

## Requête auprès de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

**Objet :** Nous demandons un débat sur les choix, des enquêtes sur les zones d'ombre, un dialogue sur les incohérences et un modèle transparent construit avec les citoyens pour des choix libres et éclairés concernant leur santé.

Nous faisons appel à l'OMS et aux corps médicaux des pays membres en vertu de l'article 1 et de l'article 2 points a, f, g, h, m, p, s de la constitution de l'OMS qui sont<sup>1</sup> :

Article 1: « *Le but de l'Organisation Mondiale de la Santé (ci-après dénommée l'Organisation) est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible* »

Article 2: « *L'Organisation, pour atteindre son but, exerce les fonctions suivantes:*

- *(a) agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international;*
  - *(f) établir et entretenir tels services administratifs et techniques jugés nécessaires, y compris des services d'épidémiologie et de statistique;*
  - *(g) stimuler et faire progresser l'action tendant à la suppression des maladies épidémiques, endémiques et autres;*
  - *(h) stimuler, en coopérant au besoin avec d'autres institutions spécialisées, l'adoption de mesures propres à prévenir les dommages dus aux accidents*
  - *(m) favoriser toutes activités dans le domaine de l'hygiène mentale, notamment celles se rapportant à l'établissement de relations harmonieuses entre les hommes;*
  - *(p) étudier et faire connaître, en coopération au besoin avec d'autres institutions spécialisées, les techniques administratives et sociales concernant l'hygiène publique et les soins médicaux préventifs et curatifs, y compris les services hospitaliers et la sécurité sociale*
  - *(s) établir et réviser, selon les besoins, la nomenclature internationale des maladies, des causes de décès et des méthodes d'hygiène publique;*
- (...) »*

Il apparait que ces principes n'ont pas été respectés, tel qu'il le sera démontré ci-après.

### SOMMAIRE

<b>1) Introduction/Faits .....</b>	<b>2</b>
<b>2) Analyse de solutions négligées .....</b>	<b>3</b>
.A Aérer et encourager l'activité en plein air .....	3
.B Obésité, sport et nutrition .....	4
.C Vitamine D - correction des niveaux .....	5
.D Ivermectine et hydroxychloroquine.....	6
<b>3) L'échec de solutions appliquées .....</b>	<b>7</b>
.A La vaccination massive.....	7
.B Les études cliniques d'efficacité et de la sécurité des vaccins .....	10
.C Passeport vaccinal ou tout autre document similaire, papier ou électronique, qui confère un avantage indu ou fait pression sur quelqu'un pour qu'il se fasse vacciner .....	17
.D Les masques .....	18
.E La peur .....	19
<b>4) Conclusion .....</b>	<b>20</b>

<sup>1</sup> [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)  
[Accessed 26/03/2021]

## **1) Introduction/Faits**

Le 30 janvier 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé votait l'état d'urgence sanitaire international, pour la 6<sup>ème</sup> fois depuis 1964.

Le SARS COV 2 était, à cette époque, déjà présent sur plusieurs continents, tandis que depuis cette heure, la pandémie a concerné, à quelques rares exceptions près, l'intégralité des pays de la planète.

Pour faire face à une situation d'une ampleur inédite dans l'histoire contemporaine, un certain nombre d'Etats ont mis en œuvre des solutions dont la plupart ont été dictées par l'urgence, sans considération d'une balance bénéfices risques pesée avec discernement.

Concrètement, des mesures de confinement généralisées ont été adoptées, des décisions de placement en quarantaine forcée ont été imposés aux populations, des interdictions de rassemblement ont été légions.

En moins d'un an, dans la plupart des Etats, la police est devenue la règle, la liberté l'exception !

Les auteurs de la présente saisine, tous scientifiques, ou médecins de renom, s'étant démarqués dans la prise en charge des patients atteints de la COVID 19, entendent parfaitement la nécessité de privilégier la santé publique au détriment, sans nul doute, des libertés individuelles ou au moins de certaines d'entre elles.

Mais outre la recherche de stricte proportionnalité, ils entendent faire valoir que les mesures ainsi édictées n'ont, pour beaucoup, aucun fondement scientifique, aucune légitimité sanitaire, en ce que leur bénéfice n'a jamais pu être démontré, tandis que leurs risques ont été clairement identifiés, et peuvent être jugés comme colossaux sur le plan individuel et sur le plan collectif.

Sur le plan individuel, et ainsi qu'il le sera exposé, le port généralisé du masque, les mesures de confinement, les isolements contraints, la vaccination de masse, ont des conséquences certaines, et les signataires de la présente s'étonnent de ce que ces dernières soient niées ou minimisées, alors que la littérature abonde quant à celles-ci.

Or, le bénéfice de ces décisions est notoirement insuffisant pour pouvoir imaginer de juguler leurs risques bien réels.

Cette absence de fondement scientifique aux mesures ainsi édictées et généralisées, tendent à inquiéter la communauté des juristes internationaux, qui déposeront prochainement une requête démonstrative auprès du comité des droits de l'homme de l'ONU aux fins d'interroger le point de savoir si la pandémie n'a juste pas servi de prétexte aux Etats pour asseoir les Nouvelles bases d'un contrat social, qui, déséquilibré, permettrait de restreindre les libertés publiques, et la force d'opposition que représentent leur mise en œuvre.

Sans avoir peur des mots, il appartient aux Médecins et scientifiques signataires d'interroger l'Organisation Mondiale de la Santé sur ce qu'elle entend mettre en œuvre pour que l'épidémie de covid19 ne soit pas suivie d'un effondrement politique, social, économique des Etats, tandis qu'ils ne sauraient accepter qu'une maladie infectieuse aux conséquences médicales limitées et gérables, puisse servir de prétexte à une remise en cause des fondements de civilisation démocratique, et qu'ainsi, malgré eux, ils puissent être assimilés à des promoteurs d'un nouvel équilibre politique.

Il appartient à votre prestigieuse autorité de dénoncer, à la suite de l'ONU, les récupérations politiques, économiques, ou philosophiques de la pandémie, rappelant la mise en garde d'Antonio GUTERRES, le 22 février dernier :

*« Brandissant la pandémie comme prétexte, les autorités de certains pays ont pris des mesures de sécurité sévères et des mesures d'urgence pour réprimer les voix dissonantes, abolir les libertés les plus fondamentales, faire taire les médias indépendants et entraver le travail des organisations non gouvernementales »<sup>2</sup>.*

Les signataires de la présente tribune sont scientifiques, et la science est leur seul mot d'ordre : une science basée sur les preuves, une science qui évolue, et qui ne saurait faire l'objet de récupérations politiques, tandis que leur parole ne saurait servir de fondement à une justification des restrictions de libertés publiques.

L'inventaire qui suit n'a d'autres finalités, ainsi, que rappeler que la science ne saurait s'accommoder d'approximations, surtout lorsque celles-ci ont des conséquences aussi graves que celles auxquelles nous assistons en ce moment.

Ils déplorent que des mesures à l'efficacité douteuse et insuffisamment prouvée aient été mises en œuvre, alors que d'autres, pourtant disposant d'un niveau de preuve, d'un bénéfice et de faibles risques n'aient pas été privilégiées ni mises en œuvre.

La question est d'autant plus prégnante qu'avec plus de 3 millions de décès associés à la Covid-19, nous ne pouvons que constater un échec en Europe, en Amérique et dans certaines parties du Moyen-Orient. Ces régions sont dans une situation pire que lors de la grippe ferroviaire de 1889, qui a pu être causée par l'apparition d'un autre Coronavirus, HCOV-OC43.

Cet échec s'est produit en dépit du fait que cette pandémie était prévisible et présentait des risques très faibles pour la grande majorité de la population en bonne santé, comme le montrent les propres publications de l'OMS<sup>[3]</sup>.

Avec l'appui de ces scientifiques et médecins, une analyse des risques/avantages comparative est proposée (voir les tableaux 5 et 6).

## **2) Analyse de solutions négligées**

### **.A Aérer et encourager l'activité en plein air**

Les données se sont accumulées pour montrer que le risque de contamination en milieu extérieur est très rare, indépendamment de tout autre facteur. Il a été estimé qu'il est 18,7 fois plus faible qu'à l'intérieur.<sup>[4][5]</sup>

Il est également prouvé qu'une bonne aération réduit considérablement les risques d'infection, conformément aux recommandations de l'OMS<sup>[6]</sup>. Ce résultat est conforme aux connaissances antérieures indiquant qu'une

---

<sup>2</sup> <https://www.ohchr.org/FR/HRBodies/HRC/Pages/NewsDetail.aspx?NewsID=26771&LangID=F>

<sup>3</sup> Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. John P A Ioannidis. Bulletin of the World Health Organization; Type: Research. Article ID: BLT.20.265892, [https://www.who.int/bulletin/online\\_first/BLT.20.265892.pdf](https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf)

<sup>4</sup> Tommaso Celeste Bulfone, Mohsen Malekinejad, George W Rutherford, Nooshin Razani, Outdoor Transmission of SARS-CoV-2 and Other Respiratory Viruses: A Systematic Review, The Journal of Infectious Diseases, Volume 223, Issue 4, 15 February 2021, Pages 550–561, <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa742>

<sup>5</sup> Hua Qian et al. Indoor transmission of SARS-CoV-2 indoor air october 2020 <https://doi.org/10.1111/ina.12766>

<sup>6</sup> World Health Organization (WHO) Roadmap to improve and ensure good indoor ventilation in the context of COVID-19 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240021280> Accessed April 22nd

ventilation adéquate réduit considérablement le risque d'infection. Il a même été suggéré que pour la grippe, l'aération convenable d'un intérieur serait aussi efficace que de vacciner 50 à 60 % de la population.<sup>[7]</sup>

Ceci est vrai pour la Covid-19 et de nombreuses autres maladies respiratoires.

Il serait facile d'encourager les gens à augmenter leur activité en plein air et d'inciter les entreprises à investir dans une bonne aération.

Les entreprises disposant d'une bonne aération pourraient même être encouragées à rester ouvertes. Cela augmenterait les moyens de subsistance de la population, aiderait l'économie, réduirait les activités clandestines et améliorerait la lutte contre cette épidémie voire d'autres...

Au lieu de cela, les commerces sont fermés, et les rassemblements en plein air sont contrôlés dans de nombreux pays.

Une fois de plus, les mesures qui renforcent la santé de la population et dont l'efficacité est probable sont écartées au profit de mesures qui affaiblissent les populations, et en dépit de la faible preuve de leur efficacité et du constat d'échec.

Les avantages d'encourager le temps passé à l'extérieur et de promouvoir les investissements dans une bonne aération des magasins, des entreprises et des lieux publics sont élevés, alors que les risques sont faibles. Pourtant, les magasins sont fermés et les populations sont limitées et poussées à l'intérieur par des mesures imposées d'enfermement, de couvre-feu et d'autres restrictions oppressives voire liberticides.

## **.B Obésité, sport et nutrition**

L'obésité et la mauvaise santé ont été identifiées comme étant probablement parmi les facteurs de risque les plus élevés, associés aux maladies graves. Ce point est connu depuis avril 2020 pour le SARSCOV-2 et depuis largement confirmé.<sup>[8][9][10][11]</sup>

Douze mois se sont écoulés et aucune campagne active pour encourager le sport ou une meilleure alimentation n'a été menée dans la plupart des pays.

Au lieu de cela, la population a été poussée à rester à la maison, à faire des provisions d'aliments souvent de mauvaise qualité et à se tourner vers les fast-foods qui sont restés ouverts dans de nombreux pays, alors que les activités sportives ainsi que les restaurants et cafés en plein air étaient prohibés.

Il est possible d'encourager les gens à rester actifs et en bonne santé, de leur proposer des aliments nutritifs et d'offrir l'aide de nutritionnistes à ceux qui en ont besoin, et le coût associé est minime par rapport à celui d'autres mesures.

---

<sup>7</sup> Smieszek, T., Lazzari, G. & Salathé, M. Assessing the Dynamics and Control of Droplet- and Aerosol-Transmitted Influenza Using an Indoor Positioning System. *Sci Rep* 9, 2185 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41598-019-38825-y>

<sup>8</sup> Lighter, J., Phillips, M., Hochman, S., Sterling, S., Johnson, D., Francois, F., & Stachel, A. (2020). Obesity in Patients Younger Than 60 Years Is a Risk Factor for COVID-19 Hospital Admission. *Clinical Infectious Diseases*, 71(15), 896–897. doi:10.1093/cid/ciaa415

<sup>9</sup> Sean Wei Xiang et al. Association of Higher Body Mass Index With Severe Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Younger Patients *Clinical Infectious Diseases* November 2020 <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa548>

<sup>10</sup> Mehl-Madrona et al. Understanding SARSCOV-2 propagation, impacting factors to derive possible scenarios and simulations medRxiv 2020.09.07.20190066; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.09.07.20190066>

<sup>11</sup> Liu, M., Deng, C., Yuan, P., Ma, J., Yu, P., Chen, J., Zhao, Y. and Liu, X. (2020), Is there an exposure–effect relationship between body mass index and invasive mechanical ventilation, severity, and death in patients with COVID-19? Evidence from an updated meta-analysis. *Obesity Reviews*, 21: e13149. <https://doi.org/10.1111/obr.13149>

De telles mesures rendraient la population plus forte face à cette maladie, et probablement beaucoup d'autres. Pourtant, la plupart des pays n'en tiennent pas compte.

La réduction de l'obésité aurait pu sauver des vies. Au lieu de cela, les conditions ont été créées pour accroître l'obésité, ce qui pourrait augmenter le nombre de décès.

Les actions actives visant à réduire l'obésité et à améliorer l'alimentation présentent peu de risques et de grands avantages, y compris dans la lutte à la Covid-19.

### **.C Vitamine D - correction des niveaux**

Il a été identifié qu'une grande partie de la population de nombreux pays présente une carence en vitamine D. Il a également été admis qu'un taux adéquat de vitamine D est utile pour la plupart des maladies respiratoires.

Des études ont confirmé son efficacité dans la prévention de la Covid-19 dès le mois d'avril et elle s'est largement confirmée depuis. <sup>[12][13]</sup>

Une récente méta-analyse portant sur un peu moins d'un million de personnes montre que la carence en vitamine D est associée à la sévérité des pathologies et à la mortalité COVID 19. <sup>[14]</sup>

Des essais expérimentaux ont montré une efficacité face à la Covid-19, y compris chez les personnes âgées, en réduisant de manière significative la mortalité. <sup>[15][16]</sup>

Ces résultats confirment ce que l'on sait depuis des années, à savoir que de bons niveaux de vitamine D améliorent les résultats de prise en charge des maladies respiratoires. <sup>[17]</sup>

Les campagnes visant à aider à corriger les niveaux de vitamine D n'ont pas été menées dans la plupart des pays, malgré leurs avantages, et bien au-delà.

Si nous cherchons les meilleures options, il serait facile, avec les campagnes de vaccination, de proposer à ceux qui refusent la vaccination une campagne de correction de la concentration de vitamine D au sein de la population. On pourrait également proposer à ceux qui acceptent la vaccination une telle campagne, et comparer la mortalité toutes causes confondues pour les 4 groupes pendant les phases 3 et 4 de la vaccination en cours.

Les preuves des bénéfices face à la Covid-19 sont significatives. Les risques liés à une campagne

---

<sup>12</sup> Daneshkhah, A. et al. The Possible Role of Vitamin D in Suppressing Cytokine Storm and Associated Mortality in COVID-19 Patients. medRxiv, 2020.2004.2008.20058578. April 2020 doi:10.1101/2020.04.08.20058578

<sup>13</sup> Ebadi, M., & Montano-Loza, A. J. (2020). Perspective: improving vitamin D status in the management of COVID-19. *European Journal of Clinical Nutrition*, 74(6), 856–859. May 2020 doi:10.1038/s41430-020-0661-0

<sup>14</sup> Akbar Mohammad Rizki, Wibowo Arief, Pranata Raymond, Setiabudiawan Budi Low Serum 25-hydroxyvitamin D (Vitamin D) Level Is Associated With Susceptibility to COVID-19, Severity, and Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis *Frontiers in Nutrition* March 2021 DOI 10.3389/fnut.2021.660420

<sup>15</sup> Vitamin D Supplementation Associated to Better Survival in Hospitalized Frail Elderly COVID-19 Patients: The GERIA-COVID Quasi-Experimental Study Gaëlle Annweiler Mathieu Corvaisier, Jennifer Gautier, Vincent Dubée, Erick Legrand, Guillaume Sacco, Cédric Annweiler *Nutrients* November 2020

<sup>16</sup> MartaEntrenas Castillo et al. Effect of calcifediol treatment and best available therapy versus best available therapy on intensive care unit admission and mortality among patients hospitalized for COVID-19: A pilot randomized clinical study *Sciencedirect* October 2020 <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2020.105751>

<sup>17</sup> Rhaiza Aponte, Cristina Palacios, Vitamin D for prevention of respiratory tract infections (eLENA) June 2017 [https://www.who.int/elena/titles/commentary/vitamin\\_d\\_pneumonia\\_children/en/](https://www.who.int/elena/titles/commentary/vitamin_d_pneumonia_children/en/)

d'attribution de vitamine D à la population sont faibles, face à des bénéfices élevés à court et long terme.

#### **.D Ivermectine et hydroxychloroquine**

L'Ivermectine est un médicament sûr, connu depuis des décennies et dont les effets sont bien documentés.

En tant que traitement, et par définition, il est d'autant plus sûr qu'il n'est administré qu'aux personnes qui en ont besoin. En termes de sécurité, il est plus sûr que tous les vaccins qui ont fait l'objet d'une brève évaluation de leur innocuité et qui sont administrés à des personnes en bonne santé, avec certains effets secondaires connus et d'autres à découvrir à court et à long terme.

De multiples essais cliniques randomisés indépendants ont été menés sur plus de 2 282 patients. Presque tous montrent une grande efficacité sur différentes catégories de populations avec une grande significativité. Il peut y avoir une réduction de 75% de la mortalité avec un intervalle de confiance de 95%<sup>[18][19]</sup>. La taille des échantillons de ces essais, pris dans leur ensemble, dépasse largement celle des vaccins validés, dont les échantillons d'efficacité étaient tous inférieurs à 1 000 et la plupart encore plus faibles. Nombre de ces essais étaient indépendants et exempts de conflits d'intérêts.

Si l'on regarde la situation dans son ensemble, la courbe de mortalité de l'Afrique du Sud s'est inversée après que les médecins ont massivement décidé de commencer à utiliser l'Ivermectine, en dépit des avis contraires des agences de santé. Ils ont peut-être sauvé des vies. Le gouvernement du pays, sous cette pression, a décidé de privilégier l'utilisation de l'Ivermectine, ce qui a coïncidé avec une amélioration visible de l'épidémie.

L'Ivermectine semble être une molécule bon marché du domaine public qui interférerait avec des intérêts majeurs. Le fait que des chercheurs indépendants confirment une même tendance constitue une preuve solide. Il est plus sûr de traiter des personnes malades avec succès que d'injecter à des personnes en bonne santé des produits dont on ne connaît pas encore les effets à court et à long terme.

À ce stade, d'autres études indépendantes équitables peuvent être menées pour établir le degré d'efficacité, mais d'ici là, les preuves du rapport bénéfices/risques sont largement favorables et probablement plus convaincantes que celles des études provisoires des vaccins comme expliqué ci-dessous.

Le traitement ambulatoire précoce par de faibles doses d'hydroxychloroquine associées à un macrolide pour les patients sans affection cardiaque a été évincé.

L'hydroxychloroquine et les macrolides sont des traitements connus. La sécurité de ces traitements et leurs contre-indications sont bien établies à court et à long terme ce qui n'est pas le cas des vaccins qui par bénéficient d'une autorisation conditionnelle d'urgence et dont les effets sont en découverte.

Plusieurs études sur le traitement précoce en ambulatoire, qu'il s'agisse d'essais randomisés contrôlés (ERC) ou d'études d'observation, ont montré leur efficacité. Quelques études n'ont indiqué aucun bénéfice. Certaines de ces dernières études ont été critiquées pour leur partialité due à des conflits d'intérêts.

L'étude fallacieuse du Lancet était une démonstration de manipulation pour prouver une affirmation ridicule

---

<sup>18</sup> Andrew Hill et al. Meta-analysis of randomized trials of ivermectin to treat SARS-CoV-2 infection Research Square January 2021 DOI: 10.21203/rs.3.rs-148845/v1

<sup>19</sup> Yagisawa M et al. Global trends in clinical studies of ivermectin in COVID-19 Japanese Journal of Antibiotics March 2021 [http://jja-contents.wdc-jp.com/pdf/JJA74/74-1-open/74-1\\_44-95.pdf](http://jja-contents.wdc-jp.com/pdf/JJA74/74-1-open/74-1_44-95.pdf)

sur le danger de l'hydroxychloroquine. L'étude du Lancet a été rétractée. Sur la base d'une étude aussi fallacieuse qui appelle à une enquête, l'essai clinique Discovery a vu son bras ambulatoire précoce hydroxychloroquine/macrolide interrompu, laissant les gens dans le doute. Il faut donc s'interroger davantage. D'autres grandes études ont porté sur des patients à un stade avancé, n'ont pas utilisé la thérapie proposée mentionnée ci-dessus ni le dosage suggéré par les études réussies.

L'incapacité à démontrer l'absence d'efficacité ou l'efficacité, les études contradictoires, les études interrompues avant une conclusion claire, l'interdiction faite aux médecins ou même aux hôpitaux de poursuivre les études, prouvent l'échec de nombreuses institutions et requièrent une enquête.

### **3) L'échec de solutions appliquées**

#### **.A La vaccination massive**

Trois pays ayant mené des campagnes de vaccination massives et brutales ont connu leur pire pic de mortalité épidémique et leur plus longue phase mortelle (figures 1, 2, 3 et 4).

Dans deux de ces cas, la mortalité des cas de Covid-19 a dépassé celle de l'ensemble des dix mois précédents de l'épidémie. Ces pays sont Israël, les Émirats Arabes Unis (EAU) et le Royaume-Uni (RU). Israël a utilisé l'ARNm Pfizer, le Royaume-Uni l'ARNm Pfizer, Moderna et Astrazeneca, les EAU l'ARNm Pfizer, Sputnik et Sinopharm.

Il est intéressant de noter que cet épisode mortel, qui coïncide avec la vaccination, s'est produit en Israël et au Royaume-Uni dans le cadre de mesures de confinements stricts, notamment la fermeture des entreprises non essentielles et l'obligation de rester chez soi.

Il est également troublant de constater que le pic de mortalité en Israël ne suit le pic de cas de Covid-19 que de 8 jours au lieu des 14 à 21 jours habituels ou des 17 jours observés lors des pics précédents, ce qui pourrait indiquer que l'infection est plus mortelle et plus frappante ou que la population la plus fragile meurt davantage que lors des pics épidémiques précédents.

De nouveaux pics de mortalité semblent apparaître en Israël chez les 15-44 ans et les 65 ans, après la vaccination et le tassement de l'épidémie (figure 3).

Le Koweït, Bahreïn et dans une moindre mesure le Chili sont également confrontés à une mortalité très élevée qui coïncide à nouveau avec une vaccination massive.<sup>[20]</sup> Plus récemment, l'Inde a lancé une campagne de vaccination massive et rapide fin mars 2021, coïncidant une fois de plus avec une forte hausse de la mortalité, comme le montre la figure 2, pire que tous les épisodes précédents réunis.

L'Italie, la France et l'Estonie observent un excès de mortalité toutes causes confondues précisément dans les groupes d'âge de 75 à 84 ans qui ont été vaccinés, principalement par ARNm Pfizer et Moderna et dans une certaine mesure Astrazeneca (Figure 4).

Le fait que les décès coïncident avec une vaccination répétée ne permet pas d'établir un lien de causalité, mais requiert des enquêtes indépendantes, complètes et équitables. En effet, des soupçons sont émis et les

---

<sup>20</sup><https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?Metric=Confirmed+deaths&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country=JPN~ISR~TUR>  
[Accesed 26/03/2021 and 26/04/2021]

chiffres sont alarmants, d'autant plus que cet échec s'ajoute aux précédents.

Il faut éviter de reproduire les résultats illustrés dans certains pays (figures 1,2,3,4). Israël, les EAU, le Royaume-Uni, le Koweït, Bahrein, L'Inde et le Chili ont choisi de vacciner massivement, y compris dans certains cas, des populations à faible risque de maladie graves <sup>[21]</sup> parfois sans contrôle préalable quant à l'existence d'une infection à la Covid-19 en cours ou d'une immunité cellulaire naturelle de la Covid-19 préexistante<sup>[22][23]</sup>.

Cela a été fait au mépris d'une analyse claire des risques et des avantages pour chaque individu, ce qui a entraîné le gaspillage de vaccins qui auraient pu être mis à la disposition de populations à risque dans d'autres parties du monde, soulevant ainsi des questions éthiques, médicales et scientifiques.

L'enquête demandée devrait explorer comment ces campagnes de vaccination n'ont pas réussi à empêcher ce terrible résultat et si elles y ont contribué. Toutes les hypothèses devraient être explorées, y compris les hypothèses non exclusives telles que l'ADE <sup>[24][25]</sup>, l'ERD<sup>[26][27]</sup> et les effets secondaires des vaccins - la population vaccinée étant plus infectieuse - les lieux de vaccination étant des lieux de de clusters et infectant les populations au moment où elles sont fragilisées par le vaccin, l'effet contre-productif sur la population déjà naturellement immunisée, l'efficacité exagérée du vaccin sur certaines populations, la sélection par la pression amenant de nouveaux variants...Mais aussi les hospitalisations et d'éventuels syndromes...Il a fallu attendre des morts avant d'observer les risques de thromboses, faut-il encore attendre avant d'anticiper pour le reste ?

Le rapport bénéfices/risques a été ignoré lorsque des populations jeunes et en bonne santé à faible risque ont été pressées de se faire vacciner, avec un bénéfice très limité et quelques risques à court terme, et surtout face à des risques à long terme inconnus <sup>[28][29][30][31]</sup>.

La surmortalité et les hospitalisations possibles coïncidant avec les groupes vaccinés dans plusieurs pays appellent à des enquêtes précises sur les problèmes à court terme négligés ou ignorés, en plus des effets secondaires à plus long terme qui restent à découvrir.

Tout traitement doit s'accompagner de contre-indications et d'une analyse claire des risques et des avantages

<sup>21</sup> O'Driscoll, M., Ribeiro Dos Santos, G., Wang, L. et al. Age-specific mortality and immunity patterns of SARS-CoV-2. *Nature* 590, 140–145 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2918-0>

<sup>22</sup> Wegene Borena, Zoltán Bánki, Katie Bates, Hannes Winner, Lydia Riepler, Annika Rössler, Lisa Pipperger, Igor Theurl, Barbara Falkensammer, Hanno Ulmer, Andreas Walser, Daniel Pichler, Matthias Baumgartner, Sebastian Schönherr, Lukas Forer, Ludwig Knabl, Reinhard Würzner, Dorothee von Laer, Jörg Paetzold, Janine Kimpel Follow-up study in the ski-resort Ischgl: Antibody and T cell responses to SARS-CoV-2 persisted for up to 8 months after infection and transmission of virus was low even during the second infection wave in Austria  
Medrxiv February 2021 <https://doi.org/10.1101/2021.02.19.21252089>

<sup>23</sup> Alison Tarke, et al. Negligible impact of SARS-CoV-2 variants on CD4+ and CD8+ T cell reactivity in COVID-19 exposed donors and vaccinees  
BioRxiv March 2021 doi: <https://doi.org/10.1101/2021.02.27.433180>

<sup>24</sup> Lee, W.S., Wheatley, A.K., Kent, S.J. et al. Antibody-dependent enhancement and SARS-CoV-2 vaccines and therapies. *Nat Microbiol* 5,1185–1191 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41564-020-00789-5>

<sup>25</sup> Arvin, A.M., Fink, K., Schmid, M.A. et al. A perspective on potential antibody-dependent enhancement of SARS-CoV-2. *Nature* 584, 353–363 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2538-8>

<sup>26</sup> Flor M. Munoz, Jakob P. Cramer, Cornelia L. Dekker, Matthew Z. Dudley, Barney S. Graham, Marc Gurwith, Barbara Law, Stanley Perlman, Fernando P. Polack, Jonathan M. Spergel, Eva Van Braeckel, Brian J. Ward, Arnaud M. Didierlaurent, Paul Henri Lambert, Vaccine-associated enhanced disease: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunization safety data, *Vaccine* January 2021, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.01.055>.

<sup>27</sup> Patricio L. Acosta, Mauricio T. Caballero, Fernando P. Polack Brief History and Characterization of Enhanced Respiratory Syncytial Virus Disease  
*Clinical and vaccine immunology* March 2016 DOI: 10.1128/CDVI.00609-15

<sup>28</sup> Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine Fernando P. Polack, M.D., Stephen J. Thomas, M.D., Nicholas Kitchin, M.D., Judith Absalon, M.D., Alejandra Gurtman, M.D., Stephen Lockhart, D.M., John L. Perez, M.D., Gonzalo Pérez Marc, M.D., Edson D. Moreira, M.D., Cristiano Zerbini, M.D., Ruth Bailey, B.Sc., Kena A. Swanson, Ph.D., et al.  
December 31, 2020 *N Engl J Med* 2020; 383:2603-2615 DOI: 10.1056/NEJMoa2034577

<sup>29</sup> <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04368728>

<sup>30</sup> <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04470427>

<sup>31</sup> <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04516746>



pour chaque groupe et pour la communauté. Il a été tenté d'expliquer cet échec et ces résultats par des variants au Royaume-Uni, en Amérique du Sud et maintenant en Inde. Ces variants n'ont pas eu le même effet dans d'autres pays qui ne pratiquaient pas la vaccination massive. On ne sait toujours pas si la pression - sélection résultant de la vaccination massive entraîne la sélection de variants qui échappent à l'immunité vaccinale, aux tests et éventuellement à d'autres mesures. Une telle hypothèse, compte tenu des observations actuelles, doit être examinée avec soin. Si ce n'est pas le cas, il faut alors considérer avec attention les effets secondaires des vaccins sur certaines sous-catégories comme la cause de ces poussées de mortalité.

La suspicion demeurera jusqu'à ce que les causes de l'augmentation de la mortalité soient expliquées dans chacun de ces cas. La vaccination est un outil qui peut aider à lutter contre une telle pandémie, mais une analyse précise des risques et des avantages doit être effectuée pour chaque catégorie, chaque vaccin et l'efficacité sur les variants en circulation, sur la base de données suffisantes. La vaccination massive, indépendamment d'une telle analyse, s'est révélée être un échec pour éviter une augmentation significative de la mortalité dans de nombreux cas et appelle d'urgence à une approche nuancée.

Le comportement irréfléchi de la vaccination massive inconsidérée devient plus grave lorsqu'il s'agit de vacciner des personnes ayant déjà contracté la Covid-19, car cette population avait été exclue des essais de Pfizer et Moderna (*cf. développement partie C*). Toute population qui a été exclue de l'essai ne peut être vaccinée que dans le cadre d'un essai. S'ils sont en bonne santé, le bénéfice de la vaccination était déjà faible. S'ils sont guéris, il n'y a pratiquement aucun bénéfice théorique et aucun bénéfice démontré. Les risques sont présents à court et à long terme.

En vaccinant les personnes ayant contracté la Covid-19, en plus de les mettre en risque, parfois en dehors de tout essai, on ne peut exclure une altération négative de l'immunité cellulaire qui serait contre-productive pour tous.

Les changements de protocoles, la modification de la durée entre les injections, comme suggérée dans certains cas, ou l'ajout d'une troisième injection, comme suggéré dans d'autres, doivent être effectués dans le respect des mêmes normes de preuves, de manière cohérente et, dans de nombreux cas, dans le cadre d'un essai contrôlé mesurant les risques et les avantages.

Toute population pour laquelle l'efficacité n'est pas démontrée ne peut être vaccinée que dans le cadre d'un essai clinique approprié. Si tel n'est pas le cas, la vaccination a eu lieu sans contrôle/test de l'infection en cours, ce qui risque d'affaiblir le receveur et d'aggraver le résultat.

Cela démontre à minima que dans ces Pays, la vaccination massive n'a pas eu d'effet visible au moment où le virus circule. Les niveaux élevés de mortalité appellent une enquête pour déterminer si la vaccination n'a pas été contre-productive, en aggravant peut-être la situation et en exposant des individus peu avantagés à des effets secondaires à court et à long terme.

En vaccinant massivement, y compris pour ceux dont les bénéfices sont faibles, les personnes sont exposées à des risques inutiles pour cette première vaccination et continueront de l'être si de nouvelles souches apparaissent nécessitant de nouvelles vaccinations. Ce qui se passe appelle à la prudence dans le processus et à une attention plus adéquate concernant chaque vaccin et une prudence encore plus importante concernant la multiplication de vaccination Covid avec le même vaccin ou des vaccins différents. Des essais indépendants de qualité devront être menés car le sujet est trop sérieux pour être traité sans données suffisantes à partir d'extrapolations.

Cette vaccination massive a été effectuée sans tenir compte du rapport risque/bénéfice individuel, parfois

dans certains pays sans consentement éclairé approprié, en faisant pression sur certaines personnes ou en les incitant à se faire vacciner, les exposant ainsi à des risques à court terme et à des risques inconnus à long terme, sans base scientifique et éthique suffisante. On a fait fi de la solidarité entre les nations en vaccinant des personnes qui n'en ont pas besoin et pour lesquelles les risques dépassent les avantages, et on a procédé sans contrôle minutieux pour minimiser les risques de sélection par la pression. Le résultat final est que les pays mentionnés ci-dessus ont connu une terrible vague de mortalité et, dans le cas d'Israël, nous constatons des épisodes de mortalité élevée après la vague épidémique dans les groupes 15-44 et 65+.

## **.B Les études cliniques d'efficacité et de la sécurité des vaccins**

L'autorisation de mise sur le marché conditionnelle a été donnée pour être utilisée à bon escient. Les expériences passées ont montré que les essais cliniques, les évaluations de sécurité sont là pour une raison et dans certains cas ne sont pas suffisants <sup>[32][33][34]</sup>.

La vaccination repose sur des risques inconnus à court terme car les essais cliniques ont été négligés en raison de la petite taille des échantillons (12 000 à 25 000 par rapport à des centaines de millions), des courtes durées (28 jours à 4 mois), des risques de biais dus aux études limitées réalisées par les fabricants, du manque d'interprétation critique des effets secondaires observés pendant les essais, de la faiblesse de la pharmacovigilance dans la plupart des pays en l'absence de groupes de contrôle.

Les essais cliniques de phase 3 pour une observation adéquate étaient prévus pour la plupart des vaccins début 2023. Jusqu'à ce que nous ayons une compréhension suffisante à long terme, un consentement pleinement éclairé est médicalement, scientifiquement et éthiquement nécessaire sans pression ni tentation.

C'est encore plus vrai pour les vaccins à ARNm, qui reposent sur une nouvelle technologie aux conséquences positives et négatives inconnues. L'efficacité et la sécurité doivent être réévaluées avec de nouveaux essais pour les mises à jour des vaccins et les mutations qui peuvent modifier le comportement.

L'efficacité et la sécurité doivent être réévaluées au moyen d'essais avant d'être utilisées en dehors des protocoles d'essais cliniques qui ont conduit à une autorisation d'urgence ou avant d'envisager de nouveaux vaccins. L'efficacité et la sécurité doivent être réévaluées par des essais avant de mélanger des vaccins ou d'accumuler différentes versions de vaccins. Les rapports et les études sur l'innocuité et l'efficacité de l'essai initial doivent être partagés avec la population.

L'observation de l'efficacité de la protection des destinataires des vaccins à partir des études publiées par les fabricants a ses limites :

1. Elle repose sur quelques centaines de personnes ; par exemple, l'étude de Pfizer repose sur 650 personnes au total - 550 dans le groupe témoin et 100 dans le groupe d'intervention - pendant toute la période de vaccination et seulement 171 personnes si l'on évalue l'efficacité 7 jours après la deuxième injection. Moderna et Astrazeneca ont des échantillons similaires ou plus petits. Les résultats sont statistiquement valides et même forts pour la population testée mais ne peuvent être extrapolés au-delà pour montrer des niveaux d'efficacité sur des sous-groupes en particulier ceux

---

<sup>32</sup> [https://www.scientificamerican.com/index.cfm/\\_api/render/file/?method=inline&fileID=39D0A831-BC13-405C-930D62B488600135](https://www.scientificamerican.com/index.cfm/_api/render/file/?method=inline&fileID=39D0A831-BC13-405C-930D62B488600135)  
[Accesed 26/03/2021]

<sup>33</sup> <https://www.virology.ws/2017/12/07/a-problem-with-dengue-virus-vaccine/>  
[Accesed 26/03/2021]

<sup>34</sup> Hallberg, P et al. Pandemrix-induced narcolepsy is associated with genes related to immunity and neuronal survival EBio Medicine February 2019  
DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2019.01.041>

- avec des comorbidités, une combinaison de comorbidités ou pour les personnes âgées.
2. L'efficacité pour les cas graves repose sur 10 personnes pour Pfizer.
  3. Il y'a eu peu de mortalité dans les deux groupes, ce qui indique que le contexte était celui d'une épidémie à faible risque ou d'un échantillon à faible risque. Il est difficile d'établir une réduction de la mortalité à partir d'un tel échantillon, en particulier pour ceux qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire les personnes âgées et celles qui présentent des comorbidités.
  4. Dans le cas de Pfizer, des questions se posent quant à l'exclusion de 3410 personnes présentant une "suspicion de covid19"<sup>[35]</sup>. Dans le cas de Janssen, l'efficacité semble, d'après l'étude publiée récemment, être de 66,9% ce qui est bien inférieur aux 90% revendiqués. Il semble légèrement efficace sur les 60+ mais moins efficace que Sputnik sur cette catégorie.<sup>[36][37]</sup>
  5. La décision de vacciner des populations massivement repose sur de seuls essais financés et contrôlés par les fabricants induit un risque de biais.
  6. Dans le cas de Pfizer et Moderna, les personnes ayant des antécédents de covid ont été exclues, ce qui rend impossible l'évaluation du bénéfice/risque pour les personnes déjà infectées. Cette population est probablement importante dans une grande partie de l'Europe et des États-Unis et d'autres parties du monde. La plupart des personnes étaient peut-être déjà à faible risque de développer une forme grave et/ou décès et, après leur guérison, leur risque de cas grave est probablement négligeable. Comme elles ont été explicitement exclues, que leur bénéfice ne peut être déterminé, que leur risque de vaccination est inconnu, la vaccination doit être évitée ou, au moins, ces personnes doivent être averties.
  7. Étant donné le grand nombre de personnes asymptomatiques ou légèrement symptomatiques suspectées de ne pas savoir qu'elles sont atteintes de la covid19, il faut au moins leur proposer des tests de réactivité cellulaire avant de prendre une décision libre et éclairée.
  8. L'efficacité, reposant sur de petits nombres, est démontrée pour les populations pour lesquelles le bénéfice de la vaccination est limité et les risques à long terme sont inconnus. Elle est moins claire pour les personnes à haut risque et n'est pas démontrée sur la mortalité.

L'observation de la sécurité à court terme soulève également des questions.

- 1) Dans le cas de Pfizer, 371 personnes ont été exclues de l'analyse statistique au plus tard 7 jours après la deuxième injection. Aucun rapport n'a été fourni sur l'évolution de la maladie chez ces personnes. Au lieu de les exclure, cela aurait donné un aperçu des risques de facilitation de l'infection par des anticorps et des risques avant que l'effet du vaccin ne soit pleinement actif.
- 2) Le déséquilibre de ces 371 personnes exclues, 311 dans le groupe vacciné et 60 dans le groupe placebo appelle d'autres interrogations.
- 3) Les populations exclues, telles que les personnes ayant des antécédents de la covid19, les personnes immunodéprimées, les personnes sous traitement immunosuppresseur, nous laissent sans essai clinique pour valider de manière responsable le rapport bénéfice/risque.
- 4) Il n'existe pas de données sur les risques pour savoir si et quand l'immunité commence à s'affaiblir en présence ou en l'absence de rencontre avec le virus.
- 5) Des effets indésirables importants (fièvre chez 15% des jeunes) comparables à ceux de la maladie elle-même chez des individus sains plus jeunes ont été observés. Cependant, les résultats des personnes exclues doivent être rendus publics avant de tirer des conclusions pour Pfizer. L'analyse de

---

<sup>35</sup> <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/01/04/peter-doshi-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-we-need-more-details-and-the-raw-data/> [Accessed 26/03/2021]

<sup>36</sup> Sadof J et al. Safety and Efficacy of Single-Dose Ad26.COV2.S Vaccine against Covid-19 New England Journal of Medicine April 2021 DOI: 10.1056/NEJMoa2101544

<sup>37</sup> Logunov D et al. Safety and efficacy of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine: an interim analysis of a randomised controlled phase 3 trial in Russia Lancet Feb 2021 DOI : 10.1016/S0140-6736(21)00234-8

la mortalité en Israël, y compris celle des 15-44 ans, doit être rendue publique pour mieux comprendre. L'analyse de sécurité de Janssen repose sur un échantillon relativement petit de 3356 individus.

Observation sur la sécurité à long terme :

- 1) Les vaccins à ARNm sont une nouvelle technologie - les effets secondaires à moyen et long terme sont inconnus.
- 2) Le principe de précaution et la responsabilité exigent de supposer que ce risque peut être important.
- 3) Les autres vaccins sans ARNm n'ont pas encore bénéficié d'une période d'observation suffisante et leurs risques sont inconnus.
- 4) Une meilleure compréhension à moyen terme serait disponible au début de 2023 en comparant les conditions du groupe d'intervention avec le groupe de contrôle si nous voulons avoir une approche scientifique de protection.
- 5) Les données brutes de la phase 3, si elles sont publiées progressivement, peuvent donner plus d'informations.
- 6) La phase 4 devrait s'adapter pour compenser cette quasi-expérimentation en assurant un suivi actif de tous les individus vaccinés et en publiant ces données.
- 7) Par souci de cohérence, les données relatives aux hospitalisations et à la mortalité dans les 45 jours suivant la vaccination devraient être communiquées afin d'identifier les personnes décédées à cause du vaccin, tout comme nous avons identifié les personnes décédées à cause de la covid19, et de surveiller tout chiffre inhabituel.

Une étude préliminaire menée au Danemark suggère une certaine efficacité - 64 % de réduction de l'infection 7 jours après la deuxième dose Pfizer pour les résidents des maisons de soins - et une protection très limitée avant. Ces résultats sont prometteurs s'ils se traduisent par une réduction de l'évolution sévère et de la mortalité, car ils indiqueraient que l'une des niches qui a besoin d'être vaccinée et qui présente un risque relativement faible d'effets secondaires à long terme en bénéficierait.<sup>[38]</sup> Cette niche ou ce bénéfice pourrait être confirmé après que la mortalité toutes causes confondues mentionnée ci-dessus ait été pleinement étudiée et expliquée. Cela validerait la vaccination d'une grande partie des personnes à risque.

Outre les limites précédemment énoncées liées à l'échantillonnage, aux exclusions<sup>[39]</sup>, à l'efficacité par groupe, à l'efficacité démontrée pour ceux présentant le moins d'avantages et le plus grand risque d'effets secondaires, l'analyse de plusieurs vaccins, y compris Pfizer et Moderna, a été effectuée exclusivement sur la réduction du risque relatif et n'a pas inclus la réduction du risque absolu et les nombres nécessaires pour traiter.<sup>[40]</sup> Il s'agit d'une façon de présenter l'information sous sa meilleure facette.

Par exemple, dans l'étude de Pfizer, si nous examinons l'issue de la maladie grave : il y a eu 9 cas dans le groupe placebo sur 2 728 et 1 cas dans le groupe vacciné sur 2 720. Cela représente respectivement 0,041 % et 0,005 %. Cela signifie qu'au cours de la période d'étude, la vaccination a réduit le risque de covid grave de 0,041 % à 0,005 %, soit une réduction du risque de 0,36 %. Cela signifie également que pour réduire un cas de covid sévère, il faut vacciner 2 715 personnes qui seront exposées à des effets secondaires à court et à long terme en cas de vaccination massive.

D'autre part, dans l'essai Pfizer, il y a eu 4484 effets secondaires indésirables liés au vaccin dans le groupe et

<sup>38</sup> Rask Mountsen-Helms, I et al. Vaccine effectiveness after 1st and 2nd dose of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in long-term care facility residents and healthcare workers – a Danish cohort study Medrxiv March 2021 <https://doi.org/10.1101/2021.03.08.21252200>

<sup>39</sup> <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/01/04/peter-doshi-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-we-need-more-details-and-the-raw-data/>

<sup>40</sup> Ronald B. Brown Outcome Reporting Bias in COVID-19 mRNA Vaccine Clinical Trials Medicina February 2021 <https://doi.org/10.3390/medicina57030199>

1095 dans le groupe placebo. Cela représente un risque accru relatif (RAR) de 61 % et un risque accru absolu (RAA) de 15 %, ce qui est élevé, d'autant plus que les effets indésirables sont plus fréquents dans la population jeune qui présente le plus souvent une évolution bénigne de la maladie. Les effets indésirables sérieux ont été observés chez 240 personnes dans le groupe vacciné et 139 dans le groupe placebo, soit un RAR de 27 % et un RAA de 0,46 %. Cela signifie que pour éviter 1 cas grave de covid, 733 personnes souffriront d'effets secondaires et 13 d'effets secondaires sérieux.

Il est donc nécessaire de cibler la vaccination sur les personnes présentant des avantages et un faible risque de tels effets indésirables. Les jeunes et les personnes en bonne santé sont également les plus exposés aux effets secondaires à long terme de cette nouvelle technologie. Il va sans dire que les personnes rétablies ne peuvent pas être vaccinées en dehors d'un nouvel essai clinique, car elles ont été exclues de l'essai, leur bénéfice étant probablement faible et les risques inconnus, il faut donc les considérer comme élevés.

Si l'on considère le nombre de sujets à traiter de Moderna pour prévenir la Covid19 sévère, 30 membres du groupe placebo ont eu une forme sévère et 185 ont développé une forme légère et 11 dans le groupe vacciné. Cela correspond dans le contexte de l'essai décrit par les auteurs comme un environnement de "risque appréciable", à la vaccination de 15210 individus. Dans ce contexte, le nombre de sujets à traiter est d'environ 507 (15210/(30-0)) pour prévenir 1 cas grave et d'environ 87 pour prévenir les symptômes d'1 cas légère ou modérée 19 (15210/(185-11)) . Le résultat approximatif signifie qu'à court terme, la vaccination de 15210 personnes permet d'éviter 173 symptômes légers ou modérés, 30 hospitalisations d'une part, et une augmentation de l'espérance de vie d'autre part.

En outre, des événements de grade 3+ sont survenus dans 15,8 % des cas, ce qui signifie que, dans le contexte de l'essai, 2 403 personnes ont subi un événement indésirable grave ne menaçant pas leur vie et pouvant nécessiter une hospitalisation. Les effets indésirables étaient plus fréquents chez les jeunes qui bénéficiaient le moins de la protection vaccinale <sup>[41][42]</sup>. Cela signifie également que dans le contexte d'un essai clinique, pour éviter un cas de forme grave, 80 personnes devraient subir un effet secondaire indésirable de grade 3. Il s'agit d'un chiffre élevé et, comme les jeunes profitent le moins de la vaccination et sont les plus exposés à ces effets indésirables, il est nécessaire de cibler la vaccination sur les personnes qui profitent réellement de la vaccination et qui sont les moins exposées à ces effets indésirables. On a également constaté des déséquilibres dans certains effets secondaires graves qui auraient dû être étudiés plus en détail avant de recommander une intervention massive. Les jeunes et les personnes en bonne santé sont les plus exposés aux effets secondaires à long terme de cette nouvelle technologie. Les personnes rétablies ne peuvent pas être vaccinées en dehors d'un nouvel essai clinique puisqu'elles ont été exclues de l'essai, que leur bénéfice est probablement faible et que les risques sont inconnus et doivent donc être considérés comme élevés.

Le vaccin de Janssen avait été autorisé en Europe et aux États-Unis plusieurs mois avant la publication de la moindre étude<sup>43</sup>. Des communiqués de presse le présentaient comme un produit promettant une efficacité de 85 %, les autorités européennes et américaines ont donné une autorisation d'urgence pour ce vaccin et n'ont jamais contesté cette publicité en dehors de toute publication scientifique ou même de toute prépublication. La publication est parue quelques mois plus tard et il s'avère que l'efficacité, selon l'étude du fabricant, est de 66,9 % dans la prévention de la covid19, soit 18 % de moins. Cependant, il semble que le RRR soit aussi bon, voir meilleur, pour les personnes âgées qui en ont le plus besoin. Pour la forme grave, le groupe vacciné comptait 19 personnes et le groupe placebo 80, ce qui indique une efficacité d'environ 80 % sur ce qui est

<sup>41</sup> Baden Lindsey R et al. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine New England Journal of Medicine February 2021 DOI: 10.1056/NEJMoa2035389

<sup>42</sup> FDA's Clinical Investigator Course <https://www.fda.gov/media/84954/download> Accessed April 24th 2021

<sup>43</sup> <https://www.jnj.com/johnson-johnson-covid-19-vaccine-authorized-by-u-s-fda-for-emergency-use-first-single-shot-vaccine-in-fight-against-global-pandemic> Accessed 20 April 2021

finalement un petit échantillon. Le groupe vacciné était de 19630 et le groupe placebo de 19 691. Cela nous donnerait un risque absolu de forme grave, dans le contexte de l'essai, 0,09 % pour le groupe vacciné et de 0,4 % pour le groupe placebo, ce qui correspond à une réduction absolue du risque de 0,31 %. Cela signifierait également que pour éviter une forme grave, la valeur du nombre de sujets à traiter serait d'environ 323.

L'étude de Janssen fait état d'échantillons de taille suffisante pour l'obésité, l'hypertension et le diabète de type 2. Des événements thromboemboliques sont survenus pour 11 cas dans le groupe vacciné et dans 3 cas dans le groupe placebo, ce qui correspond à un risque relatif accru de 78 % et à risque accru absolu (RAA) de 0,04 %, ce qui reste élevé et aurait dû susciter plus d'attention, d'autant plus qu'un de ces cas était de grade 4. Un risque accru relatif (RAR) de 80 % et un risque accru absolu (RAA) de 0,016 % ont été observés pour les convulsions ; 6 cas d'acouphènes ; 1 hémorragie cérébrale et 1 cas de Guillain-Barré ont été observés. Le RAA d'un événement systémique serait de 1,7 % chez les jeunes et de 0,4 % chez les plus de 60 ans. Dans le contexte de cet essai, pour 1 cas grave évité, 5 auraient une réaction systémique et 0,33 aurait un effet secondaire grave. Il s'agit d'un chiffre élevé, qui incite fortement à cibler la vaccination sur les personnes dont le bénéfice est clairement identifié, d'autant plus que les effets secondaires à long terme restent inconnus et que l'efficacité vis-à-vis des nouveaux variants reste inconnue. Cependant, l'arrivée de cette publication après la suspension aux États-Unis en raison d'événements thromboemboliques survenus dans la population réelle ainsi que la divulgation de ce risque connu et d'autres risques par l'étude après l'autorisation de mise sur le marché et les incohérences entre le texte de l'étude du NEJM et les tableaux S6-S9 des annexes incitent à la prudence. Cette analyse préliminaire s'appuie sur le texte de l'étude du NEJM plutôt que sur les annexes.

Cela ne tient compte que des risques à court terme et incite à vacciner ceux qui présentent un avantage potentiel important. Ceux dont les avantages sont limités courent un risque plus élevé d'effets indésirables à court terme et à long terme, car nous n'avons aucune connaissance de l'efficacité ou des effets secondaires à long terme. Si nécessaire, cela souligne encore plus l'importance d'une vaccination ciblée sur les personnes à risque afin d'éviter des effets secondaires graves injustifiés et des conséquences à long terme sur les personnes à faible risque, en plus de gaspiller des doses de vaccin et d'empêcher d'autres personnes qui pourraient en bénéficier d'y avoir accès dans les pays moins développés.

Les détails bruts des données de sécurité des effets secondaires cités dans les études doivent être rendus publics pour une évaluation juste des risques mais aussi des contre-indications. Par exemple des risques de thrombose, acouphènes, musculaires, systémiques pouvaient être anticipés et les contre-indications peuvent commencer à être évaluées...La pharmacovigilance « renforcée » doit être effective et associer la médecine de ville qui doit rapporter tous les syndromes ou symptômes de leurs patients vaccinés pour évaluer le plus rapidement possible l'apparition de déséquilibres.

Les données brutes doivent être rendues publiques afin que l'on puisse au moins analyser les données à court terme, et que les données collectées en continu comparant le groupe vacciné et le groupe placebo soient rendues publiques en tant que données de suivi pour la sécurité.

L'analyse économique est également en faveur de cette voie. L'exemple ci-dessus pour Pfizer implique plusieurs coûts, vacciner 2715 individus pour prévenir une maladie grave a un coût d'environ 95 000 \$ payé au fabricant auquel il faut ajouter :

- loi sur le coût de la vaccination.
- le coût des traitements et éventuellement des hospitalisations des effets indésirables de grade 3 causés par les vaccins.

- le coût de l'arrêt des travaux.

Dont il faut déduire :

- le coût du traitement de ce 1 cas grave et celui des cas bénins.

Une vaccination judicieuse et ciblée serait bénéfique pour la santé de la population vaccinée, son économie et la solidarité entre les nations.

De multiples rapports indiquent que les personnes vaccinées peuvent encore être infectées dans de grandes proportions, qu'elles peuvent aussi être infectieuses et notamment se révéler de grands propagateurs.

Étant donné que l'apparition de variants est concomitante à des campagnes de vaccination utilisant différents vaccins, il convient d'être particulièrement prudent pour éviter que la sélection sous pression ne conduise à des mutations qui échappent à l'immunité vaccinale. Ce risque est d'autant plus élevé que de nombreux vaccins, notamment ceux mentionnés ci-dessus, ne ciblent que la protéine spike. L'efficacité des vaccins doit être déterminée par rapport aux variants en circulation à partir de données réelles, car les rapports préliminaires indiquent une réduction significative de l'efficacité de certaines variantes, du moins pour Pfizer.<sup>[44]</sup>

Une vaccination ciblée est nécessaire car de nouvelles mutations se produisent et les vaccins actuels risquent de devenir rapidement obsolètes. L'accumulation de vaccins s'accompagne de risques et de bénéfices qui devront être évalués par des essais cliniques indépendants.

La vaccination ciblée est justifiée, car une grande partie de la population de nombreux pays est déjà immunisée naturellement contre le virus complet et peut mieux résister aux mutations. Le bénéfice de la vaccination pour ces personnes est minime, voire nul, et leurs risques dépendent des vaccins. D'ailleurs, Pfizer et Moderna ont considéré l'infection antérieure comme un critère d'exclusion.

L'efficacité, le coût et la sécurité seraient complètement différents dans le cas d'une vaccination ciblée sur les personnes à risque, à condition que l'efficacité et la sécurité soient démontrées. Du point de vue de la santé publique, le RRR, le ARR et le nombre de sujets à traiter peuvent conduire à des décisions très différentes en matière d'échantillonnage et de choix. Une communauté peut être induite en erreur et vacciner excessivement la mauvaise population avec des effets secondaires évitables et des conséquences à long terme.

On peut craindre de nombreux risques théoriques, en particulier pour les vaccins à ARNm. Les vaccinations multiples peuvent entraîner des résultats imprévus, la réaction des organismes après avoir rencontré un mutant ou un autre coronavirus est inconnue.

Une autorisation d'urgence a été accordée au vaccin de Janssen aux États-Unis et en Europe avant la publication des résultats des essais cliniques. Son utilisation a été suspendue depuis lors aux États-Unis, ce qui indique une fois de plus que nous sommes dans des territoires inexplorés, indépendamment des analyses futures. Le vaccin d'Astrazeneca a également été suspendu dans plusieurs pays après que l'on ait soupçonné des dommages sur de jeunes individus en bonne santé qui présentaient un faible risque de forme grave ou de décès. Certains d'entre eux auraient pu présenter un risque négligeable, s'ils s'étaient déjà rétablis de la covid

---

<sup>44</sup> Kustin T et al. Evidence for increased breakthrough rates of SARS-CoV-2 variants of concern in BNT162b2 mRNA vaccinated individuals Medrxiv April 2021 doi: <https://doi.org/10.1101/2021.04.06.21254882>;

ou s'ils avaient développé une immunité cellulaire avec des symptômes légers.

Il a été suggéré que les fabricants adaptent leurs vaccins aux nouvelles variantes. Chaque adaptation nécessiterait un essai clinique et des tests de sécurité spéciaux associés à l'accumulation de vaccins couvrant des cibles similaires dans un court laps de temps.

Il a été suggéré d'ignorer tous les protocoles et d'administrer à certaines personnes une troisième injection, voire de mélanger les vaccins en dehors de tout essai.

Les vaccins à ARNm ont un potentiel, mais ils doivent être testés de manière approfondie, comme cela a été toujours fait.

Les hypothèses doivent être testées car elles s'avèrent souvent fausses. Ceci est un fondamental de la science.

Comme nous l'avons indiqué dans la section précédente, les données relatives à la mortalité et à l'ensemble de la situation donnent l'image d'un échec de la vaccination massive à taille unique, malgré les médias qui tentent de présenter les choses autrement et les médias sociaux qui tentent de contrôler le débat.

Il semble qu'il y ait un déséquilibre dans l'analyse des études mentionnées ci-dessus, qui explorent longuement les avantages au détriment d'une analyse courte et moins approfondie des effets secondaires, de leurs conséquences et, par définition, des effets secondaires à long terme. La vigilance post-vaccination est faible dans la plupart des pays et les comparaisons avec des groupes de contrôle sont rares.

Les preuves pour les individus en bonne santé sont probablement modérées à fortes. Le bénéfice pour ces individus est faible car ils ont un très faible risque de mortalité ou de forme grave. Le risque d'effets secondaires est élevé, compte tenu des effets secondaires connus mais aussi du fait que nous ne connaissons pas les effets à long terme, en particulier pour les vaccins à ARNm.

Les preuves pour les personnes âgées qui n'ont pas eu la Covid-19 étaient faibles à modérées et se sont légèrement améliorées avec l'étude danoise mentionnée ci-dessus. Le risque d'effets secondaires à long terme doit être évalué en fonction de leur espérance de vie. En fin de compte, la décision doit leur appartenir sans pression ni tentation. La preuve de la nécessité de vacciner les personnes âgées n'a pas été apportée par l'étude mais plutôt par des données recueillies par une utilisation réelle sur des populations. Il faut être prudent avec les expérimentations car les données peuvent aller dans un sens ou dans l'autre. Les personnes âgées ont été incluses dans l'essai Pfizer, même si leur nombre était insuffisant. L'efficacité n'a pas été démontrée mais on pouvait espérer un bénéfice.

Les preuves pour ceux qui se sont rétablis de la Covid-19 sont absentes. Leurs bénéfices sont négligeables<sup>[45][46]</sup> et les risques sont élevés. Il faut également tenir compte des connaissances actuelles sur l'effet protecteur durable de l'immunité de la mémoire<sup>[47][48]</sup>. Il ne suffit pas de s'intéresser aux anticorps, car l'immunité cellulaire joue un rôle majeur, peut-être plus important que celui des anticorps.

---

<sup>45</sup> Holm Hansen C et al. Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study *The Lancet* March 2021 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00575-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00575-4)

<sup>46</sup> Abu-Raddad LJ et al. SARS-CoV-2 reinfection in a cohort of 43,000 antibody-positive individuals followed for up to 35 weeks. medRxiv. January 2021 <https://doi.org/10.1101/2021.01.15.21249731>

<sup>47</sup> Dan M J et al. Immunological memory to SARS-CoV-2 assessed for up to 8 months after infection *Science* Feb 2021 DOI: 10.1126/science.abf4063

<sup>48</sup> Borena W et al. Follow-up study in the ski-resort Ischgl: Antibody and T cell responses to SARS-CoV-2 persisted for up to 8 months after infection and transmission of virus was low even during the second infection wave in Austria *Medrxiv* February 2021



Les données concernant les personnes sous traitement immunosuppresseur et les personnes immunodéprimées sont inconnues.

Personne ne peut responsablement se prononcer sur les risques ou la sécurité à long terme de ces nouveaux vaccins. Les vaccins ont une niche, les personnes devraient être pleinement informées afin de donner leur consentement libre et éclairé, mais le marketing actuel visant à amplifier les avantages et à minimiser les risques n'est pas compatible avec la science ou la médecine et ne profite pas à l'humanité.

Une approche nuancée est nécessaire. Les tableaux 1, 2, 3 et 4 présentent une analyse des risques et des avantages de trois vaccins et de différentes méthodes de vaccination.

### **.C Passeport vaccinal ou tout autre document similaire, papier ou électronique, qui confère un avantage indu ou fait pression sur quelqu'un pour qu'il se fasse vacciner**

En plus d'être moralement, éthiquement et légalement discutable d'un point de vue scientifique, un tel passeport n'est pas justifié pour de multiples raisons, comme expliqué dans les sections précédentes.

- 1) Ils ne garantissent pas que tous les individus vaccinés ou même la plupart d'entre eux possèdent une immunité cellulaire active suffisante contre les souches en circulation ;
- 2) Ils pousseraient les personnes présentant plus de risques que de bénéfices à se faire vacciner ;
- 3) Ils peuvent augmenter le risque de sélection par pression ;
- 4) Ils n'empêchent pas la propagation ou même la super-propagation de se produire ;
- 5) Les vaccins sont des interventions médicales qui ne peuvent et ne doivent pas être promus ou poussés comme un vulgaire produit ou poussés/pressés sans contre-indications claires, précautions et compréhension individuelle des risques/bénéfices.

Certains États n'ont jamais fermé leurs portes, d'autres les ont rouvertes sans que l'on observe un rebondissement ou une augmentation prophétique des cas à la suite de cette réouverture. On peut citer la Russie, le Texas, la Floride, le Tadjikistan et la Suède qui n'ont jamais fermé, alors que d'autres pays ont connu des poussées terribles avec des restrictions en place comme le Portugal ou la Slovénie. D'autres ont vu de terribles flambées en dépit des restrictions et de la vaccination, comme Israël, le Royaume-Uni et maintenant l'Inde, le Koweït ou le Bahreïn alors que des voisins ayant une politique plus conservatrice semblent moins souffrir.

D'un point de vue scientifique, le passeport vaccinal n'est pas soutenu et peut être contre-productif, voire nuisible, au niveau individuel et mondial. Ce n'est pas de la science et son bénéfice ou son préjudice n'a pas été démontré. Dans tous les cas, la mortalité excessive qui se produit dans les pays qui ont massivement vacciné doit être expliquée.

Dans certains pays, la population est fortement opposée à une telle politique, comme le montre une vaste enquête menée en France auprès de plus de 100 000 personnes par une institution publique, qui a révélé que 67 % des personnes interrogées étaient fortement opposées à un tel passeport ou certificat et 72 % y étaient opposées.<sup>[49]</sup>

Il a été suggéré de maintenir cette ségrégation et ces restrictions des libertés civiles jusqu'à ce que l'OMS

---

<sup>49</sup> <https://www.lecese.fr/actualites/grande-consultation-sur-le-passeport-vaccinal-les-resultats-sont-en-ligne> [Accessed 26/04/2021]

déclare la fin de la pandémie. Toutefois, si le SRASCOV-2 suit le même schéma que celui du HCOV-OC43, et s'il continue de circuler comme un simple rhume, il faudra peut-être attendre longtemps avant que l'OMS ne déclare la fin de la pandémie. Cela pourrait être renforcé si nous continuons à compter les personnes décédées principalement de comorbidités comme des décès COVID.

Il n'existe aucune preuve que le passeport vaccinal puisse arrêter l'épidémie, et les risques sont élevés. Tout ce qu'il fait, c'est promouvoir la vaccination de ceux dont le rapport risque-bénéfice est négatif, au profit des fabricants, autres intérêts et de ceux qui profiteraient de la mise en place d'un nouveau système de contrôle des mouvements des populations.

## **.D Les masques**

Visage couvert pendant de nombreux mois y compris en plein air, dans les lieux publics et pour des enfants en croissance.

Les preuves de l'efficacité du masque à l'extérieur contre les cas de la Covid-19 sont faibles, voire inexistantes, et il est heureux que les médias des différents pays commencent à relayer cette évidence, tandis qu'il paraît pour le moins singulier de laisser entendre que la vaccination permettrait d'éviter des contaminations en extérieur, permettant ainsi de se dispenser du port du masque, lequel n'a aucune utilité scientifiquement prouvée <sup>[50][51]</sup>.

Les données comparant le recouvrement du visage à l'extérieur suggèrent un effet contre-productif possible <sup>[52][53]</sup>.

Des études de qualité explorant pour le grand public, quels masques, quand, pendant combien de temps, l'hygiène associée et la faisabilité, n'existent pas.

Les masques sont usuellement utilisés durant des interventions médicales diverses mais leur port prolongé s'accompagne de risques inconnus pour les adultes et les enfants, car aucune population n'a eu à les porter quotidiennement pendant plusieurs heures et aussi longtemps à l'intérieur et à l'extérieur. Il existe encore moins de données sur le port prolongé de masques chez les enfants.

Il est différent de porter provisoirement un masque de haute qualité dans d'excellentes conditions d'hygiène par un professionnel de santé en environnement clos avec pendant quelques heures et de porter un couvre-visage par une population constamment en plein air ou dans des conditions d'hygiène douteuse ou contre-productives.

Avant cette pandémie de Covid-19, il a été démontré que le fait de se couvrir le visage et de porter des masques était associé au développement d'asthme, à une plus grande sensibilité aux infections, au développement d'une résistance nasale et de maux de tête, ce qui pouvait entraîner une augmentation de la consommation d'anti-inflammatoires. Des études ont été réalisées dans des régions où les populations sont obligées de se couvrir le visage pour des raisons religieuses. <sup>[54][55][56][57][58]</sup>

---

<sup>50</sup>Jefferson T et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 11. Art. No.: CD006207. DOI: 10.1002/14651858.CD006207.pub5.

<sup>51</sup> MacIntyre, C. R., Seale, H., Dung, T. C., Hien, N. T., Nga, P. T., Chughtai, A. A., ... Wang, Q. (2015). A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers. *BMJ Open*, 5. doi:10.1136/bmjopen-2014-006577

<sup>52</sup> Mehl-Madrona et al. Understanding SARS-COV-2 propagation, impacting factors to derive possible scenarios and simulations medRxiv 2020.09.07.20190066; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.09.07.20190066>

<sup>53</sup> <https://rationalground.com/post-thanksgiving-mask-charts-still-no-evidence-that-masks-work/> Accessed April 22nd 2021

<sup>54</sup> Marija G. Matic et al. Does Occupational Exposure to Solvents and Pesticides in Association with Glutathione S-Transferase A1, M1, P1, and T1

Respirer des pesticides contenus dans le coton, des détergents et d'autres produits chimiques à partir de masques pendant une période prolongée peut également entraîner des risques pour l'avenir. Nul ne peut prétendre connaître les effets d'un port constant et prolongé à ce point du masque sur les adultes et sur les enfants en croissance.

Les preuves sont faibles, les avantages sont limités, certains risques sont connus, d'autres ont fait l'objet d'hypothèses et d'autres encore peuvent encore être découverts. Pourtant, le port du masque est obligatoire dans de nombreux pays, y compris à l'extérieur et sur les enfants.

S'agissant d'une expérience inédite, nul ne peut responsablement prétendre à une sécurité à long terme d'un port prolongé pour une telle intervention alors que les preuves d'un bénéfice significatif d'une mesure brutale sont absentes voire possiblement contre-productive. Aucune autorité ayant imposé une telle mesure brutale n'a mis en place les instruments de mesure d'étude et de suivi des bénéfices risques à court ou long terme.

### **.E La peur**

La peur a été un outil utilisé par certains gouvernements, certains médias et certains membres du corps médical durant cette crise sanitaire.

De nombreux scientifiques ont oublié que le stress chronique est nocif ; il peut provoquer des maladies mortelles et chroniques, avoir un impact physiologique et psychologique. Il peut affaiblir le système immunitaire au point d'augmenter la gravité des épidémies dans tous les sens du terme. <sup>[59][60][61]</sup>

A cela s'ajoutent les effets délétères graves psychologiques et sociétaux associés au stress chronique, à la violence et à la dépression.

## **4) Conclusion**

Les décisions doivent être fondées sur la science, sur des données réelles, plutôt sur les preuves que sur des hypothèses. Les avantages et risques de chaque action doivent être mesurables.

Tout comme les vaccins, à ce jour, nous ne disposons pas d'études de qualité indiquant les risques/bénéfices de l'utilisation des masques : quels masques, où, quand, comment, quand les changer, pour qui, etc.. Scientifiquement, nous en sommes presque au même point qu'en 1918 :

---

Polymorphisms Increase the Risk of Bladder Cancer? The Belgrade Case-Control Study PLOS One June 2014 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099448>

<sup>55</sup> Ahmad, E., Mohammed, M., Rayes, A., Qahtani, A., Elzubier, A., & Suliman, F. (2001). The Effect of Wearing the Veil by Saudi Ladies on the Occurrence of Respiratory Diseases. *The Journal of asthma: official journal of the Association for the Care of Asthma*, 38, 423–426. doi:10.1081/JAS-100001497

<sup>56</sup> Alghadir, A., Aly, F., & Zafar, H. (2012). Effect of face veil on ventilator function among Saudi adult females. *PAKISTAN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES*, 28, 71–74

<sup>57</sup> Mallah, E. M., Hamad, M. F., Elmanaseer, M. A., Qinna, N. A., Idkaidek, N. M., Arafat, T. A., & Matalka, K. Z. (2011). Plasma concentrations of 25-hydroxyvitamin D among Jordanians: Effect of biological and habitual factors on vitamin D status. *BMC Clin Pathol*, 11, 8. doi:10.1186/1472-6890-11-8

<sup>58</sup> Zhu, J. H., Lee, S. J., Wang, D. Y., & Lee, H. P. (2014). Effects of long-duration wearing of N95 respirator and surgical facemask: a pilot study. *Journal of Lung, Pulmonary & Respiratory Research*, 1(4), 97–100

<sup>59</sup> Yaribeygi H, et al. The impact of stress on body function: A review *Excli journal* 2017 doi: 10.17179/excli2017-480

<sup>60</sup> Schneiderman N et al. STRESS AND HEALTH: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants *Annu Rev Clin Psychol*. 2005 doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141

<sup>61</sup> Segerstrom SC et al. Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry *Psychol Bull*. 2004 Jul doi: 10.1037/0033-2909.130.4.601

- Tester des interventions médicales en dehors des limites des essais nous mène 7 décennies en arrière ;
- Les masques nous ont ramenés un siècle en arrière ;
- Les confinements nous ont ramenés au Moyen-Âge ;
- Refuser un traitement aux patients et faire des compromis sur la sécurité des nouvelles technologies nous ramène peut-être à des temps antérieurs à la civilisation et à Hippocrate.

À ce jour, la réaffectation de molécules bon marché dont les risques sont connus s'est vue refuser tout soutien. Même lorsque la sécurité était connue, que des essais compilés apportaient des preuves, ces médicaments se voyaient refuser l'autorisation d'utilisation en urgence et étaient soumis à des normes de preuve ou de sécurité différentes de celles appliquées aux vaccins. Lorsque les résultats étaient prometteurs, des études supplémentaires n'étaient jamais réalisées, ce qui maintenait la science dans le doute.

Il est temps d'évaluer tous les outils selon les mêmes critères cohérents et pragmatiques d'analyse des risques et des avantages et de choisir ceux qui prouvent leur efficacité, minimisent les risques, protègent la liberté, les moyens de subsistance des personnes et leur santé physique et mentale.

Il faut rapidement appliquer ces mesures :

1. Étude immédiate en coopération avec les autorités des pays susmentionnés pour savoir où et pourquoi les résultats sont si décevants afin d'aider à choisir pour qui, quand, quels risques et quels avantages.
2. Recommandation de tester sur l'infection en cours avant de vacciner ;
3. Obligation vérifier si la personne est guéri du COVID avant de vacciner soit par un questionnaire clinique soit par un test d'immunité cellulaire PCR ou réactivité ;
4. Mettre en garde contre la vaccination des personnes qui ont déjà été atteintes par la Covid-19 et exiger que pour les vaccins à ARNm, cela soit fait dans le cadre d'un essai clinique ;
5. Recommandez l'autorisation d'utilisation d'urgence de l'Ivermectine, car les preuves de son innocuité sont plus élevées que celles des vaccins et elle est probablement efficace ;
6. Mettez en garde contre un passeport vaccinal ou tout autre outil discriminatoire similaire en rappelant que les vaccinés peuvent également participer à la propagation du virus et que seuls ceux qui ont une immunité cellulaire réactive ont la faculté de moins participer à la propagation<sup>62 63</sup>;
7. Faire une recommandation contre le masque constant chez les adultes, en particulier à l'extérieur pour privilégier un usage ciblé avec des masques de qualité au bon moment et en respectant l'hygiène ;
8. Faire une recommandation contre le masque chez les enfants ;
9. Faire une recommandation aux pays pour qu'ils promeuvent le bien, l'alimentation, le sport et s'assurer que toutes leurs décisions aident leur population à devenir plus saine et plus forte ;
10. Recommander aux pays de mettre en œuvre des mesures indicatives actives à l'échelle nationale pour corriger les carences en vitamine D ;
11. Recommander aux pays de mener des initiatives actives à l'échelle nationale pour améliorer l'aération des lieux publics et des entreprises ;

<sup>62</sup> Sewell et al. Cellular immune responses to covid-19 BMJ 2020;370:m3018 July 2020 <https://doi.org/10.1136/bmj.m3018>

<sup>63</sup> Kristen W. Cohen et al. Longitudinal analysis shows durable and broad immune memory after SARS-CoV-2 infection with persisting antibody responses and memory B and T cells Medrxiv April 2021 <https://doi.org/10.1101/2021.04.19.21255739>

12. Appelez à une enquête immédiate sur tous les acteurs suspects liés à l'affaire « The Lancet Gate »<sup>64</sup> et sur l'effet sur les études qui étaient en cours et qui n'ont jamais repris privant de nombreux humains d'une éventuelle chance ;
13. Exiger des pays qu'ils surveillent activement toutes les personnes vaccinées pendant les huit années suivant la vaccination et qu'ils communiquent publiquement et quotidiennement toutes les données relatives à la mortalité, aux hospitalisations, aux handicaps, aux maladies auto-immunes, aux maladies du sang, aux maladies respiratoires, aux cancers, aux maladies idiopathiques, avec un comparatif avec les personnes non vaccinées, les effets à long terme devront être connus pour une balance bénéfice risque définitive complète et juste ;
14. Appeler en coopération avec les Pays mentionnés et tous les Pays ayant observé une surmortalité coïncidant avec la vaccination à une enquête expliquant dans chacun des pays la cause de cette mortalité excessive coïncidant avec la campagne vaccinale ;
15. Exiger un partage éthique des vaccins entre les pays afin de protéger ceux qui en bénéficient au lieu de nuire à ceux qui n'en bénéficient que très peu ;
16. Prendre des décisions fondées sur les risques et les avantages dans une société équitable ; débattre des choix acceptés qui profitent au groupe et protègent les minorités et la liberté ;
17. Participer au débat scientifique ouvert par cette lettre par cette 1ere grille d'évaluation comparative des bénéfices risques et se rappeler qu'il existe d'une part la force des preuves et d'autre part le bénéfice et le risque à court et à long terme ;
18. Émettre des recommandations lorsqu'il y a des avantages face à la Covid-19 jusqu'à ce que les preuves des avantages préliminaires deviennent plus solides (aération, correction de la vitamine D, nutrition et lutte contre l'obésité) et ne restreindre les libertés que de façon proportionnée, courte sous contrôle démocratique et avec des preuves suffisantes d'efficacité et non des hypothèses ;
19. Effectuer une analyse des sondages sur les proportions de population dans différentes zones qui ont une immunité cellulaire réactive afin de mieux comprendre le niveau de vaccination nécessaire dans chaque zone ainsi que les personnes à vacciner car de multiples territoires ont déjà une large proportion de la population immunisée;
20. Communiquer clairement à la lumière des enquêtes demandées ci-dessus sur tous les risques des vaccins connus ou suspectés et clairement indiquer que la sécurité et les risques à long terme des vaccins sont inconnus pour un consentement libre, éclairé, juste sans tentation, ou pression.
21. Enquêter sur tous les organes institutionnels qui ont pris des décisions avec des conflits d'intérêts.
22. Mettre fin à tout financement privé pour tous les organes et individus qui prennent des décisions.

Cette requête est également rendue publique en tant que lettre ouverte pour que l'humanité puisse s'informer, étudier et lire la littérature, regarder les données et peser dans les décisions.

\*

---

<sup>64</sup>Mehra M et al. Retraction—Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis Lancet June 2020  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31324-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31324-6)

Figure 1 – Israel, UK, Emirates vaccination massive

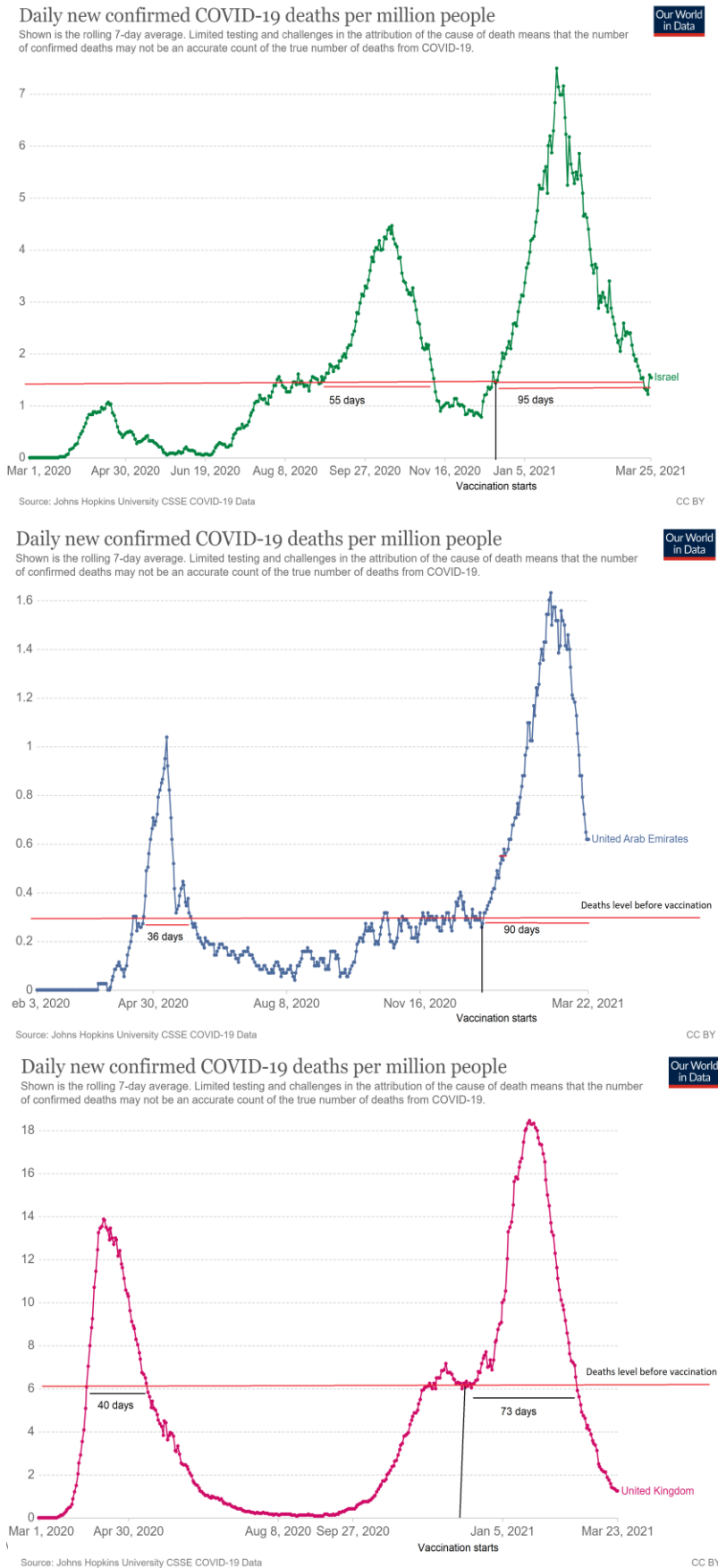


Figure 2 – La vague de Covid la plus meurtrière en Inde, au Koweït et au Bahreïn alors que l'on vaccine massivement

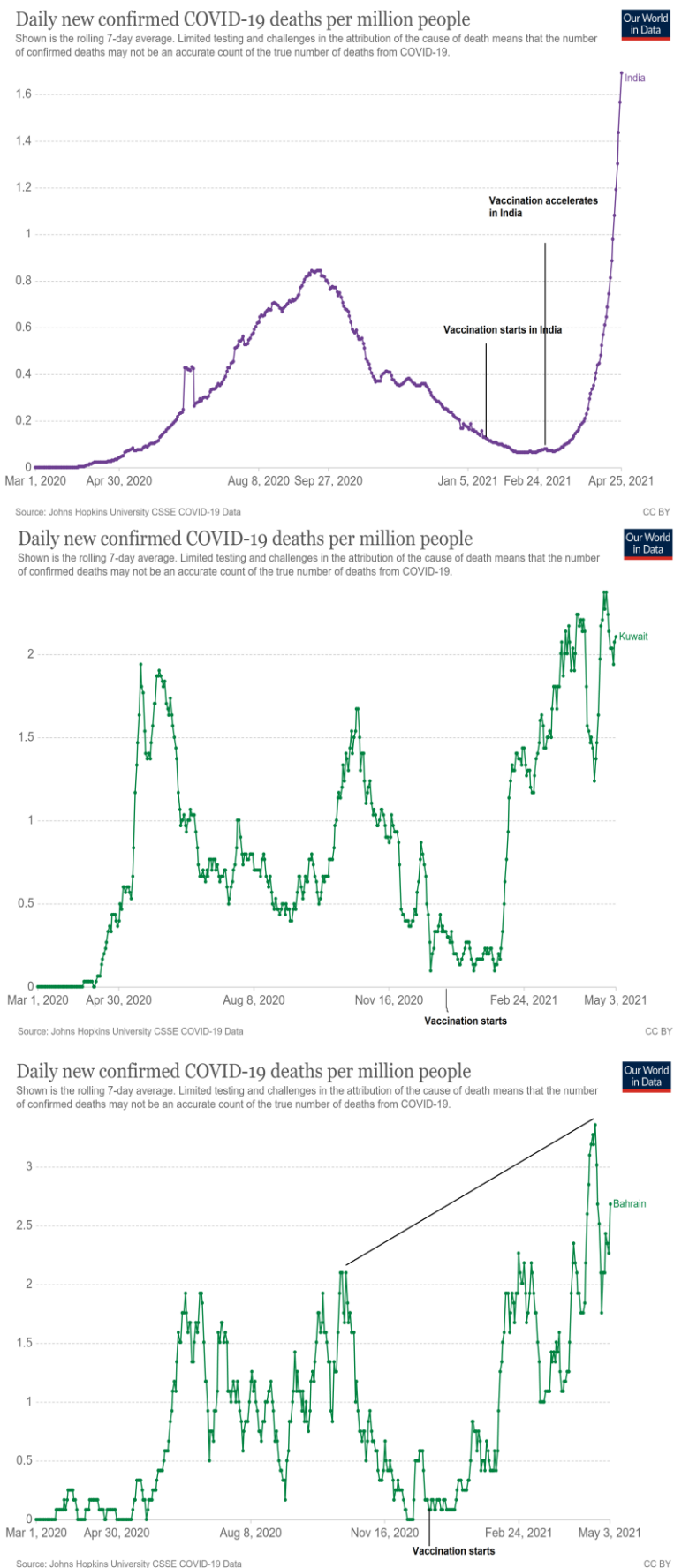


Figure 3 – Augmentation de la mortalité en Israël après la fin de la vague épidémique chez les jeunes et les personnes âgées après la vaccination





Figure 4 – Surmortalité en France et en Italie dans le groupe vaccine par ARNm par rapport aux jeunes non vaccinés



Table 1 - Analyse de l'étude suivant l'essai clinique d'un seul fabricant menant à l'approbation d'urgence

	<b>Pfizer</b>	<b>Moderna</b>	<b>Janssen</b>
	<b>Under Clinical trial ecosystem</b>		
<b>Principaux critères d'exclusion</b>	1) Individus guéris du Covid-19 2) Femmes enceintes ou allaitant 3) Vaccination antérieure avec un vaccin de Coronavirus 4) Immunodéficients 5) Individus suivant un traitement à base d'immunosuppresseurs 6) Mineurs (-18 ans) 7) Allergies éventuelles aux vaccins (urticaire, etc.)	1) Mineurs (-18 ans) 2) Femmes enceintes ou allaitant 3) Individus guéris du Covid-19 4) Allergies éventuelles aux vaccins (urticaire, etc.) 5) Troubles de la coagulation (phlébotomie) 6) Individus suivant un traitement à base d'immunosuppresseurs 7) Immunodéficients	1) Mineurs (-18 ans) 2) Femmes enceintes
<b>Echantillon total de cas de Covid-19 sévères utilisés pour l'analyse statistique</b>	10	30	99
Réduction relative du risque de Covid-19 sévère	90,00 %	100,00 %	80,00 %
Réduction absolue du risque de Covid-19 sévère	0,36 %	0,20 %	0,31 %
Réduction relative du risque lié aux nouvelles souches émergentes : Afrique du Sud, Brésil, Inde	Inconnue, <50 % ? 30 % ?  Les données d'une étude préliminaire suggèrent une efficacité encore bien plus faible	Inconnue, <50 % ? 30 % ?  Les données d'une étude préliminaire suggèrent une efficacité encore bien plus faible	Inconnue, <50 % ? 30 % ?  Les données d'une étude préliminaire suggèrent une efficacité encore bien plus faible
Réduction absolue du risque lié aux nouvelles souches émergentes : Afrique du Sud, Brésil, Inde	Inconnue	Inconnue	Inconnue
Hausse relative du risque d'effets secondaires systémiques	61,00 %	68,70 %	Peu clair dans l'étude, 9 % à 20 % en phase 2
Hausse absolue du risque d'effets secondaires systémiques	15,00 %	15,80 %	Ne peut être déduit de l'étude
Hausse relative du risque d'effets secondaires sévères*	63,00 %	85,00 %	85,00 %
Hausse absolue du risque d'effets secondaires sévères **	0,46 %	0,28 %	0,12 %
Effets secondaires de long terme	Inconnus, présumés élevés par précaution	Inconnus, présumés élevés par précaution	Inconnus, présumés élevés par précaution
Nombre nécessaire pour traiter à partir de la stratégie d'essai clinique pour réduire d'un cas sévère de Covid-19	2715	507	323

Note : Le vaccin de Janssen avait été approuvé avant toute publication. Il ressort de ces publications que certains risques étaient connus depuis l'essai clinique  
 \* 240/139 table S3[32] and 14/3 TableS6-S10[44] Table S6[40]  
 \*\* (240-139)/21621[32], (14-3)+(234-202)/14358[44], 19 severe Janssen's vaccine / 4 placebo[40]

Table 2 - Approche ciblée en cas de besoin vs. Approche randomisée massive

	<b>Pfizer</b>	<b>Moderna</b>	<b>Janssen</b>
	<b>Coût d'une réduction d'un cas sévère de Covid-19 dans les conditions d'un essai clinique</b>		
Nombre de réactions systémiques/sévères	746	80	5,33+systémique
Coût économique	Coût de la vaccination : 2715 Individus + coût du traitement des effets indésirables + coût du traitement des effets à long terme + coût de l'arrêt de travail pour ceux ayant des effets indésirables	Coût de la vaccination : 507 Individus + coût du traitement des effets indésirables + coût du traitement des effets à long terme + coût de l'arrêt de travail pour ceux ayant des effets indésirables	Coût de la vaccination : 323 Individus + coût du traitement des effets indésirables + coût du traitement des effets à long terme + coût de l'arrêt de travail pour ceux ayant des effets indésirables
	<b>Coût pour 1 réduction d'une approche ciblée sur les Covid-19 sévères                      Sous réserve d'enquête et d'explication de la mortalité due au Covid-19 en Israël, au Royaume-Uni, aux Émirats, au Chili, en Inde et de la surmortalité en France, en Israël et en Italie coïncidant avec la vaccination</b>		
Nombre de réactions systémiques/sévères	23,2	23,8	0,18 sévère Systémiques ne pouvant être déduites de l'étude
Coût économique	Coût de la vaccination 12,5 Individus + coût du traitement des effets indésirables + coût du traitement des effets à long terme + coût de l'arrêt de travail pour ceux ayant des effets indésirables	Coût de la vaccination 12,5 Individus + coût du traitement des effets indésirables + coût du traitement des effets à long terme + coût de l'arrêt de travail pour ceux ayant des effets indésirables	Coût de la vaccination 12,5 Individus + coût du traitement des effets indésirables + coût du traitement des effets à long terme + coût de l'arrêt de travail pour ceux ayant des effets indésirables
Note : Le vaccin de Janssen avait été approuvé avant toute publication. Il ressort de ces publications que certains risques étaient connus depuis l'essai clinique			

Table 3 – Rapport bénéfices/risques par groupe

	<b>Pfizer</b>	<b>Moderna</b>	<b>Janssen</b>
<b>Analyse du bénéfices/risques pour les personnes immunisées et en bonne santé</b>			
Risque de Covid-19 sévère	<0,005%	<0,005 %	<0,005 %
Risque d'effets secondaires systémiques à court terme	15,00 %	15,80 %	Ne peut être déduit de l'étude
Risque d'effets secondaires sévères	0,46 %	0,28 %	0,12 %
Efficacité pour les nouvelles souches émergentes	Inconnue, peut-être contre-productif	Inconnue, peut-être contre-productif	Inconnue, peut-être contre-productif
Effets secondaires de long terme	Inconnus, présumés élevés par précaution	Inconnus, présumés élevés par précaution	Inconnus, présumés élevés par précaution
Réduction de la propagation	0	0	0
Ethique juridique	Ne peuvent être vaccinés en dehors d'un essai clinique car ils ont été explicitement exclus	Ne peuvent être vaccinés en dehors d'un essai clinique car ils ont été explicitement exclus	Balance bénéfices/risques négative
<b>Analyse du bénéfices/risques pour les personnes jeunes et en bonne santé</b>			
Risque de Covid-19 sévère	<0,1%	<0,1%	<0,1%
Risque d'effets secondaires systémiques à court terme	15,00 %	15,80 %	Ne peut être déduit de l'étude
Risque d'effets secondaires sévères	0,46 %	0,28 %	0,12 %
Efficacité pour les nouvelles souches émergentes	Inconnue, <50 % ? 30 % ?	Inconnue, <50 % ? 30 % ?	Inconnue, <50 % ? 30 % ?
Effets secondaires de long terme	Inconnus, présumés élevés par précaution	Inconnus, présumés élevés par précaution	Inconnus, présumés élevés par précaution
<b>Analyse du bénéfices/risques pour les personnes à risque / Sous réserve de l'enquête citée</b>			
Risque de Covid-19 sévère	8,00 %	8,00 %	8,00 %
Risque d'effets secondaires systémiques à court terme	11,00 %	12,00 %	Ne peut être déduit de l'étude
Risque d'effets secondaires sévères	0,46 %	0,28 %	0,12 %
Efficacité pour les nouvelles souches émergentes	Inconnue, <50 % ? 30 % ?	Inconnue, <50 % ? 30 % ?	Inconnue, <50 % ? 30 % ?
Effets secondaires de long terme	Inconnus, présumés élevés par précaution mais plus faible car l'espérance de vie est plus faible	Inconnus, présumés élevés par précaution mais plus faible car l'espérance de vie est plus faible	Inconnus, présumés élevés par précaution mais plus faible car l'espérance de vie est plus faible
<b>Analyse du bénéfices/risques pour les individus en première ligne, en corrélation avec les « super-épandeurs » (non immunisés naturellement)</b>			
Risque de Covid-19 sévère	<0,1%	<0,1%	<0,1%
Risque d'effets secondaires systémiques à court terme	15,00 %	15,80 %	Ne peut être déduit de l'étude
Risque d'effets secondaires sévères	0,46 %	0,28 %	0,12 %
Efficacité pour les nouvelles souches émergentes	Inconnue, <50 % ? 30 % ?	Inconnue, <50 % ? 30 % ?	Inconnue, <50 % ? 30 % ?
Effets secondaires de long terme	Inconnus, présumés élevés par précaution mais plus faible car l'espérance de vie est plus faible	Inconnus, présumés élevés par précaution mais plus faible car l'espérance de vie est plus faible	Inconnus, présumés élevés par précaution mais plus faible car l'espérance de vie est plus faible

Table 4 – Autres

	<b>Pfizer</b>	<b>Moderna</b>	<b>Janssen</b>
	<b>Pour tous les groupes</b>		
Réduction de la propagation	Non prouvé... Rapports montrant le contraire et suspicion quant à la sélection par pression vaccinale entraînant des mutations	Non prouvé... Rapports montrant le contraire et suspicion quant à la sélection par pression vaccinale entraînant des mutations	Non prouvé... Rapports montrant le contraire et suspicion quant à la sélection par pression vaccinale entraînant des mutations
Ethique juridique	Ne peuvent être forcés, tentés ou mis sous pression car certains ou beaucoup d'entre eux pourraient avoir un rapport bénéfices/risques défavorable et les données ne semblent pas soutenir la prévention de la propagation. Les deux conditions doivent être remplies	Ne peuvent être forcés, tentés ou mis sous pression car certains ou beaucoup d'entre eux pourraient avoir un rapport risques/bénéfices défavorable et les données ne semblent pas soutenir la prévention de la propagation. Les deux conditions doivent être remplies	Ne peuvent être forcés, tentés ou mis sous pression car certains ou beaucoup d'entre eux pourraient avoir un rapport risques/bénéfices défavorable et les données ne semblent pas soutenir la prévention de la propagation. Les deux conditions doivent être remplies
Juridique	Les profils exclus doivent rester exclus car le rapport bénéfices/risques ne peut être extrapolé. Vaccination que dans des conditions d'essai clinique.	Les profils exclus doivent rester exclus car le rapport bénéfices/risques ne peut être extrapolé. Vaccination que dans des conditions d'essai clinique.	Les profils exclus doivent rester exclus car le rapport bénéfices/risques ne peut être extrapolé. Vaccination que dans des conditions d'essai clinique.
Juridique	La posologie et le protocole doivent suivre les protocoles des essais cliniques sans modification de la dose ou de l'approche	La posologie et le protocole doivent suivre les protocoles des essais cliniques sans modification de la dose ou de l'approche	La posologie et le protocole doivent suivre les protocoles des essais cliniques sans modification de la dose ou de l'approche
Note : Le vaccin de Janssen avait été approuvé avant toute publication. Il ressort de ces publications que certains risques étaient connus depuis l'essai clinique			

Table 5 – Comparaison du rapport bénéfices/risques de la vaccination des populations et des traitements en utilisant les mêmes normes de preuve et les mêmes critères

	FORCE DE LA PREUVE	BENEFICES COURT TERME	BENEFICES LONG TERME	RISQUES COURT TERME	RISQUES LONG TERME	DECISIONS MAJORITAIRES EN EUROPE ET AMERIQUE
Vaccination naïve Moins de 55 ans Individus en bonne santé	6	3	2	4	7	Pression / Commercialisation
Vaccination naïve Profils hautement risqués*	4	5	5	3	3	Pression / Commercialisation
Vaccination de patients guéris du Covid-19 Tout âge	1	1	1	6	6	Pression / Commercialisation
Vaccination d'individus infectés au Covid-19 Tout âge	1	1	1	6	6	Pression / Commercialisation
Vaccination d'autres groupes pour lesquels l'efficacité n'est pas prouvée	Imprécis	Imprécis	Imprécis	Imprécis	Imprécis	Pression / Commercialisation
Traitement à l'Ivermectine	5	5	5	2	2	Bloqué / Restreint
Traitement précoce à faible dose avec de l'hydroxychloroquine associé à un macrolide pour les patients sans maladie cardiaque	4	4	4	2	2	Études arrêtées avant la conclusion Lancet Gate

\* Des réponses sont fournies quant aux fortes mortalités chez des individus atteints du Covid-19 observées aux Émirats, au Royaume-Uni, en Israël, au Chili, en Inde, en plus de la surmortalité dans les gammes vaccinées en Italie et en France.

Table 6 – Comparaison des actions et des interventions en utilisant les mêmes normes de preuve et les mêmes critères

	FORCE DE LA PREUVE	BENEFICES COURT TERME	BENEFICES LONG TERME	RISQUES COURT TERME	RISQUES LONG TERME	Dans de nombreux pays
Obésité, sport et nutrition	6	5	6	2	2	Négligé / Restreint
Usage de vitamine D	5	5	6	2	2	Négligé / Restreint
Aération et activité en plein air	6	5	5	2	2	Négligé / Restreint
Port du masque généralisé en plein air et pour les enfants	2	2	1	4	5	Obligatoire / Recommandé
Vaccination massive	3	3	2	5	6	Pression / Commercialisation
Passeport vaccinal ou tout autre document similaire ou électronique	2	2	1	6	6	Poussé par beaucoup
Traitement à l'Ivermectine	5	5	5	2	2	Bloqué / Restreint
Traitement précoce à faible dose avec de l'hydroxychloroquine associé à un macrolide pour les patients sans maladie cardiaque	4	4	4	2	2	Études arrêtées avant la conclusion Lancet Gate
Propagation de la peur	4	2	1	5	6	Diffusée par beaucoup

**Co-signataires**

**Médecins et Scientifiques (Objectif initial >70 et 5 Pays – possiblement largement dépassé)**

<b>Nom</b>	<b>Pays</b>

Soutenus par cabinet juridiques

**Cabinets Juridiques (Objectif initial >3 et 3 Pays – possiblement dépassé)**

<b>Nom</b>	<b>Pays</b>