

LAURENT AVENTIN

La vaccination en question

COVID-19 :
FAUT-IL SE FAIRE VACCINER ?



LIBERTÉ POLITIQUE

LAURENT AVENTIN

La vaccination en question

COVID-19 :
FAUT-IL SE FAIRE VACCINER ?

LIBERTÉ POLITIQUE

- AVRIL 2021 -

Préambule

Dans le contexte particulièrement agité de l'épidémie de coronavirus, *Liberté politique* a le plaisir d'ajouter ce nouveau titre, *La Vaccination en question*, à sa petite collection d'ouvrages de réinformation. Laurent Aventin¹, avec qui nous avons déjà travaillé sur *La Naissance en question*, nous offre ici une mise au point claire et concise sur les enjeux de la vaccination aujourd'hui, alors que la dignité de la personne humaine est chaque jour plus bafouée. La course au vaccin n'échappe malheureusement pas à la règle d'un jeu toujours plus immoral sous couvert de santé publique. Dans ces circonstances, l'éclairage des consciences doit rester une mission prioritaire.

Constance Prazel

Présidente de Liberté politique

1. Docteur en santé publique et spécialiste dans le renforcement des systèmes de santé et la lutte contre les maladies infectieuses dans les pays du Sud.

Liste des acronymes

ADN	Acide désoxyribonucléique
AFP	Agence France Presse
AFFSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé
ARN	Acide ribonucléique
ARNm	Acide ribonucléique messenger
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 (maladie à coronavirus 2019)
CRISPR-Cas 9	Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats (Cas 9 est une enzyme)
EMA	Agence des Médicaments Européenne
FDA	Food and Drug Agency (USA)
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
HAS	Haute Autorité de Santé
HCG	Hormone gonadotrophine chorionique
H1-N1	Virus de la grippe A
MIT	Massachusetts Institute of Technology

OGM	Organismes génétiquement modifiés
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCR	Polymerase Chain Reaction
S (protéine)	Protéine plasmatique anticoagulante
SPIKE	Nom de la protéine clef qui permet au SARS-coV-2 de pénétrer dans nos cellules
SARS-coV-2	Nom du coronavirus provoquant la COVID
SPILF	Société de pathologie infectieuse de langue française
UE	Union Européenne
VIH	Virus d'Immunodéficience Acquis

Avant-propos

La campagne de vaccination mondiale est lancée depuis le 3^e trimestre 2020, elle pourrait être imposée aux citoyens dans certains pays d'une manière ou d'une autre – y compris en France. Une telle politique représente un risque majeur pour les libertés individuelles que nous évoquons dans cet article.

Il ne s'agit pas de prendre position pour ou contre les vaccins anti-COVID mais de mettre ici en discussion des éléments qui ne sont généralement pas communiqués au grand public par les médias ou simplement censurés parce que non conformes à la doctrine sanitaire officielle.

La politique actuellement conduite en France, n'est pas toujours respectueuse des personnes ni de leurs opinions. Le scientisme s'impose, il est alimenté par des approches politico-économiques et idéologiques que nous évoquerons.

Il ne s'agit pas ici de donner un avis d'expert supplémentaire, des médecins l'ont déjà fait au prix parfois de sanctions disciplinaires, souvent

par le biais du Conseil de l'Ordre des Médecins. Les milieux médicaux et scientifiques semblent s'en accommoder, tout autant que les milieux politiques où les conflits d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique ne manquent pas. Ceux qui s'opposent à l'emprise de la politique sanitaire, relayée par des médias qui n'évoquent plus que cela depuis plus d'un an, sont copieusement dénigrés. La case « complotiste » permet ainsi de catégoriser tous ceux qui dévient du discours officiel.

Pourquoi en serait-il autrement si cela fonctionne ? Pourquoi les gens ne vont-ils pas vérifier l'information et pourquoi se laissent-ils faire ? Parce que le nombre d'informations biaisées et corrompues – y compris parfois dans les publications scientifiques – crée la confusion et des désaccords profonds au sein de la population dès qu'il s'agit d'aborder la question de la vaccination contre la COVID.

Notre civilisation occidentale a pris l'habitude depuis le XX^e siècle d'utiliser l'information pour manipuler l'opinion publique. Jacques Chirac déclarait en 1988 : « Les promesses n'engagent que

ceux qui les écoutent. » Dans une société de plus en plus immorale, la malhonnêteté est devenue une vertu, au moins une manifestation de l'habileté à conduire les populations là où elles ne voudraient pas aller.

Dans le cas de la COVID-19, ce sont des vies qui sont en jeu. Mais dans un contexte où la vie humaine a parfois moins d'importance que celle d'un animal protégé, où l'avortement et l'euthanasie sont encouragés et financés par les pouvoirs publics, il n'est pas étonnant que les vaccins massivement inoculés aux citoyens n'aient pas rempli les conditions requises de sécurité avant d'être administrés à l'homme.

L'urgence sanitaire a permis de justifier un ensemble de décisions qui n'auraient jamais été validées autrement. Le rapport risque-bénéfice – dont on entend dire qu'il est toujours avantageux malgré les effets secondaires des vaccins – est établi par les laboratoires qui produisent et commercialisent les vaccins. Ou bien il est établi par les autorités de régulation sanitaire à partir des données transmises par les laboratoires.

Ce texte a pour objectif de proposer une analyse indépendante de l'industrie pharmaceutique et des sociétés savantes qu'elle finance, du Conseil de l'ordre des médecins, des autorités sanitaires et de l'OMS dont les orientations communes ne sont ni toujours scientifiques ni ajustées. Les omissions d'information au public, les analyses tronquées, la présentation scientifique de positions politiques, la censure de positions non conformes à la pensée unique ou encore les affaires de corruption font également partie d'une réalité qu'il est bon de resituer.

Introduction

Les premiers cas d'une pneumonie atypique d'origine non identifiée, constatés furent rapportés le 12 décembre 2019 à Wuhan, Province de Hubei, en Chine². Le 7 janvier 2020, l'agent de cette pathologie fut identifié comme étant un nouveau type de bêtacoronavirus, dénommé *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-coV-2), et la pathologie en cause fut dénommée COVID-19. Le centre de virologie de Wuhan rapporta en Mars 2020 que le génome de

-
2. • Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention, *The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) - China*. 2020. Available at: <http://weekly.chinacdc.cn/fileCCDCW/journal/article/ccdcw/newcreate/COVID-19.pdf>. [Accessed 18 February 2020].
- Zhu N., Zhang D., Wang W. et al., China Novel Coronavirus Investigating and Research Team, *The New English Journal of Medicine*, 20 février 2020 ; vol. 382, n°8, pp. 727-733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.
 - Zhu N., Zhang D., Wang W. et al., "A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019", *op. cit.*, pp.727-733.
 - Zhou P., Yang X.L., Wang X.G., et al., "A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin", *Nature*, March 2020, vol.579, n°7798, pp.270-273.

SARS-coV-2 était à 96% identique à celui d'un coronavirus trouvé chez la chauve-souris *Rhinolophus affinis* vivant dans la province du Yunnan³.

En février 2021, soit un peu plus d'un an après le début de l'épidémie, ce sont environ 2 millions de personnes qui sont notifiées « décédées » dans le monde en raison de la COVID-19⁴. Ces informations sont amenées à évoluer constamment au fur et à mesure que l'épidémie progresse ou régresse, particulièrement dans les pays du Sud – le nombre de cas journaliers (incidence) explose en Inde dès avril 2021 – et selon l'accès des populations aux soins ou encore la mise en œuvre de campagnes de vaccination.

Londres⁵ – mais pas encore le Royaume Uni - et Israël⁶ ont vu leur première 24h sans décès de COVID suite à une campagne de vaccination de

3. *Id.*

4. Lee Myers S., "COVID-19: Over Two Million Around the World Have Died From the Virus.", *The New York Times*, 21 février 2021.

5. AFP. « COVID-19 : aucun décès à Londres en 24 heures, une première en six mois », *Le Figaro*, 29 mars 2021.

6. « COVID-19 : aucun mort enregistré en 24 heures en Israël, une première en dix mois ». *Le Parisien*, 24 avril 2021.

masse. Ce premier résultat positif et encourageant ne doit cependant pas cacher d'autres risques à terme que l'on pourrait classer en 2 catégories :

- Le risque individuel de personnes ayant été vaccinées avec des nouvelles technologies (*i.e.* vaccin à ARN messager) qui n'a pas été évalué ni dans la durée ni en termes de sécurité vaccinale (toxicité, analyse épigénétique...).
- Le risque collectif lié aux vaccinations de masse et le manque de connaissance sur la capacité d'adaptation du SARS-coV-2 dans un contexte pandémique mondial (*i.e.* évolution du virus vers des souches plus virulentes et une transmission augmentée).

Nous analyserons d'autres risques, non biologiques, comme celui du transfert de la gouvernance du secteur public au secteur privé, notamment à l'industrie pharmaceutique qui est de plus en plus décisionnaire sur les modalités de mise sur le marché des produits qu'elle développe en dehors de tout contrôle citoyen. La perte des libertés individuelles à travers la mise en place de restrictions de déplacements, de décisions

coercitives, de passeport santé ou de mesures de surveillance des citoyens entraînent un climat délétère et des situations anti-démocratiques au profit d'une minorité de décideurs parfois non élus mais tout-puissants. L'épidémie de COVID a incontestablement accéléré la perte des libertés individuelles au profit d'entités peu recommandables dont l'argent et la domination sont les moteurs, distillant un message de santé publique plus ou moins galvaudé. La peur a largement été entretenue artificiellement par l'intermédiaire des principaux médias. Ces derniers ont aussi des liens d'argent et des intérêts avec l'industrie des vaccins. Ce glissement vers un système où l'oppression se fait de plus en plus visible représente un réel danger pour la démocratie et la souveraineté des peuples soumis de plus en plus aux décisions supranationales.

Les vaccins disponibles en France et en Europe

Sur les sites officiels français, on peut lire que *« la vaccination permet de se protéger et de protéger les autres. Couplé avec les mesures barrières, le vaccin contribuera à maîtriser l'impact de l'épidémie de la COVID-19 sur le long terme. Selon la Haute Autorité de la Santé (HAS), les premiers objectifs du programme de vaccination seront de réduire la morbidité et la mortalité attribuables à la maladie (hospitalisations, admissions en soins intensifs et décès) et de maintenir les activités essentielles du pays, particulièrement celles du système de santé pendant l'épidémie⁷ ».*

La Commission européenne a engagé 2,7 milliards d'euros de son instrument d'aide d'urgence pour financer les laboratoires les plus avancés dans leurs recherches. Cet investissement permet également de précommander des doses qui seront partagées entre les États membres. La Commission a ainsi conclu six contrats de préachat de vaccins

7. Haute Autorité de Santé, <https://www.has-sante.fr>

contre la COVID, pour un total représentant plus d'1 milliard de doses dont 200 millions pour la France. D'autres arriveront.

La commission européenne annonce en mars 2021 qu'à ce jour, « 4 vaccins sûrs et efficaces contre la COVID-19 ont été autorisés dans l'Union européenne, à la suite de recommandations scientifiques positives de l'Agence européenne des médicaments⁸ » :

- BioNTech-Pfizer (AMM accordée par la Commission européenne le 21 décembre 2020)
- Moderna (AMM accordée par la Commission européenne le 6 janvier 2021)
- AstraZeneca (AMM accordée par la Commission européenne le 29 janvier 2021)
- Johnson & Johnson (AMM accordée par la Commission européenne le 11 mars 2021)

« *Ces autorisations [de mise sur le marché sont] fondées sur une évaluation approfondie de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité du vaccin.* »

8. https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_fr#preparation-la-vaccination-dans-les-tats-membres

Telle est la déclaration de la Commission européenne sur son site officiel.

Voici quelques explications résumées du fonctionnement des vaccins autorisés sur le marché européen et tel que décrit sur le site officiel français⁹ :

« Les vaccins développés par AstraZeneca et par Janssen reposent sur un vecteur viral non répliquatif : un virus inoffensif qui ne peut se reproduire dans les cellules est utilisé pour transporter le matériel génétique du coronavirus, fabriquant la protéine (Spike) qui enclenchera une réponse immunitaire.

Les vaccins développés par Pfizer/BioNTech et Moderna reposent sur l'ARN messenger : un virus inactivé, une partie du virus ou même un ARN messenger est introduit dans notre corps. Notre système immunitaire produit des anticorps en réaction à cette injection. Ainsi, le vaccin permet que notre système immunitaire reconnaisse spécifiquement l'agent infectieux s'il s'introduit dans notre

9. [https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/vaccins?xtor=GOO-\[-\[511245726397\]-S-\[%2Bvaccination%20%2BCOVID\]](https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/vaccins?xtor=GOO-[-[511245726397]-S-[%2Bvaccination%20%2BCOVID])

organisme. Il sera alors détecté, neutralisé et éliminé avant qu'il ne puisse nous rendre malade. »

Ces descriptions très sommaires permettent de donner une information accessible à tous. Elles n'en sont pas moins incomplètes et se présentent avant tout comme une incitation à la confiance.

Des décideurs politiques pressés

L'apparition de la COVID-19 en décembre 2019 à Wuhan en Chine et la première vague épidémique qui a touché la France au 1^{er} trimestre 2020 ont conduit les personnes vivant en France métropolitaine à devoir se confiner dès la mi-mars 2020. Les services hospitaliers de réanimation ont été saturés dans plusieurs régions de France obligeant le transfert de centaines de patients d'un établissement à un autre¹⁰, d'une région à une autre. L'ouverture d'hôpitaux de campagnes ou encore la priorisation des patients¹¹ en réanimation dans un contexte socio-économique très tendu ont également été observées. Les écoles et les commerces ont fermé – à l'exception des commerces alimentaires –, l'activité économique

10. Mainguet M., « COVID-19. Plus de 1 000 transferts de patients entre régions depuis le début de la crise sanitaire », *Ouest France*, 30 mars 2021.

11. Nicolle-Annic J., « COVID-19. Y a-t-il un tri de patients dans les services de réanimation à l'hôpital ? », *Ouest France*, 28 novembre 2020.

s'est fortement ralentie, les populations étant contraintes de rester chez elles. Le télétravail, pour ceux qui le peuvent, et la restriction des déplacements, ont permis de limiter l'impact sur certains secteurs de l'économie. Au final et par effet domino, la plupart des secteurs économiques ont été affectés par la crise. Elle a pris par surprise le gouvernement et la classe politique qui ont eu bien du mal à gérer la première vague et les suivantes toutes aussi déstabilisantes, avec notamment l'apparition des variants.

L'utilisation des masques dans la population a été retardée parce que les stocks n'avaient pas été renouvelés en France comme cela aurait dû l'être pour prévenir les risques épidémiques par voie aérienne¹². Après les tumultes, le masque est réhabilité comme moyen efficace de prévention. Les déclarations ou les débats qui consistaient à justifier qu'il fallait d'abord démontrer l'efficacité des masques par des études avant de les recommander relèvent du mensonge institutionnel.

12. Roy S, Barotte N., « Quand l'État stratège a renoncé à renouveler ses stocks de masques. » *Le Figaro*, 19 mars 2020.

En situation d'incertitude, le principe de précaution est recommandé et le port du masque est conseillé, ce que certains pays n'ont pas manqué de faire. Par ailleurs, l'usage du masque est depuis longtemps reconnu pour limiter les risques de transmission d'agents pathogènes par voie aérienne et projection de microgouttes de salive. Les chirurgiens portent un masque au bloc opératoire, les dentistes l'utilisent pour traiter leurs patients, etc. Si le masque offre une protection contre les projections (sang, salive...), il est aussi un rempart à la transmission aérienne même si son efficacité dépend de nombreux facteurs (concentration du microbe dans l'environnement aérien, contagiosité de l'agent pathogène, qualité du masque, masque correctement porté, etc.).

Face à l'épidémie, le gouvernement a établi une cellule de crise pour agir plus rapidement. La difficulté réside essentiellement dans le peu d'informations disponibles sur le virus lui-même, les mécanismes de son fonctionnement sur nos cellules, les risques de létalité, sa capacité d'adaptation (caractère mutagène), sa contagiosité, les

moyens de prévention efficaces, les traitements efficaces pour la prise en charge des malades, etc. Tous ces aspects évoluent au cours des semaines et les différents spécialistes améliorent leurs connaissances au fil de l'eau tout en adaptant leurs pratiques. Il en est de même pour les décisions de santé publique qui évoluent régulièrement. Elles ne peuvent cependant pas justifier certaines erreurs qui auraient pu être évitées et qui ont fait l'objet de plaintes contre l'exécutif¹³.

Il faut aussi compter avec les nombreuses données de modélisation qui ont été utilisées en 2020-21 pour prévoir l'évolution de l'épidémie, modèles basés sur des hypothèses qui se trouvaient souvent inexacts. Le manque de recul et la méconnaissance de ce nouveau virus n'ont pas manqué d'inciter les décideurs à se baser sur des informations parfois qualifiées de scientifiques mais pas toujours démontrées. D'ailleurs, au cours de la 3^e vague au 1^{er} trimestre 2021, le président français a lui-même affirmé que les modèles épi-

13. Raulin N, Lecadre R., « Gestion de l'épidémie : une vague de plaintes contre le gouvernement. » *Libération*, 13 juillet 2020.

démiques pour la France ne se sont pas vérifiés et qu'il ne regrettait pas les décisions qu'il avait prises de ne pas reconfiner le pays trop vite pour éviter notamment les conséquences socio-économiques du 1er confinement.

Quoi qu'il en soit, gérer la crise de la COVID n'est pas une affaire simple. Une erreur non négligeable est cependant de considérer par défaut que cette épidémie est une crise conjoncturelle, passagère, alors que les scientifiques et les médecins ne connaissent pas ce virus, ni sa capacité à muter¹⁴, qui plus est, dans un contexte de pandémie mondiale puisque la presque totalité des pays dans le monde ont recensé des cas de COVID

14. Il a été annoncé qu'il mutait quatre fois moins vite que le VIH et deux fois moins vite que le virus de la grippe. Ces affirmations scientifiques sont à reconsidérer dès lors que le virus subit des pressions de sélection qui ont pu être accélérées par les campagnes massives de vaccination en pleine épidémie ou par d'autres facteurs qui ne sont pas encore clairement identifiés. Certains spécialistes évoquent un possible échappement immunitaire qui rendraient les vaccins inefficaces ainsi qu'une augmentation de la dangerosité et de la transmission des nouveaux variants (Roche B., « Pourquoi les variants émergent-ils maintenant ? » *La Tribune*, 20 mars 2021).

en 2020. Par son ampleur, la pandémie offre des conditions optimales d'adaptation et de mutation... sur lesquelles on en sait aujourd'hui finalement très peu.

En France, la stratégie vaccinale est régulièrement accompagnée d'un discours politique triomphaliste sur l'épidémie qui n'est pas davantage fondé. À ce jour (avril 2021), il n'y a aucun modèle fiable permettant de prévoir aujourd'hui les évolutions du SARS-coV-2 ou l'efficacité des vaccins sur les variants.

La stratégie qui consiste à mettre tous les espoirs dans le développement d'un vaccin et à négliger un renforcement plus marqué des capacités de prise en charge médicale, comme c'est le cas en France, n'est pas une stratégie scientifique mais politique.

Face à l'épidémie, les décideurs politiques doivent prendre des positions qu'ils souhaitent justes et efficaces, ce qui est légitime. Cependant la précipitation, favorisée par l'urgence sanitaire, peut conduire à faire des raccourcis, à justifier des positions dogmatiques et à écarter des hypothèses

de travail prometteuses (*i.e.* recherche de médicaments efficaces parmi les molécules déjà existantes). L'idéologie sanitaire était déjà bien installée en France et en Europe, notamment sur la question de la biomédecine et des biotechnologies avec l'évolution de textes de lois de plus en plus transgressifs et irrespectueux de l'homme¹⁵. Avec la COVID-19, ce non-respect de la vie s'intensifie et empiète sur les libertés fondamentales. Souvent appuyée par l'industrie pharmaceutique et les scientifiques qu'elle finance, la pensée unique sanitaire décide de ce qui est juste ou ne l'est pas, instaure des positions qu'elle prétend scientifiquement justifiées et oblige les populations à se soumettre à de nouvelles lois sous couvert de l'urgence sanitaire. Cette dernière est réelle, mais l'on ne gère pas une crise comme l'on gère une

15. Du Bus C., *Développement d'embryons humains en laboratoire au-delà des 14 jours*. Institut Européen de Bioéthique, 16 mars 2021, [https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/recherche-biomedicale/recherche-sur-les-embryons/developpement-d-embryons-humains-en-laboratoire-au-dela-des-14-jours-1967.html#:~:text=Dans%20un%20article%20publi%C3%A9%20le,en%20%C3%A9prouvette%20\(in%20vitro\).](https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/recherche-biomedicale/recherche-sur-les-embryons/developpement-d-embryons-humains-en-laboratoire-au-dela-des-14-jours-1967.html#:~:text=Dans%20un%20article%20publi%C3%A9%20le,en%20%C3%A9prouvette%20(in%20vitro).)

situation chronique. Pourtant, les décideurs politiques continuent de considérer la crise de la COVID et le risque épidémique comme une situation passagère, situation qui serait maîtrisée par une campagne massive de vaccination et sur des délais relativement courts.

Des vaccins développés et mis sur le marché en quelques mois

Comment les vaccins anti-COVID-19 ont-ils pu être développés en quelques mois et bénéficier d'une autorisation conditionnelle de mise sur le marché ?

La Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) répond à cette question dans son document sur la COVID adressé aux professionnels : *« Parce que l'agent causal a été rapidement caractérisé, et s'est révélé relativement stable. Le 9 janvier 2020, les autorités sanitaires chinoises et l'OMS annonçaient la découverte d'un nouveau coronavirus, appelé 2019-nCoV, et présenté comme l'agent responsable des pneumonies notifiées à l'OMS le 31 décembre 2019 par la Chine. Dès le 10 janvier 2020 la séquence virale complète était rendue publique. Bien qu'il soit un virus à ARN, celui qui a rapidement été appelé SARS-coV-2 est plus stable que la grippe ou le VIH par exemple. De ce fait, les vaccins développés à partir*

*de séquences de virus isolés en janvier 2020 étaient toujours valides en décembre 2020*¹⁶ ».

En réalité, il est tout à fait improbable que les vaccins aient pu être développés en quelques heures comme l'a affirmé Ugur Sahin, le scientifique allemand qui a élaboré le vaccin pour BioNtech et Pfizer en janvier 2020 (cf. *infra*). De même, la production journalière de millions de doses a été réalisée en un temps record au point de poser la question de la faisabilité d'une telle entreprise. Il est vrai que les vaccins à ARN peuvent être développés plus rapidement que les vaccins classiques. Une grande partie du processus de développement et de manufacture des vaccins traditionnels se trouve éliminée. Il est par exemple possible d'éviter tout le travail de production des virus vivants atténués, inactivés ou recombinants à injecter aux patients ou encore de purification des protéines virales. En outre, les molécules d'ARN sont plus simples que des

16. SPILF, « Vaccins contre la COVID-19 : questions et réponses. Un texte de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française à destination des soignants », 15 février 2021.

protéines virales : synthétisées par voie enzymatique, elles sont plus rapides à produire¹⁷.

Pourtant, le montage d'usines de production spécifique – et c'est le cas pour ces biotechnologies – requiert des mois, soit entre 6 et 36 mois pour un vaccin classique dont les *process* sont maîtrisés et c'est Sanofi qui l'affirme¹⁸. Les contrôles de qualité, les chaînes logistiques de distribution, le respect de la chaîne de froid sont autant de contraintes qui caractérisent un cycle de développement long, complexe et coûteux. Certes, les États-Unis ont financé à hauteur de 10 milliards de dollars l'industrie pharmaceutique pour le développement des vaccins anti-COVID, les procédures réglementaires ont été facilitées, pour ne pas dire court-circuitées, mais cela suffit-il ? Les usines de production ne peuvent être simplifiées, les technologies utilisées restent délicates et difficiles à mettre en œuvre.

17. Inserm, « Les vaccins à ARNm susceptibles de modifier notre génome, vraiment ? », 14 décembre 2020.

18. <https://www.sanofi.com/fr/Votre-sante/vaccins/production>

La production de « vaccins traditionnels » utilisant des virus vivants atténués ou des fragments inertes est décrite ici : « Schématiquement, il existe deux grandes étapes : la production de la substance active, et la mise en forme. Chacune étant le plus souvent dissociée, avec des usines distinctes. La production de la substance active consiste à obtenir un antigène dont la fonction est de générer la production d'anticorps chez les personnes vaccinées. En fonction des technologies, cela nécessite de produire à partir de virus ou de bactéries vivants mais atténués, de fragments de virus ou de bactéries, voire de recourir à la génétique. Cette première phase de production requiert de constituer des banques de virus ou de bactéries et de les mettre en culture, sur des œufs par exemple ou dans des milieux de culture cellulaire. Vient ensuite principalement des opérations d'extraction, de purification et de concentration des antigènes. La seconde phase, de mise en forme, passe par la formulation des vaccins, avec l'ajout d'excipients et de conservateurs, et parfois d'adjuvants pour augmenter la réponse immunitaire.

*Viennent ensuite les étapes de remplissage, en flacons ou en seringues, qui nécessitent des conditions drastiques de stérilité, puis le conditionnement des lots vaccinaux [...] En fin de chaîne, les doses sont contrôlées à la fois par les producteurs mais aussi par des autorités tierces, comme des autorités de santé selon les pays. En amont, les étapes de contrôle de la sécurité et de la qualité des vaccins sont multiples et incessantes tout au long de la chaîne de production*¹⁹. » Pour la production de vaccins ARNm, la technologie utilisée consiste à produire du matériel génétique qui fait l'objet d'un travail externalisé, souvent réalisé par des sociétés start-up spécialisées dans les biotechnologies. Les vaccins basés sur l'ADN sont tout aussi novateurs et n'ont jamais été commercialisés jusqu'à l'apparition de ceux préparés contre la COVID. Le principe consiste à injecter un fragment d'ADN du SARS-coV-2 dans des cellules humaines. Ces cellules le transcrivent alors en un fragment d'ARN capable d'induire la fabrication de la protéine

19. Cottineau J., « Pourquoi la production de vaccins anti-COVID-19 prend du temps », *L'Usine Nouvelle*, 29 janvier 2021.

Spike du coronavirus. Ces nouveaux procédés nécessitent cependant autant de contrôle qualité que pour la fabrication des vaccins traditionnels.

Ce qui est étonnant, c'est de constater au 1^{er} semestre 2020 que l'industrie pharmaceutique n'était pas en mesure de répondre aux besoins pour la production et la livraison de masques dont – faut-il le rappeler – la fabrication s'articule autour d'un morceau de tissu et de 2 élastiques. En revanche, dès janvier 2020, les premières industries avaient déjà élaboré un candidat vaccin. On peut se poser la question de savoir qui décide de ce qu'il faut faire et des politiques sanitaires à mettre en œuvre. Toujours est-il que l'élaboration du vaccin quelques jours après l'annonce officielle de l'épidémie en Chine par l'OMS a orienté le choix d'une stratégie mondiale de vaccination.

Au cours de la première vague de la pandémie en 2020, les besoins en masques étaient urgents pour contenir l'épidémie. Alors que le gouvernement français sortait d'une crise sur l'utilisation des masques ou pas, la plupart des pays touchés par l'épidémie étaient en rupture de masques : la

France, l'Espagne, l'Italie, la Hongrie, la République Tchèque... se disputaient les masques auprès des fournisseurs chinois. Le Maroc, le Brésil, l'Allemagne... appelaient en appui l'industrie du textile pour la fabrication de masques²⁰. Pourquoi l'industrie pharmaceutique ne s'est-elle pas mobilisée pour la production de masques à grande échelle comme pour celle des vaccins ? Qui peut le plus ne peut-il pas le moins ? Est-ce parce qu'il y a beaucoup d'argent à gagner avec les vaccins ? C'est certainement un facteur de décision mais malgré toute la bonne volonté du monde, il est improbable d'avoir élaboré et produit une aussi grande quantité de vaccins en seulement quelques mois. Début mars 2021, soit à peine plus d'un an après la déclaration officielle de la pandémie de SARS-coV-2, ce sont 413 millions de doses de vaccins qui ont été produites²¹.

20. Wolter M., « Le monde face au manque de masques de protection », www.dw.com/fr/le-monde-face-au-manque-de-masques-de-protection/a-52917404, 25 mars 2020.

21. <https://fr.statista.com/infographie/24502/pays-qui-produisent-les-vaccins-contre-le-COVID-19-selon-nombre-de-doses-produites/>

Bien qu'insuffisante pour répondre aux besoins d'une pandémie mondiale, cette production ne semble pas réaliste sans une anticipation antérieure à 2020.

L'élaboration d'un vaccin utilisant les dernières biotechnologies et sa mise en production à très grande échelle requiert des *process* aboutis et des unités de production adaptées qui ne peuvent vraisemblablement être créées en quelques mois. En raison de leur complexité de fabrication, les vaccins – quelles que soient les techniques utilisées – peuvent être produits seulement par quelques grandes industries pharmaceutiques dans le monde. La démonstration de la Chine, qui a construit en 2020 un hôpital sorti de terre en 10 jours²², ne peut être comparable avec la technologie et les moyens qui doivent être déployés pour l'élaboration et la production des vaccins contre la COVID tels qu'ils étaient disponibles au 3^e trimestre 2020.

22. AFP, « La Chine ouvre un hôpital en 10 jours contre le coronavirus », *Le Point*, 4 février 2020.

Au 13 avril 2021, ce sont environ 13 millions de doses – toutes marques confondues – qui sont administrées chaque jour dans le monde (soit 390 millions de doses sur un mois) selon le site officiel britannique *ourworldindata.org*. Bien sûr, ce chiffre augmente tous les jours au fur et à mesure que les capacités de production se structurent. La Chine (4,24 millions de doses/jour), l'Inde (3,44 millions de doses/jour) et les États-Unis (3,38 millions de doses/jour) totalisent l'essentiel des vaccinations dans le monde²³.

23. <https://ourworldindata.org/grapher/daily-COVID-19-vaccination-doses>. Le site met à jour ses données tous les jours, ces chiffres sont ceux du 13 avril 2021.

La décision de la stratégie mondiale de vaccination

Elle est en réalité passée inaperçue en Europe, il n'y a pas eu de débat, le vaccin apparaît d'emblée comme la solution adaptée. Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé en 2009, voulait déjà faire vacciner la France entière contre le H1N1 et avait mobilisé les gymnases et autres lieux publics après avoir fait acheter à la France 94 millions de doses vaccinales alors qu'on dénombrait 481 cas de grippe A (H1-N1)²⁴. L'épidémie s'étant éteinte d'elle-même, la Cour des comptes avait évalué la perte à 382,7 millions d'euros. Mais, sous le coup de la peur, 6 millions de Français se sont fait vacciner.

L'autre scandale du H1N1 est révélé en 2020 – soit 10 ans plus tard : à l'époque, les vaccins anti H1N1 n'ont simplement pas été testés. La subtilité en Europe a été l'utilisation d'un accord cadre permettant l'octroi d'autorisations de mise sur le

24. AFP/Reuters, « Grippe A (H1N1) : la France commande 94 millions de doses de vaccins », *Le Monde*, 15 juillet 2009.

marché (AMM) pour un nouveau vaccin en se basant sur l'AMM d'un vaccin déjà existant (basé lui sur la souche H5N1)²⁵. De surcroît, les fabricants ont été exonérés de toute responsabilité légale en cas de problème. Cela rappelle étrangement le scénario de 2020 pour la vaccination anti-COVID.

La mise au point d'un vaccin quelques jours après l'annonce officielle de l'épidémie de SARS-coV-2, suffit à acter la stratégie vaccinale en Europe, en Occident et dans d'autres pays jusqu'à l'alignement de tous les pays. Cette stratégie a-t-elle été décidée par les autorités sanitaires françaises et européennes, par l'OMS ou par les laboratoires pharmaceutiques ? Difficile à déterminer tant l'interpénétration des sphères privée et publique est inextricable. Les mêmes experts sont employés par l'industrie pharmaceutique puis par les autorités sanitaires qui délivrent les autorisations de mise sur le marché et vice versa. Ces conflits d'intérêt et cette corruption seront illustrés

25. Doshi P., "Pandemrix vaccine: why was the public not told of early warning signs ?", *BMJ* 2018; 362: k3948

plus loin. L'annonce d'un candidat vaccin par l'industrie pharmaceutique a orienté les décisions politiques. Elle a été présentée comme un soulagement et un début de solution à la crise sanitaire.

Donc, face à l'épidémie de COVID, les gouvernements occidentaux misent instantanément sur les nouveaux vaccins qui représentent une opportunité de sortir d'une crise présentée comme incontrôlable. Même si cette approche ne doit aucunement être négligée, elle ne peut être conduite au détriment des traitements aux malades. Cependant, en l'absence de traitements connus et puisqu'un vaccin est disponible, le choix semble être tout tracé...

Le discours officiel – ici la SPILF – justifie le développement du vaccin en un temps record : *« Parce qu'on disposait déjà de connaissances sur l'immunité anti-coronavirus. L'immunité contre les coronavirus avait été largement étudiée à l'occasion des alertes de 2002-2003 (émergence du SARS-coV en Chine) et 2012 (émergence du MERS-CoV en Arabie Saoudite). Des modèles animaux avaient été développés et des essais cliniques*

de phase 1 d'un vaccin à ADN codant la protéine S de ces deux coronavirus avaient montré la présence d'anticorps neutralisants chez les volontaires vaccinés. Il avait été montré que le déclenchement d'une réponse contre la protéine S ou que l'injection d'anticorps neutralisants permettait d'obtenir une protection contre l'infection. Dès la séquence du génome du SARS-coV-2 publiée, il a suffi de quelques jours pour produire à partir d'ADN de synthèse l'ARNm correspondant à la protéine S stabilisée en conformation pré-fusion [...] ; cette conformation est en effet plus propice à l'induction d'anticorps neutralisants. Il s'agit d'un délai incomparable par rapport au temps nécessaire à la production de protéines ou la culture du virus nécessaires aux plateformes vaccinales classiques. Par chance, les essais rapidement menés chez l'animal ont confirmé qu'il était assez simple de déclencher une réponse immunitaire efficace contre le SARS-coV-2²⁶ ».

Ce qu'on oublie de préciser la SPILF, c'est que l'on ne passe pas de l'essai sur l'animal à une

26. SPILF, *op. cit.*, 2021.

campagne de vaccination de masse sur l'homme, mais c'est pourtant ce qui s'est produit. Nous revenons sur ce point également par la suite parce que ces explications de la SPILF – qui, rappelons-le, s'adressent aux professionnels de santé – sont une atteinte à l'intelligence et à la profession médicale/paramédicale. Rappelons aussi que l'association SPILF reçoit des financements de l'industrie pharmaceutique et a touché plus de 200 000 € par an sous forme de rémunérations, avantages ou conventions²⁷. Elle n'est donc pas indépendante de cette industrie.

Il est par ailleurs vrai que la stratégie vaccinale s'avère généralement moins coûteuse que la prise en charge thérapeutique dans un service de réanimation ou de soins intensifs. *« En région parisienne, une journée en soins intensifs est généralement facturée 2 932 €. Ce tarif journalier est établi en fonction des coûts, qui sont bien plus élevés que dans un service de médecine classique, avec des respirateurs, des règles d'hygiène renforcées et cinq fois plus de personnel au lit du patient.*

27. Informations disponibles sur eurofordocs.fr

Le ticket modérateur de 20% approche 600 €²⁸ ». Une journée d'hospitalisation dans un service de médecine interne, par exemple, est facturée entre 900 et 1 300 €, ce qui représente déjà un coût élevé.

28. Godeluck S., « La lourde facture pour les malades du coronavirus à l'hôpital », *Les Échos*, 5 août 2020.

Le renforcement des systèmes de santé et du personnel soignant n'a pas eu lieu

Aussi la prise en charge hospitalière a-t-elle tout intérêt à être évitée par les États soucieux de limiter les déficits budgétaires lorsque l'État finance – même partiellement – les soins de santé. Cependant, on peut objecter qu'un traitement efficace limiterait autant le nombre d'hospitalisations que leur durée. Le traitement miracle n'existe pas pour l'instant, ceux disponibles sont pour l'instant symptomatiques, les thérapies par oxygénation ont permis d'améliorer efficacement la prise en charge et de sauver des vies.

Le 31 mars 2021, le président français, Emmanuel Macron, lors de son allocution télévisée du 31 mars, annonce des « renforts supplémentaires » en réanimation pour faire face à l'afflux de malades graves de la COVID-19 et le passage « dans les prochains jours » à plus de 10 000 lits²⁹.

29. Obs/AFP, « Plus de 10 000 lits : Macron annonce des renforts en réanimation », www.nouvelobs.com, 31 mars 2021.

L'article de l'AFP, repris par de nombreux médias, oublie de mentionner que cette annonce en pleine 3^e vague, avait déjà été faite à l'été 2020 par le ministre de la santé au sortir de la 1^{re} vague. La revue (indépendante) *Alternatives Économiques* rappelait, quelques jours avant ce discours d'Emmanuel Macron, le coup de gueule de Thierry Amouroux, porte-parole du Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI CFE-CGC) : « Où sont les 12 000 lits de réanimation dont nous a parlé Olivier Véran cet été³⁰ ? »

« Les acteurs de la santé ont vite compris que ce chiffre était virtuel : le ministère de la Santé a bel et bien recensé 12 515 lits mobilisables en cas de besoin sur l'ensemble du territoire. Mais pour les faire fonctionner, il faudrait embaucher des milliers de personnels de santé ». L'article rapporte que ce sont seulement 5 080 lits de réanimation qui sont actifs au 1^{er} trimestre 2021 et que plus de 30 000 postes restent vacants dans les hôpitaux publics. Le manque d'infirmiers et de médecins

30. Germain S., « La France manque toujours autant de lits de réanimation », *Alternatives Économiques*, 23 mars 2021.

met en tension les services hospitaliers dans le public comme dans le privé. C'est aussi ce que dénonce le rapport cinglant de la Cour des comptes du 18 mars 2021³¹.

Les auteurs de ce rapport rapportent que la réanimation « *concerne des patients au pronostic vital engagé qui ont besoin, 24h/24, de soins et de surveillance par des professionnels, avec des techniques dont la nature, le nombre et la disponibilité effective sont étroitement réglementés. Pour ces patients, il n'existe pas d'alternative à une hospitalisation en urgence dans une unité de réanimation. Les lits de ces unités sont en permanence occupés à 88 % en moyenne, avec des pics d'activité récurrents en hiver* ». La réalité est que de nombreux praticiens hospitaliers dénonçaient la saturation de l'occupation de ces lits avant l'apparition des cas de COVID.

31. Cour des comptes, « Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise », 21 mars 2021, disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-03/20210318-04-Tomel-reanimation-et-soins-critiques-en-general.pdf>

Quant à revoir le modèle des services de réanimation après la crise de la COVID, c'est considérer par préjugé que cette crise est passagère, ce qui est une erreur dans la mesure où nous ne disposons pas du recul nécessaire pour une telle affirmation. L'échappement thérapeutique corrélé à la vaccination de masse en Occident et dans le monde sont potentiellement deux facteurs pouvant conduire à une crise sanitaire jamais égalée. Mais la France, engagée depuis plus de trente ans dans la réforme hospitalière basée sur la réduction des coûts, maintient une politique de contrôle des dépenses sur son système de santé.

Au cours de la première vague de COVID en 2020, la gestion de la crise a découragé le personnel soignant – dont une partie a démissionné – accentuant ainsi les besoins de personnel qualifié dans nos services hospitaliers. La réforme hospitalière axée sur une logique budgétaire a contrarié les priorités de santé publique qui sont devenues secondaires. La clinique est aujourd'hui orientée vers l'externalisation des soins, c'est-à-dire la prise en charge ambulatoire que l'on peut qualifier de

prise en charge à la journée pour réduire les coûts (en limitant les nuits à l'hôpital). Entre 2003 et 2016, le nombre de lits d'hospitalisation pour moins de 24 heures (c'est-à-dire uniquement le jour ou la nuit) a bondi de 53 %, mais le nombre de lits en réanimation a proportionnellement diminué. Il est 5 fois inférieur au nombre de lits disponibles en Allemagne pour un même nombre d'habitants. L'hôpital est devenu une industrie, fonction incompatible avec une logique de santé publique notamment en situation de crise sanitaire.

L'industrie repose sur la rentabilité mais une telle logique est incompatible avec le bien commun. Cela est d'autant plus vrai dans un contexte de vieillissement de la population et donc d'une augmentation des besoins en service de réanimation. Au point de paraître cynique mais réaliste, les lois sur l'euthanasie qui sont discutées à l'Assemblée nationale au moment de la rédaction de ce travail, sont entre autres motivées par la réduction des coûts hospitaliers. Cette vision utilitariste de l'homme – bien qu'immorale et incompatible avec les valeurs occidentales – est portée

par une idéologie mortifère qui préfère tuer que soulager ou « *soulager* » en tuant. Inutile de préciser que cette approche est contradictoire avec la mission du personnel soignant.

Le développement des vaccins et l'estimation du rapport bénéfice-risque

Il faut en moyenne dix ans pour fabriquer un vaccin qui respecte la totalité des étapes nécessaires à sa validation par les autorités sanitaires et l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché, ce que confirme par ailleurs la Commission européenne sur son site³². Si la phase de développement des produits peut prendre quelques mois, les essais cliniques et les études à grande échelle en phase 3 sont longs et coûteux. Cette dernière étape nécessite des études randomisées avec des essais cliniques dans plusieurs pays, notamment lorsqu'il s'agit d'une pandémie qui affecte différentes populations, zones géographiques et tranches d'âge. Cette phase est très coûteuse,

32. Commission Européenne, « Stratégie de l'Union européenne concernant les vaccins », 31 mars 2021, https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_fr#preparation-la-vaccination-dans-les-tats-membres

en réalité seules les *Bigpharma* ont les moyens de financer de telles études.

La mauvaise nouvelle pour le citoyen, c'est que les laboratoires sont dispensés de certaines étapes pour développer un vaccin contre la COVID-19. Dans l'urgence, ils sont autorisés par l'Union européenne, les États-Unis et finalement la totalité des pays qui administrent les vaccins, à limiter les études nécessaires à son développement.

C'est un pari qui repose sur un accord commercial et contractuel qui dégagerait les laboratoires d'une partie de leur responsabilité en cas d'effets indésirables. Comment cela pourrait-il en être autrement s'il leur est demandé de sauter les étapes pour une mise sur le marché en quelques mois au lieu de dix ans ? Il n'y a pas de réelle transparence sur les contrats passés entre l'Union européenne et les laboratoires, si bien que les responsabilités ne sont pas connues en cas d'accident par ceux qui vont se faire vacciner.

Un article du journal *Le Monde* daté du 25 janvier 2021 indique que « *des garanties financières ont toutefois été accordées aux fabricants, du fait*

de la production inédite des vaccins, du peu de recul sur d'éventuels effets secondaires, et des risques encourus par les laboratoires [...] En clair, en cas de poursuites judiciaires à l'encontre des laboratoires, l'UE peut contribuer à l'indemnisation selon les conditions fixées contractuellement³³ ». Le problème pour le client – et potentiellement la victime lorsqu'il y a des effets indésirables et une incapacité constatée – tient dans le fait que ces conditions contractuelles ne sont pas rendues publiques et que la société civile n'y a pas accès.

« En novembre [2020], la ministre déléguée chargée de l'industrie, Agnès Pannier-Runacher, précisait : Les seuls cas dans lesquels l'UE pourrait éventuellement partager la charge, [...] ce serait la survenue d'un épisode qui serait nuisible et pas connu, ni par nous, ni par le laboratoire pharmaceutique, [...] et pour lequel le laboratoire pourrait démontrer qu'à chaque instant il a fait preuve de transparence³⁴. » Et c'est bien le cœur du

33. Maad A., « Vaccins contre le COVID-19 : les laboratoires sont-ils exemptés de leur responsabilité financière en cas d'effets indésirables ? » *Le Monde*, 25 janvier 2021.

34. *Id.*

problème car comment un laboratoire à qui l'on demande de fabriquer et de mettre sur le marché un vaccin en quelques mois peut-il réaliser les études requises pour identifier les effets indésirables ? Si les laboratoires ne disposent pas de l'information, l'UE n'en dispose pas davantage. Ces textes dédouanent les laboratoires pharmaceutiques mais également l'UE, laissant par la suite aux tribunaux la charge de définir les responsabilités en cas de problème.

Ne sont pas davantage disponibles les études sur le rapport bénéfice-risque de l'administration de ces vaccins. Elles sont réalisées par les laboratoires et validées par les autorités de santé de l'Union Européenne (Agence des Médicaments Européenne) ou des autorités françaises (ANSM). Mais sur quelles bases peut-on établir une analyse bénéfice-risque si le risque n'a pas été évalué correctement ? Et comment aurait-il pu l'être si les délais incompressibles de pharmacovigilance n'ont pas été respectés ?

En France, le message officiel auprès du personnel soignant se veut rassurant. « *Dans le cadre*

de la pandémie, les différentes étapes du développement clinique des vaccins, permettant d'évaluer l'innocuité et l'efficacité des vaccins, se sont très rapidement succédé, voire chevauchées, en accord avec les autorités réglementaires de santé. Les volontaires ont été rapidement recrutés et les objectifs quantitatifs de cas de COVID-19 ont été rapidement atteints. Sans être dégradés, les processus de collecte et d'analyse des données et de vérification des vaccins ont été considérablement accélérés. La Food and Drug Agency (FDA) et l'Agence des médicaments européenne (EMA) ont créé des procédures pour accélérer ces étapes, sans déroger à la rigueur scientifique³⁵. »

Ces allégations sont inexactes et ne reposent sur aucune démonstration. Si l'on savait développer des vaccins en quelques mois au lieu des dix ans requis en moyenne, l'industrie pharmaceutique s'en serait emparée depuis longtemps pour réduire ses coûts. Cela porte un nom : la dérégulation des normes et des protocoles en vigueur, tout en prenant soin au passage de manipuler

35. SPILF, *op. cit.*

l'opinion publique dans un climat entretenu par la peur. C'est exactement ce qui est délibérément réalisé avec la crise de COVID. Les règles et protocoles sont établis pour protéger les personnes avant d'inoculer des vaccins. En dérogeant à ces règles, la protection des personnes est tout simplement levée.

BioNtech et Pfizer se sont associés pour la production et la vente de leur vaccin anti-COVID. Ugur Sahin, le scientifique allemand qui a élaboré le vaccin, a affirmé l'avoir réalisé en quelques heures seulement dans une interview donnée au *Wall Street Journal*³⁶.

36. <https://podcasts.google.com/feed/aHR0cHM6Ly92aWRlby1hcGkud3NqLmNvbS9wb2RjYXN0L3Jzcy93c2ovdGhlLWpvdXJuYWw/episode/NDM2M2FmYWMTNGYxYi0xMWWiLWFhY-TYtNTdlNjc4YzE4MTRj?sa=X&ved=0CAUQkfYCaKcKEwj4xNPW6OnvAhUAAAAAHQAAAAQAQ&hl=en>

Un vaccin anti-COVID élaboré en quelques heures grâce à la technologie ARN

« Un porte-parole de BioNTech a confirmé à Business Insider que le scientifique qui a fondé la firme avec son épouse n'a eu besoin que d'un week-end pour la phase de conception approximative. Du jamais vu. Aucun autre vaccin dans l'histoire n'a en effet été créé et fabriqué aussi rapidement. Le vaccin qui détenait jusqu'ici le record de rapidité de développement avait mis quatre ans à sortir des laboratoires. Une rapidité qui semble être dans l'air du temps. En effet, Moderna n'a pas à pâlir face à la vitesse d'exécution de ses concurrents. Le laboratoire américain a également développé son vaccin en deux jours, rappelle ainsi Business Insider³⁷. » Il est accablant de constater que la

37. • *Le Point*, « COVID-19 : comment le cofondateur de BioNTech a conçu un vaccin en quelques heures », [Lepoint.fr](https://www.lepoint.fr), 12 décembre 2020.

• Neilson S., "The co-founder of BioNTech designed the coronavirus vaccine it made with Pfizer in just a few hours over a single day", www.businessinsider.fr, 12 décembre 2020.

communauté scientifique ne se soit pas mobilisée pour dénoncer ce type d'affirmation.

Cela pourrait ressembler à une blague si ce n'était pas la vérité sachant que ce produit va être injecté à des centaines de millions de personnes qui ne savent absolument rien sur la manière dont les vaccins sont élaborés ni sur les technologies utilisées.

« La raison de cette percée soudaine ? La technologie novatrice dite ARN. Elle consiste à injecter dans nos cellules des brins d'instructions génétiques appelées ARN messenger (ARNm), pour leur faire fabriquer des protéines ou antigènes spécifiques au nouveau coronavirus. Ces protéines vont être livrées au système immunitaire, qui va alors produire des anticorps. Cela signifie que ces laboratoires n'avaient besoin que de la séquence génétique du nouveau coronavirus pour concevoir un vaccin. C'est pourquoi ils ont pu avancer si rapidement³⁸. »

Cette communication naïve relève de la manipulation de l'opinion publique, puisque les étapes

38. *Le Point*, 2020, *op. cit.*

de validation d'un candidat-vaccin sont longues, coûteuses et nécessaires avant de pouvoir établir son innocuité (phase I), sa tolérance et son immunogénicité (phase II). Ensuite le passage en phase III permet d'analyser plus particulièrement l'efficacité et le rapport bénéfice-risque. En réalité, les vaccins à ARN n'ont jamais atteint la phase 3 en matière d'essai clinique.

Schéma 1 - Étapes de développement d'un vaccin³⁹

Essais précliniques Tous les vaccins sont d'abord étudiés en laboratoire et font l'objet de tests sur l'animal. Le candidat-vaccin peut ensuite être testé sur l'homme après validation des résultats chez l'animal.	
Essais cliniques Ils sont réalisés sur l'homme et sont caractérisés par 3 phases successives qui permettent d'établir des résultats précis.	
Phase I : innocuité	Dure de 1 à 2 ans et permet de déterminer : <ul style="list-style-type: none"> • L'innocuité du vaccin chez l'homme en évaluant et observant les effets indésirables • La tolérance de l'organisme au produit injecté • L'immunogénicité : elle est vérifiée si le candidat vaccin génère une réponse immunitaire satisfaisante
Phase IIA : immunogénicité et test des dosages	Dure de 1 à 2 ans sur un petit groupe de volontaires et permet de : <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la tolérance et l'innocuité du candidat vaccin • Surveiller l'immunogénicité (dans la durée) • Établir la dose optimale à utiliser

Phase IIB : c'est la validation du principe	Dure de 2 à 5 ans sur une cohorte plus élevée de volontaires, cette phase permet de : <ul style="list-style-type: none">• Vérifier si le vaccin procure un effet protecteur de longue durée• Déterminer la stratégie vaccinale (à quel moment administrer le vaccin, quelle dose, quelle fréquence...) et vérifier la réduction du risque de transmission de l'agent pathogène
Phase III : efficacité et rapport bénéfice- risque	Dure de 3 à 5 ans et les essais sont réalisés sur des milliers, voire des dizaines de milliers de candidats (ce qui est coûteux) pour : <ul style="list-style-type: none">• Définir les précautions d'emploi du vaccin• Permettre de valider les résultats à grande échelle• Demander les autorisations de mise sur le marché auprès des instances sanitaires compétentes (vente)
Phase IV ou pharmacovigilance	Tout au long de sa commercialisation, patients et personnel soignant sont invités à déclarer les effets indésirables aux instances de surveillance. En France, il s'agit de l'ANSM. Il arrive qu'un produit soit retiré du marché si des effets indésirables remettent en cause le rapport bénéfice-risque pour les patients

Même si les phases I et II peuvent parfois être conduites en parallèle pour un gain de temps, l'élaboration d'un vaccin ne se fait pas en quelques

39. Tableau adapté à partir de : <https://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossiers-thematiques/dossier-VIH-vaccin/VIH-vaccin-essai.htm>

mois. Et pourtant... les candidats-vaccins contre la COVID-19 auraient été élaborés et mis sur le marché en 11 mois en raison de l'urgence sanitaire.

Pour prendre un exemple, le vaccin AstraZeneca – dit d'*Oxford* – a fait l'objet d'une étude randomisée entre avril et novembre 2020 sur 23 848 candidats au Brésil, en Afrique du Sud et au Royaume-Uni⁴⁰, avant d'obtenir dans la foulée sa mise sur le marché dans un grand nombre de pays. Pourtant, le scandale des thromboses est apparu en 2021, donc en dehors de l'essai clinique de 2020, et dans des proportions qui ont incité le fabricant à changer le nom de son vaccin (*Vaxzevria*⁴¹). Business avant tout, il ne faudrait pas

40. Voysey M. et al., "Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK", *The Lancet*, vol. 397, n°10269 : 99-111, 9 janvier 2021.

41. *Ouest France*, « COVID-19. Pourquoi le vaccin AstraZeneca change de nom pour devenir Vaxzevria », <https://www.ouest-france.fr/sante/vaccin/COVID-19-quand-le-vaccin-astrazeneca-devient-vaxzevria-76e638a6-92bc-11eb-acd5-9322c40ace42>, 31 mars 2021.

perdre des parts de marché. Les États-Unis accusent par ailleurs le laboratoire pharmaceutique d'avoir fourni de fausses données sur l'efficacité de son vaccin qui chuterait à 76% (au lieu des 95% annoncés) pour les cas symptomatiques⁴². Faire confiance à l'industrie pharmaceutique pour prendre des décisions de santé publique est-il raisonnable ?

On est passé de l'élaboration du candidat-vaccin à une autorisation de mise sur le marché impliquant de fait une phase de pharmacovigilance en mode « vaccination de masse », autant dire que les personnes vaccinées servent de cobaye, d'autant plus avec des technologies nouvelles – comme les vaccins à ARN messenger – qui n'avaient jamais atteint la phase III.

Quels sont les risques ? Ils sont en réalité impossibles à établir tant sur les effets indésirables des produits eux-mêmes à moyen et long terme

42. Nbili I., « COVID 19 : La défiance autour du vaccin AstraZeneca est-elle mondiale ? » <https://www.lci.fr/sante/COVID-19-la-defiance-autour-du-vaccin-astrazeneca-est-elle-mondiale-2182778.html>, 6 avril 2021.

que sur l'évolution du SARS-coV-2 dont la communauté scientifique ne connaît quasiment rien, notamment sur le caractère mutagène largement sous-estimé⁴³. Les articles, soi-disant scientifiques, sur le caractère inoffensif des mutations, n'ont pas fait long feu dès l'apparition des variants anglais, sud-africain et brésilien fin 2020, début 2021. Ces mutations pourraient être induites par les essais cliniques qui sont antérieurs aux campagnes de vaccination et à l'apparition des variants plus dangereux que la souche historique.

43. Les discussions sur la mutation D614G publiée dans la revue *Cell* (Korber B et al., "Tracking Changes in SARS-coV-2 Spike: Evidence that D614G Increases Infectivity of the COVID19 Virus", *Cell*, 182 : 812–827, Août 2020) et expliquant un regain de contagiosité du SARS-coV-2 avaient été balayées par de nombreux scientifiques qui relativisaient ces mutations, considérées comme normales et non dangereuses.

De surprise en surprise

Lorsque le fabricant d'un vaccin est aussi celui qui réalise les essais cliniques – incomplets, sur des échantillons de taille insuffisante, et qui ne respectent pas les protocoles habituels, avec la connivence des autorités publiques ; lorsque ces dernières n'ont de toute façon pas les moyens ni le temps de vérifier les conditions de réalisation de ces essais dont tout le monde sait dans les milieux scientifiques sérieux qu'ils apportent une visibilité incorrecte en terme d'innocuité, d'immunogénicité, et de pharmacovigilance ; cela signifie qu'il y a eu un transfert de gouvernance du secteur public vers le secteur privé.

Ce n'est cependant pas une nouveauté, les partenariats publics-privés se sont développés ces dernières années dans le secteur sanitaire, impliquant aussi un transfert des politiques de santé au secteur privé. Les essais randomisés ne peuvent généralement pas être conduits par les services publics car ils s'avèrent trop coûteux ; seules les *Bigpharma* financent de tels investissements.

On sait par ailleurs que les essais et études qui sont financés par l'industrie pharmaceutique sont biaisés à leur avantage, ce qui permet de faciliter un retour sur investissement. Une étude sur des publications scientifiques présentant des essais cliniques entre 2010 et 2015 montre que l'efficacité des produits testés est significativement supérieure lorsque l'industrie pharmaceutique finance ces études que lorsque les financements proviennent d'autres sources⁴⁴. Sergio Sismondo va plus loin et décrit comment l'industrie pharmaceutique s'applique à corrompre les sciences médicales dans les essais cliniques et les publications scientifiques⁴⁵.

Dans les milieux sanitaires, personne n'est dupe également sur la corruption tolérée des agences du médicament en Occident où les affaires de

44. Lundh A., Lexchin J., Mintzes B. et al., "Industry sponsorship and research outcome", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, Issue 2. Art. No. MR000033.

DOI: 10.1002/14651858.MR000033.pub3

45. Sismondo S., "Epistemic Corruption, the Pharmaceutical Industry, and the Body of Medical Science", *Front. Res. Metr. Anal.* 6: 614013 / DOI: 10.3389/frma.2021.614013

connivence avec l'industrie pharmaceutique sont régulières. En France, le dernier scandale en date est la condamnation fin mars 2021 de l'ANSM et du laboratoire Servier sur le *Médiator*, un médicament responsable d'au moins 500 morts, voire environ 2000 selon des analyses plus récentes⁴⁶. Le pantouflage, c'est-à-dire le passage des experts des agences du médicament dans l'industrie pharmaceutique, et vice versa, n'a jamais été endigué. L'ANSM, anciennement AFSSAPS – établissement public créé en 1993 pour éviter des affaires comme celle du sang contaminé ou des hormones de croissance – avait changé de nom suite à sa proximité avec l'industrie pharmaceutique et quelques affaires qui avaient entaché son indépendance. Mais 80 % de son budget vient de l'industrie pharmaceutique issues des taxes, faisant écrire aux sénateurs dans un rapport de 2006 que le mode de financement de l'Agence française du médicament « ne lui permet pas d'être totalement

46. Reuters France, « Servier et l'ANSM condamnés dans le dossier du Mediator », *La Tribune*, 29 mars 2021.

indépendante de l'industrie pharmaceutique⁴⁷ ». Le lobbying de l'industrie pharmaceutique est très influent dans les milieux politiques notamment via la franc-maçonnerie très attachée au développement transgressif des biotechnologies.

47. Bienvault P., « L'Afssaps, une agence en pleine tourmente », *La Croix*, 21 janvier 2011.

Retour sur l'affaire du sang contaminé

À ceux qui se sentent protégés par les lois en vigueur et les textes qui protègent les patients et les populations, nous rappelons ici un épisode peu glorieux – parmi d'autres – de l'irresponsabilité de certaines décisions politiques et d'une relative impunité des auteurs : l'affaire du sang contaminé dans le cadre de l'infection à VIH.

En février 1999, et pour la première fois depuis le début de la V^e République, trois anciens ministres sont jugés pour des crimes ou délits commis dans l'exercice de leurs fonctions. L'ancien Premier ministre Laurent Fabius (1984-86) et deux membres de son gouvernement, Georgina Dufoix (Affaires sociales) et Edmond Hervé (Santé), ont été jugés devant la Cour de Justice de la République (CJR) pour homicides et blessures involontaires. Les mots de Georgina Dufoix, « Responsable, mais pas coupable », sont restés dans les esprits. Seul Edmond Hervé est condamné mais dispensé de peine.

Le jugement scandalise les victimes et alimente les critiques sur la Cour de justice de la République, juridiction d'exception et symbole d'une justice à deux vitesses. Une parodie de justice, devrait-on dire, puisque les accusés sont jugés par leurs pairs, des parlementaires élus.

« La justice a retenu les dossiers de sept victimes mais elles sont plusieurs centaines, des personnes transfusées et des hémophiles, contaminés par le virus du sida à cause de produits sanguins distribués au milieu des années 80. Selon Edmond-Luc Henry, ancien président de l'Association Française des Hémophiles, 1 350 hémophiles ont été contaminés et 1 000 sont décédés. Qui savait ? Qui a laissé faire ? Pour les victimes, pas de doutes, le gouvernement de l'époque était informé.

L'accusation reproche notamment aux trois responsables politiques d'avoir attendu août 1985 pour contrôler le sang des donneurs et mettre en place un test de dépistage du virus du sida alors que le nombre de cas ne cessait d'augmenter, notamment chez les populations considérées comme "non à risque". Pour l'accusation, le délai avant de

rendre ce test obligatoire visait à donner à la société française Diagnostics Pasteur le temps de rattraper son retard sur son concurrent américain Abbott. Une autre hypothèse sera avancée au procès rappelle l'AFP, celle des raisons budgétaires.

En outre, les victimes accusent les autorités d'avoir laissé écouler, jusqu'en octobre 1985, des produits sanguins tous potentiellement contaminés, car non chauffés pour inactiver le virus, et de ne pas avoir veillé à l'application de directives écartant les donneurs à risque. Huit ans plus tôt, la journaliste Anne-Marie Casteret a en effet révélé que des lots de sang contaminé ont été sciemment écoulés par le Centre national de transfusion sanguine (CNTS)⁴⁸. »

Étrangement, cette impunité se double d'une promotion pour deux des accusés. Laurent Fabius est élu président de l'Assemblée nationale en 1988, donc peu après le scandale du sang contaminé, et

48. Le Guen V., Dogon C., « Il y a 20 ans, trois ex-ministres jugés dans l'affaire du sang contaminé », <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/il-y-a-20-ans-trois-ex-ministres-juges-dans-l-affaire-du-sang-contamine-1549465155>

deviendra Premier secrétaire du Parti socialiste en 1992. Il redevient président de l'Assemblée nationale en 1997, puis ministre de l'Économie, des finances et de l'industrie en 2000 dans le gouvernement Jospin. Il est ministre des Affaires étrangères de 2012 à 2014 et devient président du Conseil constitutionnel en 2016. Autant dire qu'il n'a été ni sanctionné par la justice, ni par la classe politique, ni finalement par les citoyens. Quant à Georgina Dufoix, elle obtient un poste de ministre déléguée à la Famille, aux droits de la Femme, à la Solidarité et aux Rapatriés en 1988 dans le gouvernement Rocard I, elle est nommée présidente de la Croix-Rouge française de 1989 à 1992. Là aussi, on peut être surpris de l'octroi de fonctions nationales après ce scandale. Edmond Hervé n'occupera plus de fonctions nationales mais sera régulièrement réélu maire de Rennes jusqu'en 2008.

Depuis les années 1980, les mentalités n'ont pas évolué, la moralité s'est largement dégradée et l'entrisme entre les milieux politiques et l'industrie pharmaceutique s'institutionnalise. Penser aujourd'hui que les dirigeants politiques français et

européens porteraient une responsabilité ou une culpabilité conduisant à une condamnation en cas de scandale sur les vaccins anti COVID relève d'une certaine naïveté.

Le risque-bénéfice des vaccins est cependant toujours mis en avant pour justifier la vaccination de masse. Il existe cependant des risques sur la vaccination, ils sont évoqués par quelques spécialistes qui ne seront ni écoutés, ni pris au sérieux malgré l'intérêt de leurs interventions, elles mériteraient d'être investiguées par nos autorités sanitaires, à commencer par l'OMS.

Les vaccins à ARN messager (ARNm) peuvent-ils modifier notre ADN ?

Il existe un dogme en biologie qui consiste à affirmer que l'ARNm ne peut pas pénétrer dans le noyau de la cellule où se trouve l'ADN et qu'il ne peut pas modifier celui-ci. Pour résumer, les vaccins à ARNm n'affectent pas notre ADN et n'interagissent pas avec lui de quelque manière que ce soit. Ce dogme est établi par la communauté scientifique et fait l'unanimité dans l'état actuel des connaissances.

Une équipe de chercheurs – et pas la moindre puisqu'il s'agit du MIT et de Harvard – s'est récemment interrogée sur le fait qu'un nombre significatif de personnes ont été testées positives par PCR à la COVID-19 longtemps après la disparition de l'infection. Leurs conclusions remettent en question le dogme précédent. Bien qu'il s'agisse encore d'une hypothèse et d'un article en *preprint*, la présomption reste élevée que « les ARN du SARS-coV-2 pourraient faire l'objet d'une

transcription inverse dans les cellules humaines⁴⁹ ». De nouvelles voies cellulaires permettraient d'expliquer ce phénomène appelé rétro-intégration.

Dans ce schéma – dont l'hypothèse reste à prouver formellement – les enzymes appelées transcriptases inverses pourraient convertir l'ARNm (du coronavirus) en ADN, permettant à ce dernier d'être intégré à l'ADN dans le noyau cellulaire et donc dans le génome humain.

Cet article, toujours en *preprint* en avril 2021, n'a pas démontré que l'ARN des vaccins actuels était intégré dans notre ADN. Cependant, les auteurs ont montré, de manière assez convaincante, qu'il existe une voie cellulaire viable par laquelle des fragments d'ARN viral du SRAS-CoV-2 pourraient s'intégrer dans notre ADN génomique. Ce qui n'est pas une bonne nouvelle.

Ces données pourraient être utilisées pour faire une conjecture et étudier si l'ARN présent dans un vaccin à ARNm peut potentiellement

49. Zhang, Ligu, Richards A., et al., "SARS-coV-2 RNA reverse-transcribed and integrated into the human genome", bioRxiv (2020). DOI: 10.1101/2020.12.12.422516

altérer l'ADN humain. Le vaccin à ARNm contre la COVID utilise des extraits de l'ARN viral du génome du SRAS-coV-2 ; en particulier un ARNm stabilisé qui code pour la protéine Spike du SARS-coV-2, cette protéine permet au coronavirus de se lier aux récepteurs de la surface cellulaire et d'infecter nos cellules.

Si cette hypothèse se vérifiait, les conséquences d'une altération du génome humain feraient leur apparition dans les mois ou années à venir, ou encore sur les générations futures. Ces hypothèses devraient être prises au sérieux, l'urgence sanitaire ne doit en aucun cas sacrifier l'avenir à une solution de court terme contre la COVID. Et pourtant, ces risques sont pris sans être considérés dans l'analyse risque-bénéfice des vaccins administrés. Ainsi, il est peu responsable d'indiquer aux citoyens que le rapport risque-bénéfice est en faveur de l'utilisation des vaccins à ARNm. En réalité, c'est un pari.

Des informations biaisées transmises par l'ANSM sur les vaccins à ARN messager

Le site Réinfo COVID propose une information qui n'est ni contrôlée par l'industrie pharmaceutique, ni par les autorités sanitaires françaises, ni par le Conseil de l'ordre des médecins, ce qui en soi représente une certaine garantie d'indépendance. Les informations scientifiques communiquées sont par ailleurs de qualité.

On y apprend notamment que l'ANSM transmet des informations incomplètes ou biaisées sur l'action des vaccins Janssen et AstraZeneca qui sont administrés, entres autres, en Europe et donc en France.

L'ANSM publie sur son site⁵⁰ un schéma explicatif du mode de fonctionnement d'un vaccin à vecteur viral adénovirus comme le sont les vaccins d'AstraZeneca et Janssen, tous deux administrés en France.

50. <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/COVID-19-vaccins-autorises>

« *Les vaccins à vecteur adénovirus non réplicatifs (vaccins AstraZeneca et Janssen) sont des organismes génétiquement modifiés (OGM) de deux manières :*

- *Des gènes essentiels à leur réplication ont été supprimés afin de les rendre non réplicatifs.*
- *Plusieurs gènes ont été ajoutés : un gène promoteur de Cytomégalovirus (un autre virus), un fragment de gène de l'activateur tissulaire du plasminogène⁵¹ et enfin le gène de la protéine Spike du SARS-coV-2.*

Ces gènes ont pour but d'augmenter la production et l'immunogénicité de la protéine Spike afin d'induire l'immunité contre le SARS-coV-2⁵² ».
C'est ce qu'on appelle un gain de fonction.

Selon le comité scientifique de Réinfo COVID, le schéma de l'ANSM (cf. ci-contre) expliquant le

51. Le plasminogène est le zymogène (substance protéique) de la plasmine. Cette enzyme intervient en transformant la fibrine dans le processus de fibrinolyse, étape indispensable de la coagulation sanguine.

52. Réinfo COVID, « L'ANSM se trompe dans le mécanisme des vaccins : incompetence ou manipulation ? », 7 avril 2021. <https://reinfoCOVID.fr/science/lansm-se-trompe-dans-le-mecanisme-des-vaccins-incompetence-ou-manipulation/>

mécanisme d'action de ces vaccins est incomplet
et donc trompeur :

COMMENT FONCTIONNE UN VACCIN À VECTEUR VIRAL ?

Vecteur viral : virus rendu inoffensif pour l'humain,
auquel le gène de la protéine "spike" du SARS-CoV-2 a été ajouté.

1 Le vecteur viral est fabriqué en laboratoire.
Il existe deux types de vecteurs viraux : ceux qui peuvent
se répliquer dans les cellules et ceux qui ne le peuvent
plus, car leurs gènes clés de répllication ont été supprimés.

2 Lors de l'injection du vaccin,
le vecteur viral entre dans
les cellules localisées au niveau
du site d'injection.

3 Le gène ajouté est traduit pour
produire des protéines virales spike
inoffensives et spécifique du coronavirus
SARS-CoV-2. Le vecteur viral est ensuite
détruit. Il ne modifie pas le génome
des cellules et ne forme donc pas de cellules
génétiquement modifiées.
Cas particulier du vecteur viral répliquatif : le vecteur
viral va, en plus de la production de la protéine S,
produire des copies de lui-même, qui pourront
ensuite aller dans d'autres cellules, permettant
une production plus importante
de protéine S.

4 La protéine spike
est présentée
au système
immunitaire
qui s'active.

5 Production de globules blancs
et d'anticorps qui pourront combattre
spécifiquement et efficacement le coronavirus
SARS-CoV-2 en reconnaissant la protéine spike
si la personne est ensuite exposée au virus.

Source : ANSM (l'inscription « Faux » ayant été ajoutée
par Réinfo COVID, le schéma initial provient de l'ANSM)

ansm

Explication : « En effet on peut voir sur ce schéma que l'adénovirus vaccinal génétiquement modifié entre dans le cytoplasme de la cellule et y déverse son génome modifié (étape 2 du schéma). Le noyau de la cellule qui contient l'ADN de la personne vaccinée est représenté à côté et semble bien séparé de cet ADN modifié de l'adénovirus. Est représentée ensuite (étape 3 du schéma), la production de la protéine spike à partir de cet ADN vaccinal toujours en dehors du noyau. Ceci est impossible ! [...] Il manque donc sur le schéma fourni par l'ANSM l'étape de transcription qui s'effectue dans le noyau de la cellule du vacciné, c'est-à-dire la production d'un ARNm complémentaire à partir de l'ADN vaccinal génétiquement modifié.

Pour produire un ARNm, l'ADN de l'adénovirus vaccinal génétiquement modifié doit pénétrer dans le noyau des cellules de la personne vaccinée⁵³ ».

À une époque où le consommateur regarde si le maïs qu'il achète n'est pas génétiquement modifié (OGM) pour prendre soin de sa santé, il ne

53. *Id.*

serait peut-être pas ravi d'apprendre que des OGM lui sont administrés par vaccin et qu'ils auront potentiellement des effets non connus à ce jour sur ses cellules et sa santé... Enfin qu'il servira de cobaye pour une analyse de pharmacovigilance à l'échelle planétaire.

Réinfo COVID pose donc ouvertement la question de savoir pourquoi une agence spécialisée sur l'analyse et la validation des dispositifs médicaux, présente-elle un schéma explicatif tronqué ?

- « • *Est-ce par volonté de simplification ? L'ANSM considère-t-elle que les Français ne peuvent pas comprendre ? Mais dans quel but ? Au contraire, quand on consulte l'ANSM c'est pour avoir une réponse scientifique précise, pas une réponse simplifiée et vulgarisée.*
- *Est-ce pour tenter de rassurer en laissant croire que l'ADN apporté par l'adénovirus injecté lors de la vaccination ne va pas dans le noyau de la cellule en contact avec notre propre génome ? Mais dans quel but encore une fois ?*

Nous avons du mal à croire que l'ANSM elle-même ne sait pas comment fonctionnent les vaccins à adénovirus récemment mis sur le marché surtout dans un contexte d'apparition d'effets indésirables ayant conduit à la suspension temporaire du vaccin AstraZeneca⁵⁴. »

54. *Id.* La suspension du vaccin d'AstraZeneca était liée aux effets secondaires et plus particulièrement au risque avéré de thrombose.

L'apparition des variants

En raison de l'absence de connaissances sur les effets de la vaccination contre la COVID, plusieurs hypothèses sont avancées sur les risques encourus. Par exemple, l'essai clinique d'AstraZeneca réalisé au Royaume-Uni, en Afrique du Sud et au Brésil coïncide précisément aux trois pays dont sont issus les premiers nouveaux variants considérés comme plus virulents et plus transmissibles que les autres souches⁵⁵. Il est par ailleurs étonnant qu'aucun lien n'ait été officiellement évoqué sur cette « coïncidence », les autorités sanitaires de ces pays, le laboratoire AstraZeneca et l'OMS auraient dû investiguer l'hypothèse d'un lien de cause à effet entre les essais vaccinaux et l'apparition des variants.

Pourtant, les variants auraient pu surgir dans d'autres pays, il y a 197 États dans le monde même s'ils n'ont pas tous la même capacité technique de

55. Challen R et al., "Risk of mortality in patients infected with SARS-CoV-2 variant of concern 202012/1: matched cohort study", *The British Medical Journal*, 372: n° 579, 10 mars 2021.

les identifier. Les essais vaccinaux ont été réalisés dans des pays où le coronavirus était largement présent, pays dans lesquels l'apparition des variants est aussi la plus probable. C'est le cas plus récemment avec le variant indien. Cependant, les essais cliniques de vaccination d'AstraZeneca se déroulaient à grande échelle sur ces territoires, en même temps d'ailleurs que d'autres essais anti-COVID impliquant d'autres candidats-vaccins. Une enquête épidémiologique et biologique aurait pu permettre de rechercher des liens de cause à effet dans ces pays où l'épidémie s'est développée plus fortement qu'ailleurs. Aux États-Unis, pays fortement touché par l'épidémie, deux variants californiens ont été classés en 2021 plus contagieux que le virus historique⁵⁶.

En France, la campagne de vaccination commence après Noël 2020, un variant breton est signalé officiellement par la direction générale de la Santé le 15 mars 2021. En revanche, un variant marseillais serait apparu avant la campagne de

56. Cherki M. « COVID-19 : dangerosité accrue pour deux variants californiens. » *Le Figaro*, 18 mars 2021.

vaccination, soit en juillet 2020. Ces variants font l'objet d'une surveillance particulière mais les annonces du ministre de la Santé sur le variant breton consistant à annoncer qu'il « *n'est ni plus grave ni plus transmissible que le virus historique*⁵⁷ » est sans fondement, d'autant que les 8 cas découverts à Lannion sont décédés et que l'Agence régionale santé de la Bretagne indiquait que l'un de ces 8 cas était vacciné contre la COVID. Cependant, officiellement, le lien de cause à effet entre le variant breton et les décès n'aurait pas été démontré⁵⁸. Les campagnes de vaccination ont pendant ce temps fait l'objet d'une accélération massive, y compris avec l'usage du vaccin d'Oxford (AstraZeneca), Olivier Véran confirmant que le risque-bénéfice est toujours en faveur de la vaccination de masse face aux thromboses⁵⁹ provoquées par ce vaccin.

57. Sénéchal J., « COVID-19 : cinq questions sur le variant breton », *Le Figaro*, 16 mars 2021.

58. Franco J., « Coronavirus : les huit patients qui ont contracté le variant breton sont décédés. » *Midi Libre*, 17 mars 2021.

59. Berthelie A., « Vaccins AstraZeneca : le message de Véran après 1 500 rendez-vous non honorés dans le Nord », www.huffingtonpost.fr, 5 avril 2021.

Est-ce que la vaccination pourrait être à l'origine de l'apparition des variants ? C'est ce que dénonce le spécialiste des vaccins et virologue Geert Vanden Bossche⁶⁰ – sans effet sur la communauté internationale et l'OMS qui ne partagent pas son analyse – en évoquant « l'échappement immunitaire » provoqué par les campagnes de vaccination massives.

60. DMV, PhD, virologue indépendant et expert en vaccins, anciennement employé chez GAVI et à la Fondation Bill & Melinda Gates.

L'hypothèse de l'échappement immunitaire

Selon Geert Vanden Bossche, la vaccination contre la COVID affaiblirait notre système immunitaire et accélérerait la transmission du SARS-coV-2, ce qu'il définit comme un phénomène d'échappée immunitaire. Face à la protéine Spike qui permet au SARS-coV-2 de pénétrer dans nos cellules, notre système immunitaire va générer de nombreux anticorps très spécifiques à cette protéine. Selon le virologue, ces anticorps sont créés de manière très concentrés et éphémères au détriment des anticorps innés (non spécifiques au SARS-coV-2). Ils vont dans un premier temps conférer une immunité contre le virus mais celle-ci sera de courte durée car le virus circule toujours, il s'adapterait et muterait pour éviter ces nouveaux anticorps, donnant lieu aux variants. C'est la vaccination de masse en période de circulation virale qui donnerait l'occasion aux variants de se multiplier plus rapidement, et par sélection, d'être plus virulents pour contourner les

anticorps spécifiques générés par la vaccination. Ainsi, ces anticorps seront entre temps devenus caduques et les défenses immunitaires naturelles inefficaces face aux nouveaux variants. C'est l'hypothèse résumée de l'échappement immunitaire.

Donc selon Vanden Bossche, la vaccination de masse en pleine période pandémique est extrêmement dangereuse. Le coronavirus adopterait une stratégie de mutation rapide et faciliterait la propagation vers des populations plus jeunes lorsque les campagnes de vaccination ciblent d'abord les personnes âgées, ce que l'on commence à observer en France dans les services hospitaliers⁶¹ avec la 3^e vague épidémique.

Ainsi, la vaccination aurait donc pour conséquence l'inverse de ce pour quoi elle aurait été mise en oeuvre. Au lieu d'immuniser les populations contre un virus qui était plutôt bénin, elle transformerait le SARS-coV-2 en « bombe biologique » de masse en surmontant notre mécanisme

61. Dagorn G., Stromboni C., Sanchez L., « COVID-19 : les patients en réanimation sont de plus en plus jeunes », *Le Monde*, 24 mars 2021.

de défense le plus précieux : le système immunitaire.

La théorie de Vanden Bossche est contestée et contestable, il est en effet co-fondateur de la société Univac qui travaille à l'élaboration d'un vaccin anti-COVID basé sur une réponse immunitaire dite « non spécifique⁶² ».

Notons en revanche que les premiers variants identifiés sont apparus dans les pays qui avaient accueilli les essais cliniques des vaccins : 4 aux USA, 4 au Brésil, 2 en Inde, 3 en Russie, 2 en Afrique du Sud, 5 au Royaume-Uni. Ces indicateurs objectivement vérifiables mériteraient d'être pris en considération.

Toujours selon l'auteur, les personnes les plus exposées sont celles qui auront été vaccinées et celles qui auront déjà fait un épisode de COVID-19 alors que le discours officiel affirme l'inverse à l'heure de la rédaction de cet essai. Pourtant, en France, de nouveaux *clusters* apparaissent chez

62. Sormanv P., « La vaccination fait apparaître des virus plus dangereux ? Faux », <https://www.sciencepresse.qc.ca>, 31 mars 2021.

les personnes vaccinées, notamment dans les EHPAD⁶³ mais également auprès du personnel soignant qui est particulièrement exposé. Si le vaccin semble offrir une protection contre les manifestations cliniques graves, la transmission du coronavirus ne semble pas avoir été stoppée par la vaccination.

Les variants s'adaptent rapidement pour échapper aux anticorps spécifiques développés par l'organisme grâce aux vaccins, ce qui est aussi confirmé dans un article publié en 2021 dans *Nature* par l'*Irving Medical Center* de l'Université Columbia⁶⁴. Les auteurs rapportent que l'analyse des anticorps prélevés chez des personnes vaccinées avec Moderna ou Pfizer montre que ces anticorps sont en effet moins efficaces à neutraliser

63. • Rousseau C., « Coronavirus : cluster dans un Ehpad de Marckolsheim, des résidents déjà vaccinés contaminés », www.francebleu.fr, 2 avril 2021.

• *Midi Libre / Newsgene*, « COVID-19 : des clusters détectés dans des Ehpads malgré la vaccination des résidents », www.midilibre.fr, 6 avril 2021.

64. Wang P., Nair M.S., Liu L. et al., "Antibody resistance of SARS-CoV-2 variants B.1.351 and B.1.1.7", *Nature* (2021). <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03398-2>

les 2 variants, B.1.1.7 (variante apparue en septembre 2020 au Royaume-Uni et B.1.351 (apparue en Afrique du Sud fin 2020). Contre le variant britannique, la neutralisation est divisée par 2, contre le variant sud-africain, par 6,5 à 8,5. La capacité de protection des vaccins est donc remise en cause contrairement aux annonces des autorités publiques et des laboratoires qui commercialisent les vaccins et continuent d'affirmer qu'ils sont aussi efficaces contre les variants que contre le SARS-coV-2 historique. Y aurait-il donc une désinformation volontaire et organisée ? Dans quel but ?

La théorie de l'échappement immunitaire avait déjà été évoquée par un ancien gastroentérologue britannique controversé, Andrew Wakefield, pour son étude évoquant un lien de cause à effet entre autisme et vaccination dans les années 1990, lien qui a par ailleurs été démontré dans de nombreuses publications mettant en cause la toxicité du Thimerosal⁶⁵, un produit utilisé dans certains

65. • Nataf R, Skorupka C, Amet L, et al., "Porphyrinuria in childhood autistic disorder: implications for environmental toxicity", *Toxicol Appl Pharmacol* 2006; 214(2): 99–108. 29. *Suite note* ►

vaccins. L'auteur est considéré d'emblée comme un *antivax*⁶⁶ par une partie de la communauté scientifique, mais c'est malheureusement systématique pour tout professionnel de santé qui émet des doutes sur la sécurité vaccinale avec pour conséquence : remise en cause des compétences de la personne, de sa santé mentale, impossibilité de publier et mise au placard professionnelle.

- ▶ • Geier D.A., Geier M.R., "A prospective assessment of porphyrins in autistic disorders: a potential marker for heavy metal exposure", *Neurotoxicity Res.* 2006; 10(1): 57–64 30.
 - Geier D.A., Geier M.R., "A case series of children with apparent mercury toxic encephalopathies manifesting with clinical symptoms of regressive autistic disorders." *J Toxicol Environ Health A* 2007; 70(10): 837–851. 31.
 - Geier D.A., Kern J.K., Geier M.R., "The biological basis of autism spectrum disorders: understanding causation and treatment by clinical geneticists", *Acta Neurobiol Exp (Wars)* 2010; 70(2): 209–226. 32.
 - Austin D.W., Shandley K., "An investigation of porphyrinuria in Australian children with autism", *J Toxicol Environ Health, A* 2008; 71(20): 1349–1351. 33.
 - Adams J.B., Baral M., Geis E., et al., "The severity of autism is associated with toxic metal body burden and red blood cell glutathione levels", *J Toxicol* 2009: 532640.
66. Personne/organisation qui est contre la vaccination et qui remet en question son caractère efficace ou pense qu'elle peut être nuisible pour la santé de la personne recevant le vaccin.

Le témoignage du scientifique R. Gherardi⁶⁷ en dit long sur ce milieu de la vaccination.

D'autres scientifiques pensent que rien ne prouve que l'apparition des variants (sous-entendu brésilien, britannique, sud-africain...) est provoquée par la vaccination car la mutation est une fonction naturelle des virus. L'essentiel de la communauté scientifique indique qu'il faut au contraire vacciner massivement et surtout ne pas arrêter car ce serait le moyen de relancer l'épidémie, ce qui n'est pas un gage de vérité. Le professeur en immunopathologie Michel Moutschen argumente : « *Si vous mettez tous les jours une toute petite quantité d'insecticide sur une fourmière, vous allez tuer quelques pourcentages des fourmis et ensuite, certaines fourmis vont devenir très résistantes à l'insecticide. Alors que si vous mettez une grosse quantité d'un coup les mutants ne pourront jamais survivre*⁶⁸. » On notera que

67. Lire les articles antérieurs à la crise COVID sur le sujet : Gherardi R., *Toxic Story*, Ed. Actes Sud, 2016 (sa vidéo est très explicite : <https://www.actes-sud.fr/node/56813>)

68. AFP Belgique, « Le risque d'évasion immunitaire ne remet pas en cause les campagnes de vaccination », <https://factuel.afp.com/>, 25 mars 2021.

cette approche implique la vaccination obligatoire pour tous, ce qui impliquerait des moyens de coercition auprès de la population réticente. Cette vision reflète malheureusement la pensée dominante de la communauté internationale.

C'est ce qu'explique l'OMS⁶⁹ sur son site : « *Si nous ne maintenons pas des taux suffisants de vaccination, autrement dit l'immunité collective, les maladies évitées par la vaccination reviendront et en l'absence de vaccination, des maladies devenues rares, comme la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole réapparaîtront rapidement.* » Si cette affirmation n'en est pas moins juste, elle ne peut aller à l'encontre du libre choix des personnes de se faire vacciner ou pas.

Mike Yeadon, ancien vice-président de Pfizer – très critique sur la vaccination actuelle contre la COVID – affirme que l'hypothèse de l'échappement immunitaire conduit à la production de variants qui auraient tendance à « *devenir moins dangereux à mesure qu'ils trouvent un équilibre*

69. <https://www.who.int/features/qa/84/fr/>

*avec leur hôte humain*⁷⁰ ». Il ne partage donc pas la position de Geert Vanden Bossche et propose une autre explication.

70. Sones M., "Exclusive: Former Pfizer VP to AFLDS: Entirely possible this will be used for massive-scale depopulation", www.americasfrontlinedoctors.com, 25 mars 2021.

Mike Yeadon dénonce un « *vaccin imparfait* »

Co-fondateur du laboratoire Ziarco, ancien vice-président et directeur scientifique de Pfizer, Mike Yeadon ne mâche pas ses mots : il dissèque les différents développements sur la COVID depuis un an, et tire des conclusions inquiétantes. « Je ne vois pas d'explication bienveillante⁷¹ », affirme-t-il. Ce spécialiste n'est pas un *antivax*, c'est même plutôt un « promoteur des vaccins », son raisonnement repose sur l'observation et le bon sens : « *Au Royaume-Uni, il est tout à fait clair que les autorités sont déterminées à suivre la voie de l'administration des vaccins au plus grand nombre possible d'individus dans la population. C'est de la folie, car même si ces produits (vaccins) étaient légitimes, la protection n'est nécessaire que pour ceux qui présentent un risque particulièrement élevé de décès face au virus. Pour ces personnes, il pourrait même y avoir une justification selon*

71. Vidéo disponible sur : <https://www.francesoir.fr/videos-les-debriefings/mike-yeadon-debriefing>

laquelle les risques (du vaccin) valent la peine d'être encourus. Et il y a certainement des risques que j'appelle "mécanistes", c'est à dire inhérents au mode opératoire des vaccins [...] Mais toutes les autres personnes, celles en bonne santé et qui sont âgées de moins de 60 ans, peut-être un peu plus âgées, ne périssent pas du virus. Dans cette grande tranche d'âge, il est totalement contraire à l'éthique d'administrer quelque chose de nouveau alors que le potentiel d'effets indésirables au bout de quelques mois est totalement inconnu⁷². »

Il évoque les risques de ces vaccins : « Il n'y a aucune justification médicale à cela (vaccination de masse). Sachant que la conception de ces vaccins (COVID) provoque l'expression de la protéine Spike dans le corps des receveurs, ce qui génère des effets biologiques néfastes chez certaines personnes (initiation de la coagulation sanguine et activation du "système du complément" immunitaire). Je suis déterminé à souligner que ceux qui ne sont pas exposés au risque de ce virus ne devraient pas être exposés au risque d'effets indésirables de ces

72. Sones M., op. cit., 2021.

*agents*⁷³ (*du vaccin*). » Ce spécialiste indique que les vaccins anti-COVID peuvent avoir un effet sur la coagulation du sang, ce qui est déjà constaté par les épisodes de thrombose après vaccination, notamment du vaccin AstraZeneca. Lorsqu'un caillot de sang (thrombus) cause une obstruction, on parle de thrombose. Une thrombose dans une veine est presque toujours associée à une phlébite (une inflammation dans la veine). Les caillots qui obstruent la circulation sanguine sont les principaux responsables de la plupart des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et crises cardiaques. Ils peuvent également endommager d'autres organes (les yeux par exemple, ce qui peut entraîner une cécité).

Il évoque aussi un risque pour le « système du complément immunitaire » qui se définit comme un groupe de 35 protéines connues du sérum⁷⁴

73. *Id.*

74. Douze de ces protéines sont directement impliquées dans les mécanismes d'élimination des pathogènes, les autres régulent l'activité des premières afin d'éviter une réaction auto-immune (le système immunitaire dysfonctionne et agresse ses propres constituants).

qui appartiennent à l'immunité innée. Cette composante du système immunitaire joue un rôle clé dans l'élimination des pathogènes et dans l'homéostasie⁷⁵. Selon Mike Yeadon, il serait affecté par les vaccins anti-COVID. Le spécialiste ne détaille pas dans ses propos le risque provoqué par l'activation du système du complément immunitaire mais le vaccin pourrait agir comme un déclencheur de maladies auto-immunes graves ou provoquer des cancers. C'est ce que les études récentes sur le système du complément ont montré⁷⁶.

Mike Yeadon précise que les vaccins qui sont mis sur le marché sont imparfaits mais qu'ils protègent, y compris contre les variants (à la différence de Vanden Bossche et son approche de l'échappée immunitaire), ce qui signifie qu'ils

75. Stabilisation, réglage chez les organismes vivants, de certaines caractéristiques physiologiques : pression artérielle, température, etc.

76. Dougan M., Noe R., Fridman W.H., et al., « Le système du complément. Une épée à double tranchant dans la progression tumorale », *Médecine/Science* n° 10, vol. 33, octobre 2017. DOI : 10.1051/medsci/20173310019

atténueraient les symptômes chez les personnes vaccinées mais n'arrêteraient pas la transmission du coronavirus en le faisant évoluer vers des souches plus dangereuses. On constate depuis peu dans les EHPAD français des clusters chez les personnes vaccinées avec des symptômes atténués et sans cas grave. Elles peuvent vraisemblablement transmettre le SARS-coV-2, cela devrait être prochainement démontré au regard du nombre important de cas dans certains établissements.

Pour Yeadon, l'utilisation de vaccins imparfaits est connue de ceux qui les produisent et de ceux qui en autorisent l'utilisation, à savoir les gouvernements. « *En Chine, on utilise délibérément des vaccins imparfaits contre la grippe aviaire afin de réduire rapidement les populations de poulets, les sujets non vaccinés meurent en trois jours. Dans le cas de la maladie de Marek, et pour sauver tous les poulets, la seule solution était de vacciner 100 % du troupeau, car tous les sujets non-vaccinés couraient un risque élevé de mourir. L'utilisation d'un vaccin imparfait est donc dictée par l'intention,*

c'est-à-dire qu'il est possible que l'intention soit de causer un grand tort aux sujets non vaccinés⁷⁷. »

Le fonctionnement des vaccins imparfaits contre la maladie de Marek chez les volailles a été confirmé par une étude en 2015, celle-ci montre que ces vaccins imparfaits protégeraient les individus vaccinés mais permettraient au virus d'évoluer vers une forme plus virulente tout en contaminant d'autres individus.

Ces recherches prouvent la forte corrélation entre la vaccination et le développement de souches du virus de Marek qui sont devenues, avec le vaccin, beaucoup plus dangereuses pour les volailles. Les scientifiques rappellent qu'avant les vastes campagnes de vaccination pour protéger les élevages, cette maladie n'était pas mortelle et sa transmission était beaucoup plus lente⁷⁸. Ce qui fait dire à Yeadon qu'il est impossible que cette situation ne soit pas connue des

77. Sones M. *op. cit.*, 2021.

78. Read A.F., Baigen S.J., Powers C. et al. "Imperfect Vaccination Can Enhance the Transmission of Highly Virulent Pathogens." *PLOS Biology*, DOI:10.1371/journal.pbio.1002198 , 27 juillet 2015.

Bigpharma et qu'il y a donc une malveillance volontaire. Il rapporte également que la fondation Bill et Melinda Gates avait accordé une subvention à l'Agence britannique de réglementation des médicaments et des produits de santé (MHRA), dénonçant ainsi un conflit d'intérêt majeur et une corruption qui semble s'étendre également à l'Agence européenne des médicaments : « *L'Agence européenne des médicaments n'a pas exigé certaines choses, comme l'a révélé le piratage de ses dossiers lors de l'examen du vaccin Pfizer.* » Les données sur le vaccin Pfizer contre la COVID, qui avaient été piratées fin 2020, ont ensuite été diffusées sur internet⁷⁹, permettant à ceux qui le souhaitent – et parfois des spécialistes – d'analyser les conditions dans lesquelles l'Agence européenne du médicament a octroyé les autorisations de mise sur le marché. Technique illicite mais efficace pour confondre les irrégularités et les connivences.

79. Vitard A., « Les données volées du vaccin Pfizer-BioNTech ont été publiées sur Internet », <https://www.usine-digitale.fr>, 14 janvier 2021

Yeadon de conclure : « *Je pense que les grosses sommes d'argent de l'industrie pharmaceutique et de la Fondation Bill et Melinda Gates créent un environnement où dire "non" n'est pas une option pour l'organisme de régulation (Agence européenne du médicament)*⁸⁰ ». Une corruption qui s'avère donc institutionnalisée.

Dans la démarche de vaccination qui est en cours, le scientifique voit un moyen de nuire à une part non négligeable de la population mondiale dans les années à venir, et même une manière de procéder à une dépopulation à grande échelle⁸¹. Pourquoi une telle affirmation ?

80. Sones M., *op. cit.*, 2021.

81. *Id.*

Le vaccin dissimulé de l'OMS contre la fertilité

Cela pourrait être lié à l'affaire des vaccins anti-fertilité dissimulés dans les vaccins antitétaniques administrés dans les pays pauvres et que Yeadon ne peut ignorer au poste qu'il a occupé chez Pfizer.

L'affaire – ou les affaires – du vaccin antifertilité utilisé par les Nations-Unies et de grandes associations de philanthropes qui se présentent toujours comme des bienfaiteurs de l'humanité, ont décidé à partir des années 70 d'inhiber le système reproductif des femmes dans les pays pauvres. À leur insu, puisqu'une telle politique ne peut être moralement et médicalement justifiée.

« L'OMS met en place dès 1974 une équipe (Task Force) pour la recherche d'un vaccin anti-fertilité [...]. Les recherches de l'OMS afin d'inhiber la fertilité ont, entre autres, porté sur les hormones hCG⁸² ou gonadotropine chorionique

82. Jones W.R. et al., "Phase I Clinical of a World Health Organisation Birth Control Vaccine", *The Lancet*, 11; 1(8598): 1295-8. DOI: 10.1016/s0140-6736(88)92117-4, 11 juin 1988.

[...] *Il s'agit d'une hormone naturelle, responsable du maintien du corps jaune, qui est généré par la femme dès que la fécondation a eu lieu. Or, l'action biologique de l'hCG, indispensable à la croissance et au développement de l'ovule fécondé, est inhibée par une anatoxine tétanique ou diphtérique [...] Un vaccin dirigé contre l'hCG fait régresser le corps jaune et provoque la rupture de la pré-implantation embryonnaire. Autrement dit, cette méthode est abortive au premier stade de vie de l'embryon⁸³. »*

Cet antigène a été dissimulé dans des vaccins antitétaniques, ces derniers sont ensuite régulièrement et illégalement administrés aux femmes dans de nombreux pays du Sud, en Asie, en Afrique et en Amérique Latine depuis des décennies et sans que les auteurs ne soient jamais inquiétés ni poursuivis devant un tribunal national ou international. Et ce, malgré des positions idéologiques publiées dans des revues scientifiques telles que *Immunology Today* : « *Le contrôle de la*

83. Tereso G., *L'Élimination des pauvres dans le monde*, Ed. du Bien Commun, Paris, 2021.

*population mondiale est sans aucun doute l'un des plus urgents problèmes de l'humanité*⁸⁴. »

À propos d'une affaire au Mexique sur l'utilisation illégale des vaccins anti hCG pour bloquer la reproduction des femmes à leur insu et impliquant l'OMS et les autorités du pays, Gabriel Tereso explique que l'OMS est condamnable pour :

- « • *Pratique illégale d'essai vaccinal à grande échelle sans l'accord des autorités mexicaines, du moins officiellement (il n'y a pas, à notre connaissance, de publication scientifique sur cet essai, ce qui est impensable dans les années 90 et montre que la vaccination contre l'infertilité est non déclarée);*
- *Pratique illégale d'un essai vaccinal à grande échelle, soit dans un processus de phase III, tel que défini par la communauté scientifique internationale et l'OMS elle-même faisant office d'autorité en la matière. Il n'y a pas de*

84. Dirnhofer S., Wick G., Berger P., "The Suitability of Human Chorionic Gonadotropin (hCG)-Based Birth-Control Vaccines", *Immunology Today*, vol. 15, n°10, 1994: 469-74.

garantie que les phases précédentes (I et II) aient été validées et aient donné lieu à une autorisation légale et officielle pour un essai en phase III ;

- *Utilisation de cobayes humains et injection d'une substance non indiquée et non autorisée à l'insu des populations cibles ;*
- *Volonté avérée et acte prémédité de dissimulation auprès des populations auxquelles il est proposé l'injection sous le seul motif d'un vaccin antitétanique ;*
- *Mise en danger des mères et surtout des enfants qu'elles pouvaient porter à leur insu (premiers mois de grossesse), notamment le risque de malformation congénitale ou de décès de l'enfant in utero⁸⁵.*

Dirnhofer S., Wick G. et Berger P. confirment dans une publication que les effets immunopathologiques associés au hCG n'ont pas été évalués chez l'être humain et que la sécurité de ces vaccins se pose en raison de réactions auto-

85. Tereso G., *op. cit.*, 2021.

immunes et de perturbations mal connues du système endocrinien⁸⁶.

Penser que ce type d'expérience n'arrive que dans les pays du Sud serait une erreur. Aussi n'est-il pas nouveau que les organismes internationaux censés protéger les populations, se livrent à des expériences dégradantes et illégales. Mais qui va les condamner ? Le tribunal international de la Haye ? C'est eux qui l'ont instauré.

Dans une affaire de 2020, la Fondation Gates, fait l'objet d'une pétition par plus de 689 000 signataires au 24 avril 2021 auprès de la Maison Blanche pour faute médicale et crimes contre l'humanité⁸⁷. La fondation aurait administré illégalement, et à l'insu des patients, des vaccins antipolio en Afrique qui contiennent l'antigène hCG⁸⁸. Il est peu probable que la Fondation et son

86. Dirnhofer S., Wick G., Berger P., *op. cit.*, 1994.

87. <https://petitions.trumpwhitehouse.archives.gov/petition/we-call-investigations-bill-melinda-gates-foundation-medical-malpractice-crimes-against-humanity>

88. Hazard C., "White House petition to investigate Gates foundation garners more than 600,000 signatures", <https://justthenews.com>, 27 juillet 2020.

représentant Bill Gates, puissent faire l'objet d'une condamnation.

Lee Harding, chercheur associé au *Frontier Centre for Public Policy*, écrit : « *La philanthropie de Gates sur les soins de santé est motivée par son point de vue selon lequel le contrôle de la population est essentiel. Son rôle intégral dans le financement de l'OMS est préoccupant en raison de la longue association de cette organisation avec le développement de vaccins abortifs avant même que l'influence de Gates ne s'applique. Il est important que les gouvernements nationaux et les groupes de surveillance fournissent une évaluation indépendante approfondie des vaccins parrainés par Gates, en particulier par l'intermédiaire de l'OMS, pour s'assurer qu'ils ne deviennent pas des moyens de contraception clandestins*⁸⁹. »

Le contrôle de Gates se renforce sur l'OMS dont il est le premier bailleur de fonds, sur les médias et sur les politiques publiques de santé

89. Harding L., "Gates, WHO, and Abortion Vaccines", <https://fcpp.org/2020/07/19/gates-who-and-abortion-vaccines/>, 19 juillet 2020.

particulièrement. Il utilise ses richesses pour imposer ses vues à partir de modalités non démocratiques puisqu'il n'est pas élu et n'a finalement pas besoin de l'être pour arriver à ses fins.

La fondation Gates et sa stratégie de domination par les vaccins

Bill Gates aime à se qualifier et à se faire qualifier de philanthrope par les médias dans lesquels il a des participations ou qu'il subventionne dans un grand nombre de pays, particulièrement en Occident⁹⁰. Bill a aussi investi dans les vaccins qu'il finance pour l'Afrique et les pays du Sud depuis plusieurs années, il finance également l'initiative internationale GAVI sur les vaccins et la construction d'usines de fabrication de vaccins contre la COVID pour une production de 15 milliards de doses. Il veut vacciner toute la planète et il n'a visiblement pas l'intention de demander le consentement des personnes.

Il promeut les OGM qu'il juge nécessaire au développement des vaccins et il n'hésite pas à financer des lobbies dont le but est d'exercer des pressions sur la Commission européenne pour

90. Le Journal *Le Monde* reçoit par exemple un financement annuel de la Fondation Gates.

contourner une décision de la Cour de justice européenne sur certains OGM. Ce sont 1,5 million de dollars qui ont été « déboursés par le milliardaire américain Bill Gates. Le lobbying en faveur des nouveaux OGM – ou organismes issus des nouvelles techniques d'édition du génome préfèrent dire leurs défenseurs – vrombit au cœur des instances de l'Union européenne. Les grandes firmes de l'agrochimie et certains chercheurs en biotechnologies cherchent ardemment à faire échapper à la réglementation sur les OGM ces organismes obtenus par les nouvelles techniques biotechnologiques (dont le CRISPR-Cas 9 qui est une technique récente de manipulation génétique⁹¹) [...] Cette somme a été versée “pour un dialogue avec un large éventail de parties prenantes européennes sur l'édition du génome” à Re-Imagine Europa, un groupe de réflexion européen créé en

91. Le système CRISPR-Cas9 est un nouveau système simple, rapide et efficace pour couper l'ADN à un endroit précis du génome, dans n'importe quelle cellule. Il est constitué d'un “ARN guide”, qui cible une séquence d'ADN particulière, associé à l'enzyme Cas 9, qui, comme des ciseaux moléculaires, coupe l'ADN.

2018 par Valéry Giscard d'Estaing⁹² ». Quel est le lien entre Bill Gates et Valéry Giscard d'Estaing ? Peut-être le groupe Bilderberg⁹³, un club secret très influent⁹⁴ favorable à une gouvernance mondiale par le secteur privé.

« La Fondation Bill et Melinda Gates a dépensé plus de 5 milliards de dollars pour transformer les systèmes alimentaires en Afrique. Elle est également l'un des principaux investisseurs dans les entreprises de biotechnologie qui brevètent la vie et l'alimentation, pointe le groupe d'investigation américain US Right to know, qui documente le pouvoir d'influence du magnat. Or, les pays africains dans lesquels elle étend son influence regardent attentivement la législation européenne. D'où son intérêt à la faire évoluer⁹⁵. »

92. Astier M., Reinert M., « Bill Gates finance le lobby des nouveaux OGM en Europe », *Reporterre*, <https://reporterre.net>, 31 mars 2021.

93. https://fr.wikipedia.org/wiki/Bill_Gates#cite_note-23

94. Romane, « 40 personnalités politiques françaises qui sont membres ou sympathisants de sociétés secrètes ! », www.letribunaldunet.fr, 26 mai 2020.

95. *Id.*

À l'été 2019, donc quelques mois avant l'apparition de l'épidémie de SARS-coV-2, la fondation Gates testait en Afrique un vaccin antipolio contenant des nanoparticules pour s'assurer que les personnes ont, inscrite dans le corps, la preuve qu'elles ont été vaccinées : « *Des ingénieurs du Massachusetts Institute of Technology (MIT) ont inventé des nanoparticules injectables sous la peau qui émettent une lumière fluorescente invisible à l'œil nu mais visible par un smartphone, et qui pourraient un jour servir à confirmer que la personne a bien été vaccinée*⁹⁶ ».

96. Le Monde/AFP, « Le Kenya et le Malawi, zones test pour un carnet de vaccination injecté sous la peau », *Le Monde*, 19 décembre 2019.

« *La recette finale est composée de nanocristaux à base de cuivre, appelées des boîtes quantiques ("quantum dots" en anglais), de 3,7 nanomètres (nm) de diamètre, et encapsulés dans des microparticules de 16 micromètres (1 μ m = un milliardième de mètre, et 1 nm = un milliardième). Le tout est injecté par un patch de microaiguilles de 1,5 mm de longueur. Après avoir été appliquées sur la peau pendant deux minutes, les microaiguilles se dissolvent et laissent sous la peau les petits points, répartis par exemple en forme de cercle ou bien d'une croix. Ces petits points sont excités par une partie du spectre lumineux invisible pour nous, proche de l'infrarouge.* »

Il y a souvent confusion, dans l'opinion publique, entre nanoparticules et puces RFID : ces dernières sont des dispositifs électroniques miniaturisés qui peuvent également être injectés ou associés à un vaccin, et dont la fonction préétablie peut être déclenchée à distance par émission radio (onde électromagnétique). Si Microsoft a déposé des brevets qui s'apparentent à un tel dispositif, ici il s'agit d'un système plus simple qui permet de marquer les personnes comme on marque du bétail. Ces méthodes peu respectueuses de la personne humaine posent de sérieuses questions éthiques mais aussi médicales car l'élimination par l'organisme de ces corps étrangers (ions métalliques) ne semble pas être la préoccupation de ceux qui ont initié ces techniques.

Le passeport santé ou l'oppression contre ceux qui refuseront le vaccin

Si la pandémie de COVID-19 échappe aux vaccins comme cela semble être le cas avec l'apparition de clusters chez les personnes vaccinées, cela implique que les vaccinations pourraient être renouvelées périodiquement – comme le vaccin de la grippe saisonnière. C'est une très bonne nouvelle pour l'industrie pharmaceutique et pour Bill Gates qui a largement investi sur toute la chaîne, à savoir le développement, la production, la vente et l'administration des vaccins.

Il ne fait aussi aucun doute qu'un tel dispositif serait rapidement utilisé en Occident pour vérifier que les personnes sont vaccinées et qu'un système coercitif sera mis en place à travers le passeport santé ou le certificat vert comme il faut le nommer pour l'Europe. Le sophisme qui consiste à dire qu'il permettra de faciliter la circulation et les droits des personnes en règle – c'est-à-dire vaccinées – n'occulte pas la répression qui s'appliquera à celles

qui ne le seront pas. Au point que les droits les plus fondamentaux pourraient leur être retirés : liberté de circulation, liberté de travailler, liberté d'acheter et de vendre...

En Italie, la vaccination obligatoire contre la COVID-19 pour tous les soignants et pharmaciens est entrée en vigueur, samedi 10 avril, par décret. *« C'est la nouvelle doctrine du gouvernement italien, il faut savoir que 85% des professionnels de santé ont déjà été vaccinés, et que beaucoup sont d'accord pour le faire, mais il y a des réfractaires, explique le journaliste Alban Mikoczy⁹⁷, en direct depuis Rome. Ces réfractaires à la vaccination risquent d'être placés dans des fonctions où ils n'auront pas accès au public. Si un changement de poste n'est pas possible dans un hôpital ou une petite commune, ces soignants seront obligés de rester chez eux. Ils devront prendre toutes leurs vacances, et si ça ne suffit pas, ils seront placés en congé sans solde, et enfin, le gouvernement prévoit même une mesure de licenciement. »*

97. Mikoczy A., « Italie : les soignants et pharmaciens obligés de se faire vacciner contre le COVID-19 », www.francetvinfo.fr, 10 avril 2021.

Cet événement n'est pas anodin, il marque le premier passage en Europe de mesures autoritaires et contraignantes (port du masque obligatoire, limitation de déplacement) à un système coercitif et fascisant marqué par la suppression de droits incompressibles comme celui de travailler et par effet domino de se loger, de se nourrir, de se former, etc. Les réfractaires au vaccin subissent déjà des pressions sociales – ils sont classés dans une catégorie, celle des « complotistes », ce qui équivaut dans l'esprit de certaines personnes à « raciste » ou « malfaiteur ». En Italie, la répression a déjà pris le relais de l'oppression pour le personnel de santé.

Il ne fait aucun doute que cette répression ne se limitera ni à l'Italie, ni à au personnel de santé. Le passeport santé ou certificat vert est l'outil qui permettra de faire valoir et de mettre en œuvre une répression qui s'organise pour la région Europe et dans d'autres pays. Il y aura des résistances mais une société qui a déjà accepté le port du masque, les restrictions de déplacement, la fermeture des commerces et la vaccination, donne

un signal positif aux autorités pour accepter une répression plus stricte encore.

Des médecins, des paramédicaux, des juristes et des citoyens se mobilisent via les moyens dont ils disposent : courriers aux élus, pétitions, manifestations. Personne n'est dupe, ces moyens démocratiques n'ont aucune efficacité dans un mode de gouvernance qui a glissé progressivement vers un transfert du pouvoir au secteur privé et particulièrement aux nouveaux maîtres du monde tels que les définit Ziegler⁹⁸ : ce club des ultrariches et de personnes influentes qui prennent les décisions importantes au sein de réunions privées et de groupes secrets. Les pouvoirs publics s'apparentent à une courroie de transmission pour quelques grands milliardaires. Seulement 26 d'entre eux détiennent autant d'argent que la moitié la plus pauvre de la population mondiale, soit la richesse de 3,8 milliards d'individus⁹⁹.

98. Ziegler J., *Les Nouveaux Maîtres du monde*, Paris, Fayard, 2002.

99. *La Tribune*, « Rapport Oxfam : 26 milliardaires détiennent autant d'argent que la moitié de l'humanité », latribune.fr, 21 janvier 2019.

« *Il va falloir passer à l'accélération* », a ainsi enjoint le commissaire européen Thierry Breton, affirmant que c'est « *aux États membres de s'organiser et d'accélérer* » la campagne vaccinale. « *Ils ont 420 millions de doses à administrer en trois mois et demi* », a-t-il précisé. Et si les États décident d'étendre la vaccination aux enfants ou de désigner les enseignants comme public prioritaire, le commissaire européen l'assure, l'Europe aura « *la capacité et la plateforme quand il faudra le faire*¹⁰⁰ ». Thierry Breton est très « proche » des francs-maçons¹⁰¹.

100. Cohen D., « COVID-19 : Thierry Breton présente le certificat sanitaire européen, qui sera disponible dès le 15 juin », *Le Figaro*, 28 mars 2021.

101. • Coignard S., « Francs-maçons, la main invisible », *Le Point*, 27 novembre 2011.

• Lalanne B., « Thierry Breton, L'heure de vérité », *Les Échos*, <http://archives.lesechos.fr>, 1^{er} septembre 2003.

• *Challenges*, « Les frères du business - FRANC-MAÇONNERIE », *Challenges.fr*, 24 septembre 2009.

La programmation de la vaccination des enfants

La décision de la vaccination des enfants a déjà été prise par anticipation et bien avant que ce soit nécessaire. D'ailleurs cela ne devrait pas l'être pour l'instant comme l'indique l'INSERM¹⁰². On peut cependant considérer que ce discours évoluera prochainement vers la conclusion contraire face à la nécessité d'une immunité collective et à la transmission du virus par les personnes vaccinées, même si les vaccins réduisent pour l'instant la charge virale et donc la transmission (cf. *infra* : hypothèse du vaccin imparfait avancée par Yeardon, chapitre p. 92).

102. « *Les enfants et adolescents sont peu affectés par les formes graves de COVID-19 qui demeurent rares et se retrouvent surtout chez des enfants souffrant de comorbidités et de déficits immunitaires [...]. Par ailleurs, des formes inflammatoires post-infectieuses ressemblant à la maladie de Kawasaki ont été relevées, mais il s'agit là encore d'une pathologie rare et pour laquelle il existe des traitements efficaces.* » (Inserm, « Vacciner les enfants pour lutter contre la pandémie, vraiment ? », <https://presse.inserm.fr>, 23 mars 2021).

Pour comprendre ce qui sera rendu public, il faut regarder ce qui se dit aujourd'hui : les laboratoires ont commencé à tester les vaccins sur les enfants, y compris sur les bébés.

Des pédiatres annoncent dès février 2021 « qu'une immunité collective efficace nécessitera la vaccination des enfants » et considèrent qu'il s'agit d'une « obligation éthique et d'une nécessité pratique¹⁰³ », pour bien faire comprendre à ceux qui ne seraient pas d'accord qu'ils n'auront pas le choix.

« Si on ne vaccine pas (les enfants), il va y avoir des poches de population non vaccinées dans lesquelles ce virus va pouvoir continuer à circuler et réinfecter des adultes, parce qu'aucun vaccin n'est efficace à 100%¹⁰⁴. » Cette affirmation ressemble à l'obligation d'une vaccination pour tous.

Le laboratoire Moderna avait déjà pris les devants en 2020 pour annoncer publiquement le

103. Class P., Ratner A.J., "Vaccinating Children against COVID-19 - The Lessons of Measles", *The N Eng J Med*, 384,7, 18 février 2021.

104. *Id.*

15 mars 2021 qu'il avait lancé des essais de son vaccin sur des milliers d'enfants, âgés de 6 mois à 11 ans (6 750 enfants aux États-Unis et au Canada) alors que son vaccin est autorisé pour les personnes de 18 ans et plus, en Amérique du Nord, dans l'Union européenne et dans quelques autres pays dont Israël et Singapour¹⁰⁵. Aux États-Unis, l'immunologue Anthony Fauci, conseiller de la Maison Blanche, a déjà annoncé que les enfants de moins de 12 ans pourront être vaccinés début 2022 alors qu'aucun vaccin (Pfizer/BioNTech, Moderna, Johnson & Johnson) n'est pour l'instant administré à des enfants de moins de 16 ans sur le territoire américain. Il est cependant prévu que les lycéens puissent se faire vacciner dès la rentrée scolaire 2022¹⁰⁶.

Le mimétisme et les erreurs commises dans le passé dans de nombreux pays qui ont suivi l'alerte

105. *Europe 1*, « COVID-19 : début des essais du vaccin de Moderna sur des milliers d'enfants aux États-Unis », <https://www.europe1.fr>, 16 mars 2021.

106. CY C., AFP, « États-Unis : les enfants seront très probablement vaccinés début 2022 contre le COVID-19 », <https://www.bfmtv.com>, 28 février 2021.

et la politique mondiale de vaccination contre la H1N1 n'ont pas servi de leçon. Au Royaume-Uni, des enfants ont été atteints de narcolepsie et de cataplexie suite à la vaccination : « *Le trouble du sommeil est permanent et peut arriver à tout moment. Certains narcoleptiques ont des terreurs nocturnes et une maladie musculaire appelée cataplexie qui peut les amener à s'effondrer sur place*¹⁰⁷ ». Le gouvernement britannique a indemnisé les victimes... comme en France. L'argument avancé est toujours celui du coût-bénéfice, il y a des dégâts collatéraux mais le nombre de morts évités est plus important. Est-ce vrai dans le cas du H1N1 ?

107. Sample I., "Ministers lose fight to stop payouts over swine flu jab narcolepsy cases", *The Guardian*, 9 février 2017.

Le *Lancet* Gate

Les moyens d'influence et de manipulation de la population générale ne manquent pas mais ceux exercés sur la communauté scientifique non plus. Le *Lancet*, considérée comme la 1^{re} revue médicale mondiale, a fait l'objet d'une obscure affaire visant à prouver l'inefficacité de l'hydroxy-chloroquine.

« *La controverse scientifique sur l'hydroxychloroquine semblait enfin tranchée. Lorsque la prestigieuse revue médicale britannique The Lancet publie, le 22 mai, son étude sur l'efficacité de la chloroquine et de l'hydroxychloroquine, ses conclusions défavorables à la molécule font autorité, alors qu'en pleine pandémie de coronavirus le monde entier cherche un remède au COVID-19. Dans la foulée, l'Organisation mondiale de la santé en prend acte et annonce une suspension temporaire des essais sur ce médicament. En France, le ministre de la Santé, Olivier Véran, suit la même voie. Mais bien vite, des épidémiologistes et biostatisticiens font part de leurs soupçons. Les données*

utilisées leur paraissent bizarres, certaines statistiques leur semblent improbables. La polémique enfle, jusqu'à la rétractation des travaux controversés. » Voilà résumée en quelques lignes l'affaire du *Lancet* (*Lancet Gate*). Mais c'est dans le détail que l'on peut mieux déterminer les mécanismes de celle-ci :

1. Il est important de comprendre qu'une fois que le *Lancet* a publié son article, cela enclenche une série de mesures mondiales : l'OMS se cale sur les travaux de cette étude puis suivent les gouvernements qui s'alignent. Les faussaires ont donc bien compris les mécanismes de la chaîne de décision et provoquent un effet domino rendant caduque l'utilisation de l'hydroxychloroquine pour la prise en charge de la COVID et ce quelle que soit la réalité de l'efficacité ou non de l'hydroxychloroquine.

2. Les statisticiens et spécialistes qui ont démontré que cet article était une fraude ont rencontré des difficultés pour se faire entendre. Suspectés dans un premier temps de « complotisme » – puisqu'ils contestaient la « science » et la position

officielle –, ils n'auraient sûrement pas été entendus si le *Lancet* n'avait pas fait vérifier à nouveau (car un premier comité de relecture du *Lancet* avait donné un avis favorable pour publication) et craint pour sa réputation avant de finalement retirer cet article frauduleux.

3. Les contestataires ont d'autant plus de mal à être entendus que le *Lancet* doit faire son *mea culpa* et donc accepter que sa réputation de 1^{re} revue médicale mondiale soit écorchée en dénonçant cette affaire. Cela reste cependant un moindre mal et la revue a limité les dégâts en réagissant dans un délai assez court.

4. L'OMS et le gouvernement français, ainsi que tous les gouvernements ayant suivi les recommandations du *Lancet* sur cette publication, admettent difficilement ce retour de position qui les décrédibilise et les fragilise auprès d'une opinion publique qui ne fait pas toujours confiance aux autorités de leur pays.

5. L'hydroxychloroquine ne sera pas réhabilitée dans la prise en charge du COVID. Cette décision serait surtout le résultat d'un consensus

international sur l'inefficacité de ce produit à travers la publication d'autres études¹⁰⁸.

Dès le 26 mai 2020, le *Lancet* est contacté par une équipe de scientifiques sur la base de données utilisées pour faire l'enquête et qui apparaît comme frauduleuse tout comme les données publiées puisque certains hôpitaux cités dans l'étude confirment ne jamais avoir transmis de données à *Surgisphere*, la société américaine à l'origine de ce travail et de cette fraude scientifique. Didier Raoult est aussi l'un des premiers à dénoncer l'étude sur *Twitter*. Le rédacteur en chef du *Lancet* essaye d'amortir la critique avec des correctifs mais elle est relayée par les réseaux sociaux. « *Comment cette petite entreprise inconnue a-t-elle pu collecter en un temps record auprès de 1200 hôpitaux de 46 pays près de 96 000 dossiers de santé électroniques de patients atteints de COVID, y compris ceux avec une technologie limitée en conciliant différents langages et systèmes*

108. Société Française de Pharmacologie et Thérapeutique, « La chloroquine ou l'hydroxychloroquine sont-elles efficaces pour prévenir ou traiter l'infection par COVID-19 ? », <https://sfpt-fr.org/covid19-foire-aux-questions>, 15 février 2021.

de codage, tout en respectant les (aspects) réglementaires, de protection des données et d'éthique de chaque pays, s'interroge The Guardian¹⁰⁹ » ?

Pour Jean-François Bach – médecin, biologiste et immunologiste, secrétaire perpétuel honoraire de l'Académie des sciences –, cette faillite n'est pas surprenante : *« Je n'ai été qu'à moitié étonné. Étant donné la précipitation avec laquelle on est tombé dans l'épidémie. Quand on baisse le niveau de surveillance, on risque de faire des erreurs comme celle-là. Au cours de ces derniers mois, on a vu s'abaisser le niveau de qualité des articles publiés dans les grandes revues Coronavirus : le "Lancet Gate" ou le naufrage de la science business¹¹⁰. »* Mais alors que dire sur la rapidité avec laquelle les candidats vaccins ont été préparés et actuellement administrés à des dizaines de millions de personnes ?

109. A.M., « Ce que l'on sait de Surgisphère, la mystérieuse société au cœur du *Lancet Gate* sur l'hydroxychloroquine », www.egora.fr, 5 juin 2020.

110. Mercier M. et al., « Coronavirus : le "*Lancet Gate*" ou le naufrage de la science business. www.francetvinfo.fr, 20 juin 2020.

Conclusion

Faut-il se faire vacciner ? La réponse à la question ne peut être donnée que par chacun, cependant trois catégories de personnes ou d'opinions se profilent :

- Ceux qui acceptent de se faire vacciner volontairement car pour eux le vaccin est la meilleure solution ;
- Ceux qui accepteront de se faire vacciner sous la pression sociale, voire la contrainte, et notamment avec la privation de libertés fondamentales qu'ils jugeront plus importantes que le risque encouru en se faisant vacciner ;
- Ceux qui ne voudront pas se faire vacciner et supporteront les restrictions et privations.

La première catégorie devrait être la plus importante, puis la seconde rejoindrait la première sous une pression sociale déjà à l'œuvre et exercée par la première catégorie et/ou les privations de liberté existantes ou à venir avec le passeport santé. Enfin, la troisième catégorie prend le risque

de se voir exclue de la société et privée de ses droits les plus fondamentaux.

Les États commencent par désigner la manière dont il faut penser, puis ce qu'il est possible de dire et ce qu'il faut taire, enfin ce qu'il est autorisé de faire et de ne plus faire selon que le citoyen remplit les conditions établies par les nouvelles règles de vie. Cela rappellera certainement des souvenirs aux plus anciens.

Pour lutter contre les *fakenews* sur la COVID, le gouvernement français a créé un site officiel désignant l'information estampillée fiable et celle que le citoyen doit rejeter¹¹¹. La Société des Journalistes et la Société des Rédacteurs s'opposent à cette initiative douteuse précisant que la presse française est indépendante de l'État et du pouvoir politique¹¹². En réalité, cela correspond davantage à un souhait qu'à une réalité car les médias sont tributaires de financements publics ou privés. Cette alerte des deux sociétés précitées est restée sans suite.

111. <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>

112. « L'État n'est pas l'arbitre de l'information », *Le Figaro*, 3 mai 2020.

En France, les élections présidentielles devraient avoir lieu en avril 2022 et cela représente un enjeu majeur pour l'exécutif. On peut s'attendre à ce que les décisions qui pourraient contrarier les électeurs soient repoussées un temps encore. La pression sur la politique française, exercée par l'Europe et d'autres pays comme les États-Unis, mais aussi par le secteur privé, pourrait cependant ne pas autoriser l'octroi de ce délai aux Français qui ne voudraient pas d'une « vaccination forcée ». La nouvelle gouvernance sanitaire qui se met en place est mondiale et anti-démocratique.

« *Mon corps m'appartient* » était le slogan des pro-avortements au siècle dernier, il est d'ailleurs aujourd'hui repris par les Nations-Unies, plus exactement par le Fonds des Nations-Unies pour la population (FNUAP) dans son rapport annuel 2021. Le FNUAP promeut, entre autres, les politiques de réduction des naissances et l'avortement dans les pays pauvres. On peut lire : « *Nous avons le droit inaliénable de choisir ce que nous faisons de notre corps, de le protéger, d'en prendre soin et de nous exprimer à travers lui comme bon nous*

*semble. Notre qualité de vie en dépend. Notre vie elle-même en dépend*¹¹³. » Certainement, les Nations-Unies sont cohérentes sur l'ensemble de leur politique et ne pratiquent ni le relativisme ni la mauvaise foi, on peut donc considérer qu'elles octroieront aussi ce droit à ceux qui ne désirent pas se faire vacciner.

En France, l'avortement provoque l'élimination de 220 000 bébés à naître par an dans une quasi indifférence, et 47 millions par an dans le monde, toujours selon les données officielles du FNUAP. Si donc la vie d'enfants à naître n'a pas de valeur pour ceux qui promeuvent la décroissance démographique par des moyens illicites et immoraux, pourquoi celle de ceux qui sont nés en aurait-elle davantage ?

113. UNFPA, *Mon corps m'appartient : État de la population mondiale 2021*. Avril 2021. <https://www.unfpa.org/fr/publications/mon-corps-mappartient-%C3%A9tat-de-la-population-mondiale-2021>

Table des matières

Préambule	3
Liste des acronymes	5
Avant-propos	7
Introduction	11
Les vaccins disponibles en France et en Europe	15
Des décideurs politiques pressés	19
Des vaccins développés et mis sur le marché en quelques mois	27
La décision de la stratégie mondiale de vaccination	36
Le renforcement des systèmes de santé et du personnel soignant n'a pas eu lieu	42
Le développement des vaccins et l'estimation du rapport bénéfice-risque	48
Un vaccin anti-COVID élaboré en quelques heures grâce à la technologie ARN	54
De surprise en surprise	61
Retour sur l'affaire du sang contaminé	65
Les vaccins à ARN messenger (ARNm) peuvent-ils modifier notre ADN ?	70
Des informations biaisées transmises par l'ANSM sur les vaccins à ARN messenger	73

L'apparition des variants	79
L'hypothèse de l'échappement immunitaire	83
Mike Yeadon dénonce un « <i>vaccin imparfait</i> »	92
Le vaccin dissimulé de l'OMS contre la fertilité	100
La fondation Gates et sa stratégie de domination par les vaccins	107
Le passeport santé ou l'oppression contre ceux qui refuseront le vaccin	112
La programmation de la vaccination des enfants	117
Le <i>Lancet Gate</i>	121
Conclusion	127

La vaccination en question

La campagne de vaccination mondiale est lancée depuis le 3^e trimestre 2020. Dans certains pays, elle revêt de plus en plus un caractère obligatoire – y compris en France. Une telle politique représente un risque majeur pour les libertés individuelles.

La course au vaccin n'échappe malheureusement pas au jeu immoral auquel se prêtent les instances internationales sous couvert de santé publique : le respect des personnes, des consciences, de la dignité humaine est loin d'être à l'ordre du jour.

Le présent ouvrage entend faire le point de manière précise et rigoureuse sur les processus et les orientations des décisions sanitaires qui sont aujourd'hui proposées sinon imposées aux citoyens.

L'auteur

Laurent Aventin est spécialiste de santé publique. Il a notamment travaillé dans la lutte contre les maladies infectieuses et en santé de la reproduction dans les pays en développement pour le secteur de la recherche puis sur des projets opérationnels avec des ONG médicales, des administrations françaises ou les Nations-Unies.