

## Lettre de Marc Wathelet, PhD, au Ministre belge de la santé



[Source : covexit.com]

*Cette lettre de Marc Wathelet, PhD, Expert en Biologie Moléculaire et Immunologie, adressée au ministre belge de la santé, analyse non seulement les mandats imposés au personnel soignant, mais aussi la vaccination des enfants et le pass sanitaire "Safe Ticket" destiné à la population générale. Le contenu de la lettre est pertinent non seulement à la situation belge mais aussi à celle des autres pays adoptant ce genre de mesures coercitives et particulièrement discutables sur le plan de la santé publique.*

---

Cher Monsieur Vandenberghe, Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Merci pour votre réponse à notre courrier concernant la vaccination obligatoire des soignants, que vous justifiez en vous basant sur un certain nombre d'affirmations qui ne sont pas étayées par une documentation de faits avérés scientifiquement.

Au contraire, les données scientifiques disponibles à ce jour contredisent l'ensemble de votre argumentation et, comme détaillé ci-après, nous ne pouvons que conclure que la vaccination obligatoire des soignants est non seulement inutile, mais aussi contre-productive d'un point de vue de santé publique, au-delà du fait qu'elle viole les principes de bioéthique et de déontologie médicale, ainsi que les droits de l'homme.

### 1) La vaccination obligatoire des soignants est inutile

La vaccination obligatoire des soignants est inutile car les études démontrent au-delà d'un doute raisonnable qu'elle ne permet ni de prévenir la contamination d'un individu, ni de réduire la charge virale des personnes infectées, et donc leur capacité à transmettre le virus à autrui.

Vous trouverez dans l'annexe A la longue liste de faits, de publications scientifiques et de déclarations officielles d'agences et d'individus qualifiés, comme par exemple le Dr. Fauci, qui confirme notre assertion que

la vaccination ne permet pas de prévenir la contamination d'un individu et sa capacité à transmettre à autrui le variant delta circulant aujourd'hui.

Nous ne reprendrons ici que le dernier exemple en date : le 23 septembre, l'Irish Examiner annonçait que dans la ville de Waterford, 99,7 % des plus de 18 ans étaient complètement vaccinés, le plus haut total dans toute l'Union Européenne([1] <https://www.irishexaminer.com/news/arid-40704104.html>)). Le 11 octobre, Waterford News & Star annonce que la ville a le plus haut taux d'incidence d'Irlande([2] <https://waterford-news.ie/2021/10/11/waterford-now-has-highest-incidence-of-covid-in-ireland/>)).

Une seule conclusion s'impose, qui ne peut pas être contestée de bonne foi : au-delà des études, dans le monde réel, en pratique, *la vaccination ne permet pas d'empêcher la transmission de SARS-CoV-2 au sein d'une communauté.*

## 2) La vaccination obligatoire des soignants est contre-productive d'un point de vue de santé publique

Le message que les vaccins contre la COVID seraient « sûrs et efficaces », une affirmation non étayée si ce n'est que par l'absence du recul nécessaire, a été martelé constamment pendant de longs mois dans tous les médias. Un des effets néfastes de cette campagne est l'acceptation de cette affirmation comme un fait établi, non seulement par la population mais aussi par ses dirigeants.

En conséquence, les personnes vaccinées respectent moins les gestes barrières tels la distanciation ou le port du masque et, comme elles ont plus de chances d'être asymptomatiques lorsqu'elles sont infectées, ce qui les rend moins conscientes du risque qu'elles font courir à autrui, elles sont en fait plus susceptibles de propager le virus que les personnes non vaccinées.

En pratique, cela veut dire que le COVID Safe Ticket est non seulement inutile mais contre-productif : une licence pour les personnes vaccinées de contaminer autrui, qu'ils soient vaccinés ou non.

Le même raisonnement s'applique aux soignants, même s'ils observaient plus scrupuleusement les gestes barrières, car l'efficacité de ceux-ci n'est que partielle : vacciner tous les soignants n'empêchera pas la contamination « des personnes malades ou vulnérables en raison de leur grand âge » dont vous vous inquiétez à juste titre.

Nous sommes d'accord avec vous que « les personnes soignées ont droit à une sécurité maximale ». Nous vous proposons deux alternatives non exclusives à la vaccination obligatoire des soignants qui seront beaucoup plus efficaces pour prévenir les infections nosocomiales :

1. Faire tester tout le personnel soignant, vacciné ou non, à une fréquence élevée. À cet égard, notons que les tests naso-pharyngés ne sont pas sans

risque, comme le rapporte l'Académie de médecine en France([3] <https://tinyurl.com/7fnj6nu8>). Deux autres méthodes plus sûres peuvent être considérées : un test antigénique oro-pharyngé ou un test PCR buccal.

2. Instaurer un programme de prophylaxie volontaire à base d'ivermectine : il y a 14 études qui soutiennent l'efficacité de cette approche([4] <https://ivmmeta.com>))

Enfin, *la vaccination obligatoire des soignants est contre-productive d'un point de vue de santé publique* car ceux qui refusent encore de se faire vacciner ne pourront plus travailler, et dès lors le nombre de soignants, déjà limitant, sera encore plus réduit, avec un impact néfaste sur la santé publique. En France, il y a ~300.000 soignants non vaccinés (~10 %)([5] <https://tinyurl.com/47j2pd5v>), et 15.000 d'entre eux sont déjà suspendus([6] <https://tinyurl.com/5ejfxewf>). Dans les hôpitaux belges, 9,4 % des soignants ne sont pas vaccinés et dans les MR/MRS, 13,1 % ne le sont pas([7] <https://tinyurl.com/4fzvma6m>)).

### 3) L'illusion de l'immunité collective

Vous affirmez : « Selon les scientifiques, il faudrait que 70 % de la population totale (enfants compris) soit entièrement vaccinée pour que tout le monde soit protégé. Avec le variant Delta, qui est plus contagieux que les premiers variants, nous continuons à viser ces 70 %, mais nous nous efforçons d'atteindre le plus haut pourcentage possible. »

Cette opinion semble partagée surtout par les experts mandatés par le gouvernement. Au contraire, de nombreux scientifiques avaient anticipé le fait que vacciner pendant une pandémie ne soit pas une approche suffisante pour contrôler le virus, et les événements leur ont donné raison (voir annexe A pour une liste de citations).

Vous dites que « La vaccination réduit la circulation du virus ». Ceci est contredit par les articles cités plus haut à propos du variant delta (annexe A), l'exemple de la ville de Waterford, et maintenant une étude de grande envergure démontre que les augmentations de COVID-19 ne sont effectivement pas liées aux niveaux de vaccination à travers le monde (une étude portant sur 68 pays, ainsi que 2947 comtés aux États-Unis)([8] <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00808-7>)).

### 4) Les dangers de la COVID vs. les dangers de la vaccination

Vous dites « Si nous avons peur des variants, nous devons certainement vacciner davantage aujourd'hui. » Puisque les données objectives indiquent que la vaccination ne fonctionne pas en pratique, même quand tout le monde est vacciné, la solution ne peut pas être de vacciner plus !([9] >> Effets adverses : que nous disent les données du système américain VAERS – un

entretien avec Jessica Rose, PhD))

Il n'y a pas de raison d'avoir peur des variants : d'une part la létalité du variant delta est un dixième de l'alpha d'après Public Health England, et d'autre part la létalité de la COVID est intrinsèquement faible. *Elle est surtout liée à la présence de comorbidités* (99% des décès surviennent chez des personnes avec une comorbidité, 96% chez des personnes avec de multiples comorbidités, Annexe B).

Surtout, cette létalité est comparable à celle causée par d'autres infections respiratoires. Dès lors, *ni le COVID Safe Ticket ni la vaccination obligatoire ne sont justifiables d'un point de vue santé publique !*

Les personnes à risque ont eu le loisir de se faire vacciner ou peuvent prendre un traitement prophylactique si elles choisissent de ne pas se faire vacciner. La situation de ces individus ne peut donc justifier de faire courir un risque inutile à d'autres individus en bonne santé.

Le risque inhérent à la vaccination contre la COVID à moyen et long terme reste tout simplement inconnu, faute du recul nécessaire (on note cependant le syndrome post-vaccinal prolongé, semblable au COVID long). Le risque à court terme est manifeste malgré les efforts intenses des autorités sanitaires, des médias traditionnels et des GAFAM pour supprimer toute information à ce sujet.

Par exemple, le Ministère israélien de la Santé a publié sur sa page Facebook un article sur les effets indésirables sévères qu'il qualifiait de très rares seulement pour se retrouver inondé par un déluge d'avis contraires de ses citoyens (14.000 en quelques heures), avis qui ont tout simplement été supprimés. Simplement nier cette réalité n'est pas une solution au problème qu'elle pose.

Facebook supprime systématiquement tout groupe qui recensent les effets indésirables des vaccins, groupes comptant des dizaines de milliers d'utilisateurs aux États-Unis et ailleurs. De quel droit ? Rien qu'en francophonie, la collection (non exhaustive) de captures d'écran de ces rapports individuels témoigne de l'ampleur catastrophique du phénomène([10] <https://tinyurl.com/337947zx>)).

Les banques de données de pharmacovigilance à travers le monde rapportent toutes un surcroît d'effets indésirables sévères et de décès pour les vaccins contre la COVID :

(<http://www.vigiaccess.org/> [OMS] ;

<https://vaers.hhs.gov/> [États-Unis] ;

<https://yellowcard.mhra.gov.uk/the-yellow-card-scheme/> [Royaume-Uni] ;

<https://www.adrreports.eu/en/search.html> [Eudravigilance, Union Européenne]).

L'analyse des données de VAERS, par exemple, montre une incidence beaucoup plus élevée pour les vaccins contre la COVID que contre la grippe d'effets indésirables sévères (28X plus) et de décès (57X plus, voir Annexe B). À quoi

servent ces sites de pharmacovigilance si de tels chiffres sont balayés du revers de la main comme inconséquents, quand au contraire ils appellent à la suspension de la campagne de vaccination jusqu'à ce que leur signification soit établie ?

Les sites de « fact-checking », financés par l'industrie pharmaceutique, viennent à la rescousse de la doxa en affirmant qu'il n'y a pas de preuve que ces décès soient imputables aux vaccins. C'est inverser la charge de la preuve !

Selon un rapport de l'ANSM en France (28.01.2021), la règle officielle en pharmacovigilance, est celle-là : « L'analyse des cas déclarés prend en compte les données cliniques, chronologiques, sémiologiques, et pharmacologiques. Elle peut conduire à écarter la responsabilité du vaccin dans la survenue d'un événement indésirable observé dès lors qu'une autre cause, certaine, est mise en évidence. »

De fait, un audit des données de VAERS montre que seulement 14 % des décès consécutifs à la vaccination peuvent être attribués à une autre cause ; et ce n'est pas n'importe qui faisant ces déclarations, 67 % des rapports ayant été introduits par un médecin. De même dans Eudravigilance, 79 % des rapports concernant un décès ont été introduits par un professionnel de la santé.

Tous les critères de Bradford Hill sont observés, impliquant ces vaccins comme la cause de la plupart des effets indésirables reportés. Quand les autopsies, qui ne sont que trop rarement faites, sont réalisées, entre 30 et 100 % des décès sont imputables à la vaccination (voir annexe B).

Ces banques de données sont mal conçues, conduisant à des rapports erronés de part et d'autre du débat. On voit par exemple circuler pour Eudravigilance un chiffre supérieur à 25.000 décès suite à la vaccination contre la COVID. Une analyse plus rigoureuse indique 7.174 décès au 9 octobre 2021. L'analyse de VAERS donne un nombre de décès du même ordre de grandeur (7.680, au 8 octobre 2021).

Ces systèmes de pharmacovigilance sont passifs, conduisant à une sous-déclaration très importante du nombre réel de cas. Un facteur de 5 semble conservateur, mais peu importe le nombre exact, ce qui est incontestable c'est que des gens en bonne santé, sans comorbidité, jeunes, décèdent suite à la vaccination ou sont gravement blessés.

Le vaccin contre le rotavirus a été retiré du marché en 1999 à cause de seulement 15 cas d'intussusception. La campagne de vaccination contre la grippe porcine en 1976 a été interrompue après 25 décès. Nous en sommes à environ 3.000 fois plus au minimum (annexe B). Combien de morts de plus faudra-t-il avant que l'on ne se rende à l'évidence ?

Les données montrent que ceux qui font preuve de prudence vis-à-vis des vaccins sont plus éduqués en moyenne que ceux qui favorisent la vaccination, contrairement à la manière dont ils sont dépeints dans les médias.

Et la réalité des effets indésirables graves dus à la vaccination est confirmée par le fait que ce sont justement des soignants qui ne veulent pas être vaccinés, malgré leur éducation et le fait qu'ils sont généralement favorables à la vaccination (il ne s'agit pas d'antivax !), car ils sont en première ligne et peuvent constater les dégâts que ces vaccins-ci causent.

Il est dès lors *profondément immoral de rendre la vaccination obligatoire*, qu'il s'agisse de soignants ou de n'importe quelle catégorie de citoyens. De même, il est contraire à la bioéthique d'encourager à se vacciner des classes d'individus qui étaient exclues de la phase 3 des essais cliniques, notamment les femmes enceintes et les moins de 18 ans.

Les décès d'enfants dû à la COVID sont extrêmement rares et observés exclusivement chez des individus souffrant de sévères comorbidités, et donc les décès d'enfants sains déjà enregistrés suite à la vaccination doivent conduire à un moratoire immédiat sur la vaccination des enfants et des femmes enceintes, outre l'absence de recul des effets à long terme de cette procédure sur ces populations.

La vaccination obligatoire *viole non seulement l'éthique, mais également des concepts fondamentaux de droits*, comme démontré par Alessandro Negroni, professeur de philosophie du droit à l'Université de Gênes :

« *Au regard du droit européen et du droit international, les vaccins génétiques anti-covid constituent une expérimentation médicale sur les êtres humains. Or, d'un point de vue tant éthique que juridique, nul ne peut être obligé de se soumettre à une forme d'expérimentation médicale en l'absence d'un consentement libre et éclairé.* »

<http://www.mediaplus.site/2021/10/09/les-vaccins-genetiques-anti-covid-son-t-une-forme-d-experimentation-medicale/>>> Comment atteindre l'immunité collective – L'expert en virologie et vaccins Geert Vanden Bossche explique

Nous espérons que vous tiendrez compte de cette analyse sourcée, et que vous vous rendrez à l'évidence qu'il faut abandonner l'idée de la vaccination obligatoire avec des produits expérimentaux pour qui que ce soit, ainsi que l'implémentation d'un COVID Safe Ticket basé sur autre chose qu'un test récent.

Abandonnons aussi le nihilisme thérapeutique, et traitons les individus contaminés précocement, comme la médecine l'avait toujours fait avant le début de cette crise.

Avec notre profond respect,

Par Reinfocovid Belgique et l'ASBL « Notre Bon Droit »

Analyse par Marc G. Wathelet, Ph.D. (Biologie Moléculaire)

## ANNEXE A Les données concernant l'effet de la vaccination sur la contamination et la transmission de SARS-CoV-2

L'effet de la vaccination sur le risque de contamination par SARS-CoV-2 et sa transmission à autrui était modeste dans les études initiales, mais le déclin rapide de l'immunité chez l'individu vacciné et l'apparition de variants plus contagieux rend cet effet négligeable aujourd'hui, comme discuté en détails dans ce

document([11] <https://www.linkedin.com/pulse/questions-sur-limmunisation-et-la-transmission-de-marc-wathelet/?published=t>)), rédigé dans le cadre d'une action en justice de l'ASBL « Notre Bon Droit » en opposition au « COVID Safe Ticket » proposé par le Gouvernement belge.

Ce document date du 28 juillet 2021, contient 50 références et les études apparues depuis cette date ne font que confirmer cette analyse :

- <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.28.21261295v1>
- <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.13372>
- <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.19.21262139v1>
- <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.12.21261951v2>
- [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7031e2.htm?s\\_cid=mm7031e2\\_w](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7031e2.htm?s_cid=mm7031e2_w)
- <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.28.21264262v1.full.pdf>
- <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.02.21262979v1>
- <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.28.21264260v1.full.pdf>
- <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00808-7>
- <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2114583?articleTools=true>
- [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02183-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02183-8/fulltext)

Données de Public Health England jusqu'à la 40ème semaine de 2021



Les données les plus récentes de Public Health England indiquent que dans toutes les cohortes le taux d'infection est plus élevé chez les vaccinés que chez les non-vaccinés à partir de 30 ans. Dans ces conditions, l'obligation de la vaccination est simplement absurde.

Les CDC et le Dr. Fauci reconnaissent l'impact de la plus grande contagiosité du variant delta et réinstaure le port du masque pour les vaccinés([12] <https://www.cnbc.com/2021/07/28/dr-fauci-on-why-cdc-changed-guidelines-delta-is-a-different-virus.html>)).

Par ailleurs, le document cité

ci-

dessus([13] <https://www.linkedin.com/pulse/questions-sur-limmunisation-et-la>

-transmission-de-marc-wathelet/?published=t)) compare aussi l'immunité contre SARS-CoV-2 acquise à la suite de la vaccination et celle consécutive à une infection naturelle et montre que cette dernière est plus robuste, plus large, plus équilibrée entre la production d'anticorps et de cellules T, et dure plus longtemps que l'immunité vaccinale, ce qui se traduit par une meilleure et plus durable protection contre l'infection pour les individus convalescents comparativement aux vaccinés.

Les soignants font partie de ceux qui ont été les plus exposés au virus jusqu'à présent, et il serait donc absurde de leur imposer une vaccination quand leur immunité naturelle est plus efficace. Ici aussi, les études apparues depuis cette date ne font que confirmer cette analyse :

- <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.12.21261951v2>
- <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1>
- <https://www.bmj.com/content/bmj/374/bmj.n2101.full.pdf>

Le collectif #Covidrationnel en Belgique, qui comprend une trentaine de professeurs d'universités, chercheurs et médecins a réalisé une analyse semblable et arrive aux mêmes conclusions :

<https://covidrationnel.be/2021/10/06/de-source-sure/>

Ces études sont confirmées par les observations dans le monde réel, dans les territoires avec le plus haut taux de vaccination comme par exemple les Seychelles, Gibraltar, l'Islande, ce haut taux n'empêche pas d'importantes vagues de contamination qui suivent de près la campagne de vaccination.



Plus récemment, dans la ville de Waterford en Irlande où 99,7 % des plus de 18 ans sont complètement vaccinés([14] <https://www.irishexaminer.com/news/arid-40704104.html>)), cette ville connaît malgré ça le plus haut taux d'incidence d'Irlande (618,9 contaminés par 100.000 sur les 2 dernières semaines)([15] <https://waterford-news.ie/2021/10/11/waterford-now-has-highest-incidence-of-covid-in-ireland/>)).

Une étude globale récente démontre que les augmentations de COVID-19 ne sont effectivement pas liées aux niveaux de vaccination à travers le monde (68 pays et 2947 comtés aux États-

Unis)([16] <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00808-7>)).

## **ANNEXE B Les dangers de la COVID vs. les dangers de la vaccination contre la COVID**

Il n'est pas utile d'un point de vue de santé publique de considérer le taux de létalité général, il s'agit d'identifier les populations à risque.



## Les dangers de la COVID

Les dangers de la COVID sont liés à l'âge et à la présence de comorbidités, 99 % des décès surviennent chez des personnes avec une comorbidité, 96 % chez des personnes avec de multiples comorbidités d'après les CDC américains :



Les taux de survie au COVID par tranche d'âge selon l'équipe du Dr. Ioannidis:

Âge	Taux de survie
0-19	99.9973%
20-29	99.986%
30-39	99.969%
40-49	99.918%
50-59	99.73%
60-69	99.41%
70+	94.5%

Ces chiffres ne distinguent pas la COVID d'autres infections respiratoires en termes de létalité, et donc ne justifient pas une approche différente pour gérer cette maladie d'un point de vue de santé publique. Dès lors *ni le COVID Safe Ticket, ni la vaccination obligatoire ne sont justifiés d'un point de vue de santé publique !*

## Les dangers de la vaccination contre la COVID

Il y a d'excellents vaccins, avec un rapport risque bénéfique très favorable, contre des maladies sévères, comme par exemple le tétanos ou la fièvre jaune. Cependant, le rapport bénéfice risque s'avère parfois défavorable, et le vaccin en question est alors retiré du marché.

Par exemple, un vaccin contre le rotavirus a été retiré du marché en 1999 à cause de seulement 15 cas d'intussusception([17] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC2094741/>)).

La campagne de vaccination contre la grippe porcine en 1976 a été interrompue après 25 décès([18] [https://www.lemonde.fr/planete/article/2009/09/15/le-precedent-vaccinal-de-1976\\_1240713\\_3244.html](https://www.lemonde.fr/planete/article/2009/09/15/le-precedent-vaccinal-de-1976_1240713_3244.html))). Elle a causé également 532 cas de syndrome de Guillain-Barré.

Qu'en est-il pour les vaccins contre la COVID ?

Une simple corrélation n'est pas synonyme de causalité. On utilise les critères de Bradford Hill, qui s'avèrent largement vérifiés pour ces vaccins comme montré ci-après, la liste est :

- 1. Force de l'association (plus l'ampleur des effets liés à l'association sont larges, plus un lien causal est probable, même si un faible effet n'implique pas une absence de lien de causalité) ;
- 2. Stabilité de l'association (sa répétition dans le temps et l'espace)
- 3. Cohérence (les mêmes observations sont réalisées dans différentes populations) ;
- 4. Spécificité (une cause produit un effet particulier dans une population particulière en l'absence d'autres explications);
- 5. Relation temporelle (temporalité). Les causes doivent précéder les conséquences ;
- 6. Relation dose-effet (une plus large dose mène à un plus large effet);
- 7. Plausibilité (plausibilité biologique, possibilité d'expliquer les mécanismes impliqués) ;
- 8. Preuve expérimentale (chez l'animal ou chez l'homme) ;
- 9. Analogie (possibilité d'explications alternatives).

Par exemple, la temporalité (#5) montre une incidence très élevée de décès dans les jours qui suivent la vaccination, avant de redescendre au niveau normal.



Le même profil des effets indésirables est observé en Europe et aux États-Unis (#3), dont voici la liste, en ordre décroissant de fréquence par rapport à leur norme respective :

>> Effets adverses : que nous disent les données du système américain VAERS – un entretien avec Jessica Rose, PhD

embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral, thrombose veineuse profonde, thrombose, augmentation des dimères de fibrine D, appendicite, acouphènes, arrêt cardiaque, décès, maladie de Parkinson, parole lente, aphasie (incapacité de parler), fatigue, épanchement péricardique, maux de tête, frissons, péricardite, surdité , myocardite, hémorragie intracrânienne, avortement spontané, toux, paralysie de Bell , paresthésie, cécité, dyspnée (difficulté à respirer), myalgie, dysstasie (difficulté à se tenir debout), convulsions, réaction anaphylactique, suicide, trouble de la parole, purpura thrombotique thrombopénique, paralysie, gonflement, diarrhée, neuropathie, syndrome de dysfonction multiviscérale, dépression.

Leur nombre augmentent avec le niveau de vaccination, et il y a spécificité (#4), le profil d'effets indésirables repris ci-dessus est différent de celui observé pour les vaccins contre la grippe mais est semblable aux effets de la COVID ; aussi, certaines populations sont affectées différemment, par exemple les myocardites et péricardites touchent plus les jeunes hommes.

Plausibilité biologique (#7) : les vaccins contre la COVID produisent dans nos cellules la protéine Spike de SARS-CoV-2 comme le fait l'infection avec le virus, et les effets indésirables ressemblent à ceux observés dans la maladie ; la protéine Spike fait preuve *in vitro* d'une toxicité intrinsèque vis-à-vis des cellules endothéliales et des péricytes cardiaques :

- <https://www.nature.com/articles/s41593-020-00771-8>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096999612030406X?via%3Dihub>
- <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.04.30.442194v1>
- <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.12.21.423721v2>
- <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.121.318902>

Preuve expérimentale (chez l'animal ou chez l'homme, #8), expériences sur les souris reproduisent la myopéricardite ([19] <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab707/6353927>)).

Force de l'association (#1) et stabilité (#2) :

Rapport des effets indésirables graves et des décès pour tous les vaccins contre la COVID par million de doses comparé aux vaccins annuels contre la grippe de 2016 à 2021, au vaccin contre la souche H1N1 de la grippe en 2009-2010, et à tous les vaccins excepté ceux contre la COVID de 2006 à 2021 dans le système VAERS américain.



L'analyse des données de VAERS montre une incidence beaucoup plus élevée pour les vaccins contre la COVID que contre la grippe d'effets indésirables sévères (28X plus) et de décès (57X plus).

Chiffres absolus des effets indésirables graves et décès dans VAERS pour les 3 vaccins aux États-Unis contre la COVID, et leur rapport par nombre d'injections.



Un audit des données de VAERS montre que seulement 14 % des décès consécutifs à la vaccination peuvent être attribués à une autre cause ; au moins 67 % des rapports ont été introduits par un médecin. ([20] [https://www.researchgate.net/publication/352837543\\_Analysis\\_of\\_COVID-19\\_vaccine\\_death\\_reports\\_from\\_the\\_Vaccine\\_Adverse\\_Events\\_Reporting\\_System\\_VAERS\\_Database\\_Interim\\_Results\\_and\\_Analysis?channel=doi&linkId=60dc44c9a6fdccb745f48fc7&showFulltext=true](https://www.researchgate.net/publication/352837543_Analysis_of_COVID-19_vaccine_death_reports_from_the_Vaccine_Adverse_Events_Reporting_System_VAERS_Database_Interim_Results_and_Analysis?channel=doi&linkId=60dc44c9a6fdccb745f48fc7&showFulltext=true)))

Le système VAERS étant passif, seule une faible proportion des cas réels y sont recensés. On peut estimer cette proportion sur base d'une étude portant sur 64.900 employés d'un hôpital du Massachusetts mesurant les réactions

graves compatibles avec l'anaphylaxie qui peuvent survenir immédiatement après la vaccination : elles se sont produites à un taux de 2,47 pour 10.000 vaccinations. Le taux d'incidence de l'anaphylaxie confirmée dans cette étude est plus élevé que celui rapporté par les CDC sur la base des méthodes passives (VAERS) de notification spontanée (0,025-0,11 pour 10.000 vaccinations).([21] <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2777417>))

Ces données suggèrent que le sous-reportage dans VAERS est d'un facteur compris entre 22.5 et 98.8 !

Ce qui indique que le nombre de décès dépasse 150.000 et le nombre d'effets indésirables sévères dépasse le million aux États-Unis.

Chiffres absolus des effets indésirables graves et décès dans l'Espace Économique Européen pour les 4 vaccins contre la COVID, et leur rapport par nombre d'injections.



79% des rapports de décès ont été introduits par un personnel soignant.

La règle officielle en pharmacovigilance : « L'analyse des cas déclarés prend en compte les données cliniques, chronologiques, sémiologiques, et pharmacologiques. Elle peut conduire à écarter la responsabilité du vaccin dans la survenue d'un événement indésirable observé dès lors qu'une autre cause, certaine, est mise en évidence.([22] <https://www.lelibrepenseur.org/temoignage-explosif-demission-dun-membre-du-comite-scientifique-permanent-pharmacovigilance-de-lansm/embed/#?secret=ddpd8Qzwpd>))

Quand les autopsies, qui ne sont que trop rarement faites, sont réalisées, entre 30 et 100 % des décès sont imputables à la vaccination. Peter Schirmacher, pathologiste en chef à l'Université de Heidelberg, a déterminé que les rapports d'autopsies indiquent qu'au minimum 30 à 40 % d'un échantillon de 40 personnes décédées dans les deux semaines suivant la vaccination sont effectivement décédées du vaccin, en étant conservatif([23] <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/126061/Heidelberger-Pathologe-pocht-auf-mehr-Obduktionen-von-Geimpften>)).

Les professeurs Arne Burkhardt et Walter Lang, médecins légistes, ont présenté lundi 20 septembre à Reutlingen le résultat de dix autopsies. Sur les dix décès, sept sont "probablement" liés aux injections, dont cinq le sont « très probablement ». Pour les trois derniers cas, l'un d'entre eux reste à évaluer, un autre semble être « une coïncidence », et pour le dernier, le lien « est possible mais pas certain »([24] <https://tinyurl.com/3b779fer>)).

En Norvège, quand 23 décès consécutifs à la vaccination sont survenu dans un EHPAD, les autorités ont procédé à 13 autopsies et ces 13 décès se sont

avérés liés à la vaccination([25] <https://norwaytoday.info/news/norwegian-medicines-agency-links-13-deaths-to-vaccine-side-effects-those-who-died-were-frail-and-old/>)).

Un centre français d'évaluation des médicaments conclu que vaccination contre la COVID doit être interrompue([26] <https://tinyurl.com/2s64aenn>), pour les 4 produits. Et le vaccin Moderna est abandonné par certains pays pour les plus jeunes (Norvège, Suède, Danemark ; la France pour la seconde dose).

Voir aussi :

[https://www.researchgate.net/publication/354601308\\_Paradoxes\\_in\\_the\\_reporting\\_of\\_Covid19\\_vaccine\\_effectiveness\\_Why\\_current\\_studies\\_for\\_or\\_against\\_vaccination\\_cannot\\_be\\_trusted\\_and\\_what\\_we\\_can\\_do\\_about\\_it](https://www.researchgate.net/publication/354601308_Paradoxes_in_the_reporting_of_Covid19_vaccine_effectiveness_Why_current_studies_for_or_against_vaccination_cannot_be_trusted_and_what_we_can_do_about_it)

Enfin, dans un article intitulé « Pourquoi vaccinons-nous les enfants contre la COVID ? », les auteurs concluent que non seulement leur vaccination est contraindiquée, mais que même pour les sujets les plus vulnérables de plus de 65 ans, l'analyse du rapport risque bénéfique montre qu'il y a 5 fois plus de décès attribuables à la vaccination qu'à la maladie([27] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221475002100161X>)).

Il est contraire à la bioéthique et la loi de vacciner des classes d'individus qui étaient exclues de la phase 3 des essais cliniques, en particulier les moins de 18 ans.([28] <https://medcritic.fr/la-vaccination-des-enfants-contre-le-covid19-1/>): la société en vaccinant les enfants les soumet à un risque dans le but de protéger les adultes sans considérer leur bien-être, alors que c'est aux adultes qu'il incombe de se protéger.

Il est par ailleurs non seulement inexact que le variant delta serait plus dangereux pour les enfants([29] <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.10.06.21264467v1>)), mais les données de l'office national des statistique (ONS) britannique indique une augmentation de 46 % des décès dans la tranche d'âge 15-19 ans depuis que leur vaccination a été autorisée (+63 % chez les jeunes hommes, +16 % chez les jeunes femmes #4 ), comparé à la même période en 2020.([30] <https://theexpose.uk/2021/09/30/deaths-among-teenagers-have-increased-by-47-percent-since-covid-vaccination-began/>)).

La présente lettre, datée du 17 Octobre, est reproduite avec permission d'un post sur LinkedIn. Une version anglaise sera disponible sous peu.

---