

## 57 scientifiques et médecins demandent l'arrêt immédiat de toutes les « vaccinations » Covid-19



[Source : FranceSoir]

Auteur(s): FranceSoir

Un groupe de 57 scientifiques, médecins et experts politiques de premier plan a publié un rapport appelant à remettre en question la sécurité et l'efficacité des « vaccins » COVID-19 actuels et réclame maintenant la fin immédiate de tous les programmes de vaccination – parmi eux la généticienne Alexandra Henrion-Caude.

Les thérapies utilisées appelés « vaccins » ne répondent pas à la définition du mot vaccin et il serait plus approprié de les nommer thérapies géniques ou thérapies à vecteurs vaccinaux.

Il existe deux certitudes concernant la distribution mondiale de ces thérapies Covid-19 :

- La première est que les gouvernements et la grande majorité des médias grand public mettent toutes leurs forces pour que ces médicaments expérimentaux s'adressent au plus grand nombre de personnes possible.
- La deuxième est que ceux qui sont prêts à affronter le mépris qui accompagne le fait de poser des questions sérieuses sur les vaccins sont des acteurs essentiels dans nos efforts continus pour répandre la vérité.

Vous pouvez lire ce manuscrit en pré-impression ci-dessous. Il a été préparé par près de soixante médecins, scientifiques et experts en politiques publiques du monde entier pour être envoyé de toute urgence aux dirigeants mondiaux ainsi qu'à tous ceux qui sont associés à la production et à la distribution des différents vaccins Covid-19 en circulation.

Il y a encore beaucoup trop de questions sans réponse concernant l'innocuité, l'efficacité et la nécessité de ces thérapies Covid-19.

Cette étude est une bombe qui devrait être lue par tout le monde, quel que soit son point de vue sur les thérapies géniques ou vaccins. Il n'y a pas assez de citoyens qui posent des questions. La plupart des gens suivent simplement les ordres des gouvernements mondiaux, comme s'ils avaient gagné notre entière confiance. Ce n'est pas le cas. Ce manuscrit est un pas en avant en termes de responsabilité et de libre circulation de l'information

sur ce sujet crucial. Veuillez prendre le temps de le lire et de le partager largement.

---

## Vaccination de masse contre le SRAS-CoV-2: questions urgentes sur la sécurité des vaccins qui exigent des réponses des agences internationales de santé, des autorités réglementaires, des gouvernements et des développeurs de vaccins

Auteurs : Roxana Bruno 1 , Peter McCullough 2 , Teresa Forcades i Vila 3 , Alexandra Henrion-Caude 4 , Teresa García-Gasca 5 , Galina P. Zaitzeva 6 , Sally Priester 7 , María J. Martínez Albarracín 8 , Alejandro Sousa-Escandon 9 , Fernando López Mirones 10 , Bartomeu Payeras Cifre 11 , Almudena Zaragoza Velilla 10 , Leopoldo M. Borini 1 , Mario Mas 1 , Ramiro Salazar 1 , Edgardo Schinder 1 , Eduardo A Yahbes 1 , Marcela Witt 1 , Mariana Salmeron 1 , Patricia Fernández 1 , Miriam M. Marchesini 1 , Alberto J. Kajihara 1 , Marisol V. de la Riva 1 , Patricia J. Chimeno 1 , Paola A. Grellet 1 , Matelda Lisdero 1 , Pamela Mas 1 , Abelardo J. Gatica Baudo 12 , Elisabeth Retamoza 12 , Oscar Botta 13 , Chinda C. Brandolino 13 , Javier Sciuto 14 , Mario Cabrera Avivar 14 , Mauricio Castillo 15 , Patricio Villarroel 15 , Emilia P. Poblete Rojas 15 , Bárbara Aguayo 15 , Dan I. Macías Flores 15 , Jose V. Rossell 16 , Julio C. Sarmiento 17 , Victor Andrade-Sotomayor 17 , Wilfredo R. Stokes Baltazar 18 , Virna Cedeño Escobar 19 , Ulises Arrúa 20 , Atilio Farina del Río 21 , Tatiana Campos Esquivel 22 , Patricia Callisperis 23 , María Eugenia Barrientos 24 , Karina Acevedo-Whitehouse 5 ,

### Résumé

Depuis le début de l'épidémie de COVID-19, la course au test de nouvelles plates-formes conçues pour conférer une immunité contre le SRAS-CoV-2, a été endémique et sans précédent, conduisant à l'autorisation d'urgence de divers vaccins. Malgré les progrès de la polychimiothérapie précoce pour les patients atteints de COVID-19, le mandat actuel est de vacciner la population mondiale le plus rapidement possible. Le manque de tests approfondis sur les animaux avant les essais cliniques et l'autorisation basée sur les données de sécurité générées lors des essais qui ont duré moins de 3,5 mois, soulèvent des questions concernant la sécurité de ces vaccins. Le rôle récemment identifié du pic de glycoprotéine du SRAS-CoV-2 qui peut induire des

lésions endothéliales caractéristiques du COVID-19, même en l'absence d'infection, est extrêmement pertinent étant donné que la plupart des vaccins autorisés induisent la production de glycoprotéine Spike chez les receveurs. Compte tenu du taux élevé d'occurrence des effets indésirables et du large éventail de types d'effets indésirables signalés à ce jour, ainsi que du potentiel d'amélioration de la maladie due au vaccin, de l'immunopathologie Th2, de l'auto-immunité et de l'évasion immunitaire, il y a la nécessité d'une meilleure compréhension des bénéfices et des risques de la vaccination de masse, en particulier dans les groupes exclus des essais cliniques. Malgré les appels à la prudence, les risques de vaccination contre le SRAS-CoV-2 ont été minimisés ou ignorés par les organisations de santé et les autorités gouvernementales. Nous appelons à la nécessité d'un dialogue pluraliste dans le cadre des politiques de santé.

## Introduction

Depuis que la déclaration de la pandémie Covid-19 en mars 2020, plus de 150 millions de cas et 3 millions de décès ont été rapportés dans le monde. Malgré les progrès de la polychimiothérapie ambulatoire précoce pour les patients à haut risque, entraînant une réduction de 85% des hospitalisations et des décès liés au COVID-19 [1], le paradigme actuel de contrôle est la vaccination de masse. Bien que nous reconnaissons l'effort impliqué dans le développement, la production et l'autorisation d'urgence des vaccins contre le SRAS-CoV-2, nous sommes préoccupés par le fait que les risques ont été minimisés ou ignorés par les organisations de santé et les autorités gouvernementales, malgré les appels à la prudence [2-8].

Les vaccins contre d'autres coronavirus n'ont jamais été approuvés pour l'homme, et les données générées dans le développement de vaccins contre les coronavirus conçus pour susciter des anticorps neutralisants montrent qu'ils peuvent aggraver la maladie COVID-19 via une amélioration dépendante des anticorps (ADE) et l'immunopathologie Th2, quel que soit le vaccin. plateforme et méthode de livraison [9-11]. On sait que l'augmentation de la maladie d'origine vaccinale chez les animaux vaccinés contre le SRAS-CoV et le MERS-CoV se produit à la suite d'une provocation virale et a été attribuée à des complexes immuns et à la capture virale médiée par Fc par les macrophages, qui augmentent l'activation et l'inflammation des lymphocytes T [11 -13].

En mars 2020, des immunologistes vaccinaux et des experts en coronavirus ont évalué les risques du vaccin contre le SRAS-CoV-2 sur la base d'essais de vaccins contre le SRAS-CoV sur des modèles animaux. Le groupe d'experts a conclu que l'EIM et l'immunopathologie constituaient une réelle préoccupation, mais a déclaré que leur risque était insuffisant pour retarder les essais cliniques, même si une surveillance continue serait nécessaire [14]. Bien qu'il n'y ait aucune preuve claire de la survenue d'EIM et d'immunopathologie liée au vaccin chez des volontaires immunisés avec des vaccins contre le SRAS-CoV-2 [15], les essais de sécurité à ce jour n'ont pas

spécifiquement abordé ces effets indésirables graves (EIG). Étant donné que le suivi des volontaires n'a pas dépassé 2-3,5 mois après la deuxième dose [16-19], il est peu probable qu'un tel EIG ait été observé. Malgré 92 erreurs de déclaration, on ne peut ignorer que même en tenant compte du nombre de vaccins administrés, selon le système américain de notification des effets indésirables des vaccins (VAERS), le nombre de décès par million de doses de vaccin administrées a été multiplié par plus de 10. Nous pensons qu'il y a un besoin urgent d'un dialogue scientifique ouvert sur la sécurité des vaccins dans le contexte de la vaccination à grande échelle.

Dans cet article, nous décrivons certains des risques de la vaccination de masse dans le contexte des critères d'exclusion des essais de phase 3 et discutons de l'ESG rapporté dans les systèmes nationaux et régionaux d'enregistrement des effets indésirables. Nous soulignons les questions sans réponse et attirons l'attention sur la nécessité d'une approche plus prudente de la vaccination de masse. Nous pensons qu'il y a un besoin urgent d'un dialogue scientifique ouvert sur la sécurité des vaccins dans le contexte de la vaccination à grande échelle. Dans cet article, nous décrivons certains des risques de la vaccination de masse dans le contexte des critères d'exclusion des essais de phase 3 et discutons de l'ESG rapporté dans les systèmes nationaux et régionaux d'enregistrement des effets indésirables. Nous soulignons les questions sans réponse et attirons l'attention sur la nécessité d'une approche plus prudente de la vaccination de masse. Nous pensons qu'il y a un besoin urgent d'un dialogue scientifique ouvert sur la sécurité des vaccins dans le contexte de la vaccination à grande échelle. Dans cet article, nous décrivons certains des risques de la vaccination de masse dans le contexte des critères d'exclusion des essais de phase 3 et discutons de l'ESG rapporté dans les systèmes nationaux et régionaux d'enregistrement des effets indésirables. Nous soulignons les questions sans réponse et attirons l'attention sur la nécessité d'une approche plus prudente de la vaccination de masse.

## Critères d'exclusion de l'essai de phase 3 du SRAS-CoV-2

À quelques exceptions près, les essais vaccinaux contre le SRAS-CoV-2 ont exclu les personnes âgées [16-19], ce qui a rendu impossible l'identification de la survenue d'une éosinophilie post-vaccination et d'une inflammation accrue chez les personnes âgées. Des études sur les vaccins contre le SRAS-CoV ont montré que les souris âgées immunisées couraient un risque particulièrement élevé d'immunopathologie Th2 potentiellement mortelle [9,20]. Malgré ces preuves et les données extrêmement limitées sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins contre le SRAS-CoV-2 chez les personnes âgées, les campagnes de vaccination de masse se sont concentrées dès le début sur cette tranche d'âge. La plupart des essais ont également exclu les volontaires enceintes et allaitantes, ainsi que celles souffrant d'affections chroniques et graves telles que la tuberculose, l'hépatite C, l'auto-immunité, les coagulopathies, le cancer et l'immunosuppression [16-29], bien que ces receveurs se voient désormais proposer le vaccin sous

la prémisses de la sécurité.

Un autre critère d'exclusion de presque tous les essais était l'exposition antérieure au SRAS-CoV-2. Ceci est regrettable car cela a nié la possibilité d'obtenir des informations extrêmement pertinentes concernant les effets indésirables post-vaccinaux chez les personnes qui ont déjà des anticorps anti-SRAS-Cov-2. Au meilleur de nos connaissances, les EAD ne sont pas systématiquement surveillées pour tout âge ou groupe de conditions médicales actuellement administré le vaccin. De plus, malgré une proportion substantielle de la population ayant déjà des anticorps [21], des tests pour déterminer le statut des anticorps anti-SRAS-CoV-2 avant l'administration du vaccin ne sont pas effectués en routine.

## Les effets indésirables graves des vaccins contre le SRAS-CoV-2 passeront-ils inaperçus?

Le COVID-19 englobe un large spectre clinique, allant de la pathologie pulmonaire très légère à sévère et de la maladie multi-organique mortelle avec dérégulation inflammatoire, cardiovasculaire et de la coagulation sanguine [22-24]. En ce sens, les cas d'EIM ou d'immunopathologie liés au vaccin seraient cliniquement indiscernables d'un COVID-19 sévère [25]. De plus, même en l'absence de virus SRAS-CoV-2, la glycoprotéine de Spike seule provoque des lésions endothéliales et une hypertension in vitro et in vivo chez les hamsters syriens en régulant à la baisse l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ACE2) et en altérant la fonction mitochondriale [26]. Bien que ces résultats doivent être confirmés chez l'homme, les implications de cette découverte sont stupéfiantes, car tous les vaccins autorisés pour une utilisation d'urgence sont basés sur l'administration ou l'induction de la synthèse de glycoprotéines Spike. Dans le cas des vaccins à ARNm et des vaccins vectorisés par adénovirus, aucune étude n'a examiné la durée de la production de Spike chez l'homme après la vaccination. Selon le principe de prudence, il est parcimonieux de considérer que la synthèse de Spike induite par le vaccin pourrait provoquer des signes cliniques de COVID-19 sévère et être à tort comptée comme de nouveaux cas d'infections par le SRAS-CoV-2. Si tel est le cas, les véritables effets indésirables de la stratégie de vaccination mondiale actuelle pourraient ne jamais être reconnus à moins que des études n'examinent spécifiquement cette question. Il existe déjà des preuves non causales d'augmentation temporaire ou soutenue<sup>138</sup> des décès dus au COVID-19 suite à la vaccination dans certains pays (Fig.1) et à la lumière de la pathogénicité de Spike, ces décès doivent être étudiés en profondeur pour déterminer s'ils sont liés à la vaccination. aucune étude n'a examiné la durée de la production de Spike chez l'homme après la vaccination. Selon le principe de prudence, il est parcimonieux de considérer que la synthèse de Spike induite par le vaccin pourrait provoquer des signes cliniques de COVID-19 sévère et être à tort comptée comme de nouveaux cas d'infections par le SRAS-CoV-2. Si tel est le cas, les véritables effets indésirables de la stratégie de vaccination mondiale actuelle pourraient ne jamais être reconnus à moins que des études n'examinent spécifiquement cette question. Il existe déjà des preuves non causales d'augmentation temporaire ou soutenue<sup>138</sup> des

décès dus au COVID-19 suite à la vaccination dans certains pays (Fig.1) et à la lumière de la pathogénicité de Spike, ces décès doivent être étudiés en profondeur pour déterminer s'ils sont liés à la vaccination. aucune étude n'a examiné la durée de la production de Spike chez l'homme après la vaccination. Selon le principe de prudence, il est parcimonieux de considérer que la synthèse de Spike induite par le vaccin pourrait provoquer des signes cliniques de COVID-19 sévère et être à tort comptée comme de nouveaux cas d'infections par le SRAS-CoV-2. Si tel est le cas, les véritables effets indésirables de la stratégie de vaccination mondiale actuelle pourraient ne jamais être reconnus à moins que des études n'examinent spécifiquement cette question. Il existe déjà des preuves non causales d'augmentation temporaire ou soutenue<sup>138</sup> des décès dus au COVID-19 suite à la vaccination dans certains pays (Fig.1) et à la lumière de la pathogénicité de Spike, ces décès doivent être étudiés en profondeur pour déterminer s'ils sont liés à la vaccination. il est parcimonieux de considérer que la synthèse de Spike induite par le vaccin pourrait provoquer des signes cliniques de COVID-19 sévère et être comptabilisée à tort comme de nouveaux cas d'infections par le SRAS-CoV-2. Si tel est le cas, les véritables effets indésirables de la stratégie de vaccination mondiale actuelle pourraient ne jamais être reconnus à moins que des études n'examinent spécifiquement cette question. Il existe déjà des preuves non causales d'augmentation temporaire ou soutenue<sup>138</sup> des décès dus au COVID-19 suite à la vaccination dans certains pays (Fig.1) et à la lumière de la pathogénicité de Spike, ces décès doivent être étudiés en profondeur pour déterminer s'ils sont liés à la vaccination. il est parcimonieux de considérer que la synthèse de Spike induite par le vaccin pourrait provoquer des signes cliniques de COVID-19 sévère et être comptabilisée à tort comme de nouveaux cas d'infections par le SRAS-CoV-2. Si tel est le cas, les véritables effets indésirables de la stratégie de vaccination mondiale actuelle pourraient ne jamais être reconnus à moins que des études n'examinent spécifiquement cette question. Il existe déjà des preuves non causales d'augmentation temporaire ou soutenue<sup>138</sup> des décès dus au COVID-19 suite à la vaccination dans certains pays (Fig.1) et à la lumière de la pathogénicité de Spike, ces décès doivent être étudiés en profondeur pour déterminer s'ils sont liés à la vaccination. les véritables effets indésirables de la stratégie mondiale actuelle de vaccination ne seront peut-être jamais reconnus à moins que des études examinent spécifiquement cette question. Il existe déjà des preuves non causales d'augmentation temporaire ou soutenue<sup>138</sup> des décès dus au COVID-19 suite à la vaccination dans certains pays (Fig.1) et à la lumière de la pathogénicité de Spike, ces décès doivent être étudiés en profondeur pour déterminer s'ils sont liés à la vaccination. les véritables effets indésirables de la stratégie mondiale actuelle de vaccination ne seront peut-être jamais reconnus à moins que des études examinent spécifiquement cette question. Il existe déjà des preuves non causales d'augmentation temporaire ou soutenue<sup>138</sup> des décès dus au COVID-19 suite à la vaccination dans certains pays (Fig.1) et à la lumière de la pathogénicité de Spike, ces décès doivent être étudiés en profondeur pour déterminer s'ils sont liés à la vaccination.

## Réactions indésirables imprévues aux vaccins

## contre le SRAS-CoV-2

L'auto-immunité est un autre problème critique à prendre en compte compte tenu de l'échelle mondiale de la vaccination contre le SRAS-CoV-2. Le SRAS-CoV-2 possède de nombreuses protéines immunogènes et tous ses épitopes immunogènes sauf un ont des similitudes avec les protéines humaines [27]. Ceux-ci peuvent agir comme une source d'antigènes, conduisant à une auto-immunité [28]. S'il est vrai que les mêmes effets pourraient être observés lors d'une infection naturelle par le SRAS-CoV-2, la vaccination est destinée à la plupart de la population mondiale, alors que l'on estime que seulement 10% de la population mondiale a été infectée par le SRAS-CoV-2, selon le Dr Michael Ryan, responsable des urgences à l'Organisation mondiale de la santé. Nous n'avons pas pu trouver de preuve que l'un quelconque des vaccins actuellement autorisés a criblé et exclu les épitopes immunogènes homologues pour éviter une auto-immunité potentielle due à un amorçage pathogène.

Certains effets indésirables, notamment des troubles de la coagulation sanguine, ont déjà été rapportés chez des personnes vaccinées en bonne santé et jeunes. Ces cas ont conduit à la suspension ou à l'annulation de l'utilisation des vaccins adénoviraux vectorisés ChAdOx1-nCov-19 et Janssen dans certains pays. Il a maintenant été proposé que la vaccination avec ChAdOx1-nCov-19 puisse entraîner une thrombopénie thrombotique immunitaire (VITT) médiée par des anticorps activant les plaquettes contre le facteur plaquettaire-4, qui imite cliniquement la thrombocytopénie auto-immune induite par l'héparine [29]. Malheureusement, le risque a été négligé lors de l'autorisation de ces vaccins, bien que la thrombocytopénie induite par les adénovirus soit connue depuis plus d'une décennie et ait été un événement constant avec les vecteurs adénoviraux [30]. Le risque de VITT serait vraisemblablement plus élevé chez les personnes déjà à risque de caillots sanguins,

Au niveau de la population, il pourrait également y avoir des impacts liés aux vaccins. Le SARS-CoV-2 est un virus à ARN à évolution rapide qui a jusqu'à présent produit plus de 40 000 variants [32,33] dont certains affectent le domaine antigénique de la glycoprotéine de Spike [34,35]. Compte tenu des taux de mutation élevés, la synthèse induite par le vaccin de niveaux élevés d'anticorps anti-SRAS-CoV-2-Spike pourrait théoriquement conduire à des réponses sous-optimales contre les infections ultérieures par d'autres variants chez les individus vaccinés [36], un phénomène connu sous le nom de « sin » [37] ou amorçage antigénique [38]. On ne sait pas dans quelle mesure les mutations qui affectent l'antigénicité du SRAS-CoV-2 se fixeront au cours de l'évolution virale [39], mais les vaccins pourraient vraisemblablement agir comme des forces sélectives entraînant des variantes avec une infectivité ou une transmissibilité plus élevée. Compte tenu de la forte similitude entre les variantes connues du SRAS-CoV-2, ce scénario est peu probable [32,34] mais si les variantes futures devaient différer davantage dans les épitopes clés, la stratégie de vaccination mondiale aurait pu contribuer à façonner un virus encore plus dangereux. Ce risque a été récemment porté à l'attention de l'OMS sous forme de lettre ouverte [40].

# Discussion

Les risques décrits ici constituent un obstacle majeur à la poursuite de la vaccination mondiale contre le SRAS-CoV-2. Des preuves de l'innocuité de tous les vaccins contre le SRAS-CoV-2 sont nécessaires avant d'exposer davantage de personnes au risque 184 de ces expériences, car la libération d'un vaccin candidat sans le temps de bien comprendre l'impact qui en résulterait sur la santé pourrait conduire à une exacerbation de la crise mondiale actuelle. [41]. La stratification des risques des vaccinés est essentielle. Selon le gouvernement britannique, les personnes de moins de 60 ans ont un risque extrêmement faible de mourir du COVID-19 187. Cependant, selon Eudravigillance, la plupart des effets indésirables graves consécutifs à la vaccination contre le SRAS-CoV-2 surviennent chez des personnes âgées de 18 à 64 ans. Le calendrier de vaccination prévu pour les enfants âgés de 6 ans et plus aux États-Unis et au Royaume-Uni est particulièrement préoccupant. Dr. Anthony Fauci a récemment prévu que les adolescents de tout le pays seront vaccinés à l'automne et les plus jeunes au début de 2022, et le Royaume-Uni attend les résultats des essais pour commencer la vaccination de 11 millions d'enfants de moins de 18 ans. aux vaccins expérimentaux, étant donné que les Centers for Disease Control and Prevention estime qu'ils ont un taux de survie de 99,997% s'ils sont infectés par le SRAS-CoV-2. Non seulement le COVID-19 n'est pas pertinent en tant que menace pour ce groupe d'âge, mais il n'existe aucune preuve fiable pour étayer l'efficacité ou l'efficacité du vaccin dans cette population ou pour écarter les effets secondaires nocifs de ces vaccins expérimentaux. En ce sens, lorsque les médecins conseillent les patients sur l'administration électorale de la vaccination COVID-19,

En conclusion, dans le contexte de l'autorisation d'urgence d'utilisation précipitée des vaccins contre le SRAS-CoV-2 et des lacunes actuelles dans notre compréhension de leur innocuité, les questions suivantes doivent être soulevées:

Est-ce que l'on sait si les anticorps à réaction croisée provenant d'infections antérieures à coronavirus ou les anticorps induits par le vaccin 206 peuvent influencer le risque de pathogenèse involontaire après la vaccination avec COVID-19?

Le risque spécifique d'EIM, d'immunopathologie, d'auto-immunité et de réactions indésirables graves a-t-il été clairement divulgué aux receveurs de vaccins afin de répondre à la norme d'éthique médicale de compréhension du patient pour le consentement éclairé? Sinon, quelles en sont les raisons et comment pourrait-il être mis en œuvre?

Quelle est la justification de l'administration du vaccin à chaque individu lorsque le risque de mourir du COVID-19 n'est pas égal entre les groupes d'âge et les conditions cliniques et lorsque les essais de phase 3 ont exclu les personnes âgées, les enfants et les affections spécifiques fréquentes?

Quels sont les droits légaux des patients s'ils sont lésés par un vaccin contre le SRAS-CoV-2? Qui couvrira les frais de traitement médical? Si les réclamations devaient être réglées avec des fonds publics, le public a-t-il été informé que les fabricants de vaccins ont obtenu l'immunité et que leur responsabilité d'indemniser les personnes lésées par le vaccin a été transférée aux contribuables?

Dans le contexte de ces préoccupations, nous proposons de mettre un terme à la vaccination de masse et d'ouvrir un dialogue urgent pluraliste, critique et scientifiquement fondé sur la vaccination contre le SRAS-CoV-2 entre les scientifiques, les médecins, les agences internationales de santé, les autorités réglementaires, les gouvernements et les vaccins. développeurs. C'est le seul moyen de combler le fossé actuel entre les preuves scientifiques et la politique de santé publique concernant les vaccins contre le SRAS-CoV-2. Nous sommes convaincus que l'humanité mérite une compréhension plus profonde des risques que ce qui est actuellement présenté comme la position officielle. Un dialogue scientifique ouvert est urgent et indispensable pour éviter l'érosion de la confiance du public dans la science et la santé publique et pour garantir que l'OMS et les autorités sanitaires nationales protègent les intérêts de l'humanité pendant la pandémie actuelle. Il est urgent de ramener la politique de santé publique à la médecine factuelle, en s'appuyant sur une évaluation minutieuse de la recherche scientifique pertinente. Il est impératif de suivre la science.

[1] <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-reported-sars-cov-2-deaths-in-england/covid-19-confirmed-deaths-in-england-report>

## Déclaration de conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent que la recherche a été menée en l'absence de toute relation commerciale ou financière pouvant être interprétée comme un conflit d'intérêts potentiel.

## Les références

McCullough PA, Alexander PE, Armstrong R et al. Traitement multidrogue séquentiel multiforme hautement ciblé de l'infection ambulatoire précoce à haut risque par le SRAS-CoV-2 (COVID-19). *Rev Cardiovasc Med* (2020) 21: 517-530. doi: 10.31083 / j.rcm.2020.04.264

Arvin AM, Fink K, Schmid MA, et al. Une perspective sur le renforcement potentiel dépendant des anticorps du SRAS-CoV-2. *Nature* (2020) 484: 353–363. doi: 10.1038 / s41586-020-2538-8

Coish JM, MacNeil AJ. Hors de la poêle et dans le feu? Diligence raisonnable justifiée pour ADE dans COVID-19. *Microbes infectés* (2020) 22 (9): 405-406. doi: 10.1016 / j.micinf.2020.06.006

Eroshenko N, Gill T, Keaveney ML et coll. Implications de l'augmentation de l'infection dépendante des anticorps pour les contre-mesures contre le SRAS-CoV-2. *Nature Biotechnol* (2020) 38: 788–797. doi: 10.1038 / s41587-020-0577-1

Pologne GA. Tortues, lièvres et vaccins: une mise en garde pour le développement d'un vaccin contre le SRAS-CoV-2. *Vaccine* (2020) 38: 4219–4220. doi: 10.1016 / j.vaccine.2020.04.073

Shibo J. Ne vous précipitez pas pour déployer les vaccins et médicaments COVID-19 sans garanties de sécurité suffisantes. *Nature* (2020) 579 321. doi: 10.1038 / d41586-020-00751-9

Munoz FA, Cramer JP, Dekker CL et al. Maladie renforcée associée au vaccin: définition de cas et lignes directrices pour la collecte de données, l'analyse et la présentation des données sur la sécurité de la vaccination. *Vaccin* (2021)  
[https : // doi . org / 10 . 1016 / j . vaccin . 2021 . 01 . 055](https://doi.org/10.1016/j.vaccin.2021.01.055)

Cardozo T, Veazey R. Divulgence du consentement éclairé aux sujets des essais vaccinaux d'un risque d'aggravation de la maladie clinique par les vaccins COVID-19. *Int J Clin Pract* (2020) 28: e13795. doi: 10.1111 / ijcp.13795

Bolles D, Long K, Adnihothram S et coll. Un vaccin contre le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère à double inactivation fournit une protection incomplète chez la souris et induit une réponse pulmonaire pro-inflammatoire éosinophile accrue lors de la provocation. *J Virol* (2001) 85: 12201-12215. doi: 10.1128 / JVI.06048-11

Weingartl H, Czub M, Czub S, et al. Vaccination avec le virus de la vaccine modifié Le vaccin recombinant à base d'Ankarab contre le syndrome respiratoire aigu sévère est associé à une hépatite accrue chez les furets. *J Virol* (2004) 78: 12672-12676. doi: 10.1128 / JVI.78.22.12672-12676.2004272

Tseng CT, Sbrana E, Iwata-Yoshikawa N, et al. L'immunisation avec les vaccins contre le coronavirus du SRAS conduit à une immunopathologie pulmonaire en cas de provocation avec le virus du SRAS. *PLoS One* (2012) 7 (4): e35421. doi: 10.1371 / journal.pone.0035421

Iwasaki A, Yang Y. Le danger potentiel de réponses d'anticorps sous-optimales dans COVID-19. *Nat Rev Immunol* (2020) 20: 339–341. doi: 10.1038 / s41577-020-0321-6

Vennema H, de Groot RJ, Harbour DA, et al. Mort précoce après une provocation par le virus de la péritonite infectieuse féline due à l'immunisation par le virus de la vaccine recombinant. *J Virol* (1990) 64: 1407-1409

Lambert PH, Ambrosino DM, Andersen SR, et al. Rapport de synthèse de consensus pour la réunion du CEPI / BC du 12 au 13 mars 2020: Évaluation du risque d'amélioration de la maladie avec les vaccins COVID-19. *Vaccin* (2020)

38 (31): 4783-4791. doi: 10.1016 / j.vaccine.2020.05.064

de Alwis R, Chen S, Gan S et al. Impact du renforcement immunitaire sur la thérapie par globuline hyperimmunisée polyclonale Covid-19 et le développement de vaccins. *EbioMedicine* (2020) 55: 102768. doi: 10.1016 / j.ebiom.2020.102768

Folegatti PM, Ewer KJ, Aley PK, et al. Sécurité et immunogénicité du vaccin ChAdOx1 nCoV-287 19 contre le SRAS-CoV-2: un rapport préliminaire d'un essai contrôlé randomisé de phase 1/2, en simple aveugle. *Lancet* (2020) 396: 467–783. doi: 10.1016 / S0140-6736 (20) 31604-4

Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N. Innocuité et efficacité du vaccin BNT162b2 ARNm Covid-19. *N Engl J Med* (2020) 383: 2603-2615. doi: 10.1056 / NEJMoa2034577

Ramasamy MN, Minassian AM, Ewer KJ et al. Innocuité et immunogénicité du vaccin ChAdOx1 nCoV-19 administré dans un régime de premier coup de pouce chez les adultes jeunes et vieux (COV002): un essai de phase 2/3 randomisé, contrôlé en simple aveugle *Lancet* (2021) 396: 1979–93. doi: 10.1016 / S0140-6736 (20) 32466-1

Chu L, McPhee R, Huang W et coll. Groupe d'étude ARNm-1273. Un rapport préliminaire d'un essai randomisé contrôlé de phase 2 sur l'innocuité et l'immunogénicité du vaccin ARNm-1273 SARS-CoV-2. *Vaccin* (2021) S0264-410X (21) 00153-5. doi: 10.1016 / j.vaccine.2021.02.007

Liu L, Wei Q, Lin Q et coll. Les IgG anti-pic provoquent de graves lésions pulmonaires aiguës en biaisant les réponses des macrophages au cours d'une infection aiguë par le SRAS-CoV. *JCI Insight* (2019) 4 (4): e123158. doi: 10.1172 / jci.insight.123158.

Ioannidis PA. Taux de mortalité par infection du COVID-19 déduit des données de séroprévalence. *Bull WHO* (2021) 99: 19–33F.  
[http : // dx . doi . org / 10 . 2471 / BLT . 20 . 265892](http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.265892)

Martines RB, Ritter JM, Matkovic E et coll. Pathologie et pathogenèse du SRAS-CoV-2 associé à la maladie mortelle à coronavirus, États-Unis *Emerg Infect Dis* (2020) 26: 2005-2015. doi: 10.3201 / eid2609.202095

Wu Z, McGoogan JM. Caractéristiques et leçons importantes de l'épidémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) en Chine: résumé d'un rapport de 72314 cas du Centre chinois de contrôle et de prévention des maladies. *JAMA* (2020) 323: 1239-1242. doi: 10.1001 / jama.2020.2648

Xu Z, Shi L, Wang Y et al. Découvertes pathologiques du COVID-19 associé au syndrome de détresse respiratoire aiguë. *Lancet Respiratory Med* (2020) 8: 420-422 doi: 10.1016 / S2213-2600 (20) 30076-X

Negro F. L'amélioration dépendante des anticorps joue-t-elle un rôle dans la pathogenèse du COVID-19? *Swiss Medical Weekly* (2020) 150: w20249. doi: 10.4414 / smw.2020.20249317

Lei Y, Zhang J, Schiavon CR et al., Spike Protein Empairs Endothelial Function via Downregulation of ACE 2. *Circulation Res* (2021) 128: 1323–1326. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.318902>

Lyons-Weiler J.L'amorçage pathogène contribue probablement à la maladie grave et critique et à la mortalité du COVID-19 via l'auto-immunité, *J Translational Autoimmunity* (2020) 3: 100051. doi: 10.1016 / j.jtauto.2020.100051

An H, Park J. Molecular Mimicry Map (3M) of SARS-CoV-2: Prediction of potentiellement immunopathogenic SARS-CoV-2 epitopes via une nouvelle approche immunoinformatique. *bioRxiv* [Pré-impression]. 12 novembre 2020 [cité le 19 avril 2020] <https://doi.org/10.1101/2020.11.12.344424>

Greinacher A, Thiele T, Warkentin TE, Weisser K, Kyrle PA, Eichinger S. Thrombocytopénie thrombotique après vaccination ChAdOx1 nCov-19. *N Engl J Med* (2021). doi: 10.1056 / NEJMoa2104840

Othman M, Labelle A, Mazzetti I et al. Thrombocytopénie induite par adénovirus: le rôle du facteur von Willebrand et de la P-sélectine dans la médiation de la clairance plaquettaire accélérée. *Blood* (2007) 109: 2832-2839. doi: 10.1182 / sang-2006-06-032524

Ortel TL. Facteurs de risque thrombotiques acquis en milieu de soins intensifs. *Crit Care Med* (2010) 38 (2 Suppl): S43-50. doi: 10.1097 / CCM.0b013e3181c9ccc8

Grubaugh ND, Petrone ME, Holmes EC. Nous ne devons pas nous inquiéter lorsqu'un virus mute lors d'épidémies. *Nat Microbiol* (2020) 5: 529-530. <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0690-4>

Greaney AJ, Starr TN, Gilchuk P et coll. Cartographie complète des mutations au domaine de liaison aux récepteurs de pointe du SRAS-CoV? 339 2 qui échappent à la reconnaissance des anticorps. *Cell Host Microbe* (2021) 29: 44–57.e9. doi: 10.1016 / j.chom.2020.11.007.

Lauring AS, Hodcroft EB. Variantes génétiques du SRAS-CoV-2 – Que signifient-elles? *JAMA* (2021) 325: 529-531. doi: 10.1001 / jama.2020.27124

Zhang L, Jackson CB, Mou H et coll. La mutation D614G dans la protéine de pointe SARS-CoV-2 réduit l'excrétion de S1 et augmente l'infectivité. *bioRxiv* [Pré-impression]. 12 juin 2020 [cité le 19 avril 2021] <https://doi.org/10.1101/2020.06.12.148726>

Korber B, Fischer WM, Gnanakaran S et al. Sheffield COVID-19 Genomics Group. Suivi des changements dans le pic de SRAS-CoV-2: preuve que le D614G augmente l'infectivité du virus COVID-19. Cellulaire (2020) 182: 812-827.e19. doi: 10.1016 / j.cell.2020.06.043

Francis T. Sur la doctrine du péché antigénique originel. Proc Am Philos Soc (1960) 104: 572-578.

Vibroud C, Epstein SL. La première grippe est éternelle. Science (2016) 354: 706–707. doi: 10.1126 / science.aak9816

Weisblum Y, Schmidt F, Zhang F et al. Échapper aux anticorps neutralisants par les variants de protéine de pointe CoV-2 du SRAS? 354. Elife (2020) 9: e61312. doi: 10.7554 / eLife.61312

Vanden Bossche G (6 mars 2021)

[https://dryburgh.com/wp-content/uploads/2021/03/Geert\\_Vanden\\_Bossche\\_Ouvert\\_Lettre\\_OMS\\_Mars\\_6\\_2021.pdf](https://dryburgh.com/wp-content/uploads/2021/03/Geert_Vanden_Bossche_Ouvert_Lettre_OMS_Mars_6_2021.pdf)

Coish JM, MacNeil AJ. Hors de la poêle et dans le feu? Diligence raisonnable justifiée pour ADE dans COVID-19. Microbes infectés (2020) 22 (9): 405-406. doi: 10.1016 / j.micinf.2020.06.006

## Légendes de la figure

Figure 1. Nombre de nouveaux décès dus au COVID-19 par rapport au nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin pour certains pays. Le graphique montre les données du début de la vaccination au 3 mai 365, 2021. A) Inde (9,25% de la population vaccinée), B) Thaïlande (1,58% de la population vaccinée), C) Colombie (6,79% de la population vaccinée), D) Mongolie (31,65% de la population vaccinée), E) Israël (62,47% de la population vaccinée), F) Monde entier (7,81% de la population vaccinée). Les graphiques ont été construits à l'aide des données de Our World in Data (consulté le 4 mai 2021)

[https :](https://github.com/owid/covid-19-données-arbre-maitre-public/données/vaccinations)

[//github.com/owid/covid-19-données-arbre-maitre-public/données/vaccinations](https://github.com/owid/covid-19-données-arbre-maitre-public/données/vaccinations)



## Affiliations

1 Epidemiólogos Argentinos Metadisciplinarios. República Argentina.

2 Centre médical de l'Université Baylor. Dallas, Texas, États-Unis.

3 Monestir de Sant Benet de Montserrat, Montserrat, Espagne

4 INSERM U781 Hôpital Necker-Enfants Malades, Université Paris Descartes-Sorbonne Cité, Institut Imagine, Paris, France.

5 École des sciences naturelles. Université autonome de Querétaro, Querétaro, Mexique.

6 Professeur retraité d'immunologie médicale. Universidad de Guadalajara, Jalisco, Mexique.

7 Médicos por la Verdad Puerto Rico. Centre médical d'Ashford. San Juan, Porto Rico.

8 Professeur retraité de processus de diagnostic clinique. Université de Murcie, Murcie, Espagne

9Urologue Hôpital Comarcal de Monforte, Université de Saint-Jacques-de-Compostelle, Espagne.

10 Biologistes por la Verdad, Espagne.

11 Biologiste à la retraite. Université de Barcelone. Spécialisé en microbiologie. Barcelone, Espagne.

12 Centre de médecine intégrative MICAEL (Medicina Integrativa Centro Antroposófico Educando en Libertad). Mendoza, République argentine.

13 Médicos por la Verdad Argentina. République Argentina. '

14 Médicos por la Verdad Uruguay. République Oriental del Uruguay.

15 Médicos por la Libertad Chili. République de Chile.

16 Médecin, orthopédiste. République de Chile.

17 Médicos por la Verdad Perú. République del Perú.

18Médicos por la Verdad Guatemala. République de Guatemala.

19 Concepto Azul SA Équateur.

20 Médicos por la Verdad Brasil. Brésil.

21 Médicos por la Verdad Paraguay.

22 Médicos par Costa Rica.

23 Médicos por la Verdad Bolivie.

24 Médicos por la Verdad El Salvador.

\* Correspondance: Karina Acevedo-Whitehouse, [karina.acevedo.whitehouse@uaq.mx](mailto:karina.acevedo.whitehouse@uaq.mx)

Auteur(s): FranceSoir