

En gardant à l'esprit cette appréciation de l'écosystème immunitaire, passons aux questions :



**DES QUESTIONS QUE LES PARENTS POURRAIENT VOULOIR POSER À LEUR MÉDECIN :**

**Question 1** : Nous avons appris que le Dr. Geert Vanden Bossche que la campagne de vaccination COVID n'était pas judicieuse et qu'elle devrait être arrêtée immédiatement parce que : une campagne de vaccination de masse rapide, utilisant un vaccin sous-optimal (comme les vaccins COVID) et vaccinant tous les groupes d'âge, au milieu d'une pandémie active d'un virus respiratoire hautement mutable et hautement infectieux--- est une recette pour générer anormalement une série prolongée de nouveaux variants dominants qui deviennent de plus en plus infectieux, de plus en plus résistants au vaccin (c'est-à-dire, résistants aux anticorps vaccinaux potentiellement neutralisants), et inévitablement plus virulents. En d'autres termes, la campagne de vaccination de masse est responsable de la prolongation de la pandémie de COVID et la rend plus dangereuse, selon le Dr Vanden Bossche. Est-ce vrai ? Les inquiétudes du Dr Vanden Bossche sont-elles fondées ? Ses prédictions ont-elles des chances de se réaliser ? Il semble très bien informé, très crédible et très inquiet. Êtes-vous d'accord avec lui ?

**Réponse :** Les préoccupations du Dr Vanden Bossche sont fondées sur une compréhension profonde de l'immunologie complexe, de la virologie, de la vaccinologie, de la biologie de l'évolution, de la biologie moléculaire et de l'épidémiologie moléculaire impliquées dans la situation du COVID---ainsi que sur des décennies d'expérience pratique de haut niveau dans l'industrie du vaccin et une plongée profonde dans la littérature médicale sur le COVID. En outre, ses écrits sont animés par une profonde préoccupation pour l'Humanité, en particulier pour les enfants. À mon avis, il est clairement honnête, authentique, bien informé et motivé par l'altruisme. Par rapport aux informations fournies par les promoteurs de la campagne de vaccination de masse, celles du Dr Vanden Bossche sont plus profondes, plus larges, beaucoup moins simplistes et beaucoup plus scientifiques.

En outre, jusqu'à présent, ses prédictions se sont déjà réalisées, et il est probable qu'elles continueront à le faire. Nous avons tous beaucoup à apprendre du Dr Vanden Bossche. Je suis entièrement d'accord avec les préoccupations qu'il a exprimées et je les soutiens totalement. Il est impératif que les médecins et les scientifiques qui ont soutenu la campagne de vaccination de masse du COVID répondent de manière approfondie aux préoccupations du Dr Vanden Bossche et expliquent pourquoi ils ne sont pas d'accord avec ses explications scientifiques.

Pour comprendre les préoccupations du Dr Vanden Bossche, il faut comprendre pourquoi l'utilisation d'un vaccin non stérilisant (sous-optimal) dans une campagne de vaccination de masse rapide au milieu d'une pandémie active impliquant un virus respiratoire hautement infectieux et hautement mutable est différente de l'utilisation de ce même vaccin bien avant une pandémie. Essayons d'expliquer cela étape par étape :

Les médecins ont d'abord eu l'impression que les vaccins COVID produisent de grandes quantités d'"anticorps neutralisants" qui se fixent sur la protéine de pointe de la souche Wuhan du virus SRAS-CoV-2, neutralisent totalement le virus, empêchent totalement (ou presque totalement) le virus de pénétrer dans les cellules et de les infecter et, par conséquent, empêchent la transmission du virus d'une personne à une autre.

(Avant de poursuivre la lecture, de nombreux lecteurs voudront peut-être prendre quelques minutes pour regarder les figures 1 à 23 de l'**ANNEXE DES ILLUSTRATIONS MÉDICALES** à la fin du présent document pour voir des images du virus SRAS-CoV-2, de sa protéine de pointe, de la façon dont la protéine de pointe pénètre dans les cellules humaines en se fixant au récepteur ACE2 des cellules humaines et de la façon dont les anticorps neutralisants bloquent cette fixation).

Au départ, il existait des preuves scientifiques que les anticorps vaccinaux pouvaient effectivement avoir un effet neutralisant important. Par exemple, des études en laboratoire (études *in vitro*, par opposition aux études *in vivo* chez l'homme) ont démontré que les anticorps vaccinaux dirigés contre la protéine spike de la souche Wuhan originale étaient effectivement neutralisants et empêchaient effectivement l'entrée de la souche Wuhan dans les cellules, du moins dans une certaine mesure, du moins en laboratoire. La mesure exacte dans laquelle ces anticorps neutralisants ont empêché l'entrée du virus dans les cellules *in vivo*

(chez les êtres humains vivants qui ont rencontré le virus) n'a pas été déterminée de manière adéquate. En d'autres termes, il n'a pas été établi si ces anticorps neutralisants empêchaient complètement l'entrée (c'est-à-dire à 100 %) ou seulement partiellement l'entrée (c'est-à-dire s'ils empêchaient seulement 80-90 %, ou un pourcentage beaucoup plus faible, du virus de pénétrer dans les cellules) lorsque des humains vaccinés rencontraient le virus. Ce point est important, car un vaccin n'est "optimal" que s'il est "stérilisant", c'est-à-dire qu'il entraîne un confinement suffisant du virus chez l'individu vacciné (lorsque celui-ci est en contact avec le virus).

), pour protéger cet individu contre une maladie grave et empêcher la transmission du virus de cet individu à une autre personne. Lorsque le virus pénètre dans le nez ou la gorge d'un individu vacciné et qu'il est adéquatement contenu, ce confinement se produit soit parce que des anticorps vaccinaux neutralisant à 100 % sont déjà présents et neutralisent adéquatement la charge virale, soit parce que le système immunitaire normal contient rapidement le virus, de sorte que l'infection est réduite au minimum et que la transmission est empêchée. **Les vaccins qui n'empêchent pas la transmission sont "sous-optimaux".**

Il est rapidement apparu que les anticorps vaccinaux "neutralisants" ne permettaient pas de prévenir de manière adéquate l'infection et la transmission du virus, même lorsque la souche Wuhan était la seule souche ou la souche prédominante. C'était le cas pour une ou plusieurs des raisons suivantes : Il est possible que les anticorps vaccinaux n'aient jamais été totalement (100 %) neutralisants en premier lieu. Les anticorps neutralisants (même s'ils le sont à 100%) ne sont pas nécessairement suffisants pour contenir le virus, en particulier si la charge virale est très élevée. D'autres mécanismes immunitaires (par exemple, des mécanismes d'immunité innée) sont généralement nécessaires, en plus des anticorps neutralisants. **Mais, même si les anticorps vaccinaux étaient totalement neutralisants, il faut aussi savoir qu'après la vaccination, il faut au moins une à deux semaines (souvent plusieurs semaines) au système immunitaire pour être en mesure de produire ses anticorps IgG anti-spike matures et potentiellement neutralisants - et, dans l'intervalle, il produit des anticorps IgM anti-spike temporaires qui sont immatures et ne neutralisent le virus que de manière sous-optimale.** Étant donné que les gens étaient vaccinés en masse au milieu d'une pandémie active (c'est-à-dire lorsque beaucoup de virus circulaient dans les communautés), il était très probable, statistiquement, que de nombreuses personnes vaccinées rencontrent le virus alors que leur système immunitaire ne produisait que des anticorps anti-pics vaccinaux IgM sous-optimaux et avant que leur système immunitaire ne soit capable de produire une quantité suffisante d'anticorps vaccinaux IgG matures potentiellement neutralisants. Ainsi, même si les anticorps vaccinaux IgG matures anti-spike finalement produits étaient totalement (100 %) neutralisants (ce qui est peu probable), cela n'avait aucune importance car les anticorps vaccinaux IgM immatures anti-spike n'étaient pas totalement neutralisants et ce fait, à lui seul, aurait entraîné une infection et une transmission.

Le virus a donc pénétré dans les cellules, s'est répliqué et a muté - en présence d'anticorps vaccinaux anti-spike immatures et éventuellement matures (mais probablement pas neutralisants à 100 %). Ces anticorps vaccinaux exercent une pression immunitaire énorme sur le virus, au niveau de la population, pour qu'il développe un moyen d'échapper à ces anticorps anti-spike. Les virus présentant des mutations dans leur protéine spike qui leur permettaient d'échapper aux anticorps vaccinaux bénéficiaient d'un "avantage de fitness", en termes de survie. Grâce aux principes darwiniens de " sélection naturelle " et de " survie du plus apte ", de nouvelles souches (variantes) du virus SRAS-CoV-2 (ci-après dénommé SC-2) se sont développées et pouvaient échapper aux anticorps vaccinaux anti-spike matures et immatures[1-17]. [Ces variantes sont rapidement devenues des variantes dominantes (car elles

ont réussi à supplanter les autres variantes). Cela signifie que les anticorps vaccinaux matures qui pouvaient être considérablement neutralisants (même s'ils l'étaient à 100 %) contre la souche Wuhan ne l'étaient plus contre les nouveaux variants (comme Delta et Omicron) qui présentaient des mutations "résistantes au vaccin" impliquant leurs protéines de pointe. Même si les anticorps vaccinaux étaient 100%

neutralisant contre la souche Wuhan, ils ne neutralisaient plus de manière adéquate contre les nouvelles variantes.

La séquence d'événements ci-dessus explique pourquoi il est clairement exact de considérer les vaccins COVID comme des vaccins "sous-optimaux" lorsqu'ils sont utilisés au milieu d'une pandémie active - même si l'anticorps vaccinal IgG mature anti-spike était, au départ, neutralisant à 100%. Ils étaient sous-optimaux même lorsque la souche Wuhan prédominait (parce qu'ils étaient administrés au milieu d'une pandémie active, ce qui signifiait que le virus était exposé à des anticorps vaccinaux IgM immatures qui ne le neutralisaient que partiellement). Ils sont devenus de plus en plus sous-optimaux avec l'apparition de nouvelles variantes, contre lesquelles les anticorps vaccinaux potentiellement neutralisants contre la protéine de pointe originale de Wuhan sont devenus beaucoup moins neutralisants (les anticorps vaccinaux qui étaient "neutralisants" contre la souche de Wuhan sont maintenant beaucoup moins neutralisants contre la variante Omicron dominante actuelle (BA.4/BA.5)).

Si les vaccins COVID, avec leurs anticorps anti-spike potentiellement neutralisants, avaient été administrés en l'absence de pandémie active (c'est-à-dire lorsqu'il n'y avait pas de SC-2), ils auraient pu être au moins partiellement efficaces en tant que vaccin prophylactique, et il y aurait moins de raisons de s'inquiéter. En d'autres termes, ils auraient pu fournir au moins une certaine protection lorsque, plusieurs mois plus tard, la personne vaccinée aurait été exposée pour la première fois au virus. La grande majorité des individus vaccinés auraient eu largement le temps de développer des anticorps IgG anti-spike matures au moment de leur exposition au virus et, si ces anticorps étaient totalement neutralisants (ou presque), ils auraient été considérablement protecteurs. Cette situation aurait entraîné une pression immunitaire moindre sur le virus, par rapport à la pression exercée par l'actuelle campagne de vaccination de masse COVID - en particulier si seules les personnes les plus vulnérables étaient vaccinées de manière prophylactique. Mais le **problème est que les vaccins COVID n'ont pas été utilisés bien avant une pandémie - ils ont été utilisés au milieu d'une pandémie active - et ils ont été administrés à toutes les tranches d'âge.**

C'est l'un des problèmes majeurs de la campagne de vaccination massive contre le COVID. C'est l'une des raisons pour lesquelles elle a été particulièrement imprudente et dangereuse. Un vaccin prophylactique, même s'il produit des anticorps entièrement (100 %) neutralisants, ne devrait jamais être utilisé dans le cadre d'une campagne de vaccination rapide et massive au milieu d'une pandémie active - pour les raisons expliquées ci-dessus. **Ce principe...**

**-L'interaction entre un virus hautement mutable et l'écosystème immunitaire humain, et la façon dont cette interaction est affectée par les anticorps vaccinaux, au niveau de la population, est ce que les promoteurs et les accepteurs de la campagne de vaccination COVID ne semblent pas comprendre.** Il s'agit d'un principe de base de la virologie, de l'immunologie, de la vaccinologie et de la biologie de l'évolution, fondé sur les principes que Darwin nous a enseignés il y a 160 ans.

En résumé, le Dr Vanden Bossche ne prétend pas que les vaccins COVID n'ont jamais été

capables de produire un anticorps anti-spike potentiellement neutralisant et potentiellement efficace, ni que ces vaccins COVID ne pourraient pas être quelque peu efficaces s'ils étaient administrés bien avant une pandémie. Il met en garde contre l'utilisation de ces vaccins dans le cadre d'une campagne de vaccination de masse rapide dans tous les groupes d'âge, au milieu d'une pandémie active impliquant un virus de la grippe aviaire.

En effet, dans ce contexte, les vaccins sont sous-optimaux, permettent une infection et une transmission considérables, exercent une pression immunitaire immense sur le virus, ce qui entraîne la sélection naturelle de variants présentant des mutations qui leur permettent d'échapper à la pression immunitaire. [Il en résulte une série prolongée de variants dominants "échappant au système immunitaire", chaque nouveau variant devenant plus infectieux que son prédécesseur et les variants devenant finalement plus virulents. Je suis entièrement d'accord avec cette préoccupation. Les promoteurs de l'actuelle campagne de vaccination de masse contre le COVID n'ont pas fourni d'argument scientifiquement fondé contre cette préoccupation, et je pense qu'ils seront incapables de le faire. Ils ont ignoré les préoccupations et les avertissements du Dr Vanden Bossche, qu'il a portés à l'attention de l'OMS, des CDC et des NIH en mars 2021.

Enfin, je m'empresse de souligner à nouveau qu'une réponse immunitaire "optimale" implique bien plus que la simple production d'anticorps "neutralisants", même si ces anticorps sont neutralisants à 100 %. **Une réponse immunitaire "optimale" implique l'utilisation de toutes les capacités immunitaires potentielles qui pourraient être nécessaires pour contenir le virus et empêcher sa transmission - par exemple, les anticorps naturels et les cellules NK du système immunitaire inné, etc.** L'histoire (de la protection immunitaire) ne se résume pas aux taux d'anticorps neutralisants. Il est simpliste et trompeur de se concentrer uniquement sur les "niveaux d'anticorps neutralisants". L'importance énorme d'un système immunitaire inné bien entraîné a été largement sous-estimée par les partisans de la campagne de vaccination de masse, tout comme l'importance de l'effort de collaboration bien orchestré qui se produit normalement entre le système immunitaire inné et adaptatif. C'est pourquoi la réponse immunitaire naturelle globale et collaborative est beaucoup plus protectrice que les anticorps seuls.

**Question 2 :** En tant que parents, nous aimerions mieux comprendre la différence entre les vaccins COVID et les vaccins infantiles habituels - tels que les vaccins ROR, polio, varicelle, Hemophilus influenzae B (HIB) et méningococcique. Bien que le Dr Vanden Bossche ait averti que la campagne de vaccination COVID n'était pas judicieuse (pour les raisons mentionnées à la question 1, ainsi que pour d'autres raisons), il pense que les vaccins infantiles habituels ont été et sont toujours judicieux - est-ce exact ? Pourriez-vous préciser la pensée du Dr Vanden Bossche sur cette question ? La différence réside-t-elle principalement (voire uniquement) dans le fait que les programmes habituels de vaccination des enfants n'ont pas représenté des exemples de "vaccination massive rapide, dans tous les groupes d'âge, en utilisant un vaccin sous-optimal, au milieu d'une pandémie active, impliquant un virus respiratoire hautement mutable et hautement infectieux" ? Ou existe-t-il d'autres différences ?

**Réponse :** Vous avez raison - le Dr Vanden Bossche est un fervent partisan de la vaccination réfléchie et prudente des enfants. Il a consacré toute sa carrière au développement de vaccins sûrs et efficaces, utilisés judicieusement. Il insiste cependant pour que tous les vaccins soient



développés de manière honnête et altruiste et qu'ils soient basés sur une pratique scientifique impeccablement rigoureuse et sur le souci de la sécurité à court et à long terme, tant au niveau individuel qu'au niveau de la population.

Je suis également un partisan de la vaccination réfléchi et prudente des enfants. J'ai passé une grande partie de mon internat en pédiatrie (au début des années 70) à m'occuper de nourrissons et de jeunes enfants qui étaient dévastés par la méningite à Hemophilus influenzae B. Le vaccin contre l'Hemophilus influenzae B (HIB), développé par la suite, a considérablement réduit l'incidence de la septicémie et de la méningite à Hemophilus. Avant le vaccin contre l'HIB, 20 000 jeunes enfants aux États-Unis développaient chaque année une infection à Hemophilus B potentiellement mortelle, et 1000 de ces enfants (5%) en mouraient. Aujourd'hui, les infections graves à Hemophilus B ne touchent que 50 enfants par an aux États-Unis. C'est un résultat spectaculaire. Il serait dommage de revenir à l'époque des 20 000 infections graves par an !

Vous avez également raison de dire qu'une différence importante entre les vaccins infantiles habituels et les vaccins COVID est que les vaccins infantiles ne sont pas administrés au milieu d'une pandémie active. Ils sont utilisés à titre prophylactique, c'est-à-dire bien avant l'exposition potentielle. Comme ils sont administrés bien avant l'exposition potentielle, le système immunitaire de l'enfant vacciné a généralement eu le temps de produire une quantité suffisante d'anticorps neutralisants matures, de sorte que si l'enfant est exposé à l'agent infectieux, il dispose d'anticorps vaccinaux IgG matures.

Mais il existe d'autres différences majeures. Plusieurs des vaccins infantiles habituels (par exemple, les vaccins contre la rougeole, la rubéole, les oreillons, la poliomyélite et la varicelle) sont des vaccins prophylactiques vivants-atténués, capables de se répliquer, qui confèrent une immunité stérilisante et durable (même à vie) et contribuent à l'immunité de groupe. Le terme "atténué vivant" signifie que le virus entier est utilisé dans le vaccin, mais que sa capacité de réplication (dans les cellules humaines) est soit complètement limitée (incompétent pour la réplication), soit nettement limitée (compétent pour la réplication mais considérablement atténué), de sorte que le virus atténué est soit complètement incapable de provoquer une maladie chez l'individu vacciné, soit très peu susceptible de provoquer une maladie chez l'individu vacciné. "Compétent pour la réplication" signifie que le virus vivant atténué peut encore se répliquer dans les cellules humaines, mais à un rythme très modéré et généralement sans danger. Il existe donc des vaccins "vivants-atténués, incompetents pour la réplication" (c'est-à-dire que la réplication est complètement limitée) et des vaccins "vivants-atténués, compétents pour la réplication" (c'est-à-dire que le virus atténué est encore capable de se répliquer à un rythme modéré et généralement sans danger). L'immunité "stérilisante" signifie que l'immunité fournie par le vaccin contient adéquatement le virus et empêche sa transmission.

Les vaccins contre la rougeole, la rubéole, les oreillons, la polio (par voie orale) et la varicelle sont des vaccins vivants atténués, capables de se répliquer, qui sont utilisés à titre prophylactique (c'est-à-dire bien avant l'exposition prévue).

Les vaccins vivants atténués et compétents pour la réplication sont les vaccins les plus efficaces et les plus durables produits à ce jour par l'industrie du vaccin. Ces vaccins imitent fidèlement

l'infection naturelle et stimulent une réaction immunitaire globale, impliquant à la fois l'immunité innée et adaptative. Comme ils entraînent une immunité stérilisante et durable, ils contribuent à l'immunité de groupe.

Les vaccins vivants-atténués, compétents pour la réplication sont beaucoup plus "optimaux" que les vaccins COVID. Les vaccins COVID ne sont pas des vaccins vivants-atténués, compétents pour la réplication et stérilisants. Les vaccins COVID sont sous-optimaux. Ils ne stimulent pas une réponse immunitaire globale. Au lieu de cela, ils stimulent une réponse étroite en anticorps. Ils ne préviennent pas l'infection des cellules humaines. Ils ne préviennent pas la transmission. Ils ne procurent pas d'immunité stérilisante et ne contribuent pas à l'immunité de groupe. Et lorsqu'ils sont utilisés au milieu d'une pandémie active impliquant un virus hautement transmissible et hautement mutable, les vaccins COVID augmentent en fait l'infectiosité virale, prolongent la pandémie et la rendent plus dangereuse. (Voir la question 5.)

Il existe donc d'énormes différences entre les vaccins infantiles habituels et les vaccins COVID. Les plus grandes préoccupations du Dr Vanden Bossche concernant les vaccins COVID ne s'appliquent pas aux vaccins infantiles habituels, vivants-atténués et compétents pour la réplication. En fait, il a un grand respect pour les avantages des vaccins infantiles correctement développés, correctement testés et correctement utilisés. Selon lui, l'immunité collective créée par les vaccins infantiles habituels----- par exemple, le vaccin vivant

Les vaccins atténués et capables de se répliquer (ROR, polio oral, vaccins contre la varicelle) et le vaccin contre le HIB ont été extrêmement importants et ont sauvé la vie des enfants. Si ces vaccins étaient arrêté, l'immunité de troupeau serait finalement perdue et de nombreuses personnes souffriraient avant que l'immunité de troupeau puisse être rétablie par la reprise de la vaccination.

Pour être complet, expliquons qu'il existe des vaccins infantiles qui se situent entre les vaccins COVID, sous-optimaux, à une extrémité du spectre, et les vaccins vivants atténués, compétents pour la réplication, beaucoup plus optimaux, à l'autre extrémité du spectre. Nous avons déjà mentionné les vaccins vivants atténués et incompétents pour la réplication, qui sont plus sûrs que les vaccins vivants atténués et compétents pour la réplication, mais considérablement moins efficaces. Il existe des vaccins à virus entier "inactivé" qui utilisent une version tuée du virus, ce qui garantit une perte totale de la capacité de réplication, mais ils sont moins efficaces et moins durables que les vaccins vivants atténués et compétents pour la réplication. par exemple, le vaccin contre l'hépatite A, les vaccins contre la grippe, le vaccin contre la polio. (par opposition au vaccin antipoliomyélitique oral), et le vaccin antirabique. Il existe des vaccins "sous-unités, recombinants, polysaccharides, conjugués" qui utilisent des morceaux de virus (ou de bactéries) morts. ----- Par exemple

Le vaccin contre l'hémophilus influenza (HIB), le vaccin contre l'hépatite B, le vaccin contre le pneumocoque, le vaccin contre le méningocoque et le vaccin contre la coqueluche. Et il y a les vaccins anatoxines, comme les vaccins contre la diphtérie et le tétanos.

Tous les vaccins ne sont donc pas identiques. Les vaccins COVID, et en particulier la situation dans laquelle ils sont utilisés (c'est-à-dire au milieu d'une pandémie), sont complètement

différents des vaccins infantiles habituels. Pour les raisons expliquées ci-dessus, le Dr Vanden Bossche est un ardent défenseur des vaccins infantiles habituels correctement développés et testés, tout en étant un ardent défenseur des vaccins COVID.

Pour résumer : Par rapport aux vaccins COVID, les vaccins infantiles habituels (en particulier les vaccins vivants atténués et compétents pour la réplication) sont beaucoup plus stérilisants (même complètement

stérilisant), beaucoup plus optimal, beaucoup plus efficace, beaucoup plus durable, beaucoup plus capable de contribuer à l'immunité de groupe et beaucoup plus sûr que n'importe lequel des vaccins COVID.



**Question 3 :** Qu'en est-il des vaccins contre la grippe ? Pourquoi une campagne annuelle de vaccination contre la grippe serait-elle judicieuse, alors que la campagne massive de vaccination COVID ne le serait pas ? Est-ce parce que, par rapport à la campagne de vaccination COVID, la campagne annuelle de vaccination contre la grippe n'est pas aussi massive, n'implique pas la vaccination de tous les groupes d'âge (elle est principalement destinée aux personnes âgées et aux plus vulnérables) et n'est pas menée au milieu d'une vaste pandémie généralisée ? Les vaccins antigrippaux sont-ils en quelque sorte plus efficacement neutralisants ou plus durablement neutralisants que les vaccins COVID ?

**Réponse :** Vous avez en partie raison : par rapport à la campagne de vaccination COVID, la campagne annuelle de vaccination contre la grippe n'est pas aussi massive, elle n'implique pas la vaccination de tous les groupes d'âge (elle est principalement administrée aux personnes âgées et aux plus vulnérables), elle n'est pas administrée au milieu d'une si grande quantité de

virus en circulation, et les personnes vaccinées reçoivent souvent leur vaccin bien avant l'exposition prévue. Les vaccins antigrippaux n'ont cependant pas une neutralisation beaucoup plus efficace ou plus persistante que les vaccins COVID.

Cependant, **certaines des préoccupations du Dr Vanden Bossche concernant la campagne de vaccination massive contre le COVID s'appliquent également à la campagne de vaccination contre la grippe**, bien que dans une moindre mesure. Il serait sage, par exemple, de réévaluer si les vaccins antigrippaux (qui sont des vaccins non réplicatifs/inactivés sous-optimaux) ont favorisé la propagation dominante de souches dominantes plus infectieuses et/ou plus virulentes qui ont émergé à la suite d'un glissement/dérive antigénique et ont eu un effet négatif sur l'immunité collective de la population. Peut-être serions-nous mieux lotis aujourd'hui si seul un petit pourcentage de personnes (les plus vulnérables), tout au plus, avait reçu les vaccins contre la grippe, chaque année, au cours des dernières décennies. Cette question nécessite une étude beaucoup plus approfondie que celle qui a été menée jusqu'à présent. La campagne de vaccination contre les virus de la grippe, qui dure depuis des décennies, doit être réévaluée.



**Question 4 :** Le Dr Vanden Bossche s'inquiète beaucoup du fait que les anticorps vaccinaux (les anticorps anti-spike qui sont produits après la vaccination par le COVID) interfèrent avec l'immunité innée de l'enfant. Il affirme que les anticorps vaccinaux "surpassent" les "anticorps naturels" innés de l'enfant et mettent plus ou moins sur la touche le système immunitaire inné de l'enfant. Il pense que les anticorps vaccinaux interfèrent avec la pratique normale et le développement normal du système immunitaire inné de l'enfant. Est-ce exact ? Que sont les "anticorps naturels" ?

**Réponse :**

Il existe un grand nombre de preuves scientifiques concernant l'importance et la fonction des "anticorps naturels" (ou "anticorps innés") du système immunitaire inné [18-24] Les anticorps innés sont connus depuis le début des années 1960. Depuis lors, cependant, leur importance a



été largement sous-estimée et insuffisamment soulignée. Heureusement, cette situation est en train de changer.

Les anticorps innés sont non spécifiques, c'est-à-dire qu'ils sont capables de se lier (avec une faible affinité) à de nombreux virus différents. Cela leur permet de jouer un rôle clé, en tant que "premiers intervenants", pour neutraliser rapidement les virus en général.

Grâce à l'interaction répétée entre les anticorps innés et les virus glycosylés (comme le SC-2, de nombreux autres virus respiratoires), le système immunitaire inné acquiert de l'éducation, de la pratique et de l'expérience pour reconnaître et attaquer de manière appropriée les virus menaçants. Grâce à la ré-interaction continue entre les anticorps innés et les virus (et les agents glycosylés en général), le système immunitaire inné s'entraîne également à reconnaître ce qu'il doit attaquer (non-soi) et ce qu'il doit laisser tranquille (soi). S'il ne s'entraîne pas suffisamment à faire la distinction entre le "soi" et le "non-soi", le système immunitaire inné est sujet à des réactions auto-immunes (attaque immunitaire inappropriée contre des parties de son propre corps).

L'interaction susmentionnée entre les anticorps innés et les virus aboutit à une reprogrammation fonctionnelle permanente (y compris des mises à jour fréquentes) de l'immunité innée à médiation cellulaire (via des modifications épigénétiques).

La petite enfance est la période où le système immunitaire inné reçoit le plus important et le plus grand nombre de l'éducation, de la pratique et de l'expérience mentionnées ci-dessus. Par conséquent, il est particulièrement important de protéger l'interaction normale entre les anticorps innés et les virus pendant cette période critique d'éducation optimale et fondamentale du système immunitaire inné d'un jeune enfant. Il est également important de protéger l'interaction normale entre les anticorps innés et les virus pendant l'éducation continue du système immunitaire inné qui se produit tout au long de l'âge adulte.

Il est scientifiquement prouvé que les **anticorps vaccinaux COVID rivalisent avec les anticorps innés pour les sites de liaison sur le virus et, par conséquent, interfèrent avec l'interaction normale entre les anticorps innés et les virus.** (Les anticorps vaccinaux se lient fortement aux virus, alors que les anticorps innés, par conception, se lient moins fortement aux virus). Il en résulte une interférence avec l'éducation, la pratique et la fonction globale normales du système immunitaire inné. Cette interférence est particulièrement regrettable et lourde de conséquences si elle se produit pendant la période la plus optimale pour l'éducation et la pratique du système immunitaire inné, c'est-à-dire pendant la petite enfance.

Cette interférence vaccinale nuisible avec la liaison des anticorps innés au SC-2 dure aussi longtemps que les titres d'anticorps vaccinaux spécifiques du pic sont élevés, ce qui se produit inévitablement lorsque des personnes vaccinées (amorcées) sont continuellement (ou fréquemment et de manière répétée) exposées à des variantes du SC-2 hautement infectieuses (par exemple, les variantes Omicron) ou reçoivent des "doses de rappel" du vaccin COVID.

Lorsque les anticorps vaccinaux (issus de la vaccination par COVID) altèrent le système immunitaire inné d'une personne, celle-ci est moins apte à traiter les virus en général (pas seulement le SC-2) et est prédisposée aux maladies auto-immunes. Cet effet négatif des

anticorps vaccinaux COVID sur le développement et la pratique du système immunitaire inné  
d'une personne est particulièrement préjudiciable si le

Le vaccin COVID est administré à de jeunes enfants. Cet effet indésirable du vaccin COVID chez les jeunes enfants est irréversible.

Pour mieux comprendre ce que l'on entend par "irréversible", considérez l'analogie utile (bien qu'imparfaite) suivante : Pensez à l'apprentissage d'une seconde langue. Il est plus facile d'apprendre une seconde langue si celle-ci est enseignée et pratiquée pendant la petite enfance, lorsque le cerveau en développement est très agile et facilement "imprégnable". Il est beaucoup plus difficile d'apprendre une deuxième langue plus tard dans la vie. Il existe donc une période critique et limitée (la petite enfance) pendant laquelle l'apprentissage d'une deuxième langue est le plus facile et le plus réussi. Cette période critique d'"imprégnation" ne se produit qu'une seule fois dans la vie d'une personne (pendant la petite enfance). Si cette occasion unique d'apprendre une seconde langue est manquée (ou perturbée), elle est irrémédiablement perdue. Cela ne signifie pas que cette personne ne pourra pas apprendre une deuxième langue plus tard dans sa vie, mais sans un enseignement solide et fondamental de la deuxième langue pendant la petite enfance, il est beaucoup plus difficile de parler couramment une deuxième langue plus tard dans la vie.

De même, c'est au cours de la petite enfance que le système immunitaire inné d'une personne a le plus de chances de recevoir une excellente formation "d'empreinte". Cette période critique ne se produit qu'une fois dans la vie d'une personne (pendant la petite enfance). Si l'on manque (ou si l'on perturbe) cette occasion unique d'imprégner de manière optimale le système immunitaire inné d'une personne, elle est irrémédiablement perdue. Le système immunitaire inné peut encore apprendre pendant l'enfance et l'âge adulte, mais cet apprentissage sera plus difficile et moins réussi. Les vaccins COVID interfèrent avec l'apprentissage fondamental du système immunitaire inné (pendant la petite enfance) et interfèrent également avec l'apprentissage continu à l'âge adulte.

**Pour les raisons susmentionnées, nous devrions particulièrement éviter la vaccination par le COVID chez les jeunes enfants !**

**[Note aux médecins :** Pourquoi et comment l'interférence vaccinale avec l'interaction entre les anticorps innés et un virus spécifique (comme le SC-2) affecterait-elle l'éducation globale du système immunitaire inné, en ce qui concerne la manière de répondre aux autres virus et de distinguer le non-soi du soi ? Cette question est complexe, mais elle est liée aux motifs moléculaires que de nombreux virus ont en commun et qui sont également similaires aux motifs moléculaires (motifs "propres") des composants du corps humain. Les anticorps innés permettent la régulation ascendante de peptides "auto-mimétiques" dérivés du virus sur les cellules infectées à un stade précoce de l'infection. Ces motifs présentent un niveau élevé d'homologie d'acides aminés entre les virus glycosylés qui provoquent une infection ou une maladie aiguë autolimitée. Une fois que la cellule effectrice innée (cellule NK) a été éduquée à reconnaître "largement" de tels motifs, elle peut ensuite, lors de rencontres ultérieures, "affiner" sa reconnaissance pour mieux repérer et cibler le virus auquel elle a affaire. C'est ce qu'on appelle "l'entraînement" (qui se fait par le biais de changements épigénétiques

permettant la reprogrammation fonctionnelle des cellules NK éduquées).

Voir les messages à emporter 3, 8 et 12e pour une discussion résumée de ces questions. Voir également la section 5, dans la Lettre ouverte - Partie II :

<https://notesfromthesocialclinic.org/open-letter-to-parents-and-pediatricians-part-ii-a-review-and-update/>.

Voir également le lien suivant :

<https://videos.bozeken.com/downloads/geert/1st%20video/070122%20Geert%20Vince.mp4>



**Question 5 :** Le Dr Vanden Bossche affirme que la campagne de vaccination massive COVID est responsable de l'augmentation de l'infectiosité du virus, en particulier pour les personnes vaccinées, et pourrait bientôt être responsable de l'augmentation de la mortalité du virus. Comment la vaccination COVID rend-elle le virus plus infectieux et éventuellement plus virulent (mortel) ? Il affirme que les anticorps vaccinaux offrent actuellement une certaine protection contre les maladies graves, mais que cela va bientôt changer et cesser d'être le cas. Tout cela est-il vrai ?

**Réponse :** De deux manières différentes, la campagne de vaccination COVID rend le virus plus infectieux. Premièrement, la campagne de vaccination COVID exerce une pression immunitaire énorme sur le virus, ce qui entraîne la sélection naturelle de mutations qui permettent à une variante (intrinsèque) d'échapper aux anticorps anti-spike et de pénétrer (infecter) plus facilement dans les cellules [1-17]. [1-17] Deuxièmement, il faut savoir que les vaccins COVID entraînent la production de plus d'un anticorps anti-spike. Les vaccins entraînent la production non seulement d'anticorps neutralisants anti-DRB (domaine de liaison du récepteur), mais aussi la production d'un anticorps anti-spike non neutralisant distinct, dirigé contre le domaine N-terminal (NTD) de la protéine spike. (Voir les figures 5, 7 et 16 dans l'**APPENDICE DES ILLUSTRATIONS MÉDICALES**.) Au fur et à mesure que la capacité de neutralisation des anticorps neutralisants vaccinaux diminue (car le virus mute dans une direction qui le rend de plus en plus résistant aux anticorps vaccinaux neutralisants), les anticorps vaccinaux non neutralisants sont capables de se lier plus étroitement à leurs cibles sur le NTD de la protéine spike, ce qui

entraîne un changement de conformation du RBD de la protéine spike qui permet au virus de se déplacer plus facilement.

se fixe au récepteur ACE2 et pénètre (infecte) les cellules. (Voir les figures 8, 9, 16, 21 et 22 de l'**ANNEXE DES ILLUSTRATIONS MÉDICALES**). Plus précisément, ce changement de conformation place le RBD en position "ouverte" (figures 8, 9, 21 et 22), ce qui favorise l'entrée du virus dans la cellule. Ainsi, les anticorps vaccinaux non neutralisants facilitent l'entrée du virus dans les cellules, c'est-à-dire que les anticorps vaccinaux non neutralisants rendent le virus plus infectieux que si ces anticorps non neutralisants n'étaient pas présents ou n'étaient pas présents en quantité particulièrement élevée [13-17]. [13-17] **Cette facilitation par les anticorps de l'entrée du virus dans les cellules est un exemple de "renforcement de l'infection par les anticorps" (ADEI).**

Bien que les anticorps vaccinaux non neutralisants augmentent le pouvoir infectieux du virus, ils offrent en même temps une certaine protection contre la gravité de la maladie. En effet, ces mêmes anticorps non neutralisants entravent les processus d'aggravation de la maladie que sont la trans-infection, la trans-fusion et la formation de syncytia médiés par les cellules dendritiques dans les poumons et les organes internes du corps[25, 26]. [25, 26] Pour de plus amples explications, voir l'article du Dr Vanden Bossche : <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/predictions-gvb-on-evolution-c-19-pandemic>

Mais malheureusement, cet effet bénéfique actuel des anticorps vaccinaux non neutralisants disparaîtra lorsque de nouvelles mutations virales permettront à une variante d'échapper à cet effet bénéfique des anticorps non neutralisants. Dès lors, le nouveau variant sera plus virulent (plus mortel) ! Il est probable qu'un nouveau variant plus virulent apparaîtra bientôt sur la scène, si ce n'est déjà fait.

C'est ainsi que la campagne de vaccination massive contre le COVID peut rendre le virus plus infectieux [13-17] et  finalement plus virulent [25, 26]. Pour une discussion plus approfondie, veuillez consulter les sections 3 et 4 de la Lettre ouverte - Partie II.





**Question 6 :** Par rapport à un enfant non vacciné, un enfant vacciné est-il désormais plus susceptible d'être infecté par la variante prédominante actuelle du COVID ? La vaccination augmente-t-elle maintenant la probabilité d'infection ?

**Réponse :** Pour les raisons discutées à la question 5, le Dr Vanden Bossche est préoccupé par le fait que les enfants vaccinés (par rapport aux enfants non vaccinés) sont maintenant plus susceptibles d'être infectés par la variante actuelle - parce que les vaccins COVID sont incapables de neutraliser la protéine de pointe actuelle, et les anticorps vaccinaux non neutralisants facilitent maintenant l'entrée du virus dans les cellules. Je suis d'accord avec cette préoccupation.



**Question 7 :** Par rapport à un enfant non vacciné qui est infecté par la variante actuelle du SC-2, un enfant vacciné qui est infecté par la variante actuelle aura-t-il une maladie moins grave, c'est-à-dire un risque moindre d'hospitalisation et de décès ? Si c'est actuellement le cas, cela continuera-t-il à être le cas lorsqu'une variante plus virulente apparaîtra ? Même si c'est le cas actuellement, combien de temps dure cette protection - quelques semaines seulement ? Quelques mois ? Plusieurs mois ? Lorsqu'une variante plus virulente apparaîtra, un enfant non vacciné sera-t-il mieux protégé qu'un enfant vacciné - tant en termes de probabilité d'être infecté que de probabilité de maladie grave ? Si une variante plus virulente apparaît, les enfants vaccinés seront-ils en moins bonne posture - plus susceptibles d'être infectés et plus susceptibles d'avoir une maladie grave (en raison des effets néfastes de l'immunité vaccinale) ?

**Réponse :** Actuellement, un enfant vacciné a une raison d'être moins exposé au risque de maladie grave et plusieurs raisons d'être plus exposé au risque de maladie grave. Comme mentionné dans la question 5, les anticorps vaccinaux non neutralisants pourraient actuellement fournir une brève protection contre les maladies graves. On craint toutefois que les anticorps vaccinaux ne facilitent l'entrée du virus dans les cellules (ce qui rend l'enfant ou l'adulte vacciné plus susceptible d'être infecté) et n'interfèrent avec la fonction, la pratique et le développement de l'immunité innée de l'enfant. Cette interférence avec l'immunité innée rend plus difficile pour l'immunité innée de l'enfant de contenir le virus lorsqu'il pénètre dans les voies respiratoires supérieures.

Un autre problème avec les vaccins COVID est qu'ils "amorcent" le système immunitaire pour qu'il réponde de manière répétée (aux futures rencontres avec le SC-2) d'une manière relativement unidimensionnelle, étroite, inflexible et de plus en plus dépassée qui met l'accent sur l'immunité adaptative dans le compartiment systémique, se concentre sur la production étroite d'anticorps (plutôt que sur une réaction immunitaire plus complète et plus efficace) et met de côté l'immunité innée.

En outre, on peut légitimement craindre que la campagne de vaccination de masse ne provoque un "épuisement immunitaire" chez les personnes vaccinées, en raison de la séquence d'événements suivante : Comme nous l'avons vu précédemment, la campagne de vaccination de masse a créé une situation dans laquelle une nouvelle variante après l'autre est devenue dominante. Chaque nouvelle variante a été plus infectieuse que la précédente, en particulier pour les personnes vaccinées, et encore plus pour les personnes fréquemment stimulées. Les nouveaux variants dominants sont apparus à des intervalles de plus en plus courts. Le résultat final de cette séquence d'événements créés par le vaccin est que de nombreuses personnes vaccinées (en particulier celles qui sont fréquemment stimulées) sont de plus en plus souvent confrontées à une infection/réinfection SC-2 "révolutionnaire" après l'autre. Cela exerce une pression importante et anormalement fréquente sur le système immunitaire de ces personnes, qui doivent se battre de manière répétée contre ces réinfections, et ces systèmes immunitaires doivent se battre alors que leur système immunitaire inné est affaibli par les anticorps vaccinaux. Cette situation est épuisante pour le système immunitaire et conduit à un "épuisement immunitaire" (au niveau des lymphocytes T cytolytiques CD8+, en particulier) et à un dysfonctionnement immunitaire global qui rend la personne vaccinée (en particulier les personnes fréquemment vaccinées et fréquemment réinfectées, et celles qui sont âgées ou plus vulnérables) anormalement vulnérable à de nombreuses infections (pas seulement SC-2, mais aussi la réactivation de l'EBV, du CMV, du VIH, de la tuberculose, etc.

Ainsi, à l'heure actuelle, l'éventuel effet bénéfique à court terme des anticorps non neutralisants (sur la gravité de la maladie) n'est pas supérieur aux nombreux effets néfastes des anticorps vaccinaux. Les effets néfastes des vaccins COVID mentionnés ci-dessus dépassent actuellement de loin les éventuels effets bénéfiques à court terme du vaccin. Même si les effets bénéfiques du vaccin étaient actuellement un peu plus importants que les effets néfastes combinés (ce qui est très peu probable), ces effets bénéfiques disparaissent après

seulement quelques semaines ou quelques mois. Actuellement, la combinaison des effets néfastes à court et à long terme de la vaccination par le COVID l'emporte de loin sur le bénéfice actuel, bref et à court terme.

Mais surtout, lorsqu'une variante plus virulente apparaîtra (pour les raisons mentionnées à la question 5), les anticorps vaccinaux non neutralisants n'auront plus d'effet bénéfique sur la gravité de la maladie. À ce moment-là, l'enfant non vacciné sera bien mieux loti que l'enfant vacciné. L'enfant non vacciné n'aura pas les quantités élevées d'anticorps vaccinaux non neutralisants qui facilitent l'entrée du virus dans les cellules ; l'enfant non vacciné n'aura pas un système immunitaire inné qui aura été affaibli, sapé par les anticorps vaccinaux ; le système immunitaire de l'enfant non vacciné n'aura pas été "amorcé" pour répondre de façon répétée d'une manière obsolète et étroite ; et l'enfant non vacciné aura été épargné de "l'épuisement immunitaire". L'enfant non vacciné aura une immunité innée normale qui lui permettra de mieux combattre les variantes du SC-2 et les virus en général. L'ensemble du système immunitaire de l'enfant non vacciné sera libre de réagir de manière normale et merveilleuse.

Il est compréhensible que les parents soient désireux de protéger leurs enfants d'une maladie grave. **Cependant, comme l'expliquent les paragraphes ci-dessus, la combinaison des effets néfastes à court et à long terme de la vaccination contre le COVID l'emporte largement sur le bénéfice actuel, bref et à court terme--- un bénéfice qui disparaîtra bientôt lorsqu'une variante plus virulente apparaîtra.**



**Question 8 :** Dans quelle mesure les réponses aux questions 6 et 7 dépendent-elles du degré auquel l'enfant vacciné ou non vacciné avait déjà développé une immunité naturellement acquise contre le COVID (par une infection naturelle dans le passé) avant la vaccination (dans le cas de l'enfant vacciné) ou avant que l'enfant non vacciné ne rencontre une variante actuelle ou future ?

**Réponse :** Cela fait très probablement une différence importante. Avec la variante actuelle et avec une future variante plus virulente, les enfants non vaccinés sont mieux lotis s'ils ont déjà été exposés au virus SC-2 dans le passé et ont développé une immunité naturelle robuste contre cette variante passée. Cette immunité naturellement acquise contre une variante passée les aidera à contrer immédiatement, au moins partiellement, une nouvelle variante, y compris une future variante plus virulente. De plus, leur système immunitaire plus souple (non influencé, non amorcé par l'exposition aux vaccins COVID) sera en mesure de bien s'adapter et de mettre en place une réponse nouvelle et complète aux nouvelles variantes. Par rapport à l'enfant non vacciné susmentionné, un enfant non vacciné qui n'a jamais développé d'immunité acquise naturellement à la suite d'une infection naturelle passée sera moins apte à gérer les variantes actuelles et les futures variantes plus virulentes, mais sera tout de même capable de gérer les deux variantes assez bien.

En revanche, par rapport aux enfants non vaccinés, les enfants vaccinés, qu'ils aient ou non acquis naturellement une immunité contre le SC-2 dans le passé, seront moins bien lotis en raison des nombreux effets néfastes des anticorps vaccinaux (comme indiqué dans les questions 5, 6 et 7) et parce que les effets bénéfiques modestes et temporaires des anticorps vaccinaux non neutralisants seront inférieurs aux nombreux effets néfastes des anticorps vaccinaux, et que cet effet bénéfique des anticorps vaccinaux non neutralisants disparaîtra dès l'apparition d'une variante plus virulente. Par rapport à un enfant vacciné qui n'a jamais acquis naturellement une immunité contre le SC-2 avant la vaccination, un enfant vacciné qui a acquis naturellement une immunité contre le SC-2 avant d'être vacciné sera probablement mieux loti (actuellement et lorsqu'une variante plus virulente apparaîtra) parce que cet enfant a au moins une certaine immunité naturellement acquise sur laquelle il peut compter.

**Ainsi, les enfants les mieux lotis (actuellement et dans le cas d'une variante plus virulente) sont ceux qui n'ont jamais été vaccinés et qui ont déjà acquis naturellement au moins une certaine immunité contre le SC-2 en raison d'une exposition antérieure aux variantes actuelles ou passées. L'enfant le plus mal loti sera un enfant qui a été vacciné et qui n'avait pas d'immunité naturellement acquise avant d'être vacciné. Cela sera particulièrement vrai lorsqu'une variante plus virulente apparaîtra.**

Nos connaissances à ce sujet ont été entravées par le fait que le statut de l'immunité antérieure des personnes contre le COVID, avant qu'elles ne soient vaccinées, n'a pas été déterminé de manière systématique ou adéquate. En fait, lorsque des personnes ont été vaccinées, on n'a pratiquement pas cherché à savoir si elles avaient déjà acquis une immunité naturelle dans le passé. **Cependant, il est utile de savoir que, selon les CDC, environ 75 % des**

enfants et des adolescents ont maintenant des preuves d'une infection antérieure par le SC-2, ce qui confère un certain degré d'immunité naturellement acquise.

<https://publications.aap.org/aapnews/news/20170?autologincheck=redirected>



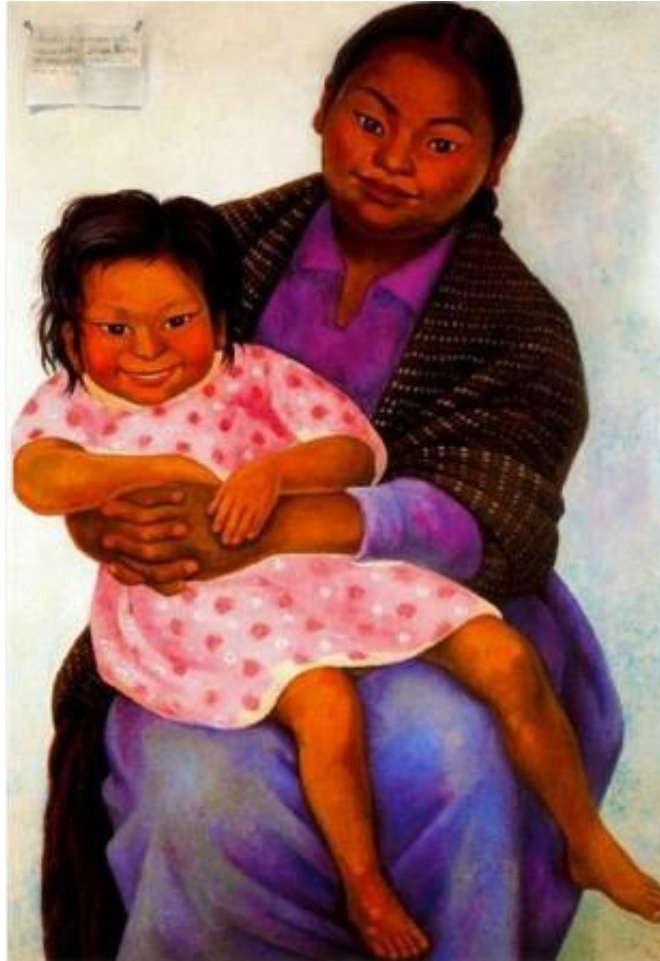
**Question 9 :** Si un enfant non vacciné a déjà développé une forte immunité naturelle contre le SC-2 (suite à une infection naturelle dans le passé) et qu'il reçoit ensuite le vaccin COVID, cet enfant sera-t-il mieux protégé (ayant obtenu à la fois l'immunité vaccinale et l'immunité naturelle antérieure, appelée "immunité hybride") que s'il n'avait pas été vacciné ? En d'autres termes, la vaccination d'un tel enfant lui apportera-t-elle une protection supplémentaire ou lui nuira-t-elle ?

**Réponse :** Pour les raisons mentionnées à la question 8, un tel enfant sera probablement plus mal en point (une fois vacciné) en ce qui concerne les variantes actuelles du SC-2 et sera certainement plus mal en point lorsqu'une variante plus virulente apparaîtra. Dès l'apparition d'une variante plus virulente, les anticorps vaccinaux n'apporteront aucun bénéfice et n'auront que des effets négatifs - tels qu'une infectiosité accrue du virus, une altération de l'immunité innée, un "amorçage" malheureux et étroit du système immunitaire, et la possibilité d'un "épuisement immunitaire". **Ainsi, la vaccination par le COVID d'un enfant qui a déjà une immunité naturellement acquise (par une infection antérieure par le SC-2) n'apportera pas de protection supplémentaire. Au contraire, la vaccination d'un tel enfant le rend plus vulnérable à l'infection et à la maladie grave, en particulier lorsqu'une variante plus virulente apparaît.** (La vaccination augmenterait inutilement les titres d'anticorps, ce qui rendrait un tel

enfant



plus sensibles à une infection renforcée et à une gravité accrue de la maladie lors de l'exposition à une nouvelle variante).



**Question 10 :** Avant d'administrer le vaccin à un enfant, est-il possible de vérifier d'abord son sang pour déterminer dans quelle mesure il a déjà développé une immunité naturelle robuste contre le SC-2 ? Cela ne devrait-il pas être fait systématiquement ?

**Réponse :** Dans une mesure limitée, c'est possible. Les personnes qui ont développé une immunité naturellement acquise peuvent ou non avoir développé des anticorps anti-nucléocapsides au cours de ce processus. (Voir la figure 23 dans l'**ANNEXE DES ILLUSTRATIONS MÉDICALES.**) Les vaccins COVID ne produisent pas d'anticorps anti-nucléocapsides. Ainsi, la présence d'un anticorps anti-nucléocapside indiquerait une immunité passée naturellement acquise contre le SC-2. Cependant, certaines personnes développent une immunité acquise contre le SC-2 sans produire d'anticorps anti-nucléocapside. Ainsi, un test négatif pour l'anticorps anti-nucléocapside ne réfute pas définitivement une infection antérieure ou une immunité acquise antérieure. Un test de routine pour l'anticorps anti-nucléocapside semblerait judicieux avant l'administration de la vaccination.

Malheureusement, d'autres moyens de documenter l'immunité naturellement acquise contre le SC-2 (et de la distinguer de l'immunité vaccinale) n'ont pas été développés. Il serait particulièrement utile de pouvoir documenter la mesure dans laquelle une personne possède une immunité innée robuste contre le SC-2. Malheureusement, la force du système immunitaire inné d'un individu est difficile à documenter.

**Question 11 :** Actuellement, les enfants immunodéprimés (ou les enfants exceptionnellement vulnérables) sont-ils mieux lotis s'ils ne sont pas vaccinés ou s'ils sont vaccinés (ou sont déjà vaccinés) ? Qu'est-ce qui est le plus protecteur dans la situation actuelle : l'immunité innée et l'immunité adaptative naïve d'un enfant non vacciné, ou l'immunité induite par le vaccin qui augmente en fait l'infectiosité virale et interfère avec l'immunité innée mais fournit (actuellement) une certaine protection contre les maladies graves ? Qu'est-ce qui est le plus protecteur lorsque/si une variante plus virulente apparaît : ces enfants seront-ils mieux lotis s'ils restent non vaccinés, ou seront-ils mieux lotis s'ils sont vaccinés ?

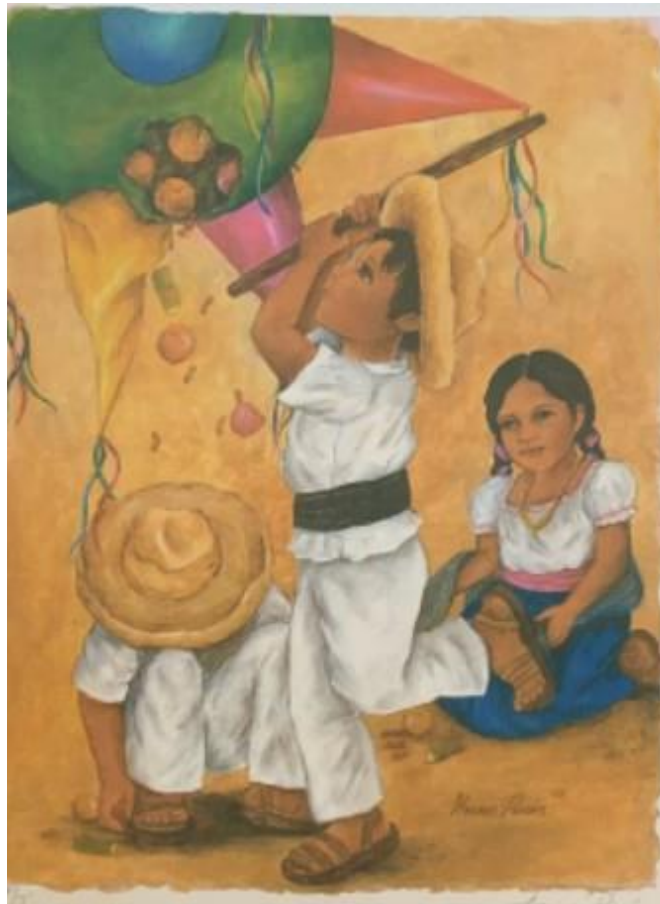
**Réponse :** À l'heure actuelle, avec la variante SC-2 actuelle, les enfants immunodéprimés non vaccinés (ou les enfants exceptionnellement vulnérables qui ne sont pas immunodéprimés) sont très probablement mieux lotis s'ils ne sont pas vaccinés contre le COVID. Si un tel enfant est vacciné, les anticorps vaccinaux anti-spike potentiellement neutralisants ne seront pas suffisamment efficaces ; les anticorps vaccinaux non neutralisants faciliteront probablement l'entrée du virus dans les cellules de l'enfant ; les anticorps vaccinaux interféreront avec la fonctionnalité, l'exercice et le développement de l'immunité innée de l'enfant ; et les anticorps vaccinaux non neutralisants ne protégeront que modestement (voire pas du tout) et brièvement l'enfant contre une maladie grave. De plus, la vaccination "prime" leur système immunitaire à réagir de manière répétée (lorsqu'ils sont exposés au virus SC-2) d'une manière dépassée et relativement unidimensionnelle qui favorise la production d'anticorps anti-spike, plutôt qu'une réponse multidimensionnelle plus naturelle et normale. Et la vaccination les prédisposera à une réinfection SC-2 plus fréquente, ce qui, à son tour, peut conduire à un "épuisement immunitaire". Par conséquent, tout compte fait, les effets néfastes de la vaccination d'un tel enfant l'emportent sur les effets bénéfiques minimes (même discutables et certainement de courte durée) - en particulier à long terme, mais même à court terme.

Dès qu'une variante plus virulente apparaît sur la scène, le vaccin n'apportera aucun avantage et n'aura que des effets néfastes. Les anticorps vaccinaux potentiellement neutralisants ne parviendront pas à neutraliser la protéine de pointe ; les anticorps vaccinaux non neutralisants faciliteront probablement l'entrée du virus dans les cellules ; les anticorps vaccinaux nuiront à la fonctionnalité, à l'entraînement et au développement du système immunitaire inné de l'enfant ; le système immunitaire aura tendance à réagir de manière unidimensionnelle "amorcée" ; l'"épuisement immunitaire" devient un risque ; et les anticorps non neutralisants n'offriront plus aucune protection contre les maladies graves.

Si un enfant immunodéprimé (ou exceptionnellement vulnérable) n'est pas vacciné : il ne

disposera pas de quantités élevées d'anticorps vaccinaux non neutralisants qui

faciliter l'entrée du virus dans leurs cellules ; les anticorps vaccinaux n'interféreront pas avec leur immunité innée ; leur système immunitaire ne sera pas "amorcé" pour réagir de manière répétée et malheureusement unidimensionnelle ; et ils seront épargnés de "l'épuisement immunitaire" lié au vaccin. Au lieu de cela, ils disposeront d'un système immunitaire inné intact qui pourrait bien être très protecteur (malgré leur vulnérabilité) et leur système immunitaire sera libre de réagir de sa manière multidimensionnelle habituelle (bien que peut-être atténué par leur immunosuppression). Dans l'ensemble, même les enfants immunodéprimés ou autrement vulnérables sont probablement mieux lotis s'ils ne sont pas vaccinés, tant en ce qui concerne les variantes actuelles que les futures variantes plus mortelles.



**Question 12 :** Les personnes ayant reçu la vaccination COVID contribuent-elles à l'immunité de groupe ?

**Réponse :** Non. L'immunité collective ne se produit que lorsque des personnes développent une immunité stérilisante contre un virus et que la transmission est empêchée. La vaccination COVID n'entraîne pas d'immunité stérilisante ni de prévention de la transmission. Au contraire, la campagne de vaccination COVID fait l'inverse : elle augmente l'infectiosité virale et, par conséquent, la quantité d'infection circulant dans une communauté. Plusieurs des vaccins infantiles habituels entraînent une immunité stérilisante et une prévention de la transmission,

même une immunité stérilisante de longue durée, et contribuent donc grandement à l'immunité collective. Ces vaccins sont extrêmement précieux.

**Question 13 :** Si le développement de l'immunité collective est le seul moyen de mettre fin à une pandémie, et si la vaccination par le COVID ne contribue pas à l'immunité collective, quelle est la responsabilité sociale la plus importante : se faire vacciner ou ne pas se faire vacciner ?

**Réponse :** L'action la plus socialement responsable est de ne pas se faire vacciner. Ceci est vrai en ce qui concerne les variantes récentes, actuelles et futures. Si cette pandémie avait été gérée sans la campagne de vaccination de masse COVID, si elle avait été gérée avec une vaccination sélective des plus vulnérables (tout au plus), le résultat aurait été bien moins de décès cumulés et bien moins de mauvais résultats que ce que nous avons vu jusqu'à présent. Les personnes qui ont déjà été vaccinées, en particulier si elles continuent à recevoir des injections de "rappel", ne contribuent pas à l'immunité collective et, au contraire, contribuent au développement de nouvelles variantes dominantes plus fréquentes, de variantes plus infectieuses et, inévitablement, de variantes plus virulentes qui menacent ensuite toutes les personnes (y compris les jeunes enfants), en particulier les autres personnes vaccinées.

**Question 14 :** La FDA a récemment approuvé la demande de Pfizer concernant l'utilisation d'urgence de son vaccin COVID chez les enfants âgés de 6 mois à 5 ans. Qu'a révélé l'étude de Pfizer en matière de sécurité et d'efficacité ? Quelles sont les données sur lesquelles la FDA a fondé son approbation ? Dans quelle mesure ces données étaient-elles scientifiquement valables ?

**Réponse :** Voici un lien vers l'étude réelle de Pfizer :  
<https://www.fda.gov/media/159195/download>

L'étude Pfizer a initialement recruté 4526 enfants âgés de 6 mois à 5 ans. 3013 devaient recevoir le vaccin Pfizer COVID et 1513 devaient recevoir un placebo. Il était prévu d'administrer 3 doses totales (soit du vaccin, soit du placebo) à chaque enfant.

Bien que **4 526** enfants aient été initialement inscrits à l'étude, l'"analyse descriptive préliminaire de l'efficacité" (les données sur "l'efficacité du vaccin" de l'étude) était basée sur **1 415** enfants qui avaient reçu leur <sup>troisième</sup> dose depuis au moins 7 jours. Sur ces 1 415 enfants, 965 faisaient partie du groupe vacciné et 450 du groupe placebo. On ne sait pas pourquoi cette "analyse descriptive préliminaire de l'efficacité" était basée sur les données de seulement 1 415 des 4 526 enfants inscrits.

Sur les 1415 enfants, 10 ont développé un test PCR COVID positif et ont été diagnostiqués avec le COVID. Malheureusement, aucune donnée n'a été fournie concernant les valeurs Ct auxquelles les tests PCR de ces 10 enfants étaient positifs, et il n'a pas été mentionné si l'un de ces 10 tests PCR COVID positifs a été envoyé pour un séquençage génomique afin de vérifier que le virus SRAS-CoV-2 était bien responsable des résultats PCR positifs. Sur ces 10 enfants qui ont développé un COVID, 3 faisaient partie du groupe vacciné et 7 du groupe placebo. Ces

données ont permis de calculer une "efficacité du vaccin" de 80,4 %.

Sur les 4 526 patients inscrits à l'étude, des données ont été fournies concernant le nombre de ceux qui ont développé une infection par le virus de l'hépatite C entre les doses 1 et 2 et entre les doses 2 et 3 (dans le groupe vacciné et dans le groupe placebo). Dans le groupe vacciné, 34 enfants ont développé un COVID entre les doses 1 et 2, alors que seulement 13 enfants dans le groupe placebo ont développé un COVID entre les doses 1 et 2. Dans le groupe vacciné, 180 enfants ont développé un COVID entre les doses 2 et 3, tandis que 121 enfants du groupe placebo ont développé un COVID entre les doses 2 et 3.

Parmi les enfants de 2 à 4 ans qui ont participé à l'étude, 6 ont développé plus d'un épisode de COVID symptomatique confirmé virologiquement et cliniquement. 5 de ces 6 enfants faisaient partie du groupe vacciné. 4 de ces 5 enfants avaient reçu 3 doses du vaccin et 1 avait reçu 2 doses. Seul 1 enfant du groupe placebo a eu plus d'un épisode de COVID symptomatique.

Parmi les enfants qui ont participé à l'étude, 8 ont développé un "COVID sévère", défini comme étant au moins une fréquence cardiaque ou une fréquence respiratoire élevée. Six de ces enfants faisaient partie du groupe vacciné et deux du groupe placebo. Parmi les enfants participant à l'étude, seul un enfant a été hospitalisé, et cet enfant avait reçu 2 doses du vaccin. Aucun enfant de l'étude n'est décédé.

**Les données ci-dessus sont rares, inadéquates et ne fournissent pas de preuves convaincantes que le vaccin Pfizer était efficace pour prévenir l'infection, l'hospitalisation ou la maladie grave.**

Bien que l'étude ait conclu que les données "ne suggèrent pas de nouveaux problèmes de sécurité par rapport au profil de sécurité décrit dans les groupes plus âgés", la durée médiane du suivi n'était que de 2,1 mois après la <sup>troisième</sup> dose de vaccin. Cette durée est insuffisante pour déterminer la sécurité, en particulier à long terme.

**À mon avis, cette étude de Pfizer était trop petite, trop courte et d'une qualité scientifique insuffisante pour justifier l'approbation par la FDA de la demande de Pfizer d'une utilisation d'urgence de son vaccin COVID chez les enfants âgés de 6 mois à 5 ans.**

En outre, compte tenu des antécédents de Pfizer en matière de fraude avérée et condamnée dans le domaine de la santé et de sa propension avérée à dissimuler des données (voir **APRÈS-MOT**), ses données relatives à la sécurité et à l'efficacité devraient faire l'objet d'une enquête et d'un examen minutieux non seulement de la part de la FDA, mais aussi d'un groupe d'experts indépendants et objectifs, représentatifs et sans conflit d'intérêts.

**Question 15** : Parmi les effets secondaires potentiels que les personnes vaccinées pourraient subir, lesquels vous inquiètent le plus ? Par exemple, dans quelle mesure devrions-nous nous inquiéter de la myocardite liée au vaccin COVID ?

**Réponse** : En plus des préoccupations au niveau de la population (au niveau de la biologie de l'évolution) que nous avons déjà discutées - qui sont une raison suffisante et la raison principale pour arrêter la campagne de vaccination COVID - les vaccins COVID ont de nombreux



effets secondaires potentiels au niveau individuel. Le principal d'entre eux, chez les enfants, est le risque de myocardite, mais il existe de nombreux autres effets secondaires.

risques potentiels à court et à long terme : caillots sanguins, saignements anormaux, accidents vasculaires cérébraux, lésions neurologiques, mort subite, altération du développement et de la fonction de l'immunité innée (en particulier chez les jeunes enfants), prédisposition accrue aux maladies auto-immunes, réactivation de virus dormants liée au vaccin, dysfonctionnement immunitaire lié au vaccin altérant la capacité à combattre les infections en général, et interférence liée au vaccin avec le système normal de surveillance du cancer du système immunitaire. Le lecteur est invité à se reporter à la section 5 de la lettre ouverte initiale pour un examen approfondi des effets indésirables du vaccin COVID, y compris des centaines de références spécifiques publiées par des pairs.

**Question 16 :** Concernant le diagnostic du COVID : si une nouvelle poussée se développe, en particulier si elle implique une variante plus virulente, et qu'une personne développe des symptômes et a un test PCR COVID positif, sera-t-il possible de connaître la valeur Ct à laquelle le test était positif ? Si non, pourquoi ? Pourquoi cette information n'a-t-elle pas été systématiquement disponible tout au long de la pandémie ?

**Réponse :** Tout au long de la pandémie, la collecte de données et les soins cliniques ont été considérablement entravés par le fait que le test COVID PCR donne souvent des résultats faussement positifs (en particulier chez les personnes asymptomatiques et peu symptomatiques), et que les valeurs Ct des résultats positifs n'ont pas été systématiquement communiquées. Cela signifie que lorsqu'une personne est informée que son test COVID PCR est positif, ni le patient ni son médecin (ni les responsables de la santé publique qui collectent et analysent les données) ne savent si le test est devenu positif à une valeur Ct de 18, par exemple (ce qui signifierait qu'une charge virale importante est présente et que la personne est très contagieuse) ou s'il n'est devenu positif qu'à une valeur Ct de 38 (ce qui signifie souvent que le résultat est un faux positif ou que le test a détecté une quantité infime de fragments viraux morts, ce qui, dans les deux cas, signifie que la personne n'est pas contagieuse). Bien que la valeur Ct à partir de laquelle un test est devenu positif doive être interprétée avec prudence, la connaissance de la valeur Ct est clairement plus utile que le simple fait de recevoir un résultat binaire (positif ou négatif) sans aucune information sur le degré de positivité d'un résultat positif. Il est très regrettable que les valeurs Ct n'aient pas été communiquées de manière systématique tout au long de la pandémie.

On ne sait pas pourquoi les valeurs Ct des tests PCR COVID et le séquençage génomique des résultats PCR positifs n'ont pas été systématiquement fournis.

Il n'est cependant pas trop tard pour commencer à collecter systématiquement des données à des fins épidémiologiques, de recherche clinique et de soins aux patients. **Désormais, tous les patients dont le test COVID PCR est positif doivent être informés de la valeur Ct à laquelle leur test est positif, et le séquençage génomique (y compris l'identification des variants/sous-variants) doit être effectué si nécessaire.**

Pour plus d'informations sur les valeurs Ct (seuil de cycle), veuillez consulter la section 6 de la

lettre ouverte initiale.

**DES QUESTIONS QUE LES MÉDECINS POURRAIENT VOULOIR POSER À LEURS SPÉCIALISTES DES MALADIES INFECTIEUSES PRÉFÉRÉS :**

**Question 17 :** La compréhension qu'a le Dr Geert Vanden Bossche de l'immunologie, de la virologie, de la vaccinologie, de la biologie évolutive, de l'épidémiologie, de la biologie moléculaire et de la physico-chimie est-elle exacte ? Ses préoccupations sont-elles valables ?

**Réponse :** À mon avis, les préoccupations et les conclusions du Dr Vanden Bossche sont scientifiquement solides et doivent absolument être prises au sérieux. Ses connaissances sont profondes, et il est impératif que les scientifiques et les médecins qui ont promu la campagne de vaccination massive contre le COVID entament un dialogue scientifique respectueux et sain sur ses connaissances et ses préoccupations. Je ne pense pas que les promoteurs de la campagne de vaccination de masse COVID seront en mesure de réfuter les bases scientifiques des préoccupations du Dr Vanden Bossche.



**Question 18 :** Du point de vue de la biologie de l'évolution, si le Dr Vanden Bossche a raison, ses préoccupations s'appliquent-elles uniquement aux vaccins à ARNm, ou s'appliquent-elles

également au vaccin COVID de Novavax ?

et les autres vaccins COVID disponibles ? Certains des autres vaccins COVID sont-ils plus neutralisants, stérilisants ou optimaux que les vaccins à ARNm ? En d'autres termes, du point de vue de la biologie de l'évolution, tous ces vaccins COVID (lorsqu'ils sont utilisés au milieu d'une pandémie active) entraîneront-ils le développement de variantes plus infectieuses et plus virulentes - et, si oui, de manière égale ?

Du point de vue de l'efficacité, pensez-vous que certains vaccins COVID sont meilleurs que d'autres vaccins COVID ? Parmi les différentes plateformes de vaccination utilisées (ARNm, sous-unité protéique, vecteur viral, virus entier inactivé), quelle plateforme vous semble préférable ?

**Réponse :** Du point de vue de la biologie de l'évolution, les préoccupations du Dr Vanden Bossche sont applicables à tous les vaccins COVID. Lorsqu'ils sont administrés au milieu d'une pandémie, ils entraînent tous la sélection naturelle de variantes plus infectieuses et plus virulentes.

Du point de vue de l'efficacité, il est difficile de savoir quel vaccin spécifique ou quelle plateforme a donné les meilleurs résultats. Cette difficulté est principalement due au fait que les données du COVID ont été collectées de manière non scientifique (ou du moins incertaine). Sans données d'excellente qualité, il est impossible de tirer des conclusions fiables.

Du point de vue de l'innocuité, les vaccins à ARNm sont, de loin, la plateforme la moins préférable, la plateforme à vecteur viral étant la deuxième moins préférable.



**Question 19 :** Les vaccins COVID actuellement disponibles entraînent-ils les systèmes immunitaires inné et/ou adaptatif dans le compartiment muqueux, ou n'affectent-ils que le système immunitaire dans le compartiment systémique ? Dans le compartiment systémique, les vaccins COVID activent-ils et entraînent-ils uniquement la voie adaptative de production d'anticorps (y compris le développement de lymphocytes B mémoire pour la production future d'anticorps), ou activent-ils et entraînent-ils également la voie adaptative des lymphocytes T cytolytiques spécifiques du virus (et sa mémoire pour l'action future des lymphocytes T cytolytiques spécifiques du virus) ? Les vaccins COVID activent-ils et entraînent-ils le système immunitaire inné du compartiment systémique, ou bien les vaccins COVID altèrent-ils/noient-ils en fait l'immunité innée à la fois dans le compartiment systémique et dans le compartiment muqueux ?

**Réponse :** Les vaccins COVID n'éduquent pas et n'entraînent pas le système immunitaire inné, que ce soit dans le compartiment muqueux ou systémique. En fait, les anticorps vaccinaux interfèrent avec la fonctionnalité, l'entraînement et la formation du système immunitaire inné, du moins c'est l'effet net. Les vaccins COVID ont peu ou pas d'effet sur le système immunitaire adaptatif dans le compartiment muqueux. (Les anticorps vaccinaux systémiques peuvent toutefois fournir une certaine protection limitée dans le compartiment muqueux, via la transsudation des anticorps IgG vaccinaux).

Dans le compartiment systémique, les vaccins COVID entraînent la voie de production d'anticorps du système immunitaire adaptatif, mais rien ne prouve que les vaccins incitent le système immunitaire à organiser une réponse cellulaire T cytolytique spécifique du virus et dotée d'une mémoire.

Cela dit, je souhaiterais qu'un groupe d'immunologistes, de virologues et de vaccinologues exemplaires se prononce sur cette question (et sur toutes les autres questions soulevées dans ce document).



**Question 20 :** Certains médecins inquiets ont suggéré que la vaccination par COVID entraîne la production de protéine spike par les cellules endothéliales vasculaires (ainsi que par de nombreuses autres cellules), ce qui fait que des parties de la protéine spike apparaissent à la surface des cellules endothéliales. Ces médecins suggèrent ensuite que le système immunitaire reconnaît cette protéine spike comme indésirable et, en conséquence, attaque les cellules endothéliales chargées de protéine spike, les endommageant ainsi (par une attaque auto-immune). Cela se produit-il réellement ? Si oui : s'agit-il d'une attaque médiée par les anticorps ou dépendante des anticorps ? Cette attaque fait-elle intervenir des cellules NK ? Fait-elle intervenir des lymphocytes T cytolytiques spécifiques de l'épi ? Tous ces mécanismes sont-ils potentiellement impliqués ? Ou bien aucune de ces attaques ne se produit-elle réellement ?

**Réponse :** Il existe une inquiétude légitime quant au fait que de nombreux types de cellules différentes (y compris les cellules endothéliales et probablement les cellules ovariennes) fabriquent la protéine spike (parce que le vaccin ARNm a pénétré dans ces cellules et leur a ordonné de le faire) ; des fragments de la protéine spike apparaissent alors à la surface de ces cellules ; ce qui est ensuite suivi d'une attaque immunitaire sur ces cellules.





**Question 21 :** Peu après la mise en place des vaccins, il a été admis qu'ils n'empêchaient pas l'infection ou la transmission, mais qu'ils "réduisaient la gravité de la maladie, l'hospitalisation et les coûts de santé".

décès", et l'impression a été donnée qu'ils réduisaient au moins considérablement l'infection. Dans quelle mesure ont-ils réellement réduit l'infection ? Au départ, ont-ils réduit l'entrée du virus dans les cellules humaines de 95 % ou plutôt de 10 %, 30 %, 50 %, ou quoi encore ? Et dans quelle mesure ce pourcentage a-t-il évolué au fil des mois ? Est-il vrai qu'aujourd'hui les vaccins augmentent en fait l'infection des personnes vaccinées ? Si oui, comment cela se produit-il exactement ?

**Réponse** : Lorsqu'ils ont été étudiés et déployés pour la première fois, il est peu probable que les vaccins COVID aient généré des anticorps potentiellement neutralisants qui étaient efficaces à 95 % pour empêcher l'entrée du virus dans les cellules humaines. On ne sait pas s'ils ont réduit l'entrée du virus de 50 % ou d'un pourcentage plus élevé ou beaucoup plus faible. Quel que soit le pourcentage initial, il est clair qu'il a rapidement diminué, et de manière assez spectaculaire, à mesure que de nouveaux variants évoluaient et que les anticorps neutralisants originaux devenaient de moins en moins neutralisants. Aujourd'hui, les anticorps vaccinaux non neutralisants facilitent en fait l'entrée du virus dans les cellules, comme expliqué à la question 5.



**Question 22 :** Depuis le lancement initial des vaccins, on affirme que les vaccins "réduisent la gravité de la maladie", c'est-à-dire qu'ils diminuent les hospitalisations, les admissions en soins intensifs et l'incidence des décès. Dans quelle mesure les vaccins ont-ils réellement réduit la gravité de la maladie --- de quel pourcentage ? Les données sont-elles convaincantes à cet égard ? Dans quelle mesure cette "protection contre les maladies graves" a-t-elle évolué dans le temps ? Les vaccins réduisent-ils la gravité de la maladie chez les personnes vaccinées aujourd'hui, avec les variantes actuelles ? Si oui, comment cela se produit-il, si la variante actuelle est devenue largement résistante au vaccin et si le vaccin rend en fait la personne vaccinée plus sensible à l'infection par cette variante ? Le Dr Vanden Bossche a prédit que la campagne de vaccination de masse entraînera inévitablement l'émergence d'une variante plus virulente qui aura la capacité de contourner la "protection contre les maladies graves" du vaccin actuel. Pensez-vous qu'une variante plus virulente va émerger, et si oui, quand pensez-vous que cela se produira ?

**Réponse :** Comme expliqué dans la réponse à la question 5 et dans un article clé du Dr. Vanden Bossche : <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/predictions-gvb-on-evolution-c-19-pandemic>, il existe une explication scientifique de l'apparente "protection contre la gravité de la maladie" fournie par les vaccins COVID. [25, 26] En bref, les anticorps vaccinaux non neutralisants semblent produire cet effet bénéfique en entravant la trans-infection, la trans-fusion et la formation de syncytia médiées par les cellules dendritiques dans les voies respiratoires inférieures et le compartiment systémique. (Il s'agit des mêmes anticorps vaccinaux non neutralisants qui facilitent l'entrée du virus dans les cellules). Toutefois, cet effet bénéfique cessera inévitablement de se produire lorsque la sélection naturelle entraînera la prédominance de variants ayant développé des mutations qui contournent cet avantage vaccinal. Cela se produira probablement assez rapidement, en l'espace de quelques semaines ou de quelques mois.

Bien que l'explication ci-dessus fournisse une base scientifique pour une certaine "protection vaccinale contre la gravité de la maladie", l'étendue réelle de cette protection dans la vie réelle a été difficile à connaître - parce que, tout au long de la pandémie, la qualité de la collecte des données a malheureusement été très mauvaise.

**Question 23 :** Les fabricants de vaccins affirment que, grâce à la plateforme d'ARNm, il leur sera facile de développer un nouveau vaccin actualisé pour répondre à chaque nouvelle variante. Pensez-vous qu'il s'agisse d'une stratégie judicieuse ? Ne va-t-elle pas conduire à une dépendance éternelle aux vaccins COVID et à une escalade et exacerbation du problème prévu par le Dr Vanden Bossche ?

**Réponse :** Un problème avec cette stratégie est qu'il sera impossible de suivre les nouvelles variantes. Chaque nouveau vaccin à ARNm spécifique à une variante entraînera la sélection naturelle de nouvelles variantes avec de nouvelles mutations d'échappement qui rendront

rapidement obsolète le vaccin à ARNm le plus récent. Ce sera une bataille sans fin que le virus gagnera.

Mais un problème plus important de cette stratégie est que la revaccination des personnes vaccinées (et la vaccination des personnes non vaccinées) avec un vaccin "actualisé" à base de spike (Omicron) pendant une pandémie active augmentera encore la probabilité de percées infectieuses et la pression immunitaire au niveau de la population sur la virulence virale. La raison principale en est qu'une telle vaccination augmente les quantités d'anticorps vaccinaux non neutralisants qui, comme expliqué précédemment, renforcent l'infectiosité virale (facilitent l'entrée du virus dans les cellules) et augmentent la pression immunitaire au niveau de la population, ce qui entraîne la sélection naturelle de variantes plus virulentes. En outre, la réinfection répétée et fréquente par de nouveaux variants conduit à un "épouïsment immunitaire".

Cette stratégie ne fera que perpétuer et aggraver les problèmes créés par la campagne de vaccination de masse COVID. Il faut donc s'opposer fermement à cette stratégie.



**Question 24 :** Le Dr Vanden Bossche pense que les enfants non vaccinés sont aujourd'hui mieux lotis que les enfants vaccinés. S'il a raison, est-ce également le cas des adultes en bonne santé non vaccinés par rapport aux adultes vaccinés en bonne santé ? À ce stade de la pandémie, les personnes vulnérables (les personnes âgées, les personnes immunodéprimées et les autres personnes plus vulnérables) sont-elles également mieux loties si elles ne sont pas vaccinées ou (si elles sont déjà vaccinées) si elles évitent toute nouvelle vaccination (rappels) ?

**Réponse :** Pour les raisons évoquées précédemment, il est très probable que les adultes en bonne santé non vaccinés se portent mieux que les adultes en bonne santé vaccinés. Pour les raisons expliquées dans la réponse à la question 11, les adultes vulnérables (les personnes âgées vulnérables et les autres personnes plus vulnérables) sont également mieux lotis s'ils ne sont pas vaccinés. En fin de compte, même les adultes vulnérables seront probablement mieux lotis s'ils ne sont pas vaccinés (s'ils n'ont pas été vaccinés à ce jour) ou s'ils ne reçoivent pas d'autres vaccins (s'ils ont déjà été vaccinés). C'est vrai actuellement (avec les variantes actuelles d'Omicron) et ce sera encore plus vrai lorsqu'une variante plus virulente apparaîtra. Dans un cas comme dans l'autre, même ces adultes vulnérables auront probablement intérêt à s'en remettre à leur immunité naturelle innée et à leur immunité générale normale. Dans un cas comme dans l'autre, les effets néfastes de la vaccination contre le COVID semblent l'emporter sur tout effet bénéfique présumé.

**Question 25 :** Au début de la pandémie, de nombreux médecins étaient favorables à une vaccination sélective par le COVID des personnes âgées et vulnérables, y compris les enfants et les adultes immunodéprimés, par opposition à une vaccination de masse dans tous les groupes d'âge. Étiez-vous d'accord avec cela, au début de la pandémie ? Pensez-vous que la vaccination sélective des personnes âgées et vulnérables était judicieuse au début de la pandémie ? Pensez-vous que la vaccination sélective soit judicieuse aujourd'hui ?

**Réponse :** Au début de la pandémie de COVID, il était approprié de favoriser la vaccination sélective des personnes très âgées et autrement très vulnérables, tant qu'un vaccin sûr et efficace était disponible. La vaccination d'un pourcentage relativement faible de la population n'aurait pas exercé une pression immunitaire énorme sur le virus et aurait laissé un grand pourcentage de la population capable de développer une immunité stérilisante et de contribuer à l'immunité collective (ce qui aurait protégé davantage les personnes vulnérables). Ainsi, au niveau de la population, la vaccination sélective aurait été raisonnable. Cependant, au niveau individuel, les vaccins COVID se sont révélés beaucoup moins sûrs et efficaces que prévu. Ce manque de sécurité (et d'efficacité) au niveau individuel suggère que, rétrospectivement, la vaccination sélective des personnes vulnérables n'était peut-être pas judicieuse. Encore une fois, il est difficile de tirer des conclusions sur cette question en raison de la très faible qualité de la collecte des données COVID tout au long de la pandémie.

À ce stade, avec la variante actuelle et certainement avec une future variante plus virulente, il ne serait probablement pas judicieux de vacciner sélectivement (ou de renforcer) les

personnes vulnérables - pour les raisons évoquées aux questions 11 et 24. Il s'agit toutefois d'une décision difficile. Il n'y a aucune garantie dans les deux cas.

**Question 26 :** Si la campagne de vaccination est interrompue (au moins pour les enfants et potentiellement pour les adultes), que nous reste-t-il à faire pour protéger les enfants et les adultes contre le COVID sévère - en particulier si une nouvelle variante extrêmement infectieuse et très virulente apparaît ?

**Réponse :** Il existe plusieurs actions proactives et protectrices que nous pouvons et devons prendre :

- Il est possible de fournir aux parents, aux enfants et au public en général une information complète, précise, scientifiquement fondée, compréhensible et démystifiante sur le COVID.  
-notamment en ce qui concerne la vaccination COVID. Jusqu'à présent, cela n'a pas été fait de manière adéquate, mais cela peut être corrigé.
- Un bon exercice, une bonne alimentation (y compris les nutraceutiques qui soutiennent le système immunitaire), de l'air frais, du soleil et une bonne santé émotionnelle (y compris la réduction de la peur, du mystère, de la confusion, de la dissonance cognitive et de l'anxiété liés au COVID) contribueront à optimiser le système immunitaire des personnes, en particulier leur système immunitaire inné.
- Pour les personnes infectées, un diagnostic précoce (et précis) en ambulatoire (avec divulgation des valeurs Ct de la PCR et vérification du COVID par séquençage génomique) et un traitement précoce en ambulatoire avec des thérapies antivirales sûres permettront d'éviter l'aggravation de la maladie.
- Pour ceux qui développent une réaction hyperimmune/hyperinflammatoire (généralement au cours des deuxième et troisième semaines de la maladie, mais peut-être plus tôt avec de nouvelles variantes plus virulentes), une immunosuppression rapide et agressive sera d'une importance capitale.
- Lorsqu'une variante hautement infectieuse et hautement virulente apparaît, en particulier dans des communautés/pays/populations fortement vaccinées, il peut être nécessaire de traiter pratiquement toutes les personnes infectées par un traitement antiviral sûr et rapide, peut-être pendant plusieurs semaines, afin de réduire considérablement la pression infectieuse virale dans ces populations/communautés et d'interrompre le cercle vicieux d'une pression infectieuse élevée entraînant une pression immunitaire accrue sur le cycle de vie viral et, par conséquent, une fuite immunitaire.
- Lorsqu'une variante hautement infectieuse et très virulente apparaît, en particulier dans des communautés/pays/populations hautement vaccinées, il peut être nécessaire d'envisager de déplacer les personnes âgées (en particulier celles qui sont les plus vulnérables) des maisons de repos/de retraite vers des habitations individuelles, dans la mesure où cela est possible/pratique.
- Nous devons promouvoir un dialogue respectueux, sain et scientifique - en particulier



entre les professionnels de la santé, mais aussi entre les citoyens - un dialogue et une éducation démystifiante qui permettront de mieux comprendre la situation du COVID, de créer un consensus, de rassembler les gens et de les unir dans des efforts positifs et constructifs pour faire ce qui est nécessaire pour préserver des vies et mettre fin à cette pandémie.

**Question 27 :** Y a-t-il autre chose que vous aimeriez souligner ?

**Réponse :** Le problème auquel nous sommes actuellement confrontés - l'apparition continue d'une succession de nouvelles variantes du SC-2 qui sont devenues de plus en plus infectieuses et deviendront presque certainement bientôt d'une virulence dévastatrice, en particulier pour les personnes vaccinées - est profondément, voire catastrophiquement, grave. Ce problème a été créé par une campagne de vaccination de masse mal conçue et mal orientée contre le COVID. Cette campagne de vaccination de masse doit être arrêtée et faire l'objet d'une réévaluation approfondie. Nous devons maintenant nous préparer à mettre l'accent sur la thérapie antivirale, en utilisant les agents antiviraux présentant le meilleur rapport bénéfique/risque connu.

Il est important que les parents, les citoyens, les médecins et les responsables des soins de santé apprécient la grande complexité de la situation du COVID. Les interprétations simplistes - lorsqu'elles ne sont pas fondées sur une appréciation profonde des complexités de l'immunologie, de la virologie, de la vaccinologie, de la biologie évolutive et de l'épidémiologie - sont potentiellement dangereuses et doivent être évitées. Par exemple, l'affirmation simpliste et trompeuse selon laquelle les vaccins sont "extrêmement sûrs et très efficaces ; faites-vous vacciner ! C'est votre responsabilité sociale ; notre patience a des limites" est scientifiquement incorrecte, dangereuse, source de division et d'abus.

Il est d'une importance capitale que les scientifiques et les médecins qui ont été responsables du récit dominant du COVID et de ses politiques s'engagent dans un dialogue scientifique respectueux et sain avec les scientifiques et les médecins qui ont contesté le récit dominant et ses politiques. Jusqu'à présent, ce dialogue a été très limité, malgré les appels du Dr Vanden Bossche et d'autres personnes en faveur d'un tel dialogue. Cela doit changer. Si le Dr Vanden Bossche a tort dans sa compréhension et ses préoccupations, cela doit être établi par un dialogue scientifique approfondi. Si les promoteurs du récit dominant sur le COVID ont eu tort, notamment en ce qui concerne leur campagne de vaccination contre le COVID, cela doit être établi par un dialogue scientifique approfondi.

Les effets néfastes de la campagne de vaccination de masse COVID sur la biologie évolutive du virus SC-2 (prédominance de variantes plus infectieuses et plus mortelles) constituent une raison majeure et suffisante, à elle seule, pour laquelle les enfants ne devraient pas être vaccinés et pour laquelle l'ensemble de la campagne de vaccination devrait être réévaluée et arrêtée. À cette raison s'ajoutent les nombreux effets indésirables des vaccins sur les individus - y compris les effets néfastes de la vaccination sur le système immunitaire inné en développement d'un jeune enfant. Ces effets secondaires, sur les individus, sont également une raison suffisante, à eux seuls, pour ne pas vacciner les enfants et réévaluer l'ensemble de la campagne de vaccination.

Je tiens à souligner à nouveau que je préférerais de loin que les questions soulevées dans cet article trouvent une réponse auprès d'un panel représentatif de médecins et de scientifiques possédant une expertise exemplaire en immunologie, virologie, vaccinologie, biologie de

l'évolution et épidémiologie, qui s'engageraient dans un dialogue scientifique respectueux sur ces questions par vidéo-archivage.

Les médecins, dont je fais partie, ont besoin de cette aide et la méritent. Les parents et les médecins pourraient alors voir et écouter ce dialogue et décider quelles explications sont les plus sensées et quelles recommandations semblent les plus sages.

Il est important de ne pas opposer les "vaccinés" et les "non-vaccinés". Il ne s'agit pas d'une "pandémie de personnes non vaccinées" et il n'est pas utile de la considérer comme une "pandémie de personnes vaccinées". Il s'agit d'une pandémie qui a été prolongée et aggravée par une campagne de vaccination de masse malavisée contre le COVID. Les citoyens vaccinés et non vaccinés doivent travailler ensemble avec gentillesse et sensibilité pour corriger les nombreuses erreurs commises dans la gestion de cette pandémie.

Enfin, je voudrais souligner que les parents et les grands-parents peuvent jouer un rôle central et puissant pour contester et inverser la campagne malavisée de vaccination des enfants contre le COVID. En fait, la protection des enfants contre les effets néfastes (tant au niveau de la population qu'au niveau individuel) de la campagne de vaccination contre le COVID dépendra probablement des devoirs et du plaidoyer réfléchi des parents et des grands-parents, puisque le CDC, la FDA, les sociétés pharmaceutiques, le NIH, l'OMS, l'AAP (American Academy of Pediatrics), les médias conventionnels (CNN, par exemple) et les médecins qui acquiescent silencieusement n'ont pas réussi à assurer cette protection.

#### **DES QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES QUE LES MÉDECINS POURRAIENT VOULOIR SE POSER OU POSER À LEURS SPÉCIALISTES DES MALADIES INFECTIEUSES/VACCINOLOGUES DE CONFIANCE :**

**Question 28 :** Les anticorps vaccinaux spécifiques du pic pénètrent-ils dans le compartiment muqueux et aident-ils à combattre l'infection dans les voies respiratoires supérieures (VRS) ou inférieures (VRI) ? Ou bien ces anticorps vaccinaux restent-ils dans le compartiment systémique, ou n'agissent-ils qu'au sein de celui-ci ? En d'autres termes, les anticorps vaccinaux sont-ils capables de traverser les parois de la microvasculature des voies respiratoires supérieures ou des voies respiratoires inférieures (ou de pénétrer dans les tissus muqueux des voies respiratoires supérieures et/ou des voies respiratoires inférieures) et, dans l'affirmative, cela se produit-il dans une mesure qui entraîne une réduction substantielle de l'infection et de la maladie dans les voies respiratoires supérieures et/ou les voies respiratoires inférieures ?

**Question 29 :** Les vaccins COVID entraînent-ils la production d'IgA sécrétaires au niveau des muqueuses ? Les vaccins COVID entraînent-ils la production d'anticorps IgA systémiques spécifiques de l'épi et, dans l'affirmative, ces anticorps IgA passent-ils dans le TLR ou le TRU ?

**Question 30 :** Nous avons beaucoup entendu parler de l'ADE (Antibody Dependent Enhancement). Comment comprendre au mieux ce que l'on entend (ou devrait entendre et

comprendre) par ce terme ? S'agit-il d'un phénomène unique, ou d'un terme générique qui fait référence, ou peut impliquer, un certain nombre de mécanismes immunologiques différents qui entraînent une entrée accrue du virus dans les cellules (quelles cellules ?) et/ou une augmentation de la gravité de la maladie ? Quelle est la compréhension et l'utilisation privilégiées du terme

"ADE" ? Dans quelle mesure l'EIM s'est-elle produite dans la pandémie de COVID ? Dans quelle mesure est-il susceptible de devenir un problème à l'avenir ?

**Question 31 :** Pourquoi a-t-il été si difficile de mettre au point un vaccin efficace et sûr contre les virus respiratoires en général, comme le VRS, les coronavirus ordinaires et d'autres virus du rhume ? Pourquoi les scientifiques ont-ils pu développer des vaccins sûrs et efficaces contre les maladies infantiles habituelles mais pas contre ces autres virus ? Est-il plus facile de développer des vaccins contre des virus qui menacent principalement le compartiment systémique ? Si oui, pourquoi ? Y a-t-il d'autres raisons pour lesquelles il est difficile de développer des vaccins contre les virus respiratoires ? Est-il difficile et/ou dangereux de développer un vaccin COVID qui se concentrerait sur l'immunité des muqueuses - par exemple, un vaccin COVID qui serait administré par voie nasale ou orale ?

**Question 32 :** Quelles difficultés ont été rencontrées avec le vaccin contre le VRS, et pourquoi ? Le vaccin contre le VRS a-t-il fonctionné ? A quel point était-il dangereux ? De même, quels problèmes ont été rencontrés avec le vaccin contre Ebola et avec la vaccination contre la dengue ? **Dans quelle mesure ces expériences sont-elles pertinentes pour la vaccination COVID ?**

**Question 33 :** Le Dr Vanden Bossche a suggéré que la campagne de vaccination de masse COVID a transformé le globe en un terrain propice à des pandémies de plus en plus infectieuses (pandémies de variole du singe, de grippe aviaire, de VRS, ainsi qu'une nouvelle pandémie d'une variante SC-2 plus virulente). Voir le lien suivant : <https://www.trialsitenews.com/a/immuno-epidemiologic-ramifications-of-the-c-19-mass-vaccination-experiment-individual-and-global-health-consequences.-1935ddcf>

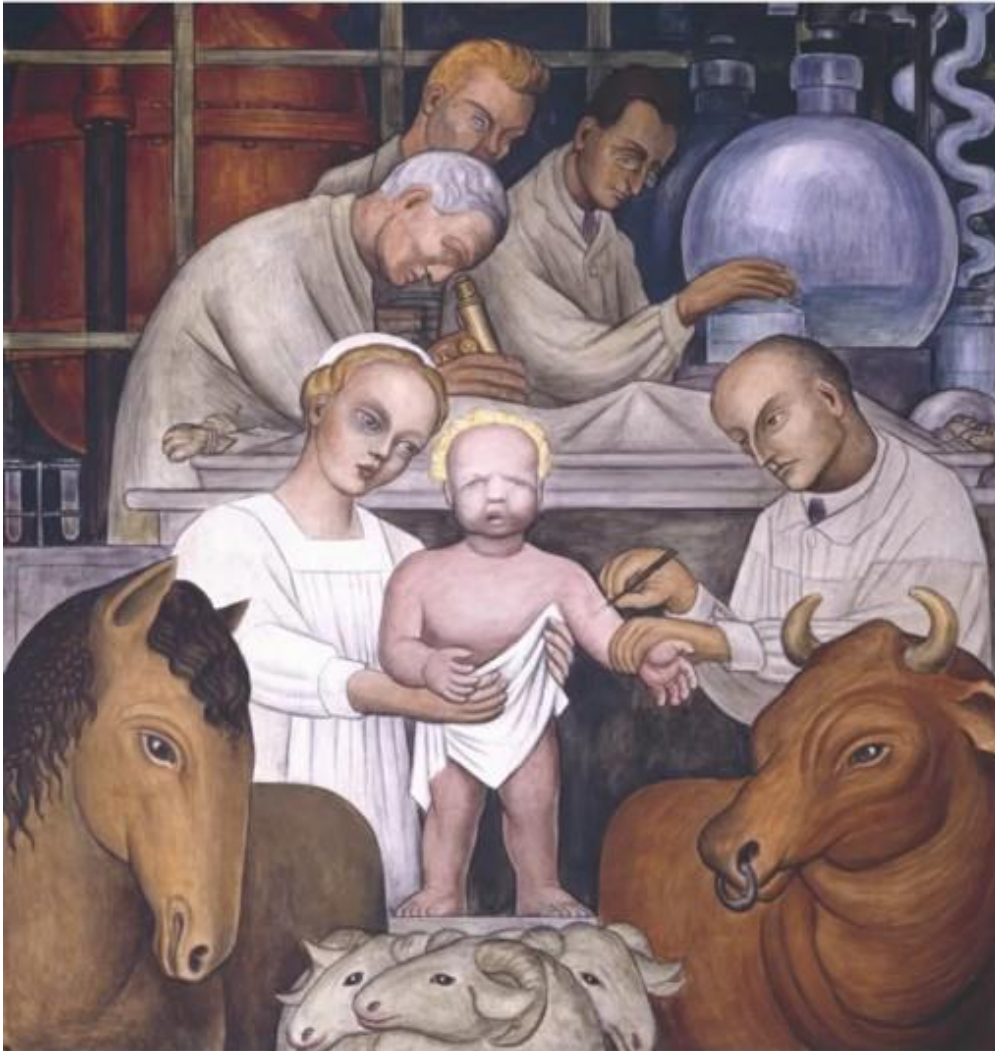
Est-ce vrai et, si oui, comment et pourquoi cela se produit-il ?

**Question 34 :** Selon le Dr Vanden Bossche, les anticorps vaccinaux de COVID "supplacent" les anticorps innés pour les sites de liaison du virus SC-2, et les anticorps vaccinaux interfèrent ainsi avec l'interaction normale entre les anticorps innés et le virus SC-2. Il poursuit en disant que cette interférence avec l'interaction normale avec le virus SC-2 affecte négativement l'éducation globale du système immunitaire inné, en ce qui concerne la reconnaissance et la neutralisation des virus en général et la distinction entre "non-soi" et "soi". Est-ce vraiment vrai ?

Comment/pourquoi l'interférence avec l'interaction des anticorps innés avec un virus spécifique (SC-2 dans ce cas) interférerait-elle avec l'éducation globale du système immunitaire inné, concernant la façon de traiter les autres virus ? Il est logique qu'une telle interférence puisse avoir un effet négatif sur l'éducation du système immunitaire inné concernant SC-2,

mais pourquoi cela affecterait-il également l'éducation globale du système immunitaire inné concernant la reconnaissance et la neutralisation des virus en général et la distinction entre le "non-soi" et le "soi" ?

## AFTERWORD :



Le tableau ci-dessus, peint en 1932 (une grande fresque sur le mur nord du Detroit Institute of Arts) par le grand muraliste mexicain Diego Rivera, a été controversé parce que certains membres de la foi chrétienne le considéraient comme un sacrilège. Ils pensaient que Rivera se moquait de la scène de la Nativité - l'enfant représentant l'enfant Jésus, la mère (ou la nourrice) étant Marie, le médecin étant Joseph, les animaux représentant les animaux de l'étable, et les trois scientifiques à l'arrière-plan représentant les trois sages.

Les partisans de la peinture (qui étaient en général des citoyens de Détroit plus progressistes, à l'esprit plus libéral) pensaient que Rivera honorait de manière appropriée les merveilles de la technologie médicale - dans ce cas précis, le potentiel des vaccins pour sauver l'humanité de maladies mortelles.

Les chrétiens offensés voulaient que la fresque soit détruite ; les partisans de Rivera insistaient pour qu'elle soit sauvée.

Bien que Rivera ait lui-même déclaré qu'il ne faisait qu'honorer la technologie médicale, il est



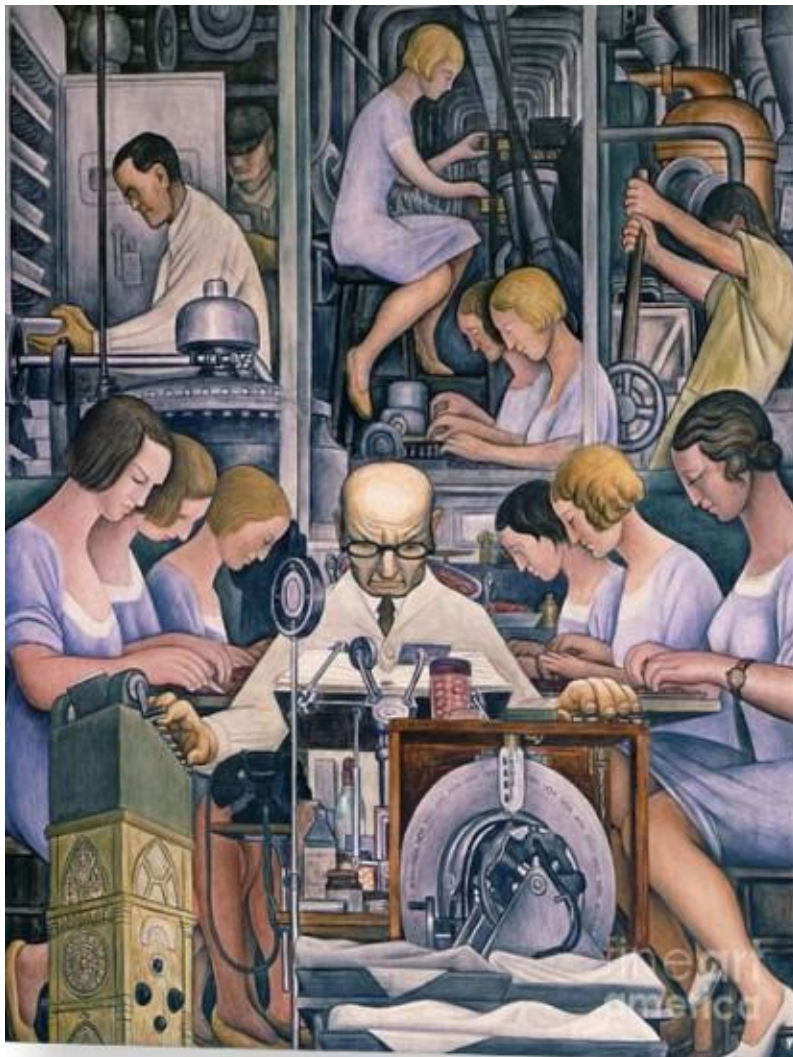
possible qu'il ait subrepticement, ou inconsciemment et sans le savoir, lancé un avertissement...

que les humains doivent rester humbles et ne pas tomber dans le piège hubristique de penser que leurs découvertes médicales, et les découvreurs eux-mêmes, représentent les nouveaux "sauveurs" divins de l'humanité. À cet égard, il est intéressant de noter que les cinq adultes du tableau semblent tout à fait satisfaits et convaincus de faire ce qu'il faut, alors que seul le jeune enfant semble avoir des doutes.

D'ailleurs, bien que Rivera ait dit avoir modelé l'enfant d'après le bébé Lindbergh (qui avait des cheveux blonds bouclés), l'apparence du visage de l'enfant ressemble à celle de Rivera.

Rivera a probablement choisi de placer les animaux de ferme au premier plan pour deux raisons : ils représentent les animaux utilisés dans les premiers développements des vaccins (par exemple, les vaccins dérivés de la variole de la vache, de la variole du cheval et du mouton), et ils représentent les animaux de ferme dans la scène de la nativité.

La fresque n'a pas été détruite. Quarante-vingt-dix ans plus tard, cette fresque est toujours visible sur le mur nord du Detroit Institute of Arts, où elle continue de susciter des réflexions sur la vaccination.



Ci-dessus, une autre fresque de Rivera (1932) se trouve au Detroit Institute of Arts. Elle est basée sur la visite par Rivera de l'usine pharmaceutique Parke-Davis à Détroit en 1932 et on pense qu'elle représente un hommage à l'industrie pharmaceutique. Il est toutefois concevable que Rivera ait voulu (intentionnellement ou non), du moins en partie, transmettre un avertissement - sur la possibilité de devenir trop borné, trop confiant et trop incondtionnel des merveilles de l'industrie pharmaceutique et de ses nouveaux produits. On ne sait pas si le monsieur au premier plan saisit des données scientifiques ou s'il additionne des bénéfices.

Parke-Davis a d'ailleurs été racheté par Warner-Lambert en 1974 et Warner-Lambert est aujourd'hui une filiale de Pfizer Inc, qui a acquis Warner-Lambert en 2000.

**Les parents et les médecins pourraient vouloir en tenir compte** : En 2021, Pfizer a réalisé près de 37 milliards de dollars de ventes avec son vaccin COVID. Le chiffre d'affaires global de Pfizer en 2021 a doublé pour atteindre 81,3 milliards de dollars. Pfizer prévoit des revenus records de 98 à 102 milliards de dollars en 2022. En 2009, Pfizer a été condamnée à payer 2,3 milliards de dollars pour avoir fait la promotion illégale de quatre de ses médicaments et fait de fausses déclarations à leur sujet. Il s'agit du plus important règlement de fraude dans le domaine de la santé de l'histoire,

En 2004, Pfizer a plaidé coupable de deux violations de la FDA (commises par la société pharmaceutique Warner-Lambert avant son rachat par Pfizer) et a versé 430 millions de dollars dans le cadre d'un règlement du ministère de la justice (DOJ) - pour avoir illégalement commercialisé le médicament Neurontin à des fins non approuvées, "même lorsque des études scientifiques avaient montré qu'il n'était pas efficace" à ces fins. Il a été conclu que la société avait manipulé des données et avait présenté de manière inexacte ou supprimé des résultats négatifs concernant l'efficacité du médicament.

En 2021, des avocats préoccupés par l'innocuité et l'efficacité réelle du vaccin COVID de Pfizer ont déposé une demande en vertu de la loi sur la liberté de l'information (FOIA) afin d'exiger de la FDA (Federal Drug Administration) qu'elle publie toutes les données (un total de 451 000 pages obtenues de Pfizer) sur lesquelles la FDA s'est fondée pour autoriser le vaccin COVID de Pfizer. En réponse à cette demande de FOIA, la FDA a demandé à un juge fédéral l'autorisation de faire attendre le public jusqu'en 2096 (75 ans) avant que l'ensemble de ces 451 000 pages ne soit divulgué. La FDA était disposée à ne pas divulguer plus de 500 pages par mois (500 x 12 mois x 75 ans = 450 000 pages).

En janvier 2022, un juge de district américain a ordonné à la FDA de produire au moins 55 000 pages par mois, ce qui signifie que la totalité des 451 000 pages serait publiée sur une période de 8,2 mois, plutôt que 75 ans.

Le juge de district américain a peut-être été influencé par le fait que, après que les avocats ont déposé leur demande de FOIA en 2021, un rapport confidentiel préparé par Pfizer "à usage interne uniquement" a finalement été rendu public (en octobre 2021) : Le titre de ce rapport confidentiel était : ANALYSE CUMULATIVE DES RAPPORTS D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES POST-

AUTORISATION DU PF-07302048 (BNT162B2)

REÇUS JUSQU'AU 28 FÉVRIER 2021. [5.3.6 Analyse cumulative des rapports d'événements indésirables post-autorisation du PF-07302048 \(BNT162B2\) reçus jusqu'au 28 février 2021 : Worldwide Safety Pfizer : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive](#)

Ce qui précède est un rapport sur le nombre de décès et d'autres événements indésirables qui ont été spontanément et volontairement signalés à Pfizer au cours des trois premiers mois après la mise à disposition de leur vaccin COVID. Les vaccins ont été initialement expédiés dans le monde entier le 1er décembre 2020. En cumulé, du 1er décembre 2020 au 28 février 2021 (3 mois), il y a eu un total de 42 086 déclarations de cas de personnes ayant subi des effets indésirables associés à leur vaccination (25 379 confirmés médicalement et 16 707 non confirmés médicalement). Ces personnes ont signalé un total de 158 893 événements. La plupart des cas (34 762) ont été reçus des États-Unis (13 739), du Royaume-Uni (13 404), de l'Italie (2 578) et de l'Allemagne (1913), France (1506), Portugal (866) et Espagne (756) ; les 7 324 restants ont été répartis entre 56 autres pays.

Malheureusement, nous ne savons pas combien de personnes au total avaient été vaccinées au 28 février 2021. (Cette information est apparemment expurgée).

Du 1er décembre 2020 au 28 février 2021, 1223 déclarations spontanées de décès chez des personnes vaccinées ont été enregistrées. Aucune donnée n'a cependant été fournie quant à la répartition par âge de ces 1223 personnes. Sur les 42 086 cas totaux de personnes présentant des effets indésirables, 76,4 % des cas étaient connus comme ayant moins de 65 ans, 23,6 % étaient connus comme ayant plus de 65 ans, la plupart (39 %) étaient dans la tranche d'âge 31-50 ans. Donc, en général, les cas signalés ne concernaient pas principalement les personnes âgées.

Malgré les 1223 rapports de décès associés au vaccin, Pfizer a conclu que : "Les données ne révèlent pas de nouveaux problèmes de sécurité ou de risques nécessitant des modifications d'étiquetage et soutiennent un profil bénéfice-risque favorable du vaccin BNT162b2."

Leur rapport n'a fourni aucune information détaillée sur les 1223 décès. Il ne précise pas si ces 1223 décès ont fait l'objet d'une enquête pour obtenir plus de détails. Le rapport ne fournit aucun détail sur la répartition par âge des 1223 décès, ni sur la détermination du nombre de ces décès pouvant être attribués de manière convaincante au vaccin comme cause de la mort (par opposition à la mort sans lien avec la vaccination). Aucun détail n'a été fourni sur le moment où les décès sont survenus par rapport à la date de la vaccination. Aucune information n'a été fournie quant à la présence, l'absence ou la nature des comorbidités chez les personnes décédées. Aucune information n'a été rapportée quant à la cause principale du décès des personnes décédées. Le rapport ne mentionnait pas que Pfizer prévoyait de recueillir d'autres détails, comme ceux qui viennent d'être mentionnés, ou que la FDA lui avait demandé de communiquer ces détails. Apparemment, ni la FDA ni Pfizer n'étaient intéressés à connaître ces détails. Le seul plan de Pfizer était de continuer à enregistrer les événements indésirables signalés spontanément.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, aucune donnée n'a été fournie concernant le nombre total de personnes qui avaient été vaccinées au 28 février 2021. Autrement dit, nous n'avons aucune idée du dénominateur des 1223 décès déclarés. De plus, étant donné que ces

données dépendent de la déclaration spontanée (par opposition à la déclaration obligatoire), nous n'avons aucune idée si ce nombre de 1223 représente 100 % des personnes décédées en lien avec la vaccination, ou seulement 1 % des décès réels associés à la vaccination, ou quelque chose entre les deux. Le rapport ne fait état d'aucun projet

pour déterminer le dénominateur ou la mesure dans laquelle les 1223 décès représentent un nombre sous-estimé. Le rapport ne mentionnait pas la nécessité de passer à un système de déclaration obligatoire. Apparemment, ni la FDA ni Pfizer n'étaient intéressés par ces détails.

On aurait pu penser que le signalement de 1 223 décès dans les deux ou trois premiers mois suivant le lancement du vaccin aurait suscité l'alarme et incité à passer à la déclaration obligatoire (y compris la déclaration rétrospective, et pas seulement la déclaration prospective), à mener une enquête plus approfondie et détaillée sur tous les décès signalés, à déterminer le dénominateur (le nombre total de personnes vaccinées) et à interrompre au moins temporairement la campagne de vaccination de masse, jusqu'à ce que les détails susmentionnés puissent être recueillis et analysés. Mais ni la FDA ni Pfizer n'ont vu de raison de s'inquiéter, ni de raison d'arrêter même temporairement la campagne, ni de raison de recueillir d'autres détails sur les personnes décédées, ni de raison de déterminer dans quelle mesure les 1223 représentent une sous-déclaration de la réalité. Apparemment, ni la FDA ni Pfizer ne se sont intéressés à ces détails.

Deux ans et demi après le lancement du vaccin, le nombre total officiel de décès et de blessures liés à la vaccination (au 3 avril 2022, selon la base de données EudraVigilance, le Yellow Card Scheme de la MHRA et la base de données VAERS - respectivement dans l'UE, au Royaume-Uni et aux États-Unis) est le suivant : 69 053 décès liés à la vaccination et 10 997 085 blessures liées à la vaccination.

Historiquement, il semble que les décès liés à la vaccination soient sous-déclarés - avec peut-être seulement 3 à 10 % de décès déclarés. Si les 69 053 décès déclarés ne représentent que 3 à 10 % du nombre réel de décès, cela signifie que le nombre réel se situe entre 2 301 766 et 690 530.

Malgré les données ci-dessus, Pfizer, la FDA, le CDC, le NIH, l'OMS et les médias conventionnels n'ont vu aucune raison de s'inquiéter, aucun besoin de communiquer ce "rapport confidentiel" au public, aucun besoin même de recueillir des informations détaillées précises (rétrospectivement ou prospectivement). Ces informations ne seraient même pas disponibles aujourd'hui, s'il n'y avait pas eu la demande de FOIA.

Les antécédents de l'entreprise pharmaceutique Pfizer (et de la FDA) évoquent la possibilité que Diego Rivera ait pu envoyer des avertissements prémonitoires avec les deux fresques qu'il a peintes pour le Detroit Institute of Arts, il y a 90 ans.

**REMERCIEMENTS** : Je tiens à souligner l'énorme contribution du Dr Geert Vanden Bossche à la compréhension globale de la situation du COVID. Une grande partie de ma compréhension personnelle de la situation du COVID est basée sur ses connaissances scientifiques approfondies. Je tiens à le remercier pour sa révision de ce document et ses commentaires utiles à son sujet.