

C'est dur d'être vacciné par des cons...*

* En référence à la Une de Charlie Hebdo du 28 juillet 2021 titrant « Hitler débordé par les antivax » et figurant Hitler à la plage dans une bouée licorne et disant « C'est dur d'être cité par des cons ! ».

Lettre à Charlie à propos de sa fascination vaccinale et de ses positions réductionnistes vis à vis des opposants au sésame sanitaire.

par Jean-Paul Bourdineaud • 29 juillet 2021

Bonjour Charlie,

je suis abonné depuis l'attentat meurtrier de 2015, par solidarité. J'étais avant un lecteur assidu, et je considère les dessinateurs, auteurs et membres de l'équipe assassinés comme des amis : je ne les connaissais pas de visu, mais leurs écrits, dessins et idées m'imprégnaient et occupaient une partie de mon monde mental, comme le produit l'interaction d'avec des amis et le processus nommé innutrition par Montaigne. Ce préambule pour souligner le fait que ce qui suit, en fait une critique de vos positions pro-vaccinalistes, provient d'un ami bien intentionné et non pas d'un obscurantiste au front de taureau.

Je suis professeur à l'Université de Bordeaux, où j'enseigne la biochimie, la microbiologie et la toxicologie environnementale. Mes recherches portent sur les effets toxiques et les mécanismes de défense biochimiques et génétiques des organismes exposés aux polluants dans leur environnement. Les travaux publiés par mes collaborateurs et moi-même apparaissent sur le site ouaibe du National Center for Biotechnology Information (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov), dès lors que vous tapez mon nom.

Afin d'être le plus honnête possible, je dois te dire que je suis également membre du conseil scientifique du CRIIGEN (Comité de Recherche et d'Information Indépendantes sur le génie GÉNétique - criigen.org). Par réciprocité, il serait de bon aloi que les médecins apparaissant dans les médias voulussent bien révéler leurs conflits d'intérêt, et surtout que les journalistes osassent leur poser la question. Quant à moi, et depuis que je suis universitaire, je n'ai jamais reçu de gratifications, prébendes, émoluments ou primes d'un quelconque industriel ou organisme privé ; mon association au CRIIGEN est du pur bénévolat. Et non, nous ne sommes pas anti-vaccinalistes : écoutez par exemple mon ami Christian Vélot, président du conseil scientifique du CRIIGEN et maître de conférences en génétique à l'Université de Paris-Sud, lors de son entretien sur *France Soir*^a ou sa conférence censurée par *Youtube*^b. Nous sommes explicites quant à notre volonté de voir advenir un véritable vaccin, efficace, sûr, et protégeant sur la durée.

Ni obscurantistes ni complotistes

Dans le numéro 1512 de *Charlie Hebdo* du 14 juillet dernier, une planche de dessins de Foolz se moque des médecins et infirmières non vaccinés. Bien entendu, il s'agit de caricatures dont l'essence même est l'exagération des traits, mais tout de même, ce que l'on retire de cette planche c'est que le personnel soignant non vacciné est constitué par une bande d'obscurantistes totalement déraisonnables, anti-scientifiques, voire sectateurs, et penchant vers l'extrême-droite (celle trumpienne, au minimum). C'est en substance ce que signifiait le titre d'un article de *Libération* du 18 juillet 2021 - à propos des manifestations contre le passe sanitaire - selon lequel Florian Philippot et l'extrême-droite récupérait le mécontentement **des gueux**^c. Ce même jour, sur le site ouaibe de *Libération*, Dov Alfon se montrait navré par une « certaine complaisance envers des sceptiques du Covid et **des opposants à la science qui ont défilé ce week-end dans les rues en relayant toutes les théories complotistes imaginables** »^d. Qu'entend donc M. Alfon par complaisance ? Regretterait-il que la police n'eût pas chargé les manifestants ni crevé des yeux ou arraché des mains ? La planche de Foolz est intitulée « *Antivax à l'hôpital* » et contribue également à l'amalgame. Ce procédé consistant à mettre dans le même sac tous les courants d'opposition au passe sanitaire est lamentable car méprisant les opposants sans discernement (des « gueux » selon *Libération*). Nous autres camarades du conseil scientifique du CRIIGEN, ne sommes ni anti-vaccinalistes, ni complotistes. Je ne sais pas bien ce que recouvre cette nouvelle injure - avant, à gauche, l'insulte de « fasciste » permettait de dégommer un trublion du débat, aujourd'hui c'est celle de « complotiste » - et de quel complot nous accuse-t-on (non, nous ne pensons pas que la pandémie est une invention visant à nous priver de nos libertés, si c'est cela que les journalistes parisiens dominants et Dov Alfon imaginent). Nous avançons des arguments scientifiques et recevables dès lors que la bonne foi est de rigueur. Ce qui est vrai pour nous l'est également pour la grande majorité des personnes s'insurgeant contre le passe sanitaire.

Choix vaccinal

Dans ce même numéro, Gérard Biard dans son article « *Pour une vaccination inclusive* » (on s'achemine plutôt vers une vaccination forcée) nous dit qu'aujourd'hui nous aurions le choix en termes de vaccins puisqu'il cite ceux américains, allemand, anglais, russe, chinois et belge. C'est l'argument de l'offre : elle est pléthorique, alors pourquoi la demande ne suit-elle pas ? Et bien parce qu'en fait nous n'avons pas le choix : nous ne pouvons recevoir que les vaccins américains ou anglais, basés sur l'ADN ou l'ARN recombinants. En ce qui me concerne, je désire un véritable vaccin pasteurien : c'est à dire contenant le virus SARS-CoV-2, et même ses différentes variantes inactivées (tuées). Les vaccins chinois Sinopharm en font partie¹. Dans un article publié dans le *Journal of the American Medical Association*, le 6 juillet 2021², les résultats préliminaires de la phase III des essais cliniques des deux vaccins Sinopharm, celui de Pékin (utilisé au Maroc) et celui de Wuhan, montrent que celui de Pékin est efficace à 78 % contre 72 % pour celui de Wuhan^e. L'OMS a validé son utilisation en urgence le 7 juin dernier. En mai dernier l'UE prétendait vouloir, enfin, évaluer ces vaccins chinois : alors que deux semaines avaient suffi pour valider les vaccins anglais et américains, nous attendons toujours la décision de l'UE pour ceux chinois. L'un des vaccins cubains (dont les médias dominants ne parlent jamais) est basé sur une protéine chimérique dans laquelle la protéine de surface S du SARS-CoV-2 est fusionnée à la toxine tétanique, laquelle protège la partie coronavirale contre la dégradation. Or, nous sommes tous vaccinés contre le tétanos (c'est bien entendu une condition obligatoire pour recevoir ce vaccin) avec des globules blancs circulant déjà « dressés » contre la toxine tétanique et qui amplifient donc la réponse à la protéine virale S. La société pharmaceutique nantaise Valneva évalue actuellement un vaccin de type pasteurien mais comme le gouvernement français n'a pas voulu investir dans sa production, celle-ci est réalisée en Grande-Bretagne qui bénéficiera en priorité des premières doses. Les français devront attendre le printemps 2022. À un moment où la vaccination devient obligatoire et où l'on demande aux candidats à la vaccination de signer une décharge de responsabilité du fabricant, la moindre des exigences serait que nous eussions un véritable choix vaccinal et non pas uniquement les vaccins biotechnologiques. Voilà pour l'argument du choix.

Incrimination des personnels soignants non vaccinés

Dans son article, Gérard Biard insinue que les soignants non vaccinés seraient responsables de la mort de patients fragiles. Veut-il donc signifier que ceux vaccinés ne transmettent pas le virus ? Non, puisqu'il reconnaît que la vaccination n'empêche ni la contamination ni la contagion. Alors, que faut-il comprendre ? Il ajoute que la vaccination diminue grandement les risques et les effets ; peut-être pour les vaccinés, mais pas pour les patients fragiles : le virus transmis par un vacciné est le même que celui transmis par un non vacciné. Le passage par un vacciné n'atténue pas le virus. Tout ce que l'on peut espérer c'est qu'un vacciné contaminé est porteur d'une charge virale moins importante et que par conséquent il transmet le virus à un nombre d'individus « naïfs » moins importants (il faudrait déjà vérifier la production d'anticorps chez les vaccinés par un test sérologique, ce qui n'est jamais réalisé ; une hypothèse plausible est que les vaccinés transmetteurs du virus ont précisément produit peu ou pas d'anticorps). Par le terme d'individus naïfs, on désigne ceux qui n'ont jamais été en contact avec ce coronavirus. Mais le patient hospitalisé qui reçoit le virus d'un vacciné développera la même pathologie que s'il l'avait reçu d'un non vacciné (si l'on refuse toute forme de pensée magique).

Fin juin 2021, lorsque deux résidents - pourtant vaccinés - d'une maison de retraite des Landes sont morts du covid et plusieurs soignants touchés, le ministre Vèran en déplacement sur site a osé incriminer et rendre responsable sans preuve une soignante non vaccinée^f. Après protestation des syndicats, l'Agence régionale de Santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine a mentionné que la contamination par une soignante « *est plus une hypothèse qu'une affirmation* », et qu'il est peu probable de retrouver le patient ⁰^g.

Peut-on réellement parler de vaccin ?

Le terme même de vaccin est quelque peu exagéré. Qu'est-ce qu'un vaccin digne de cette appellation conceptuelle ? Prenons l'exemple du vaccin contre le tétanos : administré, il protège contre la bactérie *Clostridium tetani* très efficacement, sûrement (il y a un recul de plusieurs décennies avec une pharmacovigilance à la pointe), et durablement, c'est à dire pendant une vingtaine d'années. Un rappel tous les vingt ans suffit à protéger la vie entière. C'est ce que l'on peut appeler un vrai vaccin.

a/ Efficacité. Les vaccins disponibles en France présentent au dire des industriels anglais et américains une efficacité de plus de 90 %. Admettons que ces vaccins ont été efficaces en début d'année contre la souche chinoise d'origine et les formes variantes européennes. Mais il est admis que cette efficacité a été presque nulle ou faible contre les formes variantes sud-africaine et brésilienne, et moyenne contre la variante anglaise. Contre la forme indienne delta, visiblement les vaccinés la contracte très facilement. En Israël, où 58 % de la population est vaccinée, **60 % des patients hospitalisés en état sérieux ont été vaccinés** et le premier ministre Naftali Bennett reconnaît que « *nous ne savons pas exactement jusqu'à quel degré le vaccin aide, mais c'est significativement moins qu'espéré* » (*Jerusalem Post*, sur son site ouaibe le 17 juillet 2021^h).

Aux Pays-Bas, le nombre d'employés hospitaliers vaccinés contractant le virus est très élevé, ont averti des virologues hollandais : au centre médical universitaire de Leyde **85 % des employés confirmés positifs avaient été complètement vaccinés** (*La Libre*, journal belge, sur son site ouaibe le 20 juillet 2021ⁱ). Donc, en quoi la vaccination obligatoire protégera-t-elle les patients vulnérables ? Le vaccin Janssen (Johnson & Johnson) est lui aussi beaucoup moins efficace contre la variante delta : des chercheurs de l'université de New-York ont conclu, dans une étude citée par le *New-York Times*, qu'il génère cinq fois moins d'anticorps contre cette mutation du virus (*La Libre*, sur son site ouaibe le 21 juillet 2021^j).

b/ Durée de protection. La durée de protection conférée par une immunisation naturelle, c'est à dire après infection par le virus est d'environ huit mois ce qui est faible compte tenu de la vitesse de variation de ce virus. Une étude a montré que 70 jours après la seconde injection, le titre en anticorps diminuait de 50 et 80 % relativement au jour 20 post-vaccination, pour les vaccins de Pfizer et d'AstraZeneca, respectivement³.

Avec les vaccins disponibles en France, cette durée est difficile à connaître exactement puisque les vaccinés ne sont pas surveillés par tests sérologiques, mais il est peu vraisemblable que la protection soit supérieure à celle de l'immunisation naturelle car les vaccins Pfizer et Moderna ne permettent la production d'anticorps que contre une seule protéine virale (la protéine S), alors que l'immunisation naturelle cible les cinq protéines que contient le virus SARS-CoV-2. En Israël une troisième dose est déjà planifiée, et en France les autorités de santé en parlent également, ce qui est une reconnaissance du fait que la protection dure peu dans le temps. Avec la vaccination contre la grippe, le public sait que cette protection ne dure qu'une saison hivernale (lorsqu'il y a protection). On ne pourra pas être vacciné tous les six ou huit mois puisque la moitié seulement de la population française est vaccinée six mois après le début de la campagne. Il faudrait au moins augmenter l'offre de vaccins pour attirer tous les publics et notamment ceux qui refusent les vaccins OGMs ou génétiques.

c/ Pharmacovigilance. : Dans le cas du SARS-CoV-2 nous avons affaire à un traitement expérimental en phase III d'évaluation jusqu'au début de l'année 2023 (contrairement au mensonge du ministre Olivier Véran, recadré par *Le Monde* le lendemain^k). En France, la pharmacovigilance est très peu vigilante : elle n'enregistre que les cas les plus graves. Sans compter ce qui n'est pas recherché ou dosé : on sait que les vaccins – notamment ceux OGMs basés sur des adénovirus – sont causes d'un nombre faible de thromboses en regard du nombre de vaccinations. Des marqueurs des processus thrombotiques sont les D-dimères. Le dosage sanguin des D-dimères n'est réalisé que dans les cas, rares heureusement, de thromboses, mais le Dr Charles Hoffe (Canada) a décidé le dosage systématique de ces marqueurs chez ses patients ayant été vaccinés avec l'ARN de la protéine S. Sur un total de 900 individus, 62 % présentaient des taux anormalement élevés de D-dimères^l. Son interprétation est que tout le monde ne forme pas de gros caillots thrombotiques mais beaucoup produisent des micro-caillots s'infiltrant loin dans les capillaires et donc profondément dans les organes. L'urologue Diego Rubiniowicz a également découvert que les niveaux de l'antigène PSA, un marqueur du cancer de la prostate et de l'inflammation de ce tissu, augmentaient chez les hommes après la vaccination avec l'ARN de la protéine S^m – ce qui signifie que la protéine S est produite par les cellules de la prostate et non pas seulement par les cellules musculaires au site d'injection. Cette dissémination du vaccin à travers l'organisme est corroborée par les déclarations du Dr Robert Malone (le créateur de la technologie des vaccins ARN)ⁿ et par un rapport confidentiel de Pfizer où la distribution du vaccin (nanoparticules incluant l'ARN du gène de la protéine S) dans le corps de rats mâles et femelles a été suivie pendant 48 h. Il apparaît que ces corpuscules biochimiques sont retrouvés dans tous les tissus sans exception. Après le site d'injection (le muscle gastrocnémien, situé dans le mollet), les concentrations les plus importantes sont retrouvées dans le foie (concentration égale à 14,7 % de celle au site d'injection), la rate (14 %), les glandes surrénales (11 %), les ovaires (7,5 %), et la moelle osseuse (2 %)^o.

En fermant les yeux (par refus de pratiquer les dosages correspondants) on occulte ces effets secondaires qui pour certains pourraient avoir des conséquences dommageables (les micro-caillots) à long terme. Maintenant que ces observations sont publiées pourquoi le ministère de la santé ainsi que les ARS ne diligenteront-ils pas une grande étude à l'échelle nationale ?

Également, la toxicité potentielle de la protéine S n'est quasiment pas étudiée. Pourtant, le SARS-CoV-2 provoque des inflammations des cellules endothéliales (celles tapissant la surface de la lumière des vaisseaux sanguins) ; or, une étude publiée montre que ceci est dû à la toxicité de la protéine S qui parce qu'elle cible la protéine ACE2 (appelée récepteur du virus de manière abusive puisque telle n'est pas sa fonction physiologique ; elle est bien entendu parasitée par la protéine S du virus) cause une diminution du niveau fonctionnel d'ACE2 qui protège le système cardio-vasculaire⁴. Dans cette étude les auteurs ont injecté et donc infecté des hamsters avec un pseudo-virus porteur du gène de la protéine S (par conséquent l'équivalent des vaccins d'AstraZeneca et de Janssen). Une hypothèse compatible avec ces résultats est qu'une partie de la pathogénicité du virus serait due à la toxicité de la protéine S. Le vaccin de Sanofi annoncé pour le début de l'année 2022 est basé sur une protéine dite recombinante, c'est à dire produite dans des réacteurs par des cellules puis purifiée. Sa toxicité devrait être faible si rien n'est fait pour qu'elle entre dans nos cellules ; restant à l'extérieur des cellules, elle devrait être repérée immédiatement par le système immunitaire. En revanche, incluse dans des nanoparticules de lipides, elle pourrait entrer dans nos cellules

et y exercer sa toxicité. Cette dernière possibilité n'est pas exclue lorsqu'on lit le Pr Jean-Luc Cracowski, directeur du centre de pharmacovigilance du CHU de Grenoble : « *La technique consiste à fabriquer ces protéines Spike et à les injecter dans les cellules du corps pour stimuler le système immunitaire* » (article de Mayeul Aldebert, *Le Figaro*, sur son site ouaibe le 8 juillet 2021⁹). Cette déclaration du Pr Cracowski est quelque peu déroutante, voire inquiétante, et l'on espère que c'est le journaliste qui a mal retranscrit les propos du professeur, car le système immunitaire qu'il s'agit de stimuler est constitué en partie par certaines classes de globules blancs circulant **à l'extérieur** des cellules.

Un autre effet indésirable qui est écarté dogmatiquement est l'intégration de l'ARN vaccinal dans le génome des cellules humaines après rétro-transcription en ADN. Les édiles médicaux et universitaires parisiens (les Pr Fisher et Kahn, par exemple) nous ont dit que c'était impossible puisque la transcription inverse de l'ARN en ADN nécessitait l'action d'une enzyme appelée transcriptase-inverse, et que non seulement le SARS-CoV-2 mais également les vaccins à ARN ne contenaient pas cette enzyme. Antonio Fischetti nous disait la même chose dans *Charlie Hebdo* (9 décembre 2020) : « *Concernant le côté OGM de certains d'entre eux [les vaccins], les scientifiques sont formels : il n'y a aucun risque que l'ARN du virus affecte notre génome* ». Or, il a bien été démontré l'inverse dans un article publié dans les prestigieux comptes-rendus de l'Académie des sciences des Etats-Unis : l'ARN du SARS-CoV-2 peut être rétro-transcrit par des éléments génétiques mobiles (appelés rétrotransposons) présents dans les cellules humaines et qui ont une activité de type transcriptase-inverse⁵. Ceci explique, et c'était l'interrogation de départ des auteurs, pourquoi des individus ayant été naturellement infectés par ce virus restent positifs au test PCR (en réalité RT-PCR) plusieurs semaines après le début de l'infection en absence de multiplication virale (test antigénique négatif). Chez certains individus, une partie conséquente du génome viral est intégrée dans le génome et contribue à la production d'ARN viral longtemps après la guérison. Si le génome viral peut être intégré dans nos cellules après infection, la question de l'intégration dans nos cellules de l'ARN vaccinal sous sa contrepartie ADN devient pertinente, selon l'adage « qui peut le plus peut le moins ». Or, cette hypothèse est négligée et les travaux nécessaires pour la confirmer ou l'invalider ne sont pas entrepris puisque le dogme est tenace selon lequel sans rétro-transcriptase virale, un tel évènement est impossible.

Jouer avec la santé des gens en prétendant les protéger

On nous affiche un taux de mortalité lié à la vaccination très faible, mais enfin, sur 162 millions de personnes complètement vaccinées aux États-Unis on atteint à la mi-juillet 2021 plus de 12.300 morts et donc un taux égal à 0,0076 % ($12.313 \times 100 / 162.000.000$). Ce nombre de décès était donné par le « centre de contrôle des maladies » (center of disease control, CDC), l'organisme de veille épidémiologique aux États-Unis jusqu'au 20 juillet 2021⁹. Le Mediator a provoqué moins de morts et a pourtant été interdit. Parmi les 12.300 personnes décédées, combien seraient-elles mortes du Covid sans vaccination ? Il y a eu aux États-Unis, à la date d'aujourd'hui, 610.000 morts pour 34,3 millions de cas recensés, soit un taux de mortalité égal à 1,8 %, ce qui donne un équivalent de mortalité égal à 219 si ces 12.300 personnes mortes du vaccin n'avaient pas été vaccinées et avaient toutes contractées le virus. Donc plus de 12.000 seraient encore vivantes : allez dire aux familles que la balance bénéfique/risque est favorable au vaccin ! L'équipe de *Charlie* est-elle rassurée de savoir que les risques de mort par terrorisme islamiste sont ridiculement faibles comparés à ceux liés à la circulation routière ? Et qu'en mettant en balance les risques et les bénéfices il vaut donc mieux diriger les efforts de la nation vers la prévention routière plutôt que vers la protection des journalistes et écrivains menacés par les bigots islamistes ?

12.300 morts du vaccin représentent tout de même 2 % de la mortalité due à la pandémie. Et là on ne parle que de la mortalité vaccinale à laquelle il faudrait rajouter toutes les autres pathologies. Le même CDC a estimé les risques liés à la vaccination **chez les jeunes de moins de 25 ans** : elle est de 50 cas de cardiopathie pour 100.000 contre 15 cas de forme sérieuse du covid-19 pour 100.000. Dans cette tranche d'âge **les risques vaccinaux sont donc trois fois supérieurs à ceux du virus**. Il ne faut donc pas vacciner

les jeunes ! Ou bien seulement ceux obèses ou ceux ayant des pathologies les fragilisant, mais telle n'est pas la décision du ministère de la santé en France où les enfants sont poussés vers la vaccination.

Le ministre Véran désire également la vaccination des femmes enceintes dès le premier trimestre de grossesse alors que Pfizer a prévu mais n'a pas encore démarré des essais cliniques de phase 2 et 3 pour évaluer « la sécurité, la tolérabilité et l'immunogénicité » de son produit⁵. Comment Véran peut-il décider unilatéralement ce qui est bon pour les femmes enceintes et leur fœtus alors que les études visant à évaluer les risques pour ce public particulier n'ont pas encore abouti ?

Très étonnamment, les médias dominants n'ont jamais évoqué depuis février 2020, et dès lors qu'il s'agit de vaccination, l'affaire du Dengvaxia. Le Dengvaxia, produit par Sanofi-Pasteur, est le seul vaccin disponible contre la dengue. La presse avait narré cette affaire en 2019, mais est resté silencieuse à ce propos depuis le début de la pandémie coronavirale, alors qu'il s'agit d'un précédent décisif dans la discussion concernant la rapidité de mise sur le marché d'un vaccin et son utilisation en urgence sur des populations entières. Seule la revue XXI a publié un article dans son numéro 52 d'automne 2020 (« *Dengvaxia, le fiasco d'un labo* » par Carol Isoux). Le titre du dossier général était explicite : « *Autopsie d'un vaccin. La course entre labos, au risque du scandale sanitaire* ». Puis France Culture en a donné une recension (« *Dengvaxia, le fiasco d'un labo* » dans l'émission « *La fabrique médiatique* » de Chloë Cambreling⁴, le 14 novembre 2020). En 2015, aux Philippines, sous la pression du président Benigno Aquino III alors en campagne électorale présidentielle, il est décidé de lancer en urgence une campagne de vaccination à destination des enfants. La ministre de la santé de l'époque, Janette Garin reconnaît dans l'article de XXI que : « *la vaccination contre la dengue, c'était la priorité de mon mandat... Il était vital que la campagne de vaccination puisse être mise en place et annoncée avant* ». Avant quoi ? Avant les élections présidentielles ! Au delà des malversations et de la corruption qu'a entraîné cette campagne de vaccination, 800.000 enfants ont été vaccinés et 600 enfants sont morts après avoir reçu le vaccin. Pourquoi ? En raison d'un mécanisme appelé « infection facilitée par les anticorps » au cours duquel paradoxalement, les anticorps aident le virus au lieu de l'inactiver. Ce mécanisme a été découvert par Scott Halstead et Edward O'Rourke⁶. Les enfants philippins décédés étaient « naïfs » quant au virus de la dengue au moment de la vaccination. Ils ont été infectés après vaccination et les anticorps produits contre le virus (résultat de la vaccination) ont en réalité facilité l'entrée du virus dans les cellules lors de l'infection naturelle subséquente. Un tel phénomène pourrait-il se produire dans le cas de la vaccination contre le SARS-CoV-2 ? Il est encore trop tôt pour le dire, mais ce mécanisme de facilitation de l'infection par l'entremise des anticorps est connu chez les coronavirus, et entre autres le SARS-CoV-1 (syndrome respiratoire aigu sévère, 2002-2004) et le MERS-CoV (syndrome respiratoire du Moyen-Orient, 2012), ce qui a empêché la production de vaccins durant ces deux précédentes épidémies⁷. Darrell Ricke, un chercheur du MIT met en garde contre cette possibilité dans le cas du SARS-CoV-2⁸. Très clairement, **les individus vaccinés par les vaccins biotechnologiques durant cette phase III d'essai sont de purs cobayes.**

La variante delta n'est au plus qu'une « gripette »

En fait la variante delta n'est pas dangereuse ! Dans un article de Natalie Grover (*The Guardian*, sur son site ouaibe le 14 juin 2021⁹), Tim Spector, professeur d'épidémiologie génétique au King's College de Londres, déclare que « *le Covid se comporte différemment maintenant, il ressemble davantage à un mauvais rhume. Les gens peuvent penser qu'ils n'ont qu'un simple rhume saisonnier, et ils continuent à aller à des soirées... Nous pensons que cela alimente une grande partie du problème. Ce qu'il faut bien comprendre, c'est que depuis le début du mois de mai, nous avons examiné les symptômes les plus fréquents, et ils ne sont pas les mêmes qu'avant. Ainsi, le symptôme numéro un est le mal de tête... suivi par le mal de gorge, l'écoulement nasal et la fièvre* ».

Si l'on regarde *Covid Tracker* sur Google^v, les cas augmentent mais pas la mortalité. Par exemple au Royaume-Uni (55 % de vaccinés), on notait pendant la troisième vague, le 18 janvier 2021, une moyenne sur 7 jours de 44997 cas journaliers (taux de 6,6 pour 10.000 habitants) et 1129 décès journaliers ; le 22 juillet, en phase ascendante de la quatrième vague, on note une moyenne sur 7 jours de 45889 cas journaliers (6,7 pour 10.000) et 55 décès journaliers. Donc **pour le même taux d'incidence la mortalité est divisée par 20** (il n'est pas précisé les proportions relatives des formes anglaise et indienne delta responsables de ces récents décès mais la forme indienne représente plus de 98 % des cas nouveaux). Contrairement à ce qui est claironné, **la vaccination ne saurait à elle seule expliquer une telle diminution de la mortalité** puisque 45 % des britanniques ne sont pas encore vaccinés : si la vaccination seule, et non pas la virulence moindre de la variante indienne delta, était cause de cette chute de mortalité, on devrait s'attendre à avoir une mortalité diminuée par un facteur 0,45 et non pas 0,05.

Le vaccin est la seule solution. Vraiment ?

Cette nouvelle vague virale liée à la variante indienne delta est à ce point peu virulente que l'imposition du sésame sanitaire est rendue dénuée de fondement, en tout cas d'utilité publique. Si l'on regarde *Covid Tracker* sur Google, et que l'on répertorie les cas nouveaux journaliers de covid et de décès (en prenant en compte la moyenne sur les 7 derniers jours) on constate après calcul des taux journaliers de prévalence et de décès que la dynamique de la pandémie présente un découplage total entre le niveau de vaccination et la prévalence journalière (Tableau 1).

• **Tableau 1 •**
Prévalence du SARS-CoV-2 et décès dans une sélection de pays
(source : Google, *Covid Tracker*)

Pays	% de vaccinés	Date ^a	Cas ^b	Taux ^c	Décès ^b	Taux ^c
Allemagne	48,6	23	1276	0,15	21	0,0025
France	44,4	23	15822	2,3	19	0,0028
Gibraltar	> 99	22	30	9,3	0	0
Islande	70,6	23	54	1,5	0	0
Israël	58,4	23	1125	1,2	2	0,0021
Royaume-Uni	55,0	21	47114	6,9	52	0,0076

^a La date indiquée correspond au jour du mois de juillet 2021.

^b Il s'agit de la moyenne sur 7 jours du nombre journalier de cas ou de décès à la date indiquée.

^c Les taux sont les nombres journaliers (moyenne sur 7 jours) de cas ou de décès pour 10.000 habitants

À Gibraltar où plus de 99 % de la population est vaccinée, le taux journalier de prévalence est nettement plus élevé que dans les autres pays où le taux de couverture vaccinale est moindre. En Islande où ce taux est de 70,6 % de vaccinés la prévalence journalière est 10 fois supérieure à celle constatée en Allemagne où presque la moitié de la population seulement est vaccinée. Également, le taux de décès journalier est très faible même dans les pays où moins de la population est vaccinée comme en Allemagne et en France. Prétendre qu'il s'agit d'un effet de la vaccination est faux. Sur *France Info* c'est Noé Bauduin qui commet cette bévue en date du 24 juillet 2021 sur le site ouaibe de la radio^w. Il constate que le taux de mortalité est en effet nettement réduit maintenant comparé aux mois de novembre et décembre 2020 : comme la campagne de vaccination a démarré en janvier, il conclut que cette embellie est donc due à la vaccination. Or, il compare les effets de deux souches virales distinctes. L'honnêteté intellectuelle consisterait à comparer les taux de décès journaliers actuels entre les vaccinés et les non-vaccinés, et pour chacune de ces deux catégories de public, ventiler les décès selon la souche virale responsable. Et également, il convient de comparer les taux de mortalité des non vaccinés entre les deux périodes, seul moyen d'apprécier la virulence comparée

des deux souches. M. Bauduin se garde bien d'entrer dans de tels détails : encore un béotien qui se pique de scientificité !

Au Royaume-Uni, le taux de décès reste plus élevé que dans les autres pays à population et à taux de vaccination à peu près équivalents tels que la France et l'Allemagne. Cependant même avec un taux journalier de décès égal à 0,0076 pour 10.000, il faudrait cumuler 100 jours à un tel taux pour que la mortalité par covid soit de même intensité que celle par vaccination au Royaume-Uni (qui est égale aux États-Unis à 0,0076 % et donc 0,76 pour 10.000 vaccinés ; on ne dispose pas de chiffres fiables en Europe, et l'on peut admettre en première approche que cette dernière est la même qu'aux États-Unis puisque les vaccins administrés sont les mêmes). Or, cette flambée épidémique s'essouffle rapidement au Royaume-Uni car l'acmé a été atteint le 20 juillet dernier avec 46.125 cas et l'on observe depuis une décroissance régulière avec 25.402 cas le 28 juillet (*Covid Tracker*, Google). En France, il faudrait cumuler 270 jours à un tel taux (celui moyen enregistré entre le 17 et le 23 juillet) pour que la mortalité par covid rejoigne celle par vaccination.

Contrairement aux allégations prétendant que la vaccination est la seule solution, et qu'interroger cette stratégie serait ascientifique ou obscurantiste, les arguments développés jusqu'ici dans cette lettre démontrent **qu'il n'y a pas de vérité scientifique unique et irréfragable concernant la vaccination**. La question ne saurait être tranchée de manière binaire et sur le mode manichéen. Nous n'avons pas à devoir choisir entre la possibilité vaccinale en tant que solution unique ou bien son bannissement au profit de traitements médicamenteux : il y a un *continuum* possible entre ces deux pôles et on peut admettre des recouvrements entre ces deux positions. La vérité est faite de multiples tenants et aboutissants : les vaccins seuls ne permettront pas l'éradication de cette crise virale pour les motifs cités plus haut (efficacité partielle et durée de protection trop courte, notamment). Il faudra ajouter aux vaccins (après garantie de leur sûreté) des traitements médicamenteux, une prévention et des moyens de diagnostic faciles d'accès et gratuits (l'annonce de la fin de la gratuité des tests de détection est une très mauvaise nouvelle pour la santé publique). Au Luxembourg le passe sanitaire est remplacé par un test salivaire^x : c'est ce qui devrait être développé à bas coûts afin que les gens puissent se tester à la maison dès lors qu'ils ont un doute : devrait être privilégiée la confiance en la responsabilité de chacun plutôt que suspecter, surveiller et punir (punir même si l'on n'est pas porteur du virus puisque les non vaccinés sains sont exclus des lieux de convivialité en l'absence de test préalable). Ce qui est navrant est l'absence de débat contradictoire et surtout pacifié sur cette question de la vaccination et des traitements médicamenteux alternatifs. Les arguments devraient pouvoir être avancés sans qu'immédiatement toute opinion contraire à la doxa gouvernementale soit renvoyée vers le pôle de l'obscurantisme et de l'anti-science. Toute opinion raisonnable (basée sur des raisonnements logiques et des faits observables ou des hypothèses plausibles) devrait avoir droit de cité.

Mais il n'y a qu'une vérité officielle : la vaccination comme unique solution ! Antonio Fischetti avait prétendu et soutenu cette assertion devenue une antienne gouvernementale dans un article publié dans *Charlie Hebdo* (n° 1481 du 9 décembre 2020 : « *Contre ce virus qui nous empoisonne tous, il n'y a pas trente-six solutions. Mais trois, pas plus : confinement, immunité collective ou vaccin. On connaît le désastreux impact économique et sanitaire du confinement Quant à l'immunité collective, elle se solderait par des centaines des milliers de morts. Reste, donc, le vaccin* »). Je n'en veux pas à M. Fischetti de contribuer à la propagande vaccinaliste gouvernementale car après tout il est physicien spécialiste d'acoustique. D'accord, ce n'est pas très élégant d'utiliser l'argument d'autorité, mais lorsqu'on n'est pas spécialiste d'une discipline scientifique, on se renseigne auprès de scientifiques renommés pour leurs compétences. Par exemple, M. Fischetti aurait pu enquêter auprès de l'IHU de Marseille, et puisqu'il est acousticien écouter le Pr Raoult et ses collaborateurs. Le Pr Raoult est le meilleur infectiologue de France et parmi les tous meilleurs du monde, et il a contribué de manière décisive au corpus des connaissances en sciences microbiologique et virologique. Ce qu'à produit Didier Raoult et son équipe à Marseille depuis le début de la pandémie est remarquable de clairvoyance et d'intelligence : les premiers à tester en masse et systématiquement, les premiers à séquencer les génomes viraux des patients positifs et donc les premiers à découvrir que plusieurs variantes du virus circulaient, alors que Karine Lacombe en août 2020 le niait encore et se moquait

du Pr Raoult. Il a fallu que les britanniques annoncent leur variante pour que Mme Lacombe et toute la camarilla des médecins courtisans (et confits dans les conflits d'intérêts⁹) se répandent dans les médias sur la variabilité de ce virus comme s'ils étaient ceux qui avaient démontré leur existence. C'est bien l'équipe du Pr Raoult qui a démontré l'origine de certaines des variantes chez des élevages de visons. C'est en association avec les marins-pompiers de Marseille qu'ils ont pu devancer de nouvelles vaguelettes virales locales à Marseille en échantillonnant dans les égouts quartier par quartier marseillais. C'est son équipe qui la première a démontré que même les individus supposés asymptomatiques présentaient néanmoins des lésions pulmonaires ; et c'est en administrant le traitement combinant l'hydroxychloroquine et l'azithromycine que le taux de mortalité à l'IHU est depuis le début le plus faible de France. En s'appuyant sur une armée de volontaires bénévoles, les patients positifs traités étaient confinés chez eux et quotidiennement contactés par les bénévoles. C'est son équipe qui la première a compris l'intérêt de mesurer le taux de saturation en oxygène sanguin afin de devancer efficacement et simplement une détresse respiratoire (avec un petit appareil miniaturisé, en vente en pharmacies, dont étaient pourvus les patients et dans lequel on insère son index : simple et bon marché !) Ce qui a été accompli à l'IHU de Marseille est superbe et génial.

Au lieu de quoi M. Fischetti a préféré invectiver et insulter le Pr Raoult dans un billet publié sur le site ouaibe de *Charlie Hebdo* en date du 10 juin 2020 : « *Le toubib marseillais, vaniteux à gerber, adore mépriser les journalistes tout en squattant à longueur de temps les plateaux télé. Mais il y a pire, ses travaux ne respectent pas toujours l'éthique scientifique. Didier Raoult serait-il un con ? Humainement parlant, pas de doute* ». Ce serait plutôt l'acousticien Fischetti qui a franchi le mur du çon. M. Fischetti n'a publié que trois articles scientifiques dans sa carrière, référencés dans le Web of Sciences (trois articles publiés dans *Applied Acoustics*, deux en 1992 et un en 1993). Idéalement, en démocratie et lors de débats scientifiques, l'argument d'autorité ne saurait être employé et devrait être assimilé à un stratagème déloyal. Seuls les arguments fondés sur la bonne foi et la vérifiabilité devraient être échangés ; mais précisément, M. Fischetti ne retourne au Pr Raoult aucun argument scientifique valable et se contente de puiser dans les ragots à seule fin de le vilipender et de le calomnier, pendant que l'IHU de Marseille sauve des vies. Alors il méritait bien cette petite mise au point (en quelque sorte, le coup de pied de l'âne).

Un autre traitement disponible à bas coût et efficace contre le SARS-CoV-2 est l'ivermectine. De nombreux essais cliniques démontrent son efficacité⁹. L'ivermectine empêche la pénétration de la protéine N (celle composant la nucléocapside virale) dans le noyau des cellules infectées, une étape indispensable à la multiplication virale ; une autre action de l'ivermectine est de s'opposer à la production des cytokines TNF α et IL-6, lesquelles sont responsables de la « tempête de cytokines » qui mettent la vie des patients atteints du covid en danger¹⁰.

Le ministre Véran veut pousser à la vaccination les enfants dès l'âge de 12 ans : c'est non seulement absurde mais criminel ! **Le risque de mort par vaccination est supérieur à celui du covid chez les jeunes de moins de 30 ans.** Pour le calculer il m'a fallu croiser les données de deux organismes français : l'INSEE pour la structure de la population française, et l'INED pour la mortalité due au covid. Une erreur (ou plutôt un mensonge dans la bouche de certains qui ne peuvent pas ignorer ce que je vais détailler) consiste à dire, pour prendre un exemple, que parmi les morts du covid, 0,1 % sont des hommes appartenant à la classe d'âge 20 à 29 ans (donnée fournie par l'INED). Or le taux de mortalité par vaccination (celui délivré par le CDC étatsunien ; il n'y a pas de chiffre fiable en France mais on supposera que les français présentent la même susceptibilité que les étatsuniens) est de 0,0076 %. Et 0,1 % est supérieur à 0,0076 % : il faut donc se faire vacciner même lorsqu'on est jeune nous disent les médecins courtisans. Mais il s'agit d'une escroquerie intellectuelle, car les 0,1 % des morts du covid concernant cette tranche d'âge ne signifient pas que 0,1 % des jeunes hommes de 20 à 29 ans sont morts du covid mais que parmi les 112.000 victimes du covid, 0,1 %, soient 112 jeunes hommes de 20 à 29 ans en sont morts. Or, ces jeunes hommes sont au nombre de 3.733.191 millions (INSEE). Le taux de mortalité chez cette tranche d'âge est donc égal à $112/3,73 = 30$ décès par million, à comparer à la mortalité par vaccination de 0,0076 % c'est à dire 76 par million. Si l'on fait le calcul pour les tranches d'âge 10 à 19 ans puis 20 à 29 ans en regroupant les deux sexes, on trouve des taux de mortalité par covid égaux à 6,7 et 45 par million, respectivement. Donc la mortalité par

vaccination est 11 fois supérieure chez les 10 à 19 ans que par covid ! **Clairement, chez les jeunes de moins de 30 ans il y aura plus de morts par vaccination que par covid.** On veut donc faire prendre un risque mortel aux jeunes de moins de 30 ans pour tenter de protéger les plus de 70 ans qui représentent 83 % des morts par covid. C'est injuste et stupide ! D'autant plus maintenant avec une variante indienne delta qui est peu mortelle. Il convient de proposer la vaccination aux jeunes gens de manière ciblée, c'est à dire ceux à risque (car souffrant de pathologies), ainsi qu'au public âgé fragile, et de demander à ces personnes de continuer à porter le masque hors de leur domicile et à leur entourage de respecter les règles sanitaires élémentaires (masques, gel alcoolique, et lavage des mains fréquents).

Autoritarisme sanitaire

Foolz se gausse des manifestants contre le sésame sanitaire car un des leitmotifs lancé par les opposants est celui de la dictature sanitaire (*Charlie Hebdo* n° 1543, 21 juillet 2021 ; le titre de sa planche de dessins est « *Ausweis vaccinal, schnell ! La France en dictature, cette fois nous y sommes* »). Il n'est pas le seul en verve, et beaucoup parmi les médias dominants ricanent en argumentant que nous sommes loin du régime de Vichy et de l'occupation du pays par les nazis. Les médias focalisent sur quelques manifestants ayant arboré une étoile jaune, en taisant le fait que cela est également le cas en Israël. Bien entendu, nous ne risquons pas (les non vaccinés) la déportation ni la mise à mort au bout du chemin, mais il s'agit d'une forme de mort sociale annoncée, en tous les cas de relégation sociale.

Les non vaccinés et les opposants au passe sanitaire sont tout de même fondés à comparer la situation actuelle d'avec la politique antisémite impulsée par Vichy avant que la politique criminelle ne soit lancée (rafles, internement dans les camps de transit de Drancy, Mérignac et Pithiviers, déportations puis assassinats de masse). Avant de telles exactions, le régime félon de Vichy excluait les juifs de la fonction publique et de quantités de professions. Les médecins juifs n'ont pas été épargnés non plus. Aujourd'hui des soignants risquent de perdre leur emploi, mais également le personnel des bars et restaurants, en attendant l'allongement de la liste des professions ciblées. Et tout comme l'antisémitisme nazi et pétainiste, il s'agit bien de l'imposition d'une discrimination à l'égard d'une partie de la population française basée sur des critères purement biologiques : c'est à dire la circulation supposée dans notre sang d'anticorps anti-SARS-CoV-2. Il s'agit d'une grave régression civilisationnelle. Deux sous-populations, ou deux nouvelles races de français sont créées *ex-nihilo*, et cela ressemble à l'invention des races tutsi et hutu par le colonisateur belge au Rwanda et au Burundi, avec les conséquences tragiques que l'on sait.

En plus de cette distinction sur critère sanguin (on retrouve le fantasme raciste du mauvais sang souillant celui de la lignée pure), le souci concerne les restrictions des libertés qui rendra la vie pénible pour des millions de français. Le ministre Véran a demandé que soit refusé l'amendement selon lequel le passe sanitaire prendrait fin en même temps que la pandémie ; il a été très explicite : l'obligation du sésame prendra fin lorsque 100 % des français seront vaccinés (auront le sang pur, donc). Ce dogmatisme est ahurissant, déraisonnable et stupide lorsque l'on sait que les vaccinés sont également porteurs du virus dès lors infectés. Antonio Magi, président de l'ordre des médecins italiens a dit que « *les vaccinés sont autant contagieux que les non vaccinés* » (interrogé par Giulia Bertotto dans *RomaIT*, site ouaibe du 22 juillet 2021²). On sait que les vaccinés sont également contagieux, mais le gouvernement et les médias courtisans maintiennent leur propagande inchangée comme si ce n'était pas le cas, et la pensée magique prévaut selon laquelle les vaccinés seraient touchés par la grâce et indemnes par essence. Il ne s'agit même plus de contenir l'épidémie mais de punir avant tout : les non vaccinés impurs seront exclus des terrasses des bars et restaurants. C'est carrément bête et méchant.

En réalité, il conviendra plutôt de se méfier des vaccinés que des non vaccinés, car ces derniers resteront vigilants contrairement aux premiers, qui par pensée magique se croient, et la propagande les pousse à le croire, protégés du virus. Dans les lieux où ne seront plus présents que des vaccinés, des foyers

infectieux éclateront. À cela la propagande rétorquera – j'ai déjà entendu ça – que des non vaccinés munis de faux passes sanitaires en sont responsables.

Se pose également le problème de la décharge de responsabilité du fabricant et de l'État : comment peut-on contraindre les gens à être vaccinés et dans le même temps exiger d'eux qu'ils signent une décharge de responsabilité ? C'est inique. De plus, les non vaccinés sont de fait exclus de certains édifices publics (musées, théâtre, salles de spectacles, transport ferroviaire), alors que ces contribuables paient ou ont payés pour leur construction à travers leurs impôts sur le revenu et leur taxe d'habitation.

Les adorateurs du passe sanitaire refusent d'admettre que le pays est entré en dictature sanitaire, renvoyant immédiatement à l'occupation nazie comme seule forme de régime dictatorial possible dans notre pays. Mais il n'y a pas qu'une seule forme de dictature, celle nazie. Il a existé et il existe encore une grande variété de régimes dictatoriaux. Dans le monde actuel, une gradation dans la gravité des atteintes aux libertés individuelles est observable entre la Corée du Nord, représentant le pire des régimes, et la Hongrie d'Orban. En ce qui concerne la période actuelle en France, plongée en régime macronien sanitaire, on peut au minimum parler d'autoritarisme sanitaire à caractère antidémocratique.

Le caractère antidémocratique est réalisé par l'abondante, massive, et continue propagande dans les médias depuis plus d'une année, assortie d'inexactitudes et de mensonges fréquents venant du ministre Véran, l'attitude des députés qui ne sont plus que des godillots, la gouvernance par décret, les décisions prises par une poignée de personnes, voire une seule, et la prépondérance des médecins courtisans dans la vie publique (dont le conseil dit de sécurité), une sorte d'esculapocratie qui exerce une influence délirante sur notre Président de la République, et qui rappelle furieusement l'emprise de Raspoutine sur le tsar Nicolas II. Grandement utilisée dans les régimes autoritaires est la calomnie avec la complicité des médias officiellement adoubés (que deviendrait *Le Monde* et *Libération* sans la prébende publique ?) : en France depuis février 2020, on assiste à une relégation de toute personne critique sur la stratégie gouvernementale sanitaire dans les camps des complotistes et de l'extrême-droite, avec son cortège de mépris, d'insultes, de menaces de mort, et d'exclusion des réseaux dits « sociaux » (le CRIIGEN a été victime de censure sur Youtube). L'acharnement du conseil national de l'ordre des médecins sur le Pr Raoult (accusé de charlatanisme) et les médecins désirant prescrire librement, le sort du Pr Christian Perronne, sanctionné par sa hiérarchie et l'ARS parce que tout simplement il a donné son avis dans deux livres jubilatoires, tous ces agissements méprisables rappellent les méthodes du régime soviétique à l'encontre d'intellectuels qualifiés de fous et de déviants. En revanche, les médecins en cour élyséenne sont portés au pinacle en dépit de leur médiocrité - par exemple Karine Lacombe, élevée chevalière de la Légion d'honneur en 2020 par la Macronie satisfaite, elle qui grassement payée par l'entreprise Gilead a vanté les mérites du Remdesivir, commercialisé par Gilead, un redoutable néphrotoxique finalement exclu de la pharmacopée par l'OMS -, et cela rappelle Lyssenko, généticien lamentable mais responsable de la dévastation durant des décennies de l'agriculture soviétique, et qui était adulé par le régime stalinien et en reçut toutes les récompenses. Un exemple ? La pseudo étude scientifique (COMCOR) publiée en mars 2021, réalisée à l'Institut Pasteur sous la direction d'Arnaud Fontanet, a conclu que le coronavirus n'était pas transmis dans les transports en commun mais principalement à la maison et par les amis proches, et en moindre proportion au travail. En réalité, il s'agissait d'un bête sondage d'opinion où était demandé aux personnes contaminées où et par qui elles pensaient avoir été infectées. Pendant ce temps, l'équipe du Pr Raoult, elle, faisait vraiment de la science et démontrait l'origine de certaines variantes du virus dans des élevages de visons.

Pour le gouvernement, ce type de mesure est pris en perspective de l'élection présidentielle : si la crise virale s'essouffle, la Macronie trompetera que c'est une conséquence de ses mesures courageuses (en réalité ce sont les impurs non vaccinés qui devront se montrer courageux) ; et si même les vaccinés continuent à mourir, il leur suffira de dire que c'est la responsabilité des impurs non vaccinés, affreuse bande d'égoïstes assassins (le philosophe Michel Onfray, sur ce point rallié à la Macronie, a ainsi qualifié les opposants au sésame sanitaire et ceux qui se posaient des questions légitimes sur la vaccination). L'amendement voté excluant du vote à la présidentielle les impurs sans passe sanitaire est assez suggestif

et révélateur : il s'agit d'écarter ceux que *Libération* appelle les « gueux » ; la Macronie escompte bien qu'il ne pourront pas engager la dépense du test de virginité virale qui deviendra payant (au mépris d'une véritable politique de santé publique efficace, car une partie de la population échappera au diagnostic et les foyers infectieux se multiplieront via les asymptomatiques ignorants de leur état contagieux).

Voilà ce que j'avais à te dire Charlie. Je suis navré que tu sombres dans la panique et qu'un virus t'inspire des craintes encore plus grandes que les bigots islamistes. Et puis qu'est devenu ton esprit critique, ta volonté de réfléchir par toi-même et de ne pas être sous l'influence de l'opinion dominante ? Tu fais tiennes les mesures gouvernementales y compris ce stupide et injuste passe sanitaire, et joue, tout comme les médias dominants, le rôle de courroie de transmission des mesures gouvernementales (tu n'es tout de même pas La Pravda !)

Pourquoi n'enquêtes-tu pas sur les conflits d'intérêts flétrissant les médecins en cour et ceux du conseil dit de « sécurité » ? Et sur cette étrange coïncidence où l'interdiction de l'antiviral Remdesivir par l'OMS fut annoncée le lendemain de la signature du contrat engageant l'Union Européenne à acheter ce médicament à hauteur de milliards d'euros (peux-tu réellement croire que les autorités sanitaires européennes n'ont été averties que le lendemain alors que des médecins experts siègent à la fois à l'OMS et dans les instances sanitaires de l'UE ?) Et sur cette autre étrange coïncidence qu'est le classement de l'hydroxychloroquine (HCQ) comme substance vénéneuse par le directeur général de la santé, Jérôme Salomon, le 13 janvier 2020, juste au début de la pandémie, alors qu'il savait bien que ce médicament venait d'être utilisé avec succès en Chine ? Les médias dominants nous ont alerté sur l'extrême dangerosité de ce médicament, et les médecins courtisans ont prétendu qu'il provoquait une cardiotoxicité chez les patients atteints du covid. Cette dernière allégation était délibérément mensongère et une étude ultérieure a démontré qu'il n'y avait pas de risques cardiaques avérés avec l'HCQ hors surdosage¹¹. Pourquoi n'enquêtes-tu pas également sur la raison pour laquelle les pseudo-essais thérapeutiques de l'HCQ contre le covid ont été systématiquement et délibérément réalisés hors du protocole raoultien (sans combinaison d'avec l'azithromycine, à des doses supérieures, et administrée à des patients en réanimation alors que le Pr Raoult a toujours recommandé de prescrire ce traitement combiné dès qu'une personne est testée positive, de manière précoce quant au moment de l'infection) ? Tu pourrais te lancer dans ce type d'enquêtes, en somme faire ton boulot, au lieu de te contenter de colporter les ragots et médisances déjà publiées par *Le Monde* et *Mediapart*.

Je reste néanmoins ton ami encore et toujours, Jean-Paul Bourdineaud.

Références scientifiques

- 1 • Creech CB, Walker SC, Samuels RJ. 2021. SARS-CoV-2 Vaccines. JAMA, 325(13):1318-1320. doi: [10.1001/jama.2021.3199](https://doi.org/10.1001/jama.2021.3199)
- 2 • Al Kaabi N, et al. 2021. Effect of 2 inactivated SARS-CoV-2 vaccines on symptomatic COVID-19 infection in adults: A randomized clinical trial. JAMA, 326(1):35-45. doi:[10.1001/jama.2021.8565](https://doi.org/10.1001/jama.2021.8565)
- 3 • Shrotri M, Navaratnam AMD, Nguyen V, Byrne T, Geismar C, Fragaszy E, Beale S, Fong WLE, Patel P, Kovar J, Hayward AC, Aldridge RW. 2021. Spike-antibody waning after second dose of BNT162b2 or ChAdOx1. Lancet, 398:385-387. doi: [10.1016/S0140-6736\(21\)01642-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01642-1)
- 4 • Lei Y, Zhang J, Schiavon CR, He M, Chen L, Shen H, Zhang Y, Yin Q, Cho Y, Andrade L, Shadel GS, Hepokoski M, Lei T, Wang H, Zhang J, Yuan JX, Malhotra A, Manor U, Wang S, Yuan ZY, Shyy JY. 2021. SARS-CoV-2 spike protein impairs endothelial function via downregulation of ACE 2. Circulation Research, 128:1323-1326. doi: [10.1161/CIRCRESAHA.121.318902](https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.318902)
- 5 • Zhang L, Richards A, Barrasa MI, Hughes SH, Young RA, Jaenisch R. 2021. Reverse-transcribed SARS-CoV-2 RNA can integrate into the genome of cultured human cells and can be expressed in patient-derived tissues. Proc Natl Acad Sci USA, 118(21):e2105968118. doi: [10.1073/pnas.2105968118](https://doi.org/10.1073/pnas.2105968118)
- 6 • Halstead & O'Rourke. 1977. Dengue viruses and mononuclear phagocytes. I. Infection enhancement by non-neutralizing antibody. Journal of Experimental Medicine, 146(1):201-217. doi: [10.1084/jem.146.1.201](https://doi.org/10.1084/jem.146.1.201)
- 7 • Karthik K, Senthilkumar TMA, Udhayavel S, Raj GD. 2020. Role of antibody-dependent enhancement (ADE) in the virulence of SARS-CoV-2 and its mitigation strategies for the development of vaccines and immunotherapies to counter COVID-19. Human Vaccines & Immunotherapeutics, 16(12):3055-3060. doi: [10.1080/21645515.2020.1796425](https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1796425)
- 8 • Ricke DO. 2021. Two different antibody-dependent enhancement (ADE) risks for SARS-CoV-2 antibodies. Frontiers in Immunology, 12:640093. doi: [10.3389/fimmu.2021.640093](https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.640093)
- 9 • Kory P, Meduri GU, Varon J, Iglesias J, Marik PE. 2021. Review of the emerging evidence demonstrating the efficacy of ivermectin in the prophylaxis and treatment of COVID-19. American Journal of Therapeutics, 28:e299-e318. doi: [10.1097/MJT.0000000000001377](https://doi.org/10.1097/MJT.0000000000001377)
- 10 • Wehbe Z, Wehbe M, Iratni R, Pintus G, Zaraket H, Yassine HM, Eid AH. 2021. Repurposing ivermectin for COVID-19: molecular aspects and therapeutic possibilities. Frontiers in Immunology, 12:663586. doi: [10.3389/fimmu.2021.663586](https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.663586)
- 11 • Edington FLB, Gadellha SR, Santiago MB. 2021. Safety of treatment with chloroquine and hydroxychloroquine: A ten-year systematic review and meta-analysis. European Journal of Internal Medicine, 88 :63-72. doi: [10.1016/j.ejim.2021.03.028](https://doi.org/10.1016/j.ejim.2021.03.028)

Références non scientifiques

- a • <https://www.francesoir.fr/videos-lentretien-essentiel/ne-faisons-pas-un-remede-pire-que-le-mal-entretien-essentiel-avec>
- b • <https://criigen.org/covid-19-les-technologies-vaccinales-a-la-loupe-video/>
- c • https://www.liberation.fr/politique/a-la-manif-contre-le-pass-sanitaire-lextreme-droite-recupere-la-colere-des-gueux-20210718_N35QKRYX4FGWPOUXNP257DH4JU/
- d • https://www.liberation.fr/idees-et-debats/editorial/pass-sanitaire-une-certaine-complaisance-20210718_MPCDZDFSURFGLA7FEDNR2J52XA/
- e • <https://www.maroc-hebdo.press.ma/vaccin-sinopharm-efficace-revue-americaine>
<https://fr.wikipedia.org/wiki/BBIBP-CorV>
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04510207>
<https://theconversation.com/sinopharm-covid-vaccine-the-world-needs-to-keep-using-it-even-if-its-less-effective-than-pfizer-162207>
- f • <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/cluster-dans-l-ehpad-des-landes-une-soignante-non-vaccinee-a-fait-entrer-le-variant-delta-1624552868>
- g • <https://www.marianne.net/societe/sante/covid-dans-un-ehpad-des-landes-veran-accuse-une-soignante-non-vaccinee-la-cgt-replique>
- h • <https://www.jpost.com/breaking-news/for-first-time-since-march-855-new-coronavirus-cases-in-israel-674084>
- i • <https://www.lalibre.be/planete/sante/2021/07/20/des-virologues-neerlandais-mettent-en-garde-le-variant-delta-se-propage-egalement-via-les-personnes-vaccinees-Q2YOQY3BHVEYTJBQT4OJLQA6LY/>
- j • <https://www.lalibre.be/planete/sante/2021/07/21/le-vaccin-johnson-johnson-moins-efficace-contre-le-variant-delta-WSHBTO4WBNCFHNTBUTUOBTKIQ4/>
- k • https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2021/07/08/covid-19-les-essais-de-phase-3-des-vaccins-sont-ils-terminees-depuis-des-mois-comme-l-affirme-olivier-veran_6087580_4355770.html
- l • Youtube/watch: Dr. Charles Hoffe of Lytton BC / Spike Protein and D-Dimer test / June 21 2021 :
<https://www.america.easybranches.com/canada/9684399>
<https://www.francesoir.fr/videos-les-debriefings/charles-hoffe>
- m • <https://cbs12.com/news/local/palm-beach-county-urologist-seeing-false-psa-levels-in-men-due-to-vaccines>
- n • <https://childrenshealthdefense.org/defender/mrna-technology-covid-vaccine-lipid-nanoparticles-accumulate-ovaries/?lang>

- o • Tableau 2.6.5.5B contenu dans un rapport élaboré par l'agence de santé gouvernementale japonaise, intitulé « Déclaration sommaire des études pharmacocinétiques ». Ce rapport fait état de résultats adressés par Pfizer aux agences de santé gouvernementales (et frappé du sceau « Pfizer confidential »). L'ANSM et le ministère de la santé ont dans les mains ces résultats depuis au minimum le début de l'année 2021. Ce qui n'empêche pas les édiles sanitaires de prétendre que le vaccin reste au site d'injection ; ils sont contraints au mensonge puisque précisément un argument des critiques du vaccin est sa possible dissémination dans l'organisme. <https://criigen.org/wp-content/uploads/2021/08/Pfizer-report-Japanese-government.pdf>
- p • <https://www.lefigaro.fr/sciences/vaccins-anti-covid-quelles-differences-entre-les-proteines-recombinantes-de-sanofi-et-l-arn-messenger-20210708>
- q • <https://vaers.hhs.gov/data.html>
Le CDC héberge un « système d'enregistrement des événements indésirables liés aux vaccins » (VAERS, Vaccine Adverse Event Reporting System). Jusqu'au 20 juillet étaient rapportés 12.313 décès liés à la vaccination, puis à partir du 21 juillet, le chiffre a été revu à la baisse pour ne plus prendre en compte que 6079 décès^{q1}. De plus, la manière de calculer le taux de décès par vaccination est malhonnête car au lieu de diviser le nombre de décès liés à la vaccination par le nombre de personnes vaccinées (162 millions à la mi juillet), c'est le nombre total d'injections qui a été utilisé en tant que diviseur (338 millions)^{q2}, ce qui fait chuter le taux de décès par vaccination par un facteur égal à 2,1.
q1 • <https://www.reuters.com/article/factcheck-vaers-12000-idUSL1N2P21DB>
q2 • <https://archive.ph/1cVp3>
- r • <https://www.lefigaro.fr/politique/covid-19-olivier-veran-vaccine-sa-collegue-olivia-gregoire-enceinte-20210727>
- s • https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2021/07/30/la-vaccination-contre-le-covid-19-est-elle-risque-pendant-la-grossesse_6090062_4355770.html
- t • <https://www.franceculture.fr/emissions/la-fabrique-mediaticque/la-fabrique-mediaticque-du-samedi-14-novembre-2020>
- u • <https://www.theguardian.com/world/2021/jun/14/delta-variant-covid-symptoms-include-headaches-sore-throat-and-runny-nose>
- v • Pour le nombre de cas et de décès par pays :
https://www.google.com/search?q=covid+tracker+pays&client=firefox-b-e&sxsrf=ALeKk01RrSLEyb4SMVtKAQtH3F8qovsePg%3A1628086210941&ei=wp8KYa_4OM-UlwSe7ZKABg&oq=covid+tracker+pays&gs_
Pour le nombre de vaccinations par pays :
https://www.google.com/search?q=covid+tracker+vaccination+pays&client=firefox-b-e&sxsrf=ALeKk03pBqOYFkrLV9QbO8NXjVq4Tk9naQ%3A1628081961406&ei=KY8KYZiNGKuLlwTMk4G4Bg&oq=covid+tracker+vaccination+pays&gs_
- w • https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/vaccin/infographies-la-vaccination-a-t-elle-deja-un-impact-sur-la-pandemie-de-covid-19_4710847.html
- x • <https://www.wort.lu/fr/luxembourg/covid-19-des-autotests-salivaires-aussi-fiables-que-des-pcr-60db0336de135b9236bc4d70>
- y • <https://www.marianne.net/societe/118000-euros-de-msd-116000-euros-de-roche-faut-il-s-inquieter-des-liens-entre-labos-et>
- z • <https://www.romait.it/magi-presidente-ordine-medici-vaccinati-contagiano-come-non-vaccinati-allora-il-green-pass.html>

Qui sommes-nous ?



Le CRIIGEN est le Comité de Recherche et d'Information Indépendantes sur le génie Génétique fondé le 1er juin 1999.

C'est un comité de recherche, d'expertise, de conseil, de formation et d'information. Nous sommes indépendants des pouvoirs publics, civils et militaires, de toute organisation extérieure, quelle qu'elle soit, de toute tutelle individuelle et collective, des producteurs d'OGM et industries agro-chimiques et semencières.

Recherches, expertises, analyses

Le CRIIGEN comprend un groupe d'experts internationaux transdisciplinaires lui permettant d'évaluer les bénéfices et les risques des produits du génie génétique (OGM) mais également des substances qui leurs sont étroitement liées (pesticides, perturbateurs endocriniens et autres xénobiotiques), tant sur les aspects environnementaux et sanitaires que juridiques, agricoles, sociologiques et économiques.



Nous nous intéressons aux effets de ces techniques et de ces produits à court, moyen ou long terme, sur la santé de l'homme et de tout l'écosystème. A ce titre, il se préoccupe du développement inquiétant des pathologies environnementales, c'est-à-dire des maladies chroniques dont la fréquence explose à travers le monde et dont l'origine n'est ni infectieuse ni génétique. Il travaille sous l'égide d'un Conseil Scientifique, composé de médecins et scientifiques français et étrangers, déterminant les priorités de recherches et d'action en fonction de leur impact potentiel sur la santé publique et l'environnement.

Formations, conférences, colloques

Le CRIIGEN propose des conférences, des formations et des séminaires de haute qualité scientifique et accessibles à tous les publics : associations et ONG, entreprises, collectivités territoriales, syndicats, personnels de santé, étudiants, lycéens et collégiens...



Notre plaquette de présentation (PDF, 3Mo)