

Vaccination contre le COVID : 51 raisons et 200 études pour lesquelles elle doit être un choix librement consenti

Sommaire

L'inoculation de vaccins géniques sans bénéfice individuel avéré est contraire à l'éthique et au principe de prudence	3
1. Conditionnalité de l'AMM : l'inoculation d'un produit en phase de test ne peut être rendue obligatoire	3
2. Mortalité et effets secondaires postinjection : une pharmacovigilance alarmante.....	4
3. Inefficacité vaccinale : le risque d'effets indésirables se pose à chaque injection	11
4. Vaccins géniques (ARNm et ADN) : un saut dans le vide sans parachute	11
5. Mécanisme d'action : la pathogénicité du vaccin est aujourd'hui avérée.....	11
6. Dérèglement immunitaire, cancers postvaccinaux : une réalité déjà observable.....	12
7. Anticorps facilitants : le risque de maladie aggravée par la vaccination (VAED).....	12
8. Immunité naturelle : pourquoi la sacrifier ?	13
9. Personnes immunodéprimées : sur quelles bases scientifiques sont-elles vaccinées ?	14
10. Maladies sous-jacentes : le ministre tient-il compte des mises en garde de la science ?	14
11. Dons de sang, transfusions : un possible scandale bis du sang contaminé	14
12. Maladies auto-immunes : un « tsunami de lésions neurologiques » ?	14
13. Maladie de Creutzfeldt-Jakob : un nouveau scandale sanitaire ?.....	15
14. Myocardites, péricardites, accidents cardio-vasculaires : une incidence hors norme.....	15
15. Vaccination des enfants : nous sommes au-delà de la malveillance.....	17
16. Risque iatrogène : aucune contre-indication n'est reconnue par le Gouvernement	17
17. Vaccination des femmes enceintes : cet autre péché capital	18
18. Allaitement : les risques pour le fœtus ou les nourrissons sont réels.....	18
19. Stérilité féminine et troubles menstruels : les études n'ont commencé que... fin juillet	18
20. Stérilité masculine : les autopsies relancent les inquiétudes des scientifiques	19
21. Composition des vaccins : un cocktail aux effets inconnus	19
22. Persistance du vaccin dans l'organisme : une inconnue majeure	20
23. Qualité des injections : découverte de nouvelles impuretés toxiques	20
24. La question majeure de l'accumulation des doses : la grande oubliée du débat	20
25. Auto-immunité systémique : un désastre annoncé	21
26. Vieillesse cellulaire : quel sera l'impact d'injections vaccinales répétées ?	21
27. Pfizer Gates : l'intégrité des données est remise en cause	21
28. FDA Gates : comment le vaccin Pfizer a-t-il pu être approuvé ?	22
29. EMA Gate : le scandale de l'étude pédiatrique caviardée	23
L'impasse du dispositif sanitaire actuel.....	23
30. L'inefficacité des vaccins comme outil de lutte contre la propagation de l'épidémie.....	23
31. Les boosters sont-ils la solution ? Ce n'est pas ce que dit la science	23
32. Anticorps facilitants : l'épidémie est devenue logiquement une épidémie de vaccinés	24
33. Impact sur la mortalité et les formes graves : jusqu'à quel point le vaccin protège-t-il ?	25
34. Échec du passe sanitaire : la preuve par les chiffres	25
La vaccination de l'ensemble de la population n'est pas justifiée épidémiologiquement.....	26
35. L'immunité collective est un mythe	26
36. L'efficacité de la vaccination obligatoire est contestée par les études	26
37. La gravité du COVID n'est pas comparable aux précédentes épidémies	27
38. Le mythe de la saturation hospitalière par les non-vaccinés	29
39. Le variant Omicron signe la fin de l'épidémie	30
D'autres outils existent, mais le Gouvernement refuse de les utiliser	30
40. Traitements précoces : le scandale ne pourra pas être évité	30
41. Risques vaccinaux : l'interdiction des traitements n'est plus audible	33

Risques vaccinaux : une atteinte à la santé individuelle et à l'intérêt supérieur de la nation ?....	34
42. Vaccination des enfants, des femmes enceintes et des forces armées : peut-on parler d'atteinte à la sécurité de la nation ?.....	34
43. Dommages et intérêts : une facture potentiellement hors norme	34
Consentement éclairé, thérapie génique... : les contraintes légales d'une obligation vaccinale...	34
44. Ces 13 textes de loi qu'enfreindrait une obligation vaccinale, réelle ou déguisée	34
45. Thérapie génique, organismes génétiquement modifiés : s'agit-il d'un vaccin ?	35
46. L'ARN messager modifie le génome humain	35
47. Schéma vaccinal : la grande inconnue	36
48. Peut-on légalement imposer l'inoculation d'un vaccin en sachant qu'il n'est pas conforme à son AMM ? 36	36
49. Vaccination de masse : un risque collectif majeur	36
50. La 3 ^e dose n'est recommandée en population générale ni par la HAS ni par le Conseil scientifique	37
Conclusion	37
Références	38

Le Sénat s'est prononcé il y a deux mois : obliger les Français à se faire injecter un produit dont la sécurité n'a pas été évaluée serait illégal. La question que pose aujourd'hui le passe vaccinal est plus complexe : un État peut-il assujettir la citoyenneté à des injections répétées d'un produit thérapeutique dont les risques sont désormais attestés par près de 200 études ?

Nous avons recensé 194 études établissant que la balance bénéfice-risque d'une vaccination contre le COVID-19 est en réalité déficitaire pour l'immense majorité des Français dont elle constitue une atteinte à l'intégrité du corps. Au regard de l'échec collectif de la vaccination suggéré par la science, la volonté de la rendre obligatoire relève sur ce principe d'une intention de nuire qui exposerait les parlementaires à des poursuites pénales. Nous avons établi une liste de 50 raisons qui, au contraire, plaident pour une vaccination librement consentie.

L'inoculation de vaccins géniques sans bénéfice individuel avéré est contraire à l'éthique et au principe de prudence

1. Conditionnalité de l'AMM : l'inoculation d'un produit en phase de test ne peut être rendue obligatoire

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée par l'Agence européenne du médicament (EMA) [1] est à ce jour encore conditionnelle (AMMc), ce qui implique qu'elle a été accordée sur la seule base des déclarations d'efficacité, de sécurité et d'innocuité des laboratoires :

Selon le demandeur, il existe un rapport bénéfice-risque positif pour Comirnaty dans l'immunisation active pour prévenir la maladie COVID-19 causée par le SRAS-CoV-2, chez les personnes de 16 ans et plus. [1, p. 13]

Concernant le vaccin Comirnaty, **les données cliniques permettant de confirmer l'efficacité et la sécurité des vaccins à court terme ne seront disponibles au mieux que dans 2 ans** (décembre 2023). L'AMMc précise en effet qu'« Il est probable que le demandeur sera en mesure de fournir des données complètes » [1, p. 14].

Les injections pratiquées depuis plus d'un an se déroulent en parallèle de la collecte des données de sécurité, l'objectif de la pharmacovigilance étant de les compléter. Il est ainsi précisé dans l'AMMc [1, p. 14] :

Quatre études sur des sujets pédiatriques sont prévues conformément au plan d'investigation pédiatrique. Une étude chez les femmes enceintes est également prévue dans l'UE. Une étude de sécurité de surveillance active post-approbation pour surveiller la sécurité dans le monde réel de la communauté (étude C4591010) sera menée dans l'UE à l'aide d'une collecte de données primaires qui surveille une cohorte de vaccinés et évalue le risque d'effets indésirables d'intérêt particulier (AESI). [...] Ces études permettront de déterminer l'efficacité du vaccin dans un contexte réel et contre une maladie grave, et dans des groupes raciaux, ethniques et d'âge spécifiques.

L'un des trois critères d'octroi de l'AMMc (ici celle du vaccin BioNTech-Pfizer) est que « Les avantages pour la santé publique de la disponibilité immédiate l'emportent sur **les risques inhérents au fait que des données supplémentaires sont encore nécessaires** » [1, p. 14].

Or l'AMMc a été accordée sur la base d'une efficacité de 95 % contre la maladie, c'est-à-dire d'une prévention contre « les **formes légères** et graves de COVID-19 » (p. 14), avec pour prétention « d'**empêcher de nouvelles vagues pandémiques** et de **réduire considérablement la mortalité due à la maladie** » [1, p. 14], à raison d'une fréquence de deux doses [1, p. 58], complétées éventuellement d'un booster administré après un **délai de 6 mois minimum** :

L'objectif d'une immunité robuste et durable est par ailleurs clairement affirmé dans l'AMM : « Par l'immunisation avec le produit à ARN modifié (ARN mod) BNT162b2, codant pour la protéine S, l'intention est de déclencher une production forte et relativement durable d'anticorps neutralisants de virus de haute affinité. » [1, p. 41].

Le rôle du législateur est-il d'imposer la vaccination à l'ensemble des Français, ou plutôt de dénoncer une « tromperie aggravée » et de suspendre la campagne de vaccination ?

L'écart entre les garanties apportées par le fabricant et les performances du vaccin pose la question de l'intégrité de ces allégations et fait de l'accès aux données une priorité absolue.

Plusieurs éléments sont manquants dans l'AMM car non évalués [1, p. 124] :

- Interaction avec d'autres vaccins ;
- L'impact du vaccin sur la grossesse et l'allaitement ;
- L'impact du vaccin sur les personnes immunodéprimées ;
- L'impact du vaccin sur les personnes fragiles avec comorbidités, dont : bronchite pulmonaire obstructive chronique (BPCO), diabète, maladie neurologique chronique, troubles cardio-vasculaires... ;
- L'impact du vaccin sur les patients atteints de troubles auto-immuns ou inflammatoires ;
- Le devenir de l'ARNm après son administration dans l'organisme ;
- Données de sécurité à long terme ;
- Données de cancérogénicité et de génotoxicité ;
- La première [Étude pour décrire l'innocuité, la tolérabilité, l'immunogénicité et l'efficacité des candidats vaccins à ARN contre le COVID-19 chez des enfants et jeunes adultes sains](#) prendra fin en juin 2024.

Concernant le vaccin Moderna, son PDG, Stéphane Bancel, a fait récemment une confession pour le moins troublante. Dans cette [interview datée du 10/12/2021](#), il explique que contrairement à la procédure d'agrément imposée par la Food & Drug Administration (FDA) **la phase 2 des essais cliniques a débuté avant la fin de la phase 1.**

À la question « Les vaccins sont-ils sûrs pour autant ? », sa réponse est simple : « **Si vous voulez avoir des données scientifiques parfaites de 10 ans de recul et de sécurité, il faut attendre 10 ans, il n'y a pas de miracle. C'est une question de balance bénéfice-risque. C'est bien sûr une question personnelle.** »

2. Mortalité et effets secondaires postinjection : une pharmacovigilance alarmante

Dernières données Pfizer : plus de 100 maladies répertoriées, un volume d'effets secondaires hors-norme dissimulés par le laboratoire et largement sous-déclarés

Les doutes sur la sécurité des vaccins génériques actuellement administrés par la lecture des premières données cliniques produites par Pfizer et transmises par la FDA à la justice américaine.

Ce [document](#) [2], qui recense les effets indésirables observés après le début de la vaccination révèle **une vaste gamme d'effets indésirables auparavant inconnus**, compilés à partir de sources officielles du monde entier, et dont Pfizer reconnaît lui-même qu'ils sont sous-déclarés.

Plus de **100 maladies sont répertoriées, dont beaucoup sont gravissimes**. Elles ont été recensées dans une [lettre adressée au ministère néo-zélandais de la Santé](#) l'enjoignant de les intégrer à la liste officielle des effets indésirables.

Demandes de moratoire : les appels se multiplient dans le monde

Plusieurs demandes de moratoire ont été émises par des collectifs de médecins depuis le début de la campagne de vaccination de masse. La [dernière en date](#) [3] émane du Conseil mondial de la santé qui appelle à un arrêt immédiat des « vaccins » expérimentaux contre le COVID-19.

En Suède, une association de médecins appelle aujourd'hui à **l'arrêt de la vaccination Pfizer** [4] suite aux révélations de fraude par le *British Medical Journal (BMJ)* [5] dans la collecte des données cliniques :

Ils précisent en outre que l'étendue du nombre d'effets secondaires suspectés signalés du vaccin COVID est également « gigantesque », par exemple, en Suède, au cours des dix mois où la vaccination a eu lieu, 83 744 effets secondaires suspectés ont été signalés, soit plus de 10 fois plus que tous les effets secondaires

signalés par années au cours des années précédentes, pour tous les médicaments et vaccins, soit un total d'environ 25 000 substances : « Une vingtaine d'études ont montré que **l'effet du vaccin est très faible**. L'une de ces études, qui est suédoise, a montré que le vaccin avait un bon effet pendant environ deux mois, que le vaccin d'AstraZeneca n'avait aucun effet contre le variant delta après quatre mois et qu'il en va de même pour le vaccin Pfizer après sept mois », écrivent les médecins.

Arrêt de la vaccination : la liste des pays s'allonge

Après l'arrêt de la vaccination Moderna chez les jeunes adultes dans plusieurs pays d'Europe, **le Vietnam et Taïwan ont à leur tour suspendu la vaccination des adolescents et des enfants** suite à des décès et des effets secondaires graves ([TrialSite News](#)). Le Brésil déclare l'envisager à son tour selon [l'agence Reuters](#).

Surmortalité : les preuves officielles s'accumulent

La responsabilité du vaccin est aujourd'hui attestée par pléthore de scientifiques, pathologistes (autopsies) et confirmée par plusieurs agences sanitaires :

- Au Japon : la revue MedCheck tire la sonnette d'alarme face au nombre de décès observés post-injection qui suggère que « La vaccination COVID-19 est étroitement associée au risque de décès de causes cardiovasculaires, en particulier AVC hémorragique et TV/PE ». Ils évoquent un **risque de mortalité lié à la vaccination 5 fois plus élevé que celui lié au COVID-19 chez les personnes âgées de 20 à 29 ans**, 7 fois plus après ajustement en fonction du sexe ([MedCheck](#)) [6] ;
- En Italie, l'Agence italienne du médicament a confirmé, le 11/09/2021, une surmortalité chez la tranche d'âges 20-40 ans (**taux de déclaration 3 fois supérieur à la moyenne, doublement des décès en 1 mois** [[Il Sussidario](#)]), évoquant pour la première fois un **lien avec les vaccins** ([La Verità](#)) ;
- Au Royaume-Uni, **les décès parmi les adolescents ont augmenté de 47 %** lorsqu'ils ont commencé à recevoir le vaccin COVID-19 selon le Joint Committee on Vaccination and Immunisation ([Daily Expose](#)) ;
- En Allemagne, 1 230 décès post-vaccinaux ont été enregistrés entre le 1^{er} janvier et le 31 juillet 2021, vs 20 décès/an en moyenne imputés aux vaccins jusqu'en 2020. Les premières autopsies confirment que **30 à 40 % des décès sont probablement causés par le vaccin** ([Die Welt](#), [Aertzeblatt](#)) ;
- Une équipe d'anatomopathologistes allemands a récemment indiqué **n'avoir jamais enregistré autant de décès de mineurs** et évoque des **lésions inédites**, permettant de les imputer aux vaccins ([Bitchute](#)) ;
- L'[institut Paul-Ehrlich](#) confirme le décès de 3 garçons de 12 à 17 ans, de 2 à 24 jours après l'administration du vaccin Pfizer [7] ;
- Le 10/12/2021, un [document](#) [8], publié par le virologue Sucharit Bhakdi et le pathologiste Arne Burkhardt, relate les conclusions de 15 autopsies pratiquées sur des personnes décédés de 7 jours à 6 mois après la vaccination, où **le vaccin était impliqué dans 93 % des décès** ([Steve Kirsch](#)).

Peter McCullough, l'un des médecins les plus cités au monde ayant publié probablement le plus grand monde d'études sur le COVID [tirait déjà la sonnette d'alarme](#) il y a plusieurs mois. Il évoque clairement aujourd'hui une mortalité historique associée à la vaccination :

« **La limite pour arrêter un programme de vaccin est 25 à 50 morts**. Grippe porcine, 1976, 25 décès, ils ont tout arrêté. On a 200 rapports de décès en moyenne par an aux États-Unis tous vaccins confondus. Nous avons plus de 4000 rapports de morts aux États-Unis ! **C'est de loin l'agent biologique le plus mortel, le plus toxique jamais injecté dans un corps humain** dans l'histoire de l'Amérique [...]. Sur la base des données de sécurité disponibles, je ne peux plus le recommander. Je ne peux pas le recommander. Il a dépassé tous les plafonds pour être considéré comme un produit sûr. » [9]

Sir Christopher Chope, président du groupe parlementaire des conservateurs européens à l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, [déclarait le 10/09/2021 devant le Parlement britannique](#) :

« Nous savons qu'il existe un lien de causalité entre les vaccinations et les dommages causés par ces vaccins. [...] Nous avons déjà une masse de preuves concernant les accidents voire les décès, causés par ces vaccins. Nous avons un rapport récent d'un médecin légiste quelque part dans le nord de l'Angleterre, qui conclut au vaccin comme la cause directe de la mort. [...] Nous ne pouvons continuer à occulter les rapports de médecins légistes qui ont conclu que telle ou telle personne était morte suite au vaccin. »

Cette déclaration fait écho à un article paru le 09/09/2021 dans [Le Telegraph](#) [10,11] :

« Les adolescents sont six fois plus susceptibles de souffrir de problèmes cardiaques à cause du vaccin que d'être hospitalisés à cause de COVID-19. » [10]

Pharmacovigilance mondiale : des données hors norme

Les données de pharmacovigilance américaines (VAERS) et européennes (VigiAccess, Eudravigilance), absolues et relatives, sont tout simplement affolantes.

[Taiwan](#) et l'Australie enregistrent désormais plus de morts des suites du vaccin que de morts avec le COVID. La [Thaïlande](#) et [Singapour](#) commencent à dédommager les victimes des effets secondaires, le [Royaume-Uni](#) en fait de même, sous l'impulsion de ses parlementaires. L'Autriche, le Vietnam et l'Australie ([10 000 demandes reçues](#)) leur emboîtent aujourd'hui le pas. L'Australie évoque des [indemnités allant jusqu'à 600 000 \\$](#).

Le Japon a récemment **exigé des laboratoires qu'ils fassent apposer la mention « effets indésirables graves » sur les vaccins (ministère de la Santé)**. L'administration de plus de 2,6 millions de doses de lots Moderna contaminés avait été suspendue début septembre après la découverte de substances non identifiées ([Le Monde](#)).

Doit-on également s'inquiéter des pics de mortalité « inexplicables » observés dans le monde, notamment en [Europe](#) chez les 15-64 ans ? À titre d'exemple, un [assureur de l'Indiana](#) évoque une surmortalité de 40 % chez les 18-64 ans et une augmentation des handicaps permanents. Faut-il y voir un lien avec la vaccination ?

Pharmacovigilance américaine

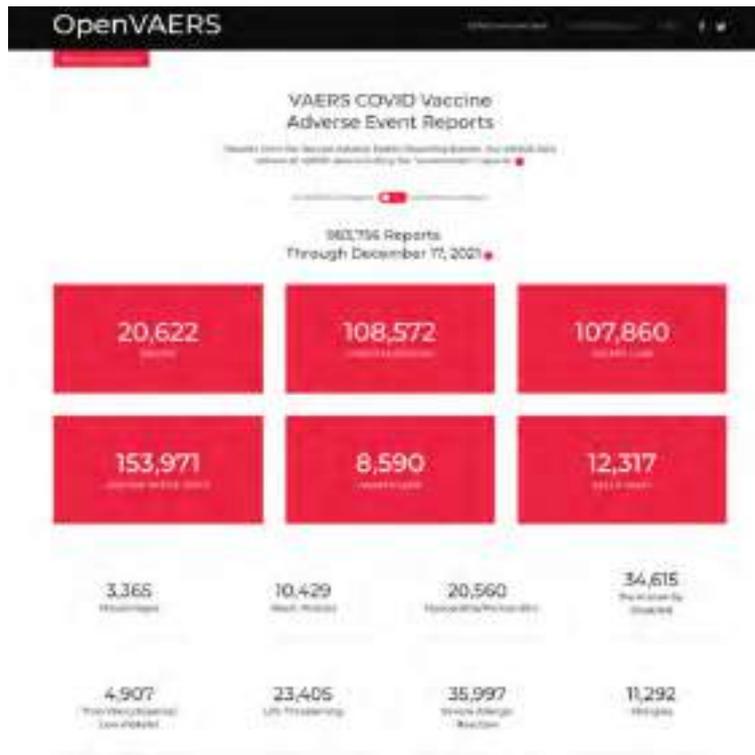
Effets indésirables : 983 756 cas recensés aux États-Unis au 17/12/2021, soit **53 % des 1 842 457 événements indésirables recensés en 31 ans, tous vaccins confondus** (source : <https://openvaers.com/>).

Décès : 20 622 décès recensés au 17/12/2021, soit **69 % des 29 859 décès post-vaccinaux recensés aux États-Unis en 31 ans, tous vaccins confondus, versus 15 937 au 24/09/2021 (+ 30 % en trois mois)**.

Les [derniers rapports du VAERS](#) font état de **40 décès chez des enfants** de moins de 5 ans (3), bébés (1) ou adolescents de la tranche d'âge 6-17 ans (36) survenus post injection Pfizer (37) ou Moderna (3).

Principaux effets secondaires postvaccination COVID recensés dans le VAERS et leur prise en charge (source : <https://openvaers.com/>)

Principaux effets indésirables graves	Nombre de cas recensés
Types de réaction	
Crises cardiaques	10 429
Myocardite/Péricardite	20 560
Réaction allergique sévère	35 997
Anaphylaxies	8 590
Paralysie de Bell	12 317
Fausses-couches	3 365
Thrombocytopenie/Faible nombre de plaquettes	4 907
Zona	11 292
Types de prise en charge	
Morts	20 622
Détresses vitales	23 405
Handicap permanent	34 615
Hospitalisations	108 572
Soins intensifs	107 860
Visites médicales	153 971

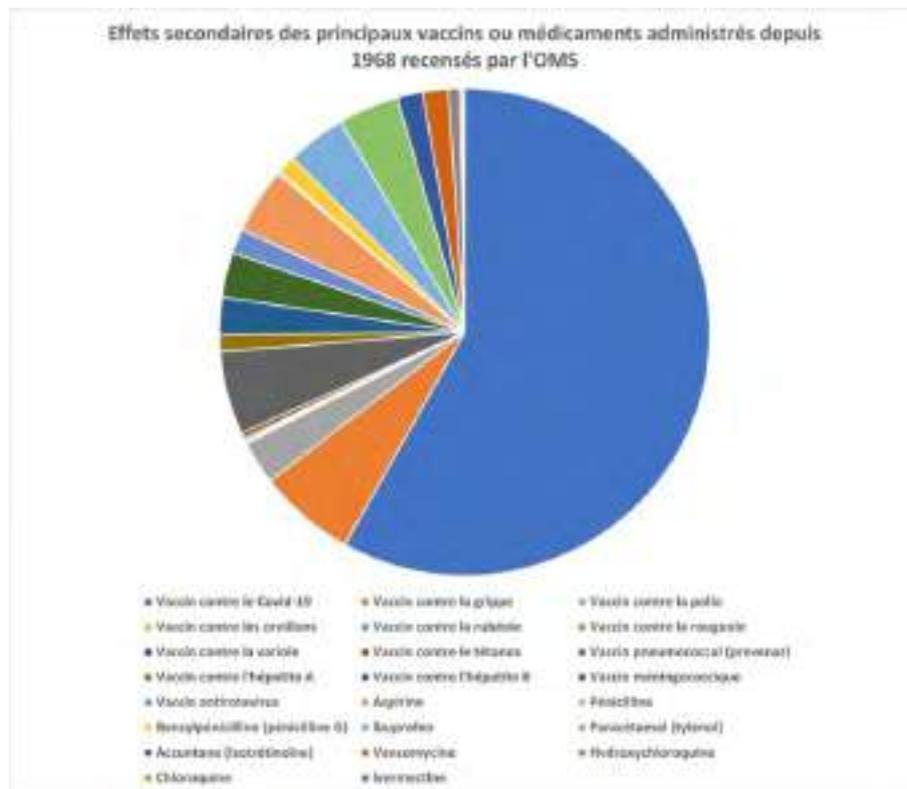


TOTAL

983 756

Source : <https://openvaers.com/COVID-data>

La base VigiAccess de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) permet de comparer les effets indésirables enregistrés post-vaccins COVID avec ceux recensés pour d'autre vaccins ou médicaments :



Source : <http://www.vigiaccess.org/>

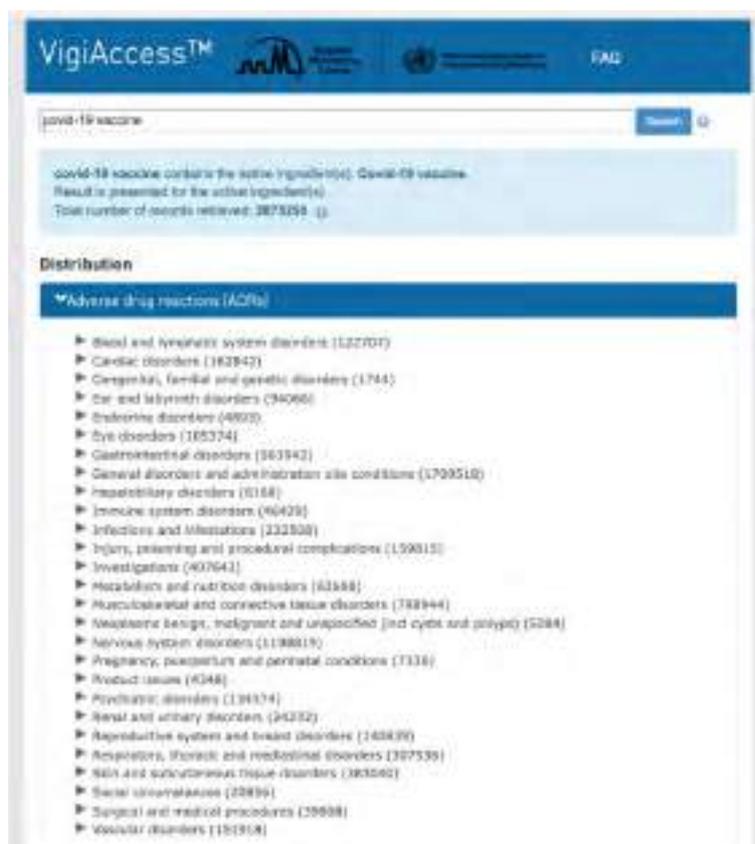
Effets indésirables recensés par l'OMS depuis 1968 pour les principaux médicaments et vaccins

Vaccin ou médicament	Total	Période		% COVID
Vaccin contre le COVID-19	2 457 386	2020	2021	
Vaccin contre l'hépatite B	104 619	1984	2021	0,11506 %
Vaccin contre la poliomyélite	121 988	1968	2021	0,09366 %
Vaccin méningococcique	126 412	1976	2021	0,11431 %
Vaccin contre la rougeole	5 827	1968	2021	0,00447 %
Vaccin contre les oreillons	711	1972	2021	0,00059 %
Vaccin contre la rubéole	2 621	1971	2021	0,00213 %
Vaccin antirotavirus	68 327	2000	2021	0,13240 %
Vaccin contre le tétanos	15 085	1968	2021	0,01158 %
Vaccin contre l'hépatite A	46 773	1989	2021	0,05948 %
Vaccin pneumococcal (prevenar)	234 783	1980	2021	0,23303 %
Vaccin contre la grippe	272 202	1968	2021	0,20900 %
Vaccin contre la variole	6 891	1968	2021	0,00529 %
Ivermectine	5 705	1992	2021	0,00801 %
Pénicilline	6 684	1968	2021	0,00513 %
Chloroquine	7 139	1968	2021	0,00548 %
Hydroxychloroquine	32 641	1968	2021	0,02506%
Benzylpénicilline (pénicilline G)	51 327	1968	2021	0,03941%
Accutane (Isotrétinoïne)	70 719	1983	2021	0,07573%
Vancomycine	71 159	1974	2021	0,06161 %
Ibuprofène	166 209	1969	2021	0,13007%
Paracétamol (tylenol)	169 359	1968	2021	0,13003 %
Aspirine	184 481	1968	2021	0,14165 %
TOTAL	4 229 048			

Distribution des effets indésirables par type de réaction (source : <http://www.vigiaccess.org/>)

Troubles sanguins et lymphatiques	122 707
Troubles cardiaques	162 842
Troubles congénitaux, familiaux et génétiques	1 744
Troubles de l'oreille et du labyrinthe	94 086
Troubles endocriniens	4 893
Troubles oculaires	105 374
Problèmes gastro-intestinaux	563 942
Troubles généraux et anomalies au site d'administration	1 709 518
Troubles hépatobiliaires	6 168
Troubles du système immunitaire	46 429
Infections et infestations	232 508
Blessures, intoxications et complications liées aux procédures	159 815
Enquêtes	407 642
Troubles du métabolisme et de la nutrition	62 608
Troubles musculosquelettiques et du tissu conjonctif	798 944
Tumeurs bénignes, malignes et non précisées (y compris kystes et polypes)	5 084
Troubles du système nerveux	1 198 819

Conditions de grossesse, puerpéralité et périnatales	7 336
Problèmes de produit	4 348
Troubles psychiatriques	134 574
Troubles rénaux et urinaires	24 232
Troubles de l'appareil reproducteur et du sein	140 839
Troubles respiratoires, thoraciques et médiastinaux	307 536
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	383 040
Circonstances sociales	20 856
Interventions chirurgicales et médicales	39 808
Troubles vasculaires	151 918
TOTAL	2 873 250



Source : <http://www.vigiaccess.org/>

Distribution des effets indésirables par âge (source : <http://www.vigiaccess.org/>)

Âge < 2 ans	2 081	0,07 %
Âge entre 2 et 11 ans	5 333	0,19 %
Âge entre 12 et 17 ans	53 401	1,86 %
Âge entre 18 et 44 ans	1 142 831	39,77 %
Âge entre 45 et 64 ans	870 609	30,30 %
Âge entre 65 et 74 ans	265 190	9,23 %
Âge > 75 ans	178 493	6,21 %
Inconnu	355 312	12,37 %

Pharmacovigilance européenne

En Europe : plus de 26 500 décès (hors France) recensés au 02/10/2021 (base EUDRA Vigilance) pour les 4 vaccins utilisés, vs 18 000 enregistrés au début du mois de juillet, soit +44 % en trois mois.

Face à l'ampleur de ces effets indésirables, le Parlement européen a déposé le 23/09/2021 une Proposition de résolution sur la création d'un **Fonds européen d'indemnisation des victimes des « vaccins contre la COVID-19 »** [12].

Pharmacovigilance française

En France, les derniers rapports de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) [13] portant sur les 4 vaccins contre le COVID font état de plus de :

- **121 486 événements indésirables** (soit [271% des 45 000 cas/an moyens tous médicaments confondus](#)) ;
- 29 157 événements indésirables graves ;
- 1 512 décès (dont 1 167 pour le vaccin Pfizer) ;
- 8 454 hospitalisations ;
- 680 invalidités ;
- 1 300 mises en jeu du pronostic vital.

S'ajoute à cela un nombre inquiétant de troubles menstruels (4 432) survenus après la 1^{re} ou la 2^e injection, mais également **d'événements indésirables graves chez la femme enceinte** [14] :

- 12 malformations congénitales ;
- 134 fausses-couches, dont 42 après 10 SA ;
- 15 morts *in utero* ;
- 1 accouchement déclenché 3 h après la vaccination.

L'ANSM ne considère pas pour autant que la sécurité des vaccins soit à remettre en cause à ce stade, sans pour autant être en mesure de les expliquer systématiquement, comme l'exige la [méthode française d'imputabilité médicamenteuse \(méthode Bégaud\)](#).

Les personnes ayant développé une pathologie pourtant répertoriée dans la liste des effets secondaires reconnus des vaccins se voient ainsi régulièrement objecter l'insuffisance de leurs symptômes, y compris lorsque ceux-ci ont nécessité un traitement, pour bénéficier d'une exemption de nouvelle dose. Les témoignages de victimes, [diffusés le 15/11/2021 dans l'émission Ligne droite](#), sont sur ce point édifiants.

Des effets indésirables largement sous-estimés

De manière générale, les scientifiques déplorent dans tous les pays confondus l'absence d'autopsies pratiquées dans de nombreux cas, pourtant indispensables pour établir la responsabilité éventuelle du vaccin. *A contrario*, ces événements ne représentent qu'une fraction des décès survenus après les injections dont le **taux est habituellement de 1 %** (Harvard Pilgrim Health Care Harvard [15], [VAERS](#)). Steve Kirsch parle lui d'un facteur de sous-déclaration de 41 [16].

Les conditions commerciales exigées par les laboratoires, le chantage exercé sur plusieurs pays d'Afrique ou d'Amérique du Sud pour qu'ils mettent en gage leurs biens souverains ou encore le **refus de vacciner les réfugiés** ([Reuters](#)) au motif qu'aucun pays ne prendre en charge les éventuels dommages et intérêts en cas d'événement indésirable sont une source d'inquiétude réelle quant aux conséquences possibles de la vaccination de masse.

Trois autres sujets majeurs d'inquiétude devraient limiter l'actuelle ardeur vaccinale puisqu'ils concernent tous les trois des populations soumises à obligation vaccinale :

- le **décès de 111 pilotes aux États-Unis** survenus au cours des 8 premiers mois de l'année 2021 vs 6 en 2020 et 1 en 2019 ([Sacker](#)) ;
- la multiplication des accidents cardiaques et des décès de sportifs dans le monde, notamment **291 morts subites (+ 278 %) de footballeurs recensés en 2021** ([Steve Kirsch](#)) ;

- l'augmentation inquiétante des myocardites (80 vs 317 en 31 ans sur l'ensemble de la population américaine), **leucémies (229 vs 48 en moyenne) et décès au sein de l'armée américaine** depuis le début de la campagne de vaccination ([CovidHub](#)).

3. Inefficacité vaccinale : le risque d'effets indésirables se pose à chaque injection

Les effets indésirables concernent majoritairement des personnes âgées de 18 à 64 ans, dont le risque de mourir du COVID est en moyenne de seulement 0,39 %. Or ces effets indésirables sont susceptibles de **se reproduire, voire de s'aggraver** à chaque nouvelle injection.

La « réactogénicité plus sévère après la 2^e dose » figure en effet parmi les signaux actuellement sous surveillance de l'ANSM. Il s'agit en réalité d'un phénomène largement constaté par les personnes vaccinées.

Jacques Cohen, Pr émérite à l'URCA de Reims et immunologiste, le confirme d'ailleurs en exprimant ses craintes concernant de futures injections : « On a vacciné avec un certain nombre d'incidents. Mais si on met une troisième dose, là, c'est un peu tenter le diable, c'est-à-dire augmenter le taux d'effets secondaires. »

4. Vaccins géniques (ARNm et ADN) : un saut dans le vide sans parachute

C'est écrit noir sur blanc dans le contrat signé entre Pfizer et l'Albanie : « **L'acheteur reconnaît que les effets à long terme et l'efficacité du vaccin ne sont actuellement pas connus** et qu'il peut y avoir des effets indésirables du vaccin qui ne sont actuellement pas connus » [17]. Il aura pourtant fallu attendre près d'un an pour entendre cet aveu de la bouche d'un médecin. Sommes-nous en train de jouer avec le feu ?

Le [Pr Cyrille Cohen](#) l'a admis il y a quelques mois : « **Personne sur terre n'a d'expérience avec les vaccins ARN à long terme.** » Peut-on parler sur ce principe d'une technologie vaccinale éprouvée ?

Les travaux sur l'ARN n'ont effectivement pas débuté avec le COVID [18], mais **ils se sont soldés par un échec** avec la [suspension de la thérapie génétique des bébés bulles](#), **un quart ayant développé par la suite une leucémie**. Or les laboratoires n'ont produit aucune étude démontrant qu'ils étaient parvenus à surmonter les risques génotoxiques associés à cette technologie [19] :

C'est ce que confirme à demi-mot la HAS puisqu'elle indique [20] que les données préliminaires des vaccins géniques déployés en 2021 se résument aux « résultats de phase 1 [...] des candidats vaccins contre le SARS-CoV-1 ou le MERS-CoV » [21] ?

On sait par ailleurs que des effets indésirables retardés peuvent survenir avec un médicament, **à distance moyenne de 4,2 ans de la date de mise sur le marché** selon [une étude américaine réalisée sur plus de 200 références](#). Quid dans le cadre d'une technologie innovante ?

5. Mécanisme d'action : la pathogénicité du vaccin est aujourd'hui avérée

Cette pharmacovigilance est hélas ! tragiquement cohérente avec les données de la science.

Un consensus scientifique [22-31] est en effet aujourd'hui établi sur la **toxicité intrinsèque de la protéine spike** et sa capacité à provoquer à elle seule tous les signes cliniques de forme sévère du COVID-19.

En faisant produire **massivement de la produire spike aux cellules** (l'équivalent de 6 750 L de fluide nasal infecté pour le vaccin Pfizer, de 23 m³ pour le vaccin Moderna [32,30]) par les cellules de l'organisme, vacciner reviendrait ainsi en l'état, contrairement à ce que précise l'AMMc, à **inoculer la maladie** [27]. D'où la sonnette d'alarme tirée il y a plusieurs mois : « Nous avons fait une erreur. La protéine de pointe est elle-même toxique et dangereuse pour l'homme. » [28]

On sait aujourd'hui [33-35] que **l'ARNm ne reste pas localisé au point d'injection mais circule dans tout le corps** via la circulation sanguine générale, atteignant le cerveau (le rapport d'évaluation de l'EMA l'a confirmé pour le vaccin Moderna), les ovaires [36] et les testicules, les reins, les poumons, le foie [37], la rate et éventuellement la moelle osseuse [38].

Cette circulation de l'ARNm est décrite notamment dans deux études majeures :

- une étude publiée le 22/11/2021 dans la revue *Nature* [39] ;

- une publication de S. Seneff (MIT) datant de mars 2021 : **Pire que la maladie? Examen de certaines conséquences involontaires possibles des vaccins à ARNm contre le COVID-19, par Stephanie Seneff** [40].

Les protéines de pointe induites par l'ARNm/ADN des vaccins ont également été démontrées pour être **pathogènes et très inflammatoires** [41]. Les études montrent qu'elles provoquent des **caillots sanguins** par activation plaquettaire [42,43], ce qui est cohérent avec la pharmacovigilance.

Cette pathogénicité est **confirmée par les autopsies** (P. Schirmacher, A. Burkhardt, R. Cole) qui révèlent des **lésions dans de multiples organes** (cœur, poumon, cerveau, foie, reins, ovaires, testicules) [44,47].

Le mécanisme d'action identifié dans ces études permet d'expliquer aujourd'hui l'ensemble des effets indésirables observés, synthétisés de manière accessible dans un article récent : « **La preuve la plus détaillée à ce jour des dégâts dévastateurs que les vaccins COVID peuvent causer** » [45].

6. Dérèglement immunitaire, cancers postvaccinaux : une réalité déjà observable

Aucune étude de cancérogénicité n'a été réalisée sur le vaccin Pfizer. Que sait-on aujourd'hui ?

Un possible **dérèglement de la réponse immunitaire** a été mis en évidence par plusieurs études :

- une étude hollandaise publiée le 03/05/2021 [46] décrit la manière dont la protéine spike reprogramme le système immunitaire naturel et inné, ce qui pourrait expliquer la **flambée de cancers quiescents ou primitifs postvaccinaux**, beaucoup plus agressifs que ceux habituellement observés ;
- une étude suédoise datée du 13/10/2021 [48] montre que la protéine spike entre dans le noyau des cellules et **entrave le système immunitaire adaptatif** à l'origine de potentiels effets secondaires. Le Dr Ryan Cole évoque en particulier une augmentation de l'incidence de nombreuses pathologies : **herpès, zona, papillomavirus, cancers de l'endomètre (x 20), mélanomes invasifs...** ;
- une étude belge publiée le 23/12/2021 [49] suggère que la protéine spike peut favoriser le développement des tumeurs chez les patients atteints de cancer ;

Ces nouvelles études confirment ce que montre déjà la littérature :

- une étude d'octobre 2020 [50] pointait déjà la forte affinité de la protéine spike pour les protéines anticancéreuses et sa capacité à **inactiver certains gènes suppresseurs de tumeurs** dans le corps de manière à favoriser la croissance des cellules cancéreuses ;
- une seconde étude d'octobre 2020 [51] suggère que des modifications induites dans le microenvironnement tumoral peuvent affecter **le réveil du cancer et la rechute métastatique** ;
- une étude de 2005 [52] décrit comment une modification de l'ARNm peut entraîner une modification de l'immunité innée augmentant **la susceptibilité aux infections et aux cancers**.

Plusieurs médecins de l'Association internationale pour une médecine scientifique indépendante et bienveillante (AIMSIB) évoquent une immunodépression lymphocytaire induite par le vaccin qui favoriserait des formes plus sévères de COVID, une réactivation d'infections préexistantes, notamment chroniques, des cancers quiescents ou plus ou moins bien traités qui flambent en 3 semaines après l'injection.

Un radiologue américain a **lancé récemment une alerte** face à l'augmentation des adénopathies dont la fréquence d'apparition est passée de 1 cas tous les 6 mois à 2 à 3 par jour, soit une augmentation de x360.

7. Anticorps facilitants : le risque de maladie aggravée par la vaccination (VAED)

Le risque pour une personne vaccinée ayant acquis des **anticorps facilitants** (ADE) (Vidal) de développer une forme aggravée de la maladie dans le cas d'une réinfection ou consécutivement à une vaccination (VAED) est aujourd'hui largement documenté (SARS, MERS, dengue, péritonite infectieuse féline...) [53,54].

Concernant les vaccins à ARNm, ce risque a été clairement établi par l'EMA et confirmé par Pfizer lui-même, qui le décrivent comme « très important » [2, p. 9].

La chercheuse Stephanie Seneff (MIT) met ainsi en garde contre ce risque, établi par plusieurs études dans le cadre des vaccins ARNm contre le COVID [55,56], notamment une revue de la littérature [57] :

Avec des dizaines de millions de jeunes adultes et même d'enfants maintenant porteurs d'anticorps anti-protéine de pointe de coronavirus induits par le vaccin, **il existe la possibilité de déclencher une ADE liée soit à une future infection par le SARS-CoV-2, soit à une injection de rappel parmi cette population plus jeune.** [...] Étant donné les preuves seulement examinées partiellement ici, il existe des raisons suffisantes de soupçonner que les anticorps dirigés contre la protéine de pointe contribueront à l'ADE provoquée par une infection ou une vaccination antérieure par le SARS-CoV-2, **qui peut se manifester par des conditions auto-immunes et inflammatoires aiguës ou chroniques.**

C'est **ce phénomène auquel il semble qu'on assiste aujourd'hui** depuis l'introduction de la 3^e dose et l'arrivée du variant Omicron, comme le suggère notamment l'étude coécrite par JM Sabatier et J. Fantini [58] :

- Israël : les non-vaccinés ont une maladie plus courte et souvent moins grave, tandis que les vaccinés ont une infection plus longue, qui dure indéfiniment et est plus grave (15/09/2021) [59] ;
- Royaume-Uni : les personnes qui sont les plus susceptibles d'être porteuses d'Omicron sont celles qui présentent un schéma vaccinal à 3 doses (Office for National Statistics) ;
- Norvège : Omicron est hautement transmissible chez les adultes jeunes et d'âge moyen entièrement vaccinés [60] ;
- Islande : l'incidence la plus forte concerne désormais les personnes complètement vaccinées, avec une progression exponentielle, malgré l'inclusion dans le groupe des non-vaccinés des personnes récemment injectées (< 14 jours) (<https://www.covid.is/data>) ;
- Danemark : selon une étude signalée récemment [195] « L'introduction et la propagation [d'Omicron] se sont produites malgré une réponse de santé publique précoce et complète. **La propagation a été catalysée par des événements de super-propagation et remet en cause la lutte contre l'épidémie.** [...] **La forte proportion de cas Omicron complètement vaccinés est préoccupante.** » [196]

8. Immunité naturelle : pourquoi la sacrifier ?

Plus de **140 études démontrent la supériorité absolue de l'immunité naturelle** [61].

À titre d'exemple :

- Une étude publiée en mai 2021 dans la revue *Nature* montre que « les personnes qui ont eu une maladie bénigne développent des cellules productrices d'anticorps qui **peuvent durer toute la vie** » [62] ;
- Une nouvelle étude publiée le 29/10/2021 dans *Nature Communications* évalue à 18-24 mois la durée de l'immunité naturelle et **protège des formes graves de la maladie durant plusieurs années** [63]. Ce résultat confirme une précédente étude qui suggérait que les anticorps ont une durée de vie d'au moins 13 mois, mais que la mémoire cellulaire permettra de combattre le virus après leur disparition [64] ;
- Une équipe de scientifiques internationaux a identifié récemment des anticorps ultrapuissants provenant de donneurs convalescents capables de neutraliser jusqu'à 23 variantes du SRAS-CoV-2, et dont les combinaisons **réduisent le risque de générer des mutants d'échappement** *in vitro* [65] ;
- Une étude publiée le 25/08/2021 suggère **que l'immunité naturelle divise le risque de réinfection par 7 ou 13 selon la date d'acquisition** [66].

A contrario, on sait aujourd'hui que l'immunité vaccinale ne dure pas et nécessite des injections répétées :

- Une étude qatarie parue le 06/10/2021 dans le *NEJM* évoque une chute de l'immunité acquise par le vaccin à partir de la fin du 1^{er} mois, accélérée après le 4^e mois pour atteindre **20 % entre le 5^e et le 7^e mois après la deuxième dose** malgré une protection contre l'hospitalisation et le décès persistante à un niveau robuste pendant 6 mois après la deuxième dose [67] ;
- Une étude israélienne, également parue le 06/10/2021 dans le *NEJM* montre une diminution des niveaux d'anticorps après la 2^e dose en particulier chez les hommes, **les personnes âgées de 65 ans ou plus et les personnes immunodéprimées** [68].

Le dispositif sanitaire actuel soulève donc deux questions :

- Connait-on le pourcentage de la population disposant d'une immunité naturelle, et donc l'immunité collective actuelle ?

- Sur quel critère a été établie la durée du certificat de rétablissement dont la durée de deux mois ne repose selon le Pr Didier Raoult sur aucune base scientifique ?

« Dire qu'une personne doit être vaccinée deux mois après, ça n'a aucune base scientifique. On sait maintenant qu'il y a un taux de protection de l'infection naturelle qui est de plus de 99 %. Il n'y a pas un vaccin au monde qui fait ça. Donc dire que quelqu'un qui a fait un COVID doit être vacciné deux mois, ce n'est pas de la science, je ne sais pas ce que c'est, je ne sais pas d'où ça sort, mais ce n'est pas vrai. » [69]

L'obligation vaccinale en pose une troisième : quelle est la logique consistant à sacrifier une immunité aussi qualitative et pérenne au profit de celle acquise par le vaccin compte tenu notamment du risque de VAED ou a minima du phénomène d'échappement immunitaire ?

9. Personnes immunodéprimées : sur quelles bases scientifiques sont-elles vaccinées ?

Les personnes immunodéprimées ont été érigées en public prioritaire par les autorités sanitaires alors que leur vaccination est contre-indiquée par le laboratoire en l'absence d'étude. Sur quelles bases scientifiques ?

10. Maladies sous-jacentes : le ministre tient-il compte des mises en garde de la science ?

Une étude parue il y a quelques mois [70] recommande un avertissement lorsque l'on vaccine les personnes ayant une maladie sous-jacente (diabète, déséquilibres électrolytiques, dysfonction rénale, troubles de la coagulation). Ces contre-indications ne sont pas prises en compte par les autorités sanitaires. Peut-on décemment imposer une vaccination obligatoire dans de telles conditions ?

11. Dons de sang, transfusions : un possible scandale bis du sang contaminé

Des troubles sanguins graves [71-75], certains d'origine immunitaire, ont été rapportés postvaccination. Ils sont identifiés puisqu'ils figurent parmi les **45 signaux potentiels ou d'événements déjà sous surveillance** [76] recensés par l'ANSM.

Les centres de différents pays appliquent des délais postinjection variables, allant de 0, 14 ou 28 jours jusqu'à 2 mois. L'Établissement français du sang (EFS) ne prévoit **aucun délai d'ajournement après une vaccination, contrairement à une contamination par le COVID** en considérant que :

- le virus n'est présent dans le sang qu'en cas de symptômes sévères de la maladie ;
- le SARS-CoV-2 se transmet par les voies respiratoires et non par le sang.

La toxicité de la protéine spike a-t-elle été prise en compte par l'EFS ? Dans quelle mesure remet-elle en cause la sécurité des dons de sang ? d'organes ? les transfusions sanguines ?

De manière plus confidentielle, **une alerte** a été émise il y a plusieurs mois par un réseau mondial de **thanatopracteurs**, faisant état d'une **surmortalité anormale** ($\pm 15\%$) parmi une population jeune fraîchement vaccinée chez laquelle ils observent des **troubles atypiques de la coagulation** empêchant d'extraire correctement le sang des corps lors des soins de conservation.

Cette alerte a été récemment confirmée par plusieurs tatoueurs qui déclarent observer une réaction inhabituelle de la peau, qui ne perle plus du tout et donc qui ne se défend plus, suggérant une possible modification du sang des vaccinés.

Ces modifications compromettent-elles à terme les dons de sang ? Quelles conséquences le cas échéant ?

12. Maladies auto-immunes : un « tsunami de lésions neurologiques » ?

Plusieurs scientifiques ont alerté en amont de la campagne de vaccination sur le risque de développement d'une réponse immunitaire non désirée ou exacerbée [22,77]. Ce risque est désormais largement documenté [40,78-80], notamment le risque d'apparition de **maladies à prions** invalidantes/auto-immunes et de maladies **neurodégénératives** » [40,81-83], qui pourrait être favorisées par la capacité de la protéine spike à **traverser la barrière hématoencéphalique humaine** [40,78-80].

Certains chercheurs s'inquiètent d'ores et déjà d'une possible responsabilité du vaccin dans la survenue d'événements indésirables inattendus : sclérose en plaques [84,85], réactivation du virus varicelle/zona [86], réactivation du virus de l'hépatite C [87], schizophrénie [88], anémie hémolytique auto-immune sévère [89], syndrome de Guillain-Barré [90]...

L'immunologue J. Bart Classen, ancien scientifique contractuel des National Institutes of Health (NIH), évoque, à partir d'une [analyse des bases de pharmacovigilance](#), un possible « tsunami d'autres types de lésions neurologiques » pouvant s'expliquer par le « potentiel des vaccins COVID à ARNm à déclencher le développement de **maladies à prions** [91,92], incluant la **maladie d'Alzheimer**, la **maladie de Parkinson** (existence d'un signal de sécurité concernant le vaccin Astra Zeneca), la **sclérose latérale amyotrophique (SLA)**, l'**atrophie multisystémique (MSA)** ainsi que d'autres maladies chroniques » [93].

La revue *Acta Neurologica Scandinavica* tire à son tour la sonnette d'alarme [94] :

« Les problèmes de sécurité contre les vaccins contre le SRAS-CoV-2 sont étayés par un nombre croissant d'études faisant état d'effets secondaires neurologiques »

13. Maladie de Creutzfeldt-Jakob : un nouveau scandale sanitaire ?

Le risque de **perturbation de la barrière hématoencéphalique (BHE)** par la protéine spike, et donc d'inflammation dans le cerveau, notamment d'apparition de maladies à prions, est clairement démontré aujourd'hui [40,78-84,91-97].

Fait particulièrement inquiétant, une résurgence de cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) ou assimilée est observée depuis plusieurs mois, notamment en France et au Canada où les autorités sanitaires du Nouveau-Brunswick ont annoncé l'ouverture d'une enquête sur une [maladie d'atrophie cérébrale présentant des similarités avec la MCJ](#) et ayant touché **42 personnes, dont 5 sont décédées**.

L'ANSM répertorie 4 cas de suspicion de MCJ survenus à proximité immédiate du vaccin. L'association Verity en recense au moins 9 à ce jour, soit environ 1/3 des cas de MCJ acquise recensés en 28 ans, et 50 % de plus que le nombre maximal de cas recensés annuellement, ce pic ayant été atteint en 2005 et 2006 (6 cas).

L'ensemble des laboratoires français de recherche travaillant sur les maladies à prions a été fermé cette année suite au décès de deux personnes ayant pu avoir été exposées à un agent infectieux dans le cadre de leur travail. Concernant les cas de MCJ recensés par les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV), l'ANSM a exclu tout lien possible avec le vaccin en raison de la lenteur d'évolution de cette pathologie.

L'ANSM tient-elle compte de la littérature scientifique ? Le Pr Luc Montagnier et la chercheuse S. Seneff alertent sur ce risque majeur associé selon eux aux vaccins ARN et étayé par **au moins 8 études** [40,78,79,81,82,84,95-97], dont celle de Pérez *et al.*, datée du 31/12/2021, qui établit que **les vaccins Pfizer et Moderna contiennent une « région prion » susceptible de déclencher un jour une maladie de Creutzfeld-Jakob** [97].

La présence d'impuretés dans le sérum injecté est également évoquée par la généticienne A. Henrion-Caude comme source possible de développement de maladies à prions.

La maladie de Creutzfeldt-Jakob est une **maladie à déclaration obligatoire**. Or ce risque est clairement identifié puisqu'il est **évoqué dans les documents officiels transmis par Pfizer à l'EMA** [98, p. 38].
Mesure-t-on les conséquences d'une telle imprudence à ne pas suspendre la campagne de vaccination, notamment celle des enfants ?

14. Myocardites, péricardites, accidents cardio-vasculaires : une incidence hors norme

Le risque de myocardite ou péricardite, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes est aujourd'hui reconnu par le ministère de la Santé, mais uniquement comme contre-indication à une nouvelle dose en raison de sa « survenue exceptionnelle » et de sa « résolution favorable ». Les données de la science sont pourtant accablantes :

- Plusieurs médecins (Charles Hoffe, Sucharit Bhakdi, Ryan Cole, [Benoît Ochs \[44,99\]](#) tirent la sonnette d'alarme depuis l'été, évoquant des D-dimères (marqueur de thrombose) parfois extrêmement élevés post-vaccination chez un pourcentage préoccupant de patients.
- Cette alerte a été confirmée par une étude de cohorte israélienne [[100](#)], réalisée sur 100 000 personnes, qui montre une incidence de **+400 % chez les hommes entre 16 et 29 ans**.
- Fin septembre, le Pr de cardiologie Yehuda Adler (Tel Aviv University/The Sheba Medical Center/Rabin Medical Center), confirmait **une inflation de cas observés à l'extérieur de l'hôpital**, non pris en compte dans les statistiques officielles, et qu'il attribue au phénomène d'ADE.
- Dans son [rapport d'évaluation de la demande d'autorisation du booster Comirnaty \(Pfizer\)](#), la FDA reconnaît (p. 7) « des **risques graves de myocardite et de péricardite** suite à l'administration de la série primaire (dose 1 et dose 2) de BNT162b2 », et **n'exclut pas des « séquelles potentielles à long terme »** mais se refuse à incriminer le vaccin dans la mesure où « un mécanisme d'action par lequel le vaccin pourrait provoquer une myocardite et une péricardite n'a pas été établi ».

Peut-on raisonnablement douter d'un tel lien ?

- Une série d'études [101-105] montrent que la protéine spike peut affecter les cellules endothéliales (pulmonaires et vasculaires) et **provoquer des lésions vasculaires et cérébrales gravissimes**.
- Les pathologistes allemands et américains confirment **la présence de cicatrices précoces** observées chez plusieurs adolescents et alertent sur le fait que les cellules de cœur endommagées ne se renouvellent pas [7,8,44].
- Le Dr P. McCullough (Cardiorenal Society of America), dénonce une sévérité hors norme des myocardites vaccinales, d'origine auto-immune, induite par une migration vers le cœur des nanoparticules lipidiques transportant l'ARN, avec pour conséquences : des douleurs thoraciques, des lésions cardiaques (niveaux de troponine multipliés par 10 ou 100), le développement d'une **insuffisance cardiaque précoce, nécessitant une hospitalisation dans 90 % des cas** ;
- Le Pr Retsef Levi (Israël) [alertait début août](#) sur une **hausse du nombre de crises cardiaques, au 1^{er} trimestre 2021**, de 25 % chez des jeunes de 16 à 29 ans et de 83 % des femmes de cette tranche d'âge, qu'il corrèle à la vaccination.

Plus récemment :

- Selon le Brownstone Institute [[105](#)], reprenant les résultats d'une étude parue le 14/12/2021 dans la revue *Nature* [[106](#)] les **hommes de moins de 40 ans** ont un risque de myocardite supérieur avec les vaccins Pfizer (doses 2 et 3) et Moderna (doses 1 et 2) que lorsqu'ils contractent le COVID ;
- Une étude israélienne parue le 02/12/2021 [[107](#)] évalue à **1 cas sur 6 637** le risque d'apparition de myocardite après la 2^e injection de vaccin BioNTech-Pfizer chez les 16-19 ans à 1/6 637 ;
- Une étude hongkongaise parue le 28/11/2021 [[108](#)] évalue à **1 cas sur 2 680** le risque de développement d'une myocardite/péricardite aiguë chez les adolescents après la vaccination BioNTech-Pfizer ;
- Une [incidence de 1 cas sur 95](#) a été retrouvée dans une école californienne ;
- Une nouvelle étude [[109](#)] parue le 08/11/2021 dans la revue *Circulation* met en évidence une **cardiotoxicité majeure des vaccins Pfizer et Moderna** qui augmenteraient considérablement le risque de crise cardiaque, de thrombose accrue, de cardiomyopathie et d'autres événements vasculaires après la vaccination : « Nous concluons que les vaccins ARNm augmentent considérablement l'inflammation sur l'endothélium et l'infiltration des cellules T dans le muscle cardiaque ».

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Une étude parue en 2016 [110] décrit la myocardite comme « une maladie potentiellement mortelle associée à une morbidité élevée chez certains patients pédiatriques, en raison de sa capacité à se présenter comme une maladie aiguë et fulminante et à évoluer vers une cardiomyopathie dilatée » • Dans un document du 26/10/2021, Pfizer reconnaît qu'il a besoin d'un délai de 5 ans pour déterminer si les myocardites vaccinales induiront ou non des séquelles. |
|---|

15. Vaccination des enfants : nous sommes au-delà de la malveillance

Les Britanniques ont fait le choix de ne pas recommander la vaccination des enfants et adolescents en considérant que la balance bénéfico-risque est déficitaire pour eux (hors facteurs de risques individuels).

Le Pr Peyromaure dénonçait récemment une **hérésie** ([Europe 1](#)). Le [Pr Claverie](#) et le [Pr La Scola](#) mettent en garde contre l'absence de recul (population d'étude de 1 000 enfants) et donc contre les risques vaccinaux, notamment d'apparition de pathologies cancéreuses ou dégénératives à moyen et long terme, non justifiés par le risque COVID chez les enfants :

- Les hospitalisations chez les enfants de 5-11 ans et de 12-17 ans représentent respectivement 0,3 % et 0,5 % de l'ensemble des hospitalisations ([Santé publique France](#)), soit 3/1 000 personnes hospitalisées.
- Le mythe des enfants supercontamineurs a été battu en brèche il y a six mois par une étude italienne [\[111\]](#) conduite sur plus de 7 millions d'enfants.
- On sait aujourd'hui pourquoi de nombreux sont « naturellement » immunisés contre le COVID et peuvent être considérés comme déjà vaccinés [\[112\]](#).
- On dispose désormais d'une série d'études britanniques (dont l'[étude de l'University College London](#), plus grande étude mondiale réalisée sur les enfants), qui ont chiffré les différents risques liés au COVID chez les enfants et les adolescents :
 - Forme symptomatique (durée moyenne de 5 à 7 jours) : 2,8 % [\[113\]](#) ;
 - COVID long d'une durée de 4 semaines : moins d'1 enfant sur 20 (4,4 %) parmi ceux ayant contracté une forme grave, soit 0,12 % de la population pédiatrique [\[113\]](#) ;
 - COVID long d'une durée de 8 semaines : 1 enfant sur 50 (1,8 %) parmi ceux ayant contracté une forme grave, soit 0,05 % de la population pédiatrique [\[113\]](#) ;
 - Forme grave : entre 1/38 911 et 1/47 903 [\[114\]](#) ;
 - Décès : 2 sur 1 million (1/481 000) [\[114\]](#) ;
- *A contrario*, chez les adolescents (12-17 ans), **le risque de développer un problème cardiaque (avec séquelles non évaluées)** serait **multiplié par 6 avec le vaccin** après la 2^e dose par rapport à un risque d'hospitalisation COVID [\[115\]](#) ;
- Ce risque est par ailleurs supérieur au taux d'hospitalisation COVID-19 sur 120 jours [\[116\]](#) après la deuxième dose chez les enfants de 12 à 17 ans.
- L'incidence des effets indésirables graves recensés dans la base de l'ANSM, chez les enfants, est **sans commune mesure avec celle habituellement tolérée pour un programme de vaccination** ([1/23 000 vs 1/100 000 ou 1/150 000](#)) (22').

L'absence de bénéfices vaccinaux pour les enfants a poussé le Dr Malone, inventeur de la technologie ARNm, à faire récemment [cette déclaration](#) dans laquelle il expose les risques immenses qu'elle représente.

Fait extrêmement inquiétant, [l'étude pédiatrique Pfizer](#) sur laquelle s'est fondée l'Agence européenne des médicaments pour autoriser la vaccination des enfants, n'a non seulement **été conduite que sur deux mois**, mais **les effets indésirables y sont dissimulés par un masque noir**. Comment le ministère de la Santé a-t-il pu valider les conclusions de l'EMA et comment peut-on expliquer qu'il n'ait été contredit ni par le Comité consultatif national d'éthique ni par le Pr Alain Fischer ?

16. Risque iatrogène : aucune contre-indication n'est reconnue par le Gouvernement

Un total de 271 médicaments sont connus pour interagir avec le vaccin Pfizer-BioNTech COVID-19) : <https://www.drugs.com/drug-interactions/sars-cov-2-mrna-tozinameran-vaccine,pfizer-biontech-COVID-19-vaccine-index.html>. Aucune contre-indication n'est prise en compte par le ministère de la Santé.

17. Vaccination des femmes enceintes : cet autre péché capital

Le ministère de la Santé a à nouveau exhorté le 30/12/2021 l'ensemble des femmes enceintes à se faire vacciner, quel que soit le terme de leur grossesse, malgré les immenses inconnues et les motifs légitimes d'inquiétude qui entourent la vaccination. Qu'en est-il réellement ?

- La HAS précise aujourd'hui qu'elle doit être envisagée seulement si les bénéfices potentiels l'emportent sur les risques pour la mère et le fœtus (âge > 35 ans ou comorbidités : obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires, contact avec des personnes infectées) et [discutée au cas par cas avec le médecin](#).
- Les femmes enceintes et allaitantes ont été exclues de l'essai clinique, les fabricants n'ont donc fourni aucune donnée en amont de la campagne de vaccination. Les études viennent tout juste de commencer, **les résultats ne seront pas connus avant août 2022 (Pfizer)**, 2024 ([Moderna](#)) et fin 2025 pour l'[étude C-VIPER](#).
- L'ANSM quant à elle surveille actuellement les signaux suivants chez les femmes enceintes [76] :
 - Événements thromboemboliques ;
 - Contractions utérines douloureuses ;
 - Morts *in utero* ;
 - HELLP syndrome.
- Sur quels critères le Gouvernement se base-t-il pour affirmer que les vaccins sont sûrs et indiqués pendant la grossesse ? L'étude parue le 17/06/2021 dans le *NEJM* [117] a sans doute servi de référence. Trois mois plus tard, l'éditeur vient de publier un [correctif](#) et rappelle la nécessité d'une surveillance continue afin d'« **évaluer davantage les résultats maternels, de grossesse, néonataux et infantiles associés à la vaccination maternelle contre le COVID-19**, y compris aux premiers stades de la grossesse et pendant la période de préconception ».
- Les auteurs d'une étude [118] parue en septembre 2021 évoquent eux des recommandations « à la fois mitigées et contradictoires » et « la nécessité **d'identifier, de rassembler et de diffuser rapidement les données disponibles sur l'innocuité des vaccins** ».
- Au 17/12/2021, le VAERS recense **2 959 décès fœtaux postvaccination** enregistrés depuis le début de la campagne de vaccination aux États-Unis, vs 2 253 enregistrés durant les 30 dernières années tous vaccins confondus autres que les vaccins COVID ([Medscape](#)). Faut-il s'en inquiéter ?

18. Allaitement : les risques pour le fœtus ou les nourrissons sont réels

L'impact du vaccin sur la grossesse et l'allaitement n'a pas été évalué lors de l'essai clinique. En l'absence de données suffisantes, les auteurs d'une étude alertaient dès mai 2021 [119] et rappelaient : « **La femme vaccinée doit être informée de l'absence actuelle de données sur la sécurité de l'allaitement.** »

Une étude parue en août 2021 [120] où **89 % des participantes ayant reçu un vaccin ARNm pendant la période d'allaitement présentaient des anticorps dans le lait maternel** [suggère une possible transmission de la protéine spike. Cette transmission pourrait expliquer les décès recensés récemment :

- Le décès d'un nourrisson de 6 semaines chez qui plusieurs caillots ont été retrouvés et dont la mère avait été vaccinée durant l'allaitement, ce qui évoquerait une maladie de Kasawaki, mais d'évolution inhabituellement sévère ([LifeSite](#)) ;
- Au moins 2 décès consécutifs à une exposition au lait maternel, enregistrés dans la base EUDRA.

19. Stérilité féminine et troubles menstruels : les études n'ont commencé que... fin juillet

- Plusieurs scientifiques ont dénoncé il y a plusieurs mois [77] un risque de mimétisme moléculaire inhérent aux vaccins ARNm pouvant induire l'apparition de **stérilités de durée inconnue, d'origine auto-immune**, en raison de la proximité de la protéine spike, cible programmée des anticorps vaccinaux, avec une hormone essentielle à la formation du placenta, la Syncytine-1.
- Des milliers de femmes ont signalé l'apparition des troubles menstruels depuis le début de la campagne de vaccination. Ces troubles incluent l'absence temporaire ou la disparition de leurs règles, pour laquelle un diagnostic de ménopause précoce a pu parfois être posé. **Ménopause ou stérilité ?**

- L'ampleur de leur nombre a décidé les instituts américains de la santé (NHIS) à **mener une série d'études cliniques** [121] portant sur près de 500 000 femmes pour évaluer l'implication potentielle des vaccins contre le COVID. Ce risque pouvait-il être suspecté ?
- En Norvège, une [étude conduite par l'Institut national de la santé publique](#) portant sur 60 000 femmes, parue le 22/12/2021, conclut à une **responsabilité de la vaccination dans le doublement des troubles menstruels** observés postinjection.
- En Écosse, [une enquête a été ouverte](#) suite à un pic inquiétant de décès de nouveau-nés survenus au mois de septembre (21 en 4 semaines). Est-il à mettre en relation avec le pic record d'injections (2 doses) atteint en août chez la femme enceinte ?
- Une étude [120] vient de démontrer la production effective post vaccination d'anticorps ciblant la Syncytine-1 (HERV-W), **suggérant un risque de stérilité qui pourrait expliquer le nombre de fausses-couches** signalées dans les bases de pharmacovigilance mondiale.

20. Stérilité masculine : les autopsies relancent les inquiétudes des scientifiques

L'étude de biodistribution menée par Pfizer [122] le suggérait : deux études parues en octobre 2020 [123] et en novembre 2020 [124] ont montré que **la protéine spike se lie aux cellules ovocytaires, placentaires, mais également testiculaires**. La généticienne Alexandra Henrion-Caude, ancienne directrice de recherche à l'Inserm, fait état aujourd'hui de nouveaux éléments :

« Nous avons tout lieu de nous inquiéter. On a réalisé des autopsies sur 12 personnes qui avaient eu le COVID, on a regardé leurs testicules et **on a vu qu'il y avait un remaniement tissulaire très important avec des infiltrats** et qui expliquerait le fait que, par ailleurs, **on a vu qu'il y avait beaucoup moins de spermatozoïdes dans le sperme**. Donc ça voudrait dire que potentiellement on a un problème. Est-ce qu'il y avait du virus ? Non, il n'y avait pas de virus. Cela devient plus embêtant, cela veut dire que maintenant, il n'y a que deux hypothèses : ou c'est la spike qui induisait cette cascade, ou ce sont les effets du COVID qui induisent ces phénomènes. »

Deux nouvelles études renforcent ces inquiétudes concernant la stérilité masculine et féminine :

- Une étude publiée le 20/12/2021 [125] montre l'impact de la protéine spike sur la viabilité du poisson-zèbre, avec notamment un **remaniement des ovaires** ;
- Une étude publiée le 11/05/2021 [126] identifie **l'implication de la protéine spike sur le système de reproduction masculin et la fertilité**, *via* notamment la formation d'anticorps contre la kisspeptine, impliquée dans les métastases, la puberté et l'immunité innée, avec des conséquences dramatiques sur la fertilité masculine.

21. Composition des vaccins : un cocktail aux effets inconnus

Quatre sujets d'inquiétude majeure sont aujourd'hui soulevés par les vaccins :

1. **La toxicité des adjuvants** (nanoparticules lipidiques), injectés pour la 1^{re} fois dans le corps humain :
 - l'ALC-0159 (polyéthylène glycol, PEG) est un allergène « caché » à **haut risque anaphylactique** [40, 127-132], notamment en cas de réexposition au vaccin ;
 - l'ALC-0315 est un vecteur de synthèse pouvant induire une **forte réponse inflammatoire** [40, 38] ?

Le PDG de Moderna [évoquait déjà lui-même en 2016](#) le problème de la toxicité des nanoparticules lipidiques : « **Ces nanoparticules peuvent entraîner des effets secondaires dangereux, surtout si un patient doit prendre des doses répétées pendant des mois ou des années.** »

2. **La composition des vaccins, inconnue à ce stade** : selon [l'eurodéputée Michèle Rivasi](#), la recette d'un des ingrédients des vaccins, qui représente 20 % de son contenu, a été déclarée non pas comme « substance », mais comme un élément relevant du « savoir-faire » du fabricant ce qui le dispense d'en fournir la formule. C'est ce que confirme aujourd'hui le site [Medscape](#) pour le vaccin Moderna.

Concernant le vaccin Pfizer, dans la [requête](#) adressée par les professionnels de santé publique et de médecine pour la transparence à la FDA pour obtenir les données sur lesquelles l'Agence a approuvé le vaccin et qu'elle souhaite maintenir confidentielles jusqu'en 2076 figure **la liste de tous les ingrédients actifs et de tous les ingrédients inactifs** (p. 8).

3. **La qualité de l'ARNm** : la présence dans la solution injectée d'« espèces fragmentées » d'ARN, donc d'ARN de mauvaise qualité pourraient induire l'apparition de **maladies auto-immunes, notamment à prions** s'ils étaient reproduits et qu'une instruction aberrante était envoyée aux cellules. Pour rappel :

- une interruption de la chaîne de production s'est produite cette année qui explique peut-être les impuretés retrouvées dans des lots de vaccin Moderna au Japon ;
- aucune donnée (attendues en juillet) n'a été fournie concernant les garanties de pureté des vaccins

4. **L'impact d'un ARN messenger synthétique, génétiquement modifié, sur la santé** : l'ARNm des vaccins n'est pas codé avec le code habituel de l'ARN (ACGU), mais avec **un code inédit (ACGY)** qui n'existe pas dans le vivant naturel [[133,134](#)] et dont personne ne peut donc prédire ses effets sur la santé à long terme. Selon [Peter McCullough](#), nous sommes ainsi confrontés aujourd'hui à une **inconnue majeure** :

« Nous travaillons avec des scientifiques du monde entier, et il existe maintenant une croyance selon laquelle l'ARN messenger peut survivre à la division cellulaire, donc une cellule mère peut le transmettre aux cellules filles. [...] Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, nous avons un produit biologique qui dit à notre corps de produire une protéine anormale. »

22. Persistance du vaccin dans l'organisme : une inconnue majeure

L'ARN messenger a été modifié afin de pénétrer dans l'ensemble des cellules et assurer la synthèse de nombreuses copies de la protéine de pointe. Nous sommes donc en présence d'un vaccin reposant sur la **manipulation génétique d'un ARN naturel** [[135](#)] dont « **le but est de garantir qu'on ne peut pas s'en débarrasser** » [[40](#)] contrairement à ce qui est observé dans le vivant :

« Normalement, un ARN messenger est utilisé une fois et éliminé » ; avec ces injections d'ARNm par Pfizer et Moderna, l'ARN messenger est « utilisé maintes et maintes fois... encore et reste dans les cellules pendant [très] longtemps ». » (P. McCullough, [LifeSite](#))

Deux questions cruciales restent donc en suspens :

- **Combien de temps l'ARN va-t-il envoyer des instructions au corps pour qu'il fabrique la protéine spike ?** Des jours, des semaines, des mois, des années ? Pour S. Seneff : « Il n'existe bien sûr pas de réponses à cette question. Les laboratoires eux-mêmes n'ont pas la réponse » [[40,80](#)] » ;
- **Combien de temps la protéine spike va-t-elle persister dans l'organisme ?**
On ne le sait pas précisément, mais une étude anglaise [[136](#)] a montré que des fragments de la protéine spike étaient détectables dans le plasma **jusqu'à 29 jours après la première injection**.
Une étude plus récente [[137](#)] a montré que la protéine spike était retrouvée dans les **cellules au moins 4 mois après la 2^e injection**.

23. Qualité des injections : découverte de nouvelles impuretés toxiques

Un nouveau type d'impureté a été récemment détecté dans la préparation des ARNm vaccinaux. Des chercheurs [[138](#)] ont identifié une réaction chimique, invisible par les techniques d'analyse « d'intégrité » habituellement utilisées par les laboratoires pharmaceutiques, qui conduit à des **ARN messagers « impropres à la consommation », incapable de produire des protéines spike correctes**.

24. La question majeure de l'accumulation des doses : la grande oubliée du débat

La nécessité d'injecter chroniquement de nouvelles doses vaccinales est fondée sur deux paramètres :

- l'inefficacité des vaccins sur le long terme [[139,67,68](#)], qui rendent les personnes vaccinées plus à risque de contracter le COVID que les personnes non vaccinées ;
- l'efficacité présumée des boosters.

Aucune ne prend en compte la problématique de la **toxicité liée à l'accumulation des doses** [140] : que se passe-t-il dans le corps des personnes vaccinées lorsqu'on les réexpose 3, 4, 5 fois, peut-être plus, au même antigène ? **Combien d'entre elles résisteront-elles à l'inoculation des 10 doses prévues** par l'[Union européenne](#) ? Combien de doses un corps peut-il subir ?

Selon une étude japonaise [141], **les anticorps facilitants s'accumuleraient dans l'organisme et augmenteraient l'infectiosité** chez les personnes vaccinées, avec des conséquences potentiellement délétères [142], comme l'ont montré de précédentes expériences dans le modèle animal.

C'est ce que suggère une autre étude japonaise, relayée par le mathématicien Jean-Claude Pérez : « Les études sur animaux montrent **une augmentation des décès à partir de la dose 5 d'immunisation répétée avec le même antigène**, et près de la moitié des animaux meurent après 7 doses » (Yasufumi Murakami).

Dans un [article publié le 10/11/2021](#), le Dr JM Sabatier et le Pr J Fantini expliquent qu'en raison de ce phénomène (ADE), la troisième dose vaccinale peut avoir **des effets secondaires graves sur le long terme**.

25. Auto-immunité systémique : un désastre annoncé

La généticienne A. Henrion-Caude tire aujourd'hui [une nouvelle fois la sonnette d'alarme](#) :

« Vous avez pris deux fois ce médicament. Ça ne marche pas donc il vous faut prendre une troisième dose de ce médicament-là. Et non seulement il vous faut une troisième dose, mais il faut que vous la preniez tous les trois mois. » Plus vous recevez cette injection, plus vous allez conditionner votre corps à ne répondre que par ces anticorps qui chutent et qui sont, en toute logique, inadaptés par rapport au prochain variant. [...] Jusqu'à quand peut-on stimuler la capacité de notre système immunitaire ? Est-il sans fond ? Est-il infini, c'est-à-dire que si on prend une dose tous les trois mois, y a-t-il un moment où notre système immunitaire va être fatigué et ne sera plus en mesure de répondre contre aucune maladie ? L'urgence devrait être pour chacun d'essayer de récupérer son immunité totale, et donc de ne pas la conditionner de plus en plus à des aléas qui forcent notre système immunitaire à produire des anticorps inadaptés. »

Cette auto-immunité systémique est connue de longue date. Elle a été décrite dans une étude parue le 31/12/2009 [143] et est aujourd'hui citée par le [New York Times](#) :

« Des maladies auto-immunes systémiques semblent être la conséquence inévitable de la surstimulation du « système » immunitaire de l'hôte par une immunisation répétée avec l'antigène, à des niveaux qui dépassent la criticité auto-organisée du système. »

26. Vieillesse cellulaire : quel sera l'impact d'injections vaccinales répétées ?

Autre point d'inquiétude, plusieurs études ont alerté sur le **vieillesse cellulaire** [144] induit par le virus. Ce qui interpelle les auteurs de cette étude, c'est le rôle joué par la protéine spike dans ce mécanisme. Quelles sont les conséquences d'injections répétées, avec un tel dosage d'ARNm ? [145-147].

27. Pfizer Gates : l'intégrité des données est remise en cause

La mise sur le marché des vaccins COVID est entachée d'une série de fraudes. La manière dont les données cliniques ont été approuvées montre une défaillance majeure des agences avec des conséquences potentiellement gravissimes sur le plan sanitaire.

- **Essai clinique de phase 2/3** : l'efficacité des vaccins Pfizer et Moderna n'a jamais été démontrée. Concernant le vaccin Pfizer, Peter Doshi, éditeur associé du *British Medical Journal*, a dénoncé dès le début [148] **la qualité méthodologique des essais cliniques (pas d'essai randomisé en double aveugle)**, supervisés **en interne** selon **un protocole établi par Pfizer**, et le calcul du taux d'efficacité du vaccin (95 %), obtenu en excluant 3 410 cas de COVID suspectés :

« Avec 20 fois plus de cas suspects que de cas confirmés, cette catégorie de maladie ne peut être ignorée simplement parce qu'il n'y a pas eu de résultat positif au test PCR. Une estimation approximative de l'efficacité du vaccin contre le développement des symptômes du COVID-19, avec ou sans résultat positif au test PCR, serait une réduction du risque relatif de 19 %, bien en deçà du seuil d'efficacité de 50 % pour l'autorisation fixé par les régulateurs. »

Pfizer et Moderna ont en outre laissé les participants du groupe placebo se vacciner, ce qui rend de fait caduque la comparaison entre les deux groupes.

- **Étude pédiatrique américaine** : Pfizer a-t-il obtenu l'autorisation d'urgence de la FDA pour la vaccination des enfants sur la base d'une étude frauduleuse ?

C'est [ce que soupçonne](#) la chercheuse en communication des risques Haïfa Yaffa Shir-Raz qui dénonce « des violations du [protocole](#), établi par Pfizer lui-même » selon un design permettant de « présenter des résultats aussi positifs que possible en termes de sécurité et d'inclure le moins possible d'événements indésirables graves ».

- **Étude sur l'efficacité à 6 mois** : les essais cliniques réalisés par Pfizer et Moderna n'ont pas prouvé que la vaccination réduisait le risque de mourir du COVID-19. Selon le Brownstone Institute qui a produit une analyse détaillée de ces deux essais [\[149\]](#), ils concluent au contraire, entre autres irrégularités, à **une mortalité plus élevée dans le groupe vacciné (37) comparé au groupe placebo (33)** si l'on fusionne les deux cohortes vaccinales.

La [version « revue par les pairs »](#) [\[150,151\]](#), de l'étude d'efficacité du vaccin Pfizer, initialement publiée par le laboratoire lui-même, fait apparaître 6 décès qui n'avaient pas été initialement comptabilisés, portant à **21 le nombre de décès dans le groupe vacciné vs 17 dans le groupe placebo**.

- La même « efficacité négative » a été retrouvée dans une étude canadienne conduite par la Canadian Covid Care Alliance ([p. 12 de l'étude](#), voir figure ci-dessous).



Source : <https://www.canadiancovidcarealliance.org>

- **Sous-traitance des essais cliniques** : le *BMJ* révélait le 02/11/2021 [\[152\]](#) **l'existence d'une fraude de grande ampleur** impliquant la société pharmaceutique Pfizer, le sous-traitant chargé de la conduite des essais cliniques (la société Ventavia Research Group) et la Food and Drug Administration (FDA). Un [article publié le 03/11/2021](#) analyse cette fraude qui conduit le *BMJ* à formuler les réserves suivantes :

Les révélations de mauvaises pratiques dans une société de recherche sous contrat aidant à mener à bien l'essai pivot du vaccin COVID-19 de Pfizer soulèvent des questions sur l'intégrité des données et la surveillance réglementaire

Dans une [longue interview](#), le Dr Michel de Lorgeril, ancien chercheur au CNRS, explique en quoi cette succession hallucinante d'« entorses à l'éthique » compromet de manière gravissime la sécurité des vaccins. Voir aussi son analyse dans un format plus court : **« Les études sur l'efficacité des vaccins sont des simulacres de science »** ([Michel de Lorgeril](#)).

28. FDA Gates : comment le vaccin Pfizer a-t-il pu être approuvé ?

- Les premières données Pfizer [\[2\]](#) collectées en vie réelle faisaient état, au 28/02/2021, de **plus de 42 000 effets secondaires**, dont près de 25 000 cas d'atteintes du système nerveux, plus de 100 maladies

recensées, 1 227 décès (3 % des effets indésirables) et près de 13 000 personnes non rétablies. **Comment la FDA a-t-elle pu approuver définitivement le vaccin sur la base de telles données ?** [153]

- Une [série de documents plus anciens, en date du 28 août 2021](#), comparant les effets secondaires du vaccin contre le COVID-19 et ceux du vaccin contre la grippe font état d'effets nocifs graves disproportionnés : taux plus élevé de décès, coagulopathie, infarctus myocarde après vaccin COVID-19 et variation entre les groupes d'âge.

29. EMA Gate : le scandale de l'étude pédiatrique caviardée

Les effets secondaires sont **masqués dans l'étude** transmise par l'Agence européenne des médicaments [154] sur la base de laquelle l'Agence a accordé une autorisation au laboratoire, une première dans l'histoire.

L'impasse du dispositif sanitaire actuel

30. L'inefficacité des vaccins comme outil de lutte contre la propagation de l'épidémie

L'arrivée du variant Delta a changé la donne il y a plusieurs mois : on sait aujourd'hui que les [vaccinés et les non-vaccinés transmettent le virus de la même manière](#) [155-162] :

- « Aucune différence significative dans la charge virale entre les groupes vaccinés et non vaccinés, asymptomatiques et symptomatiques infectés » [155]
- « Aucune différence dans le titre du virus infectieux entre les groupes » [156]
- « La guerre a changé. Le variant Delta du COVID-19 est aussi contagieux que la varicelle, et les personnes vaccinées peuvent autant le transmettre que les non-vaccinés. » [158]
- « 94 % des personnes infectées de plus de 60 ans sont complètement vaccinées ; À plus de 60 ans, peu importe que vous soyez vacciné ou non, vous avez les mêmes chances de contracter la maladie ; Ma baisse de l'effet protecteur peut également être observée chez les personnes plus jeunes ; La « charge virale » chez les personnes vaccinées n'est pas plus faible que chez les personnes non vaccinées ; Les personnes vaccinées qui ont été infectées peuvent transmettre la maladie de la même manière que les personnes non vaccinées ! » [159]
- « Malheureusement, l'effet bénéfique du vaccin sur la transmission Delta a diminué à des niveaux presque négligeables au fil du temps chez les personnes infectées 2 semaines après avoir reçu le vaccin développé par l'Université d'Oxford et AstraZeneca, toutes deux au Royaume-Uni, la probabilité qu'un contact étroit non vacciné soit testé positif était de 57 %, mais 3 mois plus tard, cette chance est passée à 67 %. Ce dernier chiffre est comparable à la probabilité qu'une personne non vaccinée propage le virus. » [160]
- « Les infections révolutionnaires symptomatiques peuvent potentiellement transmettre le COVID-19 aussi efficacement que les infections non vaccinées, quelle que soit la lignée infectante. » [161]
- « Les individus complètement vaccinés 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 complètement vaccinés. Les interactions hôte-virus au début de l'infection peuvent façonner l'ensemble de la trajectoire virale. » [162]

31. Les boosters sont-ils la solution ? Ce n'est pas ce que dit la science

- Israël en a fait l'expérience et l'avait annoncé au mois d'août dernier : « **Ne pensez pas que les boosters sont la solution.** » [59]
- Le Pr Stéphane Gayet, médecin infectiologue-hygiéniste confirmait ce pronostic fin novembre : « Cette troisième injection n'améliorera pas la situation. Cette vaccination de masse est décevante. **Elle ne fonctionne pas bien et elle n'immunise pas bien.** » (Sputnik)
- Les **vaccins ARNm sont inefficaces contre les nouveaux variants** [163]. La généticienne A. Henrion-Caude :

« Depuis le début, les anticorps qu'on nous fait produire sont des anticorps contre la souche originelle de Wuhan qu'aucun de nous n'a jamais rencontrée. Dès lors toutes les efficacités n'ont été que decrescendo, et

c'est logique car le virus mutant de plus en plus, nos anticorps, à un moment, n'arriveront même plus à comprendre que c'est contre ce virus-là qu'ils étaient censés réagir. »

- Le variant Omicron a changé la donne. On savait que le vaccin n'était pas une baguette magique, on sait aujourd'hui qu'**il ne constitue plus une arme contre la propagation de l'épidémie** (Pr Claverie) :

Le vaccin ne marche pas du tout pour empêcher la transmission. On savait déjà qu'il n'empêchait pas vraiment la transmission de vacciné à vacciné et de vacciné à non-vacciné mais avec le variant Omicron il fonctionne encore moins bien pour empêcher cette transmission. [...] Cette 3^e dose sur laquelle on fondait plein d'espoir, on commence à le voir notamment en Israël, on sait qu'elle dure encore moins longtemps que les précédentes. On sait que ce gain qui passe de 30 % d'efficacité à 80 % redescend à 30 % après 3 mois.

- Une étude publiée le 31/12/2021 [164] vient d'apporter la preuve qu'Omicron « échappe à l'immunité [...] avec une ampleur sans précédent en raison de l'accumulation de nombreuses mutations de pointe ».

Le vaccin est désormais associé à une efficacité négative. Selon une étude de cohorte danoise datée du 20/12/2021 [165], **les personnes doublement vaccinées s'infectent désormais plus que les personnes non vaccinées** avec le temps (efficacité négative de - 76,5 % pour le vaccin Pfizer et - 39,3 % pour le vaccin Moderna).

32. Anticorps facilitants : l'épidémie est devenue logiquement une épidémie de vaccinés

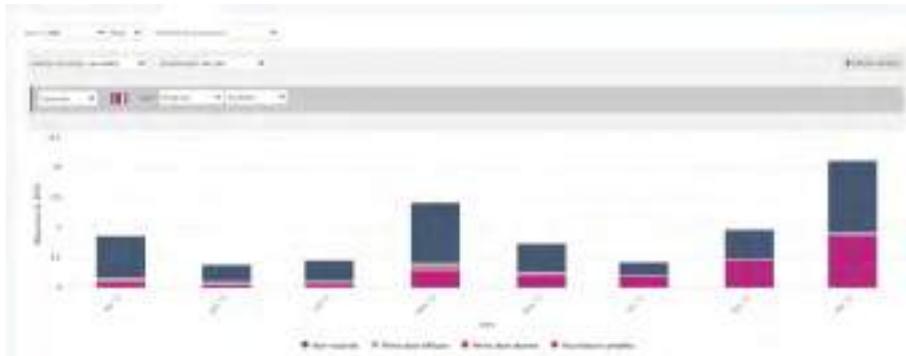
- Israël : une étude parue en juillet 2021 a analysé la survenue d'une contamination avec le variant Delta dans un **centre vacciné à 96,2 %, dont la source était un sujet complètement vacciné** (2 doses) [166].
- Angleterre : selon les [dernières données de l'Agence de santé britannique](#), l'efficacité de la 3^e dose serait de 45 % après 10 semaines.
- États-Unis : selon le CDC, 4 des 5 états américains avec le plus grand pourcentage de personnes complètement vaccinées (99,9-84.3 %) sont **des régions de « haute transmission »** [167].
- Danemark : [selon le Statens Serum Institut](#), **89,7 % des personnes actuellement infectées par Omicron au Danemark sont soit « complètement vaccinées » soit ont reçu leur premier rappel**, avec un taux de 77,9 % de la population complètement vaccinée.
- Islande : depuis le 25/12/2021, **l'incidence la plus forte concerne les personnes complètement vaccinées**, avec une progression exponentielle, malgré l'inclusion dans le groupe des non-vaccinés des personnes récemment injectées (< 14 jours) (<https://www.covid.is/data>).

Trois études mettent définitivement un terme au mythe d'une épidémie de vaccinés :

- L'étude de Gunter Kampf [168] : « Les personnes vaccinées ont un risque plus faible de contracter une maladie grave, mais sont toujours un élément important de la pandémie. Il est donc faux et dangereux de parler de pandémie de non vaccinés. »
- L'étude de Singanayagam *et al.* [162] : « Les personnes complètement 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 complètement vaccinés. »
- L'étude danoise d'Espenhain *et al.* [196] : « L'introduction et la propagation [d'Omicron] se sont produites malgré une réponse de santé publique précoce et complète. **La propagation a été catalysée par des événements de super-propagation et remet en cause la lutte contre l'épidémie.** [...]. **La forte proportion de cas Omicron complètement vaccinés est préoccupante.** »
- Le Japon [exhorte à ne pas discriminer les personnes non vaccinées](#) : « [La politique de vaccination du Japon : pas de force, pas de discrimination](#) ».

33. Impact sur la mortalité et les formes graves : jusqu'à quel point le vaccin protège-t-il ?

- En France : Selon les données de la Drees, les personnes vaccinées représentent 64 % des décès liés au COVID, pour un taux de vaccination de 73,5 % en population générale et 80 % en population adulte :



Source : Drees

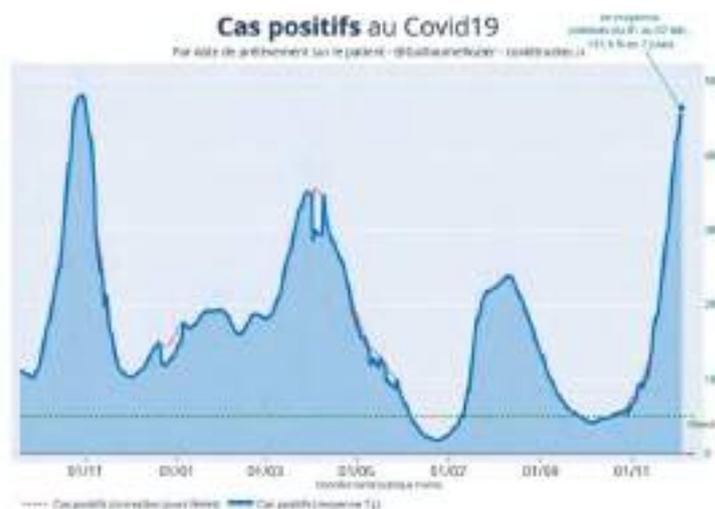
- En Suède, **7 morts sur 10 sont vaccinés 2 doses** ([Svenska Dagbladet](#)).
- En Israël : près de **60 % des patients gravement malades sont complètement vaccinés**. Un médecin déclarait : « C'est un signe d'avertissement très clair pour le reste du monde » ([Science](#), 16/08/2021) [59] ;
- En Australie : sur 141 personnes hospitalisées, 33 seraient en soins intensifs (24 %), avec des âges de plus en plus jeunes et **seraient intégralement vaccinées, dont 1 seule avec un schéma vaccinal incomplet** selon le ministère de la Santé, le 24/09/2021.

34. Échec du passe sanitaire : la preuve par les chiffres

Le ministère de la Santé n'a pas répondu à ce jour aux injonctions de la Cnil qui demande depuis plusieurs mois les données permettant d'évaluer l'efficacité du passe sanitaire. Devant la représentation nationale, le ministre a expliqué que la conviction du Gouvernement se fondait sur des données empiriques.

Les niveaux de contamination parlent aujourd'hui d'eux-mêmes :

Cas positifs au COVID-19



Source : Santé publique France

Sur la journée du 1^{er} janvier 2022, la France obtient un triste record puisqu'elle arrive en 3^e position sur le podium mondial en nombre absolu de contaminations, derrière les États-Unis (333 millions d'habitants) et le Royaume-Uni (67 millions d'habitants).

La vaccination de l'ensemble de la population n'est pas justifiée épidémiologiquement

35. L'immunité collective est un mythe

- Selon le chef du Oxford Vaccine Group, Andrew Pollard, contrairement à une épidémie de rougeole, il est **impossible dans le cas du COVID d'atteindre l'immunité collective grâce à la vaccination** ([Libération](#)).
- L'Islande, la Nouvelle-Zélande et Israël l'ont officiellement reconnu, l'ensemble des pays qui vaccinent en fait l'expérience.
- La revue *Nature* [[169](#)] titrait il y a un an : « Le coronavirus est là pour rester – voici ce que cela signifie ».

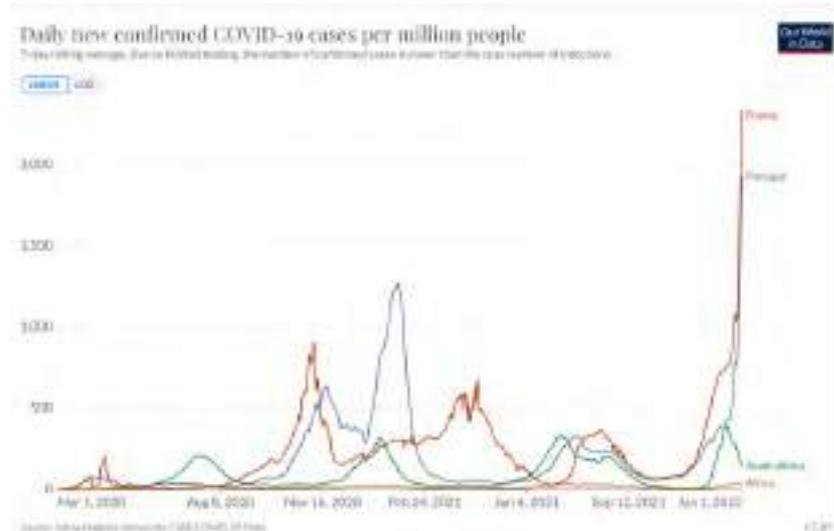
36. L'efficacité de la vaccination obligatoire est contestée par les études

- Le Browstone Institute recense **39 études remettant en cause l'efficacité d'une vaccination obligatoire** [[170](#)].
- En Angleterre, la [Commission de la Chambre des Lords estime que les preuves sont insuffisantes pour imposer la vaccination obligatoire](#), y compris pour les soignants.
- Guadeloupe : sans vaccination massive, l'épidémie s'est éteinte fin septembre.



Source : Santé publique France/covidtracker.fr

- Les contaminations s'écroulent en Afrique du Sud malgré une population vaccinée à 26 %, elles s'envolent au Portugal avec un taux de vaccination à... 90 %.



Source : [OurWorldInData](https://ourworldindata.org)

- Les études montrent que **le nombre de contaminations n'est pas corrélé au niveau de la couverture vaccinale** [167], les **pays vaccinés étant au contraire ceux où le virus circule le plus** (OMS).
- Le recul de la pandémie s'observe dans le monde en termes d'incidence et de mortalité (respectivement - 9 % et - 4 % en sept jours), mais cette évolution est inversement corrélée avec l'augmentation de la couverture vaccinale.
- L'Afrique enregistre la baisse des nouveaux cas la plus significative malgré un niveau de vaccination le plus faible dans le monde alors que **l'Europe rapporte le taux d'incidence hebdomadaire des cas le plus élevé** (OMS).
- L'Europe apparaît aujourd'hui, toujours [selon l'OMS](https://ourworldindata.org), à nouveau comme l'épicentre de la pandémie.

37. La gravité du COVID n'est pas comparable aux précédentes épidémies

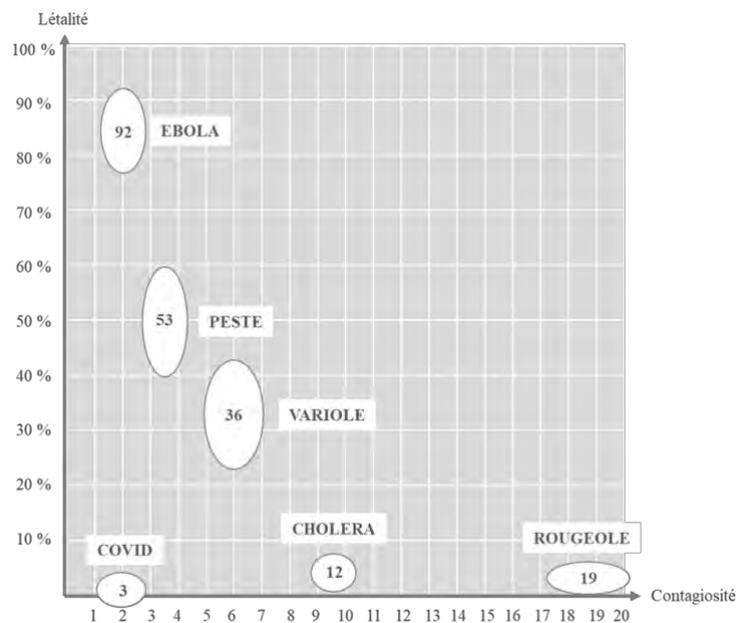
En termes de mortalité absolue

- Mortalité COVID 2020 et 2021 :
 - 1,88 million de morts au 31/12/2020,
 - 4,94 millions de morts au 25/12/2021 (soit + 160 % depuis l'introduction des vaccins)
- 7,830 milliards d'habitants
- Taux de mortalité annuelle : 0,0315 % (0,024 % en 2020)

En termes de mortalité relative

- Le philosophe Pierre-Antoine Pontoizeau publie le 30/12/2021 un article qui bat en brèche le mythe d'une nouvelle peste noire [171].
- Une revue de la littérature recense **400 études démontrant l'échec des politiques sanitaires observées depuis deux ans**, fondées sur une perception erronée de la gravité réelle de l'épidémie [172].

Cartographie des épidémies selon leur létalité et leur contagiosité



Source : <https://vu.fr/iDzr>

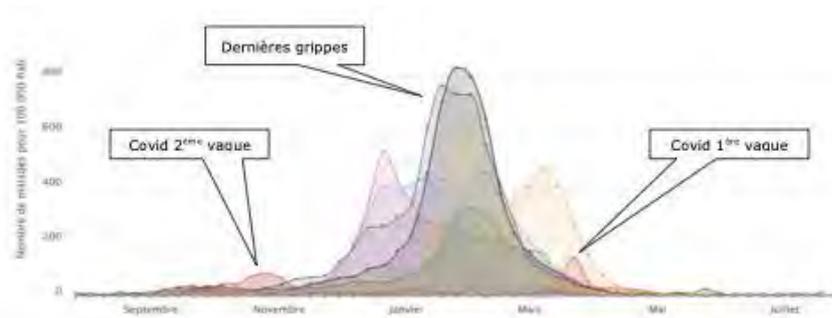
L'ingénieur Pierre Lecot décrypte également, à travers deux interviews, dans une longue interview les **données réelles de la mortalité COVID** [173] et la manière dont elles ont pu être **travesties médiatiquement** [174].

En termes de saturation hospitalière

Les conséquences de l'épidémie COVID sur la saturation hospitalière et la perception relative de sa gravité sont aujourd'hui remises en cause par plusieurs travaux :

- l'analyse détaillée [175] du **rapport de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation** (ATIH), publié fin novembre [176] et faisant mention de seulement 2 % d'hospitalisations et 5 % des soins critiques dus au COVID ;
- les travaux de Laurent Toubiana, chercheur à l'Inserm, épidémiologiste et fondateur de l'Institut de recherche pour la valorisation des données de santé (Irsan), notamment son **analyse de la cinquième vague** [177] et des indicateurs utilisés pour mesurer l'évolution de l'épidémie et sa gravité [178].

Importance relative des épidémies de COVID et de grippe



Importance des épidémies de grippe comparées à celles du Covid-19

Source : Réseau Sentinelles. Mise en forme IRSAN (<https://covid.irsan.eu>)

Note de lecture : Les courbes montrent les évolutions associées des incidences hebdomadaires pour 100 000 habitants de maladies des 2 premières saisons de Covid-19 et des 8 dernières saisons d'épidémies de syndromes grippaux recueillies dans les mêmes conditions avec les mêmes méthodes par le Réseau Sentinelles. À partir du mois de mars 2020, un nouveau virus le SARS-CoV-2 provoque une épidémie qui dure 5 semaines et atteint une incidence maximum de 140 nouveaux malades pour 100 000 habitants lors de la semaine du 23 au 29 mars 2020. La courbe en rouge fléchée par la lettre « Covid 1^{ère} vague » montre l'évolution de l'incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants de malades du Covid-19 au cours de la saison 2019-20 (pic entre les mois de mars et mai de l'axe horizontal). La courbe fléchée par la lettre « Covid 2^{ème} vague » montre l'évolution de l'incidence du Covid-19 au cours de la saison 2020-21 dont le maximum se situe au niveau de novembre 2020. Toutes les autres courbes fléchées par la lettre « dernières grippes » montrent l'évolution de l'incidence de syndromes grippaux au cours des 8 dernières saisons de 2012 à 2019. Les pics de ces épidémies sont centrés autour du mois de janvier. Les incidences sont parfois supérieures à 800 nouveaux malades par semaine pour 100 000 habitants, mais la valeur moyenne pour toutes les dernières années se situe autour de 600 malades par semaine pour 100 000 habitants soit 4 fois plus que l'unique pic de Covid-19 en mars 2020.

Source : [Irsan](https://irsan.fr)

Évolution du taux d'incidence hebdomadaire et des décès liés au COVID

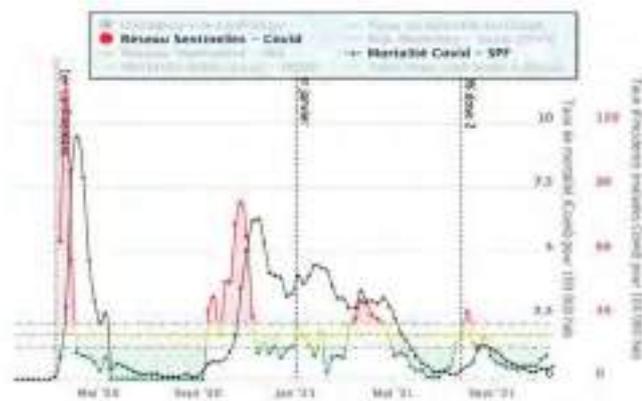


Fig. 2 : Évolution du taux d'incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants de malades du Covid-19 et des décès liés au Covid

Source : Réseau Sentinelles, Santé Publique France; mise en forme IRSAN (<https://covid.irsan.eu>)
Charta : France - Épidémiologie

Note de lecture : Le graphique illustre l'évolution hebdomadaire pour 100 000 habitants de malades du Covid-19 selon le Réseau Sentinelles (échelle à droite en rouge de 0 à 100). En mars 2020, cette courbe montre un maximum avec 140 nouveaux malades en une semaine pour 100 000 habitants. Lors du 4^{ème} « pic » de cette courbe (sept 2021), l'incidence est de 31 nouveaux malades en une semaine pour 100 000 habitants. Le graphique montre l'évolution du nombre hebdomadaire de décès liés au Covid-19 pour 100 000 habitants, source Santé Publique France (échelle à droite en vert de 0 à 100). Le pic maximum est au début de la courbe avec 87 décès en une semaine pour 100 000 habitants début avril 2021.

Source : <https://vu.fr/pigu>

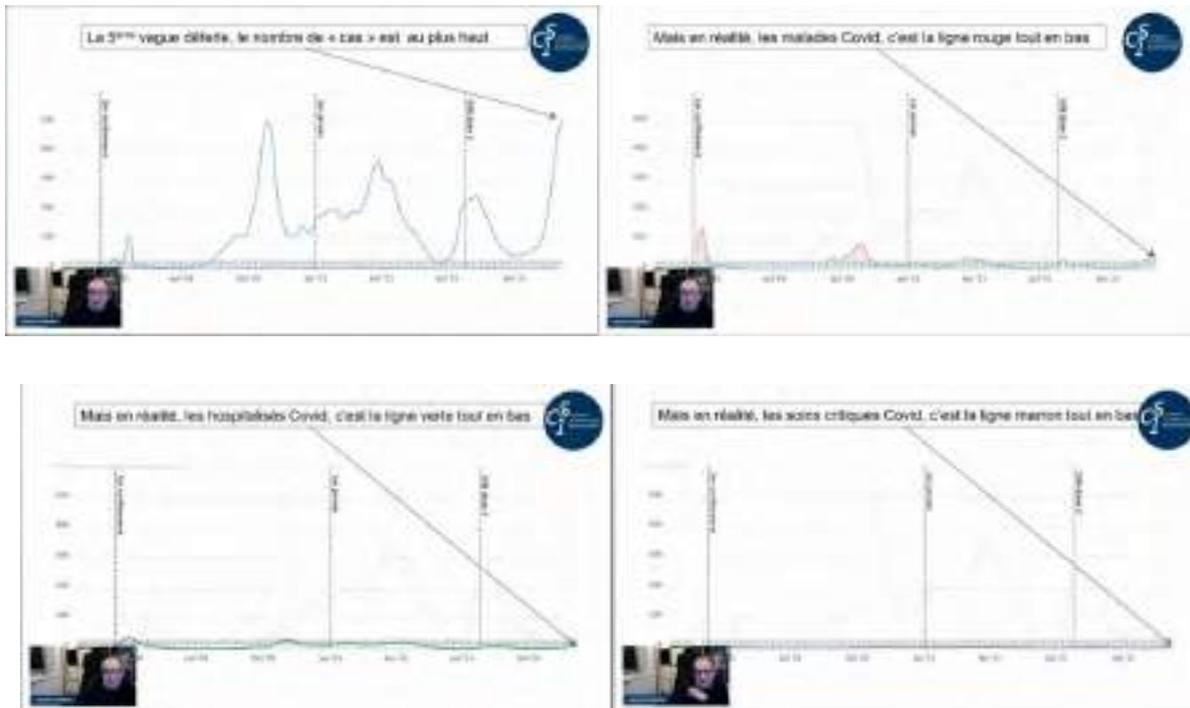
38. Le mythe de la saturation hospitalière par les non-vaccinés

Un article publié le 30/12/2021 [179] décrypte les analyses réalisées par l'équipe du cabinet de l'avocat Fabrice DiVizio, composée notamment d'un neurochirurgien, à partir des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et de Santé publique France.

Il s'appuie sur deux notes consolidées dans ce document : [Rapport d'analyse Covid France – Cabinet Di Vizio](#) [180].

39. Le variant Omicron signe la fin de l'épidémie

Les quatre graphes ci-dessous montrent que l'épidémie est en train de s'éteindre, malgré une flambée historique des cas mais sans retentissement sur l'activité historique.



Source : [CSI](#)

- On sait aujourd'hui que le variant Omicron est certes extrêmement contagieux, mais qu'il n'est pas ou très peu létal (10 morts dans le monde maximum).
- Les contaminations s'écroulent en Afrique du Sud malgré une population vaccinée à 26 %.
- Une étude parue le 17/12/2021 [181] vient d'apporter la **preuve de la très faible létalité du variant Omicron** : il ne se reproduit pas dans les voies aériennes inférieures, mais reste localisé dans les voies aériennes supérieures ;
- Face à la vitesse actuelle de propagation de l'épidémie et compte tenu de l'absence de létalité du variant Omicron, l'Espagne fait donc logiquement le choix de l'immunité naturelle et [renonce aujourd'hui à la 3^e dose contre le variant Omicron](#).
- L'Angleterre renonce à appliquer de nouvelles restrictions sur cette base.
- Le [Québec annonce à son tour](#), le 30/12/2021, qu'il ne vaccinerait pas au-delà de deux doses, considérant une réinfection comme un « booster naturel » :

Les recommandations d'experts démontrent que si vous avez reçu deux doses d'ARN messager, de Pfizer ou Moderna, et que vous faites la maladie, cette maladie-là vous confirme comme si c'était une troisième dose. C'est la recommandation actuelle. Ce qui est important aussi est si vous avez eu des symptômes. Votre test positif va alors être plus valide. On considère que c'est une troisième dose.

D'autres outils existent, mais le Gouvernement refuse de les utiliser

40. Traitements précoces : le scandale ne pourra pas être évité

- L'arsenal des traitements potentiels contre le COVID-19 recense à ce jour 377 traitements potentiels, dont 30 précoces approuvés par 68 pays, adossés à 1 263 études recensées dans la base de données <https://c19early.com/>. Comme le précise le site :

Les traitements ne remplacent pas les vaccins et autres mesures. Tous les moyens pratiques, efficaces et sûrs doivent être utilisés. L'élimination est une course contre l'évolution virale. Aucun traitement, vaccin ou intervention n'est disponible à 100 % et efficace pour toutes les variantes. Nier l'efficacité augmente le risque que le COVID-19 devienne endémique ; et augmente la mortalité, la morbidité et les dommages collatéraux

- L'ivermectine a-t-elle subi le même sort que l'hydroxychloroquine dont le scandale qui a permis de la discréditer est aujourd'hui [largement documenté](#), est-il en passe de se reproduire ?
- En France, le 7 mai 2021, [1 500 médecins ont présenté un « recours gracieux »](#) au ministre de la Santé, sur la base d'une [revue de la littérature partielle mais fournie](#), lui demandant « sur l'honneur » de déclarer clairement s'il croyait sincèrement que l'ivermectine était inefficace, comme le prétendait l'ANSM, qui a refusé de lui accorder une Autorisation de mise sur le marché (AMM). Selon l'Agence :

« De par leurs limites méthodologiques, les données publiées disponibles à ce jour ne sont pas de nature à permettre d'étayer un bénéfice clinique de l'ivermectine quel que soit son contexte d'utilisation, en traitement curatif ou en prévention de la maladie COVID-19 ».

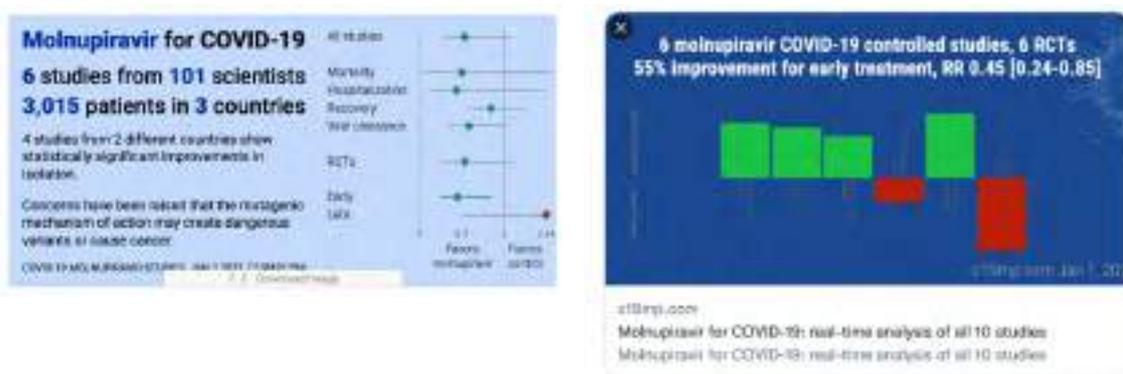
- Olivier Véran a affirmé à cette occasion qu'il n'était pas responsable des décisions de l'ANSM.
- Pierre Kory, médecin-chef de l'Alliance Front Line Covid-19 Critical (FLCCC) alerte pourtant depuis un an sur les bénéfices que l'ivermectine serait susceptible d'apporter dans la lutte contre l'épidémie. Il évoque **des centaines de milliers de vies qui ont été sacrifiées** dans ce qu'il qualifie de « crime du siècle » [182]. Satoshi Omura, récompensé pour sa découverte, publiait également en mars une tribune contre [l'obscurantisme consistant à vouloir se priver d'une telle molécule](#).
- Le *game changer* tant attendu qu'Olivier Véran annonçait devant la représentation nationale avoir enfin trouvé avec le Molnupiravir, fort à cette date d'une seule étude émanant du laboratoire qui le fabrique (Merck), également fabricant de l'ivermectine qu'il a lui-même décrié, dont le ministre a fait commandé 50 000 doses (coût unitaire : 700 \$) et à propos duquel la revue *Nature* écrit : **Molnupiravir: coding for catastrophe?** [183]
- Les [études s'accumulent aujourd'hui](#) qui attribuent une efficacité exceptionnelle à cette molécule ancienne, parmi les plus consommées au monde, notamment en pédiatrie et en prévention, bon marché (coût unitaire : 1 \$) et « nobélisée » – considérée par l'OMS comme essentielle (à rang égal avec les antibiotiques ou l'aspirine) en raison notamment d'un indice de sûreté dit « superbe » – dans la lutte contre le COVID, que ce soit en termes de réduction de la mortalité ou du nombre d'hospitalisations.
- Les témoignages de patients se multiplient. Sur le terrain, les médecins expliquent qu'ils ont réussi à « casser la courbe de l'épidémie » dès lors qu'ils l'ont intégrée à leur arsenal thérapeutique ; ils évoquent une amélioration des patients [en l'espace de 24 heures](#). L'Uttar Pradesh, le Japon et l'Indonésie en sont la preuve vivante. La liste des pays qui ont fait le choix de l'adopter ne cesse de s'allonger.
- La liste des scandales qui entravent son utilisation depuis l'arrivée des vaccins (dont l'une des trois conditions de l'AMM est qu'il n'existe aucun traitement pouvant couvrir le besoin auquel répondraient les vaccins) également. On citera notamment le conflit d'intérêts majeur, [dénoncé il y a plusieurs fois sous le terme d'UniGaité](#) entre le virologue Andrew Hill et la Fondation Bill & Melinda Gates, qui lui aurait attribué subvention de 40 millions de dollars alors que l'OMS lui avait confié la rédaction d'une méta-analyse en vue de déterminer l'opportunité de recommander ou non l'ivermectine. Il est [aujourd'hui](#) convaincu d'avoir inversé les conclusions de son étude, qui contredisent ainsi les données sur lesquelles elle se fonde.
- Quelles raisons pourraient faire pourtant « hésiter » un Gouvernement à utiliser une telle molécule alors que la France totalise 124 000 morts du COVID (dont 59 000 depuis l'introduction des vaccins), pour une population de 67 millions d'habitants, alors que le Japon comptabilise 18 400 morts, pour une population de 126 millions d'habitants ? On rappellera que le Gouvernement japonais a introduit l'ivermectine dans son arsenal thérapeutique mi-août, sans renoncer pour autant à la vaccination. Une autre voie est donc possible.
- La vaccination de plus de **5 000 enfants de moins de 11 ans** ([Le Progrès](#)) a été autorisée en l'absence de tout essai clinique, c'est-à-dire hors AMM. Pourquoi les médecins qui prescrivent de la vitamine D, de l'ivermectine ou de l'hydroxychloroquine sont-ils inquiétés par leur ordre ou voient-ils leurs ordonnances retoquées par des pharmaciens ?

Efficacité de l'hydroxychloroquine (seule, sans association avec azythomicine)



Source : <https://c19hqc.com/>

Efficacité du Molnupiravir :



Source : <https://c19mp.com/>

Effets indésirables recensés par l'OMS depuis 1968 pour les principaux médicaments et vaccins

Vaccin ou médicament	Total	Période		% COVID
Ivermectine	5 705	1992	2021	0,00801 %
Chloroquine	7 139	1968	2021	0,00548 %
Hydroxychloroquine	32 641	1968	2021	0,02506 %
Vaccin contre le COVID-19	2 457 386	2020	2021	
TOTAL	4 229 048			

41. Risques vaccinaux : l'interdiction des traitements n'est plus audible

La stratégie sanitaire choisie par le Gouvernement repose aujourd'hui sur l'arbitrage suivant :

1. malgré un volume d'effets indésirables graves et de décès hors norme associés aux vaccins génériques, et
2. malgré des risques à long terme incalculables, anticipés par les laboratoires eux-mêmes,
3. il serait légitime d'imposer cette génération de vaccins à des millions d'adultes, enfants et femmes enceintes auxquels il n'apporte aucun bénéfice individuel,
4. de les exposer *de facto* à un risque de forme grave (VAED) à laquelle ils ne sont pas exposés naturellement,
5. au prix d'un retard dans l'acquisition d'une immunité collective,
6. en vertu d'un bénéfice collectif inexistant en termes d'immunité,
7. et d'un allègement de la pression hospitalière contrebalancé par le volume d'hospitalisations postvaccinales,
8. pour compenser la fermeture de milliers de lits et l'exclusion de dizaines de milliers de soignants dont on sait aujourd'hui qu'elle n'était pas justifiée,

9. plutôt que de leur donner à des vaccins à virus atténué et à des traitements qui ont permis de mettre un terme à l'épidémie dans les pays qui les utilisent massivement,
10. et dont la balance bénéfice-risque individuel est sans commune mesure avec celle du vaccin.
Cette stratégie est-elle audible ?

Risques vaccinaux : une atteinte à la santé individuelle et à l'intérêt supérieur de la nation ?

42. Vaccination des enfants, des femmes enceintes et des forces armées : peut-on parler d'atteinte à la sécurité de la nation ?

La vaccination massive des enfants dont le risque de décéder du COVID est inférieur à 0,005 % et celui de faire une forme grave, quasiment inexistant [184], non majoré avec le variant Delta [185] pose un problème éthique majeur. Celle des femmes enceintes en pose également un second, au regard notamment des risques de stérilité qui lui sont attachés, dans la mesure où sa nécessité même fait aujourd'hui débat et où il n'existe **aucun cas connu de transmission de SARS-CoV-2 aux nouveau-nés**.

Qu'en est-il des risques auxquels sont exposées aujourd'hui les forces armées ? Sur quelles recommandations se basent l'obligation vaccinale imposée aux militaires et la dispense dont bénéficient les policiers ? La notion des risques vaccinaux est-elle d'une manière ou d'une autre impliquée dans la seconde, et donc occultée dans la première ?

43. Dommages et intérêts : une facture potentiellement hors norme

Le ministère de la Santé réfute toute imputabilité des effets indésirables, notamment des décès aux vaccins. Ce déni ne sera pas tenable dans le temps. La facture risque alors d'être astronomique, notamment au regard de l'immunité totale accordée aux laboratoires, qui, à elle seule, laisse présager qu'elle est inévitable puisqu'ils ont fait d'une telle clause une contrepartie non négociable de l'approvisionnement en vaccins.

On rappellera que par le passé (ici à Rennes dans le cas du vaccin contre la grippe A), ce montant a pu atteindre **1,39 million d'indemnisation pour des séquelles postvaccinales**. À combien s'élèvera-t-elle pour des décès et des handicaps permanents ?

Est-ce sur ce calcul d'opportunité que repose le choix du passe vaccinal pour lutter contre l'épidémie et quelles conclusions les Français doivent-ils en tirer ?
--

Consentement éclairé, thérapie génique... : les contraintes légales d'une obligation vaccinale

44. Ces 13 textes de loi qu'enfreindrait une obligation vaccinale, réelle ou déguisée

La vaccination obligatoire entre en collision avec plusieurs textes (liste des textes de loi enfreints par une obligation vaccinale) :

- Code de Nuremberg de 1947 ;
- Déclaration de Genève de 1948 ;
- Déclaration d'Helsinki de 1996, article 25 ;
- Convention d'Oviedo de 1997, article 5 (ou Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine) ;
- Loi Kouchner du 4 mars 2002, article 1111-4 ;
- Arrêt Salvetti de 2002 ;
- Code civil, article 16-1 ;
- Résolution 2361 du Conseil de l'Europe ;

- Article 55 de la Constitution française.

Le système d'incitation vaccinale mis en place depuis le 12 juillet enfreint plusieurs textes supplémentaires :

- Le Serment d'Hippocrate ;
- Le Code de déontologie médicale : article 36, article R. 41.27.36 du Code de la santé publique ;
- Le Code de la santé publique, article L. 1111-4 et art. L. 1111-2 encadrant le consentement éclairé.

45. Thérapie génique, organismes génétiquement modifiés : s'agit-il d'un vaccin ?

La qualification de « vaccin » pour les injections géniques actuellement administrées est remise en cause par une majorité de scientifiques au vu de **leur durée d'immunité** [186] mais aussi de **leur mécanisme d'action**. Se posent deux questions :

- jusqu'à quel point un vaccin qui échoue à ce point à remplir l'objectif pour lequel une AMM lui a été accordée au titre de « vaccin » (voir § 1. Conditionnalité de l'AMM) et qu'il prétend atteindre sur la base de données non vérifiables peut-il encore être considéré comme tel ?
- jusqu'à quel point un médicament qui est proposé à une population saine, non contagieuse *a priori*, peut-il lui être administré de manière contrainte, sans respect de la liberté de choix en matière de médicaments, et à quel titre peut-il lui être administré en tant que vaccin plutôt que comme médicament ?
- jusqu'à quel point l'AMM qui lui a été accordée, sur la présomption d'un mécanisme d'action qui n'est pas celui observé en vie réelle, est-elle encore légitime ?

Au-delà de ces questions pourtant fondamentales, c'est la **qualification juridique** qui est attribuée à ces injections par les agences sanitaires et les laboratoires eux-mêmes qui pose problème :

- les vaccins géniques actuels utilisent des [techniques de manipulation génétique](#) ;
- la Haute Autorité de santé (HAS) considère les vaccins géniques comme des « **organismes génétiquement modifiés** » [20, p. 16]. Les **conséquences environnementales** de l'utilisation de ces vaccins sont-elles aujourd'hui prises en compte ? ;
- la Food Drug Administration (FDA) [classe le vaccin Moderna en « thérapie génique »](#) (p. 23) : « Actuellement, l'ARNm est considéré comme un produit de thérapie génique par la FDA » ;
- Stefan Oelrich, le PDG de Bayer, s'est félicité lors du [World Health Summit 2021](#) de la performance qui a pu consister à faire accepter des injections géniques à l'ensemble de la population mondiale :

« Si nous avons demandé aux gens s'ils voulaient se faire injecter dans le corps un produit de thérapie ou cellulaire, nous aurions obtenu 99,5 % de refus » (8'45")

46. L'ARN messager modifie le génome humain

Aucune étude de génotoxicité [187] réalisée en amont de la campagne de vaccination. Plusieurs scientifiques ont alerté sur un **risque théorique de modification du génome par les vaccins ARNm** :

« Quand on nous dit que ce risque n'existe pas, c'est faux. **Aucun généticien moléculaire ne peut dire que ce n'est pas possible.** Quand on introduit de l'ADN dans les cellules, on ne peut à aucun moment dire que cet ADN n'ira pas, peu ou prou, s'intégrer dans les chromosomes de la cellule réceptrice. [...] L'ARN en tant que tel ne peut pas s'intégrer dans l'ADN. [...] **Par contre, si l'ARN venait à être converti en ADN, et bien à ce moment-là ça peut se produire. Il y a une phase intermédiaire.** Il se trouve qu'on nous a dit que ce n'était pas possible. Cette phase intermédiaire peut exister dans nos cellules, d'autant plus qu'on vient de découvrir que l'une des enzymes qui interviennent dans la réparation de notre ADN, qui est connue depuis longtemps, pour faire ça, elle part d'une molécule d'ARN qu'elle convertit en ADN. » [188]

Cette information avait été confirmée [189] récemment par l'Académie des sciences américaine. Un groupe de chercheurs de l'université Thomas Jefferson vient de démontrer que les cellules de mammifères possèdent une transcriptase inverse native (la polymérase thêta, Polθ) qui participe à la réparation de l'ADN sur matrice d'ARN [190], et donc d'apporter **la première preuve que des segments d'ARN peuvent être réinscrits dans notre ADN** [191].

Comme la HAS le précise pourtant dans un document daté de novembre 2020 [20] :

« Les vaccins ARN sont sans doute les moins avancés en termes d'ancienneté de développement mais ont l'avantage d'un profil de sécurité optimal (du fait de leur traduction dans le cytosol des cellules, **ils ne doivent pas pénétrer dans les noyaux cellulaires** et le risque de voir leur matériel **génétique** incorporé au génome de l'hôte est écarté) »

47. Schéma vaccinal : la grande inconnue

L'absence de données cliniques fiables et l'échec vaccinal constaté en vie réelle, avec une **efficacité négative** [165] sur le variant Omicron appelé à être dominant pose la question du schéma vaccinal. Or cette question en appelle deux autres :

- celle de la toxicité d'injections répétées et de la prise de risques majeure imposée aux personnes vaccinées à chaque nouvelle injection, puisqu'on sait que les effets indésirables augmentent avec le nombre de doses ;
- la **capacité technique de l'État à assurer l'inoculation de l'ensemble de la population** à la fréquence imposée par la décline de l'efficacité vaccinale ;
- sa capacité à le faire en **garantissant la qualité des ARNm injectés**, cruciale en raison notamment du risque de développement de maladie à prions en présence d'ARNm dégradé [30] ;
- sa capacité à respecter une stricte **continuité entre les marques de « vaccin » injecté**.

L'étude COM-COV du *Lancet* [192] alerte sur **le risque d'effets secondaires induits par le mélange entre les vaccins**, pourtant préconisé par le ministre de la Santé. Peut-on faire encore faire confiance au ministre ? Cette stratégie de mixage des vaccins est-elle fondée sur des considérations sanitaires ou des contraintes d'approvisionnement, inévitables si l'ensemble de la population française devait être vaccinée tous les trois mois ?

48. Peut-on légalement imposer l'inoculation d'un vaccin en sachant qu'il n'est pas conforme à son AMM ?

Aucune des conditions qui étaient supposées être remplies par les laboratoires ne s'avère l'être aujourd'hui :

- le mécanisme d'action n'est pas celui décrit dans l'AMM ;
- l'efficacité des vaccins est probablement inférieure au 50 % revendiqué par les laboratoires, y compris dans la protection contre les formes graves, les essais cliniques réalisés par Pfizer et Moderna montrant une mortalité supérieure dans le groupe vacciné ;
- la prévention des nouvelles vagues et la baisse globale de la mortalité relèvent en réalité d'une plaisanterie puisque, malgré d'importantes zones du monde non vaccinées, qui ont ralenti ce phénomène, on observe une augmentation de la mortalité planétaire globale de + 189 %, passant de 238,830 millions avant le début de campagne de vaccination à 690,360 millions depuis le 1^{er} janvier 2021 (source : [Our World in Data](#)) ;
- il existe aujourd'hui un arsenal thérapeutique de plus de 300 molécules, soutenu par plus de mille études démontrant une balance bénéfico-risque sans commune mesure.

49. Vaccination de masse : un risque collectif majeur

En accord avec de nombreux scientifiques, dont le médecin infectiologue et épidémiologiste, président de la Mission sur l'évaluation de la gestion de la crise COVID, D. Pittet [193], le virologue et vaccinologue Geert Vanden Bossche, ancien collaborateur de l'alliance GAVI, la fondation Bill & Melinda Gates ou encore BioNTech, **la vaccination de masse concourt à l'émergence de nouveaux variants** [194], au risque de provoquer une mutation du virus et de voir apparaître une forme beaucoup plus létale et touchant l'ensemble de la population, notamment les enfants.

Vacciner les personnes qui ne sont pas nativement à risque de COVID relève donc davantage de l'irresponsabilité et de la mise en danger collective que de la responsabilité et de l'altruisme, comme l'a expliqué à plusieurs reprises le généticien Chritian Vélot [[187](#),[188](#)].

À leur tour, le Dr Malone et le Pr Claverie expliquent que l'arrivée du variant Omicron est une chance inespérée de vacciner gratuitement l'ensemble de la population avec un virus atténué, non dangereux et sans effets secondaires. C'est d'ailleurs la stratégie retenue par plusieurs pays, dont l'Espagne, le Québec et Israël.

50. La 3^e dose n'est recommandée en population générale ni par la HAS ni par le Conseil scientifique

Dans son [Avis modifié du 22/01/2021](#), le Conseil scientifique confirme avoir choisi d'abaisser l'âge d'éligibilité au rappel vaccinal, mais cet âge est fixé à **50 ans, en conservant un intervalle de 6 mois après la primo-vaccination**. Il rappelle dans ce document que la Haute Autorité de santé, dans son avis du 19 novembre 2021, préconise quant à elle une dose de rappel **pour les personnes de 40 ans et plus, 6 mois après la primo-vaccination**.

Il prend également le soin d'exclure les personnes présentant des comorbidités ainsi que les personnes immunodéprimées de l'intégration de la dose de rappel dans le passe sanitaire.

De son côté, **Israël a renoncé à l'administration de la 4^e dose** pour l'ensemble de la population [en l'absence de données probantes](#).

Les données épidémiologiques et sanitaires (impact de la cinquième vague sur le système hospitalier, risque multiplié d'hospitalisation et de séjour en soins critiques multiplié par 10 pour une personne non vaccinée) invoquées dans l'argumentaire du Conseil scientifique ont par ailleurs été démenties depuis par plusieurs scientifiques faisant autorité.

Sur quelles bases scientifiques le « schéma vaccinal » est-il établi par le Gouvernement ?

Conclusion

Au regard des risques vaccinaux connus et des incertitudes entourant les effets retardés de la vaccination, seule celle des personnes à risque fait aujourd'hui consensus :

« Le risque/bénéfice me paraît clair pour une population dont on sait qu'elle risque de faire une forme grave, d'être hospitalisée en réanimation ou de mourir. Cela va de soi, même si ce n'est pas parfait, même si on peut réduire de 50 % le risque de faire une forme grave ou de mourir, c'est bien. Après, pour les gens qui n'ont aucune chance de mourir ou de faire une forme grave de ça, il faut faire une analyse beaucoup plus complète et beaucoup plus prolongée du risque/bénéfice. Et en pratique, on ne commercialise jamais un vaccin dans ces conditions. **En pratique, pour un vaccin on a besoin d'avoir une population considérable et du recul ! Là c'est un vaccin qui a été commercialisé après six mois d'évaluation.** Maintenant qu'on commence à avoir du temps d'évaluation, on voit bien... » ([Didier Raoult](#))

C'est le choix qu'a fait le Japon ([Ministre japonais de la vaccination contre le COVID](#)) Toute autre stratégie, *a fortiori* toute obligation vaccinale, ne peut être considérée, en l'état des données de la science, que comme relevant d'une intention de blesser, et donc comme une démarche crapuleuse ou criminelle, *a fortiori* alors que nous sommes sur le point de voir l'épidémie s'éteindre, sauf peut-être si l'on s'entête à vouloir vacciner au forceps l'ensemble de la population.

Il est donc urgent que les parlementaires cherchent à répondre à ces deux questions :

- Quelle raison a poussé le Gouvernement à élaborer un dispositif sanitaire fondé sur une obligation vaccinale déguisée dont il dit pourtant assumer pleinement l'objectif, plutôt que d'affronter un débat contradictoire sur les risques de la vaccination, les alternatives thérapeutiques ou l'accès à d'autres types de vaccin ?
- Comment peut-on comprendre le décalage entre sa panique à une cinquième vague qui n'est jamais venue au lieu de se réjouir de l'arrivée d'un nouveau variant qui sonne le glas de l'épidémie, mais qu'il

conserve une confiance totale dans la sécurité d'un produit associée à un niveau de risque aussi vertigineux, dont les laboratoires refusent d'endosser les conséquences juridiques et financières ?

Il est encore temps de dire stop et de dénoncer la manipulation d'Olivier Véran lorsqu'il affirme que le vaccin est notre seule arme contre le virus, qu'il n'a engendré aucun décès à ce jour et qu'il est parfaitement sûr et efficace.

Références

Essais cliniques et rapports d'évaluation des vaccins (AMM)

Rapports d'évaluation délivrés par l'Agence européenne des médicaments (EMA) :

Pfizer : <https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-reporten.pdf>

Moderna : <https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/spikevax-previously-COVID-19-vaccine-moderna-epar-public-assessment-reporten.pdf&usg=AOvVaw0SqvQIL1G33z8tiEjjh-o>

Astra Zena : <https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/vaxzevria-previously-COVID-19-vaccine-astrazeneca-epar-public-assessment-reporten.pdf&usg=AOvVaw3G1jch0s1ke8EWejLYVIG>

Janssen : <https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/COVID-19-vaccine-janssen-epar-public-assessment-reporten.pdf&usg=AOvVaw2zcpXLOtlaZTwewzUHNz1u>

Essais cliniques

Pfizer : <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04368728> (fin de l'essai : 15/05/2023).

Moderna : <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04470427> (fin de l'essai : 27/10/2022).

Astra Zeneca : <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04516746> (fin de l'essai : 14/02/2023).

Janssen : <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04505722> (fin de l'essai : 02/01/2022).

Études & articles

[1] European Medical Agency. Assessment report: Comirnaty. Common name: COVID-19 mRNA vaccine (nucleoside-modified) Procedure No. EMEA/H/C/005735/0000. 2020. Corr.19/02/2021. <https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-reporten.pdf>.

[2] Pfizer. 5.3.6 Analyse cumulée des événements indésirables post-autorisation : Rapports de PF-07302048 (BNT162B2) reçus jusqu'au 28-févr.-2021. FDA-CBER-2021-5683-0000054. 30/04/2021. <https://phmp.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf>.

[3] <https://worldcouncilforhealth.org/news/2021/12/covid-19-vaccines/14001/>.

[4] <https://allinfo.space/2021/11/07/svenska-lakare-kraver-vaccinstopp-efter-fuskavslojande/>.

[5] <https://www-bmj-com.translate.googleusercontent.com/content/375/bmj.n2635?xtrsl=auto&xtrtl=fr&xtrhl=fr>.

[6] Med Check Editorial Team. COVID-19 vaccine: Strong association with cardiovascular death, especially hemorrhagic stroke and venous thrombosis. Med Check. 2021;7(21-22):32. <https://npjip.org/english/MedCheck/Med%20Check%20Tip-20-2021-08&12.pdf>.

[7] institut Paul-Ehrlich. Rapport sur les cas suspects d'effets secondaires et de complications vaccinales après vaccination pour se protéger contre le COVID-19 (période de déclaration du 27 décembre 2020 au 31 août 2021). Langen. 20/09/2021.

[8] Bhakdi S, Burkhardt A; On COVID vaccines: why they cannot work, and irrefutable evidence of their causative role in deaths after vaccination. Doctors for COVID Ethics symposium. 10/12/2021. <https://doctors4covidethics.org/wp-content/uploads/2021/12/end-covax.pdf>.

[9] Version longue de l'interview : <https://odysee.com/@archivalist:d/Leake-McCullough-Interview:0>.

[10] Turner C. Teenage boys more at risk from vaccines than Covid. The Telegraph. 09/09/2021. <https://www.telegraph.co.uk/news/2021/09/09/teenage-boys-risk-vaccines-covid/>.

[11] Munro C. Covid-19: Study that claimed boys are at increased risk of myocarditis after vaccination is deeply flawed, say critics. BMJ. 2021; 374 DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2251>.

[12] Parlement européen. B9-0475/2021 : Proposition de résolution du Parlement européen sur la création d'un Fonds européen d'indemnisation des victimes des « vaccins contre la COVID-19 ». 23/09/2021. <https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/B-9-2021-0475FR.html>.

- [13] ANSM. Point de situation sur la surveillance des vaccins contre la Covid-19 – Période du 26/11/21 au 09/12/2021. <https://ansm.sante.fr/actualites/point-de-situation-sur-la-surveillance-des-vaccins-contre-la-covid-19-periode-du-26-11-21-au-09-12-2021>.
- [14] ANSM. Enquête de Pharmacovigilance sur les effets indésirables des vaccins Covid19 chez les femmes enceintes et allaitantes : Rapport N°8 05/11/2021 au 03/12/2021. <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/12/21/20211221-covid-19-vaccins-grossesse-8.pdf>.
- [15] Lazarus R. Electronic Support for Public Health–Vaccine Adverse Event Reporting System (ESP:VAERS). <https://t.co/4pHy9kB5Lj?amp=1>.
- [16] FranceSoir. Steve Kirsch estime que les effets secondaires de la vaccination sont sous-déc'arés d'un facteur 41. 2021 Sept 30. <https://www.francesoir.fr/videos-les-debriefings/steve-kirsch-sous-declaration-vaers>.
- [17] FranceSoir. PfizerLeak : les contrats Pfizer et leurs clauses surprenantes. 28/07/2021. <https://www.francesoir.fr/societe-sante/pfizerleak-les-contrats-surprenants-vaccins-pfizer>.
- Lien de téléchargement : <https://gogo.al/wp-content/uploads/2021/01/LEXO-KONTRATEN-E-PLOTE.pdf>.
- [18] Baldacchino J, Duvic B. « Vaccins : “Utiliser l’ARN messenger n’est pas nouveau, c’est savoir le fabriquer qui est nouveau ». FranceInter. 2021 Janv 4. [Citation de Steve Pascolo, chercheur à l’université de Zurich et ex-dirigeant du laboratoire Cure Vac]. <https://www.franceinter.fr/societe/vaccins-utiliser-l-arn-messenger-n-est-pas-nouveau-c-est-savoir-le-fabriquer-qui-est-nouveau>.
- [19] Collectif Citoyen. AstraZeneca : le Facteur X. FranceSoir. 2021 Mar 24. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/astrazeneca-le-facteur-x>.
- [20] HAS. Aspects immunologiques et virologiques de l’infection par le SARS-CoV-2. 25/11/2020. <https://www.has-sante.fr/jcms/p3221566/fr/rapport-immunite-au-cours-de-l-infection-par-le-sars-cov-2>.
- [21] <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/sras#ga=2.49701350.1328374393.1633537987-1822970152.1633537987>.
- [22] Collectif. « 57 scientifiques et médecins demandent l’arrêt immédiat de toutes les “vaccinations” Covid-19 ». 09/ 5/2021 : « L’auto-immunité est un autre problème critique à prendre en compte compte tenu de l’échelle mondiale de la vaccination contre le SARS-CoV-2. Le SARS-CoV-2 possède de nombreuses protéines immunogènes, et tous sauf une ont des similitudes avec les protéines humaines. Celles-ci peuvent agir comme une source d’antigènes, conduisant à une auto-immunité. S’il est vrai que les mêmes effets pourraient être observés lors d’une infection naturelle par le SARS-CoV-2, la vaccination est destinée à la plupart de la population mondiale, alors que l’on estime que seulement 10 % de la population mondiale a été infectée par le SARS-CoV-2. Nous n’avons pas pu trouver de preuve qu’un quelconque vaccin actuellement autorisé a criblé et exclu les épitopes immunogènes homologues pour éviter une auto-immunité potentielle due à un amorçage pathogène. » <https://www.francesoir.fr/societe-sante/57-scientifiques-et-medecins-demandent-larret-immmediat-de-toutes-les-vaccinations>.
- [23] Lesgard JF. Pourquoi la protéine spike est toxique dans le Covid-19... Et aussi dans les vaccins ARNm et ADN. FranceSoir. 20/08/2021. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/pourquoi-la-proteine-spike-est-toxique-dans-le-covid-19-et-aussi-dans-les-vaccins>.
- [24] BakerAN, Richards SJ, CS Guy, et al, The SARS-COV-2 spike Protein Binds Sialic Acids and Enables Rapid Detection in a Lateral Flow Point of Care Diagnostic Device. ACS Central Science. 2020;6(11):2046-52. <https://doi.org/10.1021/acscentsci.0c00855>.
- [25] McCairn K. SARS-CoV2 : Alertes sur les potentialités toxiques de la protéine spike. FrancsSoir. 15/04/2021. <https://www.francesoir.fr/societe-science-tech/sars-cov2-alertes-sur-les-potentialites-toxiques-de-la-proteine-spike>.
- [26] Lei Y, Zhang J, Schiavon CR, et al. SARS-CoV-2 spike Protein Impairs Endothelial Function via Downregulation of ACE2. Circ Res. 2021 ;128(9):1323- 26. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.121.318902. <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCRESAHA.121.318902>. Traduction : <https://www.labandepassante.com/post/la-proteine-spike-seule-est-suffisante-pour-provoquer-la-maladie>.
- [27] Buret J. En faisant produire la protéine spike par les cellules, vacciner revient à inoculer la maladie. FranceSoir. 07/10/2021. <https://www.francesoir.fr/societe-sante/spike-vacciner-revient-a-inoculer-la-maladie>.
- [28] FranceSoir. « La protéine spike est elle-même toxique et dangereuse pour l’homme », déclare le Pr Bridle. FranceSoir. 01/06/2021. <https://www.francesoir.fr/societe-sante/nous-avons-fait-une-erreur-la-proteine-spike-est-elle-meme-toxique-et-dangereuse-pour>.

- [29] Lesgards JF, Bourdineaud JP. Nous ne sommes pas « anti-vax », nous sommes « anti- pike » ! FranceSoir. 13/10/2021. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/nous-ne-sommes-pas-anti-vax-nous-sommes-anti-spike>.
- [30] Jean-Pierre G. ARN vaccinaux de Pfizer, producteurs de protéines spikes. FranceSoir. 06/07/2021. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/arn-vaccinaux-de-pfizer-producteurs-de-protéines-spikes>.
- [31] FranceSoir. La protéine de pointe du nouveau coronavirus joue un rôle clé supplémentaire dans la maladie. 08/05/2021. <https://www.francesoir.fr/societe-sante/la-protéine-de-pointe-du-nouveau-coronavirus-joue-un-role-cle>.
- [32] Claverie JM. Les ARN messagers (ARNm) sont-ils surdosés ? LinkedIn. 04/12/2021. <https://www.linkedin.com/posts/claverie-jean-michel-9260016-les-vaccins-mrna-sont-ils-surdos%C3%A9s-activity-6872959582122110976-RF6w/>.
- [33] Pfizer. SARS-COV-2 mRNA Vaccine (BNT162, PF-07302048): 2.6.4 Overview of Pharmacokinetic Test. s.d.
- [34] Bahl K, Senn JJ, Yuzhakov O, et al. Preclinical and Clinical Demonstration of Immunogenicity by mRNA Vaccines against H10N8 and H7N9 Influenza Viruses. *Molecular Therapy*. 2017;25(6):1316-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ymthe.2017.03.035>.
- [35] Stokes A, Pion J, Binazon O, et al. Nonclinical Safety Assessment of Repeated Administration and Biodistribution of a Novel Rabies Self-amplifying mRNA Vaccine in Rats. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*. 2020;113:104648. <https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2020.104648>.
- [36] Wang R, et al. Potential adverse effects of nanoparticles on the reproductive system. *Int J Nanomedicine*. 2018;13:8487-8506. DOI: [10.2147/IJN.S170723](https://doi.org/10.2147/IJN.S170723).
- [37] Mérian J, et al. Synthetic Lipid Nanoparticles Targeting Steroid Organs. *J Nucl Med*. 2013;54(11):1996-2003. DOI: [10.2967/jnumed.113.121657](https://doi.org/10.2967/jnumed.113.121657).
- [38] Swart N. Natural immunity vs Covid-19 vaccine-induced immunity – Marc Girardot of PANDA. 28/06/2021. <https://www.biznews.com/health/2021/06/28/covid-19-vaccine-immunity>.
- [39] Brady M, McQuaid C, Solorzano A, et al. spike protein multiorgan tropism suppressed by antibodies targeting SARS-CoV-2. *Commun Biol*. 2021;4:1318. <https://doi.org/10.1038/s42003-021-02856-x>.
- [40] Seneff S. Worse Than the Disease? Reviewing Some Possible Unintended Consequences of the mRNA Vaccines Against Covid-19 [Pire que la maladie ? Examen de certaines conséquences involontaires possibles des vaccins à ARNm contre le Covid-19]. *Int J Vacc Th Prac Res*. 2021;2(1). <https://ijvtpr.com/index.php/IJVTPr/article/view/23>. Traduction française : <https://skidmark.blog/2021/07/12/pire-que-la-maladie-examen-de-certaines-sequences-involontaires-possibles-des-vaccins-a-arnm-contre-le-covid-19-par-stephanie-seneff-traduction-francaise/>.
- [41] Fries BC, et al. Bacterial Toxins—Staphylococcal Enterotoxin B. *Microbiol Spectr*. 2013;1(2):10.1128/microbiolspec.AID-0002-2012. DOI: [10.1128/microbiolspec.AID-0002-2012](https://doi.org/10.1128/microbiolspec.AID-0002-2012).
- [42] Greinacher A. A Prothrombotic Thrombocytopenic Disorder Resembling Heparin-Induced Thrombocytopenia Following Coronavirus-19 Vaccination. *Research Square*. 2021. DOI: [10.21203/rs.3.rs-362354/v2](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-362354/v2).
- [43] Maayan H. Acquired thrombotic thrombocytopenic purpura: A rare disease associated with BNT162b2 vaccine. *J Thromb Haemost*. 2021. <https://doi.org/10.1111/jth.15420>.
- [44] Cole R. Post-investigational Vaccine. *White Coat Summer*. 01/09/2021. <https://rumble.com/vlxw0z-covid-19-vaccins-et-autopsies-dr-ryan-cole.html>.
- [45] Hodgkinson N. The most detailed evidence yet of the devastating damage COVID jabs can do. *LifeSite*. 20/12/2021. <https://www.lifesitenews.com/opinion/the-most-detailed-evidence-yet-of-the-devastating-damage-covid-jabs-can-do/>.
- [46] Föhse FK, et al. The BNT162b2 mRNA vaccine against SARS-CoV-2 reprograms both adaptive and innate immune responses. 2021 May 03. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.05.03.21256520>.
- [47] <https://rumble.com/vn5rcv-explosion-des-cancers-inquietante-comme-jamais-auparavant-alerte-le-dr-ryan.html>.
- [48] Jiang H, Mei YF. SARS-CoV-2 spike Impairs DNA Damage Repair and Inhibits V(D)J Recombination In Vitro. *Viruses*. 2021;13(10):2056. <https://doi.org/10.3390/v13102056>.
- [49] De Winter FHR, et al. Blood cytokine analysis suggests that SARS-CoV-2 infection results in a sustained tumour promoting environment in cancer patients. *Cancers*. 2021;13(22):5718. <https://doi.org/10.3390/cancers13225718>.
- [50] Singh N, Singh AB. S2 Subunit of SARS-nCoV-2 Interacts with Tumor Suppressor Protein p53 and BRCA: an In Silico Study. *Transl Oncol*. 2020;13(10):100814. DOI: [10.1016/j.tranon.2020.100814](https://doi.org/10.1016/j.tranon.2020.100814).

- [51] Francescangeli F, et al. COVID-19–Induced Modifications in the Tumor Microenvironment: Do They Affect Cancer Reawakening and Metastatic Relapse ? *Front. Onco l.* 2020; <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.592891>.
- [52] Karikó K, et al. Suppression of RNA recognition by Toll-like receptors: the impact of nucleoside modification and the evolutionary origin of RNA. *Immunity.* 2005;23(2):165–75. DOI: [10.1016/j.immuni.2005.06.008](https://doi.org/10.1016/j.immuni.2005.06.008).
- [53] Tseng CT. Immunization with SARS coronavirus vaccines leads to pulmonary immunopathology on challenge with the SARS virus. *PLoS One.* 2012;7(4):e35421. DOI: [10.1371/journal.pone.0035421](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0035421).
- [54] Vennema H, de Groot RJ, Harbour DA, Dalderup M, Gruffydd-Jones T, Horzinek MCEarly death after feline infectious peritonitis virus challenge due to recombinant vaccinia virus immunization. *J Viro l.* 1990;64(3):1407 - 9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1128/JVI.64.3.1407-1409.1990>.
- [55] Wu F, Yan R, Liu M, et al. Antibody-dependent enhancement (ADE) of SARS-CoV-2 infection 2 in recovered Covid-19 patients: studies based on cellular and 3 structural biology analysis 4. <https://doi.org/10.1101/2020.10.08.20209114>.
- [56] Negro F, et al. Is antibody-dependent enhancement playing a role in Covid-19 pathogenesis? *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20249. <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20249>.
- [57] Eroshenko N, et al. Implications of Antibody-dependent Enhancement of Infection for SARS-CoV-2 Countermeasures. *Nature Biotechnology.* 2020;38(7):789–91. <https://doi.org/10.1038/s41587-020-0577-1>.
- [58] Guérin P, Yahi N, Azzaz F, Chahinian H, Sabatier JM; Fantini J. Distinct evolution of infection-enhancing and neutralizing epitopes in the spike protein of SARS-CoV-2 variants (alpha, beta, gamma, delta, lambda and mu): a structural and molecular epidemiology study. 13/12/2021. DOI: [10.21203/rs.3.rs-1054360/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1054360/v1).
- [59] Wadman M. A grim warning from Israel: Vaccination blunts, but does not defeat Delta. *Scienc e.* 2021;373(6557). <https://www.science.org/content/article/grim-warning-israel-vaccination-blunts-does-not-defeat-delta>.
- [60] Brandal LT. Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. *Eurosurveillance.* 2021;26(50) 2101147. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.50.2101147>.
- [61] Alexander PE. 142 Research Studies Affirm Naturally Acquired Immunity to Covid-19: Documented, Linked, and Quoted. *Brownstone Institute.* 17/10/2021. <https://brownstone.org/articles/79-research-studies-affirm-naturally-acquired-immunity-to-covid-19-documented-linked-and-quoted/>.
- [62] Turner JS, et al, Ellebedy AH. SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans. *Nature.* 2021 May 24;595:421–5. DOI: [10.1038/s41586-021-03647-4](https://doi.org/10.1038/s41586-021-03647-4).
- [63] Wei J, et al. Anti-spike antibody response to natural SARS-CoV-2 infection in the general population. *Nat Commun.* 2021;12;6250. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-26479-2>.
- [64] Haveri A, et al. Persistence of neutralizing antibodies a year after SARS-CoV-2 infection in humans. *Eur J Immunol.* 2021. DOI: [10.1002/eji.202149535](https://doi.org/10.1002/eji.202149535).
- [65] Wang L, et al. Ultrapotent antibodies against diverse and highly transmissible SARS-CoV-2 variants. *Science.* 2021 Aug 13;373:6556. DOI: [10.1126/science.abh1766](https://doi.org/10.1126/science.abh1766).
- [66] Gazit S, et al. Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections. 2021 Aug 24. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415>.
- [67] Chemaitelly H, et al. Waning of BNT162b2 Vaccine Protection against SARS-CoV-2 Infection in Qatar. *N Engl J Med.* 2021 Oct 6;NEJMoa2114114. DOI: [10.1056/NEJMoa2114114](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2114114).
- [68] Levin EG, et al. Waning Immune Humoral Response to BNT162b2 Covid-19 Vaccine over 6 Months. *N Engl J Med.* 2021 Oct 6;NEJMoa2114583. DOI: [10.1056/NEJMoa2114583](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2114583).
- [69] <https://www.youtube.com/watch?v=t6TnVD35r1g>.
- [70] Liu J, et al. Comprehensive investigations revealed consistent pathophysiological alterations after vaccination with COVID-19 vaccines. *Cell Discovery.* 2021;7:99. <https://doi.org/10.1038/s41421-021-00329-3>.
- [71] Grady D. A Few Covid Vaccine Recipients Developed a Rare Blood Disorder. 2021 Feb 8. <https://www.nytimes.com/2021/02/08/health/immune-thrombocytopenia-covid-vaccine-blood.html?login=email&auth=login-email>.
- [72] Lin CY, Huang LY, Wu KA, et al. Abdominal pain and bilateral adrenal haemorrhage of Covid-19 vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia. *QJM: An International Journal of Medicine.* 2021, hcb239. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab239>.
- [73] Asmat H, Fayeye F, Alshakaty H, Patel J. A rare case of Covid-19 vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia (VITT) involving the veno-splanchnic and pulmonary arterial circulation, from a UK district general hospital. *BMJ Case Reports CP.* 2021;14:e244223. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2021-244223>.

- [74] https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/vaccin/covid-19-trois-cas-d-hemophilie-sous-surveillance-apres-le-vaccin-pfizer_4632989.htmlhttps://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/vaccin/covid-19-trois-cas-d-hemophilie-sous-surveillance-apres-le-vaccin-pfizer_4632989.html.
- [75] Candelli M, et al. Immune thrombocytopenic purpura after SARS-CoV-2 vaccine. *Br J Haematol*. 2021 Aug ;194(3):547 -9. DOI: [10.1111/bjh.17508](https://doi.org/10.1111/bjh.17508).
- [76] ANSM. Suivi des cas d'effets indésirables des vaccins Covid-19 : Données du 17/09/2021 au 30/09/2021. <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/10/08/20211007-vaccins-covid-19-fiche-de-synthese-vf-2.pdf>.
- [77] FranceSoir. Vaccination SARS-CoV-2 : le Dr Wodarg et le Dr Yeadon disent stop ! FranceSoir. 03/12/2020. <https://www.francesoir.fr/societe-sante/vaccination-sars-cov-2-le-dr-wodarg-et-le-dr-yeaddon-disent-stop>
- [78] Buzhdygan TP, DeOre BJ, Baldwin-Leclair A, et al. The SARS-CoV-2 spike protein alters barrier function in 2D static and 3D microfluidic in-vitro models of the human blood–brain barrier. *Neurobiol Dis*. 2020 Dec;146:105-31. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2020.105131>
- [79] Rhea EM, Logsdon AF, Hansen KM, et al. The S1 protein of SARS-CoV-2 crosses the blood–brain barrier in mice. *Nat Neurosci*. 2020;24:368-78. <https://doi.org/10.1038/s41593-020-00771-8>
- [80] Le lien entre protéine spike et protéine à prion – Quels sont les effets des injections anti-Covid-19 ? Entretien exclusif entre Stephanie Seneff du MIT et le Dr Mercola. *Sott.net*.14/09/2021. <https://fr.sott.net/article/38118-Le-lien-entre-proteine-spike-et-proteine-a-prion-Quels-sont-les-effets-des-injections-anti-Covid-19-Entretien-exclusif-entre-Stephanie-Seneff-du-MIT-et-le-Dr-Mercola>.
- [81] Tezt G, Tetz V. SARS-CoV-2 Prion-Like Domains in spike Proteins Enable Higher Affinity to ACE2. 2020 March. DOI: [10.20944/preprints202003.0422.v1](https://doi.org/10.20944/preprints202003.0422.v1)
- [82] Idreesa D, Kumarb V. SARS-CoV-2 spike protein interactions with amyloidogenic proteins: Potential clues to neurodegeneration. *Biochem Biophys Res Commun*. 2021 May 21;554:94-8. DOI: [10.1016/j.bbrc.2021.03.100](https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2021.03.100)
- [83] « La protéine spike des vaccins ARNm pourrait provoquer des maladies de type prion, en partie grâce à sa capacité à se lier à de nombreuses protéines connues et à possiblement générer des prions potentiels par un mauvais repliement. Idrees et Kumar (2021) ont proposé que le composant S1 de la protéine spike est susceptible d’agir comme une amyloïde fonctionnelle et de former des agrégats toxiques. Ces auteurs ont écrit que S1 a la capacité “de former des agrégats amyloïdes et toxiques qui peuvent agir comme des graines pour agréger de nombreuses protéines cérébrales mal repliées et peuvent finalement conduire à la neurodégénérescence”. Selon Tetz et Tetz (2020), la forme de la protéine spike du Sras-CoV-2 possède des aspects de type “prion” qui ne sont pas présents dans les protéines spike des autres coronavirus. » <https://skidmark.blog/2021/07/12/pire-que-la-maladie-examen-de-certaines-consequences-involontaires-possibles-des-vaccins-a-arnm-contre-le-covid-19-par-stephanie-seneff-translation-francaise/>.
- [84] Khayat-Khwei M. COVID-19 mRNA vaccination leading to CNS inflammation: a case series. *J Neurol*. 2021. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10780-7>.
- [85] Toljan K, et al. New diagnosis of multiple sclerosis in the setting of mRNA COVID-19 vaccine exposure. *J Neuroimmunol*. 2021;362:57785. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016557282100312X>.
- [86] Psychogiou M, et al. Reactivation of Varicella Zoster Virus after Vaccination for SARS-CoV-2. *Vaccines (Basel)*. 2021 Jun 1;9(6):572. DOI: [10.3390/vaccines9060572](https://doi.org/10.3390/vaccines9060572).
- [87] Lensen R, et al. Hepatitis C Virus Reactivation Following COVID-19 Vaccination - A Case Report. *Int Med Case Rep J*. 2021 Aug 29;14:573-6. DOI: [10.2147/IMCRI.S328482](https://doi.org/10.2147/IMCRI.S328482).
- [88] Leboyer M, et al. Human endogenous retrovirus type W (HERV-W) in schizophrenia: a new avenue of research at the gene-environment interface. *World J Biol Psychiatry*. 2013 Mar;14(2):80-90. DOI: [10.3109/15622975.2010.601760](https://doi.org/10.3109/15622975.2010.601760).
- [89] Sanjay RV, et al. Severe autoimmune hemolytic anemia following receipt of SARS-CoV-2 mRNA vaccine. *Transfusion*. 2021 Sep 22. <https://doi.org/10.1111/trf.16672>.
- [90] Allen CM. Guillain–Barré Syndrome Variant Occurring after SARS-CoV-2 Vaccination. *Ann Neurol*. 2021 Aug;90(2):315-18. DOI: [10.1002/ana.26144](https://doi.org/10.1002/ana.26144).
- [91] Classen JB. Covid-19 Vaccine Associated Parkinson’s Disease, A Prion Disease Signal in the UK Yellow Card Adverse Event Database. *J Med Clin Res Rev*. 2021;5 (7):1-6. <https://scivisionpub.com/pdfs/covid19-vaccine-associated-parkinsons-disease-a-prion-disease-signal-in-the-uk-yellow-card-adverse-event-database-1746.pdf>.
- [92] Classen JB. Covid-19 RNA Based Vaccines and the Risk of Prion Disease. *Microbiol Infect Dis*. 2021;5 (1):1-3. <https://scivisionpub.com/pdfs/covid19-rna-based-vaccines-and-the-risk-of-prion-disease-1503.pdf>.

- [93] Ces inquiétudes se fondent notamment sur l'analyse des données de pharmacovigilance anglaise (Yellow Card) des vaccins Pfizer et Astra Zeneca, collectées sur 6 mois, où il relève une fréquence inquiétante d'événements indésirables d'ordre psychiatrique ou neurologique potentiellement évocateurs d'un tel risque. Il indique par exemple l'existence d'un signal de sécurité pour la maladie de Parkinson concernant le vaccin Astra Zeneca.
- [94] Finsterer J. Neurological side effects of SARS-CoV-2 vaccinations. *Acta Neuro Scand.* 08/11/2021. <https://doi.org/10.1111/ane.13550><https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ane.13550>.
- [95] Mishra R, Banerjea AC. SARS-CoV-2 spike Targets USP33-IRF9 Axis via Exosomal miR-148a to Activate Human Microglia. *Front Immunol.* 2021;12:656700. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8079643/>
- [96] Jean-Pierre G. Que sont les prions ? Partie II : coronavirus, ARN messenger et prions. *FranceSoir.* 28/09/2021. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/que-sont-les-prions-partie-ii-covid>.
- [97] Pérez JC, Lounnas V, Montagnier L. The Omicron variant breaks the evolutionary lineage of SARS-CoV2 variants. *Int J Research-GRANTHAALAYAH.* 2021;9(12):108-32. DOI: [10.29121/granthaalayah.v9.i12.2021.4418](https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v9.i12.2021.4418).
- [98] European Medicines Agency. Quality rolling review CHMP overview and list of questions: BNT162b2, 5' capped mRNA encoding full length SARS-CoV-2 spike protein. Procedure No. EMEA/H/C/005735/RR/02. Amsterdam; 2020 Nov 30. <http://radio.rumormillnews.com/pdfs/20201130-BioNTech-Vaccine-Document.pdf>.
- [99] Les vaccins contre la Covid-19 : des questions sur les statistiques alarmantes, les risques et l'efficacité. <https://rumble.com/embed/vk2st9/?pub=4>.
- [100] Witberg G, et al. Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccine against Covid-19 in Israel. *N Engl J Med.* 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2109730. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2109730>.
- [101] [93] Nuovo GJ, et al. Endothelial cell damage is the central part of COVID-19 and a mouse model induced by injection of the S1 subunit of the spike protein. *Ann Diagn Pathol.* 2021 Apr;51:151682. <https://doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2020.151682>.
- [102] Schneider J, et al. SARS-CoV-2 direct cardiac damage through spike-mediated cardiomyocyte fusion. *Research Square.* 2020 Oct 30. DOI: [10.21203/rs.3.rs-95587/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-95587/v1).
- [103] Avolio E, et al. The SARS-CoV-2 spike protein disrupts human cardiac pericytes function through CD147-receptor-mediated signalling: a potential non-infective mechanism of COVID-19 microvascular disease. 2020 Dec 21. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.12.21.423721>.
- [104] Raghavan S, et al. SARS-CoV-2 spike Protein Induces Degradation of Junctional Proteins That Maintain Endothelial Barrier Integrity. *Front Cardiovasc Med.* 2021 June 11. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.687783>.
- [105] Prasad V. Myocarditis Under Age 40: An Update. *Brownstone Institute.* 28/12/2021. <https://brownstone.org/articles/myocarditis-under-age-40-an-update/>.
- [106] Patone M, et al. Risks of myocarditis, pericarditis, and cardiac arrhythmias associated with COVID-19 vaccination or SARS-CoV-2 infection. *Nature Medicine.* 14/12/2021. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01630-0>.
- [107] Mevorach D, et al. Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccine against Covid-19 in Israel. *N Engl J Med* 2021; 385:2140-2149. DOI: [10.1056/NEJMoa2109730](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2109730).
- [108] Chua GT, et al. Epidemiology of Acute Myocarditis/Pericarditis in Hong Kong Adolescents Following Comirnaty Vaccination. *Clinical Infectious Diseases.* 28/11/2021. ciab989, <https://doi.org/10.1093/cid/ciab989>.
- [109] Guntry SR, et al. Observational Findings of PULS Cardiac Test Findings for Inflammatory Markers in Patients Receiving mRNA Vaccines. *Circulation.* 2021;144:A10712. https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circ.144.suppl_1.10712.
- [110] Teixeira Farinha I, Oliveira Miranda J. Myocarditis in Paediatric Patients: Unveiling the Progression to Dilated Cardiomyopathy and Heart Failure. *J. Cardiovasc. Dev. Dis.* 2016; 3(4):31; <https://doi.org/10.3390/jcdd3040031>.
- [111] Gandini S, et al. A cross-sectional and prospective cohort study of the role of schools in the SARS-CoV-2 second wave in Italy. *Lancet Reg Health Eur.* 2021 Jun;5:100092. DOI: [10.1016/j.lanepe.2021.100092](https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100092)
- [112] Paul A. Biological and molecular evidence why children are effectively COVID immune and can be considered already vaccinated. 2021 Sept 20. <https://trialsitenews.com/covid-injections-offer-children-no-opportunity-for-the-benefit-and-only-potential/>.
- [113] King's College. Long Covid uncommon in children, analysis finds. 04/08/2021. <https://www.kcl.ac.uk/news/long-covid-uncommon-in-children>.
- [114] University of Bristol. Covid-19 : Risks of severe illness in children shown to be very low in largest study yet. 09/07/2021. <https://www.bristol.ac.uk/news/2021/july/ncmd-covidrisks.html>.

- [115] UCL. First findings from world's largest study on long Covid in children. 02/09/2021. <https://www.ucl.ac.uk/news/2021/sep/first-findings-worlds-largest-study-long-covid-children>.
- [116] Høeg TB, Krug A, Stevenson J, Mandrola J. SARS-CoV-2 mRNA Vaccination-Associated Myocarditis in Children Ages 12-17: A Stratified National Database Analysis. 08/09/2021. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.30.21262866v1>.
- [117] Shimabukuro TT. Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons. N Engl J Med. 2021 June 17;384:2273-82. DOI: [10.1056/NEJMoa2104983](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2104983).
- [118] Holness NA, et al. Covid-19, Pregnancy, and Vaccinations. J Natl Black Nurses Assoc. 2021 Jul;32(1):1-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34562346/>.
- [119] Mattar CNZ, Koh W, Seow Y, et al. Addressing anti-syncytin antibody levels, and fertility and breastfeeding concerns, following BNT162B2 Covid-19 mRNA vaccination. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.23.21257686v1.full-text>
- « Nous n'avons cependant pas examiné la durée de la persistance de l'ARNm ou la signification clinique des niveaux d'anticorps anti-syncytine-1. En tant que tel, nous encourageons une interprétation restreinte de nos résultats, car les données de surveillance post-autorisation du VAERS mettent en évidence la fausse-couche spontanée comme le résultat obstétrical le plus courant après la vaccination par l'ARNm du Covid-19. La surveillance longitudinale d'un plus grand nombre de femmes en âge de procréer vaccinées avant la conception et en début de grossesse devrait aider à analyser le rôle des anticorps anti-syncytine dans la fertilité et la grossesse. »
- [120] Ramírez DSR, Pérez MML, Pérez MC, et al. SARS-CoV-2 antibodies in breast milk after vaccination. Pediatrics. 2021; DOI: 10.1542/peds.2021-052286. <https://pediatrics.aappublications.org/content/early/2021/08/17/peds.2021-052286>.
- [121] Hossein N. Les liens entre dérèglements menstruels et vaccins contre le Covid vont être étudiés à grande échelle. 2021 Sept 10. https://www.slate.fr/story/215559/etude-grande-echelle-liens-dereglemens-menstruels-regles-vaccins-covid-nih?utm_medium=Social&utm_source=Facebook&fbclid=IwAR2n9DLueiAECGeHIYMsMr0UDDhmqOuVStDdEKqTpF5BDs8cZuENwHKO0#Echobox=1631282267.
- [122] Comme l'ont mis en évidence les chercheurs de Reinfocovid à partir de la seule lecture des rapports des laboratoires, les ARNm encapsulés atteindraient en effet de nombreux organes (rate, cœur, reins, poumons, cerveau), notamment les ovaires et les testicules où ils ont été retrouvés lors des études de biodistribution du vaccin (Reinfocovid. Les ARNm vaccinaux atteignent les organes reproducteurs. 15/04/2021. <https://reinfocovid.fr/science/les-arnm-vaccinaux-atteignent-les-organes-reproducteurs/>).
- [123] Vishvkarma R, Rajender S. Could SARS-CoV-2 affect male fertility?. Andrologia. 2020;52(9):e13712. DOI: 10.1111/and.13712. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32578263/>.
- [124] Navarra A, Albani E, Castellano S, Arruzzolo L, Levi-Setti PE. Infection par la maladie à coronavirus-19 : implications sur la fertilité et la reproduction masculines. Devant Physiol. 17/11/2020. https://www.frontiersin.org/translate/goog/articles/10.3389/fphys.2020.574761/full?x_tr_sl=en&x_tr_tl=fr&x_tr_hl=fr&x_tr_pto=nui.
- [125] Ventura Fernandes BH, et al. Toxicity of spike fragments SARS-CoV-2 S protein for zebrafish: A tool to study its hazardous for human health? Sci Total Environ. 2021;813:152345. DOI: [10.1016/j.scitotenv.2021.152345](https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2021.152345).
- [126] Moshrefi M, et al. The probable destructive mechanisms behind COVID-19 on male reproduction system and fertility. J Assist Reprod Genet. 2021;38(7):1691-1708. DOI: [10.1007/s10815-021-02097-1](https://doi.org/10.1007/s10815-021-02097-1).
- [127] Mohamed M, Lila AS, Shimizu T, et al. PEGylated Liposomes : Immunological Responses. Science and Technology of Advanced Materials. 2019;20(1):710-24. <https://doi.org/10.1080/14686996.2019.1627174>.
- [128] Zhou ZH, Stone CA, Jr Jakubovic B, et al. Anti-PEG IgE in Anaphylaxis Associated with Polyethylene Glycol. The Journal of Allergy and Clinical Immunology in Practice. 2020;9(4):1731-33.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.11.011>.
- [129] Mohamed M, et al. PEGylated liposomes: immunological responses. Sci Technol Adv Mater. 2019 Jun 26;20(1):710-24. DOI: [10.1080/14686996.2019.1627174](https://doi.org/10.1080/14686996.2019.1627174).
- [130] Mohamed M, Lila AS, Shimizu T, et al. PEGylated Liposomes : Immunological Responses. Science and Technology of Advanced Materials. 2019;20(1):710-24. <https://doi.org/10.1080/14686996.2019.1627174>.
- [131] Zhou ZH, Stone CA, Jr Jakubovic B, et al. Anti-PEG IgE in Anaphylaxis Associated with Polyethylene Glycol. The Journal of Allergy and Clinical Immunology in Practice. 2020;9(4):1731-33.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.11.011>.

- [132] Kozma GT, et al. Pseudo-anaphylaxis to Polyethylene Glycol (PEG)-Coated Liposomes: Roles of Anti-PEG IgM and Complement Activation in a Porcine Model of Human Infusion Reactions. *ACS Nano*. 2019 Aug 27;13(8):9315-24. DOI: [10.1021/acsnano.9b03942](https://doi.org/10.1021/acsnano.9b03942).
- [133] <https://berthub.eu/articles/posts/reverse-engineering-source-code-of-the-biontech-pfizer-vaccine/>.
- [134] <https://berthub.eu/articles/11889.doc>.
- [135] Seneff S : « Le but de tout ça est de conférer à ces aberrations un objectif qui dure dans le temps. En temps normal, si on vous injecte de l'ARN, votre système physiologique et vos tissus contiennent des enzymes qui vont immédiatement le dégrader. C'est la raison pour laquelle le vaccin doit être stocké à une température froide. Votre corps sait, "Je dois me débarrasser de ça. Je n'en veux pas. C'est mauvais". Donc, ce que le vaccin fait, c'est de garantir qu'on ne peut pas s'en débarrasser. » <https://skidmark.blog/2021/07/12/pire-que-la-maladie-examen-de-certaines-consequences-involontaires-possibles-des-vaccins-a-arnm-contre-le-covid-19-par-stephanie-seneff-traduction-francaise/>
- [136] Ogata AF, et al. 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 May 20;ciab465. DOI: [10.1093/cid/ciab465](https://doi.org/10.1093/cid/ciab465).
- [137] Bansal S, et al. 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. DOI: [10.4049/jimmunol.2100637](https://doi.org/10.4049/jimmunol.2100637).
- [138] Packer M, et al. A novel mechanism for the loss of mRNA activity in lipid nanoparticle delivery systems. *Nat Commun*. 2021;12, 6777. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-26926-0>.
- [139] Nordström P, et al. Effectiveness of Covid-19 Vaccination Against Risk of Symptomatic Infection, Hospitalization, and Death Up to 9 Months: A Swedish Total-Population Cohort Study. *Lancet*. 25/10/2021 (preprint). <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3949410>.
- [140] Doctors for Covid Ethics. The Dangers of Covid-19 Booster Shots and Vaccines: Boosting Blood Clots and Leaky Vessels: New discoveries in the immunology of SARS-CoV-2 and COVID-19 vaccines. 2021 Sept 15. <https://childrenshealthdefense.eu/eu-issues/covid-19boostershots-boosting-blood-clots-leaky-vessels/>.
- [141] Liu Y, et al. The SARS-CoV-2 Delta variant is poised to acquire complete resistance to wild-type spike vaccines. 2021 Sept 7. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.08.22.457114>
- [142] Zhang Z, Zheng Y, Sun Q, et al. SARS-CoV-2 spike protein dictates syncytium-mediated lymphocyte elimination. *Cell Death & Differentiation*. 2021 Apr 20;28:2765-2777. <https://www.nature.com/articles/s41418-021-00782-3>
- [143] Tsumiyama K, et al. Self-Organized Criticality Theory of Autoimmunity. *PLoS One*. 2009;4(12):E8382. DOI: [10.1371/journal.pone.0008382](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0008382).
- [144] Mongelli A, et al. Evidence for Biological Age Acceleration and Telomere Shortening in Covid-19 Survivors. *Int J Mol Sci*. 2021;22(11):6151. DOI: [10.3390/ijms22116151](https://doi.org/10.3390/ijms22116151).
- [145] Evangelou K, et al. SARS-CoV-2 infects lung epithelial cells and induces senescence and an inflammatory response in patients with severe COVID-19. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.01.02.424917>
- [146] van der Feen DE, et al. Converging Paths of Pulmonary Arterial Hypertension and Cellular Senescence. *Am J Respir Cell Mol Biol*. 2019;61(1):11-20. <https://doi.org/10.1165/rcmb.2018-0329TR>.
- [147] Sabbatinelli J. Where Metabolism Meets Senescence: Focus on Endothelial Cells. *Front Physiol*. 18/12/2019. <https://doi.org/10.3389/fphys.2019.01523>
- [148] Doshi P. Pfizer and Moderna's "95 % effective" vaccines—we need more details and the raw data. *BMJ*. 04/01/2021.
- [149] Friedman A. Vaccine Mandates: Unscientific, Divisive, and Enormously Costly. *Brownstone Institute*. 02/12/2021. <https://brownstone.org/articles/vaccine-mandates-unscientific-divisive-and-enormously-costly/>.
- [150] Thomas SJ, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine through 6 Months. *N Engl J Med*. 2021; 385:1761-1773. DOI: [10.1056/NEJMoa2110345](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2110345).
- [151] FranceSoir. Suivi de l'essai clinique de Pfizer à six mois : sûr et efficace ? 26/10/2021. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/suivi-essai-clinique-pfizer-six-mois>.
- [152] Thacker P. Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizer's vaccine trial. *BMJ*. 2021;375:N2635. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2635>.

- [153] Engdahl W. Scandale derrière la fausse approbation du vaccin Pfizer par la Food and Drug Administration. 2021 Aug 30. <https://lesakerfrancophone.fr/scandale-derriere-la-fausse-approbation-du-vaccin-pfizer-par-la-food-and-drug-administration>.
- [154] European Medicines Agency. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). Assessment report. EMA/CHMP/282047/2021 Rev.1. 22 July 2021. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiP27if0Yb1AhUuzIUKHSPcAE8QFnoECAIOAO&url=https%3A%2F%2Fwww.ema.europa.eu%2Fen%2Fdocuments%2Fvariation-report%2Fcomirnaty-h-c-5735-ii-0030-epar-assessment-report-varia>.
- [155] Acharya CB, et al. No Significant Difference in Viral Load Between Vaccinated and Unvaccinated, Asymptomatic and Symptomatic Groups Infected with SARS-CoV-2 Delta Variant [Aucune différence significative dans la charge virale entre les groupes vaccinés et non vaccinés, asymptomatiques et symptomatiques infectés par la variante delta du SRAS-CoV-2]. 2021 Sept 29. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.28.21264262v1>.
- [156] Riemersma KK, et al. Shedding of Infectious SARS-CoV-2 Despite Vaccination. [Excrétion du SRAS-CoV-2 infectieux malgré la vaccination] 2021 Oct 15. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.07.31.21261387>.
- [157] Brown CM, Vostok J, Johnson H, et al. Outbreak of SARS-CoV-2 Infections, Including COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections, Associated with Large Public Gatherings — Barnstable County, Massachusetts, July 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:1059-1062. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7031e2>
- [158] MSNBC. Dr. Fauci: “The CDC Hasn’t Changed, The Virus Has Changed”. 28/07/2021. <https://www.youtube.com/watch?v=8Vgn43Ly-L8>.
- [159] Covid-19 Impfstoffe: Das israelische Fernsehen lässt die Bombe platzen [Vaccins contre le Covid-19 : la télévision israélienne largue la bombe]. 2021 Sept 27. <https://uncutnews.ch/covid-19-impfstoffe-das-israelische-fernsehen-laesst-die-bombe-platzen/>.
- [160] Mallapaty S. COVID vaccines cut the risk of transmitting Delta — but not for long [Les vaccins COVID réduisent le risque de transmission de Delta – mais pas pour longtemps]. Nature. 2021 Oct 5. <https://www.nature.com/articles/d41586-021-02689-y#ref-CR1>.
- [161] Servellita V, et al. Predominance of antibody-resistant SARS-CoV-2 variants in vaccine breakthrough cases from the San Francisco Bay Area, California. 2021 Aug 25. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.08.19.21262139>.
- [162] Singanayagam A, et al. 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. Lancet Infect Dis. 2021 Oct 29;S1473-3099(21)00648-4. [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).
- [163] Uriu K, et al. Ineffective neutralization of the SARS-CoV-2 Mu variant by convalescent and vaccine sera. Nature. 27/09/2021. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.09.06.459005>
- [164] McCallum M, et al. Structural basis of SARS-CoV-2 Omicron immune evasion and receptor engagement. 28/12/2021. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.12.28.474380>.
- [165] Hansen HC, et al. Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection with the Omicron or Delta variants following a two-dose or booster BNT162b2 or mRNA-1273 vaccination series: A Danish cohort study. 20/12/2021. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21267966>.
- [166] Shitrit P, et al. Nosocomial outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant in a highly vaccinated population, Israel, July 2021. Eurosurveillance. 2021;26(9). <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.39.2100822>.
- [167] Subramanian SV, Kumar A. Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States. Eur J Epidemiol. 2021 Sept 30. <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00808-7>.
- [168] Kampf G. COVID-19: stigmatising the unvaccinated is not justified. Lancet. 20/11/2021. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02243-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02243-1/fulltext).
- [169] Philips N. The coronavirus is here to stay — here’s what that means. Nature. 2021;590:382-4. <https://doi.org/10.1038/d41586-021-00396-2>.
- [170] Alexander PE. 39 Studies on Vaccine Efficacy that Raise Doubts on Vaccine Mandates. Brownstone Institute. 28/10/2021. <https://brownstone.org/articles/16-studies-on-vaccine-efficacy/>.
- [171] Pontoizeau PA. Hiérarchie des épidémies et disproportion des mesures sanitaires. FranceSoir. 30/12/2021. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/hierarchie-des-epidemies-et-disproportion-des-mesures-sanitaires>.

- [172] Alexander PE. More Than 400 Studies on the Failure of Compulsory Covid Interventions. Brownstone Institute. 30/11/2021. <https://brownstone.org/articles/more-than-400-studies-on-the-failure-of-compulsory-covid-interventions/>.
- [173] Lecot P. La mortalité hivernale est-elle vraiment un phénomène de propagation virale ?. FranceSoir. 17/11/2021. <https://www.francesoir.fr/videos-les-debriefings/pierre-lecot-2-mortalite-hivernale>.
- [174] Lecot P. Reprendre et comprendre le cours de l'histoire de la crise Covid-19. FranceSoir. 17/11/2021. <https://www.francesoir.fr/videos-les-debriefings/pierre-lecot-3-histoire-du-covid>.
- [175] Biomoon. Rapport de l'ATIH : une mise en lumière d'un mensonge d'État. FranceSoir. 18/11/2021. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/atih-mensonges-detat>.
- [176] ATIH. Analyse de l'activité hospitalière 2020 : COVID-19. Octobre 2021. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4144/aah_2020_analyse_covid.pdf.
- [177] Toubiana L. La « cinquième vague », nouvel épisode d'un feuilleton qui n'a que trop duré. FranceSoir. 25/11/2021. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/laurent-toubiana-la-cinquieme-vague-nouvel-episode-dun-feuilleton-qui-na-que-trop>.
- [178] Toubiana L. Laurent Toubiana : « Je ne cherche pas à rassurer, je regarde les faits ». FranceSoir. 25/11/2021. <https://www.francesoir.fr/videos-le-defi-de-la-verite/laurent-toubiana>.
- [179] FranceSoir. Non-vaccinés et statique : « l'appel à la raison » d'une analyse du cabinet de Me Di Vizio. FranceSoir. 30/12/2021. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/rapport-danalyse-covid-cabinet-di-vizio>.
- [180] https://www.francesoir.fr/sites/francesoir/files/rapport_danalyse_covid_france_-_cabinet_di_vizio_4.pdf
- [181] Bo Meng I, et al. SARS-CoV-2 Omicron spike mediated immune escape, infectivity and cell-cell fusion. 17/12/2021. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.12.17.473248>.
- [182] Concernant la question des traitements, une petite bibliographie permet de se rendre compte assez rapidement de l'authentique scandale que constitue le refus de l'ANSM d'accorder une ATU à l'ivermectine :
- Collectif citoyen. Covid-19 : les thérapies proposées s'affinent. Le vaccin, seule voie de sortie politique ? Faut-il aller en justice pour avoir la vérité. FranceSoir. 13/01/2021. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/therapies-vaccin>.
- Kory P. La scandaleuse indifférence à l'efficacité prouvée de l'ivermectine. FranceSoir. 2020 Nov 23. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/un-traitement-efficace-existe-mais-il-est-ignore>.
- Kory P. "Ivermectine : nous avons un traitement qui marche. FranceSoir. 2020 Dec 10. <https://www.francesoir.fr/opinions-entretiens/video-debriefing-dr-kory>.
- Kory P. Ivermectine : De l'indifférence scandaleuse au mensonge criminel. FranceSoir. 2020 Dec 23. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/ivermectine-de-lindifference-scandaleuse-au-mensonge-criminel>.
- Kory P. "Littéralement criminel" : Pierre Kory accuse la suppression des données sur l'ivermectine d'avoir coûté "un demi-million de vies". FranceSoir. 2021 May 27. <https://www.francesoir.fr/societe-sante/litteralement-criminel-pierre-kory-accuse-la-suppression-des-donnees-sur-livermectine>.
- [183] Malone, B., Campbell, E.A. Molnupiravir: coding for catastrophe. Nat Struct Mol Biol. 2021;28(9):706–708. <https://doi.org/10.1038/s41594-021-00657-8>.
- [184] The Wall Street Journal. In Children, Risk of Covid-19 Death or Serious Illness Remains Extremely Low, New Studies Find. <https://www.wsj.com/articles/in-children-risk-of-covid-19-death-or-serious-illness-remain-extremely-low-new-studies-find-11625785260>.
- [185] Siegel DA, Reses HE, Cool AJ, et al, MPH Trends in Covid-19 Cases, Emergency Department Visits, and Hospital Admissions Among Children and Adolescents Aged 0–17 Years — United States, August 2020–August 2021. CDC MMWR. 2021 Sep 10; 70 (36):1249–1254 https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7036e1.htm?s_cid=mm7036e1_w.
- [186] BioMoon. Pfizer n'est pas Pasteur : la troisième dose, et après ? FranceSoir. 30/10/2021. <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/pfizer-nest-pas-pasteur-la-3eme-dose-et-apres>.
- [187] Vélot C. Covid-19 : Rapport d'expertise sur les vaccins ayant recours aux technologies OGM. Criigen. 25/12/2020. <https://criigen.org/rapport-dexpertise-sur-les-vaccins-genetiquement-modifie/>.
- [188] Vélot C. « Ne faisons pas un remède pire que le mal » : l'entretien essentiel, avec Christian Vélot. FranceSoir. 26/06/2021. <https://www.francesoir.fr/videos-lentretien-essentiel/ne-faisons-pas-un-remede-pire-que-le-mal-entretien-essentiel-avec>.
- [189] Zhang L. Reverse-transcribed SARS-CoV-2 RNA can integrate into the genome of cultured human cells and can be expressed in patient-derived tissues. PNAS. 2021 May 25;118(21):e2105968118; <https://doi.org/10.1073/pnas.2105968118>.

- [190] Print 2021 Jun. Polθ reverse transcribes RNA and promotes RNA-templated DNA repair. *Sci Adv.* 2021 Jun 11;7(24):eabf1771. DOI: [10.1126/sciadv.abf1771](https://doi.org/10.1126/sciadv.abf1771).
- [191] Les Actualités. Une nouvelle découverte montre que les cellules humaines peuvent écrire des séquences d'ARN dans l'ADN. <https://lesactualites.news/technologie-et-science/une-nouvelle-decouverte-montre-que-les-cellules-humaines-peuvent-ecrire-des-sequences-darn-dans-ladn/>.
- [192] Shaw RH. Heterologous prime-boost COVID-19 vaccination: initial reactogenicity data. *Lancet Correspondence.* 2021;397(10289):2043-2046. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01115-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01115-6).
- [193] Public Sénat. C VID-19 : “Ce virus ne va jamais disparaître, on va apprendre à vivre avec lui”, affirme Didier Pittet. 2021 Jun 30. <https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/ce-virus-ne-va-jamais-disparaitre-on-vaapprendre-a-vivre-avec-lui-189829>.
- [194] <https://bam.news/videos/interview-geert-vanden-bossche/>
- [195] Raoult D. Vaccins et Omicron. IHU Marseille Méditerranée. https://www.youtube.com/watch?v=x5-5P3ugO_M.
- [196] Espenhain L. Epidemiological characterisation of the first 785 SARS-CoV-2 Omicron variant cases in Denmark, December 2021. *Eurosurveillance.* 2021;26(50): 2101146. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.50.2101146>.