouton obéissant, sans qu'il n'en soit conscient, ou, par la suite, en robot humanisé ?

Pas d'effets secondaires ?

Robot ou non, il y a lieu de rappeler que le dernier rapport, accessible facilement au public, de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (A.N.S.M.) de mai 2023, indique que *sur 156 711 100 injections, 193 571 cas d'effets indésirables* ont été déclarés, soit une déclaration sur 809 injections dont 25% (48 392) graves !

Il faut savoir que le vaccin contre la grippe donne lieu à une déclaration pour 1 000 000 d'injections, soit 1 236 fois moins élevé, et que, auparavant, toutes les campagnes vaccinales avaient été arrêtées dès que l'on enregistrait quelques dizaines d'effets secondaires graves.

Or, la première chose que font nos responsables de santé publique, est de consulter régulièrement le site de l'ANSM. Les journalistes peuvent le faire également.

Alors, que penser lorsque les politiques et les grands médias nous rabâchent qu'il n'y a pas d'effets indésirables, alors qu'ils savent très bien que, pour la première fois dans l'histoire de la vaccination, le nombre d'effets indésirables est colossal ? Et ceci d'autant plus que l'ANSM indique que, comme très peu de victimes font la déclaration à la pharmacovigilance, elle n'a connaissance, au mieux, que de 10% de la réalité !

Concrètement, comment les vaccinés peuvent-ils agir ?

Les vaccinés souffrant d'effets secondaires ou ceux se sentant trompés par la manipulation génétique opérée sur les ARN messagers qui leur a été injectée et qui sont inquiets des effets délétères que peuvent engendrer sur leur santé à moyen et long terme ces manipulations, peuvent télécharger *le modèle de plainte ci-dessous* rédigé par un groupe de juristes et de scientifiques.

Ils peuvent ensuite l'adresser directement à Madame ou Monsieur le procureur de la République. L'adresse à renseigner est celle du Tribunal Judiciaire dont le vacciné dépend.

Il est préférable d'envoyer sa plainte en courrier recommandé avec avis de réception afin de pouvoir prouver la date de réception.

Si aucune réponse n'est reçue au bout de trois mois (instruction), il sera alors possible pour le vacciné souhaitant obliger la justice à enquêter, d'adresser sa plainte au doyen des juges d'instruction pour obliger l'instruction (l'intervention d'un avocat à ce stade n'est pas obligatoire, mais conseillée).

Une caution proportionnelle à ses revenus lui sera demandée, caution qui lui sera restituée en fin de procédure.

Qui peut saisir la justice concernant ces faits ?

Je veux insister sur le fait que n'importe quelle personne s'estimant simplement trompée par cette campagne de vaccination anti-Covid-19 peut déposer cette plainte. Il n'est pas nécessaire de justifier d'un quelconque effet secondaire. Car l'enjeu se situe ici bien au-delà : nous ne pouvons pas laisser davantage nos institutions médicales valider une telle pratique mettant en jeu les intérêts fondamentaux de la nation et l'intégrité de chacun, ainsi que de l'espèce humaine.

Interview de Maître Joseph par Jean-Luc DUHAMEL (Juriste) et Ronald GYULLAYMONT (Profession-Gendarme)

31 décembre 2023 par LA RÉDACTION INFODUJOUR

https://infodujour.fr/sante/72623-manipulation-genetique-des-vaccins-une-tromperie?utm_source=substack&utm_medium=email

La « Spike detox » s'attaque au Covid long et aux dommages vaccinaux

C'est une première : le protocole du cardiologue Peter McCullough est publié dans un journal médical américain.

Peter McCullough, un cardiologue connu pour avoir lancé l'alerte sur les myocardites liées aux vaccins Covid, a développé un protocole « grand public » pour lutter contre le Covid long et les dommages vaccinaux. Une combinaison de trois compléments alimentaires vise à se débarrasser des fameuses protéines Spike, responsables d'états inflammatoires et de maladies auto-immunes. Les résultats encourageants de son protocole de détoxication viennent d'être publiés pour la première fois dans un journal médical américain. Le chercheur demande à présent que de véritables études soient entreprises.

Réaction à une incurie

Plus de trois ans après l'apparition du Covid et de ses vaccins, la protéine Spike semble toujours faire des dégâts au sein de la population. Selon le Dr Peter McCullough, malgré le fait que le gouvernement Biden ait injecté 1 milliard de dollars dans la recherche pour traiter le Covid long, aucune thérapie n'a vu le jour et aucun essai clinique ne semble être planifié. C'est en réaction à cette incurie que le cardiologue et ses collègues sont partis à la recherche de substances dont le mécanisme d'action permettrait de dégrader les protéines tant redoutées.

« Mes partenaires cliniques et moi-même avons mis au point un régime de base auquel des médicaments ou des agents supplémentaires peuvent être ajoutés. Nous avons recherché dans la littérature toutes les sources d'information disponibles sur les produits susceptibles d'aider le corps humain à décomposer et à cataboliser la protéine Spike. Nous avons trouvé deux composés, la nattokinase et la bromélaïne et nous y avons ajouté la curcumine pour ses effets anti-inflammatoires dans le contexte des patients post-Covid et vaccinés. »

Le trio gagnant

Les trois composants du protocole sont des compléments alimentaires facilement accessibles et connus de longue date. On les trouve par exemple en magasin bio ou sur internet. La *nattokinase* est une enzyme dérivée de la fermentation du soja. Elle est traditionnellement utilisée au Japon pour ses bienfaits supposés sur le système cardiovasculaire. Des essais précliniques montrent qu'elle dégrade la protéine Spike.

La *bromélaïne* provient d'enzymes dérivées des tiges d'ananas capables de digérer les protéines et a été approuvée par la FDA et l'UE en tant que traitement topique des blessures et des oedèmes. Comme la nattokinase, il a également été démontré qu'elle accélère l'élimination des protéines Spike.

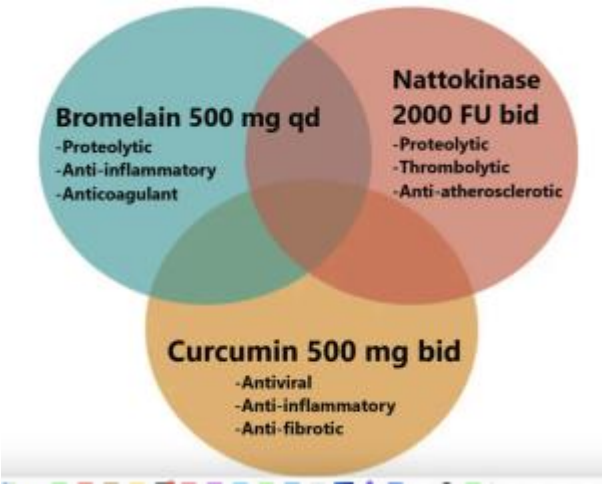
Smoothie ananas et curcuma, un classique de la détoxication

Quant à la curcumine, c'est un composé actif du curcuma, une épice de tradition millénaire en Orient, utilisée couramment pour ses propriétés anti-inflammatoires. Cette substance avait effectivement démontré une certaine efficacité durant l'épidémie. En Belgique, une équipe l'avait d'ailleurs testée en utilisant du Nasafytol, un produit basé sur la synergie de la curcumine, de la quercétine et de la vitamine D. L'équipe du professeur

Henrotin de l'université de Liège avait noté une réduction de 50% des symptômes cliniques à partir du septième jour de traitement et le groupe ayant pris ce supplément n'avait pas connu de développement grave de la maladie.

Suivi médical nécessaire

Le protocole de McCullough préconise la prise de nattokinase à raison de 2 000 FU (100 mg) deux fois par jour, de bromélaïne 500 mg une fois par jour et de nano-curcumine 500 mg deux fois par jour, pendant au moins 3 mois avec une continuation pendant un an ou plus. Selon le médecin, l'on peut encore ajouter des agents supplémentaires à ce régime de désintoxication de base.



Le protocole detox du Dr McCullough en 1 image

Les personnes ayant utilisé ce traitement ont rapporté une amélioration des symptômes tels que des engourdissements, des picotements, des épisodes de tachycardie, des maux de tête et des pertes de sens.
La combinaison des trois ingrédients est toutefois susceptible de provoquer une série d'effets secondaires, principalement des saignements et des réactions allergiques, liés à ses effets anticoagulants. Pour des profils à risque, le cardiologue affirme que la nattokinase et la bromélaïne peuvent être utilisées en complément des médicaments antiplaquettaires et anticoagulants, mais que ceci nécessite alors un accord et un suivi médical.

L'enjeu actuel est la prise de conscience

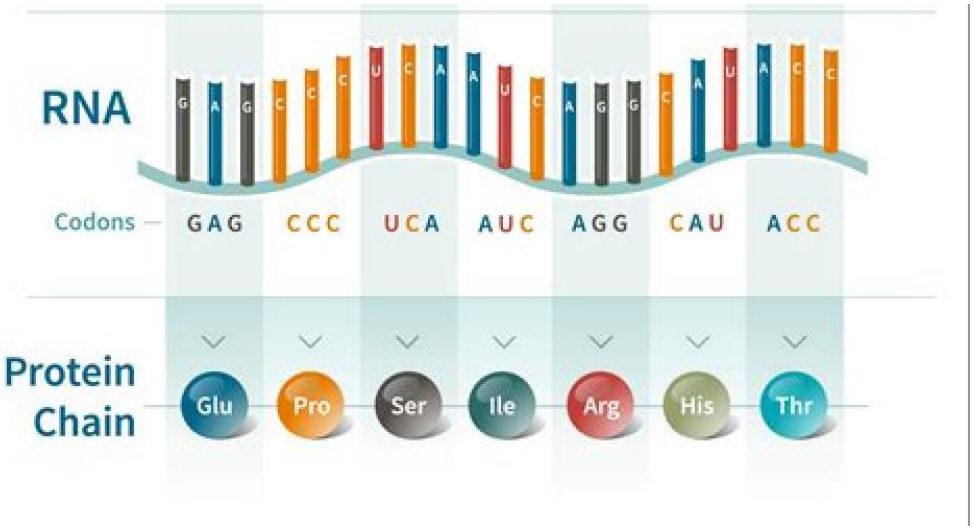
À noter que cette première publication dans un journal médical (Journal of American Physicians and Surgeons) n'a pas la valeur d'une étude scientifique. Le protocole doit encore être validé par des essais en double aveugle, randomisés et contrôlés par placebo. En attendant, le Dr McCullough cherche à attirer l'attention de ses collègues sur ses résultats encourageants avec des pistes de traitements simples et accessibles à tous.

21 décembre 2023 ·

https://www.covidhub.ch/spike-detox/

Erreurs de lecture du génome, production de protéines fantômes…le Prof. Sabatier explique comment l'ARN vaccinal détraque la machinerie génétique.

Le professeur Jean-Marc Sabatier, directeur de recherches au CNRS, lance l'alerte suite à une *publication dans le journal Nature (https://www.nature.com/articles/s41586-023-06800-3)* qui révèle comment l'ARNm des vaccins Covid détraque le fonctionnement de notre machinerie cellulaire.
L'on pensait que l'ARNm des vaccins était codé pour répliquer la protéine Spike naturelle. Ce n'est pas le cas. Pour les vaccins Covid, le code génétique de la protéine Spike a été modifié. L'étude qui vient de paraître dans la prestigieuses revue Nature atteste du fait que, suite à cette modification, certaines lettres sont « illisibles ». Ceci entraîne des erreurs dans la transcription du message (pour coder la protéine Spike), et peut éventuellement provoquer la production de protéines indésirables ou protéines « fantômes ».



Les codons des chaînes de protéines sont composés de trois lettres (par exemple GAG, ou CCC). Si la « bande » de lecture ne « voit pas » une lettre (un nucléotide), elle va lire des groupes de lettres différents (codons) et commettre des « erreurs de fabrication » de la protéine Spike...
Imaginons un instant ce qui se passe ici : pour fabriquer différentes protéines notre machinerie cellulaire lit les instructions génétiques par groupe de trois lettres (les codons). Qu'arrive-t-il si certaines lettres sont invisibles ? Ce sont de mauvais « ensembles » qui sont lus, et cela engendre des erreurs dans la transcription du message. Résultat : les protéines ne sont pas fabriquées, ou pas correctement ou d'autres protéines « fantômes » sont fabriquées…
Quelles en seront les conséquences pour les personnes à qui l'on a injecté plusieurs milliards de nanoparticules avec ces ARN messagers perturbateurs ? À court terme, l'on observe déjà une surmortalité depuis le début de la vaccination, et une explosion des cancers dans l'année qui a suivi.
À long terme… mystère, on peut simplement dire que les effets de cette supercherie génétique sont incommensurables…
Et, c'est ici qu'une question supplémentaire se pose …. « un autre code » pour fabriquer d'autres protéines a-t-il ainsi été pré-programmé ??? Ou cela pourrait-il être le cas demain avec d'autres produits basés sur cette technologie ?
Voici une information capitale à partager pour mettre fin au jeu d'apprentis sorciers auquel on a soumis l'humanité.

Senta DEPUYDT, 28 décembre 2023

ADN dans les vaccins : les médecins allemands en colère !

L'institut de contrôle sanitaire accusé d'avoir caché l'information et trahi sa mission.

En Allemagne, la révélation d'importantes quantités d'ADN dans les vaccins a créé la foire d'empoigne dans le monde médical. Début décembre, l'association des praticiens de la médecine (MBV) a adressé un courrier à tous les médecins généralistes pour les avertir de ce danger pour la santé et de ses conséquences légales. L'institut fédéral responsable du contrôle des vaccins a immédiatement démenti ces accusations, parlant de données inexactes et de « fake news ». Mais ses arguments ont aussitôt été démontés par un groupe de scientifiques, le MWGFD, qui a confirmé les dangers liés à l'ADN dans les vaccins Covid. L'affaire les a même poussés à porter de lourdes accusations contre l'Institut Paul Ehrlich, qui est responsable de la pharmacovigilance en Allemagne, et qui conseille l'Agence européenne des médicaments.

Le « Plasmidgate »

La tentative de l'Institut Paul Ehrlich (IPE) de faire passer les informations concernant la présence d'ADN dans les vaccins pour des « fake news » a suscité un véritable tollé et lancé le débat sur la place publique. C'est tout d'abord la chaîne de télévision allemande MDR qui a réalisé un reportage sur le sujet. Peu après, le magazine en ligne Focus a lui aussi publié un dossier sur ce que l'on appelle aujourd'hui « le Plasmidgate ». À présent, le scandale prend de l'ampleur, car il apparaît que l'Institut Paul Ehrlich n'a jamais effectué de véritables contrôles des vaccins Covid. Il s'est seulement limité à vérifier les documents fournis par les fabricants. Cet aveu est un véritable choc pour de nombreux médecins et pour le public. Comment imaginer que l'autorité responsable de la sécurité des médicaments donne de facto carte blanche aux fabricants, en se fiant à leurs propres affirmations sur la qualité du produit ?

L'association des praticiens de médecine pose aujourd'hui des questions fort embarrassantes :
Qu'est-ce qui pousse l'agence de contrôle à vouloir mettre fin à une action qui contribue à la sécurité des médicaments ? L'IPE part-il du principe que les connaissances sur les impuretés de l'ADN peuvent devenir un problème pour la sécurité des vaccins ? Plusieurs travaux d'analyse ont démontré que les vaccins à ARNm présentent d'importantes contaminations de l'ADN. L'IPE n'est-il pas au courant de ces publications scientifiques ? Des spécialistes avaient pourtant alerté l'agence dès les premières publications des chercheurs américains sur ce sujet. À présent, ils sont maintenant encore plus irrités et alarmés.

Collusion avec BioNTech

La MVB a aussi souligné que le professeur Cichutek, président de l'Institut Paul Ehrlich, est un des plus grands chercheurs allemands en matière de thérapie génique et qu'il avait lui-même décrit en détail les dangers des thérapies géniques, dans les années 90. Selon ses propres termes, la vaccination avec des vaccins contenant des acides nucléiques équivaut à « une forme particulière de transfert de gènes/thérapie génique ». Et une conséquence génétique indésirable des vaccinations avec des vaccins contenant des acides nucléiques pourrait être une mutagenèse par insertion de gènes cellulaires… entraînant un risque accru de cancer.
Au vu du contenu inquiétant de cette publication du professeur Cichutek datant de 1994, la MBV exige des explications publiques ! Quand, où et comment les risques qu'il a lui-même énumérés ont-ils été étudiés plus en détail ? Jusqu'à présent, l'IPE a refusé de fournir la moindre réponse à ces questions.
Selon un ancien directeur de la caisse des assurances-maladies (KVB), le Dr Krimmel, un spécialiste en médecine générale, l'attitude de l'Institut Paul Ehrlich a « aggravé la situation ». Elle est « de nature à ôter au public ses dernières illusions quant au bon fonctionnement de la surveillance de la production de vaccins à ARNm ».
Pourquoi l'Institut ne veut-il pas dissiper ce « terrible soupçon » de contamination massive par de l'ADN ? Que sait l'IPE sur ce sujet, étant donné qu'il avait lui-même conseillé la société productrice BioNtech d'obtenir l'autorisation du vaccin ?

En juin 2023, le ministre de la santé allemand a tweeté depuis la salle « de contrôle des vaccins » de l'Institut Paul Ehrlich que « grâce au Prof. Cichutek et à l'IPE les vaccins Covid ont été approuvés plus rapidement ».

Trompés par les agences

La MBV a rappelé qu'il existe deux procédés de fabrication différents pour les vaccins à ARNm, comme l'Agence européenne des médicaments l'a bien mentionné dans son rapport d'évaluation du 19.02.2021 (concernant Comirnaty, EMA/707383/2020, CHMP).

Le produit soumis à l'évaluation des agences sanitaires était un vaccin produit par qPCR. Mais pour la production de masse des vaccins Covid, on a ensuite utilisé un procédé nettement plus « rapide » en produisant de l'ARNm à partir de plasmides d'ADN.

Dans sa lettre initiale aux généralistes, la MBV a aussi accusé l'IPE d'avoir trompé les médecins et les pharmaciens en affirmant que les avantages des vaccins à ARNm Covid-19 l'emportaient nettement sur les risques éventuels. D'innombrables études l'ont prouvé, mais les autorités allemandes persistent dans leur politique de désinformation.

Il est très problématique que l'IPE ne soit pas encore intervenu en lançant ses propres enquêtes pour évaluer la qualité des produits. Mais le fait qu'il s'arroge le droit d'interdire, sans base juridique et de manière totalement inappropriée, une initiative privée visant à remédier à la situation, n'est en aucun cas compréhensible. En fin de compte, l'action de l'Institut de contrôle semble avoir pour seul objectif d'empêcher délibérément les initiatives visant à établir la sécurité des médicaments. L'Institut Paul Ehrlich agit donc manifestement à l'encontre de sa mission légale !

Chaos dans le génome

Le Plasmidgate pourrait bien être le coup de grâce à la politique du « tout-vaccin » menée par les autorités sanitaires de différents pays. Plusieurs équipes de chercheurs indépendants ont montré les différentes manières dont le génome est attaqué par les vaccins Covid. En premier lieu, la présence d'ADN contaminant les injections Covid dans des quantités qui dépassent de mille fois les résidus autorisés par l'Agence européenne des médicaments, peut entraîner une modification du génome de la personne injectée.

Mais il y a encore d'autres raisons pour lesquelles les injections Covid peuvent avoir des conséquences gravissimes sur la génétique humaine. La protéine Spike codifiée dans les vaccins n'est pas la protéine Spike d'origine, mais une version ayant subi une modification génétique. Ce sont donc d'autres protéines qui sont produites par les vaccinés. Récemment, une étude italienne a d'ailleurs permis de différencier les protéines Spike naturelles des protéines Spike vaccinales dans le sang des sujets infectés.

Une découverte récente est le fait que cette « Spike modifiée » entraîne des erreurs de lecture du génome, avec comme conséquence la production de toute une série de protéines différentes, connues ou inconnues, dont on ignore l'action sur l'organisme.

Au stade actuel, « c'est un plongeon dans l'inconnu ». Il est pratiquement impossible d'en prédire les effets à court et à long terme et ceux-ci peuvent très bien varier d'une personne vaccinée à l'autre. Conscients du danger que cela représente, scientifiques et médecins sont de plus en plus nombreux à penser que poursuivre l'utilisation de technologies à base d'ARNm s'apparente à de la folie. Tous plaident pour un arrêt immédiat de ces expériences et pour le retrait immédiat des vaccins encore sur le marché.

Pour en savoir plus :

L'association des praticiens de médecine MBV propose des informations détaillées de ses actions et courriers sur ce site.

Les médecins et scientifiques allemands se sont notamment appuyés sur les publications de Jeremie Speicher, Jessica Rose et Maria Gutschi dont le Conseil Scientifique Indépendant a présenté les travaux lors de plusieurs sessions.

Aux Pays-Bas, le Dr Maarten Fornerod et le Prof. Theo Schetters, experts en biologie moléculaire, ont également exigé le retrait immédiat des vaccins à technologie ARN. [..]

28 décembre 2023

https://www.covidhub.ch/adn-vaccins-medecins-allemands-en-colere/