

MEMOIRE EN DEFENSE
DEVANT LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE
[REDACTED] DE L'ORDRE DES MEDECINS

Dossier N°2023 [REDACTED]
[REDACTED]

Paris, le 7 avril 2023

POUR :

Monsieur [REDACTED]
Docteur
[REDACTED]

Ayant pour Avocat :

Maître Virginie DE ARAUJO-RECCHIA
Avocat au Barreau de PARIS
[REDACTED]

CONTRE :

Le Conseil Départemental [REDACTED] l'Ordre des Médecins

PLAISE A LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE

Au préalable :

Attendu que Monsieur [REDACTED], médecin est renvoyé devant la juridiction ordinaire disciplinaire [REDACTED] l'Ordre des médecins.

Que s'agissant d'une juridiction d'exception, créée le 7 octobre 1940, Monsieur [REDACTED] conteste la légitimité, l'impartialité et l'équité de cette instance.

Attendu que les dispositions du code de la santé publique (CSP) organisent un contentieux disciplinaire général confié aux chambres disciplinaires de l'ordre, qui sont des juridictions composées de membres de l'ordre national des médecins. Que ce contentieux est exercé, en première instance, par la chambre disciplinaire de première instance (art. L. 4124-1 et s. du CSP) et, en appel, par la chambre disciplinaire nationale qui siège auprès du conseil national (art. L. 4122-3 du CSP). Plus précisément, ces fonctions sont définies par le premier alinéa de

l'article L. 4121-2 du CSP : l'ordre des médecins est notamment chargé de veiller « au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie ».

Attendu que le Conseil de l'ordre des médecins ne paraît pas conforme à la conception démocratique actuelle et au principe d'une justice moderne, impartiale, indépendante et équitable.

Attendu que La Cour Européenne des Droits de l'Homme a déjà pu rappeler, en 2006 que « la Cour estime qu'en principe un système dans lequel un organe élit des juges appelés à statuer sur des plaintes émanant de ce même organe ne saurait satisfaire aux conditions d'impartialité et d'indépendance exigées par l'article 6 § 1 de la Convention ».

(Cour Européenne des Droits de l'Homme, 27 juillet 2006, Dr G. c. France (Conseil de l'ordre des médecins - formation disciplinaire - impartialité).

Qu'en effet, force est de constater que le CNOM est constitué de médecins élus : juges et parties. Il est par conséquent, à la fois plaignant, accusateur et juge. De surcroît, l'appel formé contre une décision rendue en première instance est soumis à ces mêmes règles singulières, à savoir : plaignant médecin, accusateur médecin et juges médecins.

Que le médecin convoqué est ainsi jugé par ses pairs élus, et les délibérations s'opèrent dans le secret le plus absolu.

Que les textes nationaux, ne sauraient déroger aux principes européens d'impartialité, d'équité et d'indépendance.

Qu'il convient d'observer que les décisions peuvent revêtir un caractère de condamnation, de sanction puisque l'ordonnance du 24 septembre 1945 donne un pouvoir exorbitant du droit commun d'interdire aux médecins l'exercice de leur profession, s'ils déplaisent à leurs pairs élus.

Que les membres des formations disciplinaires du Conseil de l'ordre des médecins qui jugent devraient normalement être soumis au principe d'impartialité.

Que le principe de droit : « Nul ne peut être juge et partie », a valeur constitutionnelle (article 16 Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen et Cour de cassation, civile, Chambre civile 2, 1 octobre 2020, n°20- 60.249).

Que l'obligation d'impartialité s'applique aussi aux membres des juridictions ordinaires.

(Cour Européenne des droits de l'Homme, 20 mai 1998, affaire Gautrin c. France, voir annexe 3.2. ; CE, 22 décembre 2017, n°390713, voir annexe 3.2.).

Que les règles même concernant les sanctions que les Conseils de l'Ordre des médecins peuvent être amenés à appliquer, violent manifestement les plus élémentaires principes d'équité, d'indépendance et d'impartialité, prévus en vertu du droit national et du droit européen.

Attendu que l'article 6 de la CEDH prévoit que : « toute personne a le droit d'être jugée équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un juge indépendant et impartial. Toute personne accusée d'une infraction est présumée innocente jusqu'à ce que sa culpabilité ait été établie. Elle a le droit d'être défendue par un avocat ».

Attendu qu'à l'examen récent, pour comparaison, même si comparaison n'est pas raison, le pouvoir disciplinaire de la juridiction formée par l'Ordre des avocats vient d'être amendé pour permettre un débat équitable, contradictoire, non-discrétionnaire, respectueux du principe d'indépendance et des droits de la défense.

Que la loi n°2021-1729 du 22 décembre 2021 « Pour la confiance dans l'institution judiciaire » a prévu le titre V, réforme la déontologie et la discipline des professions du droit, et vise à

améliorer certaines conditions d'intervention de ces professions.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045997070>

Attendu que l'article 22-3 nouveau de la loi du 31 décembre 1971 rappelle que, par dérogation aux articles 22-1 et 22-2, le conseil de discipline [la juridiction disciplinaire] est présidé par un Magistrat du siège de la Cour d'appel, (et non du Conseil d'État) en activité ou honoraire, désigné par le Premier Président, lorsque la poursuite disciplinaire fait suite à une réclamation présentée par un tiers ou lorsque l'avocat mis en cause en fait la demande.

<https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000043370376/>

Décret n°2022-965 du 30 juin 2022 modifiant le décret n° 1-1197 du 27 novembre 1991 organisant la profession d'avocat.

Que désormais, s'agissant de l'avocat mis en cause, la convocation rappelle la faculté dont il dispose de solliciter que l'audience soit présidée par un magistrat du siège, prévue à l'article 22-3 de la loi du 31 décembre 1971 susvisée.

Qu'en outre, l'organisation judiciaire pour l'Ordre des avocats, permet de mettre en place une formation de jugement de la Cour d'appel qui comprend trois magistrats du siège de cette cour et deux membres des conseils de l'ordre du ressort de la Cour.

Que tel n'est pas le cas pour le médecin poursuivi par la présente autorité, d'exception.

Qu'ainsi, tel n'est pas le cas chez les médecins. La chambre de discipline n'est même pas composée d'un magistrat du siège auprès d'une juridiction judiciaire de la Cour d'appel.

Attendu que les garanties du procès équitable dans son volet civil sont applicables à la procédure devant les juridictions ordinaires, en première instance et en appel, dès lors qu'il n'entre pas dans les compétences du Conseil d'État, saisi en cassation de corriger les erreurs de fait ni de contrôler la proportionnalité entre faute et sanction.

Que toutefois, le Conseil d'Etat contrôle l'exactitude matérielle, la dénaturation et la qualification des faits. Il admet, depuis au moins 2015, de contrôler la proportionnalité entre la faute et la sanction dans le contentieux disciplinaire, notamment le contentieux disciplinaire des médecins (CE, 27 mars 2015, n° 365550).

Qu'il ressort que l'Ordre national des médecins a, depuis le début de la crise du COVID, choisi de soutenir la politique de l'exécutif en poursuivant la sanction des médecins faisant l'exercice de leur liberté de prescription, de leur liberté d'expression et de leur liberté de recherche scientifique. Le fait que les instances soient présidées uniquement par un conseiller de l'ordre administratif n'est pas suffisant pour assurer l'impartialité objective de la juridiction ordinaire, qui dispose de la faculté de s'auto-saisir, et qui aboutit à faire sanctionner les médecins par leurs pairs.

Attendu qu'il convient de souligner que de sorte que le Conseil d'État admis par exemple à émettre des avis préalables sur des projets de lois en matière de santé publique, comme ce fut le cas pour la COVID 19, peut déléguer l'un de ses magistrats pour présider une Chambre disciplinaire de médecins, appelés à juger, justement, de la bonne application de cette loi qu'il a lui-même supervisé auparavant et pour laquelle il a eu un intérêt indirect ou direct.

Que de plus, il n'existe aucun encadrement formel de cette situation, donc le même magistrat du Conseil d'Etat qui a siégé auprès de l'Ordre National des Médecins, pourrait siéger dans la juridiction de cassation sur des affaires liées à la même affaire.

Qu'aujourd'hui, les justiciables et les médecins poursuivis n'ont pas recours à des magistrats réellement indépendants.

Qu'il convient de rappeler que pour les médecins, selon l'article R. 4126-1 du CSP, « l'action

disciplinaire est valablement engagée lorsqu'une plainte est transmise par un conseil départemental autre que celui mentionné au 1°, après accomplissement de la procédure de conciliation. La juridiction communique la plainte au conseil départemental mentionné au 1°, qui est seul recevable à s'associer ».

Qu'enfin, il est superfétatoire de souligner que l'article L. 4122-3 du CSP prévoit la rétribution par ce même Conseil de l'ordre des médecins, des médecins appelés à participer aux activités de la chambre disciplinaire. Qu'ainsi, ces indemnités et frais sont à la charge du Conseil National, ce qui n'est pas un gage d'indépendance.

Attendu que la Cour des Comptes a pu conclure dans son rapport de décembre 2019 qu'il existait, d'une part, de « sérieuses défaillances de gestion » et, d'autre part, des « missions administratives et juridictionnelles mal assurées ».

Que la Cour des Comptes a pu conclure son rapport en ces termes :

« La Cour avait effectué un premier contrôle de l'ordre en 2011, qui l'avait conduite à formuler plusieurs recommandations. À l'exception de la tenue du tableau, peu nombreux sont les progrès réalisés par l'ordre des médecins depuis lors. La gravité et la fréquence des dysfonctionnements relevés tant dans la gestion de l'ordre que dans l'exercice des missions essentielles que la loi lui confère, ou encore les manquements nombreux en matière de déontologie et de probité de ses représentants tant au niveau national que territorial, sont de nature à mettre au contraire en cause la confiance des médecins et des citoyens à son égard».

Et de terminer son rapport : « Au-delà des premières mesures issues des ordonnances de 2017, des réformes complémentaires sont indispensables, aussi bien dans le champ du fonctionnement administratif de l'ordre que dans celui de ses missions juridictionnelles, selon quatre orientations : la représentativité et l'ouverture de ses instances de décision ; le renforcement de l'exercice des missions contribuant à la défense des intérêts des patients et à la qualité des soins ; l'instauration d'un contrôle accru des comptes et de la gestion et d'une plus grande transparence ; le développement des garanties d'un procès équitable pour les justiciables des juridictions ordinaires.

Remise en ordre et évolutions structurelles sont aujourd'hui nécessaires :

Et de conclure : il en va de la confiance des citoyens dans notre système de santé et envers les médecins » (pages 131 et 132).¹

Que l'organisation de l'instance ordinaire ne permet pas de s'assurer que la décision à intervenir sera équitable, indépendante, sérieuse et rigoureuse.

Attendu qu'il paraît important de noter que, dans son arrêt rendu le 27 juillet 2006, la CEDH a pu rappeler :

« Si la Cour estime qu'en principe un système dans lequel un organe élit des juges appelés à statuer sur des plaintes émanant de ce même organe ne saurait satisfaire aux conditions d'impartialité et d'indépendance exigées par l'article 6 § 1 de la Convention, elle se doit toutefois de rappeler que, dans une cause issue d'une requête individuelle, il lui faut se borner autant que possible à l'examen du cas concret dont on l'a saisie (Minelli c. Suisse, arrêt du 25 mars 1983, série A n° 62, p.17, § 35). Par ailleurs, s'il est possible d'estimer que ce système est quelque peu archaïque, on ne saurait se fonder in abstracto sur cet élément pour en déduire que son application au requérant a méconnu les exigences de la Convention, ce d'autant plus que « l'archaïsme » d'un système procédural ne signifie pas nécessairement qu'il serait ou serait devenu incompatible avec la Convention ». (Voir mutatis mutandis, Göktaş c.

¹ <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-12/20191209-rapport-Ordre-des-medecins.pdf>

France, n° 33402/96, CEDH 2002-V). Cour Européenne des Droits de l'Homme, 27 juillet 2006, Dr G. c. France (Conseil de l'ordre des médecins - formation disciplinaire - impartialité).

Attendu que le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, du 16 décembre 1966, prévoit expressément en son article 14 :

« 1. Tous sont égaux devant les tribunaux et les cours de justice. Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement et publiquement par un tribunal compétent, indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil ».

Attendu que force est de constater que nombre de médecins font l'objet de poursuites quasi identiques, simultanément, devant l'ensemble des instances ordinales, départementales, régionales et nationale pour des faits et griefs opposés, similaires, qui reprennent en substance les décisions politiques prises en matière de santé publique à l'occasion de la crise sanitaire COVID et qui définiraient les règles de santé publique et non les données scientifiques.

Que les instances ordinales érigent ces décisions politiques de santé publique comme données scientifiques actuelles ! Ce, au mépris des règles d'indépendance de chaque instance ordinale pour envisager, le plus souvent, pour tenter de justifier des sanctions comme par exemple les appréciations régaliennes pour la divulgation de données non validées par la communauté scientifique et la mise en danger de la santé publique, des positions qui ne s'appuient sur aucune base scientifique » et qui portent atteinte à la profession.

Qu'il convient de souligner que les articles L. 4121-2; R. 41217-2 du Code de la Santé Publique relatifs à la contribution des médecins à la promotion de la santé publique et les articles R. 1461-1 s., CSP relatifs à transmission des données santé portent atteintes au secret professionnel des médecins pourtant garanti par l'article R.4127-4 du code de la santé publique.

Bien plus, ces dispositions violent le secret médical et peut donner lieu à des sanctions pénales, civiles et professionnelles. Sur le plan pénal, la peine pour violation du secret peut aller jusqu'à un an d'emprisonnement (art 226-13 du Code pénal).

Le secret professionnel et médical, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Or, désormais le médecin doit transmettre, sous le contrôle de l'instance ordinale, des informations médicales sur ses patients au mépris des règles.

Qu'il importe de rappeler que la plupart des motifs de poursuites ont, en l'espèce, un «dénominateur commun » circonscrit sur le territoire national, dans le lieu et dans le temps.

Qu'aujourd'hui, la poursuite des médecins, de beaucoup de médecins, devant chaque instance ordinale et devant le Conseil de l'ordre national des médecins, selon une procédure comme l'a reconnu la CEDH il y a 16 ans déjà, « archaïque », avec des motifs de reproches quasiment identiques, des griefs donc, opposés au nom d'une certaine conception quelque peu inquisitoriale est dépourvue d'enquête indépendante menée de façon impartiale et contradictoire.

Attendu que les instances ordinales utilisent les premières convocations des médecins poursuivis, comme un « simple échange » pour mener une enquête et constituer leurs dossiers, ce, préalablement à l'étape suivante, du dépôt d'une plainte devant la CDPI.

Or cet ersatz de convocation ne respecte pas l'article 6.1 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

Que ces poursuites s'opèrent sur la base de normes édictées par un Conseil de l'Ordre des médecins qui revêtiraient une vérité scientifique a priori, « irréfragable », et rend incompatible l'application d'une justice démocratique, juste, partielle et indépendante par cette instance d'exception confrontée à la propre remise en cause de sa légitimité dogmatique.

Attendu, u'il est constaté que la moitié au moins des membres du Conseil départemental [REDACTED] l'Ordre des médecins, ayant participé au vote de renvoi du Dr [REDACTED] devant la Chambre disciplinaire lors de la séance du [REDACTED] (selon le courrier adressé au président de la Chambre disciplinaire) daté [REDACTED], est en conflit d'intérêts avec les laboratoires pharmaceutiques promoteurs des vaccins et traitements Covid-19 et avec des groupes d'influence.

Il suffit pour le vérifier de consulter la base Transparence Santé : liens avec Aspen France (rattaché au Young Global Leaders et French American Association), Astrazeneca, Pfizer, Johnson & Johnson, Gilead etc.

Que les déclarations de conflits d'intérêts ne garantissent pas l'impartialité de ces membres.

Pièces n°1 à 11

Attendu qu'il est au surplus constaté que l'une des pièces importantes, qui a pourtant été présentée au Conseil départemental [REDACTED] l'Ordre des médecins par le D [REDACTED] lors de l'entretien du [REDACTED] 2022 afin de justifier ses propos, manque à la liste des documents présentée par ledit Conseil dans le cadre de sa plainte. Il s'agit du document publié par le laboratoire Pfizer Inc intitulé « Étude de phase 1/2/3 visant à évaluer la sécurité, la tolérance, l'immunogénicité et l'efficacité des candidats vaccins ARN contre le COVID-19 chez des individus en bonne santé » (n°EudraCT 2020-002641-42). En effet, il est question au 8.3.5 d'exposition à l'intervention par inhalation ou contact avec la peau (p.67 du document en anglais et p.109 du document traduit en français via DeepL pro).

Pièce n°12a/12b

Attendu que pour toutes ces raisons, Monsieur le Dr [REDACTED] conteste la légitimité et la capacité juridique, équitable, indépendante et impartiale du pouvoir de juger et de sanctionner de la part de l'instance ordinale des médecins et qu'il lui appartiendra par conséquent, de se déclarer incompétente et de renvoyer les parties à mieux se pourvoir.

La présente procédure sera annulée.

Subsidiairement :

Sur le fond, il convient de remarquer que Le Conseil Départemental [REDACTED] l'Ordre des Médecins, d'une part, donne une explication biaisée qui justifierait la poursuite à l'encontre du Docteur [REDACTED] invoquant l'absence de données confirmées et «un manquement à la prudence » et d'autre part, fait une inexacte application des règles ordinales et notamment de l'article 13.

Dans ces conditions, Le Conseil Départemental [REDACTED] l'Ordre des Médecins ne pourra qu'être débouté de ses demandes.

I. RAPPEL DES FAITS

Monsieur [REDACTED] est un médecin connu et reconnu pour son éthique, son sérieux et son intégrité.

Le Conseil Départemental [REDACTED] l'Ordre des Médecins a pris la décision de porter plainte contre Monsieur le Docteur [REDACTED] pour les raisons ci-dessous invoquées :

- [REDACTED]

[REDACTED]

Le Docteur [REDACTED] rappelle également que les soignants ont pu constater que des enfants vaccinés mais également des enfants non vaccinés ont des effets secondaires, soit par l'intermédiaire de l'allaitement, soit par contact et que ces effets sont assez incompréhensibles.

Monsieur le Docteur [REDACTED] a d'ailleurs reconnu lors de la réunion du Conseil, que le vaccin se transmettait probablement par le biais de l'allaitement. Il a également lui-même reconnu avoir souffert d'un effet secondaire grave suite à la vaccination. Il n'en a néanmoins pas tiré les conclusions qui s'imposent.

- [REDACTED]

Que le Docteur [REDACTED] n'aurait pas fait état de données confirmées, n'aurait pas fait preuve de prudence et n'aurait pas eu le souci des répercussions de ses propos auprès du public et que par conséquent, son intervention contreviendrait à l'article 13 du Code de Déontologie médicale.

Monsieur le Docteur [REDACTED] a donc été déféré devant la Chambre disciplinaire pour manquement à l'article R.4127-13 du Code de la Santé publique.

La seule et unique pièce produite par le Conseil Départemental [REDACTED] l'Ordre des Médecins afin de contredire les données scientifiques transmises par Monsieur le Docteur [REDACTED] lors de la réunion au Conseil, d'une part ne démontre pas l'utilité du « vaccin covid-19 » et d'autre part, contient des affirmations erronées et contre laquelle il serait donc possible de porter les mêmes griefs, que ceux invoqués dans le cadre de la plainte dudit Conseil.

Pièce du CDOM n°14

Il convient d'observer qu'aucun patient n'est plaignant.

II. DISCUSSION

Le Conseil Départemental [REDACTED] l'Ordre des Médecins indique que Monsieur le Docteur [REDACTED] n'a pas fait état de données confirmées, n'a pas fait preuve de prudence et n'a pas eu le souci des répercussions de ses propos auprès du public concernant les effets secondaires et l'inutilité des "vaccins covid-19 ».

Le Conseil Départemental [REDACTED] l'Ordre des Médecins fait grief à Monsieur le Docteur [REDACTED] d'avoir affirmé que les vaccins ne servent à rien.

Le Conseil Départemental [REDACTED] l'Ordre des Médecins ne craint pas de faire grief au Docteur [REDACTED] de faire état d'une part, d'effets secondaires liés aux « vaccins covid-19 », pourtant reconnus par les laboratoires eux-mêmes, par les agences de santé nationales et étrangères, par le ministre de la santé allemande en personne, d'autre part de faire état de données scientifiques démontrées par des chercheurs et validées par le laboratoire pharmaceutique principal lui-même, afin d'affirmer que les « vaccins Covid-19 » sont inutiles alors qu'il s'agit d'une donnée connue de tous les scientifiques compétents.

Ce n'est pas le public qui est préjudicié suite aux propos du Docteur [REDACTED], ce sont uniquement et éventuellement les laboratoires pharmaceutiques et les autorités de santé qui ont déployé des campagnes publicitaires institutionnelles et des mesures politiques sans précédent afin que le public soit « vacciné » en masse avec des produits, qui s'avèrent être dangereux et a fortiori inutiles.

Afin de répondre aux griefs soulevés par le Conseil Départemental [REDACTED] l'Ordre des Médecins, nous vous présentons nos observations.

LIBERTÉ ET DEVOIR D'EXPRESSION DU MÉDECIN INFORMÉ DANS LE CADRE D'UN DÉBAT D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

Une partie de la communauté des scientifiques et médecins indépendants tente d'informer les citoyens des risques à plus ou moins long terme liés aux « vaccins Covid-19 » (décès, thromboses, arrêts cardiaques, maladie à prions, cancers, modification du génome humain et transmission à la descendance, stérilité, fausses couches etc.).

Ce sont les plus grands experts mondiaux qui le confirment, ils sont néanmoins systématiquement censurés et écartés des grands médias les empêchant ainsi de s'adresser au grand public et d'avertir les citoyens français.

Ainsi, bon nombre de soignants font l'objet d'intimidation, parce qu'ils osent s'interroger, ils osent exprimer des doutes concernant les mesures prises par nos dirigeants.

Pourtant, la liberté d'expression est le socle même de la démocratie et du pluralisme qui la caractérise.

En droit interne, la liberté d'expression prend ses racines juridiques dans un texte fondamental, s'il en est, de notre droit, la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, dont l'article 10 pose en principe que « *nul ne doit être inquiété pour ses opinions, mêmes religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi* ».

Le Conseil d'État français voit dans « *le caractère pluraliste des courants de pensée* » une liberté fondamentale qui justifie le recours à une procédure d'urgence (référé- liberté) pour la mettre à l'abri des atteintes qui y seraient portées (CE, ordonnance du 4 avril 2019, n°429370). De façon plus vigoureuse, le Code pénal réprime, quant à lui, « *le fait d'entraver, d'une manière concertée et à l'aide de menaces, l'exercice de la liberté d'expression* » (article 431-1 du Code pénal).

Proclamée dans l'ensemble des États démocratiques, elle est protégée à l'échelle internationale par différentes conventions internationales qui sont partie intégrante de notre droit.

Tel est le cas de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, du 4 novembre 1950 laquelle prévoit en son article 10 que : « Toute personne a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté d'opinion et la liberté de recevoir ou de communiquer des informations ou des idées sans qu'il puisse y avoir ingérence d'autorités publiques et sans considération de frontière. (...) ».

- Dans son arrêt Fressoz et Roire c. France du 21 janvier 1999 n°29183/95, la CEDH rappelle que :

« La liberté d'expression vaut non seulement pour les « informations » ou « idées » accueillies avec faveur ou considérées comme inoffensives ou indifférentes, mais aussi pour celles qui heurtent, choquent ou inquiètent : ainsi le veulent le pluralisme, la tolérance et l'esprit d'ouverture sans lesquels, il n'est pas de « société démocratique ».

- Dans l'affaire Hertel, la CEDH a notamment rappelé en matière de santé (Cour Européenne des Droits de l'Homme, 25 août 1998, Hertel) :

« Peu importe que l'opinion dont il s'agit est minoritaire, et qu'elle peut sembler dénuée de fondement : dans un domaine où la certitude est improbable, il serait particulièrement excessif de limiter la liberté d'expression à l'exposé des seules idées généralement admises ».

La CEDH rappelle que « toute restriction, même anodine, apportée aux libertés d'opinion et d'expression peut (...) traduire un glissement vers l'autoritarisme, voire le totalitarisme ».

La Déclaration universelle des droits de l'Homme, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies, le 10 décembre 1948 rappelle en son article 19 que : « Tout individu a droit à la liberté d'opinion et d'expression, ce qui implique le droit de ne pas être inquiété pour ses opinions et celui de chercher, de recevoir et de répandre, sans considération de frontières, les informations et les idées par quelque moyen d'expression que ce soit. »

La liberté d'expression précède et permet l'exercice des autres libertés publiques et droits politiques. Elle est la « condition de la liberté de la pensée, elle exprime l'identité et l'autonomie intellectuelle des individus ».

Par ailleurs, le médecin doit notamment veiller au respect de son obligation de maintenir à jour et perfectionner ses connaissances, prévues à l'article Article R4127-11 du Code de la santé publique:

« Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu ».

En l'occurrence, cela fait maintenant trois ans, que le Docteur [REDACTED], médecin retraité, s'informe concernant le virus SarsCov2 (littérature scientifique, médicale, statistique, mathématique, psychologique, juridique) et se trouve au contact de nombreux experts nationaux et internationaux. Il est donc désormais extrêmement au fait des effets des différentes mesures de santé publique appliquées et de la réalité du terrain.

D'après les commentaires du Code de déontologie médicale, l'article 13 (*article R.4127-13 du Code de la Santé Publique*) définit les principes qui doivent guider le médecin lorsqu'il participe à des actions d'information du public et lui permettre de le faire dans le respect de ses obligations déontologiques. **Il ne doit en aucune façon être regardé comme tendant à apporter une restriction quelconque à la participation du médecin à de telles actions. Il est en effet hautement souhaitable que les médecins soient présents dans l'espace public et apportent leurs connaissances et le fruit de leur expérience dans tous les débats touchant au domaine de la santé et dans tous les champs de ce dernier, préventif, thérapeutique, scientifique, technique, environnemental.**

En ce qui concerne la liberté d'expression des soignants et des enseignants chercheurs précisément, il est même de leur devoir de s'exprimer (CEDH, arrêt du 16 février 2021) d'autant plus lorsque cela concerne un sujet relevant du débat d'intérêt général.

« Il est de leur devoir de dire la vérité que la réalité des faits leur donne à voir ».

Cette impérieuse nécessité de « faire savoir » se traduit par ce que les juristes qualifient de fait justificatif du **débat d'intérêt général ou d'intérêt public qui étend encore la liberté d'expression** à laquelle, dans ce cas, on ne peut plus opposer la diffamation ou la protection de la vie privée, par exemple. Ainsi, « *des propos portant sur un sujet d'intérêt général, même diffamatoires au sens (de la loi sur la presse), ne peuvent être soumis à des restrictions ou des sanctions que si ces mesures sont strictement nécessaires au regard des objectifs (de l'article 10 de la DDHC)* » (Cour de cassation, 29 mars 2011, n°10-85.887).

Les règles encadrant l'exercice de leur profession ne saurait en rien diminuer ou entamer cette liberté, même si le code de déontologie médicale précise qu'une honnêteté scientifique et une certaine bienséance entre confrères sont de mise.

Les juridictions ordinaires ne sont pas les juges de la liberté d'expression des médecins, seules le sont les juridictions judiciaires, administratives, pénales et certaines juridictions internationales (CEDH, en particulier). Leur intervention doit se limiter à s'assurer que les modalités d'exercice de cette liberté par leurs membres ne dépassent les limites déontologiques.

Le Conseil d'État, qui est juge en dernière instance des poursuites disciplinaires médicales, pose des bornes assez étroites aux juridictions ordinaires. Ainsi, un médecin peut critiquer, fut-ce en termes vifs, l'organisation du service hospitalier auquel il appartient (CE, 5 mai 2003, n°240010), préférer la pédiatrie à la médecine générale (CE, 4 mai 2016, n°373232) ou être hostile à tel traitement médical (CE, 4 janvier 1952, n°9329).

De part ses connaissances, acquises du fait de ses lectures techniques et de ses échanges réguliers avec ses pairs, il était donc du devoir de Monsieur le Docteur [REDACTED]

de participer au débat général concernant « la vaccination Covid-19 et d'alerter la population.

En outre, le Conseil constitutionnel a reconnu la portée constitutionnelle de la liberté de conscience dans sa décision n°77-87DC du 23 novembre 1977 sur la loi relative à la liberté d'enseignement. Il l'a rattachée, d'une part, à l'article 10 de la Déclaration de 1789 (« *Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi* ») et, d'autre part, au cinquième alinéa du Préambule de 1946 (« **Nul ne peut être lésé dans son travail ou son emploi en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances** »).

L'article 21 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 7 juin 2016 rappelle qu'est interdite toute discrimination fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, les origines ethniques ou sociales, les caractéristiques génétiques, la langue, la religion ou les convictions, les opinions politiques ou toute autre opinion, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle. (...) »

Une résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations-Unies le 8 mars 1999, intitulée « Déclaration sur le droit et la responsabilité des individus, groupes et organes de la société de promouvoir et protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales universellement reconnus » est censée les protéger . Les Etats membres signataires reconnaissent le rôle important que joue la coopération internationale et la précieuse contribution qu'apportent les individus, groupes et associations à l'élimination effective de toutes les violations des droits humains et des libertés fondamentales des peuples et des personnes.

Ce texte réaffirme que tous les droits humains et toutes les libertés fondamentales sont universels, indivisibles, interdépendants et indissociables, et qu'il faut les promouvoir et les rendre effectifs en toute équité, sans préjudice de leur mise en oeuvre individuelle.

Les états signataires reconnaissent que les individus, groupes et associations ont le droit et la responsabilité de promouvoir le respect des droits humains et des libertés fondamentales et de les faire connaître aux niveaux national et international.

Le lanceur d'alerte est, selon les textes, « **une personne physique qui signale ou divulgue sans contrepartie financière directe et de bonne foi, des informations portant sur un crime, un délit, une menace ou un préjudice pour l'intérêt général** ». Lorsque ces informations révèlent un « danger grave et imminent », elles peuvent être rendues publiques. Le point important est que, révélées dans ces conditions, celui qui divulgue ces informations bénéficie de l'irresponsabilité pénale (article 122-9 du Code pénal), de même que sont interdites les mesures de représailles (licenciement, suspension, intimidation, harcèlement, etc.).

En matière pénale, l'article 434-1 du Code pénal réprime la non-dénonciation de crime et plus précisément « Le fait, pour quiconque **ayant connaissance** d'un crime dont il est **encore possible de prévenir ou de limiter les effets**, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de **ne pas en informer** les autorités judiciaires ou administratives ».

Le Docteur [REDACTED], qui a déposé une plainte avec constitution de partie civile pour des faits d'em oisonnement et de tentative d'em oisonnement durant la crise Covid-19. [REDACTED]
[REDACTED] C'est à la justice de trancher concernant les infractions portées à la connaissance du tribunal judiciaire par les plaignants.

Nous rappelons que dans un article de 1947 intitulé « Le génocide, un crime en vertu du droit international », **Raphael LEMKIN inclut dans la définition du génocide non seulement le meurtre en masse, mais aussi « la restriction forcée des naissances (avortements, stérilisations), ainsi que des dispositifs mettant gravement en péril la vie et la santé»** (Raphael LEMKIN, « *Genocide as a crime under international law* », American Journal of International Law, 1947, vol. 41(1), pp. 145-151).

Il est un fait établi que les « vaccins » ARNm sont produits sur la base d'un procédé nouveau de traitement insuffisamment éprouvé.

Que la communication faite par d'autres médecins et intervenants de plateau est faite sans réserve, sans prudence et en trompant sciemment la population: « TOUS VACCINÉS TOUS PROTÉGÉS », « VACCINS SÛRS ET EFFICACES ».

En effet, il s'avère que les faits dénoncés démontrent, non seulement, une toxicité fortement probable des produits appelés « vaccins Covid-19», mais qu'ils s'accompagnent de vastes campagnes sans précédent assurant de l'innocuité de ces produits pharmaceutiques, du caractère solidaire et responsable lié à cet acte médical, de l'obligation directe ou indirecte d'y recourir.

En outre, ces campagnes tentent de se prévaloir, à leur soutien, de la soi-disant neutralité et scientificité des organismes et des décisions publics.

Les médias et plateformes de réseaux sociaux entretiennent de forts liens d'intérêts avec les responsables publics, les multinationales, les agences de conseil et les fondations américaines.

Enfin, la politique vaccinale s'appuie sur une dénonciation brutale, massive et sans nuance de toutes opinions différentes.

Nous exposons ici les données scientifiques, dont le Docteur [REDACTED] avait connaissance lorsqu'il a tenu les propos relevés par le Conseil Départemental [REDACTED] l'Ordre des Médecins afin de lui faire grief.

1. INFORMATIONS DÉLOYALES CONCERNANT LA NATURE DE L'ÉPIDÉMIE	13
2. L'ÉTUDE DE L'ENZYME RNA POLYMÉRASE PERMETTANT DE CONCLURE DÈS LE DÉPART A L'INUTILITÉ D'UN VACCIN COVID-19	16
3. LES « VACCINS COVID-19 » SONT INEFFICACES	17
4. LES INFORMATIONS CONCERNANT LES TRAITEMENTS DISPONIBLES ONT ÉTÉ CENSURÉES ET FALSIFIÉES	22
5. LA MAJORITÉ DES FRANÇAIS IGNORE LA NATURE RÉELLE DES PRODUITS INOCULÉS SOUS L'APPELLATION « VACCINS COVID-19 »	43
6. LES BONNES PRATIQUES CLINIQUES EN PRINCIPE APPLICABLES AUX « VACCINS COVID-19 » N'ONT PAS ÉTÉ RESPECTÉES	43
7. LA COMPOSITION COMPLÈTE DES « VACCINS COVID-19 » EST INCONNUE	88
8. LES « VACCINS COVID-19 » SONT DE NATURE A PROVOQUER DES EFFETS GRAVES VOIRE A	

9. ETAT DES CONNAISSANCES ET ABSENCE D'ÉTUDES D'EXCRÉTION PAR LES LABORATOIRES

(CONFIRMATION DANS LA DOCUMENTATION PFIZER)

113

10. DES AGENCES DE SANTÉ INSTRUMENTALISÉES ET DÉNONCÉES PAR DES EXPERTS

123

1. INFORMATIONS DÉLOYALES CONCERNANT LA NATURE DE L'ÉPIDÉMIE

Etant donné que le principe de protection de la santé est utilisé tant par le Conseil Constitutionnel que le Conseil d'Etat afin d'avaliser toutes les mesures proposées par le gouvernement, il est indispensable de rappeler ce qu'est en réalité la définition officielle du terme santé:

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (extrait de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé adoptée en 1946 à New York, entrée en vigueur en 1948).

A ce propos, la Covid-19 a un taux de létalité réel similaire à celui de la grippe saisonnière, d'après l'éminent Professeur John Ioannidis.

En effet, cette opération de vaccination vise soi-disant à nous protéger d'un virus qui présente un taux de létalité de 0,15% dans le monde selon l'étude du Professeur Ioannidis parmi les personnes contaminées, soit un des taux les plus faibles parmi toutes les épidémies contemporaines.

Ce taux de létalité est du même ordre de grandeur que la létalité d'une Grippe saisonnière (Santé Publique France : 10 000 pour 2 à 6 millions d'infectés soit 0,16 à 0,5% de létalité): <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/articles/la-grippe-une-epidemie-saisonniere>

C'est d'ailleurs ce que confirme la Haute Autorité de Santé, dans un avis du 29 mars 2023, intitulé « Obligations et recommandations vaccinales des professionnels » : « la létalité de la maladie varie entre les pays et était estimée à 0,5 % en France en avril 2022 » https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/obligations_et_recommandations_vaccinales_des_professionnels_actualisation_des_reco_et_obligations_pour_les_etudiants_et_pr.pdf.

En novembre 2020, le renommé Dr Hodgkinson déclarait déjà :

« Le principal constat, c'est qu'il existe une hystérie publique totalement infondée, alimentée par les médias et les politiciens. C'est scandaleux. C'est le plus grand canular jamais perpétré sur un public sans méfiance. [Le Covid-19] n'est rien d'autre qu'une mauvaise grippe saisonnière. Ce n'est pas le virus Ebola. Ce n'est pas le Sras. C'est de la politique qui joue à la médecine, et c'est un jeu très dangereux. »

L'Institut de santé publique de Norvège (FHI) a reclassé la maladie Covid-19 en tant que maladie respiratoire équivalente à la grippe ordinaire.²

² <https://freewestmedia.com/2021/09/23/norway-reclassifies-covid-19-no-more-dangerous-than-ordinary-flu/>

D'après le compte-rendu détaillé de Santé Publique France sur la crise du covid entre mars 2020 et mars 2021 (p. 43.): sur la centaine de milliers de supposés morts du covid, seuls 14 471 sont véritablement morts du seul covid. Les autres décès on en réalité été causés par d'autres maladies.

<https://bit.ly/3GETZ5t>

Tableau 10. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 29 mars 2021, France (données au 30 mars 2021)

Sexe	n	%
Hommes	22 677	55
Femmes	18 824	45

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	1	20	4	80	5	0
15-44 ans	78	33	162	68	240	1
45-64 ans	771	28	1 978	72	2 749	7
65-74 ans	1 808	30	4 260	70	6 068	15
75 ans ou plus	11 813	36	20 627	64	32 440	78
Tous âges	14 471	35	27 031	65	41 502	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	9 554	35
Hypertension artérielle	5 990	22
Diabète	4 335	16
Pathologie respiratoire	3 571	13
Pathologie rénale	3 565	13
Pathologies neurologiques *	2 341	9
Obésité	1 561	6
Immunodéficience	609	2

* Ce groupe inclut les pathologies neurovasculaires et neuromusculaires
¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

C'est également ce qui ressort du rapport de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH - EPA sous l'égide du ministère des solidarités et de la santé) en date du 27 octobre 2021, intitulé « Analyse de l'activité hospitalière 2020 », lequel indique très clairement que :

« Les patients COVID représentent 2% de l'ensemble des patients hospitalisés au cours de l'année 2020, tous champs hospitaliers confondus. (...) Ainsi, au cours de l'année 2020, les patients COVID représentent 5% de l'ensemble des patients pris en charge en service de soins critiques. »

- Un rapport intitulé « L'épidémie de Covid-19 a eu un impact relativement faible sur la mortalité en France », a été établi par MM. Laurent Toubiana, Laurent Mucchielli, Pierre Chaillot, Jacques Bouaud concernant la question de la surmortalité et rendu public le 29 mars 2021³.

En voici la conclusion:

«Il est important pour la qualité du débat public, au regard notamment de certaines comparaisons

³ <http://recherche.irsan.fr/fr/documentation/index/voir/154-L%E2%80%99C3%A9pid%C3%A9mie-de-Covid-19-a-eu-un-impact-relativement-faible-sur-la-mortalit%C3%A9-en-France>

inappropriées avec des fléaux sanitaires passés (comme par exemple la grippe espagnole tant de fois invoquée pendant cette crise), d'évaluer le réel impact de l'épidémie de Covid-19 et d'évaluer tant sa nature que son importance au regard de l'histoire contemporaine des épidémies.

Les mesures restrictives des libertés individuelles et collectives telles que les confinements ont été mises en place un peu partout dans le monde au nom de la survenance d'une pandémie présentée comme une menace majeure et inédite dans l'histoire contemporaine de l'humanité. Le principal argument a résidé dans le recours à des modélisations prédisant dès le début du mois de mars la survenue de 500 000 morts en France, puis 7 mois plus tard, de 400 000 morts (discours du président de la République Française pour justifier un deuxième confinement).

A la fin de l'année, le bilan n'a rien à voir avec ces prédictions catastrophiques. La grande majorité des 64 632 morts attribués à la maladie Covid-19 se seraient inéluctablement produit même en l'absence de cette épidémie. Le taux de 10% (9,88) de l'ensemble des décès en 2020 bien qu'il soit maximisé, est, par exemple, inférieur à la mortalité causée tous les ans par le tabagisme, qui a été estimée à environ 75 000 décès en France en 2015, soit 13% de l'ensemble des décès survenus en France métropolitaine.

Par ailleurs, la mortalité augmente régulièrement depuis le milieu des années 2000 par un effet de structure causé par le vieillissement de la population et l'arrivée en fin de vie des générations du baby-boom. Lorsque l'on tient compte de cette tendance structurelle et de la mortalité attendue, la surmortalité est de 24 206 décès en excès en 2020 si la période de référence est les 3 dernières années mais cette surmortalité tombe à 14 850 décès si la période est de 5 ans (incluant l'année 2015 plus représentative de la mortalité en France) soit un excès de 2,32 % au passage de l'épidémie de Covid-19.

L'épidémie de coronavirus n'a occasionné aucune surmortalité (voire une sous-mortalité de 0,86 %) chez les personnes âgées de moins de 65 ans, qui représentent environ 80 % de la population. La légère surmortalité observée ne concerne que les classes d'âges de plus de 65 ans, qui ont connu en 2020 une surmortalité de 4,51 % (et 3,02 % avec une référence de 5 ans) par rapport à ce qui était attendu.

Loin de menacer l'humanité toute entière, comme le déclarait trop précipitamment le directeur de l'OMS au début du mois de mars 2020, l'épidémie de coronavirus n'a représenté un danger mortel que pour les personnes dont la santé était déjà la plus fragile, que cette fragilité soit liée au vieillissement naturel et à l'immunosénescence qui en résulte, à l'existence antérieure de maladies graves ou encore aux conséquences de cette nouvelle maladie des sociétés occidentales modernes que constitue l'obésité liée au mode de vie et d'alimentation.

Pour toutes ces raisons, l'épidémie de coronavirus semble devoir venir s'ajouter à la liste des nombreuses viroses, dont la grippe saisonnière, provoquant des pathologies respiratoires sévères. Elle ne diffère pas fondamentalement des épisodes de gripes saisonnières les plus sévères. Dès lors, les comparaisons avec la peste médiévale, le choléra ou la grippe espagnole, que l'on a vu fleurir dans le débat public, sont totalement inappropriées. »

Puis, la mise en place de campagnes massives de tests par le ministre des solidarités et de la santé et le premier ministre a permis d'obtenir un grand nombre de « cas positifs » aux tests RT-PCR, immédiatement et constamment relayé par les médias, ce qui a fragilisé les citoyens psychologiquement.

Or, ces tests RT-PCR ne sont pas fiables car le test PCR détecte des segments spécifiques du matériel génétique présent dans le SARS-CoV-2. Toutefois, le test PCR ne permet pas de distinguer les virus vivants des virus morts. Par conséquent, un test PCR positif ne fournit aucune information sur l'infectivité d'une personne. Utilisé isolément, il ne prouve pas que la personne est

activement infectée, ou malade, ou qu'elle peut infecter d'autres personnes (Jefferson et al, 2020).

Le Docteur Anthony FAUCI, Conseiller du Président Biden, responsable du NIH, a confirmé cette donnée scientifique publiquement (émission MSNBC du 3 janvier 2022) :

"Oui, c'est une très bonne question, car la PCR ne mesure pas le virus compétent pour la réplication, mais l'acide nucléique des particules virales.

En d'autres termes, je peux être infecté, avoir éliminé le virus compétent pour la réplication, mais je peux continuer à être positif à la PCR pendant plusieurs jours après m'être rétabli et ne pas être transmissible du tout.

Donc, bien qu'une PCR soit bonne pour vous dire si vous êtes infecté, oui vous êtes infecté, mais le fait même qu'elle soit positive, comme l'a dit le directeur du CDC, pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines après, ne vous donne aucune indication sur la possibilité de transmission ou non.

Les tests disent si vous êtes infecté ou non, et non si vous êtes infecté et transmissible.

La seule façon de savoir si vous êtes transmissible est de montrer qu'il y a vraiment un virus vivant en vous et les tests ne mesurent pas cela.

Ils mesurent la présence ou l'absence du virus, et le virus peut être un virus mort et inactif qui ne se transmet pas.

Il est tout à fait compréhensible que les gens puissent être confus à ce sujet et c'est la raison pour laquelle je suis ici pour essayer de l'expliquer aux gens pour espérer clarifier cela."⁴

Force est donc de constater d'une part, que la France n'a pas connu en 2020, 2021, 2022 et début 2023 *de catastrophe sanitaire mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.*

D'autre part, en comparaison, le vaccin contre la grippe saisonnière n'a jamais été rendu obligatoire. Jamais les autorités de santé n'ont déployé une communication institutionnelle aussi agressive pour qu'un « vaccin » contre la grippe soit inoculé en masse contre ce virus puisqu'il est de notoriété publique que le virus de la grippe mute constamment.

Nous allons voir ce qu'il en est concernant le virus SarsCoV2.

2. L'ÉTUDE DE L'ENZYME RNA POLYMÉRASE PERMETTANT DE CONCLURE DÈS LE DÉPART A L'INUTILITÉ D'UN VACCIN COVID-19

Le phénomène des mutations de virus est connu de tous les médecins et des scientifiques compétents.

Le Professeur RAOULT a très clairement rappelé pourquoi un vaccin n'avait aucune chance de fonctionner contre le SarsCov2.

Voici la retranscription extraite de son intervention publique du 28 février 2023:

« Il y a plus de 200 mutations de ce petit virus hyperfertile, qui a généré plus de 1 000 séquences dans notre banque, tous imprévisibles. (...)

Quand le virus est arrivé en Italie, il y a eu une mutation. Une enzyme très importante, qui

⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=bAICMQ1D5F8>

s'appelle la RNA polymérase duplique le virus.

Au lieu d'avoir très peu d'erreurs, elle multiplie les erreurs, probablement 100 fois plus d'erreurs, ce qui donne 100 fois plus de mutations.

Donc, les vaccins basés sur l'idée que le virus ne muterait pas n'ont pas marché.

Toute l'analyse qui a été faite sur la RNA polymérase des autres coronavirus qui ne font pas autant d'erreurs est donc fausse.

***Sur 28 000 bases, il y a eu 20 000 mutations au cours du temps, c'est inouï.
On n'a jamais eu l'occasion d'avoir autant de génomes de virus disponibles. Vous regardez les autres virus, vous avez une centaine de génomes c'est bien.***

Dans le monde, il y a peut-être un million de séquences (...)

Les virus ne sont pas des objets, ça bouge tout le temps.

***La RNA polymérase est essentielle puisque c'est elle qui reproduit les choses.
Toutes les prédictions avant de savoir cela c'était du délire, de l'astrologie.***

La première mutation se voit en Italie puis se propage à toute l'Europe. »

Pièce n°13a/13b

Bill Gates, qui comme le Professeur RAOULT le rappelle avec raison, n'a absolument aucune compétence en la matière, mais qui est pourtant le plus grand investisseur et promoteur mondial des vaccins Covid-19, a reconnu lui-même lors de son intervention au Munich Security Conference 2022, le 18 février 2022, que les vaccins Covid-19 n'avaient eu « malheureusement » aucune utilité.

Pièces n°14 et 15

Monsieur le Docteur [REDACTED] n'a donc pas enfreint l'article 13 du Code de déontologie médicale contrairement à ce qu'affirme le Conseil départemental [REDACTED] Ordre des médecins en affirmant le 18 août 2022, que l' « *On sait que le vaccin ne sert à rien* ».

3. LES « VACCINS COVID-19 » SONT INEFFICACES

Pourquoi les vaccins actuels n'empêchent pas la transmission du Sars-CoV-2 ?

Tous les « vaccins Covid-19 » disponibles sont administrés par voie intra-musculaire (IM). Pourtant, seul un vaccin par administration nasale serait capable de bloquer une infection de type Sars-Cov-2 et d'empêcher la transmission.

Le corps humain présente deux régions importantes :

- Un compartiment stérile dit « systémique » comprenant le sang, le cœur, la rate, les poumons, le foie, le cerveau etc.**
- Un compartiment en contact avec l'extérieur dit « muqueuses » comprenant l'appareil respiratoire, digestif et génital.**

Le système immunitaire protège ces deux compartiments de manière différente car le compartiment « muqueuses » est constitué de flores microbiennes vitales alors que le compartiment « systémique » est stérile.

Le système immunitaire est capable de présenter une puissante réponse immunitaire quand un virus infecte un organe du compartiment « systémique » ce qui explique pourquoi les vaccins les plus performants sont dirigés contre des infections systémiques par injection IM (rougeole, variole, varicelle).

En revanche, cela se complexifie lorsqu'un microbe infecte une partie du compartiment « muqueuses » comme les voies respiratoires qui sont colonisées par des milliards de micro-organismes vitaux et que le système immunitaire doit différencier des germes pathogènes.

La réponse immunitaire dans le compartiment « muqueuses » est donc en général beaucoup plus faible et les anticorps disparaissent très vite pour ne pas endommager cette flore nasale, intestinale ou vaginale.

Notons aussi que le système immunitaire protégeant les muqueuses est de loin le plus important (déploiement des cellules immunitaires, production d'immunoglobulines) afin de pouvoir protéger toutes les parties de notre corps directement exposées à l'environnement externe.

Plus précisément pour les virus respiratoires type Sars-Cov-2 :

Les vaccins administrés dans le compartiment « systémique » par injection IM, induisent la production d'anticorps appelés immunoglobulines G (IgG) (en sus d'autres cellules immunitaires comme les cellules T) qui vont protéger tous les organes du compartiment « systémique » une fois que le virus aura atteint ce compartiment. En revanche, le vaccin est incapable d'induire la production d'anticorps immunoglobulines A sécrétoires (sIgA) dans les muqueuses respiratoires constituant la porte d'entrée du virus, comme démontré par les études pré-cliniques sur des singes.

Or seuls les anticorps sIgA sont capables de bloquer efficacement le virus dans le nez/la bouche/la gorge, d'empêcher la transmission aux autres et surtout d'empêcher sa propagation dans les voies respiratoires basses (poumons) pour atteindre le compartiment « systémique ».

Même si les vaccins induisent une très forte production d'IgG dans le compartiment « systémique », il n'y a qu'une très faible proportion de ces anticorps IgG qui sont capables, via le sang, d'atteindre les muqueuses nasales pour combattre le virus, car un mécanisme de protection les en empêche. Il a en effet été démontré que les anticorps sIgA bloquent le mécanisme d'action des IgG.

Les vaccins actuels ne peuvent donc pas (ou très peu) empêcher la réplication du Sars-CoV-2 dans les muqueuses respiratoires et sa transmission à autrui.

Le compartiment « systémique » et le compartiment « muqueuses » sont quasi imperméables et les réponses immunitaires (IgG ou IgA) aux infections sont différentes et adaptées à chaque compartiment.

Afin de pouvoir atteindre l'immunité de groupe il faudrait donc un vaccin qui puisse induire des anticorps dans tous les compartiments : induire une production d'anticorps sIgA dans les muqueuses respiratoires pour bloquer la réplication du virus et sa transmission aux autres lors d'une infection, puis induire une forte production d'anticorps IgG qui vont neutraliser le virus et empêcher le développement de formes graves de la maladie.

La seule manière de bloquer la transmission du Sars-Cov-2 est d'induire une immunité dans les voies respiratoires soit un vaccin par administration nasale soit par une infection naturelle.

Les personnes ayant fait une forme légère de la maladie ont un très bon système immunitaire au niveau des muqueuses nasales et se débarrassent très vite du virus avant même qu'il ait une chance de passer dans le compartiment « systémique » .

Par conséquent, au lieu de se baser sur la faible quantité d'IgG dans le sang, il faudrait plutôt doser les sIgA dans la salive, les larmes ou les sécrétions nasales.

La durée de vie des sIgA est au minimum de 3 mois post infection.

Mucosal Immunity in COVID-19: A Neglected but Critical Aspect of SARS-CoV-2 Infection

PERSPECTIVE article

Michael W. Russell^{1*}, Zina Moldoveanu², Pearay L. Ogra³ and Jiri Mestecky²

Michael W. Russell, Department of Microbiology and Immunology, Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences, University at Buffalo, Buffalo, NY, United States

Zina Moldoveanu, Jiri Mestecky, Department of Microbiology, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, AL, United States

Pearay L. Ogra, Division of Infectious Diseases, Department of Pediatrics, Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences, University at Buffalo, Buffalo, NY, United States

Front. Immunol., 30 November 2020

Sec. Mucosal Immunity

Volume 11 - 2020 | <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.611337>

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.611337/full>

Voici des études scientifiques qui concluent de la même manière à l'inefficacité des « vaccins Covid-19 » :

- Dans le cadre d'une étude en date du 30 septembre 2021, parue dans la revue **European Journal of Epidemiology** et intitulée « Les augmentations de COVID-19 ne sont pas liées aux niveaux de vaccination dans 68 pays et 2947 comtés aux États-Unis », les auteurs constatent que les populations les plus vaccinées sont également celles qui enregistrent le plus grand nombre de cas covid-19 et inversement.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00808-7>

Les auteurs indiquent que dans un rapport publié par le ministère de la Santé en Israël, l'efficacité de 2 doses du vaccin BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) contre la prévention de l'infection au COVID-19 a été signalée à 39%.

Il apparaît également que l'immunité dérivée notamment de la thérapie génique Pfizer-BioNTech n'est probablement pas aussi forte que l'immunité acquise suite à la contamination par le virus lui-même.

Ces informations ne sont pas connues du grand public.

- Une étude de cohorte (niveau 3 plus élevé des preuves scientifiques) réalisée par Peter Nordström et autres, publiée en preprint par THE LANCET le 25 octobre 2021, mais non encore évaluée par les pairs, et intitulée « Efficacité de la vaccination contre le Covid-19 contre le risque d'infection symptomatique, d'hospitalisation et de décès jusqu'à 9 mois : une étude suédoise de cohorte sur la population totale » dit en substance:

Efficacité du vaccin contre l'infection symptomatique

"L'efficacité du vaccin de BNT162b2 contre l'infection a diminué progressivement de 92 % (IC à 95 %, 92-93, $P<0,001$) au jour 15-30 à 47 % (IC à 95 %, 39-55, $P<0,001$)) au jour 121-180, et à partir du jour 211 et au-delà, aucune efficacité n'a pu être détectée (23 % ; IC à 95 %, -2-41, $P=0,07$) »

" l'efficacité de ChAdOx1 nCoV-19 était généralement plus faible et diminuait plus rapidement, sans aucune efficacité détectée à partir du jour 121"

Donc pour le Pfizer, entre 4 mois 6 mois on est à 47% d'efficacité sur l'infection symptomatique et à partir de 7 mois plus AUCUNE efficacité sur l'infection.

Et pour le Astrazeneca plus AUCUNE efficacité sur l'infection à partir de 4 mois.

Sur les hospitalisations et les décès

"L'efficacité du vaccin (tout vaccin) était de 89 % au jour 15-30 (IC à 95 %, 83-93, $P<0,001$), qui a diminué à 74 % (IC à 95 %, 47-87, $P<0,001$) au jour 121-180, et à partir du jour 181 et au-delà, il n'y avait aucune efficacité associée détectable (42 % ; IC à 95 %, -35-75, $P=0,21$) »

Ce qui signifie que pour ces « vaccins » génétiques, il n'y a plus aucune efficacité à partir de 6 mois sur les hospitalisations et les décès.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3949410

- Une méta-analyse (niveau 1 plus élevé des preuves scientifiques) publiée le 14 juillet 2021 par ELSEVIER Connect, a permis de démontrer que l'immunité naturelle humaine au Sars-Cov2 fonctionne quant à elle contre tous les variants.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8139264/pdf/main.pdf>

« Un large éventail d'épitopes (cad, pour résumer, de variants, même si la définition est un peu différente) est reconnu par les anticorps, ce qui rend peu probable que les variantes du Sars-CoV2 puissent échapper à la reconnaissance des lymphocytes T au niveau de la population. Ou, autrement formulé : l'immunité naturelle sera le plus souvent suffisante pour les variants, il n'y aura pas "d'échappée immunitaire. »

- Une autre étude de l'Université de Tel Aviv en preprint, publiée le 24 août 2021 sur medRxiv, non encore évaluée par les pairs, intitulée Comparaison de l'immunité naturelle du SRAS-CoV-2 à l'immunité induite par le vaccin : réinfections versus infections révolutionnaires indique que l'immunité naturelle serait environ 13 fois plus forte que l'immunité obtenue après avoir reçu deux doses du vaccin Pfizer-BioNTech.

« Cette étude a démontré que l'immunité naturelle confère une protection plus durable et plus forte contre les infections, les maladies symptomatiques et l'hospitalisation causées par la variante Delta du SRAS-CoV-2, par rapport à l'immunité induite par le vaccin à deux doses BNT162b2. Les personnes qui étaient toutes deux précédemment infectées par le SRAS-CoV-2 et ayant reçu une dose unique du vaccin ont obtenu une protection supplémentaire contre la variante Delta.

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1>

- L'AIMSIB a publié un article le 24 octobre 2021 du Docteur Hélène BANOUN, concluant de la même manière :

« J'ai récemment montré que l'immunité naturelle à la Covid-19 (suite à une infection) était plus solide, plus durable et de meilleure qualité que l'immunité vaccinale (1) Les raisons en ont été exposées récemment par Sonigo et al (2). »

<https://www.aimsib.org/2021/10/24/evaluer-immunite-naturelle-anti-covid-serologie-immunite-cellulaire/>

- Les auteurs d'une étude de cohorte, publié dans THE LANCET le 29 octobre 2021, intitulée « Transmission communautaire et cinétique de la charge virale du variant SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) chez des individus vaccinés et non vaccinés au Royaume-Uni : une étude de cohorte prospective, longitudinale » concluent que:

« Néanmoins, les personnes entièrement vaccinées avec des infections à poussées ont une charge virale maximale similaire à celle des cas non vaccinés et peuvent transmettre efficacement l'infection dans les foyers, y compris aux contacts entièrement vaccinés. Les interactions hôte-virus au début de l'infection peuvent façonner l'ensemble de la trajectoire virale. »

« nos résultats suggèrent que la vaccination n'est pas suffisante pour empêcher la transmission de la variante delta dans les foyers avec des expositions prolongées. »

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00648-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext)

- L'AIMSIB a publié un article le 25 juillet 2021, résumé de la manière suivante :

« • Pour les personnes de **moins de 45 ans**, la **létalité** supposée liée au **vaccin** est **plus importante** que la **mortalité** liée à la **Covid-19**.

• Selon les statistiques actuelles, la **vaccination des 12-14 ans** pourrait entraîner **85 décès** et jusqu'à **235 invalidités graves**, pour un bénéfice totalement inexistant.

• **A ce jour, aucun enfant en bonne santé n'est décédé de la Covid-19.** »

<https://www.aimsib.org/2021/07/25/la-comparaison-entre-mortalite-par-covid-et-letalite-due-aux-vaccins-est-juste-catastrophique/>

- Enfin, l'immunologiste **J. Bart Classen** a publié dans *Trends In Internal Medicine* le résultat de son analyse des études cliniques randomisées des vaccins génétiques Pfizer, Moderna et Janssen. (Classen B. "US COVID-19 Vaccines Proven to Cause More Harm than Good Based on Pivotal Clinical Trial Data Analyzed Using the Proper Scientific Endpoint, "All Cause Severe Morbidity". Trends Int Med. 2021; 1(1): 1-6.)

<https://newsrescue.com/wp-content/uploads/2021/08/us-covid19-vaccines-proven-to-cause-more-harm-than-good-based-on-pivotal-clinical-trial-data-analyzed-using-the-proper-scientific-1811.pdf>

Comme d'autres scientifiques l'ont exprimé sur différents supports, il conclut qu'après avoir ré-analysé les données de ces essais cliniques en prenant en considération **les morbidités toutes causes** dans les groupes des essais vaccinés versus les groupes placebo, **alors aucun des vaccins n'apporte de bénéfice pour la santé** et "tous les essais pivots **montrent une augmentation statistiquement significative de la « morbidité sévère toutes causes confondues » dans le groupe vacciné par rapport au groupe placebo.** »

Voici un résumé de son analyse :

« De nombreux domaines de la médecine, l'oncologie par exemple, ont abandonné l'utilisation de critères d'évaluation spécifiques à une maladie pour le critère d'évaluation principal des essais cliniques pivots (décès par cancer par exemple) et ont adopté « la mortalité ou la morbidité toutes causes » comme critère d'évaluation scientifique approprié d'un essai clinique [...]

Les données d'essais cliniques pivots des 3 vaccins COVID-19 commercialisés ont été réanalysées en utilisant « toutes causes de morbidité grave », une mesure scientifique de la santé, comme critère principal [...] **Les résultats prouvent qu'aucun des vaccins n'apporte de bénéfice pour la santé et tous les essais pivots montrent une augmentation statistiquement significative de la « morbidité sévère toutes causes confondues » dans le groupe vacciné par rapport au groupe placebo.**

Le groupe immunisé Moderna a subi 3 042 événements plus graves que le groupe témoin ($p = 0,00001$).

Les données de Pfizer étaient grossièrement incomplètes, mais les données fournies ont montré que le groupe de vaccination a subi 90 événements plus graves que le groupe témoin ($p = 0,000014$), en n'incluant que les événements indésirables « non sollicités ».

Le groupe immunisé Janssen a subi 264 événements plus graves que le groupe témoin ($p = 0,00001$).

[...] **Sur la base de ces données, il est presque certain que la vaccination de masse contre le COVID-19 nuit à la santé de la population en général. Les principes scientifiques dictent que la vaccination de masse avec les vaccins COVID-19 doit être arrêtée immédiatement car nous sommes confrontés à une catastrophe de santé publique induite par les vaccins ».**

4. LES INFORMATIONS CONCERNANT LES TRAITEMENTS DISPONIBLES ONT ÉTÉ CENSURÉES ET FALSIFIÉES

Depuis le début de l'épidémie de Covid 19, de nombreux professionnels de santé répètent que cette pathologie peut se soigner grâce à des traitements mondialement connus.

Plus de 300 études et plus de 5000 scientifiques font part de ces traitements et de leurs résultats⁵.

Argumenter, comme le font les autorités de santé, les médias grand public et les géants du numérique, avec une telle insistance sur le fait qu'il n'y a pas d'efficacité ou qu'il n'y a pas de preuves que ces médicaments fonctionnent peut-être assimilée à une information purement dogmatique, et donc, par essence anti-scientifique, car la science existe grâce à un questionnement constant.

En effet, il existe plusieurs niveaux de preuves scientifiques concernant les divers médicaments proposés afin de soigner la maladie Covid-19 (GAUTRET et. al. 2020).

⁵ HCQ études scientifiques et résultats : <https://hcqmeta.com>
Ivermectine études scientifiques et résultats: <https://c19ivermectin.com/>

En principe, les preuves scientifiques sont hiérarchisées de la manière suivante :



En détail, les principaux niveaux sont donc les suivants :

Niveau 1 - Examens systématiques et méta-analyses

Les examens systématiques et les méta-analyses constituent le plus haut niveau de preuve scientifique. Il s'agit d'études qui analysent plusieurs autres études.

Elle consiste en des examens planifiés qui utilisent des méthodes explicites et systématiques pour collecter et analyser de manière critique les données des études incluses dans l'examen (RHOTER, 2007).

Les méta-analyses sont des analyses statistiques utilisées pour intégrer plusieurs études sur un même thème.

Niveau 2 - Essais cliniques randomisés

Selon Souza, 2009 :

"...L'essai clinique randomisé (ECR) est l'un des outils les plus puissants pour obtenir des preuves pour les soins de santé. Malgré quelques variations possibles, elles sont basées sur la comparaison entre deux ou plusieurs interventions, contrôlées par des chercheurs et appliquées de manière aléatoire à un groupe de participants. L'objectif de cet article était de décrire les aspects liés à la validité externe et interne des ECR, ainsi que de présenter les bases de données permettant de les obtenir et les outils d'évaluation de la qualité..... "

Niveau 3 - Études de cohortes

Selon Kuschnir, 2012 :

“Les études de cohorte font partie du groupe des études épidémiologiques par observation qui visent à observer, dans une population préalablement définie, l'incidence d'une certaine maladie ou d'un phénomène lié à la santé ou à la maladie...”

Niveau 4 - Etudes cas-témoins

Selon Oliveira et al., 2015 :

“Une étude cas-témoins est une étude d'observation visant à déterminer si une exposition est associée à un résultat. En termes simples, elle identifie un groupe connu pour avoir le résultat (cas) et un groupe connu pour ne pas l'avoir (témoins), en remontant dans le temps pour trouver quels individus dans chaque groupe ont été exposés et en comparant la fréquence d'exposition dans le groupe de cas avec le groupe de contrôle...”

Niveau 5 - Rapports de cas - séries de cas

Selon Oliveira et al., 2015 :

“Les rapports de cas et les séries de cas constituent une partie importante de la littérature médicale et continuent d'avoir leur place dans les revues scientifiques. Ils constituent souvent la première preuve de l'existence de nouvelles thérapies. Les rapports de cas et les séries de cas ont un faible niveau de preuve et il existe plusieurs arguments contre leur utilisation pour l'application de nouvelles thérapies. L'utilisation créative et critique de ces études peut accroître leur valeur historique en enrichissant l'expérience de la médecine. Leur méthodologie et leurs sujets devraient être développés à la lumière de l'approche pragmatique croissante à l'égard des preuves et de l'argumentation des questions liées à la médecine et aux autres sciences de la santé...”

Niveau 6 - Avis d'experts, études animales, études *in vitro*

Il s'agit d'études basées sur des opinions, des suggestions ou des résultats d'études sur des animaux ou des cellules en laboratoire. Il s'agit du plus bas niveau de preuve scientifique. **C'est dans ce groupe que se situent les recommandations de l'OMS et des associations médicales.**

Nous proposons de passer en revue chacun des médicaments censurés, malgré le fait qu'ils soient utilisés depuis des décennies, dans la lutte et le contrôle de diverses maladies, y compris, maintenant, contre le SarsCoV-2.

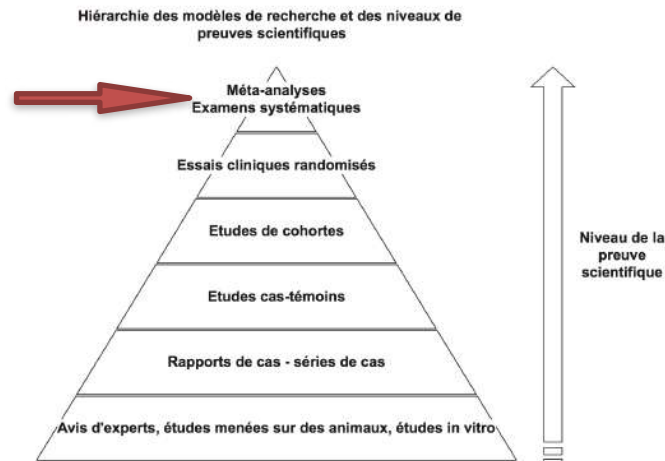
- **IVERMECTINE** : Correctement administré, il a le **niveau de preuve maximum**, revue systématique avec méta-analyse, revue et publiée, étant sûr dans le traitement de COVID-19.⁶

En ce qui concerne l'efficacité de l'ivermectine, plusieurs études ont démontré ses avantages et il existe quelques méta-analyses sur ce médicament. Les méta-analyses sont une collection de plusieurs études avec l'application de méthodes statistiques pour arriver à une conclusion plus autorisée.

⁶ <https://c19ivm.org>

Il n'y a aucun doute raisonnable sur l'efficacité de l'ivermectine (associée ou non avec l'azithromycine et le Zinc) quand elle est utilisée en phase précoce ou en phase plus avancée de la maladie.

Position de l'ivermectine sur la pyramide des preuves scientifiques :



Voici des exemples de méta-analyses :

The BIRD Recommendation on the Use of Ivermectin for Covid-19, a publié le 20 février 2021 une méta-analyse et conclu que l'ivermectine peut réduire de 68 % le risque de décès chez les personnes atteintes de Covid-19 et que les événements indésirables graves sont peu fréquents. La prophylaxie chez les personnes fortement exposées peut réduire le risque d'infection de 86 % (BRYANT et al., 2021).

https://ratical.org/PandemicParallaxView/BIRD-proceedings-02-03-2021_v1.5.1.pdf

Confirmant les résultats précédents, une récente méta-analyse publiée dans la revue scientifique Pharmacological Reports le 29 mars 2021, par Chia Siang Kow et ses collègues, a conclu que "l'effet estimé de l'ivermectine indique des bénéfices en termes de mortalité ", c'est-à-dire que le médicament réduit le taux de mortalité (KOW et al., 2021).

<https://doi.org/10.1007/s43440-021-00245-z> ; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33779964/>

Dans une autre étude récente avec méta-analyse, publiée en mai 2021 dans l'American Journal of Therapeutic, le Professeur KORY et ses collègues ont constaté "des réductions importantes et statistiquement significatives de la mortalité, du temps de récupération clinique et du temps d'élimination virale ».

Kory et al., FLCCC Alliance (Preprint) (meta analysis)
Review of the Emerging Evidence Demonstrating the Efficacy of Ivermectin in the Prophylaxis and Treatment of COVID-19 (American Journal of Therapeutics Mai 2021, 28, e299–e318); doi: 10.1097/MJT.0000000000001377;

https://journals.lww.com/americantherapeutics/Fulltext/2021/06000/Review_of_the_Emerging_Evidence_Demonstrating_the.4.aspx

Lawrie et al., Preprint (Preprint) (meta analysis)

Ivermectin reduces the risk of death from COVID-19 – a rapid review and meta-analysis in support of the recommendation of the Front Line COVID-19 Critical Care Alliance;

<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.27751.88486>

Une méta-analyse a été réalisée par le Professeur Pierre-Jean GUILLAUSSÉAU, Département de Médecine Interne. Hôpital Lariboisière 75010 Paris et Université Paris-Sorbonne, IVERMECTINE ET COVID-19, 18 mars 2021 :

« Au terme de cette revue des données disponibles (avec la réserve vue plus haut d'articles en pre-print) concernant l'efficacité de l'ivermectine dans la prophylaxie et le traitement curatif de la COVID-19 et sa sécurité d'emploi, on peut conclure à :

- une excellente efficacité de l'ivermectine en prévention de l'infection par SARS-Cov2 chez des sujets exposés à des patients atteints de COVID-19, avec une réduction de 92% du risque de transmission,

- des résultats en faveur de l'efficacité de l'ivermectine en traitement curatif de patients atteints de COVID-19 de sévérité diverse:

- résultats positifs dans 7 essais randomisés et contrôlés sur 12 (58%) avec une dose unique d'ivermectine*
- résultats positifs dans 7 essais randomisés et contrôlés sur 10 (70%) avec des doses d'ivermectine administrées de manière répétée pendant plusieurs jours*

Il est possible de synthétiser les effets de l'ivermectine par les résultats suivants:

- cliniquement: amélioration clinique précoce plus fréquente, réduction du risque d'aggravation, diminution du délai de guérison clinique et de la durée d'hospitalisation, réduction du nombre de décès

- en termes virologiques : réduction du délai de négativation de la PCR et du temps de portage viral.

Finalement et c'est le résultat le plus important: la méta-analyse des essais randomisés et contrôlés dans lesquels le risque de décès était l'un des critères d'évaluation pré-définis, démontre que le traitement par ivermectine réduit de 75 à 84% la mortalité par COVID-19. »

Une méta-analyse a également été publiée dans THE JAPANESE JOURNAL OF ANTIBIOTICS, Global trends in clinical studies of ivermectin, Morimasa Yagisawa, Ph.D.1,2, Patrick J. Foster, M.D.2, Hideaki Hanaki, Ph.D.1 and Satoshi Ōmura, Ph.D.1, 10 mars 2021.

L'ivermectine, antiparasitaire à large spectre, a été découverte en 1970 au Japon par le microbiologiste, Satoshi Ōmura (un des auteurs de cette méta-analyse). Cette découverte a été consacrée par un prix Nobel en 2015 eu égard aux services rendus à l'humanité.

http://jja-contents.wdc-jp.com/pdf/JJA74/74-1-open/74-1_44-95.pdf

Egalement :

Hill A, for the International Ivermectin Project Team. Preliminary meta-analysis of randomized trials of ivermectin to treat SARS-CoV-2 infection. Research square 2021 doi.org/10.21203/rs.3.rs-148845/v1.

Nardelli P, Zangrillo A, Sanchini G, et al. Crying wolf in time of Corona: the strange case of ivermectin and hydroxychloroquine. Is the fear of failure withholding potential life-saving treatment from clinical use? *Signa Vitae* 2021 *doi:10.22514/sv.2021.043*.

Les autres niveaux de preuve pour l'ivermectine :

- Essais cliniques randomisés :

De Melo GD, Lazarini F, Larrous F, et al. Anti-COVID-19 efficacy of ivermectin in the golden hamster. <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.11.21.392639>

Elgazzar A, Hany B, Youssef SA, et al. Efficacy and safety of ivermectin for treatment and prophylaxis of COVID-19 pandemic. *Research square* 2020 *doi:10.21203/rs.3.rs-100956/v2*

Shouman W. Use of ivermectin as a Prophylactic Option in Asymptomatic Family Close Contact for Patient with COVID-19. 2020. *ClinicalTrials.gov* /ct2/show/NCT04422561

Chala RE Prophylaxis Covid-19 in healthcare agents by intensive treatment with ivermectin and iota-carrageenan (Ivercar-Tuc). 2020. *ClinicalTrials.gov* NCT04701710

Mahmud R. A randomized, double-blind placebo controlled clinical trial of ivermectin plus doxycycline for the treatment of confirmed COVID-19 infection. *ClinicalTrials.gov* NCT04523831

Mohan A, Tiwari P, Suri TM et al. Ivermectin in mild and moderate COVID-19 (RIVET-COV): a randomized, placebo-controlled trial. *Research square* 2021 *doi: 10.21203/rs.3.rs-191648/v1*

Niaee MS, Gheibi N, Namdar P, et al. Ivermectin as an adjunct treatment for hospitalized adult COVID-19 patients: A randomized multi-center clinical trial. *Research square* 2020 *doi.org/10.21203/rs.3.rs-109670/v1*

Chowdhury ATMM, Shahbaz M, Karim MR, et al. A randomized trial of ivermectin- doxycycline and hydroxychloroquine-azithromycin therapy on COVID19 patients. *Research square* 2020 *doi.org/10.21203/rs.3.rs-38896/v1*

Rezai M. Effectiveness of ivermectin in the treatment of coronavirus infection in patients admitted to educational hospitals of Mazandaran in 2020 2020 <https://en.irct.ir/trial/49174>

Raad H. In vivo use of ivermectin (IVR) for treatment for coronavirus infected patients (COVID-19): a randomized controlled trial. 2020 <http://www.chictr.org.cn/showproj.aspx?proj=54707>

Asghar A, Parveen N, Bukhari KH, et al. Efficacy of Ivermectin in COVID-19. 2020. <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04392713>

Podder S, Chowdhury N, Sina M, et al. Outcome of ivermectin treated mild to moderate COVID-19 cases: a single-centre, open-label, randomized controlled study. *IMC J Med Sci* 2020; 14: 002

Chaccour C, Casellas A, Blanco-Di Matteo A, et al. The effect of early treatment with ivermectin on viral load, symptoms and humoral response in patients with mild COVID-19: a pilot, double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial. *EClinicalMedicine*. 2021; 32: 100720

Ahmed S, Karim MM, Ross AG, et al. A five day course of ivermectin for the treatment of COVID-19 may reduce the duration of illness. *Int J Infect Dis* 2021; 103: 214-6

Bukhari KHS, Asghar A, Perveen N, et al. Efficacy of ivermectin in COVID-19 patients with mild to moderate disease. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.02.02.21250840>

Hashim HA, Maulood MF, Rasheed AM, et al. Controlled randomized clinical trial on using ivermectin with doxycycline for treating COVID-19 patients in Baghdad, Iraq. medRxiv 2020 doi.org/10.1101/2020.10.26.20219345

Kirti R, Roy R, Pattadar C, et al. Ivermectin as a potential treatment for mild to moderate COVID-19 - A double blind randomized placebo-controlled trial. medRxiv, 2021. <https://doi.org/10.1101/2021.01.05.21249310>

Okumus N. Ivermectin for Severe COVID-19 management. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04646109>

Babalola OE, Bode CO, Ajayi AA, et al. Ivermectin shows clinical benefits in mild to moderate COVID19: A randomised controlled double blind dose response study in Lagos. QJM. 2021 Feb 18;hcab035 (Epub ahead of print)

Chachar AZK, Khan KA, Asif M, et al. Effectiveness of ivermectin in SARSCoV-2 / COVID-19 patients. International Journal of Sciences 2020; 9: 31-35

Krolewiecki A, Lifschitz A, Moragas M, et al. Antiviral effect of high-dose ivermectin in adults with COVID-19: A pilot randomised, controlled, open label, multicentre trial. [Preprint] Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3714649>

López-Medina E, López P, Hurtado IC, et al. Effect of ivermectin on time to resolution of symptoms among adults with mild COVID-19: A randomized clinical trial. JAMA 2021 Mar 4. doi: 10.1001/jama.2021.3071. Epub ahead of print

- Rapport de cas/série de cas, études cas-témoins, études de cohorte :

Alam MT, Murshed R, Gomes PF, et al. Ivermectin as pre-exposure prophylaxis for COVID 19 among healthcare providers in a selected tertiary hospital in Dhaka An observational study. European Journal of Medical and Health Sciences 2020; 2: 1-5

Behera P, Patro BK, Singh AK, et al. Role of ivermectin in the prevention of SARS- CoV-2 infection among healthcare workers in India: A matched case-control study. PLoS One 2021; 16: e0247163

Bernigaud C, Guillemot D, Ahmed-Belkacem A, et al. Bénéfice de l'ivermectine: de la gale à la COVID-19, un exemple de sérendipité. Ann Dermatol Venereol 2020; 147: A194

Carvalho H, Hirsch R, Psaltis A, et al. Study of the efficacy and safety of topical ivermectin + iota-carrageenan in the prophylaxis against COVID-19 in health personnel. J Biomed Res Clin Invest 2020; 2 Issue 1.1007 doi.org/10.31546/2633- 8653.1007

- Avis d'expert :

Dans un article publié sur le site de l'AIMSIB, les Dr. Eric MENAT et Vincent RELIQUET écrivent :

"...L'ivermectine est efficace quel que soit le variant. Il n'y a plus à craindre une nouvelle épidémie liée à un nouveau variant puisque tous ces virus sont empêchés de prolifération cellulaire par la molécule. Et mieux encore : l'ivermectine ne favorise pas l'émergence de nouveaux variants. On peut donc espérer une meilleure maîtrise de l'épidémie à moyen terme

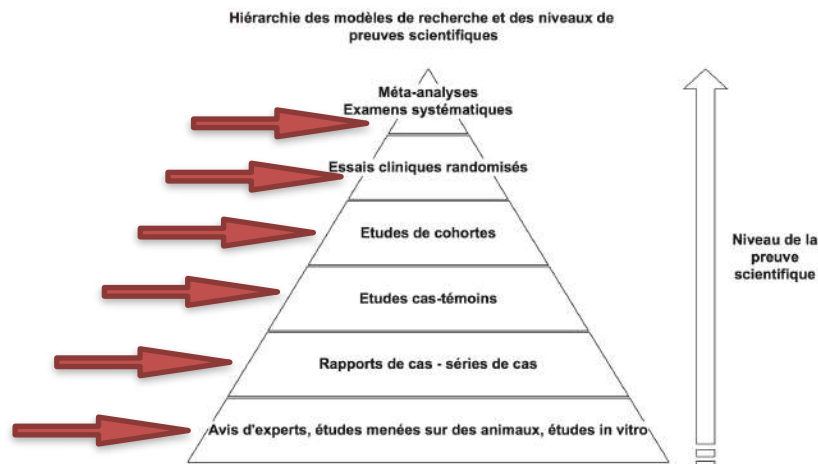
et donc sa disparition «naturelle » d'ici un an ce qui ne sera sûrement pas le cas si on continue à vacciner sans réserve comme on le fait actuellement.

Fini le « rentrez chez vous, prenez un Doliprane et appelez le 15 quand vous ne pourrez plus respirer...»

En ce qui concerne les risques, l'hépatite causée par le médicament est extrêmement rare. Le niveau de sécurité du médicament est jusqu'à 20 fois supérieur au dosage habituel, selon LiverTox, le site américain de référence pour les hépatites médicamenteuses (BATHESDA, 2021). Au total, environ 3,7 milliards de doses d'ivermectine ont été distribuées lors de campagnes d'administration massive de médicaments dans le monde entier au cours des 30 dernières années (RAJTER et al., 2020).

En revanche, le niveau de sécurité du paracétamol (Tylenol) en cas de dysfonctionnement hépatique n'est que de 2 fois la dose habituelle (KURTOVIC ; RIORDAN, 2003).

Par conséquent, le risque de ce médicament est faible pour un bénéfice potentiel très élevé.



• HYDROXYCHLOROQUINE :

On commence à parler en France du Covid 19 à la fin décembre 2019, et curieusement, l'hydroxychloroquine est brusquement classée dans les substances interdites, par un arrêté ministériel signé en janvier 2020 par Mme BUZYN, alors Ministre de la Santé, et dont le mari fut nommé en Octobre 2019, "Conseiller d'Etat en service extraordinaire" (alors qu'il était médecin et non juriste), et quitta ses fonctions au printemps 2020. ("La Dépêche.fr" 22 mai 2020).

Pendant le confinement, presque tous les recours déposés au Conseil d'Etat par ceux qui critiquaient les textes liberticides, ou réclamaient simplement que l'on fasse connaître les thérapeutiques existantes, ont été rejetés.

La personnalité du Pr RAOULT, bardé de titres et de diplômes, a contrecarré toutes les tentatives de dénigrement à son égard, et même les tentative de poursuites du Conseil National de l'Ordre, essayant de l'empêcher d'utiliser ce médicament pourtant connu et utilisé depuis 70 ans.

L'IHU (Institut Hospitalo-Universitaire) de Marseille, sous la direction du Pr RAOULT, a ainsi réduit de 83% la mortalité de 8315 patients avec un traitement précoce à base d'azithromycine et d'hydroxychloroquine avec aucun décès de moins de 60 ans à déplorer. Une étude rétrospective a été publiée à ce sujet :

<https://rcm.imrpress.com/EN/10.31083/j.rcm2203116>

Une étude datant du 22 août 2005, intitulée *Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread*, indiquait que la chloroquine était efficace pour prévenir la propagation du Sars-CoV en culture cellulaire.

<https://virologyj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1743-422X-2-69>

Ce traitement (spécifiquement utilisé dans les premiers jours des symptômes, **pas** dans les stades avancés) **a le niveau de preuve maximum**, revue systématique avec méta-analyse, examinée et publiée, étant sûr dans le traitement précoce du COVID-19:

La chloroquine a été synthétisée en 1934, ce qui signifie qu'elle est utilisée depuis environ 80 ans. Elle est généralement bien tolérée lorsqu'elle est utilisée aux doses appropriées.

Les principaux effets indésirables légers sont des maux de tête, des malaises, des vertiges, une vision trouble, des difficultés de concentration, des troubles gastro-intestinaux légers et des démangeaisons. Les effets indésirables graves sont rares, mais peuvent survenir lors d'une utilisation à long terme du médicament, comme une neuromyopathie, une rétinopathie ou une réaction idiosyncrasique comme un érythème polymorphe et une toxicité pour la moelle osseuse (TAYLOR, WHITE, 2004). Il est peu probable que le traitement provoque des lésions hépatiques chez les individus normaux (NIDDK ; 2021).

Hydroxychloroquine : Au total 468 études dont 377 études revues par les pairs ont été menées de part le Monde, impliquant 8 182 auteurs et 512 826 patients.

<https://hcmqmeta.com/>

Il n'y a aucun doute raisonnable sur l'efficacité de l'hydroxychloroquine (associée ou non avec l'azithromycine et le Zinc) quand elle est utilisée en phase précoce c'est à dire au début de la maladie.

L'hydroxychloroquine contre le COVID-19 **a le plus haut niveau de preuve** scientifique : l'examen systématique.



Une étude évaluée par des pairs et publiée dans la revue scientifique *New Microbes and New Infections* a cherché à savoir si l'hydroxychloroquine est efficace contre le COVID-19, surtout lorsqu'elle est administrée plus tôt, si elle est associée ou non à une aggravation de la maladie et si elle est sûre. Les études incluses ont été évaluées du point de vue de l'efficacité, du moment de l'administration et de la sécurité. Les auteurs ont conclu :

"...L'hydroxychloroquine est systématiquement efficace contre le COVID-19 lorsqu'elle est administrée précocement en ambulatoire. Il s'est avéré être efficace en général dans les études sur les patients hospitalisés. Aucune étude impartiale n'a mis en évidence de moins bons résultats avec l'utilisation de l'hydroxychloroquine. Aucune mortalité ni aucun événement indésirable grave n'a été constaté... (PRODOMOS, RUMSCHLAG, 2020). »

Prodromos et al., New Microbes and New Infections, doi:10.1016/j.nmni.2020.100776 (Peer Reviewed) (meta analysis)

Une méta-analyse publiée dans la revue *Pathogens and Global Health* en juin 2021 a conclu que l'utilisation de l'hydroxychloroquine était associée à une réduction de 20 % de la mortalité. Une récente méta-analyse publiée dans le *Journal of Infection and Public Health* a révélé une réduction de 75 % des infections au COVID-19 (STRICKER, FESLER, 2021).

Voici des liens vers d'autres méta-analyses qui concluent de la même manière à l'efficacité de l'hydroxychloroquine contre la maladie covid-19:

Stricker et al., Journal of Infection and Public Health, doi:10.1016/j.jiph.2021.08.001 (Peer Reviewed) (meta analysis)

Hydroxychloroquine Pre-Exposure Prophylaxis for COVID-19 in Healthcare Workers from India: A Meta-Analysis
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034121002197?via%3Dihub>

Hydroxychloroquine is effective, and consistently so used early, for Covid-19: A systematic review <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2052297520301281>

Le professeur Harvey Risch, MD, Ph.D., est chercheur à la Yale School of Public Health avec une spécialité en étiologie du cancer, prévention et diagnostic précoce et méthodes épidémiologiques :

Risch, American Journal of Epidemiology, kwaa093, 27 May 2020, doi:10.1093/aje/kwaa093 (Peer Reviewed) (meta analysis)

Early Outpatient Treatment of Symptomatic, High-Risk Covid-19 Patients that Should be Ramped-Up Immediately as Key to the Pandemic Crisis <https://academic.oup.com/aje/article/189/11/1218/5847586>

Les autres niveaux de preuve pour l'hydroxychloroquine :

En ce qui concerne l'hydroxychloroquine en particulier, il existe des études examinées par des pairs et publiées dans des revues scientifiques à tous les niveaux de la pyramide des preuves scientifiques. Quelques exemples seront cités :

- Essai clinique randomisé :

Une étude portant sur 491 adultes symptomatiques non hospitalisés atteints de COVID-19 a obtenu un effet relatif bénéfique pour le groupe de traitement de 37,8 %, bien qu'elle n'ait pas obtenu de signe statistique en raison de la petite taille de son échantillon (SKIPPER et al., 2020).

REMARQUE : L'essai clinique randomisé de l'hydroxychloroquine devait être positif car, dans l'histoire de la science, les résultats des essais cliniques randomisés correspondent aux résultats des études d'observation, sans différences significatives. (ANGLEMYER, HORVATH, BERO, 2014).

- Rapport de cas/série de cas, études cas-témoins, études de cohorte :

Au Brésil, une étude analytique, observationnelle et rétrospective basée sur des données secondaires obtenues dans les bases de données publiques brésiliennes, a corrélé les ventes de chloroquine et d'hydroxychloroquine avec des prédicteurs significatifs de la réduction de la transmissibilité, du taux d'hospitalisation et de la mortalité causés par le nouveau coronavirus. L'hypothèse selon laquelle un traitement ambulatoire précoce peut aider à contrôler la pandémie est cohérente avec les résultats obtenus dans cette étude (NEVES, 2021).

Dans une étude de cohorte rétrospective, observationnelle et multicentrique, 1 274 patients légèrement symptomatiques ont été évalués et traités en ambulatoire avant toute hospitalisation liée au COVID-19, dans le but d'évaluer le nombre d'hospitalisations. Dans cette étude, l'utilisation de l'hydroxychloroquine était associée à un taux d'hospitalisation plus faible (IP et al., 2021).

Une large étude rétrospective menée en Iran (Mokhtari et al) sur une cohorte de 28 759 patients a montré une réduction de 70% des décès dans le groupe traité par l'hydroxychloroquine, tout comme l'étude française de Million et al. sur 8315 patients, qui a montré que l'hydroxychloroquine associée à l'azithromycine (un antibiotique préconisé dans les infections respiratoires) avait réduit de 83% le risque de décès.

Une étude portant sur 141 patients utilisant l'hydroxychloroquine, l'azithromycine et le zinc a comparé les résultats avec les données publiques indépendantes de 377 patients de la même communauté sous COVID-19 et les résultats ont montré une réduction de 81,6% du taux d'hospitalisation et de 79,4% du taux de mortalité (DERWAND, SCHOLZ, ZELENKO, 2020).

- Études in vitro :

Une étude menée in vitro a observé que la chloroquine est plus efficace pour inhiber la réplication du virus dans la cellule que les six autres médicaments (WANG et al. , 2020).

Une autre étude a conclu que les médicaments chloroquine et hydroxychloroquine ont une bonne activité contre le coronavirus in vitro (YAO et al., 2020).

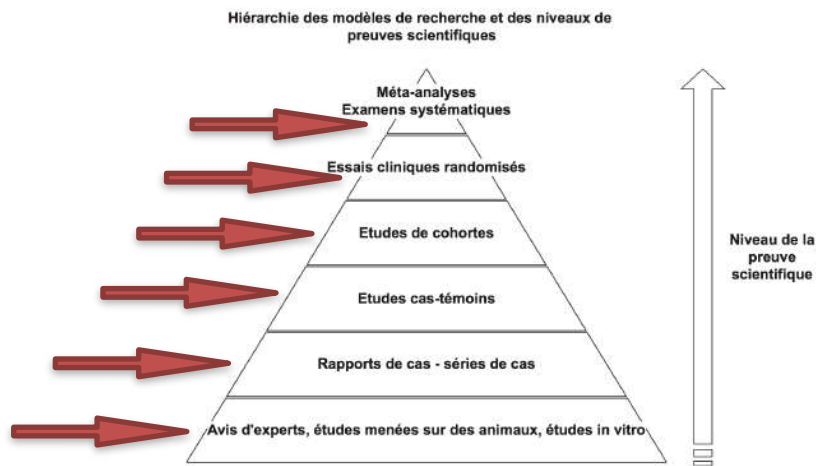
- Avis d'expert :

Plusieurs professionnels français ont publié dans une revue scientifique une étude sur les approches thérapeutiques possibles pour traiter la maladie causée par COVID-19 (GAUTRET et al., 2020).

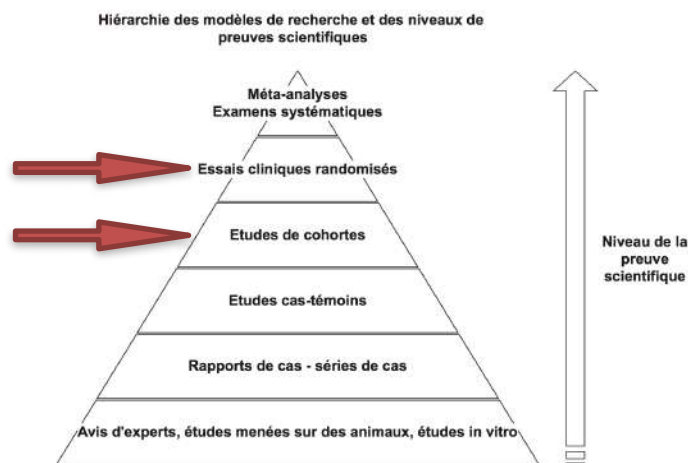
Aux États-Unis, Harvey A. Risch, un épidémiologiste de renommée internationale du Département

d'épidémiologie des maladies chroniques, Santé Publique de Yale School, décrit le traitement hydroxychloroquine plus azithromycine comme un traitement clef en phase précoce. Avec le Dr Peter McCullough, spécialiste en médecine interne et maladies cardiovasculaires, et le Dr George Fareed (professeur et chercheur à la Harvard Medical School), ils ont témoigné devant le Sénat américain lors de la commission d'enquête sur les traitements ambulatoires, et ont rappelé que l'efficacité des traitements à base d'hydroxychloroquine utilisés précocement n'étaient pas que des opinions d'experts mais surtout des données de la science.

En d'autres termes, nous avons tous les niveaux de preuves scientifiques pour l'hydroxychloroquine. Son efficacité est plus que consolidée, à condition qu'elle soit traitée précocement, c'est-à-dire dès les premiers jours des symptômes, comme l'expliquent toutes les études citées ci-dessus.



- **FLUVOXAMINE** : Ce traitement a fait l'objet d'un essai clinique randomisé, revu et publié, le deuxième plus haut niveau de preuve scientifique, démontrant son efficacité en tant que traitement du COVID-19. Il a également fait l'objet de plusieurs études de cohorte très concluantes.

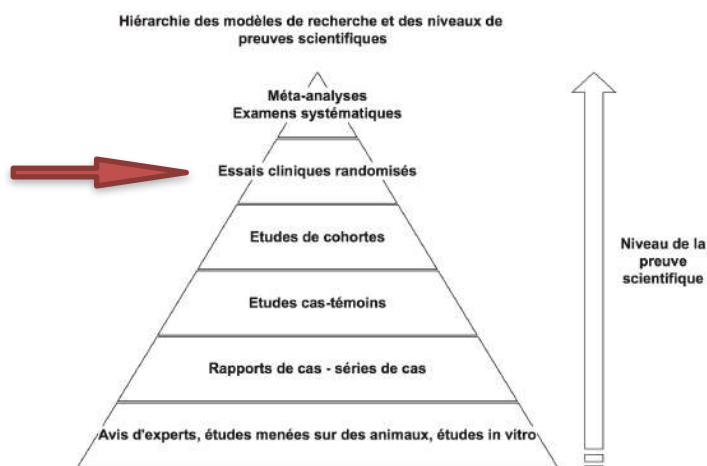


Dans une étude randomisée, en double aveugle, contrôlée par placebo, publiée dans The American Journal of American Medical Association, la fluvoxamine a réduit de 82 % le risque d'hospitalisation chez les patients externes (LENZE et al., 2020).

Dans une autre étude de cohorte prospective, évaluée par des pairs et publiée dans l'Open Forum Infectious Diseases, l'uvoxamine a réduit de 83,9 % le risque de décès/admission en soins intensifs et de 94 % le risque d'hospitalisation (SEFTEL, BOULWARE, 2021).

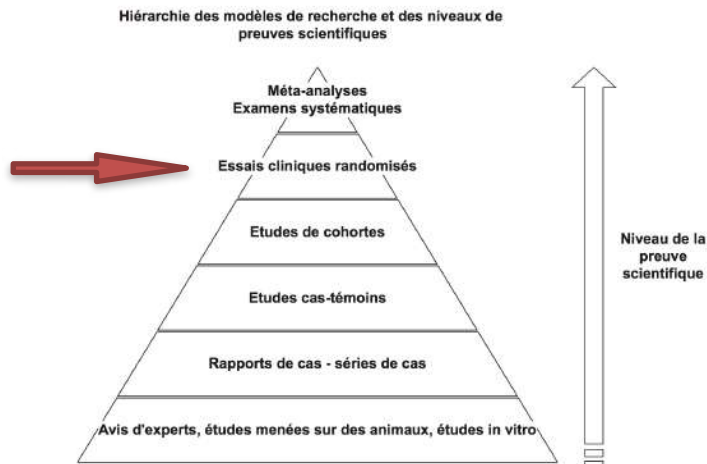
Une étude très récente sur une cohorte de 1500 patients vient d'être publiée dans The Lancet (Gilmar Reis et al., October 27, 2021- DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00448-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00448-4)) et montre une réduction de 91% des décès et de 66% des hospitalisations. Les auteurs soulignent le « très faible risque de biais » de cette étude et se positionnent en faveur d'une recommandation officielle de la Fluvoxamine.

- **BROMEXINE** : ce traitement dispose de plusieurs essais cliniques randomisés, (revus par les pairs et publiés), **le deuxième plus haut niveau de preuve scientifique**, démontrant son efficacité dans le traitement du COVID-19. (Ansarin et al., 2020 ; Li et al., 2020 ; Mareev et al., 2020 ; Tolouian et al., 2021).



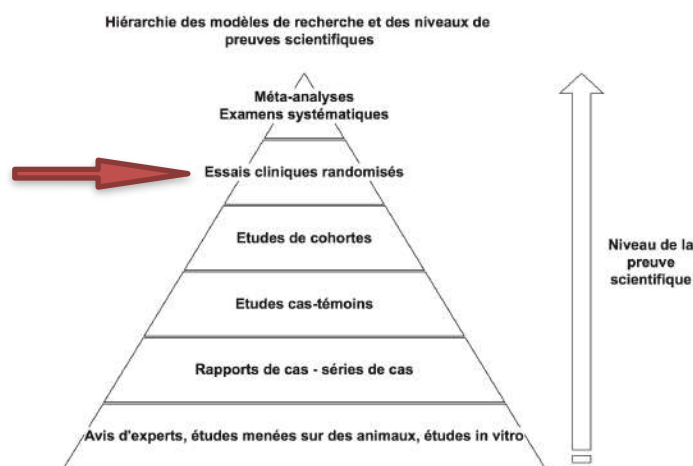
Dans une étude randomisée, contrôlée par placebo et évaluée par des pairs, publiée dans la revue scientifique BioImpacts, la bromhexine a réduit le transfert vers l'unité de soins intensifs de 81,8 %, le risque de ventilation mécanique de 88,9 % et le taux de mortalité de 90,9 % (ANSARIN, 2020).

- Le **DUASTÉRIDE** a fait l'objet d'une étude clinique randomisée publiée, évaluée par des pairs, ce qui constitue le **deuxième niveau de preuve scientifique le plus élevé** de son efficacité dans le traitement du COVID-19 :



Une étude randomisée, en double aveugle, contrôlée par placebo et publiée dans la revue scientifique *Cureus* a démontré que les participants prenant le médicament avaient un taux de rémission virologique plus élevé (64,3 % contre 11,8 % ; $p = 0,0094$) et un taux de guérison clinique plus élevé (84,7 % contre 57,5 % ; $p = 0,03$) (CADEGIANI et al., 2021a).

- PROXALUTAMIDE** : ce traitement possède un essai clinique randomisé, revu par des pairs et publié, **selon le second plus haut niveau de preuves scientifiques et d'efficacité** :

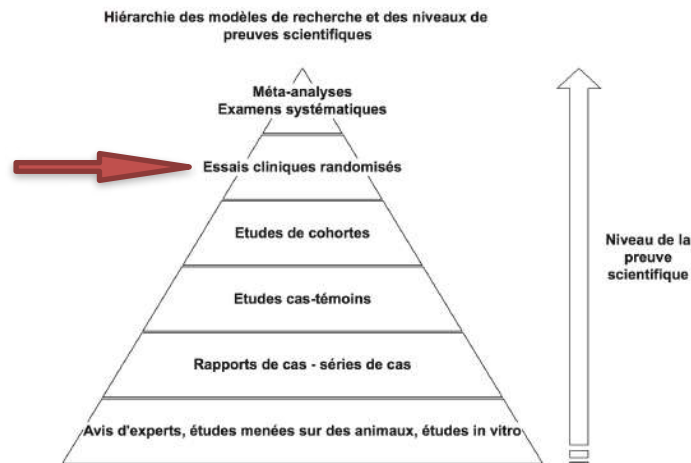


Une étude randomisée, en double aveugle, contrôlée par placebo et publiée dans la revue

Cureus a démontré que le proxalutamide accélérerait significativement la clairance virale au jour 7 chez les patients atteints de COVID-19 léger à modéré par rapport au placebo (CADEGIANI et al., 2021b).

Une autre étude randomisée, en double aveugle, contrôlée par placebo et publiée dans la revue scientifique Frontiers a révélé une réduction de 91 % du taux d'hospitalisation chez les hommes traités par proxalutamide par rapport au traitement habituel (MCCOY et al., 2021).

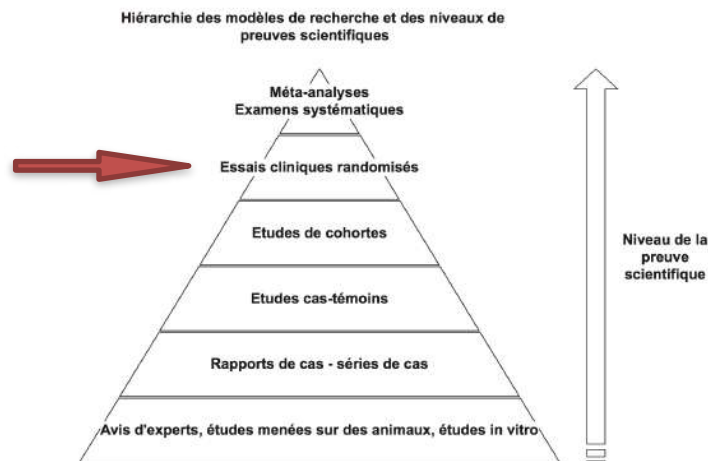
- **COLCHICINE** : a fait l'objet d'un essai clinique randomisé, examiné et publié, soit le **deuxième plus haut niveau** de preuve scientifique et d'efficacité :



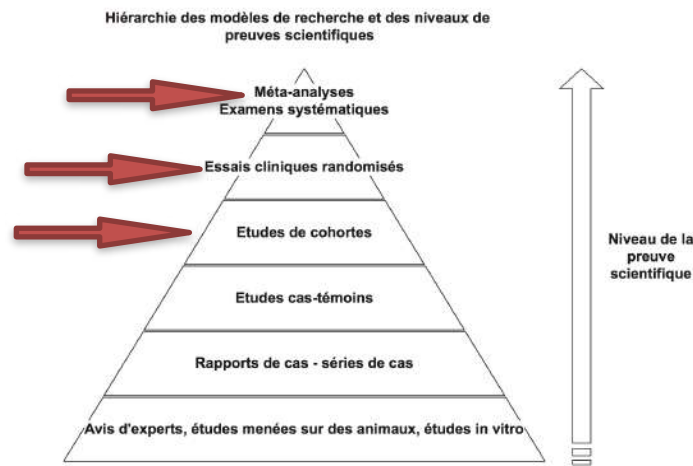
Une étude randomisée, en double aveugle, contrôlée par placebo, publiée dans la revue scientifique RMD Open a conclu que la colchicine réduisait la durée de l'oxygénothérapie complémentaire et les hospitalisations (LOPES et al., 2021).

- **NITAZOXANIDE** : a fait l'objet d'un essai clinique randomisé, examiné et publié, ce qui constitue le **deuxième niveau le plus élevé** de preuve scientifique de son efficacité :

Une étude randomisée, contrôlée par placebo, publiée dans The European respiratory journal a démontré que le nitazoxanide réduisait significativement la charge virale par rapport au groupe placebo (ROCCO et al., 2021).



- **VITAMINE D (ET DÉRIVÉS) : a fait l'objet** de méta-analyses revues par les pairs, soit le **plus haut niveau** de preuve scientifique et d'efficacité, mais également d'autres catégories d'étude :



- Méta-analyses revues par les pairs :

Pal et al., *Journal of Endocrinological Investigation*, doi:10.1007/s40618-021-01614-4 (Peer Reviewed) (meta analysis)

Vitamin D supplementation and clinical outcomes in COVID-19: a systematic review and meta-analysis

<https://link.springer.com/article/10.1007/s40618-021-01614-4>

Des méta-analyses publiées et revues par les pairs montrent clairement qu'une **carence en Vitamine D est associée à des risques supérieur de décès**

Ben-Eltriki et al., *Journal of the American College of Nutrition*, doi:10.1080/07315724.2021.1951891 (Peer Reviewed) (meta analysis)

Association between Vitamin D Status and Risk of Developing Severe COVID-19 Infection: A Meta-Analysis of Observational Studies

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07315724.2021.1951891>

Ghasemian et al., *The International Journal of Clinical Practice*, doi:10.1111/ijcp.14675 (Peer Reviewed) (meta analysis)

The Role of Vitamin D in the Age of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijcp.14675>

Petrelli et al., *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, doi:10.1016/j.jsbmb.2021.105883 (Peer Reviewed) (meta analysis)

Therapeutic and prognostic role of vitamin D for COVID-19 infection: A systematic review and meta-analysis of 43 observational studies

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0960076021000765>

- Essais cliniques randomisés :

Dans une étude pilote randomisée, évaluée par des pairs et publiée dans The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology, le traitement précoce à la vitamine D des patients hospitalisés atteints de COVID-19 a permis de réduire de manière significative les admissions en unité de soins intensifs (CASTILLO et al., 2020).

- Rapport de cas/série de cas, études cas-témoins, études de cohorte :

Il y a 47 études de traitements à la Vitamine D, dont 87% sont positives, avec une amélioration de - 81% en phase précoce,

- 56% en phase tardive
- 20% en prophylaxie

Il y a 38 études avec du cholecalciferol (un dérivé métabolique de la Vitamine D) dont 5 études randomisées, montrent une amélioration de :

- 86% en traitement précoce,
- 44% en traitement tardif
- 19% en prophylaxie

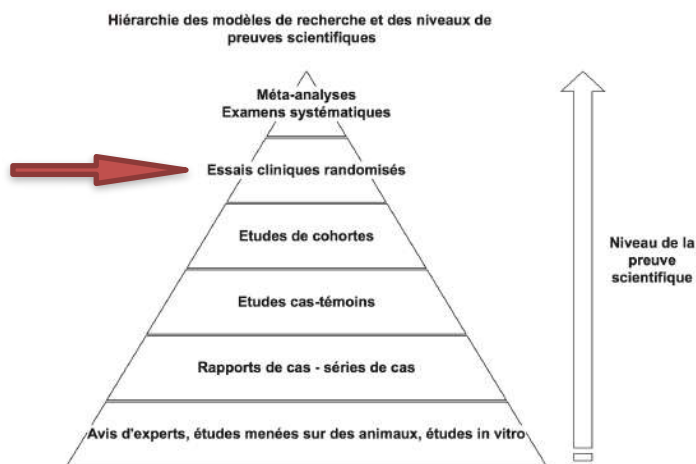
En France, **le Dr Jean-Marc Sabatier, directeur de recherche au CNRS**, a publié un article important sur l'utilité de la Vitamine D dans la Covid19 (article revue par les pairs)

Cédric Annweiler, Bérangère Hanotte, Claire Grandin de l'Eprevier, **Jean-Marc Sabatier**, Ludovic Lafaie, Thomas Célarier,
Vitamin D and survival in COVID-19 patients: A quasi-experimental study,
The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology, Volume 204, 2020,105771,ISSN 0960-0760, <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2020.105771>.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S096007602030296X>

"En conclusion, la supplémentation en bolus de vitamine D3 pendant ou juste avant le COVID-19 était associée chez les personnes âgées fragiles à un COVID-19 moins sévère et à un meilleur taux de survie. »

- **BUDESONIDE** : a fait l'objet d'un essai clinique randomisé, publié et examiné par des pairs, ce qui constitue le **deuxième niveau le plus élevé de preuves scientifiques** et d'efficacité :



Dans une étude de phase 2 randomisée, contrôlée par placebo et évaluée par des pairs, publiée dans The Lancet, l'administration précoce de budésonide inhalé a réduit la probabilité de devoir recourir à des soins médicaux urgents et a réduit le temps de récupération après un COVID-19 précoce. (RAMAKRISHNAN et al., 2021).

• **D'AUTRES TRAITEMENT AURAIENT MÉRITÉ ATTENTION :**

- **La Vitamine C en perfusion et à haute dose :**

(100 % d'efficacité et sans effets indésirables sérieux dans les services des Pr. MARIK et VARON aux U.S.A.),

Par courrier du 11 mars 2020, le Dr. LABREZE, médecin dans les Bouches du Rhône, informe M. le Ministre de la Santé, et ajoute, concernant les USA :

«...Le Pr MARIK a traité deux groupes de 47 patients atteints d'une pathologie infectieuse grave (voire critique), pris en charge dans son service de réanimation. Il y a eu 19 décès dans le groupe pris en charge avec les méthodes aujourd'hui utilisées dans tous les centres hospitaliers, y compris dans les CHU français . Dans le groupe traité avec des injections de vitamine C, d'hydrocortisone et de thiamine (Vit B1), aucun patient n'est décédé des conséquences de son infection !

Nous parlons ici de 19 décès versus zéro décès !!

Compte tenu du fait que la rigueur professionnelle et scientifique des auteurs de cette publication ne peut être raisonnablement mise en doute, ne pas agir immédiatement, sur la base de cette information, alors que plus de quatre mille patients sont actuellement en services de réanimation, représenterait, à mon sens, une négligence grave et, très clairement, une mise en danger de la vie de ces patients, ou de ceux dont l'état de santé actuel pourrait se dégrader très rapidement, faute d'avoir pu bénéficier des traitements que j'ai portés et porte à nouveau à votre connaissance... »

« ...Dans les circonstances actuelles, faisant craindre le développement d'une épidémie liée au coronavirus et la mort d'un nombre important de nos concitoyens, quel que soit d'ailleurs leur état de santé antérieur et l'existence ou non de comorbidités, il me semble important et urgent de porter à votre connaissance l'existence de ressources thérapeutiques validées mais encore insuffisamment connues de la communauté médicale, notamment dans notre pays....

Je pense qu'une large diffusion de ces informations apparaît aujourd'hui comme une action prioritaire de santé publique, puisqu'elle va donner aux équipes médicales hospitalières particulièrement démunies face aux formes sévères de COVID-19, une ressource thérapeutique particulièrement efficace qui leur permettra indiscutablement de sauver des vies... ».

Fin mars, le Pr MARIK, de la Eastern Virginia Medical School, écrit :

« ...Nous avons traité 4 patients avec un syndrome de détresse respiratoire aiguë lié au COVID et tous se sont améliorés dans les 6 à 12h ayant suivi l'instauration du traitement.

L'intubation a été évitée pour l'un d'entre eux et les 3 autres sont maintenant sevrés.

Le Dr VARON, Président du conseil d'administration de l'United General Hospital et médecin chef et responsable du département des soins intensifs, a, à ce jour, traité 14 patients atteints du COVID avec notre protocole. Il a rapporté également une amélioration rapide dans les 12 heures qui ont suivi l'administration du traitement. Six de ces patients ont été extubés dans les 4 jours, et tous les autres sont aujourd'hui sevrés....

La vitamine C a été intégrée dans l'algorithme de traitement du COVID de l'Université du Wisconsin.

Nous croyons que l'utilisation de notre protocole va sauver des vies. Et, ce qui est important également, c'est qu'elle va permettre d'éviter l'intubation pour un grand nombre de patients, écourtera le recours à une ventilation assistée lorsqu'elle aura été mise en œuvre, libérant ainsi ces équipements essentiels qui pourront ainsi être utilisés pour d'autres patients. La vitamine C est bon marché, facilement disponible et totalement dépourvue d'effets secondaires... »

Le Pr. VARON indique, le 13 avril 2020 :

« Notre succès avec la combinaison thérapeutique est incroyable. Aujourd'hui nous avons traité plus de 25 patients à l'United Memorial Medical Center de Houston, et pas un seul n'a dû être intubé. Tous étaient atteints d'une forme sévère de pneumopathie due au Covid 19, et furent rapidement guéris par l'acide ascorbique, la Thiamine, des stéroïdes, et de l'Héparin. Nous avons aussi ajouté l'hydroxychloroquine et l'azithromycine à ces patients... »

N.B. Le Pr. J. VARON fait partie des scientifiques nationalement connus aux U.S.A. Il enseigne au Texas, et au Mexique.

Il totalise plus de 400 publications scientifiques et a publié une dizaine d'ouvrages.

Devant l'absence de réaction du Ministre de la Santé, un groupe de médecins saisit deux fois le Conseil d'Etat, en vain.

- L'Artemisia Annua :

Cette plante a été utilisée avec succès également en Afrique et à Madagascar.

En mars 2021, Madagascar qui totalise environ 27.000.000 d'habitants, annonçait **moins de 400 décès du Covid** depuis le début de l'épidémie.

En particulier :

Nous souhaiterions porter à votre attention un document récapitulant les différents courriels que le Docteur ESCARGUEL a envoyé aux autorités sanitaires, à l'Ordre des médecins et au pouvoir politique.

Ces courriels traitent des traitements précoces disponibles **dès mars 2020**, notamment certaines molécules d'antibiotique, les macrolides, ainsi que l'ivermectine, qui permettent de soigner de manière efficace les malades ayant contracté le virus SarsCoV2 ainsi que des retours « terrain » très concluants.

Le Docteur ESCARGUEL explique simplement l'efficacité de certaines molécules d'antibiotique par leur effet de blocage de l'amplification de la réplication du virus dans les bactéries «coopérantes ».

Or, la censure et la disqualification de ces traitements disponibles auront certainement causé la perte de milliers de vies tant par l'absence de soin qui en découle, que par le fait d'avoir propagé l'idée que seules les injections de « vaccins Covid-19 » étaient sûres et efficaces contre le virus, l'unique voie vers l'immunité collective et la fin de l'épidémie. Cette censure a clairement mis en danger la santé et la sécurité publique.

L'article de presse relatant une récente interview du Docteur ESCARGUEL dans laquelle nous pouvons lire :

« Pourquoi les dizaines de courriels que nous avons envoyés aux autorités sanitaires, à l'Ordre des médecins et au pouvoir politique sont-ils restés lettre morte ? »

Pièce n°17

DE LA "CONFUSION" ENTRE LE TRAITEMENT PRÉCOCE ET LE TRAITEMENT DES PATIENTS GRAVEMENT MALADES

Les médias grand public ont exclu les scientifiques du débat académique, au détriment de la population.

Il est utile de rappeler que la maladie Covid-19 comporte **quatre phases**.

Pour chaque phase, il existe différents traitements (GAUTRET et al., 2020). Dans certaines études, le début du traitement intervient dès les premiers jours des symptômes de la maladie, lorsque le patient est vu en ambulatoire.

En ce qui concerne l'hydroxychloroquine, il existe **plus de 30 études** axées sur la phase **initiale** de la maladie. Dans tous ces cas, sans exception, les résultats cliniques sont positifs pour les patients traités, principalement en termes de résultats tangibles, tels que la réduction de la mortalité ou des hospitalisations.

La grande "erreur" (si l'on peut dire qu'il s'agit d'une erreur), de la plupart des médias - et de ceux qui s'y fient - est de **mélanger les résultats** d'études sur des patients hospitalisés avec ceux d'études réalisées sur des patients ambulatoires, en présentant uniquement les résultats sur des patients hospitalisés et sévères, comme si ces valeurs trouvées pouvaient être extrapolées aux patients traités dans la phase initiale de la maladie.

C'est le cas de la nouvelle concernant la méta-analyse publiée dans la revue scientifique *Nature* (AXFORS, 2021). Dans cette étude, environ 80 % des patients étaient hospitalisés, la plupart étant déjà sous oxygène ou intubés.

Cette étude a été utilisée afin de démontrer, que le médicament a "une inefficacité prouvée", alors que l'**utilisation en ambulatoire (dans les premiers jours des symptômes) n'a pas été évaluée dans l'étude**.

Cette prise de position publique incessante, erronée à l'égard de divers médicaments qui ont prouvé qu'ils pouvaient sauver des vies a certainement contribué à la perte de vies humaines, la perte de chance d'être soigné.

La connaissance correcte de ces informations aurait pu aider les médecins en première ligne et aider la population à ne pas prendre les mauvaises doses au mauvais moment, évitant ainsi l'aggravation de la maladie, épargnant aux gens une hospitalisation et même la mort.

Il s'agit d'une **attitude grave et illégale**, avec des répercussions nationales, qui devrait être

jugulée par les pouvoirs publics.

Le résultat de cette position est l'intimidation des médecins, des chercheurs, des virologues et des professionnels de la santé opposés au "nihilisme thérapeutique" et favorables au traitement des maladies.

De nombreux médecins ont évité de prescrire des médicaments dont l'efficacité est suffisamment prouvée, en raison de la pression exercée par les médias et les dirigeants politiques sur l'opinion publique.

Ils ont même été contraints de ne pas aborder le sujet, étant sommairement censurés par les réseaux sociaux et certains Ordres, laissant ainsi les patients sans médicaments spécifiques, en répétant qu'il **n'existe pas de traitements alternatifs** pour les personnes déjà infectées.

Nous avons pu constater la chasse aux traitements et aux médicaments précoces, comme si nous étions au temps de l'Inquisition et à l'époque de la "chasse aux sorcières", transformant la situation qui aurait pu être maîtrisée dès le départ en une situation pire que celle de ces époques, car elle implique un nombre beaucoup plus important de vies humaines et de personnes persécutées, et cette fois au nom de la « science ».

Enfin, il est à noter que le rejet, par les dirigeants et les agences de santé, de l'ensemble de ces thérapies, a ainsi permis d'autoriser la mise sur le marché conditionnelle des « vaccins Covid-19 ».

Au delà des polémiques scientifiques concernant l'efficacité de tel ou tel produit pharmaceutique, de nombreux experts internationaux s'accordent à dire, que le seul fait d'avoir interdit aux médecins de soigner avec des traitements efficaces et d'avoir censuré leurs propos jusqu'à les radier pour les empêcher d'exercer, constitue à lui seul un crime contre l'humanité, puisque des milliers de personnes sont décédées faute de soins.

La déclaration de Rome des professionnels de santé, rédigée en septembre 2021 et signée à ce jour par 17 000 médecins et scientifiques dénonce cette situation :

<https://doctorsandscientistsdeclaration.org/>

Par conséquent, s'il existe des preuves à différents niveaux, y compris des examens systématiques - le plus haut niveau de preuve scientifique - comment peut-on **affirmer en toute impunité**, publiquement, catégoriquement et à plusieurs reprises, que ces médicaments "n'ont pas de preuve scientifique" ?

Avec les **preuves disponibles**, il appartient au médecin responsable, sur la base de la pratique de la **médecine fondée sur les preuves** et des préceptes éthiques, de décider ou non quelle est la thérapie la plus appropriée pour son patient, en fonction des études, des observations, de l'expérience antérieure, de la transparence et du consensus entre les deux parties.

Il convient de rappeler que l'autonomie du médecin et du patient est un principe inviolable, qui ne peut être bafoué dans le cas d'une maladie sans traitement pharmacologique reconnu, comme c'est le cas de la maladie dite Covid-19.

Monsieur le Dr [REDACTED] n'a donc pas enfreint l'article 13 du Code de déontologie médicale contrairement à ce qu'affirme le Conseil départemental [REDACTED] l'Ordre des médecins en affirmant que l' « On sait que le vaccin ne sert à rien ».

5. LA MAJORITÉ DES FRANÇAIS IGNORE LA NATURE RÉELLE DES PRODUITS INOCULÉS SOUS L'APPELLATION « VACCINS COVID-19 »

Concernant la qualification de thérapie génique pour les «vaccins COVID-19», corroborée juridiquement par le droit de l'Union européenne, Monsieur Stefan OELRICH, le président de la division pharmaceutique du groupe BAYER s'est exprimé ainsi lors du Sommet mondial de la santé qui s'est tenu à Berlin du 24 au 26 octobre 2021 (6000 personnes - 120 pays) devant des experts internationaux issus du monde universitaire, des hommes politiques et le secteur privé :

« les nouveaux "vaccins" COVID à ARNm sont en fait des "thérapies cellulaires et géniques" qui auraient été rejetées par le public sans une "pandémie" et un marketing favorable.

*“Nous faisons vraiment ce saut [pour stimuler l'innovation] - nous, en tant qu'entreprise, Bayer - dans les thérapies cellulaires et géniques... **En fin de compte, les vaccins à ARNm sont un exemple de thérapie cellulaire et génique. J'aime toujours dire : si nous avions fait un sondage il y a deux ans auprès du public - 'seriez-vous prêt à prendre une thérapie génique ou cellulaire et à l'injecter dans votre corps?' - nous aurions probablement eu un taux de refus de 95 %**”.* https://www.youtube.com/watch?v=OJFKBritLlc&list=PLsrCyC4w5AZ8F0xsD3_rzLcfxHbOBRX4W

Cela est également confirmé par le Professeur Alexandra HENRION-CAUDE, généticienne et Directrice, Institut de Recherche SimplissimA, dans le cadre de son rapport d'expertise sur les vaccins en date du 11 novembre 2021 :

« Le terme « vaccin » ne peut être utilisé, au sens classique du terme, en lien avec ce que l'on identifie comme étant les « vaccins COVID-19 » des compagnies Pfizer/BioNTech, Moderna et AstraZeneca.

En effet, comme il est amplement exposé et démontré dans le cadre du présent rapport, il ne s'agit pas de vaccins, mais d'injections géniques expérimentales autorisées conditionnellement et temporairement en lien avec la COVID-19.

Nous sommes dans une recherche expérimentale, un essai thérapeutique, et non dans un contexte de validation officielle d'un médicament, ici dénommé de façon inappropriée « vaccin » par rapport à la compréhension de l'utilisateur. »

Pièce n°18

6. LES BONNES PRATIQUES CLINIQUES EN PRINCIPE APPLICABLES AUX « VACCINS COVID-19 » N'ONT PAS ÉTÉ RESPECTÉES

1-Les études randomisées ayant permis l'obtention des autorisations de mise sur le marché conditionnelles ont toutes été réalisées par les fabricants eux-même. Aucune étude indépendante pour des études cliniques randomisées (standard de l'Evidence Based Médecine).

Les études des laboratoires pharmaceutiques sont toutes intentionnellement défectueuses, d'après l'AIMSIB :

<https://www.aimsib.org/2021/02/07/vaccination-anti-covid-19-etat-des-lieux/>

2- Les autres études en « vie réelle » sont quasiment toutes financées directement ou indirectement par les laboratoires pharmaceutiques eux-même.

3-Il n'y a pas eu d'études de génotoxicité, carcinogénicité et tératogénicité au prétexte que cela ne se pratique pas pour des « vaccins ». Cependant ces produits sont des thérapies innovantes utilisant des acides nucléiques, jamais utilisées auparavant sur des populations en bonne santé.

Comme le dit l'INSERM à propos des vaccins génétiques « **la vaccination génétique** » : Cette variante de la thérapie génique consiste à administrer un fragment d'ADN [ou d'ARNm] codant pour un antigène vaccinal directement dans des cellules de la personne à vacciner. » Source : <https://www.inserm.fr/dossier/vaccins-et-vaccinations/>

4- Il n'existe actuellement - notamment pour le produit Pfizer - aucune donnée ou des données très limitées donnant lieu à **des études qui ne donneront leurs résultats qu'en décembre 2023** sur les points suivants :

- Anaphylaxie,
- Événements d'innocuité d'intérêt liés aux AESI, **y compris maladie accrue associée au vaccin,**
- **Utilisation pendant la grossesse,**
- Utilisation chez les patients immunodéprimés,
- Utilisation chez les patients fragiles présentant des comorbidités (p. ex., maladie pulmonaire obstructive chronique (BPCO), diabète, maladie neurologique chronique, troubles cardiovasculaires) ,
- Utilisation dans patients atteints de troubles auto-immuns ou inflammatoires,
- **Données de sécurité à long terme.**

Page 104-105 du rapport de l'Agence Européenne du Médicament :

https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan_en.pdf

Il n'y a eu à ce jour aucune vérification officielle de la composition exacte de ces produits pharmaceutiques expérimentaux, malgré de fortes suspicions d'excipients non déclarés ou interdits (oxyde de graphène, ALC 315 etc.).

Les vaccins ARNm, à partir d'une technologie totalement nouvelle et jamais utilisée sur l'Homme, sont dangereux, **ce que savaient les fabricants et que, par suite, savaient ou devaient savoir les autorités qui les ont autorisés.**

Il avaient connaissance, préalablement à la mise sur le marché :

- de la gravité des effets indésirables ;
- de l'évaluation défailante des substances incriminées.
- de la dangerosité intrinsèque des produits incriminés.

- **Connaissance préalable de la gravité des effets indésirables**

Nous rappelons ici que la Federal Drug Administration américaine (FDA, Agence des médicaments aux Etats-Unis) connaissait l'ensemble des effets indésirables dès le mois d'octobre 2020, étant donné son rapport qui a précédé la commercialisation des produits pharmaceutiques litigieux.

Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee October 22, 2020 Meeting Presentation (p.16 de la présentation):

FDA Safety Surveillance of COVID-19 Vaccines :
DRAFT Working list of possible adverse event outcomes
*****Subject to change*****

- | | |
|---|--|
| ▪ Guillain-Barré syndrome | ▪ Deaths |
| ▪ Acute disseminated encephalomyelitis | ▪ Pregnancy and birth outcomes |
| ▪ Transverse myelitis | ▪ Other acute demyelinating diseases |
| ▪ Encephalitis/myelitis/encephalomyelitis/
meningoencephalitis/meningitis/
encephalopathy | ▪ Non-anaphylactic allergic reactions |
| ▪ Convulsions/seizures | ▪ Thrombocytopenia |
| ▪ Stroke | ▪ Disseminated intravascular coagulation |
| ▪ Narcolepsy and cataplexy | ▪ Venous thromboembolism |
| ▪ Anaphylaxis | ▪ Arthritis and arthralgia/joint pain |
| ▪ Acute myocardial infarction | ▪ Kawasaki disease |
| ▪ Myocarditis/pericarditis | ▪ Multisystem Inflammatory Syndrome
in Children |
| ▪ Autoimmune disease | ▪ Vaccine enhanced disease |

**FDA Experience with
Near Real Time Surveillance / RCA**



Pièce n°19

Par ailleurs, un rapport confidentiel Pfizer a été obtenu et publié suite à une procédure d'accès à l'information (FOI), lequel fournit des données sur les décès et les événements indésirables enregistrés par Pfizer depuis le début du projet de « vaccination » en décembre 2020 jusqu'à fin février 2021, soit une période très courte (moins de trois mois), étant donné que le vaccin Pfizer BioNTech a été lancé aux États-Unis le 14 décembre 2020 après l'octroi de l'autorisation d'utilisation d'urgence le 11 décembre 2020.

Le rapport « confidentiel » de Pfizer BNT162b2 5.3.6 Cumulative Analysis of Post-authorization Adverse Event Reports contient des preuves détaillées des impacts du « vaccin » sur la mortalité et la morbidité: en février 2021, **Pfizer avait déjà reçu plus de 1 200 rapports de décès probablement causés par le vaccin et des dizaines de milliers d'événements indésirables signalés, dont 23 cas d'avortements spontanés sur 270 grossesses et plus de 2 000 rapports de troubles cardiaques.**

« Au total, jusqu'au 28 février 2021 [en moins de trois mois], il y avait un total de 42 086 rapports de cas (25 379 médicalement confirmés et 16 707 non médicalement confirmés) contenant 158 893 événements . La plupart des cas (34 762) ont été reçus des États-Unis (13

739), du Royaume-Uni (13 404), de l'Italie (2 578), de l'Allemagne (1913), **de la France (1506)**, du Portugal (866) et de l'Espagne (756) ; les 7 324 restants ont été répartis entre 56 autres pays. (...) »

La liste des effets indésirables d'intérêt spécifique en annexe I de ce rapport s'étale sur neuf pages.

<https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf>

Pièce n°20a/20b

Malgré ces constats, les essais cliniques ne sont pas suspendus pour autant par le Gouvernement français, alors que l'Agence fédérale américaine du médicament (FDA) a pu mettre un terme à un essai clinique suite à un seul et unique décès, le Dr Mc CULLOUGH avance quant à lui le nombre de 25 à 50 décès pour mettre un terme à un essai clinique, suivant les **règles d'éthique communément admises**.

Il est impossible que l'Agence européenne du médicament et l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) n'aient pas été informées des effets indésirables graves attendus (syndrome Guillain-Barré, maladie de Creutzfeldt Jacob, myocardites etc). D'ailleurs, nous remarquons que la France fait partie des pays ayant transmis les informations utilisées par Pfizer dans ce rapport.

Le nombre et la gravité des effets indésirables des vaccins ARNm sont totalement inédits et hors normes.

Il apparaît aujourd'hui, comme le démontrent des analyses de chercheurs indépendants des fabricants que **les effets indésirables étaient déjà anormalement élevés au moment des essais cliniques**.

Ainsi, selon M. Perter Doshi, rédacteur principal au *British Medical Journal*, Professeur à l'école de pharmacie de l'université du Maryland, relève, dans un article en date du 31 août 2022, **1 effet indésirable grave pour 800 personnes vaccinées dans les essais cliniques des vaccins ARNm**, un chiffre absolument considérable par rapport aux autres vaccins.

En outre, la vérification, par des chercheurs indépendants, des données des participants aux essais vaccinés a révélé plus de problèmes de santé graves que ceux constatés dans les études.

Il en conclut que **les études présentées par les fabricants ont été volontairement faussées**.

Il conclut que :

« L'excès de risque d'événements indésirables graves constaté dans notre étude souligne la nécessité de procéder à des analyses formelles du rapport bénéfice/risque, en particulier celles qui sont stratifiées en fonction du risque d'événements graves de type COVID-19. Ces analyses nécessiteront la publication d'ensembles de données sur les participants ».

(« Serious adverse events of special interest following mRNA COVID-19 vaccination in randomized trials in adults », *Vaccine*. 2022 Sep 22;40(40):5798-5805)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36055877/>

Et voir : <https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/panorama/video-664028.html>

De surcroît, **la période d'observation des effets indésirables est, elle-même, l'objet de critiques**, la période standard de six semaines étant inadaptée, l'observation montrant que ceux-ci peuvent se déclarer sur des périodes beaucoup plus longues.

Ainsi, le 30 novembre 2022, une étude demande l'extension de la période d'observation des effets indésirables des vaccins ARNm.

En effet :

« Les vaccins à ARN messenger (ARNm) ont été largement utilisés comme principale mesure sanitaire destinée à lutter contre la pandémie de COVID-19. Rapidement présentée comme "sûre et efficace", cette nouvelle génération de vaccins est radicalement différente de celles développées traditionnellement et pour lesquelles les effets indésirables (EI) potentiellement associés sont pris en compte à travers une période post-vaccination standard de 6 semaines ».

L'étude montre ainsi que :

« La plupart (76,1%) des événements liés à la santé subis par les patients vaccinés contre le COVID-19 se sont produits au-delà de la période de 6 semaines prescrite par les autorités sanitaires. Nos résultats appellent à des investigations supplémentaires et à une extension de la période de déclaration des EI post-vaccination ».

(« A 6-week time period may not be sufficient to identify potential adverse events following COVID-19 vaccination », *Research Square*, 30 nov. 2022)

<https://www.researchsquare.com/article/rs-2327212/v1>

Nous rappelons qu'environ 1% à 10% seulement des effets indésirables des vaccins, fussent-ils graves, sont remontés aux organismes de pharmacovigilance.

(« Electronic Support for Public Health–Vaccine Adverse Event Reporting System (ESP: VAERS) », Grant. Final Report, Grant ID: R18 HS, p. 17045)

<https://digital.ahrq.gov/sites/default/files/docs/publication/r18hs017045-lazarus-final-report-2011.pdf>

• Connaissance préalable de l'évaluation défaillante des substances incriminées

De graves manquements aux Bonnes pratiques cliniques ont été observés par la biostatisticienne, Mme Christine COTTON.

Pièce n°21

Les travaux de Mme Cotton montrent que les essais cliniques sont entachés de plusieurs insuffisances graves :

- 1) Durée d'observation des participants insuffisante ;**
- 2) Efficacité sur la transmission non-testée dans les essais ;**
- 3) Critère principal mal choisi, non-représentatif de la maladie en vie réelle et de l'existence de variants ;**
- 4) Absence de mesure des anticorps pour masquer la chute de l'immunité ;**
- 5) Aucune efficacité démontrée sur les cas sévères dans les essais au moment des différentes autorisations (selon les populations) ;**

6) Étude d'un « boost », dès décembre 2020, et 5eme dose en prévision aux États-Unis.

Par suite, les politiques de gestion de la crise sanitaire se sont fondées sur des essais cliniques dont la faiblesse était évidente, confinant à la fraude, ainsi que sur des études «en vie réelle » dont le niveau de preuve scientifique est faible, alors même qu'il s'agissait – et qu'il s'agit toujours - de vacciner des millions de Français dont des professionnels de manière obligatoire.

Rappelons que :

Les autorités françaises savaient, **dès juin 2020**, que des effets potentiels graves des vaccins existaient.

Les autorités françaises savaient, **dès le 22 octobre 2020**, que de très nombreux effets indésirables graves potentiels étaient à surveiller (Rapport FDA, 22 oct. 2020).

Les autorités françaises savaient, **dès début décembre 2020**, que :

- **le taux d'efficacité du vaccin n'atteignait, en réalité, pas le seuil de 50%, seul à même de justifier une mise sur le marché suivant une procédure d'urgence** (rapport clinique Pfizer du 10 décembre 2020) ;
- il était impossible de prouver que le vaccin protégeait des formes graves après deux doses (rapport clinique Pfizer du 10 décembre 2020) ;
- le vaccin **n'empêchait ni la transmission, ni l'infection** (communiqué Pfizer du 14 décembre 2020).

Le **26 décembre 2020**, la vaccination de la population débutait en France.

Les autorités françaises savaient, **dès janvier 2021**, qu'il était confirmé que le vaccin ne pouvait pas empêcher la transmission ;

Les autorités françaises savaient, **dès le 28 février 2021**, que :

- la vaccination entraînait des effets indésirables graves dans d'importantes proportions (rapport d'analyse, Pfizer, 28 fév. 2021) ;
- les femmes enceintes étaient exclues des essais cliniques.

Les autorités française **maintiennent la vaccination des femmes enceintes**.

Les autorités françaises savaient, **dès avril 2021**, que :

- des informations essentielles manquaient quant à l'évaluation du vaccin chez les personnes de 16 ans et plus (Plan de gestion des risques, 29 avril 2021) ;
- des informations essentielles manquaient quant à l'évaluation du vaccin chez les mineurs de 12 à 15 ans (rapport clinique du 9 avril 2021).

Le **31 mai 2021**, était instauré le **passé sanitaire**.

Le **15 juin 2021**, la vaccination était ouverte aux **mineurs de 12 à 17 ans**.

Le 28 juillet 2021, le Dr Olivier VERAN, injecte publiquement une femme enceinte de 5 mois.

Le **5 août 2021**, le **passé sanitaire** était étendu et la **vaccination rendue obligatoire** pour certaines profession.

Les autorités françaises savaient, **dès le 22 septembre 2021**, que l'efficacité du vaccin diminuait rapidement après la 2eme dose.

Les autorités françaises savaient, **dès octobre 2021**, que les vaccins entraînaient une augmentation dans de fortes proportions des inflammations cardiaques chez les personnes de 12 à 39 ans.

Les autorités françaises **ont maintenu la vaccination** dans cette tranche d'âge.

Les autorités françaises savaient, **dès le 2 novembre 2021**, que des manquements graves avaient entaché les essais menés par Pfizer.

Le **10 novembre 2021**, le **passé sanitaire** a été prolongé.

Le **22 janvier 2022**, la **passé sanitaire** est devenu un **passé vaccinal**.

Le **25 janvier 2022**, la vaccination est ouverte aux **enfants de 5 à 11 ans**.

Mme Cotton conclut ainsi :

« Sur la base des éléments ci-dessus, nous pouvons conclure que les méthodes mises en œuvre pour identifier les effets indésirables (design de l'essai, timing des visites planifiées, aucune visite entre 1 mois après la 2ème dose et 6 mois après la 2ème dose, méthode de report des effets indésirables, suivi du participant par le site investigateur, durée de suivi des participants lors des analyses intermédiaires, nombre de participants dans les analyses sur les populations jeunes ...) induisent une sous-estimation du nombre d'effets indésirables, rendant les résultats de tolérance non-fiables ».

Au vu des éléments exposés dans son rapport, sa conclusion générale est que le vaccin Comirnaty présente un **risque important pour la vie des personnes** :

« Étant donné les risques identifiés et les informations toujours manquantes

Continuer à utiliser le vaccin Comirnaty en vie réelle constitue un risque important pour la vie des personnes.

Il est donc nécessaire de suspendre urgemment toute vaccination par Comirnaty, non seulement pour les populations sur lesquelles nous ne disposons d'aucune information à ce jour, mais également sur l'ensemble de la population en attendant les explications du laboratoire Pfizer concernant le choix de son design d'essai, de ses méthodes d'évaluation, de l'algorithme de calcul des critères d'efficacité et du choix de son critère d'efficacité basé uniquement sur des cas symptomatiques confirmés par test PCR et excluant les personnes ayant déjà eu un covid, ce qui ne reflète pas la réalité...

De plus, de par l'exclusion des COVID-19 asymptomatiques des critères d'efficacité, l'atteinte d'une immunité collective vaccinale est statistiquement non démontrée et non démontrable sur la base de cet essai ».

Par suite :

En l'espèce, l'intention provient de la connaissance du caractère mortifère des substances volontairement administrées par les auteurs, qui se déduit de la défaillance des essais cliniques préalables menés par le fabricant sur les substances.

Ces résultats sont corroborés par les travaux de Mme Annette LEXA, Toxicologue, Docteur en Toxicologie, inscrite à la liste des toxicologues européens EUROTOX Expert près la Cour d'Appel de Metz, qui font l'objet d'un rapport :

Pièce n°22

« Les études pré-cliniques (chronologie, Bonnes pratiques) dans le développement du vaccin ARNm contre la covid-19. Importance, insuffisances, négligences et conséquences ».

- Les manquements de la phase pré-clinique

Comme l'expose l'auteur :

« En matière de mise sur le marché d'un vaccin-médicament, **la phase préclinique a un rôle clé** dans le succès des essais cliniques car elle va **décider des indicateurs à suivre** tant en matière d'efficacité (immunogénicité du produit) que de **sécurité (innocuité du produit)** (...).

Le présent rapport s'appuie sur la disponibilité des rapports intermédiaires (Assessment report et Plan de Gestion des Risques Risk Management Plan) accessibles en ligne pour la période 2020-2021 au niveau de l'Agence Européenne du Médicament, ainsi que sur les guides techniques de l'OMS.

Ce rapport décrit le climat d'impréparation, de précipitation et d'inadaptation des études précliniques de ce nouveau vaccin à ARNm, premier vaccin à ARN messager autorisé au Monde».

Parmi les nombreuses graves défaillances mises en évidence par ce rapport et, donc, de nature à mettre en cause la sécurité du produit :

« **fin novembre 2020, au moment même où le laboratoire Pfizer procédait à son extraction de base de données cliniques pour réaliser sa première analyse intermédiaire, et alors que l'on commençait à administrer le produit à des femmes enceintes dès le 14/12/2020, il n'y avait toujours pas de ligne directrice pertinente pour évaluer la qualité, la sécurité et l'efficacité des vaccins à ARNm.**

Le 6 Octobre 2020, le Comité des Médicaments à Usage Humain (CHMP) de l'Agence Européenne du Médicament commence sa seconde rolling review. Cet examen continu est un outil réglementaire pour accélérer l'évaluation d'un médicament/vaccin (...) Il s'agit donc d'évaluer les données non cliniques de sécurité, d'efficacité et de qualité et de vérifier l'adéquation par rapport à cette préclinique classique.

Ce RAG **reconnait de nombreuses failles et insuffisances dans le déploiement des vaccins à grand échelle**: problème de la comparabilité du même vaccin produit à différents sites, inspection des sites de fabrication ».

Or, de telles failles sont de nature à :

« **affecter la qualité, l'innocuité et l'efficacité des vaccins à ARNm** et que donc (...) une approche pour réglementer les vaccins à ARNm est actuellement nécessaire (car) il y a **des lacunes dans la compréhension scientifique** des types et de la quantité d'immunogénicité (du vaccin) ».

La première conclusion du rapport est donc que :

« **l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité du vaccin à ARNm contre la COVID n'a pas répondu à une procédure adaptée que ce soit pour la partie préclinique que pour la partie clinique et a suivi le parcours d'un vaccin classique (càd à vecteur vivant ou antigène). Chaque partie prenante sait déjà fin 2020 que l'évaluation de cette formulation entièrement nouvelle d'ARNm encapsulée dans des nanoparticules lipidiques ne répond pas aux exigences de sécurité** ».

Ensuite, s'agissant de la préclinique effectivement réalisée pour les vaccins à ARNm dans le cadre de la procédure d'urgence, le rapport fait un constat préalable :

« Lorsque les injections ont démarré sur des populations entières fin 2020/début 2021, les résultats des études précliniques sur animaux avaient débuté au début de l'année 2020 et n'étaient pas terminées (comme la **reprotoxicité** ou les **données pharmacocinétique** sur la protéine produite) ».

- L'absence d'évaluation des nanoparticules lipidiques

L'une des composantes, dont la toxicité est aujourd'hui avérée, a été totalement négligée dans les études pré-cliniques : les **nanoparticules lipidiques, sur lesquelles il n'y a pas eu d'étude spécifique pré-clinique.**

Ainsi :

« Pour les **nanoliposomes utilisés comme adjuvants** (...) le fabricant se contente de citer une publication de 2018 (et de 2017) ».

Par conséquent :

« Concernant la sécurité des nouveaux nanolipides, seules les données fabricant internes incomplètes sont disponibles. Certaines n'ont pu être rendues accessible que par requête FOIA ».

Ceci alors même que :

« On connaît encore mal l'inflammasome NLRP3 dont l'activation aberrante de l'inflammasome NLRP3 a été liée à plusieurs troubles inflammatoires, notamment des syndromes périodiques associés à la cryopyrine, maladie d'Alzheimer, diabète et athérosclérose ».

- L'absence d'évaluation de la protéine spike vaccinale

De même :

« Il n'y a eu aucune étude de toxicité réalisée sur la formule du vaccin BNT162b2 avec ARNm de Spike-NLP sur 2 espèces (rat, singe) comme l'exigerait la réglementation ».

Comme il sera exposé plus avant :

« Il n'y a pas non plus eu d'étude de pharmacocinétique de réalisée sur la formule du vaccin BNT162b2 ».

Comme l'observe l'auteur :

« C'est une première mondiale dans l'histoire de la thérapie génique. Il est donc tout à fait frappant que l'évaluation préclinique de ce vaccin n'ait pas tenu compte de cette singularité et n'ait pas cherché à en évaluer les possibles conséquences : quantité de protéines produites, intégrité de la protéine, distribution selon les tissus et organes, persistance, variation de la production en fonction de l'âge, du sexe, etc.

A ce jour, fin 2022, **cette lacune n'a pas été comblée pour le vaccin CORMINATY injecté depuis 2 ans** ».

- L'absence d'évaluation de la coagulation sanguine

Pareillement, les paramètres de **coagulation sanguine** n'ont fait l'objet d'aucune étude de contrôle, au-delà des affirmations du fabricant.

Ainsi :

*« Les Plans de Gestion des Risques (du fabricant) ultérieurs, mis à jour des données cliniques (comme celui du 29 avril 2021), ne discutent pas ces observations et conclusions en perspective des **données actualisées de la pharmacovigilance laissant apparaître précocément une fréquence anormale d'accidents sanguins (thrombocytopénie, thromboses)** dans les pays ayant démarré leurs campagnes vaccinales ».*

- L'absence d'évaluation de la génotoxicité

S'agissant des études de cancérogénicité, de mutagénicité et de reprotoxicité, celles-ci doivent être conduites par le fabricant, dès lors que le vaccin contient de nouveaux adjuvants ou additifs.

Mais, **aucune étude de la génotoxicité n'a été effectuée.**

Comme l'observe le rapport :

*« Compte tenu de la présence de nanoliposomes nouveaux (ALC-0315 et ALC-0159) une étude de génotoxicité aurait dû être faite en application du guide technique cité par le fabricant. Le fabricant justifie l'exemption de test dans son RMP du 29/4/21 ainsi, p 26 : "**les composants de la construction vaccinale sont des lipides et de l'ARN et ne devraient pas avoir de potentiel cancérigène ou génotoxique**", ce qui est pour le moins léger comme argument au regard des mécanismes complexes de la cancérogenèse (non pris en compte des mécanismes épigénétiques, promoteurs de tumeurs, surveillance immunitaire..) et à l'opposé de ce que précise l'OMS sur le sujet des nouveaux composants d'un vaccin (ici les nanoparticules lipidiques dont la similarité avec l'étude de référence de 2018 où elle ont été testées vides, sans fixation de l'ARNm de Spike) ».*

- L'absence d'évaluation de la cancérogénicité

De même, **Aucune étude de cancérogénicité n'a été menée.**

Cette absence d'étude est justifiée par le fabricant de la manière suivante :

*« Le fait que l'injection est occasionnelle et que **les nouveaux excipients lipidiques ne présentent pas de préoccupation** ».*

Comme il a été démontré depuis, ce postulat est faux, **les nanoparticules lipidiques ayant une réelle toxicité intrinsèque.**

- L'absence d'évaluation de la reprotoxicité

Concernant la reprotoxicité, des études animales ont été menées, mais elles sont loin d'être satisfaisantes en termes de sécurité humaine, ce qui n'a été découvert que, lorsque les

documents ont été rendus accessibles au public, via une requête devant la justice américaine, basée sur le Freedom of Information Act (FOIA).

Ainsi :

« *Au sujet de la reprotoxicité, l'avis de l'OMS est le suivant : "Les études de toxicité pour le développement ne sont **généralement pas nécessaires** pour les vaccins incluant l'immunisation des enfants. Cependant, si la population cible pour le vaccin comprend des **femmes enceintes** et les femmes pouvant procréer, **des études de toxicité pour le développement devraient être considérées**, à moins qu'un argument scientifique et cliniquement solide ne soit avancé par le fabricant pour montrer que la réalisation de telles études est inutile. Pour un vaccin préventif, évaluer la toxicité pour la reproduction sont généralement limités au développement prénatal et postnatal".*

Une étude de toxicité pour la reproduction et le développement conforme aux Bonnes Pratiques de Laboratoire a été menée chez le rat avant le début de l'accouplement et deux fois pendant la gestation. Cette étude a été menée de manière adéquate et, selon le RMP du fabricant, n'a montré aucun effet indésirable sur la fertilité des femelles, le développement embryofœtal et le développement postnatal (jusqu'au sevrage) chez les rats ayant reçu quatre injections IM du vaccin BNT162b2.

Cependant l'étude a été rendue publique sur requête FOIA.

*L'étude a été faite du 30/6/20 eu 10/12/20 sur 44 rats - avec une évacuation des anomalies suspectes considérées comme faisant partie des « défauts » de la souche consanguine Wistar - **et il est stupéfiant de constater que c'est sur cette seule et unique étude qu'il a été décidé de vacciner les femmes enceintes à grand renfort de procédés de communication et alors que les résultats des études cliniques postmarché ne sont toujours pas connues à ce jour** ».*

Enfin, s'agissant d'une technologie totalement nouvelle, des études complémentaires auraient dû être conduites.

Ainsi :

« *Le guide de l'OMS 2005 indique que des études peuvent être nécessaires pour traiter des problèmes de sécurité spécifiques associés à des types de produits particuliers en utilisant des méthodes in vitro et in vivo appropriées* ».

*Cela signifie que, pour la nouvelle technologie de vaccin prophylactique à ARNm, une **attention particulière en ce qui concerne la pharmacologie et la toxicologie de la protéine génétiquement modifiée Spike au regard de sa fixation préférentielle sur le récepteur ACE2, aurait du être envisagée dans les études précliniques**, d'autant que le fabricant ne justifie pas l'évitement des tests et que les lignes directrices que le fabricant cite en référence ne font pas mention précisément des nouveaux vaccins à ARNm produisant un antigène protéique génétiquement modifié chez l'hôte, car ce concept n'existait pas en 2005 ».*

Tel n'a pas été le cas.

Les constats ci-dessus exposés de Mme LEXA sont aussi ceux du Dr. Docteur WISEMAN, ancien chercheur chez Johnson & Johnson, lors d'une audition au Sénat américain, le 8 décembre 2022 :

« *La FDA dispose en quelque sorte de différentes listes de contrôle. **Il y a la check-list des vaccins et une autre check-list appelée check-list de la thérapie cellulaire et génique. Pour des raisons connues de la FDA, elle a décidé de n'utiliser que la liste de contrôle des vaccins.***

Or, la liste de contrôle de la thérapie génique, et ces vaccins répondent à la définition biologique de la thérapie génique, inclut un suivi de 5 à 15 ans, en particulier pour les cancers, les maladies auto-immunes et les maladies neurologiques et autres.

Pour autant que nous puissions le déterminer, la FDA n'a pas consulté la partie de sa structure qui traite des produits de thérapie cellulaire et de thérapie génique.

Ainsi, ils n'ont pas examiné spécifiquement le cancer et j'en parlerai un peu plus tard, dans la notice, il est spécifiquement dit qu'ils n'ont pas mené d'études sur le cancer, ni d'études génotoxiques, ils ne les ont pas menées ».

Pièce n°23 : Les vaccins contre le covid-10 : ce qu'ils sont ? Comment ils fonctionnent ? Les effets secondaires qu'ils peuvent causer, Sénat américain, Auditions, 8 décembre 2022
<https://www.ronjohnson.senate.gov/2022/12/sen-ron-johnson-hears-from-experts-and-medical-professionals-on-covid-19-vaccine-efficacy-and-safety>

• Les manquements de la phase clinique

C'est sur la base des résultats très incomplets exposés ci-dessus de la phase pré-clinique qu'ont été menées les essais cliniques chez l'Homme.

La phase clinique s'est déroulée de la façon suivante :

« La phase 1 de l'étude comprenait des évaluations concernant le niveau de dose des deux candidats vaccins. Les doses testées ont d'abord été administrées à une cohorte d'âge de 18 à 55 ans puis à une cohorte d'âge de 65 à 85 ans.

*La phase 3 de l'étude évalue l'efficacité et l'innocuité dans tous les participants (y compris les 360 premiers participants de la phase 2). Elle introduit des participants de 16 à 17 ans, évalue la cohorte des 18 à 55 ans et ajoute une cohorte de 12 à 15 ans afin de produire et évaluer les données d'immunogénicité. Les participants à l'étude **devaient initialement être suivis jusqu'à 24 mois afin d'évaluer le potentiel d'effets indésirables tardifs** ».*

C'est sur cette base qu'a été annoncée l'efficacité à 95%, immédiatement et largement reprise par les médias pour être ensuite démentie, et qu'a été obtenue l'autorisation de mise sur le marché conditionnelle du vaccin.

Ici encore, les manquements sont nombreux et interrogent sur la sécurité réelle du produit.

Ainsi :

« Le Plan de Gestion des Risques (du fabricant) révèle de manière surprenante que la plupart des sujets de la cohorte placebo ont été vaccinés avant 6 mois après la deuxième dose, par conséquent il n'existe plus de groupe placebo (non vaccinés) pour la comparaison des données de sécurité ce qui va rendre impossible l'étude des effets de toxicité sub-chroniques et chroniques (long terme) de ce nouveau vaccin.

En effet il est utile de rappeler ici qu'il n'est pas possible de comparer - ni d'anticiper - les effets advenus après l'injection d'une formule vaccinale à ARNm-NLP avec les effets attendus après l'administration des vaccins antérieurs comme ceux de la grippe par exemple, en raison du caractère inédit et méconnu de la maladie ET du produit vaccinal ».

Autant dire, que ces résultats sont pour le moins incertains, ce que confirment les nombreuses études scientifiques sorties depuis qui font état de la toxicité potentielle des vaccins ARNm, ainsi que le nombre inédit d'effets indésirables allant jusqu'à la mort.

- Les manquements de la notice du produit à destination des professionnels de santé et du public

Les données d'efficacité et de sécurité ci-dessus exposées :

« *Conditionnent l'inclusion de mentions d'avertissement et de mises en garde dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP), et cette notice doit être connue de tout soignant avant la vaccination* ».

Le Résumé des caractéristiques du produit (RCP) se fonde sur le Plan de gestion des risques du fabricant, dont la première version date du 21 décembre 2020. Elle a été mise à jour à plusieurs reprises et la dernière version date de septembre 2022.

Le Plan de Gestion des Risques, au 15 décembre 2021 :

« *Contenait la mise à jour des études de sécurité post-marché planifiées ou en cours afin de compléter les informations manquantes et évaluer le bénéfice / risque de la vaccination* ».

L'état des données fournies par le fabricant à cette date était le suivant :

- Sur l'effet de facilitation par le vaccin

Le risque est inconnu.

L'effet de facilitation se définit comme suit :

« *Le **risque d'aggravation de la maladie par les anticorps facilitants (ADE)** : La facilitation de l'infection par des anticorps (Antibody-dependant enhancement ou ADE en anglais) est un phénomène se produisant lors d'une infection virale, quand des anticorps non neutralisants de l'hôte facilitent l'entrée du virus dans certaines cellules hôtes, et parfois aussi sa réplication* ».

Or :

« **Aucun résultat d'essai clinique n'est disponible (...) à ce jour.**

Ce risque est présent depuis le premier Plan de Gestion des Risques de décembre 2020 ».

- Sur le risque de myocardites et de péricardites

Le risque est inconnu.

Selon le fabricant, au moment de l'établissement du Plan de gestion des risques, ces risques n'existaient pas et **n'avaient donc pas été étudiés**, puisque :

« *Les effets indésirables découlant des essais cliniques qui eux-mêmes découlaient d'études précliniques basées sur les effets indésirables attendus dans le cas de vaccin classique contre des maladies infectieuses ne pouvait poser l'hypothèse d'effets nouveaux et inattendus liés à la pharmacocinétique non contrôlée de l'ARNm et de la protéine Spike transcrite par l'ARNm (susceptible de se lier aux récepteurs ACE2 dans des cellules cardiovasculaires) puisque cette protéine n'était pas censée être distribuée aux organes tels que le cœur et n'avait simplement pas été étudiée* ».

Au vu des nombreux cas de myocardites et de péricardites, des études sont planifiées pour préciser ces aspects. Cependant, aucune ne donnera de résultat avant 2024 :

« - Une étude de sécurité est planifiée (mais pas commencée) sur la population US afin d'identifier ce type d'événements indésirables, le rapport étant attendu pour le 31/10/25.

- Une étude sur la population UE est aussi planifiée et le rapport final attendu pour le 30/9/24. Une étude de surveillance chez les jeunes adultes de moins de 21 ans a démarré le 30/11/21, le rapport étant attendu pour le 31/10/25.

Ce risque a été ajouté en septembre 2021 (RMP, 24/9/21) à la suite de signaux identifiés par la pharmacovigilance ».

Autant dire, que de nombreuses personnes auront, entretemps, été blessées ou seront décédées de problèmes cardiaques dus au vaccin.

- Sur le risque pendant la grossesse et pendant l'allaitement

Le risque n'est pas connu.

En effet :

« L'innocuité du vaccin **n'est pas connue chez les femmes enceintes ou allaitantes en raison de leur exclusion de l'étude clinique initiale** ».

Une étude limitée est en cours, mais les résultats ne seront connus que fin 2023.

On observera que le fabricant avait précisé dans le Plan de gestion des risques que :

« L'administration du vaccin à ARNm COVID-19 pendant la grossesse **ne doit être envisagée que lorsque les avantages potentiels l'emportent sur les risques potentiels pour la mère et le fœtus** ».

Or, **les femmes enceintes ont été incitées à se faire vacciner en France, à tous les stades de la grossesse.**

- Sur le risque chez les personnes immunodéprimées

Le risque est inconnu.

En effet :

« L'innocuité du vaccin n'est pas connue chez les personnes immunodéprimées **en raison de leur exclusion de cette catégorie de la population dans l'essai clinique initial pivot.** L'efficacité du vaccin peut être moindre chez les personnes immunodéprimées mais aucune information n'est disponible à ce jour ».

Des études de cohorte et observationnelle ont été entamées, mais les résultats ne seront connus que fin 2022 et fin 2025.

Autant dire, ici encore, que de nombreux effets indésirables pourront se révéler entretemps sur cette population fragile.

Ainsi, alors même que cette catégorie de la population a été très fortement incitée à se faire vacciner en priorité :

*« Il existe **peu d'informations sur l'innocuité du vaccin chez les patients fragiles présentant des comorbidités**. Elles présentent cependant et potentiellement un risque plus élevé COVID-19 sévère (maladie pulmonaire, diabète, maladie neurologique chronique, troubles cardiovasculaires) mais le bénéfice/risque de la vaccination n'a à ce jour pas été abordé.*

Il n'existe pas d'information sur l'utilisation chez des patients atteints de troubles auto-immuns, et inflammatoires, ni aucune caractérisation du risque que le vaccin puisse exacerber leur maladie sous-jacente ».

- Sur le risque d'interaction avec d'autres vaccins

Le risque est inconnu.

Une première étude d'interaction avec le vaccin de la grippe devrait être disponible, fin 2022.

Une fois encore, de nombreux effets indésirables pourront se révéler entre temps sur les personnes se faisant vacciner contre la grippe, c'est-à-dire une population fragile.

- Sur les données de sécurité à long terme

La sécurité à long terme du vaccin est inconnue.

En effet :

« Les données d'innocuité sont recueillies dans l'étude C4591001 en cours jusqu'à 2 ans après administration de la dose 2 d'ARNm (l'étude ayant exclu les patients ayant des comorbidités graves) et 2 études non interventionnelles sont prévues ».

Cependant :

*« Les études **ne prévoient pas le suivi de la sécurité à long terme de l'administration de 3 ou 4 doses ou plus et ceci au moment où l'UE annonçait l'achat de 1,8 milliards de doses** ».*

Les seules études ayant été menées par le fabricant sont des études animales, sur une durée de **trois semaines**.

Les seules études en cours ne portent que sur l'administration de deux doses et les résultats ne seront disponibles qu'en 2023 et en 2024.

Là encore, les conséquences dramatiques des injections ARNm auront le temps de se faire sentir avant que n'arrivent de premiers résultats.

En somme :

*« **En conclusion, la technologie sur laquelle repose les vaccins contre la COVID19 proposés à la population est issue d'un développement en cours dont l'optimisation de l'efficacité et la tolérance n'étaient pas encore bien maîtrisées** ».*

Ainsi :

« Alors qu' en 2021, le gouvernement, les media et de nombreux médecins poussaient à la 3e dose, relayaient l'intérêt de la vaccination chez les enfants, les personnes fragiles et immunodéprimées et les femmes enceintes, **il n'existait aucune étude de suivi finalisée ni parfois même commencée pour:**

- les personnes fragiles à comorbidités (maladies pulmonaires, diabète, maladies neurologiques chroniques, troubles cardiovasculaires, maladies auto-immunes)
- les personnes immunodéprimées (traitements de cancers, greffes),
- les femmes enceintes et allaitantes,
- la co-administration avec le vaccin contre la grippe saisonnière,
- la répétition de plus de 2 doses (trois et plus),
- la sécurité à Long Terme de ce vaccin ».

Au regard des données de la pharmacovigilance des deux années écoulées d'administration des vaccins ARNm contre le covid-19, **l'OMS a jugé nécessaire d'introduire de nouvelles prescriptions pour les essais cliniques à venir de tels vaccins.**

Ces nouvelles prescriptions sont particulièrement **révélatrices de la toxicité potentielle des vaccins ARNm :**

« - assurer la durabilité de la réponse immunitaire

- vérifier l'induction de la réponse immunitaire innée à l'ARNm comme l'interferon de type1 qui peut diminuer la traduction de l'antigène et pourrait impacter le besoin de doses de boosters.

- développer une base de données de preuves de biodistribution et persistance (dans quel tissu migre le vaccin et combien de temps il persiste, **le produit pouvant migrer vers des cellules spécifiques non-cible, un accord doit être trouvé pour de nouvelles études en ce sens).**

- **l'ARN (et les NLPs) est inflammatoire et immunogène, il sera important de surveiller à la fois les effets systémiques et locaux, la toxicité et les réponses inflammatoires, car la conception des études non cliniques doit prendre en compte toute réponse immunitaire, réactogénicité ou toxicité pouvant conduire à des événements indésirables graves ou d'événements indésirables d'intérêt chez l'homme.**

- Des composants tel que les PEG (polyéthylène glycol) bien que relativement bénins, peuvent influencer l'inflammation et le profil toxicologique et il est nécessaire de comprendre le profil global du produit (donc pas seulement les nouveau NLP testés isolément, NDLR).

- Le choix du modèle animal sera, comme toujours, critique, reconnaissant, que **les réponses immunitaires innées anti-ARN chez les modèles animaux sont généralement, nettement plus doux que ceux observés chez l'homme.**

- **Toxicités inattendues et graves des nucléosides modifiés doit être l'objet d'une grande vigilance :** certains antiviraux et médicaments anticancéreux contenant des analogues nucléosidiques non naturels avec des conformations altérées ont provoqué des toxicités mitochondriales, entraînant myopathie, polyneuropathie, acidose lactique, stéatose hépatique, pancréatite, lipodystrophie et voire a été fatale. Et pourtant, ceci n'avait pas été observé dans les modèles animaux.

- **La génotoxicité de la formule ne doit pas être négligée,** d'autant que ce type de vaccin peut être largement utilisé chez les femmes enceintes et en âge de procréer. La nécessité de nouvelles études de ce type dépendra de la population cible (si on cible les femmes en âge de procréer et en gestation, des études complémentaires précliniques auront dû être réalisées auparavant surtout avant l'inclusion de femmes enceintes dans les futurs essais cliniques, ces données devant être disponibles au moment du dépôt du dossier d'AMM).

- dans le cadre d'une accélération de l'évaluation non clinique dans le cadre d'un vaccin rapide : s'il s'agit d'une modification évolutive de la protéine mais que tout est à l'identique, il suffira de tester l'immunogénicité et une étude de provocation-protection sur un modèle animal pertinent. D'autres preuves peuvent être nécessaires à apporter dans un contexte d'urgence car les études sont généralement réalisées sans se conformer pleinement aux bonnes pratiques de laboratoire (BPL). Lorsque l'on sait peu de chose sur la maladie, une discussion sera engagée avec les autorités. Lorsque l'ARNm et les NP sont nouveaux, des études complémentaires pourront être exigées. Par contre il est possible de démarrer les essais cliniques quand les essais non cliniques sont en cours ».

Le rapport conclut ainsi que :

« Alors que le fabricant, qui ne consacre pas même une ligne au potentiel toxique et la pharmacocinétique de la protéine spike produite chez les vaccinés (quantité, durée, distribution, métabolisme, accumulation, potentiel toxique systémique), avouait candidement dans son RMP ignorer l'origine des myocardites/péricardites,

(La) technologie sur laquelle repose les vaccins contre la COVID-19 est issue d'un développement en cours dont l'optimisation de l'efficacité et la tolérance n'étaient pas encore bien maîtrisées au moment où la population a été contrainte à l'injection sans consentement éclairé ».

« L'analyse des documents réglementaires de référence et des documents du fabricant consultables - particulièrement pour l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité préclinique (données non humaines) du vaccin à ARNm de Pfizer/Biontech - montrent clairement la précipitation et l'impréparation de l'évaluation de cette nouvelle technologie.

Le fabricant et les autorités européennes de santé ont outrepassé tout principe de prudence et de précaution dans la phase préclinique en accélérant la mise sur le marché d'une toute nouvelle technologie de vaccin contre une maladie nouvelle à peine connue. Le caractère d'urgence pouvait se justifier en novembre 2020, mais il n'est pas acceptable, au regard de la létalité du COVID19 et du profil connu des patients décédés de formes graves, des nombreux signaux d'alerte de la pharmacovigilance post-marché et du constat accablant que fait l'OMS dans sa nouvelle ligne directrice où il écrit qu'une approche pour réglementer les vaccins à ARNm est actuellement nécessaire (car) il y a des lacunes dans la compréhension scientifique des types et de la quantité d'immunogénicité pour qu'un vaccin à ARNm soit réussi, pertinent et durablement efficace contre la maladie (constat que ne pouvaient ignorer les autorités sanitaires).

La préclinique n'était clairement pas adaptée ».

Ni le fabricant ni les autorités n'ont, depuis, produit les données manquantes sur les risques progressivement apparus tels que :

« myocardites, thromboses, dérégulation des cycles menstruels, saignements féminins ou sur la pharmacocinétique de la protéine Spike produite ».

- **Connaissance préalable de la dangerosité intrinsèque du produit**

De nombreux indices exposés dans la plainte initiale démontraient la dangerosité intrinsèque du produit.

Les indices graves et concordants se sont considérablement accumulés depuis.

Ceux-ci démontrent, non seulement la dangerosité des vaccins ARNm eux-mêmes, mais aussi que celle-ci était connue des fabricants et ne pouvait être ignorée des autorités.

Ainsi :

- La protéine spike vaccinale et les nanoparticules lipidiques se bio-distribuent au-delà du site d'injection ;
- La protéine spike vaccinale est toxique en elle-même ;
- Les nanoparticules lipidiques sont toxiques en elles-mêmes ;
- L'ARNm vaccinal n'est pas intègre.

- La bio-distribution de la protéine spike vaccinale et des nanoparticules lipidiques au-delà du site d'injection

Il apparaît que la société Pfizer était au courant avant la commercialisation du vaccin que celui-ci ne restait pas au site d'injection.

Un auteur expose l'enjeu, en termes de santé publique, de la bio-distribution d'un médicament :

« Comme pour tout autre médicament, un **élément clé de la toxicité des vaccins à ARNm COVID est de savoir où ils se retrouvent exactement dans l'organisme et combien de temps ils y restent.** Ces questions (sont) l'objet de la pharmacocinétique ».

(« The Pfizer mRNA vaccine: pharmacokinetics and toxicity », *Semantic scholar*, 23 juill. 2021)

<https://www.semanticscholar.org/paper/The-Pfizer-mRNA-vaccine%3A-pharmacokinetics-and-Palmer-Bhakdi/4ad386de8cca519b59a502569c81e4a380a01b5a>

Le 18 mai 2021, un scientifique alertait sur l'absence d'études sur la bio-distribution des vaccins ARNm – une technologie radicalement nouvelle - dans le corps dans le très prestigieux *British Medical Journal* :

« **Pas de nouvelles études de biodistribution pour les vaccins covid-19 :**

Les responsables ont toujours insisté sur le fait que, malgré le fait que les délais traditionnels de production des vaccins aient été raccourcis de plusieurs années, aucun compromis n'a été fait sur le processus. Cependant, un type d'étude, qui consiste à suivre la distribution d'un vaccin une fois injecté dans le corps, n'a été réalisé avec aucun des trois vaccins actuellement autorisés.

*Ces **études de biodistribution sont un élément standard des tests de sécurité des médicaments**, mais "ne sont généralement pas requises pour les vaccins", selon la politique de l'Agence européenne des médicaments qui ajoute : "Toutefois, de telles études peuvent être applicables lorsque de nouveaux systèmes d'administration sont utilisés ou lorsque le vaccin contient de nouveaux adjuvants ou excipients.*

*Dans le cas des vaccins covid-19, **les régulateurs ont accepté les données de biodistribution provenant d'études antérieures** réalisées avec des composés apparentés, pour la plupart non approuvés, qui utilisent la même plateforme technologique.*

***Pfizer et Moderna n'ont pas répondu aux questions du BMJ concernant la raison pour laquelle aucune étude de biodistribution n'a été menée sur leurs nouveaux produits à ARNm**, et aucune des sociétés, ni la FDA, n'a voulu dire si de nouvelles études de biodistribution seront nécessaires avant l'homologation ».*

(« Covid-19 vaccines: In the rush for regulatory approval, do we need more data ? », *BMJ* 2021;373:n1244)

<https://asset-pdf.scinapse.io/prod/3163541361/3163541361.pdf>

Dès le 23 juillet 2021, une étude scientifique révèle que **des documents pré-cliniques de Pfizer datant de 2020 qui jusque-là n'avaient pas été rendus publics**, remis aux autorités japonaises pour l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché d'urgence de leur vaccin contre le covid-19 et rendus publics par des fuites établissent que :

« En raison de la précipitation officiellement sanctionnée et de la négligence flagrante systématique dans le développement et l'approbation des vaccins COVID-19, notre connaissance de leur pharmacocinétique est sommaire. La seule étude animale quelque peu détaillée qui ait été rendue publique concerne le vaccin Pfizer. Ces données ont été rendues publiques après que Pfizer les ait déposées auprès des autorités sanitaires du Japon dans le cadre d'une demande d'autorisation d'utilisation d'urgence de son vaccin dans ce pays. Ces données portaient notamment sur la distribution du vaccin dans l'organisme après injection et sur son élimination de l'organisme.

Même s'il est loin d'être exhaustif ou même adéquat, ce document a des implications assez importantes : il montre que Pfizer ainsi que les autorités qui ont eu connaissance de ces données devaient avoir reconnu les risques graves d'effets indésirables après la vaccination avant même le début des essais cliniques. Néanmoins, les propres essais cliniques de Pfizer n'ont pas permis de surveiller les effets indésirables de la vaccination.

Les autorités réglementaires n'ont pas réussi à faire respecter les normes de surveillance appropriées. Ce double échec a causé le préjudice le plus grave au public ».

(« The Pfizer mRNA vaccine: pharmacokinetics and toxicity », Semantic scholar, 23 juill. 2021)
<https://www.semanticscholar.org/paper/The-Pfizer-mRNA-vaccine%3A-pharmacokinetics-and-Palmer-Bhakdi/4ad386de8cca519b59a502569c81e4a380a01b5a>
(SARS-CoV-2 mRNA Vaccine (BNT162, PF-07302048) 2.6.4 [Summary statement of the pharmacokinetic study] (Japanese). 2020.
SARS-CoV-2 mRNA Vaccine (BNT162, PF-07302048) 2.6.4 Summary statement of the pharmacokinetic study [English translation]. 2020)
<https://archive.org/details/pfizer-confidential-translated/page/n1/mode/2up>

Le seul essai de bio-distribution dont fait état ce document est un essai sur des animaux, lequel montre que :

« Nous résumons les résultats d'une étude animale que Pfizer a soumise aux autorités sanitaires japonaises en 2020, et qui portait sur la distribution et l'élimination d'un vaccin modèle à ARNm.

Nous montrons que cette étude présageait clairement de graves risques de coagulation sanguine et d'autres effets indésirables. L'absence de surveillance et d'évaluation de ces risques dans les essais cliniques ultérieurs, et le processus d'examen grossièrement négligent en conjonction avec les autorisations d'utilisation d'urgence, ont abouti, comme on pouvait s'y attendre, à **un désastre médical sans précédent** ».

(« The Pfizer mRNA vaccine: pharmacokinetics and toxicity », Semantic scholar, 23 juill. 2021)
<https://www.semanticscholar.org/paper/The-Pfizer-mRNA-vaccine%3A-pharmacokinetics-and-Palmer-Bhakdi/4ad386de8cca519b59a502569c81e4a380a01b5a>

En 2022, **les mêmes documents pré-cliniques internes à la société Pfizer, datant de 2020**, sont obtenus judiciairement, cette fois aux Etats-Unis, grâce au Freedom of information Act (FOIA). Ils montrent que :

« Les documents de Pfizer obtenus par FOIA montrent que **Pfizer a seulement étudié la pharmacocinétique de 2 composants des LNPs : ceux-ci sont biodistribués après injection IM, tout d'abord dans le sang puis principalement dans le foie, la rate, les glandes surrénales et les ovaires.**

L'excrétion de ces composants a été seulement étudiée dans l'urine et les fèces (qui représentent la principale voie d'excrétion, ce qui est logique vue la concentration dans le foie qui est observée) ».

(« Current state of knowledge on the excretion of mRNA and spike produced by anti-COVID-19 mRNA vaccines; possibility of contamination of the entourage of those vaccinated by these products ». *Infect Dis Res.* 2022;3(4):22)

<https://www.tmrjournals.com/public/articlePDF/20221114/483e983160eb24f1ef94bdd666603ac9.pdf>

En outre :

« Les documents de Pfizer obtenus par FOIA montrent que seule l'excrétion de certains composants des LNP (ALC-0315 et ALC-0159) a été étudiée dans l'urine et les fèces de rats ayant reçu une injection IM ».

(« Current state of knowledge on the excretion of mRNA and spike produced by anti-COVID-19 mRNA vaccines; possibility of contamination of the entourage of those vaccinated by these products ». *Infect Dis Res.* 2022;3(4):22)

<https://www.tmrjournals.com/public/articlePDF/20221114/483e983160eb24f1ef94bdd666603ac9.pdf>

(SARS-CoV-2 mRNA Vaccine (BNT162, PF-07302048) 2.6.4 Summary statement of the pharmacokinetic study, Pfizer, 2021)

<https://ia802305.us.archive.org/28/items/pfizer-confidential-translated/pfizer-confidential-translated.pdf>

En effet, comme le confirme le rapport de Mme Lexa :

« **Il n'y a eu aucune étude de toxicité réalisée sur la formule du vaccin BNT162b2 avec ARNm de Spike-NLP sur 2 espèces (rat, singe) comme l'exigerait la réglementation.**

Il n'y a pas non plus eu d'étude de pharmacocinétique de réalisée sur la formule du vaccin BNT162b2 ».

(A. Lexa, « Les études pré-cliniques (chronologie, Bonnes pratiques) dans le développement du vaccin ARNm contre la covid-19. Importance, insuffisances, négligences et conséquences », déc. 2022).

Il en va de même de **la protéine spike vaccinale** :

« Les études réalisées ont porté sur de l'ARNm d'EPO5 humaine (Singe) encapsulé dans les Nano Particules de lipides NLPs ou de l'ARNm de luciférase encapsulé dans les NLPs (Souris, Rats), ce **qui ne renseigne pas sur la potentielle toxicité systémique de la protéine Spike produite, dont l'affinité pour les récepteurs ACE2 présents dans de nombreux tissus du corps humain est pourtant bien connue depuis 15 ans et participe à la dangerosité de la maladie COVID due au SARS COV2** ».

(A. Lexa, « Les études pré-cliniques (chronologie, Bonnes pratiques) dans le développement du vaccin ARNm contre la covid-19. Importance, insuffisances, négligences et conséquences », déc. 2022).

Donc, **dès 2020**, les études de pharmacocinétique sur l'animal montrent que :

« Les Nano Particules de Lipides **se distribuent principalement dans le muscle au niveau du site d'injection ainsi que dans le foie** ».

Comme exposé la toxicité de la protéine spike vaccinale et celle des nanoparticules lipidiques a été confirmée depuis. Elles sont soupçonnées d'être à l'origine des effets secondaires, dont certains très graves, voire mortels.

De même, a été confirmée la capacité de **biodistribution systémique** de ces éléments dans le corps humain après injection.

Pourtant, comme l'observe Mme Lexa :

« A ce jour, fin 2022, cette lacune n'a pas été comblée pour le vaccin CORMINATY injecté depuis 2 ans ».

Ceci, alors même que :

« En cas d'une distribution du principe actif du vaccin à ARNm non contrôlée, la transfection de cellules germinales est POSSIBLE tout comme l'atteinte de la muqueuse utérine pouvant alors provoquer des saignements.

Si le virus SARS COV2 entier a une capacité limitée à se lier, grâce à ses spike, au niveau de la protéine transmembranaire ACE2 des cellules de certains tissus, le comportement de la protéine Spike, du fait de sa dissémination systémique facilitée par les NLP-ARNm, ne se comporte pas comme le virus entier et peut atteindre des tissus non ciblés aux conséquences inattendues.

Le fabricant n'a pas pris en compte ce risque systémique par plus que le risque reprotoxique (placenta, cellules des testicules et des ovaires) ».

Mme Lexa se penche également sur les documents obtenus judiciairement via la procédure FOIA aux Etats-Unis.

Ses conclusions corroborent celles-ci-dessus exposées :

« Une étude pharmacocinétique complète, classée confidentielle a été libérée suite à une requête FOIA (Freedom of Information Act) aux USA. Cette étude a été fournie sur demande au gouvernement japonais au laboratoire Pfizer mais n'est pas accessible via le dossier européen. Il s'agit d'une étude détaillée de la cinétique de distribution et de persistance d'ARNm BNT162b2-NLP injecté en IM chez le rat. Cette étude de préclinique montre la distribution dans tous les organes au bout de 48h.

Il est particulièrement frappant que les ovaires des rats femelles sont les organes accumulant le plus de ARNm-LNP après le foie, la rate et les surrénales.

Ce résultat aurait dû conduire à approfondir les tests précliniques en ce qui concerne le risque reprotoxique (surtout au regard de la variabilité des concentrations de NLP- ARNm d'EPOh chez le Singe en comparaison du rat) (...).

L'Annexe 8 reprend les connaissances sur les NLPs. Alors que ces 2 nouveaux nanolipides n'avaient encore jamais été approuvés en UE avant la mise sur le marché accélérée des vaccins contre la COVID-19, seules les données internes fabricant incomplètes étaient disponibles, certaines n'ayant pu être rendues accessible tardivement que par requête FOIA.

Le potentiel des NLPs ou de la formulation du vaccin pour l'activation du complément ou la stimulation de la libération de cytokines n'a pas été correctement évalué dans les études non cliniques. L'innocuité des nouveaux excipients n'a pas été évaluée chez une deuxième espèce.

Les NLPs cationiques sont immunogènes et modifient l'expression de certains gènes, induisent une inflammation cellulaire mal connue et potentiellement incontrôlable.

Alors que la similarité a été justifiée par le fabricant, la bibliographie relative à ces nouveaux adjuvants dans PUBCHEM (Annexe 8) confirme que **ces NLPs ne sont pas similaires tant en efficacité qu'en toxicité** ».

(A. Lexa, « Les études pré-cliniques (chronologie, Bonnes pratiques) dans le développement du vaccin ARNm contre la covid-19. Importance, insuffisances, négligences et conséquences », déc. 2022).

En d'autres termes, **en 2020**, donc **préalablement à la commercialisation des vaccins ARNm**, Pfizer n'avait pas testé la bio-distribution sur l'ensemble des composantes des vaccins, ni sur l'ensemble des voies d'excrétion mais uniquement la voie sanguine et, pour les composantes qui ont été testées, elles ne l'ont été que sur des animaux et **jamais sur des personnes humaines**.

De plus, les documents internes pré-cliniques de Pfizer montraient, déjà, que **le vaccin ne restait pas sur le site d'injection chez les rats et se disséminait dans tout le corps**.

Ces résultats alarmants ont été confirmés.

Le 26 janvier 2022, une scientifique établit que **la circulation du vaccin (protéine spike et nanoparticule lipidique) est systémique** :

« Les biomolécules telles que les ARNm encapsulés dans des LNP (nanoparticules lipidiques) injectés localement peuvent atteindre d'autres organes et tissus via la circulation systémique. Les niveaux d'expression génétique sont affectés par la biodistribution et la pharmacocinétique des LNP, qui sont également influencées par la taille des particules et la voie d'injection. Comme l'efficacité de la transfection varie selon les organes, l'exposition aux LNP et l'expression de l'ARNm ne sont pas linéairement corrélées.

Selon une étude réalisée par des chercheurs indépendants des fabricants de vaccins à ARNm, chez la souris, **les LNPs porteuses d'ARNm injectées par voie IM passent du site d'injection aux ganglions lymphatiques puis à la circulation générale, s'accumulant principalement dans le foie et la rate**. Les LNPs passent d'abord dans la circulation lymphatique puis dans la circulation sanguine (les LNPs de moins de 200 nm passent directement dans la lymphe tandis que celles de 200 à 500 nm sont transportées dans la lymphe par les cellules dendritiques). **Une injection directe involontaire dans un vaisseau sanguin peut également se produire lors d'une injection IM** ».

(« Biodistribution and Non-linear Gene Expression of mRNA LNPs Affected by Delivery Route and Particle Size », *PharmRes.* 2022 Jan;39(1):105-114)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35080707/>

Le 17 septembre 2022, une étude fait état d'une capacité de **bio-distribution systémique** très inquiétante de la protéine spike vaccinale **dans tout le corps**. On « joue aux dés avec la protéine spike », conclut l'étude :

« Ces produits ont été présentés dès le départ comme intrinsèquement sûrs, car on pensait que, comme pour les vaccins conventionnels, après une injection intramusculaire, la plus grande partie de la dose resterait dans le muscle et le reste s'écoulerait par le système lymphatique, pour être finalement capturé par les cellules présentatrices d'antigènes et les cellules B et être complètement éliminé en quelques dizaines d'heures tout au plus.

Sur cette base, le public a été explicitement rassuré par des blogs influents, ainsi que par des pages web institutionnelles universitaires que ces produits n'étaient pas censés présenter une disposition systémique pertinente et que la protéine S résultante resterait attachée à la surface des cellules et ne serait pas libérée dans la circulation sanguine et les tissus pour rencontrer les récepteurs ACE2 et éventuellement induire des dommages aux organes. Petit à petit, cependant, il est devenu évident que ce n'était pas le cas ».

(« Understanding the Pharmacology of COVID-19 mRNA Vaccines: Playing Dice with the Spike ? », *Int. J. Mol. Sci.* 2022, 23(18), 10881)

En octobre 2022, ces éléments sont corroborés par une étude qui exhorte les autorités sanitaires à tenir compte du risque de la circulation pendant une **durée indéterminée (au moins quatre mois) de la protéine spike vaccinale dans le sang et dans les organes et des effets indésirables graves qui peuvent en résulter** :

« L'ensemble de ces considérations soutient la possibilité que les vaccins à ARNm COVID-19 induisent dans certaines circonstances des quantités élevées et peut-être toxiques de protéine S dans les organes et les tissus, qui s'écoulent à leur tour dans la circulation.

Dans les modèles animaux, il est bien établi que les ARNm transportés par les nanoparticules lipidiques subissent une disposition systémique et une expression dans des organes tels que le foie, les muscles squelettiques et les poumons [13]. On peut penser qu'au moins une partie du risque de développer des effets indésirables après une vaccination avec des ARNm dépend des organes/tissus où la protéine S est produite, ainsi que de la quantité totale produite et de la durée de production. Par exemple, il a été établi il y a longtemps que des tissus distincts diffèrent largement dans l'efficacité de la synthèse des protéines, mais personne n'a encore évalué si et dans quelle mesure cela est pertinent pour l'efficacité et la sécurité des vaccins à ARNm].

Par conséquent, nous recommandons également une caractérisation minutieuse des vaccins COVID-19 en ce qui concerne leur disposition systémique, y compris les organes et les tissus où se produit la production de protéines S et la variabilité interindividuelle de l'efficacité de la synthèse protéique locale, afin de fournir une base rationnelle pour l'individualisation de la dose et d'identifier les sujets à risque de réactions indésirables dues à la production de protéines S induite par le vaccin dans des sites vulnérables, à une production excessive de protéines S ou aux deux ».

(« The spike hypothesis in vaccine-induced adverse effects: questions and answers », *Trends in Molecular Medicine*, Vol. 28, Issue 10, October 2022, Pages 797-799)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471491422001897>

(Et voir : « Circulating severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) vaccine antigen detected in the plasma of mRNA-1273 vaccine recipients », *Clin Infect Dis* 2021;74(4):715-718)

<http://doi.org/10.1093/cid/ciab465>

« Monitoring serum spike protein with disposable photonic biosensors following SARS-CoV-2 vaccination », *Sensors* 2021; 21(17): 5857)

<http://doi.org/10.3390/s21175857>

« A case report: multifocal necrotizing encephalitis and myocarditis after BNT162b2 mRNA vaccination against COVID-19 », *Vaccines* 2022 ;10(10) :1651)

<http://doi.org/10.3390/vaccines10101651>

« Cutting edge: circulating exosomes with COVID spike protein are induced by BNT162b2 (Pfizer–BioNTech) vaccination prior to development of antibodies: a novel mechanism for immune activation by mRNA vaccines », *J Immunol* 2021;207(10):2405-2410)

<https://journals.aai.org/jimmunol/article/207/10/2405/234284/Cutting-Edge-Circulating-Exosomes-with-COVID-Spike>

Le 14 novembre 2022, une étude montre, en se basant notamment sur l'étude pré-clinique de Pfizer sur la bio-distribution des composants des **nanoparticules lipidiques du vaccin, que ceux-ci ne restent pas sur le site d'injection et pouvaient se répandre dans différents organes, causant des dommages pouvant être mortels.**

Selon les auteurs :

« Les nanoparticules lipidiques porteuses de l'ARNm du vaccin se répandent après injection dans tout le corps selon les études animales disponibles et l'ARNm du vaccin

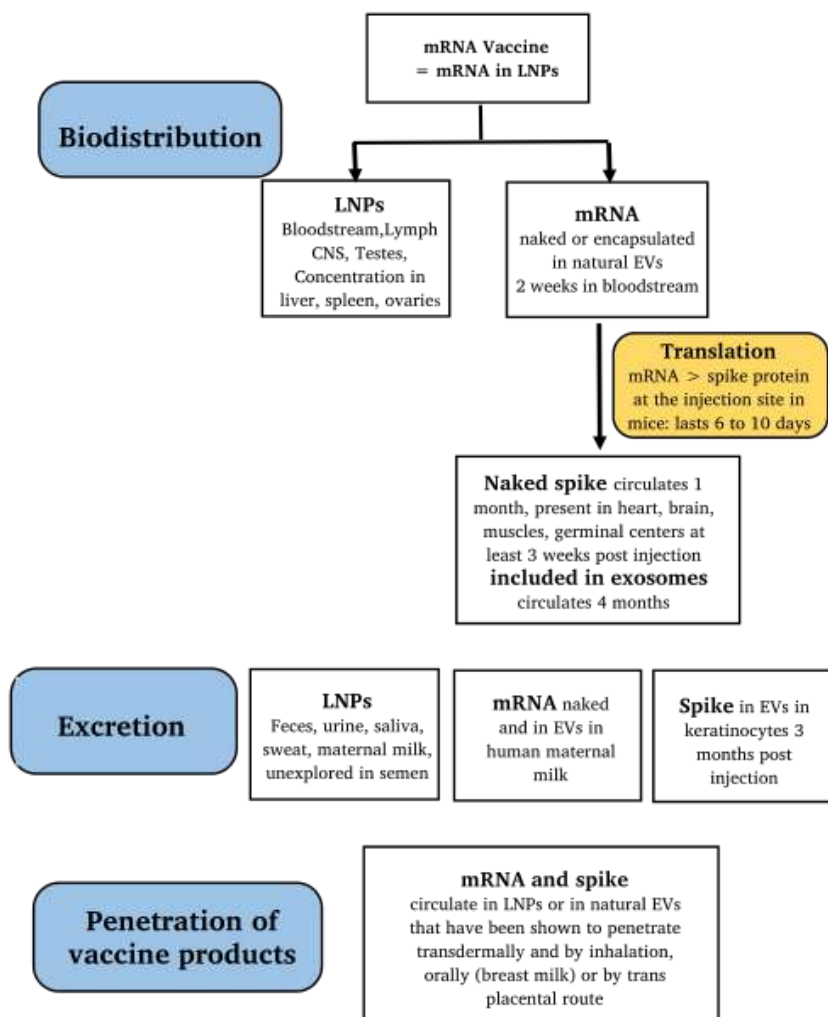
(nu ou dans les nanoparticules ou dans les exosomes naturels) est retrouvé dans la circulation sanguine ainsi que le pic du vaccin sous forme libre ou encapsulé dans les exosomes (démontré dans les études humaines). Il a été démontré que les nanoparticules lipidiques (ou leur équivalent naturel, les exosomes ou vésicules extracellulaires (VE)) sont capables d'être excrétées par les fluides corporels (sueur, expectoration, lait maternel) et de passer la barrière transplacentaire. Ces EVs sont également capables de pénétrer par inhalation et à travers la peau (saine ou lésée) ainsi que par voie orale via le lait maternel (et pourquoi pas lors des rapports sexuels via le sperme, car cela n'a pas été étudié). Il est urgent de faire respecter la législation sur la thérapie génique qui s'applique aux vaccins à ARNm et de mener des études sur ce sujet alors que la généralisation des vaccins à ARNm est envisagée ».

(« Current state of knowledge on the excretion of mRNA and spike produced by anti-COVID-19 mRNA vaccines; possibility of contamination of the entourage of those vaccinated by these products ». *Infect Dis Res.* 2022;3(4):22)

<https://www.tmrjournals.com/public/articlePDF/20221114/483e983160eb24f1ef94bdd666603ac9.pdf>

En français :

https://www.researchgate.net/publication/365233482_Etat_actuel_des_connaissances_sur_l'excretion_de_l'ARNm_et_de_la_spike_produite_par_les_vaccins_a_ArNm_anti-Covid-19_possibilite_de_contamination_de_l'entourage_des_personnes_vaccinees_par_ces_produit



(« Current state of knowledge on the excretion of mRNA and spike produced by anti-COVID-19 mRNA vaccines; possibility of contamination of the entourage of those vaccinated by these products ». *Infect Dis Res.* 2022;3(4):22)

<https://www.tmrjournals.com/public/articlePDF/20221114/483e983160eb24f1ef94bdd666603ac9.pdf>

Les auteurs expliquent également que :

«Chez l'homme, la protéine spike pourrait persister longtemps chez les vaccinés, la surveillance des effets indésirables du vaccin devrait donc être étendue [59]. La comparaison des concentrations de spike atteintes pendant la maladie et après la vaccination montre que pendant l'infection sévère par COVID-19, la concentration médiane observée est de 50 pg/ml avec des maximums à 1ng/ml. Au cours d'une infection sévère à Covid, des concentrations allant jusqu'à 135 pg/ml de spike S1 peuvent être détectées, le plus souvent entre 6 et 50 pg/ml.

Après une vaccination avec un vaccin à ARNm, des concentrations allant jusqu'à 150 pg/ml sont couramment observées, mais peuvent atteindre 10 ng/ml chez les individus présentant une thrombocytopénie induite par le vaccin.

La même équipe montre également que **la protéine spike persiste longtemps sous forme libre** : la spike induite par le vaccin circule dans le plasma dès J1 après la vaccination et jusqu'à 14 jours, le pic étant atteint à J5 avec 68 pg/mL de sous-unité S1 détectée ; la spike entière est détectée jusqu'à J15, avec un pic à 62 pg/mL. Après la deuxième dose, la spike libre n'est plus détectée car elle serait liée aux anticorps ; l'étude ne détecte pas de complexes immuns anticorps-spike. Une autre équipe montre également qu'après la vaccination avec l'ARNm, la protéine spike passe dans le sang, persiste pendant plus d'une semaine et est complètement éliminée en 1 mois. **L'augmentation de la concentration sanguine de spike après la vaccination est rapide** (1 à 3 jours).

Selon une autopsie, **la spike vaccinale est retrouvée jusqu'à trois semaines après l'injection dans différents organes** (cœur, cerveau, muscles, centres germinaux, ...) et notamment dans l'endothélium des capillaires.

La Spike circule également dans les VEs après une vaccination par ARNm chez l'homme. Des auteurs ont proposé qu'après l'internalisation des LNPs et la libération de l'ARNm, le tri et le trafic des antigènes puissent induire la libération de VEs contenant la protéine S. Les événements présentés se produiraient dans les surfaces apicales et/ou basolatérales des cellules polarisées (par exemple, épithéliales). [65]

En effet, la spike du vaccin est spontanément enveloppée dans des VEs : **La vaccination avec l'ARNm et la traduction de l'ARNm induit la production de VEs portant la spike et circulant dans le sang jusqu'à 4 mois après la vaccination.** L'injection de ces VEs à des souris induit la synthèse d'anticorps anti-spike.

La spike du vaccin a été trouvée dans les vésicules de kératinocytes du derme d'un patient présentant des lésions cutanées 3 mois après la vaccination avec le vaccin Pfizer-BioNTech. Ce patient avait une infection par le virus varicelle-zona. Une hypothèse plausible était que la stabilisation de l'ARN par la substitution méthyl-pseudouridine à tous les nucléotides d'uridine du vaccin Pfizer BNT162b2 pourrait entraîner une production à long terme de la spike codée à partir de n'importe quelle cellule, affectant de façon persistante le microenvironnement du système immunitaire protecteur, y compris la peau ».

(« Current state of knowledge on the excretion of mRNA and spike produced by anti-COVID-19 mRNA vaccines; possibility of contamination of the entourage of those vaccinated by these products ». *Infect Dis Res.* 2022;3(4):22)

Ils en déduisent que :

« Les vaccins à ARNm (et à adénovirus) correspondent exactement à la définition de la thérapie génique donnée par les agences de santé (FDA, NIH et EMA). Selon les réglementations de ces agences, **ces produits doivent faire l'objet d'études pharmacocinétiques complémentaires (notamment d'excrétion) en urgence** ».

(« Current state of knowledge on the excretion of mRNA and spike produced by anti-COVID-19 mRNA vaccines; possibility of contamination of the entourage of those vaccinated by these products ». *Infect Dis Res.* 2022;3(4):22)

<https://www.tmrjournals.com/public/articlePDF/20221114/483e983160eb24f1ef94bdd666603ac9.pdf>

Ceci est confirmé par M. Robert Malone, qui est l'inventeur de la technologie ARNm.

Comme il l'explique :

« dans la version originale, nous avons un ARN qui pouvait potentiellement durer quelques heures et c'est ce qui a été enseigné aux médecins comme étant la demi-vie ou la durée de vie de ces produits injectables.

Mais avec l'incorporation de pseudo-uridine, avec cette modification de Greco et Weissman, nous avons maintenant une documentation claire, **le produit dure pendant 60 jours ou plus dans le corps humain après injection, ce qui a toutes sortes d'implications, y compris le fait que nous devons vraiment étendre la fenêtre de temps où nous évaluons le risque potentiel ou la toxicité associée au traitement plutôt que de déduire qu'il est simplement dans le corps pendant une courte période et se dégrade** ».

Pièce n°23

M. Malone répond de la façon suivante à la question du Sénateur Johnson, du Sénat américain :

« **Sen. Johnson :**

« J'ai une question : on nous a dit que cette injection resterait dans le muscle du bras, et qu'elle produirait rapidement ces protéines de pointe pour lesquelles le corps créerait des anticorps et que l'ARNm se dégraderait et qu'on irait tous bien et qu'il n'y aurait aucune sorte d'impact à long terme.

Mais il a été **encapsulé dans une nanoparticule conçue pour traverser des barrières difficilement perméables, de sorte qu'il se biodistribue dans tout le corps**, vous en parlerez plus tard, et l'ARNm dure beaucoup plus longtemps qu'on ne le pensait.

Robert Malone :

Oui et, en particulier, beaucoup plus longtemps que ce que l'industrie pharmaceutique et le gouvernement américain, notamment le HHS, ont dit aux médecins et aux autres prestataires de soins de santé ».

M. Malone explique ainsi, lors de cette audition, en réponse à la question du Sénateur Johnson :

« **Sen. Johnson :**

Est-il possible que les personnes qui ont développé ce vaccin aient pu incroyablement penser qu'en encapsulant cette particule nanolipidique qui est conçue pour traverser des barrières difficiles à franchir, le savaient, parce que nous savons, grâce à la demande ultérieure des régulateurs japonais, qu'ils savaient que la biodistribution de la particule nanolipidique s'étendait à tout le corps des souris. Ils ne l'ont pas testé sur des êtres humains, mais sur des souris et ont gardé le secret jusqu'à ce qu'ils en fassent la demande. Dr Malone ?

Robert Malone :

Pour clarifier, dans la littérature et dans ce domaine, il existait un système de croyance selon lequel, empiriquement, différentes structures chimiques des lipides chargés positivement permettraient aux particules de cibler sélectivement différents organes. Tout cela était basé sur la recherche sur les rongeurs. L'histoire dans ce domaine et dans celui de la thérapie génique a montré que **les rongeurs sont de très mauvais modèles de l'homme.** Mais c'était la base de cet espoir.

Comme vous l'avez souligné, les données, ce ne sont pas seulement les Japonais, nous savons maintenant, grâce à tous ces documents qui ont été divulgués judiciairement, que **les données ont clairement démontré dans le modèle animal que la protéine codée allait partout,** et mes amis dans le monde de la réglementation, que je considère comme des collègues, vous diront que la norme est de tester le produit actif, l'ingrédient actif, et, **dans ce cas, ce que l'agence a permis à l'industrie pharmaceutique de faire était d'utiliser des données qui ne testaient pas réellement les complexes exprimant la protéine spike.**

Ils ont testé des complexes exprimant la luciférase, une protéine de la luciole, et ont ensuite utilisé la méthode la moins sensible pour détecter la présence de cette protéine, l'imagerie du corps entier. Ainsi, **ces images choquantes de luciférase exprimée partout dans le corps de la souris ou du rat sont en fait une sous-estimation grossière de la distribution. De plus, d'un point de vue réglementaire, il s'agissait au mieux de données préliminaires, qui n'auraient pas dû se concentrer uniquement sur la luciférase, mais utiliser la protéine spike ».**

Le Professeur Janci Lindsay, PhD, toxicologue, spécialiste en toxicogénomique et toxicologue judiciaire confirme également, lors des auditions au Sénat américain, la très large bio-distribution des vaccins ARNm :

« Où va (le vaccin) ? On nous avait dit au départ qu'il resterait dans le bras, mais ce n'est pas le cas, il finit par être biodistribué dans tout le corps, tant pour Moderna que pour Pfizer. Avec Moderna, nous avons la réserve qu'il ne va pas dans le rein, mais il est partout ailleurs dans tous les tissus examinés. Avec Pfizer, il est vraiment présent dans tous les tissus examinés. Et quels sont ces tissus ? Le cerveau, la rate, les glandes endocrines, la moelle osseuse, le sang, de préférence les ovaires et les testicules. Que se passe-t-il quand les thérapies géniques atteignent les ovaires et les testicules ? Eh bien, nous ne le savons pas, car malheureusement, cela n'a pas été étudié de manière adéquate ».

Le Dr Lindsay poursuit sur l'observation de la toxicité des composantes des vaccins ARNm :

« La protéine spike peut causer des dommages aux cellules endothéliales, ce qui sera détaillé un peu plus tard, et une coagulation massive. J'ai parlé au CDC, à un sous-comité, du potentiel thrombotique de ces vaccins, ainsi que de leur potentiel à causer d'immenses dommages à la reproduction et à stériliser potentiellement une génération entière. J'ai également parlé du potentiel d'évasion immunitaire, dont le docteur Paul Alexander vient

de parler. Ces vaccins génétiques, ce type de plateforme, n'ont jamais été étudiés de manière adéquate. Il n'y a aucun moyen d'affirmer à ce stade qu'ils sont sûrs ou efficaces.

La vraie chose dont nous devons nous préoccuper maintenant, c'est de ce que nous allons potentiellement mettre dans la prochaine génération.

Depuis les années 2000, nous faisons remarquer que nous devons veiller à ce que les thérapies géniques ne soient pas transmises aux générations suivantes. On en parle encore et encore, il y a d'excellents articles sur le sujet, l'un du docteur Nancy King, l'autre du docteur Susan Epstein de la FDA, le conseil consultatif sur l'ADN recombinant. Ils ont tous deux mis en garde contre le fait que si les thérapies géniques atteignaient les testicules, ce qui est souvent le cas, elles pourraient être transmises aux générations suivantes par inadvertance. Ils ont tous deux dit que nous devons étudier cela, nous devons étudier cela. Cela n'a jamais été étudié.

La vérité, c'est que le docteur Corrado Spatafora a démontré que si l'on incube simplement des spermatozoïdes avec de l'ADN qui peut être transcrit de façon inverse par la base de transcription présente, on peut le transmettre de façon extra-chromosomique sans même avoir à l'intégrer. Cela signifie qu'il y a deux façons de transmettre cet ADN et de causer des dommages potentiels. Cette question n'a pas été examinée, et elle doit l'être. Il est absolument irresponsable de continuer à administrer l'une de ces injections à nos enfants en âge de procréer ou plus jeunes, à toute personne qui pourrait éventuellement les transmettre, sans faire d'enquête et je demande maintenant que cela soit fait ».

Lors de ces auditions, le Dr. Wiseman a également confirmé que la biodistribution n'avait pas été adéquatement étudiée :

« Sur la biodistribution, il est dit spécifiquement dans les autres documents que Pfizer n'a pas mené certains types d'études pour déterminer où vont l'ARNm et la protéine de pointe.

Cette question leur a été spécifiquement posée lors d'une réunion du panel de la FDA en juin et la réponse de Pfizer a été la suivante : "C'est une question académique, ce n'est pas très important".

Tout médicament, et j'aimerais entendre la réponse du docteur Gordman à cette question, tout médicament qui passe par la FDA, est une information fondamentale que nous devons savoir, où va ce médicament, combien de temps il y reste, où va-t-il, quand, comment est-il éliminé du corps?

C'est une question fondamentale et pourtant Pfizer s'en est détourné, je demande au Docteur Cortland, oui ou non ? »

Des quantités énormes d'ARNm sont injectées par rapport à la circulation d'un virus lors d'une infection naturelle : **jusqu'à 10 à 7 fois plus, selon le professeur Jean-Michel Claverie**, cofondateur et ancien vice-président de la Société française de virologie et lauréat de plusieurs prix scientifiques, dont la médaille d'argent du CNRS en 2003.

Ainsi, au cours d'une infection grave par Covid, on peut détecter des concentrations allant jusqu'à 135 pg/mL du pic S1, le plus souvent entre 6 et 50 pg/mL. Après une vaccination avec un vaccin à ARNm, **des concentrations allant jusqu'à 150 pg/mL sont couramment observées, mais peuvent atteindre 10 ng/mL chez les personnes souffrant de thrombocytopénie induite par le vaccin.**

(«Ultra-sensitive serial profiling of SARS-CoV-2 antigens and antibodies in plasma to understand disease progression in COVID-19 patients with severe disease », *Clin Chem* 2020; 66(12) :1562-1572)
<http://doi.org/10.1093/clinchem/hvaa213>

- La toxicité de la protéine spike vaccinale

Des études ont également démontré que **la protéine spike que l'on fait fabriquer au vacciné et qui se répand ensuite dans tout le corps est toxique.**

De façon plus générale, les nanoparticules sont considérées comme toxiques en raison même de leur dimension inférieure à celle des cellules humaines.

Ainsi, l'INRS, l'Institut national de recherche et de sécurité, alerte sur les risques liés à la taille nano particulaire en général :

« Un certain nombre d'études démontrent déjà clairement que les nanomatériaux présentent une toxicité plus grande et sont à l'origine d'effets inflammatoires plus importants que les objets micrométriques de même nature chimique ».

<https://www.inrs.fr/risques/nanomateriaux/effets-sante.html>

Pourtant, **le dossier d'évaluation de l'EMA passe cet aspect sous silence.**

On ne sait pas, par exemple, combien de millions ou de milliards de nanoparticules sont contenues dans une dose de vaccin.

Comirnaty (Pfizer) : https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf

Spikevax (Moderna) : https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-public-assessment-report_en.pdf

Notons aussi que la présence de nanoparticules n'est pas mentionnée dans les notices d'information à l'usage du public, alors qu'elle figure en toutes lettres dans les notices à destination des professionnels.

<https://extranet.who.int/pqweb/sites/default/files/documents/Comirnaty-Pfizer-BioNTech-COVID-19-vaccine-injectionPlt.pdf>

Or, les effets toxiques délétères de la spike ont été observés, **dès le printemps 2020**, par M. Jean-Marc Sabatier, directeur de recherches à l'Institut de neuropathologie du CNRS.

Il prévoyait les effets délétères de l'infection par SARS-CoV-2 résultant de la fixation de la protéine spike du coronavirus sur le récepteur cellulaire humain ACE2.

(« SARS-CoV-2 & Covid-19: Key-Roles of the 'Renin-Angiotensin' System / Vitamin D Impacting Drug and Vaccine Developments » *Infectious Disorders - Drug Targets*, 2020, 20 (3), pp.348-349)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32370727/>

Or, **les vaccins ARNm sont tous fondés sur la protéine spike qui a depuis été reconnue comme la principale responsable (si ce n'est l'unique cause) de la pathogénicité du virus SARS-CoV-2.**

(« Pathogenicity and Transmissibility of Delta and Lambda Variants of SARS-CoV-2, Toxicity of Spike Protein and Possibilities for Future Prevention of COVID-19 », *Microorganisms*. 2021;9(10):2167)

<https://doi.org/10.3390/microorganisms9102167>

« SARS-CoV-2 spike protein: pathogenesis, vaccines, and potential therapies », *Infection* 49, 855–876 (2021)

<https://doi.org/10.1007/s15010-021-01677-8>

« SARS-CoV-2 Spike Protein Impairs Endothelial Function via Downregulation of ACE 2 », *Circulation Research*. 2021;128:1323–1326

<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCRESAHA.121.318902>

« Free SARS-CoV-2 Spike Protein S1 Particles May Play a Role in the Pathogenesis of COVID-19 Infection ». *Biochemistry Moscow* 86, 257–261 (2021)

<https://doi.org/10.1134/S0006297921030032>

« Spike-mediated ACE2 down-regulation was involved in the pathogenesis of SARS-CoV-2 infection », *J Infect*. 2022 Oct;85(4):418-427)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35793758/>

Donc les effets secondaires des vaccins vont notamment résulter de la toxicité intrinsèque de la spike.

(« Adverse effects of COVID-19 mRNA vaccines: the spike hypothesis » *Trends Mol Med*. 2022 Jul;28(7):542-554)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35537987/>

Comme l'explique M. Sabatier :

« Le récepteur cellulaire ECA2 (enzyme de conversion de l'angiotensine-2) sur lequel se fixe le virus SARS-CoV-2 (via sa protéine Spike) appartient à un vaste système physiologique et hormonal, appelé système rénine-angiotensine (SRA) Le SRA est très complexe et ubiquitaire dans l'organisme humain (et des mammifères en général) car on le retrouve dans les divers organes et tissus, tels que le cœur, les poumons, le cerveau, le foie, les reins, les intestins, la rate, le système auditif, le pancréas, les glandes surrénales, le système vasculaire (vaisseaux sanguins), les organes reproducteurs, les yeux et la peau. Le SRA contrôle également l'immunité innée (première ligne de défense dite « non spécifique » de l'organisme lors d'une attaque par un microbe), et le microbiote intestinal (et probablement buccal, vaginal et de la peau).

Il s'agit du système le plus important pour le fonctionnement du corps humain, en contrôlant - entre autres - les fonctions autonomes rénales, pulmonaires et cardio-vasculaires.

Le responsable des maladies de la Covid-19 est précisément un SRA dysfonctionnel via une suractivation du SRA via la protéine spike virale ou vaccinale.

Au niveau du SRA, le récepteur cellulaire responsable des diverses pathologies est AT1R (récepteur de l'angiotensine-2 de type 1). Ce récepteur indispensable au fonctionnement du corps humain devient très « délétère » lorsqu'il est suractivé, car il possède des propriétés pro-hypertensive, pro-inflammatoire, pro-oxydante, pro-thrombotique, pro-hypoxémique, pro-hypoxique, pro-angiogénique, pro-fibrosante, pro-hypertrophique, et fait chuter le monoxyde d'azote (NO) impliqué dans les phénomènes immunitaires, inflammatoires, et mnésiques. Le récepteur AT1R contrôle ainsi de nombreuses voies de signalisation au sein des cellules, et est véritablement une « usine à gaz » de notre organisme.

Les dommages (plus ou moins sévères) dus à la protéine Spike vaccinale sont bien documentés et formellement établis.

Parallèlement, il existe des risques d'effets délétères associés à l'emploi de nanoparticules lipidiques (NP) dans certaines compositions vaccinales, notamment les vaccins à ARNm (Pfizer-BioNTech et Moderna).

En effet, divers types de NP sont **capables de franchir des barrières biologiques et d'exercer des effets toxiques sur des organes tels que le cerveau, les reins, le foie et les organes reproducteurs (testicules, épидидyme, ovaires, utérus).**

Les NP peuvent traverser les barrières hémato-testiculaire, placentaire et épithéliale pour s'accumuler dans les organes reproducteurs, et les endommager en détruisant les cellules de Sertoli et de Leydig, ainsi que les cellules germinales.

Ceci affecte les organes reproducteurs masculins en modifiant la qualité, quantité, morphologie et motilité des spermatozoïdes, et féminins en réduisant le nombre d'ovocytes matures et en perturbant le développement folliculaire. Les NP peuvent perturber les niveaux d'hormones sécrétées, affectant la libido. Les mécanismes impliqués dans la toxicité des NP reposent sur l'inflammation, le stress oxydatif, l'apoptose, et/ou la génotoxicité.

Pour rappel, dans l'immunité innée qui est la réponse immunitaire « immédiate » aux agents pathogènes, il existe divers types cellulaires impliqués, dont les monocytes, les macrophages, les cellules dendritiques, les granulocytes (neutrophiles, éosinophiles, basophiles), les cellules NK tueuses et les mastocytes. Les mastocytes sont des cellules « sentinelles » qui se retrouvent principalement dans les tissus conjonctifs, mais également dans les muqueuses et autres organes, dont la peau. Ces mastocytes participent à la défense de notre organisme contre les attaques des microbes (dont le SARS-CoV-2), aux phénomènes de cicatrisation et d'allergie (dont le choc anaphylactique d'allergie exacerbée).

Le syndrome d'activation mastocytaire (SAMA) peut être induit par une infection au SARS-CoV-2 ou une vaccination, via le dysfonctionnement du SRA et la suractivation des récepteurs AT1R et « Toll-Like » (TLR) pilotant l'immunité innée. Les mastocytes « hyper-réactifs » relarguent ainsi -de façon inappropriée- des médiateurs chimiques (jusqu'à 200 types différents, dont histamine, héparine, prostaglandines, protéases, leucotriènes, cytokines pro-inflammatoires, etc.) par **une dégranulation pouvant provoquer de nombreux symptômes et pathologies.**

On retrouve des troubles dermatologiques (urticaire, démangeaison, apparition d'ecchymoses sans cause apparente), neurologiques (perte de mémoire, migraines, brouillard cérébral, sautes d'humeur, dépression, agressivité), gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhées ou constipation), ophtalmologiques (conjonctivite et gêne oculaire, voire perte de vision), urologiques (forte diurèse, difficulté à uriner, envies urinaires nocturnes), respiratoires (toux, asthme, sifflements, œdème de Quincke), et/ou cardio-vasculaires (chute de tension, vertiges, étourdissements, tachycardie, syncopes), ainsi que le choc anaphylactique (hypotension artérielle associée ou non à des difficultés respiratoires).

Ce syndrome peut être déclenché par la vaccination.

Le syndrome d'activation mastocytaire, ainsi que la mastocytose, peuvent être directement déclenchés par une vaccination ou rappels vaccinaux anti-Covid-19.

Pourquoi ? Parce que - à ce jour - la **protéine spike produite à partir des vaccins** (vaccins à ARNm ou à vecteurs viraux) ou préexistante (vaccins inactivés ou à protéine Spike recombinante) s'est montrée **potentiellement capable de se fixer sur le récepteur ECA2 des cellules cibles.**

La fixation du virus SARS-CoV-2 (ou de la protéine Spike vaccinale) sur son récepteur ECA2 gêne la dégradation de l'angiotensine-2 qui va, en excès, suractiver son récepteur AT1R du système rénine-angiotensine. Le récepteur AT1R suractivé provoque (via les récepteurs TLRs associés) un syndrome d'activation macrophagique (SAM), et également un SAMA/mastocytose.

Pour rappel, le syndrome d'activation macrophagique conduit à l'hémophagocytose (les macrophages tuent les globules rouges, certains globules blancs, ainsi que les plaquettes/thrombocytes impliqués dans la coagulation sanguine), une lymphocytopénie (baisse du nombre de lymphocytes T et B, ainsi que des cellules NK tueuses), une inhibition de la production d'interféron, et une prolifération des granulocytes neutrophiles (neutrophilie). Le SAM s'accompagne de la production de cytokines pro-inflammatoires (orage de cytokines), d'une hyper-coagulation via le recrutement de plaquettes/thrombocytes (thrombose), et d'un dysfonctionnement endothélial.

Ces processus conduisent à des défaillances multiviscérales et éventuellement la mort.

Les femmes possèdent un SRA ovarien (appelé OVRAS) qui joue un rôle clef dans la physiologie des ovaires et les maladies ovariennes associées. Le SRA ovarien a des effets majeurs sur le développement/atrophie des follicules, sur l'ovulation et la sécrétion d'hormones stéroïdiennes ; le SRA est ainsi nécessaire à une reproduction normale. En effet, les composants de ce SRA se retrouvent dans le follicule ovarien, les cellules pré-ovulatoires de la thèque et de la granulosa, ainsi que dans les cellules post-ovulatoires de la granulosa-lutéine. Le SRA ovarien est également impliqué dans la régulation de la stéroïdogénèse (synthèse des hormones stéroïdiennes, dont les hormones œstrogènes féminines).

Le dysfonctionnement du SRA ovarien potentiellement induit par le SARS-CoV-2 peut donc affecter la maturation et l'ovulation des ovocytes (altération du cycle menstruel), et conduire à des dérèglements ou pathologies telles que l'infertilité, le cancer des ovaires, le syndrome des ovaires polykystiques, etc. La présence d'anticorps auto-immuns dirigés contre le récepteur AT1R peut se traduire par une infertilité.

Chez la femme, on peut ainsi observer (parallèlement aux autres pathologies Covid-19 potentielles) un dérèglement du cycle menstruel plus ou moins important et invalidant. La menstruation (règles) correspond à l'écoulement périodique par le vagin d'un fluide biologique constitué de sang, de sécrétions vaginales, et de cellules endométriales (paroi utérine). Les règles correspondent à l'évacuation de la couche superficielle de la muqueuse de l'utérus (endomètre) qui s'était formée au cours du cycle menstruel pour accueillir un possible œuf fécondé. En absence de fécondation, la surface de l'endomètre (qui est très vascularisée) est alors évacuée par le vagin sous forme d'un saignement. Le virus SARS-CoV-2 se fixe (via sa protéine Spike) sur le récepteur ECA2 des cellules cibles. L'endomètre et le système vasculaire sont constitués de cellules épithéliales et endothéliales qui expriment - comme les ovaires ou les testicules - le récepteur ECA2 reconnu par la protéine Spike. **Ceci montre que la protéine Spike (du virus SARS-CoV-2 ou vaccinale) peut agir directement sur l'endomètre et les vaisseaux sanguins associés.**

Le SARS-CoV-2 - via la protéine Spike - provoque des troubles de la coagulation sanguine, dont la thrombocytopénie (baisse du nombre de plaquettes sanguines qui aident le sang à coaguler). Ceci est dû à un phénomène appelé hémophagocytose qui survient lors du syndrome d'activation macrophagique induit par le virus ou la protéine Spike vaccinale.

Ainsi, le SARS-CoV-2 ou la protéine Spike vaccinale est directement responsable des troubles de la coagulation et menstruels parfois observés chez certaines personnes lors d'une infection virale au SARS-CoV-2 ou suite à une vaccination. Il est notable que dans certains cas extrêmes, l'ablation de l'utérus (hystérectomie) a été nécessaire après une vaccination.

Une **vaccination anti-Covid-19, avec des multiples rappels, va induire chez les vaccinés un syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), parfois appelé syndrome d'immunodéficience induite (SIDI)**. En fait, une certaine proportion de la protéine Spike produite par les vaccins (vaccins à ARNm et à vecteurs viraux) ou contenue dans les vaccins (vaccins à protéine Spike recombinante ou à virus inactivés), est potentiellement capable de se fixer sur le récepteur ECA2 des cellules cibles, comme le fait le virus SARS-CoV-2 (et ses variants). Ainsi, cette protéine Spike vaccinale, -qui interagit avec le récepteur ECA2 des cellules -, va produire les mêmes effets « délétères » que le virus, c'est-à-dire un dysfonctionnement du SRA (avec la suractivation de son récepteur AT1R).

Le SRA contrôle l'immunité innée (les cellules de l'immunité innée sont les monocytes, macrophages, cellules dendritiques, granulocytes, mastocytes et cellules NK tueuses), via le récepteur AT1R couplé à des récepteurs « Toll-like » (TLRs) de reconnaissance de motifs moléculaires. Le dysfonctionnement du SRA va donc s'accompagner d'un dérèglement de l'immunité innée qu'il pilote. L'immunité innée (qui est non spécifique d'un microbe) est responsable du déclenchement ultérieur de l'immunité adaptative/acquise (qui est spécifique d'un microbe), basée sur les lymphocytes T et B. Ainsi, le dérèglement de l'immunité innée, se traduit

également par un dérèglement de l'immunité adaptative/acquise, c'est-à-dire à un dérèglement généralisé du système immunitaire.

En conclusion, les injections « vaccinales » répétées, peuvent se traduire par l'apparition des symptômes du SIDA (ou SIDI) chez les personnes multi-injectées/vaccinées.

Par ailleurs, il a été rapporté que **des injections vaccinales répétées d'un même antigène quel qu'il soit (ici la protéine Spike du SARS-CoV-2), à des niveaux qui dépassent le seuil « critique », conduisent inévitablement à un dérèglement de l'immunité innée, et à l'apparition de troubles auto-immuns.** Ainsi, pour les vaccins anti-Covid-19 actuels, il existe au moins deux bonnes raisons scientifiques de ne pas procéder à des injections vaccinales multiples, avec (1) l'action directe et néfaste de la protéine Spike sur l'immunité innée (via le SRA suractivé), et (2) la répétition des injections qui dérègle aussi l'immunité innée de l'hôte.

La protéine spike virale ou vaccinale induit un dysfonctionnement du SRA en se fixant sur le récepteur ECA2 des cellules cibles. La protéine spike, par son action sur les récepteurs cellulaires AT1R (du SRA) et « Toll-like » (TLRs, notamment TLR4), provoque un syndrome d'activation macrophagique (hyperactivation des macrophages) « délétère », et une hémophagocytose (les macrophages tuent des globules rouges, certains globules blancs et des plaquettes sanguines).

Ce syndrome d'activation macrophagique conduit à la mort de lymphocytes (lymphocytopénie), dont les lymphocytes T (lymphocytes auxiliaires CD4+ et cytotoxiques CD8+), les lymphocytes B (producteurs d'anticorps), ainsi que de cellules NK tueuses. En parallèle, il provoque une prolifération des granulocytes neutrophiles de l'immunité innée (neutrophilie). Le SARS-CoV-2 peut également induire un syndrome d'activation mastocytaire (SAMA) qui affecte l'activité de dégranulation des mastocytes de l'immunité innée, et une mastocytose (prolifération des mastocytes).

Avec les injections vaccinales répétées ou l'infection naturelle, la balance anticorps « neutralisants » / anticorps « facilitants » est devenue de plus en plus défavorable, c'est-à-dire que les anticorps « facilitants » sont devenus majoritaires par rapport aux anticorps « neutralisants » favorisant ainsi l'infection au SARS-CoV-2 suivant un phénomène appelé ADE (« antibody-dependent enhancement » ou « facilitation de l'infection dépendante des anticorps »). Il est donc vital de ne plus faire de rappels vaccinaux avec ces vaccins obsolètes (et parallèlement dangereux pour notre organisme), car on favorise l'infection des personnes vaccinées tout en altérant leurs systèmes immunitaires (SIDA/SIDI).

Les injections vaccinales (anti-Covid-19) répétées chez les personnes souffrant de maladies auto-immunes sont une erreur majeure, parce que la protéine Spike vaccinale peut agir comme le virus en se fixant sur le récepteur ECA2, et faire ainsi dysfonctionner le SRA qui contrôle l'immunité innée. Les cellules de l'immunité innée sont responsables de la reconnaissance des molécules du « soi » et du « non soi » (celles provenant principalement de microbes). Ces cellules doivent s'attaquer sélectivement aux molécules du « non soi », mais lorsqu'elles sont dysfonctionnelles, peuvent s'attaquer à des molécules du « soi », ce qui peut conduire à l'apparition de maladies auto-immunes.

Lorsqu'une maladie auto-immune est préexistante chez le vacciné, la vaccination peut provoquer une aggravation de cette maladie. Ainsi, la vaccination chez ces personnes doit être exclue, car le rapport bénéfices/risques est très défavorable.

La vaccination (et les rappels) à outrance de la population met en grand danger nos santés; on se dirige vers une vaste catastrophe sanitaire. Le principe de précaution n'est pas appliqué à ce jour. Les dégâts sur la santé seront irréversibles.

La vaccination anti-Covid-19 des femmes enceintes ne doit pas être recommandée, notamment à cause de la relative bénignité d'une infection aux sous-variants actuels d'Omicron (ou autres variants/sous-variants émergents du SARS-CoV-2), et des effets « délétères » directs de la protéine Spike vaccinale et de certains composés présents dans les adjuvants (dérivé de saponines et autres). Dans les vaccins à ARNm, les nanoparticules lipidiques - qui se concentrent dans certains organes dont les organes reproducteurs après injection vaccinale - sont toxiques selon des données expérimentales.

Pour rappel, les nanoparticules de ces vaccins contiennent quatre types de composés, à savoir des lipides ionisables (les charges positives se lient aux charges négatives de l'ARNm), des lipides pégylés (qui stabilisent les nanoparticules), ainsi que des phospholipides et du cholestérol (qui participent à la structure des nanoparticules).

Tous ces composés encapsulent l'ARNm pour le protéger des enzymes de dégradation et permettent le transport de celui-ci à l'intérieur des cellules afin de produire la protéine Spike vaccinale. De plus, comme mentionné précédemment, un dysfonctionnement du SRA peut être induit par la protéine Spike vaccinale.

Or, il a été démontré que les différents éléments du SRA sont exprimés très précocement au cours de l'embryogénèse humaine. Le SRA est notamment impliqué dans les processus de croissance et de différenciation cellulaire de l'embryon (conduisant à la formation des organes) et du fœtus, puis dans le développement du fœtus, ainsi que dans l'hématopoïèse qui est un processus physiologique de production des cellules sanguines (globules rouges, leucocytes et thrombocytes).

Pour toutes ces raisons, il n'apparaît pas souhaitable de vacciner les femmes enceintes (les dangers associés à une infection potentielle aux sous-variants et variants actuels du SARS-CoV-2 -notamment Omicron- sont généralement mineurs).

Les enfants sont très peu sensibles à une infection grave au SARS-CoV-2, bien qu'ils puissent être infectés par les nouveaux variants et sous-variants émergents du SARS-CoV-2. Les très rares cas d'infections graves sont toujours liés à l'existence de comorbidités extrêmes pour les enfants concernés. Il existe des différences majeures entre enfants et adultes au regard d'une infection au SARS-CoV-2. Par exemple, la répartition/densité du récepteur ECA2 (cible du virus) du SRA au niveau des muqueuses nasales et des cellules épithéliales alvéolaires des poumons est très différente chez l'enfant (pour rappel, le SRA « pilote » -entre autres- les processus inflammatoires et la libération associée de cytokines, ainsi que l'immunité innée).

La réponse immunitaire innée, qui est une réponse « immédiate » et non spécifique aux microbes, est prépondérante chez les plus jeunes, et repose sur une réponse immunitaire cellulaire très puissante (monocytes, macrophages, cellules dendritiques, granulocytes, mastocytes et cellules NK tueuses). Par exemple, il existe une forte protection anti-SARS-CoV-2 chez les plus jeunes via la mobilisation de granulocytes éosinophiles (mobilisation non observée chez les adultes). On retrouve principalement chez les enfants des anticorps dirigés contre les protéines de structure interne du virus, tels que des anticorps anti-nucléocapside, contrairement aux anticorps retrouvés chez les adultes qui ciblent principalement les protéines virales externes, dont des anticorps anti-protéine Spike de l'enveloppe du SARS-CoV-2. Ceci traduit une meilleure capacité des enfants à neutraliser et dégrader le SARS-CoV-2, à une phase très précoce de l'infection virale, avant le déclenchement de l'immunité adaptative/acquise durant laquelle il y a une production d'anticorps contre le virus.

Il existe également chez les plus jeunes un tissu lymphatique protecteur associé aux bronches, appelé « BALT » (il s'agit d'une unité fonctionnelle favorisant l'immunité antimicrobienne par élimination ou « clearance » des agents pathogènes). Ceci s'accompagne d'une diminution de la production des cytokines pro-inflammatoires très délétères (orage cytokinique) responsables d'une évolution vers des formes sévères de la Covid-19.

Ainsi, une infection des enfants ou adolescents par le SARS-CoV-2 est bénigne et conduit extrêmement rarement à une forme très grave ou mortelle de la maladie (la létalité est à ce jour quasiment inexistante pour les enfants contaminés par le virus).

Pour ces raisons, ainsi qu'en raison des dangers potentiels liés à la vaccination des enfants (et adultes), il n'est pas souhaitable de les vacciner.

Les dangers de cette vaccination reposent sur : (1) l'existence d'effets indésirables déjà établis (tels que myocardites et péricardites et autres inflammations ou atteintes d'organes et/ou de tissus), (2) des d'effets secondaires potentiels -à plus ou moins long terme- tels que le déclenchement de maladies auto-immunes, cancers, troubles neurologiques/auditifs/oculaires/cardiovasculaires, etc., et (3) l'emploi de vaccins à ARNm encore expérimentaux qui sont déjà approuvés par nos autorités sanitaires pour les jeunes à partir de 6 mois.

En effet, il s'agit des premiers vaccins basés sur la technologie de l'ARN messenger utilisés chez les humains, ce qui implique des effets néfastes à long terme (la liste des effets indésirables connus est déjà anormalement longue).

Les enfants vaccinés risquent des effets indésirables, dont la myocardite provoquée par une hyper-inflammation du muscle cardiaque. S'ils doivent recevoir plusieurs injections vaccinales, le risque majeur sera une perte progressive de l'immunité innée et le déclenchement potentiel de troubles auto-immuns associés.

La vaccination des enfants et adolescents est totalement inutile et fait courir de réels risques concernant l'intégrité de leur système immunitaire, notamment innée. Le système immunitaire deviendra d'autant plus déficient que le nombre d'injections vaccinales sera important. Il est urgent que nos autorités sanitaires prennent conscience des dangers, et adoptent le principe de précaution en renonçant à la vaccination des plus jeunes, afin d'éviter une catastrophe sanitaire prochaine. Dans le cas contraire, elles seront responsables des effets néfastes sur nos santés et devront assumer leurs décisions irresponsables.

Nous mettons en garde contre un rapport bénéfices/risques très défavorable de la vaccination actuelle contre le SARS-CoV-2 (les variants et sous-variants circulants aujourd'hui sont certes très contagieux, mais très peu létaux).

Pour conclure, plus on est jeune, moins on a de risque de faire une forme grave de la Covid-19 selon les statistiques.

Il existe beaucoup d'inconnues dans les caractéristiques réelles de ces vaccins, notamment sur (1) la bio-distribution de l'ARNm (après injection) et de la protéine Spike vaccinale produite, ainsi que des adjuvants (nanoparticules lipidiques ou autres), (2) la durée de vie des constituants des vaccins, et (3) les effets secondaires associés à ces constituants.

La différence importante de contenu en ARNm des vaccins Comirnaty et Spikevax suggère que des études d'optimisation des doses d'ARNm dans ces vaccins n'ont pas été réalisées dans les normes (si elles ont été étudiées). Normalement, la dose optimale en ARNm serait celle qui induit une réponse immunitaire maximale en toute innocuité, c'est-à-dire sans effets indésirables sur l'organisme qui le reçoit.

Pour les vaccins actuels, il existe une toxicité certaine, associée à leur utilisation.

La production de la protéine Spike vaccinale varie d'une personne à une autre, car il existe des variabilités inter-individuelles (dont l'âge, l'état de santé, le sexe, etc.) qui doivent effectivement affecter la production de la protéine Spike. Il aurait fallu procéder à des analyses poussées de

bio-distribution de l'ARNm, mais également de la protéine Spike produite, au niveau des divers organes et tissus ».

(voir « Angiotensin II Type I Receptor (AT1R): The Gateways to COVID-19-Associated Diseases », *Molecules*, dec. 2022)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9000463/pdf/molecules-27-02048.pdf>

C'est ce qui ressort également d'une étude issue d'une conférence du 17 septembre 2022 :

« Les vaccins anti-COVID-19 utilisés sont tous fondés sur la spike ou la contiennent. Les vaccins reproduisent les effets pathogènes de la spike virale toxique. La plupart des mécanismes biologiques qui expliquent les effets indésirables des vaccins ont été anticipés par des experts officiels ou non. »

La spike du SARS-CoV-2 interagit avec le système rénine-angiotensine (via sa liaison à l'ACE2) et va le déréguler : ce mécanisme permet d'anticiper la pathogénicité du virus et des vaccins. De plus l'ADE est connu pour les vaccins anti-coronavirus et a été noté dans les essais de vaccins contre le SARS-CoV-1. L'ADE a été démontré dans la COVID-19 et les anticorps facilitants trouvés après vaccination. Les autres mécanismes biologiques concernent l'effet allergisant du PEG des nanoparticules (LNPs), les homologies de la spike avec les protéines humaines, la biodistribution des LNPs dans le foie, la rate, les ovaires et testicules, la moelle osseuse, en particulier, la capacité de la spike de se transformer en prion ».

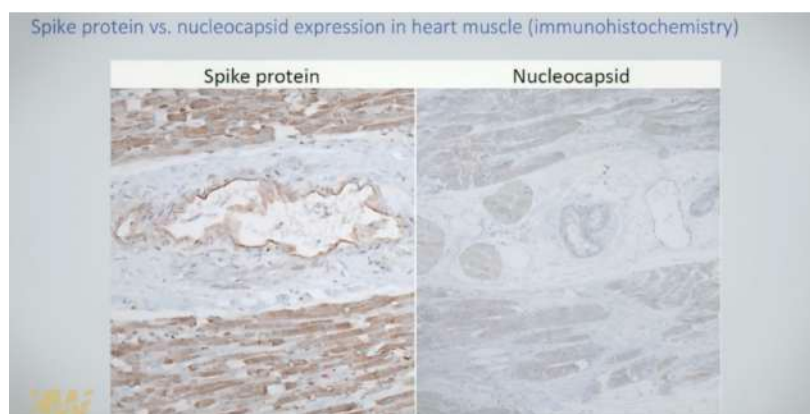
(« Effets Indésirables : explications biologiques du mécanisme des effets indésirables Présentation à l'UER 17 septembre 2022 Villeneuve-les-Avignon », ResearchGate, sept. 2022)

https://www.researchgate.net/publication/363653926_Effets_Indesirables_explications_biologiques_du_mecanisme_des_effets_indesirables_Presentation_a_l'UER_17_septembre_2022_Villeneuve-les-Avignon

La toxicité intrinsèque des composantes du vaccins est exposée, à propos de la protéine spike vaccinale, par le Dr. Ryan Cole, MD, spécialiste en pathologie chirurgicale et dermatopathologie, lors d'une audition au Sénat américain, le 8 décembre 2022 :

« La protéine de pointe, la spike, quand on injecte l'ARNm vaccinal dans le corps et qu'on commence à le détourner pour le fabriquer, ces cellules tueuses naturelles se tournent alors vers vos propres cellules. Elles font un petit trou dans ces cellules, puis elles lancent une petite grenade et commencent à les faire exploser. »

Donc, premièrement, c'est une attaque de type auto-immune, cette protéine de pointe peut aller n'importe où dans le corps, je vais montrer une image.



Donc, on parle de myocardite. Sur le côté gauche, au laboratoire, nous avons fait des colorations spéciales. Les autopsies ont été découragées par nos agences fédérales et par le docteur Fauci, on ne peut pas trouver ce que l'on ne cherche pas, mais une poignée d'entre nous dans le monde a cherché. Et ici à gauche, tout ce marron est l'expression de la protéine spike dans

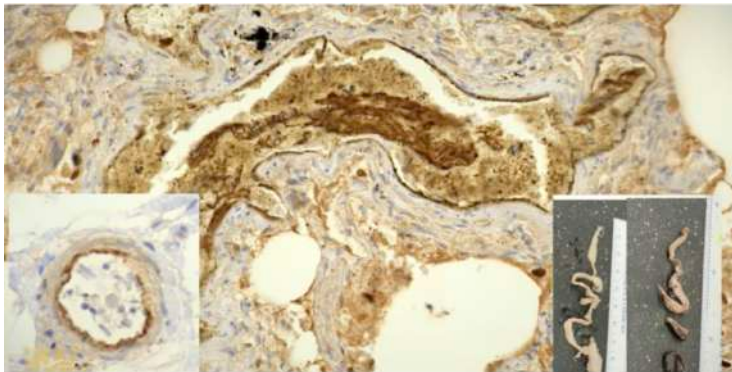
les cellules cardiaques. Si vous développez une immunité contre une infection naturelle, vous voulez cette protéine et cette réaction là où elle entre, et la prochaine fois, c'est là que vous serez protégé. **Mais on introduit ça dans le corps à travers tout le système. Maintenant, il prend en otage tous les organes qu'il veut. Ce n'est pas seulement que cette protéine de pointe est dangereuse, la nanoparticule lipidique va aller n'importe où dans le corps.** Elle a été conçue pour transporter des agents chimiothérapeutiques vers le cerveau. Vous ne voulez pas de protéine de pointe dans votre cerveau. Donc c'est la protéine spike dans le cœur induisant des réactions inflammatoires.

Vous vous souvenez, faire un trou et y jeter des grenades ? C'est ce que vos cellules immunitaires font maintenant à vos propres cellules. Docteur Hagaman, le Journal Européen d'Immunologie, appelle ça la cytotoxicité cellulaire dépendante des anticorps, dans un article revu par les pairs et publié. On sait que ça arrive. Et j'aimerais dire que les cellules ne mentent pas.

Lorsque nous écoutons ces personnes qui ont été victimes d'un vaccin et qui mènent des vies difficiles parce que la protéine spike est allée ailleurs, **le système immunitaire attaque le corps comme un ennemi.**

Je ne vais pas vous faire un cours de pathologie, mais la protéine spike a-t-elle sa place dans le cœur ? Est-ce que la protéine spike a sa place dans le cerveau ? Est-ce que la protéine spike a sa place sur toutes les parois des vaisseaux sanguins, les kilomètres et les kilomètres de vaisseaux sanguins dans votre corps ? Non.

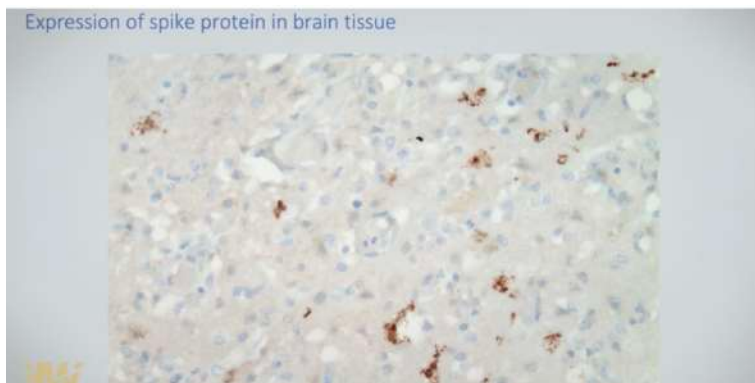
Et puis elle induit tant de réponses inflammatoires. Donc, d'une manière très simple, c'est ce qui se passe.



Sur cette diapositive, on voit le virus lui-même, quand une pointe s'est détachée, on savait évidemment qu'il provoquait la coagulation. Cette grosse chose marron au milieu, provient du poumon d'un individu qui n'a pas survécu. **Mais vous voyez, tout le marron au milieu, cette protéine de pointe en l'absence de plaquettes va encore s'agglutiner et plier les protéines.** Et tout le monde entend parler de ces effrayants, inhabituels caillots. Heureusement, ça n'arrive pas à tout le monde, mais on teste les gens qui ont des problèmes de coagulation avant de leur demander de se faire vacciner, non ? Et même s'ils ont un problème après une injection, on leur dit d'en faire une autre. **On sait que ça provoque la coagulation.** C'est un gros caillot de la personne décédée.



*Vous voyez ce petit cercle en bas ? C'est le revêtement de la paroi d'un vaisseau sanguin et **tout ce brun, tout ce vaisseau est recouvert de protéines de pointe déposées après une injection.***



Sur cette diapositive, vous voyez tous ces points marrons ? C'est le cerveau. Quelqu'un a entendu parler de brouillard cérébral après l'infection ? Bien sûr. Mais qu'en est-il du brouillard cérébral après les injections ? Qu'en est-il du brouillard cérébral persistant ou du ralentissement des fonctions neurologiques ?

*Cette **protéine étrangère avec une toxicité inflammatoire et immunitaire** a-t-elle sa place dans les neurones de notre cerveau ? Merci ».*

Pièce n° 23

En dernier lieu, une étude en date du 22 novembre 2022 observe que le risque de contracter le virus augmente avec le nombre de doses de vaccin ARNm, exposant plus fortement les personnes multi-vaccinées à la maladie et à la protéine spike, spécialement toxique.

(« Conserved longitudinal alterations of anti-S-protein IgG subclasses in disease progression in initial ancestral Wuhan and vaccine breakthrough Delta infections », *Front Microbiol.* 2022; 13: 1043049)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9723332/>

Une autre étude, en date du 22 décembre 2022 conclut dans le même sens, à une tolérance immunitaire consécutive à la multiplication des injections.

(« Extended SARS-CoV-2 RBD booster vaccination induces humoral and cellular immune tolerance in mice », *Cell Press*, déc. 2022)

[https://www.cell.com/iscience/pdf/S2589-0042\(22\)01751-5.pdf](https://www.cell.com/iscience/pdf/S2589-0042(22)01751-5.pdf)

Ces résultats sont confirmés par une autre étude, en date du 22 décembre 2022, qui conclut à une toxicité très élevée de la protéine spike.

Cette étude indique que le système immunitaire réagit d'une façon inattendue à la répétition des injections du vaccin anti-Covid Comirnaty de Pfizer.

Elle met en évidence, le fait que le système immunitaire modifie sa façon de réagir à la protéine spike au fil des injections répétées : cinq à sept mois après la 2ème injection de Pfizer - et de façon plus marquée et prolongée dans le temps après une troisième injection -, on observe un changement du type des anticorps produits par le système immunitaire face à la protéine spike.

Ce qui inquiète les auteurs de l'étude est que l'hypothèse selon laquelle, au lieu de renforcer la lutte contre le SARS-CoV2, **la stratégie de multiplication des injections conduirait au contraire les personnes multi-vaccinées contre le covid à devenir accueillantes pour la protéine spike, ce qui permettrait au virus d'être mieux accepté dans l'organisme, de se reproduire plus facilement, de davantage contaminer l'entourage, et sans doute de provoquer des dégâts sur divers organes.**

(« Class switch towards non-inflammatory, spike-specific IgG4 antibodies after repeated SARS-CoV-2 mRNA vaccination », *Science Immunology*, déc. 2022)

<https://www.science.org/doi/10.1126/sciimmunol.ade2798>

- La toxicité des nanoparticules lipidiques

La toxicité des nanoparticules lipidiques est élevée, comme le démontre une étude, parue, le 17 décembre 2021 : les chercheurs ont vidé les nanoparticules lipidiques de leur ARN et les ont injectées à des souris et ont constaté des réactions inflammatoires violentes.

(« The mRNA-LNP platform's lipid nanoparticle component used in preclinical vaccine studies is highly inflammatory », *iScience*, déc. 2021)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34841223/>

L'entreprise Pfizer, elle-même, s'interroge dans son dossier d'évaluation :

« Il ne peut être exclu, écrit-elle, que la composition de la nanoparticule lipidique (NPL) contribue à la réaction immunitaire globale ».

Elle reconnaît, dans ce même document, que **les nanoparticules n'ont pas été testées seules pour vérifier leur toxicité.**

Elle ajoute que **la toxicité sur les gènes n'a pas non plus été étudiée**, car :

« les composants de la formulation du vaccin sont des lipides et de l'ARN qui ne sont pas supposés avoir un potentiel génotoxique ».

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf

• Le manque d'intégrité de l'ARNm vaccinal

Les travaux scientifiques démontrent :

- Une contamination des vaccins par des ingrédients d'origine animale ;
- Des risques liés au Phosphatidylethanolamine ;
- Une dégradation de l'ARNm vaccinal.

- La contamination par des ingrédients d'origine animale

La contamination des vaccins ARNm par des contaminants reconnus avec **risque d'encéphalopathie spongiforme transmissible** a été exposée ci-dessus.

(« Qualityrollingreview CHMP overview and list of questions, COVID-19 mRNA Vaccine BioNTech, BNT162b2, 5'capped mRNAencoding full length SARS-CoV-2 Spike proteinProcedure No. EMEA/H/C/005735/RR/02, **30 nov. 2020**, p. 38 et A. Lexa, « *Les études pré-cliniques (chronologie, Bonnes pratiques) dans le développement du vaccin ARNm contre la covid-19. Importance, insuffisances, négligences et conséquences* », déc. 2022).

- Les risques liés au Phosphatidylethanolamine

Ensuite, l'un des ingrédients des vaccins ARNm, le Phosphatidylethanolamine (PE) a été reconnu comme créant un **risque de caillots sanguins et une risque de maladies à prions**.

Pourtant, le risque la toxicité de lipides congelés, puis décongelés est connu depuis longtemps. («Effect of frozen storage on fattyacid composition and changes in lipid content of *Scomberomoruscommersoni* and *Carcharhinusdussumieri* », *J. Appl. Ichthyol.* 25 (2009), 91–95) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1439-0426.2008.01176.x>

On sait, de longue date que le Phosphatidylethanolamine entraîne des **problèmes de coagulation sanguine**, comme le montrent de nombreuses publications scientifiques.

Ce risque est connu, depuis 2015.

Le 31 octobre 2015, une étude conclut que :

*« Le PE a diverses fonctions cellulaires : il sert de précurseur de la phosphatidylcholine et de substrat pour d'importantes modifications post-traductionnelles, il influence la topologie des membranes et favorise la fusion des membranes des cellules et des organites, la phosphorylation oxydative, la biogènes mitochondriale et l'autophagie. **L'importance du métabolisme du PE dans la santé des mammifères est apparue récemment suite à son association avec la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la maladie du foie non alcoolique et la virulence de certains organismes pathogènes.***».

(PhosphatidylethanolamineMetabolism in Health and Disease », *Int RevCell Mol Biol.* 2016; 321: 29–88) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4778737/>

Une étude de 2016 confirme ces observations.

(« Antibodies and Diagnostic Tests in Antiphospholipid Syndrome », *Systemic Lupus Erythematosus Basic, Applied and Clinical Aspects*, 2016, Pages 495-501) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128019177000577>

Le 20 juin 2017, une étude montre que les lipides plasmatiques mineurs modulent les activités des facteurs de coagulation et peuvent affecter le risque de thrombose.

(« Minor plasma lipidsmodulateclotting factor activities and may affect thrombosisrisk », *Reasaerch and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, juin 2017) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/rth2.12017>

Le 12 juillet 2017, une étude abonde dans le même sens.

(« Ethanolamine and Phosphatidylethanolamine: Partners in Health and Disease », *OxidativeMedecine and Cellular Longevity*, vol. 2017, jul. 2017)

En septembre 2017, des résultats comparables sont établis par une étude.

(« The criticalrole of phosphatidylcholine and phosphatidylethanolaminemetabolism in health and disease », *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) – Biomembranes*, Vol. 1859, Issue 9, Part B, September 2017, p. 1558-1572)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005273617301220>

C'est ce que démontre aussi une étude, en date du 15 mars 2018.

(« PhosphatidylethanolamineParticipates in the Stimulation of the Contact System of Coagulation by Very-Low-Density Lipoproteins », *Arteriosclerosis, Thrombosis, and VascularBiology*. 2001;21:1695–1700)

<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/atvb.21.10.1695>

Le 3 mars 2020, une étude confirme ces résultats.

(« ProcoagulantPhosphatidylserine-ExposingPlatelets *in vitro* and *in vivo* », *Front Cardiovasc Med*. 2020; 7: 15)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7062866/>

- La dégradation de l'ARNm vaccinal

La note d'expertise du Pr. Jean-Michel Claverie mettait déjà en évidence le fait que l'ARNm vaccinal était fortement pollué.

Ces observations se confirment : le produit est périmé à plus de la moitié.

Dès le 10 mars 2021, le *British Journal of Medicine* alerte sur le fait que **le vaccin Pfizer-BioNTech peut être dégradé à 55 %.**

La prestigieuse revue rapporte ses investigations et les résultats inquiétants auxquels elle est parvenue :

« Des inquiétudes quant à l'intégrité des molécules d'ARNm dans certains vaccins covid-19 :

Les résultats mettent en évidence la fragilité du processus de fabrication, mais les entreprises ne sont pas disposées à divulguer les informations.

Des documents de l'Agence européenne des médicaments (EMA) ayant fait l'objet d'une fuite à la suite d'une cyberattaque en décembre montrent que certains lots commerciaux précoces du vaccin covid-19 de Pfizer-BioNTech présentaient des niveaux plus faibles que prévu de molécules d'ARNm intactes.

Mais dans un rapport spécial publié aujourd'hui dans The BMJ, la journaliste Serena Tinari montre que l'EMA était préoccupée par la différence de qualité entre les lots cliniques et les lots commerciaux proposés du vaccin Pfizer-BioNTech.

Plus précisément, l'EMA était très préoccupée par les quantités étonnamment faibles (environ 55%) d'ARNm intact dans les lots du vaccin développés pour la production commerciale.

Il s'agit d'un problème qui concerne non seulement le vaccin de Pfizer-BioNTech, mais aussi ceux produits par Moderna, CureVac et d'autres, ainsi qu'un vaccin à ARNm de "deuxième génération" actuellement étudié par l'Imperial College de Londres.

*Dans un courriel daté du 23 novembre 2022, un haut responsable de l'EMA a exposé une série de problèmes. En bref, **la fabrication commerciale ne produisait pas les vaccins selon les spécifications attendues, et les régulateurs n'étaient pas certains des implications sur la sécurité et l'efficacité.***

L'EMA a répondu en soumettant deux "objections majeures" à Pfizer, ainsi qu'une série d'autres questions auxquelles elle souhaitait répondre.

Finalement, le 21 décembre, l'EMA a autorisé le vaccin de Pfizer-BioNTech et, dans un rapport publié sur son site Web, elle a noté que "la qualité de ce médicament, soumis dans le contexte d'urgence de la pandémie actuelle de (covid-19), est considérée comme suffisamment cohérente et acceptable".

Cependant, il n'est pas clair comment les préoccupations de l'agence ont été satisfaites, écrit Tinari.

Le BMJ a demandé à Pfizer, Moderna et CureVac, ainsi qu'à plusieurs organismes de réglementation, quel pourcentage d'intégrité de l'ARNm ils considéraient comme acceptable pour les vaccins contre le covid-19.

Aucun d'entre eux n'a donné de précisions et, dans une correspondance ultérieure, l'EMA, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis et l'organisme canadien de réglementation des médicaments, Santé Canada, ont tous déclaré que les informations spécifiques relatives aux critères d'acceptabilité étaient confidentielles.

Pfizer a également refusé de commenter le pourcentage d'intégrité de l'ARNm qu'elle vise, et n'a pas voulu répondre aux questions sur la cause du pourcentage d'intégrité de l'ARNm étonnamment bas dans certains lots, laissant ouverte la question de savoir si cela pourrait se reproduire.

Moderna a refusé de répondre aux questions du BMJ, tandis que CureVac a déclaré au BMJ qu' "il est trop tôt pour donner des détails".

Le manque d'informations peut refléter le manque de certitude, même parmi les régulateurs, sur la façon d'évaluer pleinement les preuves pour cette nouvelle technologie, suggère Tinari.

Le professeur de biopharmaceutique, Daan J.A. Crommelin, a déclaré au BMJ que "pour les produits de petite taille et de faible poids moléculaire, l'intégrité de l'ingrédient pharmaceutique actif est généralement proche de 100 %."

Mais pour les vaccins à ARNm ? "L'expérience en matière d'intégrité de l'ARNm est limitée" ».

(« Concerns over integrity of mRNA molecules in some covid-19 vaccines », BMJ, 2021)

<https://www.bmj.com/company/newsroom/concerns-over-integrity-of-mrna-molecules-in-some-covid-19-vaccines/>

Le fait, ainsi établi, que certains lots commerciaux du vaccin covid-19 de Pfizer-BioNTech présentent des niveaux d'ARNm intacts plus faibles que prévu « suscite des questions plus vastes sur la manière d'évaluer cette nouvelle plateforme vaccinale ».

(« The EMA covid-19 data leak, and what it tells us about mRNA instability », BMJ 2021; 372)

<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n627>

Ledit article rapport que :

« Les scientifiques de l'EMA chargés d'assurer la qualité de la fabrication - c'est-à-dire les aspects de chimie, de fabrication et de contrôle de la soumission de Pfizer à l'EMA - se sont inquiétés des "espèces d'ARNm tronquées et modifiées présentes dans le produit fini". Parmi les nombreux fichiers qui ont fait l'objet d'une fuite vers le BMJ, un courriel daté du 23 novembre, envoyé par un haut responsable de l'EMA, décrit une série de problèmes.

En bref, la fabrication commerciale ne produisait pas les vaccins selon les spécifications attendues, et les régulateurs n'étaient pas certains des implications. L'EMA a répondu en déposant deux "objections majeures" auprès de Pfizer, ainsi qu'une série d'autres questions auxquelles elle souhaitait répondre.

Le courriel identifiait " **une différence significative dans le % d'intégrité de l'ARN/espèce tronquée** " **entre les lots cliniques et les lots commerciaux proposés - d'environ 78 % à 55 %.** La cause profonde était inconnue et l'impact de cette perte d'intégrité de l'ARN sur la sécurité et l'efficacité du vaccin restait "à définir", selon le courriel.

Finalement, le 21 décembre, l'EMA a autorisé le vaccin de Pfizer-BioNTech. Le rapport d'évaluation public de l'agence, un document technique publié sur son site Internet, note que "la qualité de ce médicament, soumis dans le contexte d'urgence de la pandémie actuelle de (covid-19), est considérée comme suffisamment cohérente et acceptable".

Il n'est pas clair comment les préoccupations de l'agence ont été satisfaites. Selon l'un des courriels ayant fait l'objet d'une fuite, daté du 25 novembre, des nouvelles positives provenaient d'une source non divulguée aux États-Unis : "Les derniers lots indiquent que le pourcentage d'ARN intact est revenu à environ 70-75 %, ce qui nous laisse un optimisme prudent quant aux données supplémentaires qui pourraient permettre de résoudre le problème", indique le courriel ».

Ces informations, provenant de fuites, donc qui n'étaient pas destinées à être connues du public sont **pour le moins inquiétantes quant à l'intégrité du produit et, partant, quant à sa sécurité.**

- Le génotoxicité, source de cancerogénicité

La dangerosité intrinsèque de l'ARNm vaccinal se déduit, enfin, de sa génotoxicité, laquelle est source de cancerogénicité.

Tout médicament de nature génétique comme l'ARNm ouvre la porte à une toxicité possible pour le génome (génotoxicité). Il peut aussi induire des cancers (cancérogénicité).

Les vaccins anti-covid sont fabriqués à base de séquences génétiques de virus. Le génome des virus est fait d'ADN ou d'ARN. Celui de l'Homme est fait d'ADN.

Comme de l'ARN ne peut pas entrer directement dans de l'ADN, il passe par une étape de transformation, celle de la « transcription inverse », qui réécrit l'ARN en ADN. L'ADN d'un virus peut alors entrer dans le noyau de cellules humaine, et s'intégrer à notre génome.

Dans le cas des vaccins anti-COVID, il s'agit d'une chimère entre l'Homme et une séquence génétique ARNm totalement artificielle, donc sans aucun précédent connu, en terme notamment de modification génétique.

Après plus de 2 ans de mise en œuvre de ces vaccins, aucun travail n'a été en mesure de décrire le fait que l'ARN du vaccin anti-covid ne présentait pas de génotoxicité, ni de cancérogénicité.

Les organismes régulateurs en Europe, l'EMA, et aux Etats-Unis, le CDC, ont au contraire admis qu'ils ne disposaient d'aucune information.

Comme il a été exposé ci-dessus les courriers fuités de l'EMA montrent l'absence d'étude de cancérogénicité et de génotoxicité.

Quant au CDC américain, il avait assuré que les vaccins covid :

« ne changent ni n'interagissent avec notre ADN de quelque manière que ce soit ».

Sommé de partager les infos qui fondaient une telle affirmation, le CDC a répondu :

« Une recherche dans nos dossiers n'a révélé aucun document relatif à votre demande. »

<https://archive.org/details/cumulative-analysis-of-post-authorization-adverse-event-reports-of-pf-07302048-bnt162b2>

Pourtant, des publications scientifiques ont montré que **l'ARN de vaccin, mis au contact de cellules humaines modifiait la réponse de ces cellules en activant des systèmes de « transcription inverse ».**

(« Intracellular Reverse Transcription of Pfizer BioNTech COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 In Vitro in Human LiverCell Line », *Current Issues in MolecularBiology*, 44(3), 1115-1126)

<https://www.mdpi.com/1467-3045/44/3/73>

Il est donc faux de dire que « les vaccins à ARNm ne peuvent pas altérer notre ADN ».

Au contraire, la compréhension de l'intégration de l'ADN extérieur à nos cellules dans notre génome nous vient de découvertes datant de 1974, par l'équipe du célèbre Rudolf Jaenisch.

(« Simian Virus 40 DNA Sequences in DNA of HealthyAdult Mice Derived from Preimplantation Blastocysts Injected with Viral DNA », *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 71 (4): 1250–1254.)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC388203/>

Aujourd'hui, on estime qu'environ 8 % de notre génome est fait de ces séquences de virus, ce qui signifie que des séquences virales ont la capacité d'envahir notre génome, et que la génération d'après hérite de l'histoire de ces rencontres avec des virus.

Compte tenu de la **stabilité inédite de cet ARNm vaccinal**, qui persiste dans nos cellules, et sa capacité à activer notre système de transcription inverse, cet ARNm doit pouvoir entrer dans notre génome, **créant un risque de génotoxicité et/ou de cancérogénicité.**

Dans le cas des vaccins anti-covid, la séquence de virus est artificielle, puisqu'elle est dérivée du virus SARS-Cov-2. Or, comme a titré en novembre 2022 la revue *Nature*, **l'hypothèse que SARS-Cov2 soit d'origine naturelle est désormais considérée comme « quasi nulle ».**

(« Chances of finding COVID-virus ancestor 'almostnil', sayvirologists », *Nature*. 2022 Nov 10)

<https://www.nature.com/articles/d41586-022-03611-w>

Une étude de septembre 2022 révèle qu'on a retrouvé la protéine spike avec son ARNm dans le noyau de la cellule.

On ignore tout des conséquences de cette présence de l'ARNm dans le noyau des cellules. Mais, on sait qu'elle va à l'encontre de ce que l'INSERM, tout comme le NIH (Institut national américain de la santé), avait un peu rapidement affirmé :

« L'ARN messenger n'entre jamais dans le noyau de la cellule, qui est là où notre ADN (matériel génétique), est gardé ».

(« Nuclear translocation of spike mRNA and protein is a novel pathogenic feature of SARS-CoV-2 », *BioRxiv*, 27 sept. 2022)

<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.09.27.509633v1>

Les modifications génétiques ne s'arrêtent pas là.

Elles peuvent aussi se situer **au niveau épigénétique**.

Les régulations épigénétiques peuvent être soit transmises à la génération suivante (intergénérationnel), soit au-delà avec des sauts de génération (transgénérationnel).

(A. Henrion-Caude, *Rapport. Expertise sur les vaccins covid-19*, 11 nov. 2021

https://fddlp.org/wp-content/uploads/2021/11/LEX_FDDL_P_RapportVaccin_FINAL_AHenrion_Caude_11nov21.pdf

« Héritage épigénétique intergénérationnel ou transgénérationnel: l'environnement parental »)

<https://thisisepigenetics.ca/fr/about-epigenetics/heritage-epigenetique-intergenerationnel-ou-transgenerationnel-lenvironnement>

La toxicité des vaccins ARNm est ainsi avérée.

Fin 2021, un document de 450 000 pages que Pfizer comptait délivrer après « 75 ans et quatre mois » a été rendu public. Dans ces pages, on peut lire page 30 exactement, une « liste d'effets secondaires d'intérêt particulier », dont 15 302 maladies qui sont listées comme « effets secondaires d'intérêt particulier » par Pfizer-même.

<https://archive.org/details/cumulative-analysis-of-post-authorization-adverse-event-reports-of-pf-07302048-bnt162b2>

Citons l'une des maladie de cette liste des 15 302 maladies: le « *Syndrome de délétion 1p36* ».

Il s'agit d'une anomalie chromosomique, avec perte d'un morceau du chromosome 1.

Cette perte occasionne une « *dysmorphie faciale distinctive, une hypotonie, un retard de développement, une déficience intellectuelle, des crises d'épilepsie, des malformations cardiaques, une absence ou un retard d'acquisition du langage et un retard de croissance prénatal* », selon Orpha.net, qui recense toutes les maladies génétiques.

<https://www.orpha.net/consor4.01/www/cgi-bin/?lng=FR>

Ainsi, selon Pfizer, lui-même , le vaccin à ARNm Pfizer pourrait avoir un lien avec cette maladie qui résulte d'une délétion d'un bout de chromosome.

Ces maladies peuvent être causées par la génotoxicité, la cancérogénicité des vaccins ARNm.

La toxicité est reconnue par l'EMA, notamment due à « l'effet dose » :

« *Le nouvel excipient ALC-0159 contient possiblement une fraction d'acétamide (...) Etant donné que la quantité d'excipient ALC-0159 dans le produit fini est faible (50ug/dose), que sa clairance est élevée et que seules*

2 administrations du produit sont recommandées pour les humains, le risque de génotoxicité devrait être très faible ».

(L'original de ce courrier officiel peut être consulté sur :

https://www.pause2think.org/site/document/EMA_Courrier_reponse.pdf

Et voir : [https://fddlp.org/wp-content/uploads/2021/11/](https://fddlp.org/wp-content/uploads/2021/11/LEX_FDDL_P_RapportVaccin_FINAL_AHenrion_Caude_11nov21.pdf)

[LEX_FDDL_P_RapportVaccin_FINAL_AHenrion_Caude_11nov21.pdf](https://fddlp.org/wp-content/uploads/2021/11/LEX_FDDL_P_RapportVaccin_FINAL_AHenrion_Caude_11nov21.pdf)

On rappellera que de nombreux Français en sont à la 4ème, voire à la 5ème dose de vaccin ARNm.

La toxicité peut aussi être due à la production de la protéine spike, qui est connue comme étant toxique, et aussi **connue comme capable de réveiller des séquences endormies de notre génome** et aboutir à des maladies qui sont admises par l'ANSM comme dues aux vaccins ARNm, telles la polyarthrite rhumatoïde.

(« Toxicity of spike fragments SARS-CoV-2 S protein for zebrafish: A tool to study it's hazardous for human health ? », *Science of the Total Environment*, 20 mars 2022

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048969721074222?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=74a0ad987cb6d702#bb0215

(« Evidence of the pathogenic HERV-W envelope expression in T lymphocytes in association with the respiratory outcome of COVID-19 patients », *The Lancet*, 15 avr. 2021

[https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(21\)00134-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(21)00134-1/fulltext)

7. LA COMPOSITION COMPLÈTE DES « VACCINS COVID-19 » EST INCONNUE

Pour la 1ère fois dans l'Histoire de la vaccination, même le médecin ne peut pas connaître la composition des produits.

Madame Michèle RIVASI, députée européenne, rapporte avoir demandé, en vain, à l'Agence européenne du médicament de communiquer aux députés la composition complète des vaccins contre le covid-19 achetés par la Commission européenne.

C'est ce qui ressort de l'échange entre Mme RIVASI et Mme Hélène BANOUN, Pharmacienne-Biologiste, ancienne interne des Hôpitaux de Paris, lors d'une conférence :

« H. Banoun : une ONG américaine a demandé à Pfizer de dire quel était l'ingrédient secret, il paraît **qu'il y a un ingrédient secret qui représente 20% des flacons**. Donc c'est peut-être pour cela que Pfizer ne veut absolument pas faire tomber le brevet puisqu'il y a un ingrédient secret.

M. Rivasi : Quand vous avez un brevet vous avez accès à l'information et après il y a une deuxième partie qui est le savoir-faire. Et bien, quand ils ne veulent absolument pas transmettre la recette en fait de leur vaccin c'est dans le savoir-faire et là s'ils ne veulent pas les donner et il faut faire de "l'ingénierie reverse", c'est à dire regarder tous les ingrédients qu'il y a dans le vaccin et puis le refaire. C'est beaucoup plus long, c'est pour ça que quand on parle de dérogation des brevets au niveau de l'OMC, ça c'est pour les brevets, mais il faut aussi qu'ils transmettent le savoir-faire et effectivement il y a toute une partie d'ingrédients.

J'en ai eu confirmation par l'Agence européenne du médicament : je leur dis est-ce que vous savez tous les ingrédients qui ont été mis dans le vaccin ?

Ils m'ont dit que non alors que, normalement, l'Agence européenne du médicament, même s'il y a une partie confidentielle devrait avoir accès à ces données ce qui n'est pas le cas ».

https://twitter.com/boutaour/status/1441357302183825414?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwterm%5E1441357302183825414%7Ctwgr%5Ea508fad0d709ed28e184b8945c9dad71cc345b62%7Ctwcon%5Es1&ref_url=https%3A%2F%2Fwww.francesoir.fr%2Fsociete-sante%2Fvaccination-obligatoire-lagence-europeenne-des-medicaments-ne-sait-pas-repondre-non

La question de la composition des produits Pfizer et Moderna est désormais aussi portée devant la justice allemande.

Alarmés par les effets secondaires qu'ils observaient, des scientifiques allemands de renom ont d'abord saisi l'Autorité de contrôle allemande des médicaments et, recevant pas de réponse à leurs demandes, ont saisi la justice. L'affaire est pendante.

Ainsi, selon le journal allemand, *Wochenbild* :
« Que contient le vaccin ? »

L'Institut Paul-Ehrlich refuse de fournir des informations sur les ingrédients des vaccins.

Après s'être adressés sans succès depuis le début de l'année, d'abord au patron de Biontech, Ugur Sahin, puis à deux reprises, puis à l'Institut Paul-Ehrlich (PEI) en tant qu'autorité de contrôle compétente, **pour obtenir des réponses à leurs questions sur la composition et l'étude des effets secondaires du vaccin Corona "Comirnaty" de Biontech, une série de scientifiques renommés des domaines de la chimie et de la physique sont maintenant prêts à briser juridiquement sa tactique de refus.**

Avec l'aide d'un avocat, ils ont demandé au PEI de commencer enfin à fournir les informations demandées en se référant à la loi sur la liberté d'information. En vue de possibles et probables conflits juridiques supplémentaires, le professeur Jörg Matysik, responsable de la demande, n'a pas voulu s'exprimer plus en détail sur les "arguments juridiques" contre le PEI.

Le non-respect des obligations de surveillance pourrait même être punissable.

Quoi qu'il en soit, le dernier mot n'a pas encore été dit ici, car, poursuit Matysik, "l'intérêt général du public, y compris en ce qui concerne l'obligation de vaccination du personnel soignant et militaire, est tout de même important". Il faut s'attendre à ce que l'institut soit poursuivi, si nécessaire, pour violation de ses obligations de surveillance, s'il refuse à nouveau de fournir des informations ou s'il s'avère que les contrôles du vaccin n'ont pas été suffisants.

L'inquiétude des scientifiques repose avant tout sur la "dispersion blanche à blanc grisâtre" indiquée dans la notice du vaccin. Étant donné que la description du produit du vaccin ne laisse apparaître "aucun composant" pour lequel nous nous attendrions à une couleur propre", on peut supposer qu'il s'agit d'une impureté.

Le chef de Biontech a également traité les scientifiques avec arrogance.

Sur ce point, les professeurs ont reçu de la part de Sahin des réponses sans intérêt.

Ils n'ont pas non plus obtenu de réponse à la question de savoir sur quelle base les substances ALC-0159 et ALC-0315 avaient été autorisées pour l'injection directe dans le corps, alors que ces dernières en particulier pourraient irriter les yeux, la peau et les muqueuses, voire provoquer un cancer. Ni de Biontech, ni du PEI. Il s'agit donc d'une nouvelle tentative d'exiger juridiquement les informations demandées gentiment pendant des mois. Il reste à espérer que l'autorité fédérale et l'instance de surveillance étatique officiellement compétente pour les vaccins expérimentaux remplissent enfin compréhensibles au vu de l'explosion des dommages et des effets secondaires des vaccins ».

(« Paul-Ehrlich-Institut verweigert Auskunft über Impfstoff-Inhaltsstoffe » (« Que contient le vaccin ? L'Institut Paul-Ehrlich refuse de fournir des informations sur les ingrédients des vaccins »), *Wochenbild*, 23 août 2022)

<https://www.wochenblick.at/corona/professoren-wollen-klagen-paul-ehrlich-institut-verweigert-auskunft-ueber-impfstoff-inhaltsstoffe/>

La justice italienne a, de son côté, ordonné l'analyse des vaccins ARNm.

Ainsi, dans cette affaire :

« L'avocate a produit l'avis d'un médecin chercheur, présenté comme virologue indépendant, qui estime que les vaccins ARNm ne remplissent pas la fonction de protection pour laquelle ils sont injectés. Ces vaccins, écrit-il dans la plainte, **"n'ont pas la conformation fonctionnelle déclarée"** et la réponse immunitaire qu'ils engendrent "est inefficace" ».

(« La justice italien a ordonné l'analyse des vaccins anti-Covid à ARNm », BFM, 30 juill. 2022)

Considérant que **la notice de ces produits ne saurait, non plus, renseigner sur leur composition exacte.**

C'est ce qu'expose le Dr. Renata Moon, professeur en médecine clinique, WSU collège de médecine, lors d'une audition au Sénat américain, le 8 décembre 2022 :

« **Renata Moon :**

Voici la notice (du vaccin Pfizer) et je pense qu'il est important de la montrer. J'ai été un défenseur des vaccins pendant toute ma carrière.

En général, lorsque vous ouvrez une boîte de vaccins, il y a une fiole à l'intérieur, une boîte et une notice, et ceci est un exemple de boîte scellée. Honnêtement, la plupart du temps, nous ne la lisons pas toujours parce que nous l'avons déjà regardée et elle reste donc dans la boîte. Donc, lorsque nous ouvrons une notice, une notice typique ressemble à ceci, il y a beaucoup d'informations dessus en termes d'effets indésirables, les composants de celui-ci et je vais laisser le docteur Gortler expliquer d'où cela vient en termes de la FDA.

Sen. Johnson :

C'est beaucoup d'informations, un peu comme les conditions d'utilisation de vos produits Apple.

Renata Moon :

C'est exact. Donc, beaucoup d'informations (...). Il y a quelques mois, j'ai regardé la notice, je l'ai sortie de la boîte du produit ARNm, et elle était scellée. Comme je vous le montre ici, j'ai descellé la boîte, et le tout est entré, puis j'ai sorti ceci et voilà à quoi ça ressemble. Donc, j'aimerais vous montrer ça. C'est vierge. Il est écrit intentionnellement vierge dessus.

David Gortler :

*Voilà. **Ce sont les données sur lesquelles les pharmaciens et les médecins se basent pour donner les injections.** En dehors des recommandations des médias grand public, c'est juste là. Voilà une bonne question. Pourquoi n'ont-ils pas imprimé ça sur un papier de la taille d'un timbre-poste ? Pourquoi tout ce cinéma pour le plier en un grand morceau de papier comme ça ? Pourquoi ?*

Sen. Johnson :

Mais c'est ce qui passe pour un consentement éclairé ?

Renata Moon :

*Bien. **Alors, comment puis-je obtenir le consentement éclairé des parents si je n'ai que ça ? J'ai un gouvernement qui me dit que je dois dire sûr et efficace, et que si je ne le fais pas, ma licence est menacée.** Comment puis-je donner un consentement éclairé aux patients ? Nous constatons une augmentation des myocardites, une augmentation des effets indésirables, nous avons fait confiance à ces agences de réglementation, moi de toute ma carrière jusqu'à aujourd'hui ».*

Pièce n°23

Considérant que **la composition exacte de ces produit n'est donc pas connue.**

Ainsi, Maître Teissedre, avocat au barreau de Montpellier, a demandé à l'ANSM, par un courrier en date du 26 août 2021, des éléments complets sur les substances actives de ces deux produits.

L'ANSM lui a opposé, par un courrier, en date du 7 septembre 2021, une fin de non-recevoir.

Il a donc été impossible d'obtenir la composition exacte de ces produits auprès des autorités sanitaires françaises.

De même, selon David Gortler, chercheur au *Ethics and Public Policy Center* à Washington DC ancien conseiller de la FDA (*Food and Drug Administration*) américaine, lors d'une audition au Sénat américain, le 8 décembre 2022 :

*« Je voudrais parler un peu de la fabrication et des normes réglementaires de ce composé et j'aimerais que les médecins et les pharmaciens qui nous regardent soient particulièrement attentifs à ce que je dis, car **nous ne savons pas ce que contient ce vaccin en particulier, nous savons ce qu'il est censé contenir, mais nous ne savons pas exactement quel est le contrôle de qualité.** Nous ne savons pas exactement.*

*Nous savons quelle dose administrer aux gens, que ce soit 0,3 milligramme ou 0,5 milligramme ou que nous donnions 100, 30 microlitres ou 100 microlitres du vaccin, **mais quelle est la masse ? Les gens ne le savent pas. Quelle est la charge ? Quel est le nombre de cellules contenues dans ces vaccins ? Personne ne le sait. Quelle est la demi-vie ? Personne ne le sait** ».*

Pièce n° 23

Considérant que **des insuffisances ont été constatées dans la fabrication de ces produits.**

Ainsi, Mme LEXA observe que :

*« Le RAG (RegulatoryAdvisorgy Group, groupe consultatif réglementaire du processus ACCELERATOR de l'OMS)**reconnait de nombreuses failles et insuffisances dans le déploiement des vaccins à grand échelle:** problème de la comparabilité du même vaccin produit à différents sites, inspection des sites de fabrication (...).*

***L'ECBS** (Expert Committee on BiologicalStandardization) **de l'OMS** (...) appuie sur le fait que **« des informations détaillées ne sont pas encore disponibles sur les méthodes utilisées pour la production, les contrôles ne sont pas encore normalisés pour des vaccins à ARNm** (...) La production et les procédures de contrôle (...) peuvent affecter la qualité, l'innocuité et l'efficacité des vaccins à ARNm (« Les études pré-cliniques (chronologie, Bonnes pratiques) dans le développement du vaccin ARNm contre la covid-19. Importance, insuffisances, négligences et conséquences », déc. 2022).*

Pièce n° 22

Ainsi, il est apparu, en août 2021, que des lots de vaccins contenaient des particules métalliques, en l'occurrence de l'acier inoxydable, un composé qui ne devait en aucun cas s'y trouver. Le sous-traitant ayant livré les lots opère depuis l'Espagne pour plusieurs pays d'Europe.

Selon le journal, *Le Figaro* :

« L'entreprise Américaine a confirmé la présence de particules métalliques dans 1,6 million de doses envoyées au Japon »

(« Covid-19 : les doses du vaccin Moderna suspendues au Japon contenaient des particules métalliques », Le Figaro, 1^{er} sept. 2021)

<https://www.lefigaro.fr/societes/covid-19-les-doses-du-vaccin-moderna-suspendues-au-japon-contenaient-des-particules-metalliques-20210901>

Le même incident se reproduit, en avril 2022.

(« Covid-19 : Moderna rappelle des centaines de milliers de doses de vaccin produites en Espagne par la CDMO Rovi », L'Usine nouvelle, 1^{er} avr. 2022)

<https://www.usinenouvelle.com/article/covid-19-moderna-rappelle-des-centaines-de-milliers-de-doses-de-vaccin-produites-en-espagne-par-la-cdm-ovi.N1992587>

Des défaillances dans la qualité des essais cliniques avaient déjà été détectés par une employée du contrôle qualité de l'un des sous-traitants de la société Pfizer.

(« Vaccins contre le Covid-19 : enquête sur de possibles défaillances d'un sous-traitant de Pfizer lors de son essai de phase 3 », Le Monde, 7 nov. 2021)

https://www.lemonde.fr/planete/article/2021/11/07/enquete-sur-les-defaillances-d-un-sous-traitant-de-pfizer-lors-de-son-essai-de-phase-3_6101294_3244.html

Le bien-fondé et la gravité de cette alerte ont été confirmés par une étude publiée dans le *British Medical Journal*, selon laquelle :

« Covid-19 : Un chercheur dénonce des problèmes d'intégrité des données dans le cadre de l'essai vaccinal de Pfizer »

La révélation de mauvaises pratiques au sein d'une société de recherche sous contrat participant à l'essai clé du vaccin covid-19 de Pfizer soulève des questions sur l'intégrité des données et la surveillance réglementaire ».

(« Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizer's vaccine trial »)

<https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635>

Considérant que **des différences sont constatées dans le contenu des fioles de vaccin selon les lots.**

Ainsi, l'inventeur de la technologie ARNm, M. Robert Malone, expose, lors d'une audition au Sénat américain, le 8 décembre 2022, en réponse à une question du Sénateur Johnson :

« **Sen. Johnson :**

Donc, je viens à la fabrication (...).

*Quelqu'un a parlé de la complexité de la fabrication de cet ARNm en milliards de doses et encore une fois, lorsque **nous ne testons pas vraiment la cohérence des lots**, je veux dire, j'ai écrit une lettre à la FDA au sujet des gens qui déclarent au VAERS, un système imparfait, **mais on voit un pourcentage élevé de blessures liées au vaccin associées à un petit nombre de lots**. Je dirais que je n'ai pas obtenu une réponse très adéquate à ce sujet. Mais quelqu'un peut-il simplement parler de la complexité fondamentale de la production de ce lot, même petit, par rapport à des milliards de personnes ? (...).*

Robert Malone :

Ces nanoparticules lipidiques auto-assemblées, ce qui est une façon élégante de dire qu'elles s'assemblent naturellement pour former ces particules parce que l'ARN est chargé négativement et que les graisses dans les particules sont chargées positivement et qu'elles s'associent simplement les unes aux autres, s'auto-assemblent.

*Elles ont de nombreux composants chimiques. Il s'agit de produits pharmaceutiques très complexes et ils comportent des aspects comme le polyéthylène glycol qui sont conçus pour être sur la particule et qui tombent dès qu'elle est injectée. **Il s'agit donc de produits très***

complexes qui nécessitent de nouvelles technologies de fabrication, comme la microfluidisation, qui n'ont jamais été déployées à cette échelle par le passé.

Ils sont fabriqués sur de très nombreux sites dans le monde entier. Il semble y avoir peu de contrôle du processus de fabrication et ma réponse à l'agence, après avoir reçu cette lettre, aurait été de demander les données démontrant que les lots sont cohérents, parce que les données du site "How bad is my batch", cet agrégat qui puise dans diverses bases de données pour démontrer **qu'il y a une variance significative dans la toxicité d'un lot à l'autre**, comme le lot que j'ai reçu avec ma deuxième dose qui m'a presque tué, car j'ai développé une hypertension avec une systolique à 2:30. **Il y a une raison pour laquelle certains lots sont associés à beaucoup plus de décès et à beaucoup plus de maladies que d'autres. Et donc, ma suggestion, respectueusement, Sénateur est, en recevant cette lettre, la réponse pourrait être, montrez-moi les données.**

Sen. Johnson :

Cela ne surprendra personne dans cette audience que l'agence gouvernementale chargée de collecter des données et de les fournir de manière transparente au public ne donne pas ses données.

David Gortler :

Bien sûr. Donc, je veux commencer par dire que c'est quelque chose qui pourrait être assez facilement caractérisé par la FDA et l'effort de transparence en matière de santé publique.

La FDA dispose de l'Office of Pharmaceutical Quality, qui compte environ 13 000 employés sur les quelque 20 000 que compte l'agence. Il est dirigé par un pharmacien qui en a la capacité et le personnel, et la FDA dispose globalement d'environ la moitié de son budget qui est discrétionnaire, soit plus de 3 milliards de dollars.

C'est quelque chose qu'ils pourraient faire assez facilement. Elle pourrait non seulement caractériser les composants de ce vaccin et les communiquer au public (...). Je suis d'avis que tous ces éléments devraient être publiés de manière très visible».

Pièce n°23

Considérant que l'intégrité de l'ARNm ne correspond pas aux allégations du fabricant.

Il a précédemment été exposé que les vaccins contenaient moins d'ARNm que ne l'avaient prétendu les fabricants.

Des fuites de documents de l'EMA montrent que ce défaut d'intégrité était connu des autorités européennes qui, dans la précipitation, ont choisi d'abaisser leurs exigences, laissant augurer d'autres failles dans le contrôle réglementaire des produits.

Ainsi, Mme Rivasi a-t-elle interrogé la Commission européenne à ce sujet, **sans réponse à ce jour :**

« Selon des documents confidentiels que Pfizer a envoyés à l'EMA et qui ont été révélés par une enquête récente de Trial Sites News*, l'efficacité du vaccin dépend de l'intégrité de l'ARN délivré, et nécessite une molécule d'ARN suffisamment intacte. Un seuil minimum d'intégrité de l'ARN a donc été fixé à 70%. Sauf que fin novembre 2020, juste avant que le vaccin Pfizer n'obtienne son autorisation conditionnelle de mise sur le marché, une perte significative de l'intégrité de l'ARN a été remarquée dans les lots commerciaux (~ 55% d'intégrité de l'ARNm du lot commercial contre ~78% des lots des essais cliniques).

Cette situation a préoccupé les experts de l'EMA car ses implications potentielles sur la sécurité de votre vaccin étaient totalement inconnues.

En outre, les lots commerciaux présentant le plus faible niveau d'intégrité de l'ARNm (~ 55 %) provenaient de Puurs, l'usine qui fournissait principalement les pays de l'UE. Les autres documents révélés montrent que ces préoccupations de l'EMA ont été "traitées" en abaissant le seuil minimum d'intégrité de l'ARN à 50%.

Mes questions sont donc les suivantes :

- Qui a pris la décision de changer/abaisser le seuil (de 70% à 50%) ?
- vous avez fourni les données supplémentaires à l'EMA mais nous n'avons toujours pas de données brutes publiées, pouvons-nous les avoir ?
- qui effectue le contrôle de qualité dans vos différentes usines ? Est-ce que les experts de l'EMA viennent dans vos usines et vérifient l'ensemble du processus de fabrication ? »

https://multimedia.europarl.europa.eu/fr/webstreaming/special-committee-on-covid-19-pandemic_20221010-1430-COMMITTEE-COVI

* <https://www.trialsitenews.com/a/update-to-investigation-into-the-leaked-ema-emails-showing-pfizer-clinical-trial-concerns-video-dc3a41e4>

Considérant que **les contrats liant les fabricants à la Commission européenne interdisent l'analyse de la composition des produits par des experts indépendants.**

Cette clause, qui ne lie pas les plaignants, ne peut qu'interroger et générer de forts soupçons quant à la composition des produits, lesquels doivent être levés par une expertise indépendante, comme demandée.

Mme Rivasi a, dans ce sens, posé la question suivante à la Commission européenne, question **restées sans réponse** :

« Pourriez-vous également nous expliquer pourquoi Pfizer interdit aux pays contractants d'effectuer des tests en laboratoire indépendants sur vos flacons de vaccin afin de contrôler la qualité et de garantir la conformité de l'étiquette du produit ? »

https://multimedia.europarl.europa.eu/fr/webstreaming/committee-on-environment-public-health-and-food-safety_20221025-0900-COMMITTEE-ENVI

Ainsi, compte tenu :

- Du nombre colossal de déclarations d'effets indésirables parvenus à la pharmacovigilance,
- Du fait que les "vaccins" n'empêchent pas de contracter la maladie,
- Du fait que les "vaccins" n'empêchent pas de transmettre la maladie,
- Du fait que personne ne semble connaître la composition totale des produits.
- Du nombre important de plaintes déposées dans toute la France,

Nous nous étonnons du fait qu'aucune autorité (administrative ou judiciaire) n'ait pris l'initiative d'ordonner une expertise tendant à diligenter :

- 1) Une analyse **physico-chimique** des deux produits, dits « vaccins » contre le covid-19 de Moderna et Pfizer,

- 2) Une analyse **microbienne** des deux produits, dits « vaccins » contre le covid-19 de Moderna et Pfizer,
- 3) Une analyse des **propriétés magnétiques** des deux produits, dits « vaccins » contre le covid-19 de Moderna et Pfizer.
- 4) Une recherche de présences de **composants et nano-composants** des deux produits, dits « vaccins » contre le covid-19 de Moderna et Pfizer.

8. LES « VACCINS COVID-19 » SONT DE NATURE A PROVOQUER DES EFFETS GRAVES VOIRE A PROVOQUER LA MORT

Suivant les dispositions de l'article 16 du Code civil, « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. »

L'article R4127-2 du Code la santé publique dispose:

*« Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.
Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort. »*

Suivant les dispositions de l'article L1121-2 du Code de la Santé Publique :

« Aucune recherche impliquant la personne humaine ne peut être effectuée :

- si elle ne se fonde pas sur le dernier état des connaissances scientifiques et sur une expérimentation préclinique suffisante ;

- si le risque prévisible encouru par les personnes qui se prêtent à la recherche est hors de proportion avec le bénéfice escompté pour ces personnes ou l'intérêt de cette recherche ;
si elle ne vise pas à étendre la connaissance scientifique de l'être humain et les moyens susceptibles d'améliorer sa condition ;

si la recherche impliquant la personne humaine n'a pas été conçue de telle façon que soient réduits au minimum la douleur, les désagréments, la peur et tout autre inconvénient prévisible lié à la maladie ou à la recherche, en tenant compte particulièrement du degré de maturité pour les mineurs et de la capacité de compréhension pour les majeurs hors d'état d'exprimer leur consentement.

L'intérêt des personnes qui se prêtent à une recherche impliquant la personne humaine prime toujours sur les seuls intérêts de la science et de la société. »

Or, le caractère léthal du produit se déduit d'abord :

- du nombre proprement inédit de déclaration d'effets secondaires ;
- de l'augmentation tout aussi inédite du nombre de décès toutes causes ;
- ce que semble vouloir confirmer la volonté des autorités de dissimuler les chiffres relatifs aux morts toutes causes appariés au statut vaccinal covid et des hospitalisations appariées au statut vaccinal covid.

- Le nombre inédit d'effets indésirables

Le nombre totalement inédit d'effets indésirables déclarés post-vaccination covid n'a fait que croître.

Bien que peu de données consolidées existent en France et en Europe, on observe cette augmentation dans tous les pays qui ont massivement vacciné et, spécialement en Europe, ce qu'illustrent les exemples de la France et d'Allemagne, ainsi qu'aux Etats-Unis.

- **Ainsi, en Europe :**

Pour les seuls vaccins ARNm, en date du 8 décembre 2022 :

« - Comirnaty : un **total de 967 351 cas (plus 3 670 cas pour les vaccins bivalents adaptés de Comirnaty)** d'effets secondaires suspects signalés spontanément par les pays de l'UE/EEE ; **8 368 d'entre eux ont eu une issue fatale (plus 51 pour les vaccins bivalents adaptés de Comirnaty)** 6,7 (au 13 novembre 2022, environ 685 millions de doses du vaccin original Comirnaty et environ 16,1 millions de doses des vaccins bivalents adaptés de Comirnaty avaient été administrées à des personnes dans l'UE/EEE) ;

- Spikevax : un **total de 270 827 cas (plus 3 120 cas pour les vaccins bivalents adaptés de Spikevax)** d'effets secondaires suspects signalés spontanément dans les pays de l'UE/EEE ; **1 161 d'entre eux ont eu une issue fatale (plus 16 pour les produits bivalents adaptés de Spikevax)** 9,10 (au 13 novembre 2022, environ 161 millions de doses du vaccin original Spikevax et environ 317 800 doses des vaccins bivalents adaptés de Spikevax avaient été administrées à des personnes dans l'UE/EEE) ». (« COVID-19 vaccines safety update », EMA, 8 déc. 2022)

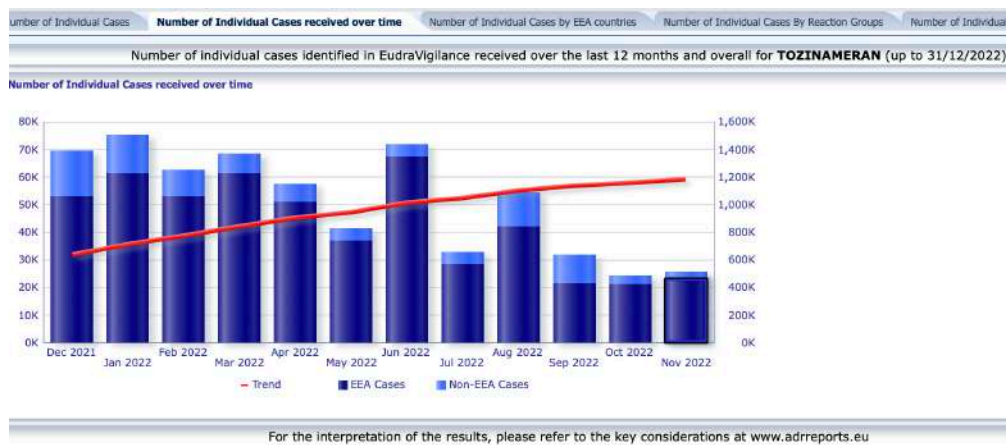
https://www.ema.europa.eu/en/documents/covid-19-vaccine-safety-update/covid-19-vaccines-safety-update-8-december-2022_en.pdf

Soit un total de 8 419 personnes décédées pour le vaccin Comirnaty et 1 117 pour le vaccin Spikevax.

Pour l'ensemble des vaccins contre le covid, **un total de 11 515 personnes décédées, dont 9 596 dus aux seuls vaccins à ARNm.**

Les vaccins ARNm sont donc indiscutablement les plus létaux.

En outre, la tendance à la déclaration d'effets secondaires (ligne rouge) reste à la hausse, en dépit de la décrue de la vaccination elle-même :



- En France :

Bien que peu de données détaillées et consolidées soient disponibles, on observe, pour les vaccins ARNm :

« L'analyse des effets indésirables rapportés avec le vaccin Comirnaty couvre les données validées du 22/07/2022 au 08/09/2022 :

Depuis le début de la vaccination, 118 342 cas d'effets indésirables ont été analysés par les CRPV rapporteurs (Bordeaux, Marseille, Strasbourg et Toulouse). La majorité des effets indésirables sont attendus et non graves. Au total, plus de 116 393 000 injections ont été réalisées au 8 septembre 2022.

L'analyse des effets indésirables rapportés avec le vaccin Spikevax couvre les données validées du 22/07/2022 au 08/09/2022

Depuis le début de la vaccination avec le vaccin Spikevax (Moderna), 31.169 cas d'effets indésirables ont été analysés par les CRPV rapporteurs (Lille et Besançon). Un grand nombre de cas concerne des réactions retardées locales non graves. Depuis le 8 novembre 2021, l'utilisation du vaccin Spikevax est réservée aux personnes de 30 ans et plus. Au total, plus de 23 912 200 injections ont été réalisées au 8 septembre 2022 ».

(« Point de situation sur la surveillance des vaccins contre la Covid-19 - Période du 22/07/2022 au 08/09/2022 », ANSM)

<https://ansm.sante.fr/actualites/point-de-situation-sur-la-surveillance-des-vaccins-contre-la-covid-19-periode-du-22-07-2022-au-08-09-2022>

Environ un quart des effets déclarés sont considérés par la pharmacovigilance comme graves :

Pour le vaccin Comirnaty :

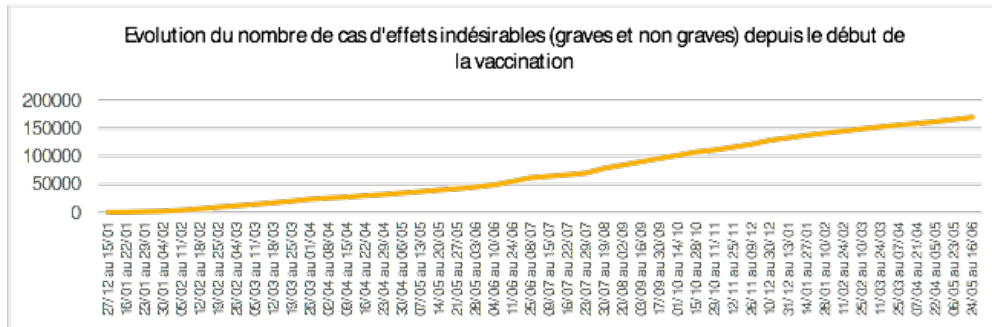


Pour le vaccin Spikevax :



(« Point de situation sur la surveillance des vaccins contre la Covid-19 – Période du 25/11/2022 au 22/12/2022 », ANSM)

Comme dans les données européennes, la tendance demeure à la hausse des déclarations d'effets indésirables, alors même que la vaccination elle-même décroît :



(« Suivi des cas d'effets indésirables des vaccins COVID-19 Données du 24/05/2022 au 16/06/2022 », ANSM)

<https://ansm.sante.fr/uploads/2022/06/30/20220623-vaccins-covid-19-fiche-de-synthese-ansm-2.pdf>

En Allemagne :

En Allemagne, selon une enquête précitée de la *Kassenärztliche bundes vereinigung* (KBV):

Année	Nombre de vaccinations (secteur conventionné)	Nombre de patients présentant des effets secondaires liés à la vaccination* (secteur conventionné)
2016	21.128.611	67.065
2017	21.656.464	68.208
2018	23.213.850	67.789
2019	24.856.747	70.441
2020	29.937.878	76.332

	Nombre de vaccinations contre le Covid-19 (secteur conventionné/non conventionné)	Nombre de patients présentant des effets secondaires liés à la vaccination* (secteur conventionné)
2021	153.750.725	2.487.526

* Les données contiennent à la fois des réactions vaccinales courantes et donc non soumises à déclaration et des effets secondaires de la vaccination soumis à déclaration.

Rien qu'en Allemagne, le **nombre d'effets indésirables post-vaccinaux déclarés est passé de 76 000, à son pic, en 2020, à 2 500 000, en 2021.**

La KBV reprend les données recueillies auprès de 72 millions d'assurés, lors de consultations privées auprès des médecins généralistes ou spécialiste, en dehors des hôpitaux. De manière générale, la base de données comptait environ 1 déclaration d'effet indésirable pour 350 vaccinations jusqu'en 2020.

Depuis le début de la campagne de vaccination contre le covid, ce taux est monté à 1 sur 60. Ainsi sur 153 750 725 vaccinations (153 millions), 2 487 526 (2,4 millions) de personnes ont rapporté des effets indésirables en consultation médicale.

(« Vaccins contre le covid-19 : comparaison du nombre de vaccinations et du nombre d'effets indésirables codés : 2016-2021, Rapp. *Kassenärztliche Bundesvereinigung*, 21 mars 2022)
[h t t p s : / / w w w . c o r i h . d e / m e d i e n / 2022_06_24Korrektur_Anfrage_codierte_Impfnebenwirkungen_Covid_19.pdf](https://sentadepuydt.substack.com/p/mort-subite-multipliee-par-10-en)
<https://sentadepuydt.substack.com/p/mort-subite-multipliee-par-10-en>

Le ministre de la santé allemand, Monsieur Karl LAUTERBACH vient de reconnaître publiquement, lors d'une intervention au journal télévisé de la chaîne ZDF du 12 mars 2023, que des effets secondaires graves étaient liés aux vaccins et qu'il était temps de prendre en charge les victimes.

"Les patients atteints de Covid long et de dommages post vaccinaux se sentent seuls. Tout d'abord, tous ces destins sont absolument choquants, et chaque destin est un de trop... En tant qu'État, nous le faisons de telle manière que les caisses d'assurance-maladie prennent en charge les frais de traitement... Il doit donc y avoir une reconnaissance plus rapide de ces procédures, de ces dommages. Nous obtenons maintenant lentement une image plus claire. Cependant, il faut également souligner qu'aucune mauvaise impression n'est laissée ici : **de graves dommages de vaccination se produisent - sur la base de la Données du Paul-Ehrlich-Institut ou de l'autorité de régulation européenne** - dans la fourchette de moins de 1:10 000 [NDLR : 1 pour 5 000 selon l'Institut Paul-Ehrlich]. Donc, ce n'est pas comme si c'était si courant. Comme les images de la maladie deviennent de plus en plus claires, il devrait aussi être possible d'identifier plus rapidement ceux qui sont touchés afin de pouvoir les aider plus rapidement. En tant que ministre, je dois être prudent. **Il est vrai que les entreprises étaient largement exonérées de responsabilité dans le cadre des accords de l'UE. C'est pourquoi, la responsabilité n'incombe qu'à l'État allemand, pour ainsi dire, aux pays tels que les caisses maladie. Nous avons besoin d'un traitement et je vais mettre en place un programme où l'on étudie les conséquences du Covid long et du Post-Vac et aussi améliorer la prise en charge. C'est une contribution que nous pouvons apporter. Je négocie avec le comité du budget. C'est en fait un programme que je veux lancer au plus vite. C'est quelque chose que nous devons apporter là où nous avons le devoir. Je pense que c'est dû à la situation de l'époque. Qu'ils voulaient utiliser les vaccins le plus rapidement possible. Puis, l'Etat a pris ses responsabilités. C'était peut-être vrai, parce qu'il vaut mieux que l'État soit responsable que de longues poursuites judiciaires avec les entreprises. Vous me demandez, comment ça va continuer ? Je vais dire le scénario optimiste : qu'on apprenne enfin à soigner le Covid long et le Post-Vac, comment on peut le faire, et qu'on reconnaisse aussi les cas plus vite, donc que les gens n'aient pas à attendre aussi longtemps pour être reconnus comme post-vaccins."**

Pièce n°24a/24b

- Aux Etats-Unis :



Nombre de déclarations tous vaccins confondus au 16 décembre 2022 (la base a subi une perte de plus de 800 000 rapports depuis cette date, constatée par plusieurs statisticiens).

<https://www.openvaers.com/covid-data>



<https://openvaers.com>

Ainsi, selon Liz Willner, fondatrice d'OpenVAERS.com :

« Les déclaration de décès (dans le VAERS) ont connu une augmentation de 4.800% au cours des deux dernières années.

Pour les hospitalisations, l'augmentation est de 2.876 %, pour les invalidités permanentes, de 2.150 % et pour les événements mettant la vie en danger, de 2.108 % »

BEFORE AND AFTER THE INTRODUCTION OF THE COVID VACCINE—US TOTALS

	1990-2020	Per Year	2021-2022	Per Year	% Increase/Year
Reports of Death	4,900	163	15,976	7,988	4800%
Hospitalizations	37,341	1,245	73,897	36,949	2876%
Permanent Disability	11,791	393	16,907	8,453	2050%
Life Threatening	9,530	318	14,041	7,020	2108%

Pièce n° : Les vaccins contre le covid-10 : ce qu'ils sont ? Comment ils fonctionnent ? Les effets secondaires qu'ils peuvent causer, Sénat américain, Auditions, 8 décembre 2022

<https://www.ronjohnson.senate.gov/2022/12/sen-ron-johnson-hears-from-experts-and-medical-professionals-on-covid-19-vaccine-efficacy-and-safety>

Selon Aaron Siri, avocat américain spécialisé dans les litiges médicaux, l'analyse de la base de données « V-safe », spécialement créée pour analyser les effets secondaires des vaccins contre le covid-19 montre :

« Environ 800 000 personnes ont déclaré avoir besoin de soins médicaux dans la base de données de 9 à 10 000 000. Cela représente environ 7,7 % des personnes de V-safe qui ont déclaré avoir besoin de soins médicaux (...), 7,7 %, soit une personne sur 13.

Pourtant, le CDC n'a pas retiré le vaccin. La plupart, 25% des personnes, ont eu besoin de soins d'urgence ou ont été hospitalisées et 48% ont cherché des soins d'urgence. En outre, 25 % des personnes, en plus des 7,7 % qui ont déclaré être incapables de travailler ou d'aller à l'école. Le CDC a-t-il été transparent sur cette information ? Non. Il nous a fallu un an et demi de batailles juridiques pour l'obtenir, deux procès devant la cour fédérale, et ce n'est que lorsqu'ils n'avaient plus d'autre choix qu'ils l'ont finalement révélée ».

Un analyste financier, M. Edward Dowd, ancien conseiller principal en investissement chez Blackrock, constate, pour sa part, sur la base des données actuarielles de l'assurance-vie américaine que :

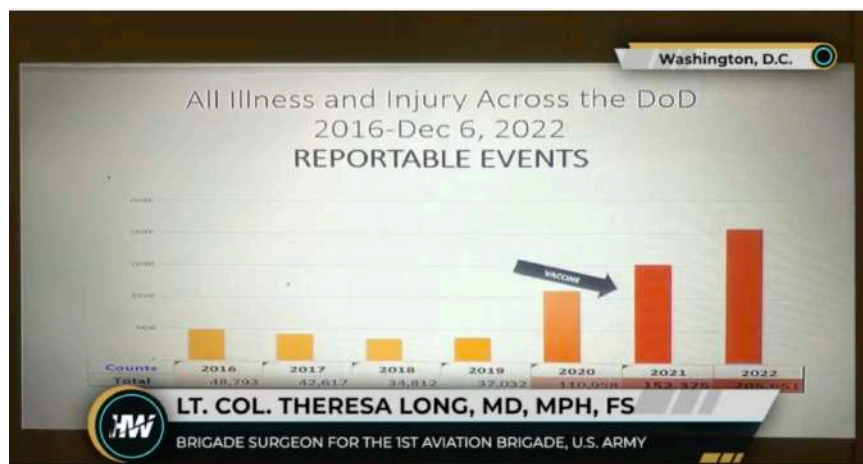
« En 2021, pour les personnes âgées de 25 à 64 ans, les travailleurs de notre pays couverts par l'assurance-vie de groupe, ont connu une surmortalité de 40 %, comme l'a dit le PDG d'une compagnie d'assurance, une augmentation de 10 % de la surmortalité est un événement à écart type de 3, équivalent une inondation qui ne survient que tous les 200 ans, donc 40 est hors normes. Ce qui est intéressant, c'est que la population générale a connu une surmortalité de 32 %. Ce sous-ensemble de détenteurs de polices d'assurance vie collective est en bien meilleure santé que la population générale. Comme l'ont montré des études antérieures, leur taux de mortalité est de 30 à 40 % inférieur celui de la population générale.

Donc, quelque chose a basculé en 2020-2021.

Ma conclusion est que la seule chose qui a changé pour affecter de façon négative les employés par rapport à la population générale en bien moins bonne santé, ce sont les vaccins et l'obligation vaccinale. ».

Ces données sont confirmées par le lieutenant-colonel Theresa Long de l'armée américaine, qui constate, dans le système propre à l'armée de pharmacovigilance :

« Une augmentation catastrophique des maladies et des blessures au sein du DoD (Department of Defense soit le Département de la Défense américaine) (...). Comme vous pouvez le constater, le nombre total d'événements à déclarer est passé de 110 000 en 2020 à plus de 200 000 en 2022. Le vaccin a été introduit dans l'armée en janvier 2021 (...). Ces chiffres sont cohérents avec l'augmentation plus que statistiquement significative des rapports d'événements indésirables liés aux vaccins sur les membres de l'armée de terre, tels qu'ils m'ont été fournis par le CDC, montrant 34 000 rapports et 119 décès. Comparez ce sénateur aux 93 décès de membres des forces armées qui ont été attribués à l'infection par le SRAS Cov-2. Il est clair que le risque du vaccin a déjà dépassé le bénéfice ».



Les chiffres des effets indésirables des vaccins contre le covid-19 sont sans comparaison avec ceux des autres vaccins.

Ils représentent à eux seuls, dans la base VAERS, plus que la totalité des effets indésirables déclarés depuis que le VAERS a été créé, il y a 31 ans.

C'est ce qu'expose le Dr. James Thorp, médecin gynécologue-obstétricien et spécialiste de la médecine materno-fœtale, lors d'une audition au Sénat américain, le 8 décembre 2022 :

« **Sen. Johnson :**

Je voudrais que vous expliquiez très brièvement, parce que je sais que vous avez fait une plongée profonde dans la littérature examinée par les pairs, sur des études de cas réels sur les événements indésirables (1 366 publications). Pouvez-vous juste résumer rapidement parce que nous avons besoin de l'avoir.

James Thorp :

*Oui, je le ferai. J'ai en effet publié quelques articles au début de l'année et dans cet article, j'ai passé en revue et étudié 1 366 publications dans des revues médicales évaluées par des pairs dans la littérature mondiale, documentant la mort et la destruction après le vaccin COVID-19. Et je peux les énumérer toutes catégoriquement. Je les ai toutes publiées dans une revue. **La revue, The Gazette of Medical Sciences, a publié 200 pages de résumés de la littérature publiée et a comparé avec d'autres vaccins pendant un siècle, tous les autres vaccins, aucune comparaison.***

Sen. Johnson :

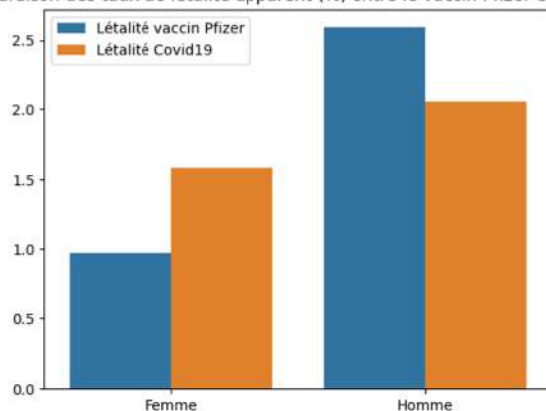
Quels étaient les trois principaux effets indésirables selon les études publiées ?

James Thorp :

La première, sans surprise pour le docteur McCullough, était les maladies cardiaques. Et puis nous regardons la thrombocytopénie et les caillots sanguins ».

Pièce n°23

Comparaison des taux de létalité apparent (%) entre le vaccin Pfizer et le Covid19



Ces chiffres doivent, d'une part, être rapportés au taux de létalité de la maladie covid, elle-même.

(E. Darles, V. Pavan, *Calcul d'indicateurs statistiques sur les effets indésirables liés aux injections ARNm depuis les bases de données de pharmacovigilance européenne (EudraVigilance) et américaine (VAERS)*, Rapport remis à l'OPESCT, 28 avr. 2022)

D'autre part, il convient de tenir compte de ce que les déclarations d'effets secondaires ne représentent qu'une part infime (entre 1% et 10%) des effets secondaires réels.

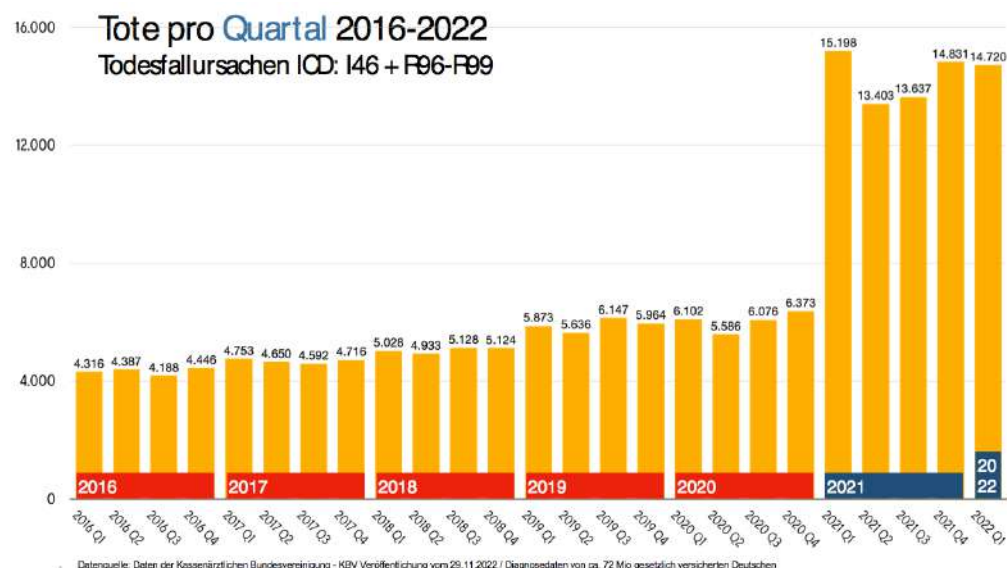
(« Electronic Support for Public Health–Vaccine Adverse Event Reporting System (ESP: VAERS) », Grant. Final Report, Grant ID: R18 HS, p. 17045)

<https://digital.ahrq.gov/sites/default/files/docs/publication/r18hs017045-lazarus-final-report-2011.pdf>

- **Poursuite de l'augmentation des morts toutes causes depuis le début des campagnes vaccinales**

La tendance observée dans la plainte initiale d'une **augmentation anormale des décès toutes causes confondues** dans les pays ayant massivement vacciné contre le covid-19 n'a fait que s'accroître.

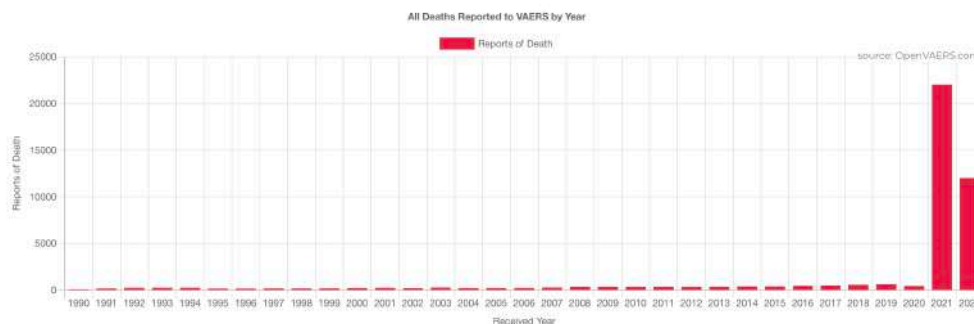
À titre d'exemple, le **nombre de morts** toutes causes, en Allemagne augmente de façon significative :



Ces données sont qualifiées de catastrophiques et très choquantes par un député du Parlement allemand, Tom Lausen.

<https://odysee.com/@vcuendet:1/-Conférence-de-presse-sur-les-conséquences-de-la-vaccination:9>

À titre d'exemple également, le nombre de morts enregistrés dans le VAERS explose littéralement depuis 2021 :



Nombre de morts déclarés tous vaccins confondus au 16 décembre 2022.

<https://www.openvaers.com/covid-data>

• La dissimulation des chiffres par le ministère de la santé

Les chiffres des morts toutes causes appariés avec le statut vaccinal covid des personnes décédées et des hospitalisations appariés avec le statut vaccinal covid des personnes hospitalisées « **n'existent pas** », **selon les affirmations du ministère de la santé**, saisi par le Dr. Laurent Toubiana, chercheur titulaire à l'INSERM, ancien membre du Conseil scientifique de l'INSERM.

C'est ce qui ressort d'un avis de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA), en date du 22 septembre 2022 (Avis n°20225084, CADA en date du 22 septembre 2022).

Selon cet avis :

« En réponse à la demande qui lui a été adressée, le ministre de la santé et de la prévention a informé la commission que les documents sollicités aux points 1) à 4) n'existent pas dans la mesure où il n'existe aucune statistique relative au statut vaccinal de toutes les personnes décédées, ni aucune statistique relative aux hospitalisations selon le statut vaccinal.

De même, le ministre de la santé et de la prévention a informé la commission de ce que les documents sollicités aux points 5) à 8) n'existent pas dans la mesure où il n'existe aucune base de données recensant le statut vaccinal antigrippal ».

Une telle réponse est d'autant plus surprenante, que :

D'une part, le Dr. Toubiana exerçait son droit, reconnu par l'article L. 300-1 du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA), d'accès aux documents administratifs.

Un droit d'une importance particulière qui peut être rattaché à l'article 15 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, selon laquelle : « *la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration* » et qui a été reconnu comme constituant l'une des garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques (CE 29 avr. 2002, *Ullmann*, n°228830), s'exerce pour tout document administratif, sauf exception dument prévue par la loi.

D'autre part les documents demandés par le requérant constituaient sans aucun doute des documents administratifs communicables.

Ainsi, aux termes de l'article L. 300-2 du CRPA :

« Sont considérés comme documents administratifs, au sens des titres Ier, III et IV du présent livre, quels que soient leur date, leur lieu de conservation, leur forme et leur support, les

documents produits ou reçus, dans le cadre de leur mission de service public, par l'Etat, les collectivités territoriales ainsi que par les autres personnes de droit public ou les personnes de droit privé chargées d'une telle mission ».

Or, les documents demandés par le Dr. Toubiana consistaient en des statistiques relatives aux décès et aux hospitalisations, donc des données agrégées et **pseudonymisées**

Donc des documents ne comportant aucune données personnelles, lesquelles pouvaient, en tout état de cause, faire « *l'objet d'un traitement permettant d'occulter ces mentions* », conformément aux prescriptions de l'article L. 311-9, CRPA, comme a pu le confirmer la CADA à propos du « fichier décès » de l'INSEE (Avis n°20185412, 17 mai 2019).

Enfin, il est constant que l'Assurance Maladie connaît le statut vaccinal de tous les vaccinés inscrits. Cette donnée est dématérialisée et facilement accessible, puisqu'elle a transité partout pour servir à la mise en œuvre du passe sanitaire.

<https://www.gouvernement.fr/actualite/pass-sanitaire-toutes-les-reponses-a-vos-questions#:~:text=%C3%A0%20partir%20du%20document%20en,r%C3%A9sultat%20du%20test%20dans%20TousAntiCovid>.

Le passe n'ayant été valide que pendant une période donnée suivant la vaccination, les dates de vaccination ont donc bien transité informatiquement.

De plus, la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) exploite déjà les statuts vaccinaux des Français depuis la base VAC-SI. Cette base est appariée aux bases SI-DEP (résultats de tests) et SI-VIC (hospitalisations déclarées "pour Covid"). Le résultat de cet appariement est consultable en ligne.

https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/covid-19-resultats-issus-des-appariements-entre-si-vic-si-dep-et-vac-si/table/?disjunctive.vac_statut

La DREES a réalisé différents travaux pour améliorer les appariements entre les 3 bases et a publié les résultats de ses investigations.

(« Communiqué de la DREES, « *Statistiques issues des données appariées entre SI-VIC, SI-DEP, VAC-SI : amélioration de la méthode et révision des statistiques produites. Présentation méthodologique associée à la publication du 29 octobre 2021* »)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/211029%20Am%C3%A9liorations%20m%C3%A9thodologiques%20des%20appariements_vf.pdf

Enfin, **la politique sanitaire du gouvernement et la communication du ministère de la santé est, depuis 2020, toute entière fondée sur les statistiques décès et d'hospitalisation covid appariés avec le statut vaccinal.**

(Voir, par exemple :

Communiqué du ministère de la santé, en date du 28 janvier 2021

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-01/2022-01-28%20-%20Appariements%20sivic-sidep-vacsi%20Drees.pdf>

Communiqué du ministère de la santé, en date du 11 juillet 2021

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2021-07-23_-_sivic-sidep-vacsi_premiers_resultats_-_d_r_e_e_s_-_2_.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000fabbf2e5ab1d8f8500910e3601d3211829c3eb2f91829277bbe29cf66b63aa140803d8838614300045cbfc50c98c05d44f0b1f0d2789fcb1b81800639cfa75784b3b6419ceff7f60e908be45cb23e7b15602cbce29ad0543

Communiqué du ministère de la santé, en date du 15 novembre 2021

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/neuf-fois-plus-dentrees-en-soins-critiques-parmi-les-personnes-non-vaccinees>

Communiqué du ministère de la santé, en date du 20 décembre 2021

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/le-rappel-vaccinal-reduit-fortement-le-risque-de-deces-lie-au-covid-19>

Communiqué du ministère de la santé, en date du 1^{er} juillet 2022

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/statut-vaccinal-des-personnes-testees-ou-hospitalisees-avec-covid-19-donnees-0>

Communiqué du ministère de la santé, en date du 12 septembre 2022

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/statut-vaccinal-des-personnes-hospitalisees>

De tels exemples pourraient être multipliés, tant il est évident qu'il eut été **impossible de mener une politique sanitaire quelconque en l'absence des données demandées par le Dr Toubiana.**

Les branches de l'alternative sont alors les suivantes :

- Soit les statistiques appariant les décès toutes confondues avec le statut vaccinal covid et celles appariant les hospitalisation avec le statut vaccinal covid n'existent pas et les conclusions en termes de politiques de santé publique que le ministère de la santé prétendait tirer de données inexistantes sont purement et simplement **fausses et infondées scientifiquement** (effet protecteur de la vaccination contre les formes graves de covid-19, effet protecteur du « booster », engorgement des services hospitaliers par les non-vaccinés, etc.) ;

- Soit de telles statistiques existent bel et bien, mais, **pour des motifs que M. le ministre de la santé n'a pas dévoilés**, il en refuse la communication à un chercheur dont les travaux relèvent de la recherche publique.

• **Le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM - rapport sur la base des données de quatre centres de pharmacovigilance seulement sur 22 centres en France) nous indique qu'en France, au 18 mars 2022, 148 877 ont reçu la qualification d'effets indésirables, dont 37 219 effets graves, et 1 796 décès.**

- 141 637 300 doses ;
- 1 effet indésirable déclaré toutes les 951 doses ;
- 1 effet grave déclaré toutes les 3 805 doses ;
- 1 hospitalisation déclarée toutes les 12 542 doses ;
- 1 décès déclaré toutes les 77 283 doses.

<https://ansm.sante.fr/actualites/point-de-situation-sur-la-surveillance-des-vaccins-contre-la-covid-19-periode-du-25-02-2022-au-10-03-2022>

C'est d'ailleurs ce que confirme la directrice générale de l'ANSM, Madame Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL, auditionnée par la Commission des affaires sociales du Sénat, le 1^{er} décembre 2021:

Chaque année, dans la base de pharmaco-vigilance 45 000 effets indésirables, tous médicaments confondus, sont enregistrés, déclare Mme RATIGNIER-CARBONNEIL.

À mi-novembre 2021, sur les 100 millions d'injections, 110 000 effets indésirables ont été déclarés, dont 40 % par les patients. D'habitude, tous médicaments confondus, la déclaration par les patients n'est que de 10 %. Il y a également plus de déclarations d'événements non graves que d'habitude.

<https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20211129/soc.html>

N.B. Il est à noter que d'après de nombreux scientifiques, les données de pharmacovigilance ne représentent en général que 5% en moyenne des cas réels et que des essais cliniques sont normalement arrêtés immédiatement si des décès sont constatés (exemple parmi de nombreux : en juillet 2020, la Food and Drug Administration (FDA) américaine a stoppé les essais cliniques de la société Cellectis pour le produit UCARTCS1 pour **un décès**).

Il est à noter également que, les médecins ont été fortement incités à ne pas signaler les effets indésirables graves (« EIG ») des « vaccins » à la pharmacovigilance:

<https://www.larevuedupraticien.fr/article/vaccins-covid-il-ne-faut-pas-declarer-tous-les-effets-indesirables>

- **Sur le site européen de pharmacovigilance "EUDRAVigilance"**, il est mentionné 22 092 décès au 5 février 2022 et 1 473 442 d'effets indésirables dont 630 591 graves (hors notamment Suisse et UK), ce qui est **extrêmement alarmant** par rapport à toutes les campagnes de vaccination classique (i.e. vaccin à virus atténué) que nous avons connues par le passé⁷:

<https://bonsens.info/donnees-de-pharmacovigilance-europeennes-et-americaines-declarees-apres-vaccination-covid19>

https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/B-9-2021-0475_FR.html

- **La base de vigilance des médicaments de l'OMS dans le Monde (vigiaccess.org) montre qu'en un an le nombre de déclarations d'effets indésirables pour les vaccins Covid19 est 10,8 fois plus élevé qu'en 53 ans pour tous les vaccins contre la grippe.**

The screenshot shows the VigiAccess website interface. At the top, there is a search bar with the text 'covid-19 vaccine' and a 'Search' button. Below the search bar, a blue box displays the search results: 'covid-19 vaccine contains the active ingredient(s): Covid-19 vaccine. Result is presented for the active ingredient(s). Total number of records retrieved: 2933902.' Below this, there is a section titled 'Distribution' with several expandable menu items: 'Adverse drug reactions (ADRs)', 'Geographical distribution', 'Age group distribution', 'Patient sex distribution', and 'ADR reports per year'. The 'ADR reports per year' item is expanded, showing a table with the following data:

Year	Count	Percentage
2021	2878342	98
2020	2311	0

- En 53 ans de vaccination contre la Grippe : 266 955 enregistrements déclarés
- Depuis le début de la campagne de « vaccination COVID19 » fin 2021: 2 880 653 enregistrements déclarés

⁷ Cette plateforme de récupération des données a été réalisée par un professionnel de pharmacovigilance qui souhaite garder l'anonymat, à partir des sources officielles de la base européenne de pharmacovigilance EUDRA, (sources : Eudravigilance Moderna, Eudravigilance Pfizer / Biontech, Eudravigilance AstraZeneca, Eudravigilance Janssen. Les données affichées sont dénuées de "doublons")

Effets indésirables des « vaccin Covid-19 » (EIM) juste sur la base VigiAccess le chiffre correspondant aux cas (sans compter les décès):

Troubles sanguins et lymphatiques (126 096)
Troubles cardiaques (168 786)
Troubles congénitaux, familiaux et génétiques (1 827)
Troubles de l'oreille et du labyrinthe (96 146)
Troubles endocriniens (5 107)
Troubles oculaires (107 716)
Troubles gastro-intestinaux (573 082)
Troubles généraux et anomalies au site d'administration (1 744 290)
Troubles hépatobiliaires (6 374)
Troubles du système immunitaire (47 627)
Infections et infestations (242 946)
Lésions, intoxications et complications liées aux procédures (169 025)
Enquêtes (423 647)
Troubles du métabolisme et de la nutrition (63 884)
Troubles musculosquelettiques et du tissu conjonctif (812 767)

Tumeurs bénignes, malignes et non précisées (y compris kystes et polypes) (5 319)
Troubles du système nerveux (1 219 123)
Conditions de grossesse, puerpéralité et périnatale (7 596)
Problèmes de produit (4 416)
Troubles psychiatriques (137 529)
Troubles rénaux et urinaires (24 943)
Troubles de l'appareil reproducteur et du sein (144 883)
Troubles respiratoires, thoraciques et médiastinaux (314 610)
Affections de la peau et du tissu sous-cutané (390 344)
Circonstances sociales (21 575)
Interventions chirurgicales et médicales (45 399)
Troubles vasculaires (155 242)

Ces données alarment les plus grands experts nationaux.

Le Professeur Jean Gabriel BALIQUE, Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie s'est adressé aux parlementaires le 2 octobre 2021 par une lettre ouverte, en voici un extrait :

« Le vaccin contre la Covid 19, en novembre 2020, devait nous sauver et nous ramener à une vie normale. Maintenant que nous avons du recul, il devient plus « facile » de faire le bilan du bénéfice-risque de la stratégie vaccinale.

La première constatation qui s'impose est que le « vaccin » ne protège pas et n'empêche pas de contaminer (cf. déclaration du Ministre de la Santé Olivier Véran devant le Conseil d'État au mois d'avril 2021).

L'exemple d'Israël que nos autorités ont pris comme modèle montre que les hospitalisations et les réanimations sont débordées de personnes vaccinées ! On ne cite plus Israël actuellement !

Une étude parue dans European Journal of Epidemiology le 30 septembre 2021 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00808-7>) confirme que les pays où le pourcentage de population vaccinée est le plus élevé, ont un nombre de cas de Covid-19 pour 1 million d'habitants plus élevé (exemple Israël, Portugal, Islande...).

Nous n'avons jamais vu en médecine imposer un traitement ou une vaccination qui ne marche pas (sauf pour les personnes à risque où la balance bénéfice/risque est différente).

Ceci ne serait pas dramatique si cette stratégie n'était pas à l'origine de complications graves, mortelles, inadmissibles et éthiquement insupportables pour tout médecin qui, tous les jours, se bat, pour soulager et soigner des patients. Les médecins « du terrain » croient encore au serment d'Hippocrate (<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>) qui a été leur guide depuis des siècles et que les politiques les obligent à bafouer.

Les principes fondamentaux du serment dont « primum non nocere » (avant tout ne pas nuire), le secret médical, le consentement libre et éclairé... ont été rejetés d'un revers de main.

Comme vous le savez, ce vaccin est en cours de phase d'expérimentation, phase 3 de mise au point d'un médicament. Maintenant que cette phase, déclenchée au niveau mondial, a du recul, les médecins du terrain voient apparaître de nombreuses complications.

Au 2 octobre 2021, l'agence européenne du médicament, l'EMA, recensait 26 523 décès liés formellement au vaccin et 2 millions de complications dont 1 million graves. Ces chiffres ne représentent qu'une partie des cas observés.

En France, l'Agence nationale du médicament (ANSM) (<https://ansm.sante.fr/>) dans son rapport du 16 septembre 2021 rapporte 22 559 cas graves parmi lesquels des décès. De nombreux cas ne sont pas rapportés pour différentes raisons.

En France, l'expérience du terrain rapportée par les médecins de ville et hospitaliers montre clairement l'accroissement des complications survenant dans les semaines suivant la vaccination : de nombreux cas de paralysie faciale, de myocardite et péricardite dans les suites précoces de la vaccination, des complications cardio-vasculaires (Infarctus, AVC) chez des sujets relativement jeunes et pas forcément à risque cardio-vasculaire, de nombreux cas de thrombose veineuse (<https://www.vidal.fr/maladies/coeur-circulation-veines/thrombose-veineuse-phlebite.html>) et d'embolie pulmonaire (<https://www.vidal.fr/maladies/coeur-circulation-veines/embolie-pulmonaire.html>).

Les médecins signalent une élévation fréquente des marqueurs de thrombose (D-Dimères) parfois à des taux anormalement élevés, une fatigue et altération de l'état général accélérée chez les patients âgées, des cancers jusque là contrôlés, explosent après vaccination, des maladies auto-immunes (<https://www.inserm.fr/dossier/maladies-auto-immunes/>) comme des polyarthrites, des thyroïdites se dérèglent dans les semaines qui suivent la vaccination.

L'ANSM indique comme « signaux confirmés » la myocardite et la péricardite de survenue précoce après la vaccination avec les vaccins Comirnaty (<https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/comirnaty-100658.html>) (Pfizer/BioNTech) et Moderna sans donner le nombre exacts de malades et en minimisant la pathologie alors que les complications et les séquelles à long terme peuvent être graves.

Depuis le début de la vaccination des 12-18 ans, 206 cas d'effets indésirables graves (dont des décès) ont été rapportés avec le vaccin Comirnaty et 18 cas graves avec Moderna alors que nous sommes à peine à 3 mois et demi de vaccination dans ce groupe d'âge.

Il s'agit de jeunes qui n'étaient pas à risque de forme grave ni de décès du Covid mais qui vont garder probablement à vie des séquelles de la vaccination. Ces derniers jours, deux adolescentes sans facteurs de risques viennent de décéder et un jeune a été amputé d'une jambe, 15 jours après le vaccin. N'est-ce pas un sacrifice que la société fait et quel est le prix à payer? À partir de combien de décès d'adolescents diriez-vous STOP à la vaccination des jeunes qui n'ont rien à gagner car ils sont à faible risque de forme grave et de décès du Covid ?

Chez les femmes, des troubles des règles, des fausses couches ou des morts du fœtus in utero au cours des grossesses sont observés.

Comment se fait-il que la Direction Générale de la Santé autorise la vaccination dès le premier trimestre de la grossesse alors que les données sur la sécurité du vaccin chez les femmes enceintes sont limitées et incomplètes ?

Où est le principe de précaution ?

Toutes ces complications surviennent précocement après la vaccination chez des personnes sans antécédent ayant une vie normale. Elles surviennent aussi chez des sportifs qui ont dû arrêter leur activité après avoir été vaccinés, hypothéquant leur carrière : Jérémy Chardy, Christophe Lemaitre (<https://www.facebook.com/watch/?v=146152564157870>) en sont les exemples les plus célèbres...

Parallèlement dans la même population de personnes sans co-morbidité, non vaccinées il n'y a aucun décès du Covid, seules sont exposées les personnes à risque, c'est pour cette population là que le « vaccin » peut avoir une certaine protection.

Malheureusement ces complications sont passées sous silence, elles ne remontent pas aux tutelles ou celles-ci ne veulent pas les voir.

Ce drame humain sanitaire ne va faire qu'empirer avec la persistance de cette vaccination et la multiplication probable des doses.

La mise au point d'un essai de vaccin anti H1N1 a été arrêté pour beaucoup moins de complications.

Aucun des vaccins obligatoires n'a entraîné de telles complications. Actuellement les médecins voient plus de patients en consultations pour des complications du vaccin que du COVID lui-même. La balance bénéfice/risque n'est pas en faveur du « vaccin » dans cette population.

Pourquoi voulez-vous encore rendre obligatoire un « remède » plus dangereux que la maladie chez les personnes sans risques !

Il est urgent d'en tirer les conséquences, au moment où l'immunité naturelle se développe, où le variant Delta s'avère beaucoup moins agressif et que l'épidémie décroît. Ne recommencez pas le syndrome de Tchernobyl où l'on nous a affirmé que le nuage nucléaire radio-actif s'était arrêté à la frontière.

N'oubliez pas le scandale du Sang contaminé. À ce sujet, savez-vous que l'Etablissement français du sang (<https://www.efs.sante.fr/>) exige un délai de 28 jours après vaccination avec vaccin atténué (Rougeole, Rubéole, Oreillons, Fièvre jaune...) mais ne prend aucune précaution quant aux donneurs de sang récemment vaccinés avec ces nouveaux vaccins dont on connaît incomplètement la biodistribution dans le corps. N'est-ce pas encore une fois une ignorance du principe de précaution et un potentiel scandale à venir ?

Même si vous n'êtes pas médecin, regardez autour de vous ce qui se passe, recherchez l'information. Vous avez le droit de vous informer car vous êtes nos représentants.

La vérité commence à éclater. Déjà le vaccin Astra Zeneca a été interdit chez les moins de 55 ans à la suite de thromboses (c'est dire l'innocuité de ces vaccins !) puis récemment le Janssen et progressivement on voit des États remettre en cause la vaccination généralisée :

Au Royaume Uni, la vaccination est interdite aux moins de 15 ans et ils viennent de renoncer à la vaccination obligatoire. Au Texas la vaccination des jeunes est interdite.

Au Danemark, seules sont vaccinées les personnes à risques et il y a une liberté totale retrouvée sans pass sanitaire.

En Afrique, on observe une mortalité 10 fois inférieure à la nôtre alors qu'il n'y a que 2 % de vaccinés (on annonçait une catastrophe sanitaire !)

Tous ces soignants, médecins, infirmières, aides-soignants mais aussi pompiers qui sont montrés du doigt ne sont pas des antivaccins mais redoutent les effets d'un « vaccin » encore en expérimentation dont ils voient dans leur pratique directement les effets néfastes.

Ces soignants « du terrain » voient des vrais malades, les médecins des plateaux télé extrapolent à partir de chiffres des probabilités dont la grande majorité se sont avérées erronées. Dans cette crise il ne doit pas y avoir de couleur politique mais un consensus pour défendre la santé des Français qui vous ont élus.

Au nom de toutes les victimes, au nom de tous ces soignants muselés qui ne peuvent pas s'exprimer sous peine de sanctions, du jamais vu dans un pays soit disant de liberté, je vous demande de regarder au-delà des chiffres officiels totalement manipulés et de refuser la vaccination obligatoire, à plus forte raison pour les enfants dont on met en danger l'avenir.

Faites au minimum un moratoire, au cours duquel vous pourrez entendre l'avis de nombreux médecins, scientifiques et autres qui essayent de se faire entendre mais qui sont systématiquement boycottés quand leur avis va à l'encontre de la politique sanitaire

gouvernementale. **Il faut aussi ré-évaluer la fiabilité des tests utilisés, discuter des traitements actuellement proposés.**

Supprimer le pass sanitaire et faire arrêter la propagande honteuse et mensongère sur la vaccination : «tous vaccinés = tous protégés » slogan complètement faux, on le sait maintenant !

Lever les sanctions de tous les soignants non vaccinés interdits d'exercer alors qu'ils sont passionnés par leur vocation et qui ne sont pas devenus plus dangereux le 15 septembre que le 15 juin. Certains hôpitaux malgré l'interdit continuent à juste titre d'employer des personnels non vaccinés pour pouvoir maintenir leur activité sans aucune conséquence sanitaire mais en créant une inégalité criante par rapport à ceux qui ne peuvent pas travailler. Rappelez-vous que vous les avez encensés lors de la première vague et qu'un certain nombre d'entre eux sont morts pendant cette vague faute de masques et de moyens de protection.

La stratégie imposée est déconnectée de la réalité: c'est une pandémie qui s'accompagne d'une mortalité de 0.05 %, représentée par les personnes à risque, la moyenne d'âge des décès est de 83 ans, un peu moins actuellement car les personnes les plus fragiles sont décédées lors de la première vague. Que l'on propose une vaccination est logique à condition d'avoir un vrai vaccin ce qui n'est pas encore le cas et en respectant la volonté de chacun (il ne s'agit pas d'Ebola (<https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/ebola>), d'une méningite ou de la variole...).

En attendant, en cas de maladie, il est possible de proposer, à un stade précoce, des traitements. De nombreux médecins les ont prescrits avec succès. Ils peuvent même être proposés à titre préventif chez les personnes à risque.(...)»

<https://aulnaycap.com/2021/10/11/le-docteur-balique-affirme-quune-catastrophe-sanitaire-est-en-cours-a-cause-des-vaccins-et-de-lobligation-vaccinale/comment-page-1/>

<https://docteur.nicoledelepine.fr/nouvelle-lettre-ouverte-aux-politiques-et-aux-citoyens-pour-defendre-nos-libertes/>

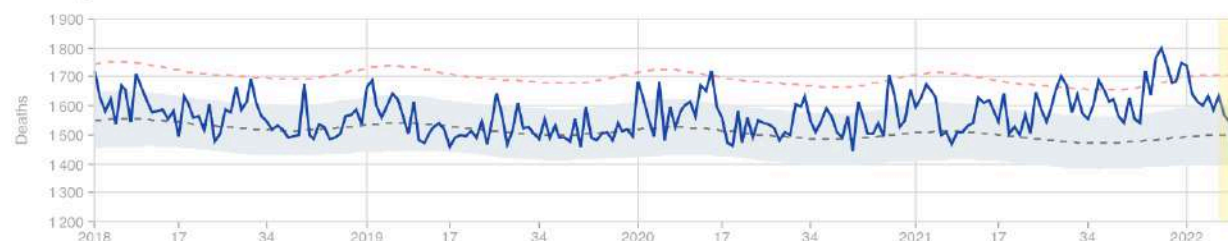
Le Professeur Jean Gabriel BALIQUE s'est adressé aux sénateurs le 31 décembre 2021 par une lettre ouverte concernant le passe vaccinal:

https://actanvi.fr/PDF/2022.01.04-Docteur_Balique%20.pdf

Une autre tribune en date du 21 mars 2022 signée par 600 universitaires, chercheurs, professionnels de la santé et du droit demandent une commission d'enquête:

<https://qq.media/2022/03/21/tribune-le-senat-a-t-il-peur-de-connaître-les-conséquences-de-la-vaccination-massive-de-la-population/>

15-44 years



« En bleu foncé, la courbe de mortalité en Europe des 15-44 ans depuis 2018 jusqu'à aujourd'hui. En gris, le taux moyen de mortalité des années précédentes.

En effet, chacun peut aller consulter les Z-scores sur Euromomo (European mortality monitoring) et constater comme nous qu'une **surmortalité anormale chez les 15-44 ans est concomitante**

aux campagnes de vaccination. Cette observation ne concerne pas que la France, elle se retrouve un peu partout en Europe (Autriche, Belgique, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Italie, Norvège, Pologne, Portugal et Suède), de même qu'elle s'observait déjà en Israël à la fin de l'été dernier. Ajoutons que le rapprochement des courbes de décès disponibles sur Eurostat et des courbes du nombre de vaccins distribués par âge montre de fortes concomitances entre ces deux événements."

De nombreux experts internationaux nous alertent depuis des mois sur le fait que ces injections risquent de bloquer toutes nos défenses immunitaires, ce qui nous mettra en danger permanent, notamment le Professeur Van den Boesch, qui eut d'importantes responsabilités au sein des laboratoires Pfizer et Novartis, les Professeurs Mike Yeadon, Sucharit Bhakdi, Robert Malone, Peter Mc Cullough, lesquels nous alertent en conseillant d'arrêter immédiatement cette campagne dite de "vaccination".

Ces médicaments biologiques provoquent un phénomène d' « ADE » contre les variants. C'est à dire une facilitation de l'infection par des anticorps facilitants que ces vaccins induisent sur les personnes infectées par des variants de plus en plus éloignés de la souche initiale. La facilitation de l'infection par les vaccins (ADE) peut conduire des personnes à faire des formes plus sévères que si elles étaient non-vaccinées. Avec les doses de rappel le phénomène s'accroît, et peut fragiliser des personnes.

Voici un article de l'AIMSIB à propos du mécanisme de l'ADE, publié le 30 juillet 2021:
<https://www.aimsib.org/2021/07/30/comment-expliquer-biologiquement-lexces-de-covid-post-vaccinaux/>

Il existe une toxicité liée à la protéine Spike vaccinale. Les effets délétères visibles et encore invisibles de la protéine Spike s'intensifient au fil des rappels.

En effet, si d'une part, l'on assiste à un nombre impressionnant d'effets indésirables immédiats, d'autre part l'on n'a aucun recul concernant les effets à long terme, notamment ceux annoncés par plusieurs virologues de réputation mondiale.

Les scientifiques précités ainsi que de nombreux autres indiquent que, outre les cas de thromboses, accidents cardio-vasculaires, myocardites survenus immédiatement après l'injection ou dans les 15 jours qui suivent, les produits vont entraîner la stérilité de nombreux êtres et déclencher de nombreuses fausses couches chez les femmes enceintes.

Toutes ces informations sont connues des autorités de santé depuis plusieurs mois.

Pour preuve, les deux études randomisées publiées de Pfizer et Moderna sur l'efficacité et l'innocuité de leur produits 6 mois après l'injection, ne montrent aucune réduction sur la mortalité toute cause comme le déclare le Dr Allon Friedman - professeur de médecine à la faculté de médecine de l'Université de l'Indiana et chercheur en médecine- dans le Brownstone Institute :
<https://brownstone.org/articles/vaccine-mandates-unscientific-divisive-and-enormously-costly/>

*« Quoi qu'il en soit, le critère d'évaluation le plus pertinent de l'étude n'est pas le décès par COVID-19 mais **la mortalité toutes causes confondues, qui compte chaque décès survenu au cours de la période d'étude.** La mortalité toutes causes confondues est le principal résultat d'intérêt non seulement parce qu'elle contourne la décision souvent subjective de savoir pourquoi une personne est décédée, mais aussi parce qu'elle équilibre tous les effets possibles d'un vaccin COVID-19, à la fois bons et mauvais, qui pourraient influencer le risque de décès. En d'autres termes, cela nous permet de quantifier les vies sauvées par le vaccin COVID-19 tout en*

tenant compte des vies potentielles perdues à cause des maladies cardiaques liées au vaccin, des caillots sanguins, des réactions allergiques graves et peut-être d'autres causes.

*Étant donné que les résultats des deux essais étaient si similaires quel que soit le type de vaccin utilisé, il est utile de fusionner les résultats. Après un total combiné de 74 580 personnes, la moitié ayant reçu la vaccination contre le COVID-19 et la moitié ayant reçu une injection de placebo, sur une période de six à sept mois, **les deux études ont rapporté que trente-sept personnes vaccinées sont décédées contre trente-trois personnes qui ont reçu placebo.***

*En termes simples, **les meilleures preuves scientifiques actuellement disponibles pour l'humanité ne soutiennent pas l'affirmation largement répandue selon laquelle la vaccination contre le COVID-19 à l'aide des marques Pfizer ou Moderna réduit le risque de décès**, au moins au cours du premier semestre suivant la vaccination. Il est intéressant de noter que ces résultats frappants n'ont pas été rapportés dans le corps principal des articles, mais dans des sections supplémentaires .*

C'est en connaissance de cause qu'ils mentent en nous indiquant que les "vaccins" nous protègent efficacement et induisent très peu d'effets indésirables, alors que parallèlement, courant septembre 2021, une proposition de résolution est déposée au Parlement Européen pour la **"...création d'un fonds Européen d'indemnisation des victimes des vaccins contre la Covid-19"**

Cette proposition indique notamment :

"...Considérant que l'Agence européenne du médicament répertorie déjà environ un million de cas d'effets indésirables suite à l'injection de vaccins contre la Covid-19..."

Ainsi le problème est notoire.

9. ETAT DES CONNAISSANCES ET ABSENCE D'ÉTUDES D'EXCRÉTION PAR LES LABORATOIRES (CONFIRMATION DANS LA DOCUMENTATION PFIZER)

Les vaccinés sont une source de transmission. Nous venons d'en apporter les preuves.

Le taux d'attaque secondaire d'un sujet non vacciné est de :

- 25% au sein d'un foyer de vaccinés,
- contre 23% dans un foyer de non vaccinés.

Douze infections sur un total de trente-et-une infections ont été observées dans des foyers de vaccinés complets.

- En Allemagne :

Le taux de Covid-19 symptomatiques parmi les vaccinés est rapporté par semaine depuis 2021.

Ces "breakthrough infections" augmentent en continu chez les plus de 60 ans :

- 16,9% en juillet
- 58,9% en octobre

Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19), 22.07.2021, Robert Koch Institut https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-07-22.pdf?__blob=publicationFile

- Il en est de même au Royaume-Uni (semaine 39-42), avec 100 160 cas Covid-19 chez les plus de 60 ans répartis ainsi :
- 89.7% chez les vaccinés complets (89 821 cas)
- 3.4% chez les non vaccinés (3 395 cas)

COVID-19 vaccine surveillance report - Week 43, UK Health Security Agency

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1029606/Vaccine-surveillance-report-week-43.pdf

Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study, Anika Singanayagam, PhD * • Seran Hakki, PhD * • Jake Dunning, PhD * • Kieran J Madon, MSc • Michael A Crone, MBBCh • Aleksandra Koycheva, BSc • et al.

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00648-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext)
DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00648-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00648-4)

- En Israël: survenue d'une contamination dans un centre vacciné à 96,2%.
La source de la contamination est un sujet vacciné complet.
Le bilan est de 16 soignants touchés par le Covid-19 (ainsi que 23 patients et 2 apparentés).

Parmi les 16 soignants :

- 14 vaccinés complets avec forme sévère ou mort,
- 2 non vaccinés avec forme modérée.

Shitrit Pnina, Zuckerman Neta S, Mor Orna, Gottesman Bat-Sheva, Chowars Michal.
Nosocomial outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant in a highly vaccinated population, Israel, July 2021. Euro Surveill. 2021;26(39):pii=2100822. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.39.2100822>

- Le Centre de contrôle des maladies et de la prévention « CDC » aux Etats-Unies classe quatre des top cinq counties américains avec le plus grand pourcentage de vaccinés complets de la population (99.9–84.3%) comme étant des régions de « haute transmission ».

Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States, S. V. Subramanian & Akhil Kumar , European Journal of Epidemiology, volume 36, pages 1237–1240 (2021)
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00808-7>

Le Docteur Hervé SELIGMANN, Docteur en biologie moléculaire auteur de nombreuses publications scientifiques, ancien de l'Unité de recherche sur les maladies infectieuses et tropicales émergentes de la Faculté de médecine, Université Aix-Marseille a rendu les conclusions suivantes, d'après les analyses des données d'Israël publiées par le ministre de la Santé via différents canaux (Dagan et al/Ynet/Corrective.org) :

- Entre les doses de vaccin, il observe une multiplication par trois des incidences de Covid-19, soit, plus de risques de mourir du covid-19 entre les deux doses de vaccins que sans vaccin. Ceci a

été confirmé par le prof Raoult le 11 mai 2021. Le NEJM (New England Journal of Medicine) refuse de publier sa réponse à Dagan et al.

- D'après ses analyses des données de [corrective.org](https://coronavirus.jhu.edu/data/deaths), les vaccinés ont plus de risques de mourir du covid-19 après la phase totale de vaccination, s'ils en sont atteints. Ceci a été confirmé par les analyses de juin sur toute l'Europe.

Le 8 mai 2021, analyse des données de surplus de mortalité en Israël :

- Augmentation de la mortalité en février - mars 2021, particulièrement chez les jeunes de 20 - 40 ans. Ceci pourrait être en partie dû à la vaccination.
- Extrapolation pour les plus jeunes, qui mène à la prédiction suivante : les effets de la vaccination seraient encore plus catastrophiques pour eux.
- Le nombre de vaccinés augmente le nombre de cas covid-19 (Israël/Inde/États unis/Portugal).

En juin 2021, analyse des données de 22 pays européens (Euromomo.eu) :

- Corrélation entre la mortalité totale et la population vaccinée.
- Plus on est jeune, plus la corrélation est forte et durable.
- Chez les moins de 15 ans non vaccinés, **ils soupçonnent un phénomène de shedding de protéine Spike artificielle, ou autres dérivés du vaccin, qui seraient produits par le corps après la vaccination, et causeraient des effets indésirables.**
- Corrélation entre l'augmentation de la mortalité des personnes atteintes du covid-19 avec la vaccination. La vaccination augmente les risques de mourir du covid-19 pour les gens qui contracteraient tout de même la maladie malgré le vaccin.

<https://www.francesoir.fr/videos-les-debriefings/dr-seligmann-et-haim-yativ-plus-lon-descend-en-age-plus-les-vaccins-sont>

Le Docteur Hervé SELIGMANN, a notamment pu observer une corrélation entre la période de vaccination des adultes et une surmortalité des enfants, hors période de vaccination des enfants. C'est ce qu'il a pu démontrer lors d'une conférence publique en novembre 2021.

Pièce n°25

Nous citons de nouveau l'article de Madame Hélène BANOUNH PhD, Pharmacien biologiste, Ancien chercheur Inserm, Membre du Conseil Scientifique Indépendant (France)

Banoun H. Current state of knowledge on the excretion of mRNA and spike produced by anti-COVID-19 mRNA vaccines; possibility of contamination of the entourage of those vaccinated by these products. Infect Dis Res. 2022;3(4):22.

<https://doi.org/10.53388/IDR20221125022>

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03891682> (site du CNRS)

État actuel des connaissances sur l'excrétion de l'ARNm et de la spike produite par les vaccins à ARNm anti-Covid-19 ; possibilité de contamination de l'entourage des personnes vaccinées par ces produits

Résumé

« La campagne massive de vaccination contre le COVID-19 est la première utilisation de vaccins à ARNm à l'échelle mondiale. Les vaccins à ARNm correspondent exactement à la définition de la thérapie génique des agences réglementaires américaines et européennes. **La réglementation exige des études d'excrétion de ces médicaments et de leurs produits (les protéines traduites). Ces études n'ont pas été faites pour les vaccins à ARNm (ni pour les vaccins à adénovirus). De nombreux témoignages font état de symptômes et de pathologies identiques aux effets indésirables des vaccins à ARNm chez des personnes non vaccinées en contact avec des personnes fraîchement vaccinées. Il est donc important de faire le point sur l'état des connaissances concernant l'excrétion éventuelle des nanoparticules vaccinales ainsi que de l'ARNm et de son produit, la protéine spike.**

Les nanoparticules lipidiques porteuses de l'ARNm du vaccin se répandent après l'injection dans tout le corps selon les études animales disponibles et l'ARNm du vaccin (nu ou dans les nanoparticules ou dans des exosomes naturels) est retrouvé dans la circulation sanguine ainsi que la spike vaccinale sous forme libre ou encapsulée dans des exosomes (démontré dans des études humaines). **Il a été démontré que les nanoparticules lipidiques (ou leur équivalent naturel, les exosomes ou vésicules extracellulaires VEs) sont capables d'être excrétées par les fluides corporels (sueur, expectoration, lait maternel) et de passer la barrière transplacentaire. Ces VEs sont également capables de pénétrer par inhalation et à travers la peau (saine ou lésée) ainsi que par voie orale via le lait maternel (et pourquoi pas lors des rapports sexuels via le sperme, car cela n'a pas été étudié).** Il est urgent de faire respecter la législation sur la thérapie génique qui s'applique aux vaccins à ARNm et de mener des études sur ce sujet alors que la généralisation des vaccins à ARNm est envisagée. »

Pièce n°26

En réponse au document signé par le Professeur [REDACTED] du 9 décembre 2022 adressé au Dr [REDACTED], membre du Conseil [REDACTED] l'Ordre des Médecins (Pièce du CDOM n°14), en plus des éléments d'ores et déjà fournis ci-dessus, voici les réponses complémentaires de Madame BANOUN aux observations du Professeur [REDACTED] :

Selon le Professeur [REDACTED] : « Ces vaccins ARNm contiennent donc quelques microgrammes d'ARN modifié codant pour la glucoprotéine spike du SARS-CoV-2 »
Non, il ne s'agit pas de la spike du virus, elle est modifiée ainsi que l'ARNm.

Selon le Professeur [REDACTED] : « ARNm très fragile »
Ce n'est pas ce qui est constaté, il est nécessaire de relire l'article, car la persistance RNA pendant est constatée pendant au moins 2 mois.

Référence supplémentaire parue depuis : Castruita JAS, Schneider UV, Mollerup S, Leineweber TD, Weis N, Bukh J, Pedersen MS, Westh H. SARS-CoV-2 spike mRNA vaccine sequences circulate in blood up to 28 days after COVID-19 vaccination. APMIS. 2023 Mar;131(3):128-132. doi: 10.1111/apm.13294. Epub 2023 Jan 29. PMID: 36647776.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36647776/>

Dans cet article, les auteurs décrivent la découverte inattendue de séquences d'ARNm du vaccin contre le SRAS-CoV-2 dans le plasma de 10 échantillons de patients atteints du VHC jusqu'à 28 jours après la vaccination par COVID-19.

Selon le Professeur [REDACTED] : « Les vaccins ne correspondent pas à de la Gene therapy medicinal »

C'est pourtant bien le cas.

« Selon la législation de l'Union européenne (UE), les médicaments à base d'ARN peuvent actuellement être classés dans différents statuts réglementaires, en fonction, pour les vaccins, de leur cible (maladie infectieuse ou non) et, pour les autres médicaments, de la manière dont ils

sont obtenus (chimiquement ou biologiquement) [15]. De cette classification dépendent les contrôles et études qui doivent être effectués pour l'obtention des autorisations de mise sur le marché. Ainsi les vaccins ARNm contre des maladies infectieuses ne sont pas classés dans les produits de thérapies géniques [1 Section M9 2.1 b] et [16] alors que les vaccins ARNm pour le traitement des cancers sont des GTMP (Gene therapy medicinal products qui font partie des ATMP, advanced therapeutic medicinal product), en effet les ARNm sont des GTMP d'après le CAT (Committee for Advanced Therapies) et doivent donc subir des études de pharmacocinétique complètes [17]. »

Voir: https://www.researchgate.net/publication/368808706_ArNm_vaccin_ou_thérapie_génique_Les_enjeux_de_la_réglementation
ARNm : vaccin ou thérapie génique ? Les enjeux de la réglementation

La critique confirme bien que les études de pharmacocinétique étaient bien nécessaires, selon les textes en vigueur vu qu'il s'agit d'une nouvelle technique.

Confusion entre excrétion virale et excrétion du vaccin :

Le Professeur  prétend que « **Le rôle de la protéine spike n'a jamais été démontré** » c'est absolument faux.

Voir références [2,3,4,5,6]. de l'article
Et celle-ci parue ultérieurement :

J Med Virol. 2023;95:e28568. wileyonlinelibrary.com/journal/jmv © 2023 Wiley Periodicals LLC. | 1 of 9 <https://doi.org/10.1002/jmv.28568>

SARS-CoV-2 Spike protein (Spike) mediates lung injury and vascular damage by inducing endothelial dysfunction and inflammation.^{7,8} We previously reported significant apoptosis of microvascular endothelial cells on exposure to plasma-derived extracellular vesicles (EVs) from hospitalized COVID-19 patients.⁹

- Kumar N, Zuo Y, Yalavarthi S, et al. SARS-CoV-2 spike protein S1- mediated endothelial injury and pro-inflammatory state is amplified by dihydrotestosterone and prevented by mineralocorticoid antagonism. Viruses. 2021;13(11):2209.

- Chang R, Mamun A, Dominic A, Le NT. SARS-CoV-2 mediated endothelial dysfunction: the potential role of chronic oxidative stress. Front Physiol. 2021;11:605908.

- Krishnamachary B, Cook C, Kumar A, Spikes L, Chalise P, Dhillon NK. Extracellular vesicle-mediated endothelial apoptosis and EV- associated proteins correlate with COVID-19 disease severity. J Extracell Vesicles. 2021;10(9):e12117.

Selon le Professeur GAUTIER : « **les données montrent que ces nanoparticules à ARNm sont rapidement éliminées dans les 24h suivant injection** ».

Les données sur les LNPs dans les documents déclassifiés démontrent le contraire.

Voir le preprint et les références https://www.researchgate.net/publication/366595498_Que_revelent_les_etudes_precliniques_Moderna_et_Pfizer_devoilees_recemment_par_FOIA

Que révèlent les études précliniques Moderna et Pfizer dévoilées récemment par FOIA ?

« **Les études pré-cliniques présentées par les fabricants montrent que les composants des LNPs ou les LNPs contenant l'ARNm se distribuent dans tout le corps et persistent jusqu'à 6 ou 14 jours (selon qu'il s'agit de Moderna ou Pfizer). Dans certains organes il y a même concentration des LNPs par rapport aux taux retrouvés dans le sang (glandes surrénales,**

la moelle osseuse, les yeux, l'intestin,, le foie, les ganglions, les ovaires la rate, les testicules) ; les animaux étant sacrifiés au bout de 6 ou 14 jours, il est impossible de savoir si la concentration se poursuit au delà de cette période et de connaître la durée d'élimination complète du vaccin. »

Selon le Professeur [REDACTED] : « **Aucune donnée sur la distribution de la spike dans la littérature** »

Les références citées dans l'article montrent le contraire.

Le Professeur [REDACTED] prétend que Madame BANOUN n'a **pas montré que les nanoparticules sont capables de se transmettre** : c'est pourtant bien ce que démontre l'article.

Le Professeur [REDACTED] prétend que **l'ARNm n'est pas excrété dans le lait maternel**

Plusieurs publications citées dans l'article de Madame BANOUN montrent le contraire (et le document Pfizer le confirme parfaitement).

Voici d'autres publications :

Yeo KT, Chia WN, Tan CW, Ong C, Yeo JG, Zhang J, Poh SL, Lim AJM, Sim KHZ, Sutamam N, Chua CJH, Albani S, Wang LF, Chua MC. Neutralizing Activity and SARS-CoV-2 Vaccine mRNA Persistence in Serum and Breastmilk After BNT162b2 Vaccination in Lactating Women. Front Immunol. 2022 Jan 11;12:783975. doi: 10.3389/fimmu.2021.783975. PMID: 35087517; PMCID: PMC8787073.

En conclusion, la réponse du Professeur [REDACTED] est un mélange d'incompréhension et de mauvaise foi.

Nous rappellerons ici que le Professeur Mc CULLOUGH, praticien qui détient la plus haute cotation au monde, a cité publiquement cet article de Madame Hélène BANOUN.

Voici également ce qu'indique le Docteur James A THORP, MD, obstétricien gynécologue et membre certifié du Conseil de médecine maternelle et foetale de Floride, qui alerte l'ABOG (Le Conseil américain d'obstétrique et de gynécologie) dans un courrier en date du 12 janvier 2022 auquel il a annexé les références de 1 019 publications scientifiques évaluées par les pairs.

« Les menaces que vous avez fait circuler auprès de tous vos spécialistes et sous-spécialistes ont eu pour effet de pousser les injections de thérapie génique expérimentale chez toutes les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes, avec des conséquences extrêmement graves. De nombreuses sources indépendantes dans le monde entier ont observé une augmentation significative du nombre de fausses couches (avortements spontanés), de morts fœtales, de malformations fœtales, d'inflammations placentaires graves, de RCIU graves, de décès néonataux, de décès de nourrissons, de maladies auto-immunes chroniques permanentes du nouveau-né/de l'enfant, de syndromes permanents de déficience immunitaire, de maladies chroniques permanentes du SNC et de troubles cognitifs chroniques, des déficiences, des troubles épileptiques et le déclenchement de cancers néonataux/nourrissons et d'infections opportunistes, ainsi que de nombreuses autres conséquences désastreuses. Veuillez comprendre et reconnaître qu'il ne m'incombe pas de prouver cela à l'ABOG ou à qui que ce soit d'autre ; il incombait plutôt à ceux qui recommandaient cette thérapie génique expérimentale extrêmement dangereuse de montrer des données de sécurité *avant* de la proposer à toutes les femmes enceintes.

Les études sur les animaux démontrent clairement que les nanoparticules lipidiques (LNP) avec leur chargement d'ARNm traversent toutes les barrières créées par Dieu, y compris la

barrière hémato-encéphalique, la barrière placentaire et la barrière hémato-encéphalique du fœtus. On sait également qu'il existe une concentration très importante de LNP dans les ovaires de la mère, du fœtus et du nouveau-né. Comme vous le savez, un fœtus féminin naît avec tous ses gamètes (environ 1 million d'ovules) dans les ovaires et chacun est exposé à ces PNL potentiellement toxiques. Il est maintenant largement connu et compris que le "vaccin", qui est en fait une thérapie génique expérimentale, fonctionne en induisant une inflammation. *Or, l'inflammation chez l'embryon et le fœtus en développement est un signe distinctif de dommages permanents, de malformations, de décès, d'insuffisance placentaire et de maladies chroniques potentiellement permanentes chez la progéniture, notamment de graves perturbations immunologiques et la perturbation des récepteurs TOL7 et TOL8 sur les membranes cellulaires.*

La perturbation des récepteurs TOL7 et TOL8 est responsable de la surveillance immunitaire et de la suppression des cancers et des infections opportunistes dans l'organisme, notamment l'herpès, le zona, le CMV, le HPV, la tuberculose, la toxoplasmose et bien d'autres.

Pièce n°27

Thorp, J.A.; Rogers, C.; Deskevich, M.P.; Tankersley, S.; Benavides, A.; Redshaw, M.D.; **McCullough, P.A.** COVID-19 Vaccines: The Impact on Pregnancy Outcomes and Menstrual Function. *Preprints.org* 2022, 2022090430.

<https://doi.org/10.20944/preprints202209.0430.v1>.

Le document publié par le laboratoire Pfizer Inc lui-même, intitulé « Étude de phase 1/2/3 visant à évaluer la sécurité, la tolérance, l'immunogénicité et l'efficacité des candidats vaccins ARN contre le COVID-19 chez des individus en bonne santé » (n°EudraCT 2020-002641-42), évoque la question au 8.3.5 de l'exposition à l'intervention par inhalation ou contact avec la peau (p.67 du document en anglais et p.109 du document traduit en français via DeepL pro).

Mémoire pièce n°12a/12b

Le rapport « confidentiel » de Pfizer BNT162b2 5.3.6 Cumulative Analysis of Post-authorization Adverse Event Reports du 30 avril 2021, contient des preuves détaillées des impacts du « vaccin » sur la mortalité et la morbidité: en février 2021, **Pfizer avait déjà reçu plus de 1 200 rapports de décès probablement causés par le vaccin et des dizaines de milliers d'événements indésirables signalés, dont 23 cas d'avortements spontanés sur 270 grossesses, un cas grave chez une mère allaitante et 3 cas graves chez des bébés allaités puis plus de 2 000 rapports de troubles cardiaques.**

Sur 133 bébés nourris au sein, 116 cas ont rapporté une exposition au vaccin pendant l'allaitement.

« Au total, jusqu'au 28 février 2021 [en moins de trois mois], il y avait un total de 42 086 rapports de cas (25 379 médicalement confirmés et 16 707 non médicalement confirmés) contenant 158 893 événements . La plupart des cas (34 762) ont été reçus des États-Unis (13 739), du Royaume-Uni (13 404), de l'Italie (2 578), de l'Allemagne (1913), **de la France (1506)**, du Portugal (866) et de l'Espagne (756) ; les 7 324 restants ont été répartis entre 56 autres pays. (...) »

Tableau Description des informations

Sujet	Description
Informations manquantes	Évaluation des cas post-autorisation (cumulatif au 28 février 2021) Nombre total de cas dans la période de rapport (N=42086)
Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement	- Nombre de cas : 413^a (0,98 % de l'ensemble des données PM) ; 84 cas graves et 329 cas non graves ; - Pays d'incidence : États-Unis (205), Royaume-Uni (64), Canada (31), Allemagne (30), Pologne (13), Israël (11) ; Italie (9), Portugal (8), Mexique (6), Estonie, Hongrie et Irlande (5 chacun), Roumanie (4), Espagne (3), République tchèque et France (2 chacun), les 10 cas restants étant répartis entre 10 autres pays. Cas de grossesse : 274 cas dont : 270 cas de mères et 4 cas de fœtus/bébés représentant 270 grossesses uniques (les 4 cas de fœtus/bébés étaient liés à 3 cas de mères ; 1 cas de mère concernait des jumeaux). - Les issues de grossesse pour les 270 grossesses ont été rapportées comme suit : avortement spontané (23), issue en suspens (5), naissance prématurée avec décès néonatal, avortement spontané avec décès intra-utérin (2 chacun), avortement spontané avec décès néonatal, et issue normale (1 chacun). Aucun résultat n'a été fourni pour 238 grossesses (à noter que 2 résultats différents ont été rapportés pour chaque jumeau et qu'ils ont tous deux été comptabilisés). 146 cas de mères sans gravité ont rapporté une exposition au vaccin in utero sans qu'aucun effet indésirable clinique ne soit survenu. Les PT d'exposition ont été codés en PT Exposition maternelle pendant la grossesse (111), Exposition pendant la grossesse (29) et Moment de l'exposition maternelle non spécifié. (6). Le trimestre d'exposition a été indiqué dans 21 de ces cas : 1er trimestre (15 cas), 2ème trimestre (7) et 3ème trimestre (2). 124 cas de mères, 49 non graves et 75 graves, ont signalé des événements cliniques survenus chez les mères vaccinées. Les événements liés à la grossesse signalés dans ces cas ont été codifiés comme suit : avortement spontané (25), contractions utérines pendant la grossesse, rupture prématurée des membranes, avortement, avortement manqué et mort fœtale (1 dans chaque cas). Les autres événements cliniques survenus dans plus de 5 cas ont été codés dans les PT suivants : maux de tête (33), douleur au site de vaccination (24), douleur aux extrémités et fatigue (22 chacun), myalgie et pyrexie (16 chacun), frissons (13), nausées (12), douleur (11), arthralgie (9), lymphadénopathie et inefficacité médicamenteuse (7 chacun), douleur thoracique, vertiges et asthénie (6 chacun), malaise et COVID-19 (5 chacun). Le trimestre d'exposition a été indiqué dans 22 de ces cas : 1er trimestre (19 cas), 2ème trimestre (1 cas), 3ème trimestre (2 cas). 4 cas graves de fœtus/bébé ont signalé les PT suivants : exposition pendant la grossesse, retard de croissance fœtale, exposition de la mère pendant la grossesse, bébé prématuré (2 dans chaque cas) et décès néonatal. (1). Dans deux cas (jumeaux), le trimestre d'exposition a été signalé comme ayant eu lieu au cours du premier trimestre. Cas de bébés nourris au sein : 133, dont 116 cas ont rapporté une exposition au vaccin pendant l'allaitement (PT Exposition via le lait maternel) sans qu'aucun événement clinique indésirable ne soit survenu ; 17 cas, 3 graves et 14 non graves, ont rapporté les événements cliniques suivants survenus chez le nourrisson/enfant exposé au vaccin par l'allaitement : Pyrexie (5), éruption cutanée (4), irritabilité du nourrisson (3), vomissements infantiles, diarrhée, insomnie et maladie (2 chacun), mauvaise alimentation du nourrisson, léthargie, gêne abdominale, vomissements, allergie au vaccin, augmentation de l'appétit, anxiété, pleurs, sommeil de

CONFIDENTIEL

Page 12

FDA-CBER-2021-5683-0000065

La liste des effets indésirables d'intérêt spécifique en annexe I de ce rapport s'étale sur neuf pages.

5.3.6 Analyse cumulative des rapports d'événements indésirables après

Tableau	mauvaise qualité, éruption, agitation, douleur et urticaire (1 chacun). Description des informations 1 cas grave rapporte 3 événements cliniques survenus chez une mère pendant l'allaitement (PT Exposition maternelle pendant l'allaitement) ; ces événements ont été codés aux PT Frissons, malaise et pyrexie. 1 cas non grave rapporté avec des informations très limitées et sans effets indésirables associés.
----------------	---

5.3.6 Analyse cumulative des rapports d'événements indésirables après

Tableau Description des informations

Sujet	Description
Informations manquantes	Évaluation des cas post-autorisation (cumulatif au 28 février 2021) Nombre total de cas dans la période de rapport (N=42086)
	Dans 4 cas (3 non graves ; 1 grave), une suppression de la lactation s'est produite chez une femme qui allaitait et les événements suivants ont été signalés : Pyrexie (2), parésie, céphalées, frissons, vomissements, douleurs aux extrémités, arthralgie, douleurs mammaires, douleurs cicatricielles, nausées, migraine, myalgie, fatigue et coloration du lait maternel (1 chacun). Conclusion : L'examen de ces cas d'utilisation pendant la grossesse et l'allaitement n'a révélé aucun signal de sécurité.
Utilisation en pédiatrie <12 ans	Enfants de moins de 12 ans - Nombre de cas : 34^d (0,1 % de l'ensemble des données PM), indiquant une administration à des sujets pédiatriques âgés de moins de 12 ans ; - Pays d'incidence : Royaume-Uni (29), États-Unis (3), Allemagne et Andorre (1 chacun) ; - Cas Gravité : Grave (24), Non grave (10) ; - Sexe : Femmes (25), Hommes (7), Inconnu (2) ; - L'âge (n=34) allait de 2 mois à 9 ans, moyenne = 3,7 ans, médiane = 4,0 ; - Issue du cas : résolu/résolu (16), non résolu (13) et inconnu (5). - Sur les 132 événements signalés, ceux qui ont été signalés plus d'une fois sont les suivants : Produit administré à un patient d'âge inapproprié (27, voir Erreur de médication), Utilisation non conforme à l'étiquetage (11), Pyrexie (6), Problème d'utilisation du produit (5), Fatigue, Maux de tête et Nausées (4 chacun), Douleur au site de vaccination (3), Douleur abdominale supérieure, COVID-19, Paralysie faciale, Lymphadénopathie, Malaise, Prurit et Enflure (2 chacun). Conclusion : L'examen de ces cas par rapport à la population non pédiatrique n'a pas permis d'identifier de nouvelles informations significatives en matière de sécurité.

<https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf>

Mémoire pièce n°20a/20b

Face à ces éléments, la seule et unique pièce produite par le Conseil Départemental [REDACTED] [REDACTED] Ordre des Médecins afin de contredire les données scientifiques transmises par Monsieur le Docteur [REDACTED], d'une part ne démontre pas l'utilité du « vaccin covid-19 » et d'autre part, contient des affirmations erronées et contre laquelle il serait donc possible de porter les mêmes griefs, que ceux invoqués dans le cadre de la plainte dudit Conseil.

Nous pouvons en conclure que Monsieur le Dr [REDACTED] n'a absolument pas violé l'article 13 du code de déontologie médicale lorsqu'il a rappelé les résultats des études en cours concernant l'excrétion des personnes vaccinées.

10. DES AGENCES DE SANTÉ INSTRUMENTALISÉES ET DÉNONCÉES PAR DES EXPERTS

Voici des extraits éclairants de l'intervention du Docteur DESBIOLLES devant la Commission des affaires sociales du Sénat en date du 8 février 2022 :

« Mme Alice Desbiolles, médecin de santé publique, épidémiologiste et vaccinologue - Je suis attachée à l'evidence-based medicine, à la médecine fondée sur des preuves ; je suis très attachée à ce que les politiques de santé publique soient fondées sur les données « probantes », et à la rigueur méthodologique et scientifique.

Dès lors que les mesures concernent toute la population, y compris des personnes très fragiles comme les enfants, le niveau de preuve doit être extrêmement rigoureux, et la balance bénéfice- risque doit indiscutablement pencher en faveur de l'intervention. Pour la plupart des décisions qui ont été prises, cela n'était pas le cas. (...)

Et le niveau de preuve est clairement insuffisant pour arguer d'un bénéfice collectif de la vaccination de masse des individus à faible risque de formes graves de covid, d'autant plus dans le contexte d'un échappement potentiel d'Omicron vis-à-vis du vaccin. »

« le risque d'échappement doit être considéré. (...) pour limiter ce risque et économiser l'efficacité de l'outil vaccinal sur les personnes à risque, il convient d'en avoir, comme avec les antibiotiques, un usage mesuré, proportionné, fondé sur des preuves. »

« Mme Émilienne Poumirol, Sénatrice. - Pour nous, le passage du passe sanitaire au passe vaccinal était une manière peu courageuse d'obliger à la vaccination. Mais pourquoi ne revient-on pas sur la politique de vaccination, en insistant sur la vaccination des personnes à risque de formes graves, plutôt que de continuer sur un discours vaccinal pour la totalité de la population, alors que vous nous dites que cela n'est pas fondé sur des preuves probantes, non seulement en France, mais dans le monde entier ?

Cela me perturbe beaucoup. Vous avez parlé des enfants. Mercredi dernier, nous avons entendu M. Fontanet nous dire qu'il faut vacciner les enfants de 5 à 11 ans. J'entends votre argument d'un potentiel échappement vaccinal similaire à la situation des antibiotiques, mais il disait encore hier soir à la télévision qu'il fallait vacciner les enfants.

Comment reprendre en main la situation, et évaluer de manière indépendante les travaux du Conseil scientifique et les décisions du Conseil de défense sanitaire, qui nous a imposé le confinement en 2020 ?

Comment remettre en piste la Haute Autorité de santé et Santé publique France, pour que ces institutions coordonnent leurs travaux, s'appuient sur des preuves, et que l'on fasse éventuellement un mea culpa ?»

« Mme Alice Desbiolles - Vous parliez d'obligation vaccinale, mais il faut bien voir que la médecine a normalement vocation à être suggestive et non pas normative. **Le respect du consentement des individus est un des éléments majeurs de la médecine moderne et du droit de protection des patients, que l'on trouve dans la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé de 2002, dite loi Kouchner. L'article 36 du code de déontologie médicale dispose que tout patient, après une information loyale, doit pouvoir donner son consentement libre et éclairé sur ce qu'il estime être sa balance bénéfice-risque individuelle.** »

« Ce que l'on aurait pu faire collectivement, c'est mobiliser le dispositif d'agences sanitaires supposées indépendantes qui existent déjà, et permettre la tenue d'un débat contradictoire scientifique (...) **Ce débat contradictoire est nécessaire, car la communauté scientifique médicale de santé publique est extrêmement fragmentée sur la gestion de la crise. Je ne suis pas la seule experte de santé publique ou épidémiologiste professionnelle à porter cette voix. L'impression a été donnée qu'il n'y avait qu'une seule voix scientifique, homogène et consensuelle, face à la gestion de cette crise, et qu'on ne pouvait emprunter qu'une seule voie pour lutter contre la pandémie, alors que ce n'était pas le cas.**

(...) **Nous devons nous reconnecter avec les principes fondamentaux de la médecine et de la santé publique que sont l'appui sur des preuves et le consentement des individus.** »

« Mme Alice Desbiolles. - Concernant la contagiosité, **il me semble que le professeur Delfraissy a lui-même admis que le but du passe sanitaire était non pas de réduire les contaminations, mais bien d'augmenter le nombre de primo-vaccinations, ce qui a eu lieu, mais pas dans le public cible des personnes à risque. On peut donc s'interroger sur l'efficacité de la mesure.**

(...) **chacun peut constater de manière empirique que, vacciné ou non, on peut contracter cet agent infectieux. Il me semble que M. Delfraissy était revenu sur ce point.**

Je précise que la charge de la preuve doit normalement incomber à la puissance qui met en place la politique publique, et que ce n'est pas à moi d'en démontrer la potentielle inefficacité. **Si l'on veut faire les choses dans les règles de l'art, même si l'incertitude fait partie de la pratique, il faut disposer d'un fort niveau de preuve avant de mettre en place des interventions. Il ne faut pas inverser les rôles.**

Concernant le port du masque, j'attends un essai à fort niveau de preuve qui démontre son efficacité, en particulier chez les enfants. »

(...) « **selon le concept important en santé publique de l'universalisme proportionné, qui précise que des mesures proportionnées doivent être prises selon la vulnérabilité des personnes.**

Cet alliage aurait permis une approche moins coûteuse sur tous les plans, sanitaire, social, économique, pédagogique, en matière d'inégalité, de démocratie, de confiance, et de rigueur scientifique. »

Pièce n°28

Concernant précisément l'affirmation selon laquelle les « vaccins » Covid-19 seraient des produits pharmaceutiques permettant d'éviter les formes graves, cela n'est toujours pas démontré à ce jour, comme le reconnaissent désormais des médecins publiquement en faisant

également leur **mea culpa** dans le cadre d'une lettre ouverte confraternelle en date du 8 août 2022 diffusée par le Syndicat Liberté Santé. Cette assertion ne repose donc sur aucune base scientifique solide. Le groupe pharmaceutique américain Pfizer Inc, pour n'en citer qu'un, n'affirme pas non plus que les « vaccins » Pfizer BioNTech permettent d'éviter de développer la forme grave de la Covid-19.

Pièce n°29

Les dernières interventions médiatiques du Professeur DELFRAISSY tendent parfaitement à démontrer que le Conseil scientifique français a été instrumentalisé et que les médias ont été complices des abus et extorsion de consentement, notamment en propageant la peur et les fausses informations.

Il reconnaît que les compagnies pharmaceutiques ont tout pouvoir sur les décisions prétendument scientifiques en rapport aux « vaccins » Covid-19 et que les laboratoires ont supplanté l'OMS. Il a reconnu que la démocratie sanitaire n'a pas fonctionné.

Pièces n°30 et 31

Voilà encore ce que dit M. François ALLA, professeur de santé publique à l'université de BORDEAUX, devant l'OPECST :

«La communication sur les effets indésirables n'a pas été loyale : elle n'a pas permis le consentement « libre et éclairé » qu'exige le code de la santé publique. » (...)

« Je pense en particulier aux enfants et aux adolescents, vaccinés, non pour leur propre bénéfice, mais d'abord pour protéger les adultes. »

« En juin 2021, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a rappelé à quel point cette instrumentalisation des enfants heurtait les principes fondamentaux de l'éthique en santé. »

« J'en viens aux questions de communication. Pour vacciner en masse, il fallait vacciner des personnes qui n'en avaient pas un besoin impérieux. Il fallait donc manipuler.

À cet égard, je vous renvoie aux travaux que j'ai consacrés à l'hésitation vaccinale. On se vaccine si l'on se pense vulnérable face à la maladie ; si l'on pense que le vaccin est efficace ; et si l'on pense qu'il est dénué d'effets indésirables. Il fallait donc forcer le trait sur ces trois points pour pousser des personnes jeunes et en bonne santé à se vacciner.

Premièrement, pour renforcer le sentiment de vulnérabilité, on a employé la fameuse stratégie de la peur dès le début de la crise du Covid. Tous les soirs, on a égrainé le nombre de morts à la télévision ; on a multiplié les reportages télévisés sur les jeunes adultes sportifs et en bonne santé, sans comorbidité, hospitalisés en réanimation ; puis, en janvier dernier, lors de la campagne vaccinale des enfants, on a mis l'accent sur le grand nombre de décès d'enfants.

Cette manipulation des esprits était très clairement assumée. Elle est également passée par la manipulation des chiffres : je vous renvoie au compte rendu de l'audition, au Sénat, d'Alice Desbiolles en janvier dernier.

Cette stratégie a par elle-même de graves effets indésirables. Elle a notamment contribué à l'explosion des problèmes de santé mentale.

Santé publique France le souligne dans un rapport datant de la semaine dernière : près d'un tiers des Français présentent, aujourd'hui, un état anxieux ou dépressif. La France connaît la pire évolution d'Europe en matière de santé mentale. La stratégie de la peur est d'ailleurs proscrite depuis longtemps par toutes les sociétés savantes internationales en matière de santé publique.

Deuxièmement, pour sur vendre les bénéfices des vaccins, on a multiplié les slogans, comme « Tous vaccinés, tous protégés », qui relèvent des fake news au sens premier du terme.

Troisièmement, on a mis les risques sous le tapis, alors qu'ils avaient été identifiés, et même très tôt pour certains, en France ou à l'étranger. Je pense par exemple aux myocardiites, détectées en Israël, l'un des premiers pays à vacciner les adolescents.

J'ai été choqué du traitement réservé aux victimes des vaccins. Elles souffrent dans leur corps, dans leur vie, et méritent considération dans tous les cas. Or, globalement, elles ont été méprisées. » (...)

« Le discours public et médiatique a procédé, en permanence, à la minimisation des effets ressentis et le mépris est allé jusqu'à la censure sur les réseaux sociaux: je ne parle pas de fake news propagées par les antivax, mais de témoignages de victimes s'exprimant depuis leur lit d'hôpital. »

« Souvent, la démocratie sanitaire a été mise entre parenthèses de manière délibérée. Or l'information et le consentement sont non pas des obstacles à la santé, mais des conditions de la santé. »

Pièce n°32

A ce titre, voici un extrait du journal LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN en date du 24 janvier 2022 publiant une interview du Professeur François ALLA :

« LE QUOTIDIEN : Pourquoi avez-vous démissionné du Haut conseil de la santé publique ?

Pr FRANÇOIS ALLA : Je voulais tout d'abord dégager du temps pour remplir ma nouvelle mission à la présidence de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) de Nouvelle Aquitaine. Mais j'ai également démissionné parce que les experts du HCSP et les agences (HAS, Santé publique France, etc.) n'ont pas joué leur rôle durant la crise sanitaire. Celui-ci consiste à élaborer de l'aide à la décision, y compris quand elle ne va pas dans le sens du décideur ! Or, cette aide à la décision s'est transformée en service après-vente de décisions qui étaient déjà prises en amont.

Dernier exemple en date, l'article récent sur l'impact du passe sanitaire sur le taux de vaccination, la santé et l'économie. Il ne s'agit pas véritablement d'une expertise, mais d'un « travail alibi ». Il a été porté par le Conseil d'analyse économique (CAE), qui est rattaché à Matignon et présidé par Philippe Martin, ancien conseiller économique d'Emmanuel Macron.

Parmi les signataires de ce papier, il y a aussi un membre du Conseil scientifique, le Pr Arnaud Fontanet, qui a milité pour le passe sanitaire. Donc, ce n'est pas un travail scientifique indépendant, au sens d'absence de conflits d'intérêts avec le pouvoir politique. » (...)

Pièce n°33

D'après l'avis même de la Haute Autorité de Santé du 29 mars 2023, intitulé « Obligations et recommandations vaccinales des professionnels » https://www.has-sante.fr/jcms/p_3424586/fr/obligations-et-recommandations-vaccinales-des-professionnels-actualisation-des-recommandations-et-obligations-pour-les-etudiants-et-professionnels-des-secteurs-sanitaire-medicosocial-et-en-contacts-etroits-avec-de-jeunes-enfants :

« Les critères de mise en œuvre d'une obligation vaccinale, proposés initialement par le HCSP en 2016 et repris par la HAS en janvier 2023 dans sa note de cadrage, qui indiquent que toute décision de rendre ou de maintenir obligatoire une vaccination pour des professionnels de santé ne doit s'appliquer qu'à la prévention d'une maladie grave, et avec un risque élevé d'exposition pour le professionnel, et un risque de transmission à la personne prise en charge, et pour laquelle existe un vaccin efficace et dont la balance bénéfices/risques est largement en faveur ; (...)

Dans la plupart des cas, la Covid-19 cause des symptômes bénins (82). Selon les données de l'OMS, parmi les malades symptomatiques, environ 80 % guérissent sans qu'il soit nécessaire de les hospitaliser, environ 15 % des patients nécessitent une hospitalisation avec oxygénothérapie, et 5 % des infections sont critiques et exigent des soins intensifs (83). Les formes graves sont plus fréquentes chez les personnes âgées, les personnes immunodéprimées et chez les personnes ayant des affections médicales préexistantes (diabète, hypertension, cardiopathie, pneumopathie ou cancer, par exemple), indifféremment de leur âge. La létalité de la maladie varie entre les pays et était estimée à 0,5 % en France en avril 2022⁶. La très grande majorité des décès est survenue chez les personnes de plus de 60 ans, le risque augmentant avec l'âge. (...)

Il existe un risque accru de myocardite et de péricardite après vaccination par un vaccin à ARNm, en particulier pour les vaccins Spikevax. Ces pathologies peuvent se développer en l'espace de quelques jours seulement après la vaccination, et sont survenues principalement dans les 14 jours. Elles ont été observées plus souvent après la seconde vaccination, et le plus souvent chez des hommes plus jeunes. C'est pourquoi, pour les personnes de moins de 30 ans éligibles, seuls les vaccins Comirnaty, Comirnaty bivalent Original / Omicron BA.1 et Comirnaty bivalent Original / Omicron BA.4-5 sont re- commandés.

Les vaccins contre la Covid-19 font tous l'objet d'une surveillance renforcée de pharmacovigilance. Les données régulièrement mises à jour sont disponibles sur le site de l'ANSM (92).

Plusieurs signaux sont en cours d'évaluation au niveau français et européen pour les vaccins à ARNm :

Pour Comirnaty, au niveau français, les signaux en cours d'évaluation sont : troubles menstruels, hémophilie acquise, hépatite auto-immune, surdité, pseudo-polyarthrite rhizomélitique, polyarthrite rhumatoïde, et hépatite auto-immune. Au niveau européen, les signaux en cours d'évaluation sont : diarrhée, dyspnée, palpitations, tachycardie, surdité, myosite, pemphigus et ulcération vulvaire.

Pour Spikevax, au niveau français, les signaux en cours d'évaluation sont : troubles menstruels, hémophilie acquise, hépatite auto-immune, surdité, anémie hémolytique auto-immune, vascularite. Au niveau européen, les signaux en cours d'évaluation sont : arythmie, surdité, urticaire mécanique, pemphigus, myosite et vascularité des petits vaisseaux. (...)

Les premières données disponibles sur l'efficacité en vie réelle des vaccins à ARNm bivalents adaptés contre Omicron confirment l'efficacité conférée par une dose de rappel chez des personnes préalablement vaccinées avec d'autres vaccins. Concernant la durée de protection, les données disponibles montrent que l'efficacité des vaccins monovalents contre les formes

symptomatiques et les formes graves de la maladie décline rapidement après l'administration du vaccin Covid-19, en primovaccination et/ou en rappel (...)

La protection du rappel contre les formes symptomatiques semble disparaître après trois mois ; (...)

La protection contre les formes sévères conférée par une dose de rappel s'érode à partir de 3 mois. Les résultats de ces études françaises sont confirmés par des méta-analyses incluant plusieurs dizaines d'études internationales, y compris dans le contexte Omicron (97-99), qui montrent que :

- La protection contre l'infection et/ou les formes symptomatiques s'érode significativement au bout de quelques semaines selon l'apparition de variants échappant à la protection immunitaire, quel que soit l'âge des personnes ;

- La protection contre les formes graves se maintient à un niveau élevé en période Omicron pendant au moins trois mois et diminue de façon progressive ensuite, sans qu'il ne soit possible sur la base des données actuellement disponibles, d'estimer la protection résiduelle au-delà de 6 mois (la durée de suivi des études étant limitée).

Il faut rappeler que l'appréciation de la durée de protection après vaccination est rendue complexe par le fait qu'intervient non seulement la durabilité de la réponse immune, mais également l'adéquation entre cette réponse immune et les variants ou sous-variants en circulation. En effet, la protection peut diminuer au cours du temps non pas tant du fait de la non-persistance de la mémoire immunitaire que de l'échappement immunitaire plus important des variants. »

Nous rappelons en outre, que le dirigeant de Pfizer (producteur de 80% des ventes de substances génériques expérimentales anticovid en France), Monsieur Albert BOURLA, a obtenu un diplôme de vétérinaire et effectué un **doctorat en biotechnologie de la reproduction**. Ce dirigeant se moque éperdument des conséquences dévastatrices des produits qu'il met sur le marché et n'hésite pas à tenir des propos trompeurs et manipulateurs. Voici des extraits de ses interventions du 17 janvier 2022:

<https://partage-public.avocat.fr/ajax/share/0bfb029c03a70f67bfb2ded3a70f4082a1db0ad3642d5cd5/1/8/NTM/NTMvMTc4>

<https://partage-public.avocat.fr/ajax/share/0b790f5d019f7764b79202c19f774cd89dfc97026140ea03/1/8/NTM/NTMvMTgw>

<https://partage-public.avocat.fr/ajax/share/0c8ffd8609f59e68c8fd2f79f59e41379cfd5475d6f2b542/1/8/NTM/NTMvMTc5>

Rien d'étonnant de la part du dirigeant d'une multinationale multirécidiviste, en effet, nous constatons de nombreux faits de corruption de médecins et de représentants gouvernementaux ainsi que des faits de publicité mensongère, ce qui est corroboré par des articles de presse de 2009 et 2012 en ce qui concerne précisément Pfizer :

https://www.lemonde.fr/economie/article/2012/08/07/accusations-de-corruption-pfizer-va-regler-pour-60-millions-de-dollars_1743442_3234.html?fbclid=IwAR3taH1CeJ4kVOOzXanEG-EiJup6mlzyL84tOlps1sG7vyWyOfSxjvTNRA

<https://m.investir.lesechos.fr/actualites/usa-pfizer-debourse-2-3-mds-pour-publicite-mensongere-168155.html?fbclid=IwAR2JO8sCFHeUJfBBpZMW1MPKG4gcOlCP-Uqqi8MbAKLkOwH6pZKkrATZcek>

Par exemple, depuis 1995, Pfizer Inc. a dû verser 6,6 milliards de dollars US à la suite de 42 procès ; six affaires sont actuellement en cours d'instruction :

<https://www.contractormisconduct.org/contractors/188>

Il s'avère que Pfizer continue de publier des études au contenu frauduleux d'après une publication de l'AIMSIB :

<https://www.aimsib.org/2021/10/25/suivi-de-lessai-clinique-pfizer-a-6-mois-sur-et-efficace/>

«Les malaises et arrêts cardiaques se multiplient dans le monde mais les injections sont toujours hors de cause !

Pourtant la propre étude de Pfizer à 6 mois publiée le 28 juillet 2021 et sa version «revue par les pairs» datée du 15 septembre 2021, qui est passée complètement inaperçue, incrimine directement et clairement le ? Pfizer.

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.28.21261159v1.full.pdf>

Pfizer affirme dans son abstract et dans le résumé du texte principal ce que reprennent en boucle les khmers blancs sur les plateaux ainsi que le gouvernement et les autorités sanitaires : le vaccin est sûr, efficace et très bien toléré. »

Nous portons également à votre connaissance, une fraude récente impliquant Pfizer révélée par le British Medical Journal le 2 novembre 2021 :

<https://www.francesoir.fr/societe-sante/pfizer-gate-ventavia>

[https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635?](https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_term=hootsuite&utm_content=sme&utm_campaign=usage)

[utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_term=hootsuite&utm_content=sme&utm_campaign=usage](https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_term=hootsuite&utm_content=sme&utm_campaign=usage)

Compte tenu de toutes les preuves d'effets indésirables des vaccinations enregistrées sur un grand nombre de personnes présentant des caractéristiques génétiques diverses, aucun tribunal ne peut aujourd'hui soutenir que c'est pour le "bien public" que les gens sont vaccinés.

Il ne saurait donc être fait grief au Docteur [REDACTED] d'avoir manqué à son devoir de prudence a fortiori lorsque le produit pharmaceutique est extrêmement dangereux pour la santé humaine.

Dans l'Allemagne nazie, les médecins qui refusaient de se plier aux diktats de l'État bureaucratique nazi totalitaire étaient punis et se voyaient retirer leur licence. Sur ce rappel de l'histoire, il nous semble que les médecins français ne peuvent légalement et constitutionnellement être contraints de participer à des expériences médicales dangereuses sur l'ensemble de la population sous peine de se voir retirer leur licence, à moins que la France ne soit devenue elle-même un État totalitaire.

« Il a fallu près d'un siècle pour que s'impose sur ce point un droit protecteur des personnes à tous les étages de l'ordre juridique international, européen et national. Il paraît inconcevable et inquiétant que des règles éthiques prévues non seulement pour des situations ordinaires, mais aussi pour des situations exceptionnelles – comme en atteste le Code de Nuremberg qui fut, en 1947, un temps fort de cette élaboration juridique – soient écartées à l'occasion d'une crise, fût-elle sanitaire. »

« L'une des caractéristiques de l'État de droit est la soumission de l'État aux règles qu'il a lui-même énoncées. Si les gouvernants ne tiennent plus compte de ces dernières et leur portent atteinte, cela ne peut signifier qu'une chose : l'État de droit cède la place à l'arbitraire.

Il faut alors espérer que les juges sauront ramener les gouvernants à la raison juridique. Car en matière d'éthique médicale, nous avons derrière nous un siècle de réflexion fondée sur un certain nombre de drames et trente ans de législation éclairée qui ont posé des garde-fous pour la sauvegarde de tous. » (*Pourquoi la vaccination obligatoire anti-covid viole l'Etat de droit, 23 juillet 2021, par le professeur d'Université, M. Philippe SEGUR*)

Enfin, le fait de rencontrer, d'échanger, d'écouter, de comprendre, les Confrères et les Consœurs qui pratiquent différemment et osent s'exprimer, avec d'autres points de vue et d'autres connaissances, permettrait d'éviter des conflits, des condamnations et des frais de justice inutiles.

De surcroît, Monsieur le Dr [REDACTED].

Ainsi, la plainte déposée par le Conseil de l'Ordre ne pourra qu'être vouée à l'échec.

PAR CES MOTIFS

Vu l'application de la Convention Européenne des Droits de l'Homme ;
Vu le Code de la Santé Publique ;
Vu le Code de Déontologie Médicale ;

Le Docteur [REDACTED] **sollicite de la Chambre Disciplinaire de première instances**
[REDACTED] **l'Ordre des Médecins de :**

CONSTATER que les droits à un procès équitable du Docteur [REDACTED] par application de l'article 6 de la CEDH n'ont pas été respectés ;

ANNULER la présente procédure ;

Subsidiairement :

DIRE que le Docteur [REDACTED] a parfaitement respecté les règles de déontologies médicales.

DIRE n'y avoir lieu à poursuites déontologiques ;

RENOYER le Conseil de l'Ordre à mieux se pourvoir ainsi qu'il avisera.

CONDAMNER le Conseil Départemental [REDACTED] l'ordre des médecins à payer au Docteur [REDACTED] la somme de 4000 €, en application de l'article L. 761-1 du Code de Justice Administrative ;

Fait à Paris, le 7 avril 2023

Virginie de Araujo-Recchia

Pièces jointes :

Bordereau de pièces communiquées et 33 pièces.