

## L'ineptie des « vaccins » à ARN pour « traiter » le Covid-19



[Source : Sott.net]

Par Pierre Lescaudron

Le présent article fait suite à celui intitulé « Les preuves irréfutables de l'origine humaine du Sras-Cov-2 », publié en juin 2020 [le 1er juillet pour la traduction française – NdT], que nous vous invitons à lire d'abord. La conclusion en était en partie la suivante :

« Il est probable qu'une épidémie de grippe apparaîtra d'ici la fin de l'année 2020, comme chaque année. Ce virus sera, comme par hasard, considéré comme un proche parent du Sras-Cov-2, qui présentera peut-être des « caractéristiques supplémentaires terrifiantes ».

Nul besoin toutefois de désespérer, car à ce moment-là, les pouvoirs publics auront préparé un vaccin. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'hydroxychloroquine a été interdite. Si un traitement sûr et efficace existe déjà, qui acceptera un vaccin précipité et inconnu ? Un vaccin qui protégera prétendument les gens contre le Covid-20, mais qui sera en réalité conçu pour « annuler » les changements bénéfiques induits par la souche mutée du Sras-Cov-2.

[...]

Il est probable que la vaccination ne sera pas obligatoire. N'oubliez pas que les pouvoirs publics sont devenus pour le moment « plus affables et plus dociles ». Au lieu de recourir à la force brute, ces autorités publiques sont plus susceptibles d'exercer un chantage moral : « Faites-vous vacciner pour protéger les autres ! », combiné à un chantage social : « Pas de vaccin = pas de travail, pas de shopping, pas de voyage, pas de socialisation ! ». En gros, vous êtes libre de choisir entre le passeport d'immunité ou une peine de prison à vie dans une cellule isolée. »

**IMAGINEZ UN VACCIN SI  
BÉNÉFIQUE QU'IL FAUT  
VOUS MENACER DE  
LE RECEVOIR**



**POUR UNE MALADIE SI  
MORTELLE QU'IL FAUT  
VOUS TESTER POUR  
SAVOIR SI VOUS L'AVEZ**

© Sott.net

Citation de Denis Rancourt

Nous voici 7 mois plus tard. Comme on pouvait s'y attendre, de nouveaux variants sont apparus, les décès dus au Covid-19 d'origine humaine s'accumulent, le passeport vaccinal a déjà été adopté par plusieurs pays et les vaccinations ont commencé partout dans le monde.

En théorie, les médicaments, vaccins compris, sont approuvés et utilisés parce que leurs bénéfices dépassent de loin leurs risques. En ce sens, le médicament idéal présenterait un risque zéro et une efficacité totale contre

une maladie incurable et mortelle. Nous verrons dans le présent article que les « vaccins » Covid-19, en particulier celui de Pfizer, sont quasiment à l'opposé du médicament idéal. Ils sont dangereux, inefficaces et ciblent une maladie bénigne pour laquelle des traitements efficaces et sûrs sont déjà connus.

## Où est la pandémie ?

### Le taux de létalité

Selon l'OMS, en octobre 2020, environ 750 millions de personnes, soit environ 10 pour cent de la population mondiale, avaient été infectées par le Sras-CoV-2 et un million de personnes étaient mortes du Covid-19. Ces chiffres conduisent à un taux de létalité de 0,13 pour cent, qui correspond au taux typique de la grippe saisonnière. Lorsqu'il est traité correctement, comme à Marseille où le protocole de l'*hydroxychloroquine* et le diagnostic clinique précoce sont utilisés, le taux de létalité tombe à 0,05 pour cent.

À Singapour, où l'utilisation de l'*hydroxychloroquine* est très répandue et où aucun confinement national n'a jamais été imposé, le taux de létalité du Covid-19 est le même que celui de Marseille, soit 0,05 pour cent seulement (29 décès sur 59 000 cas).

*Quel type de pandémie présente un taux de létalité égal ou inférieur à celui de la grippe saisonnière ?*

### Les véritables décès du Covid

Les chiffres ci-dessus sont basés sur les données officielles publiées par l'OMS. Ces chiffres, en particulier le nombre total de décès par Covid, sont largement exagérés grâce à diverses supercheries :

#### *1/ Comorbidité*

94 pour cent des personnes qui sont mortes du Covid-19 présentaient des facteurs de comorbidité. La majorité d'entre elles présentaient non pas un mais plusieurs facteurs de comorbidité, notamment l'hypertension, l'obésité, les maladies pulmonaires chroniques, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Par exemple, un patient britannique atteint d'un cancer avancé, d'une insuffisance rénale et d'un diabète, et dont le test s'est révélé positif dans les 60 jours précédant son décès, verra sa mort automatiquement attribuée au Covid-19. Au Royaume-Uni, au moins 30 pour cent des décès attribués au Covid-19 sont en fait dus à une comorbidité.

#### *2/ Faux positifs*

De nombreux décès ont été attribués au Covid-19 uniquement sur la base d'un test PCR positif. Selon les mots de son inventeur Kary Mullis, prix Nobel de chimie 1993 :

« [les tests PCR] ne peuvent pas du tout détecter les virus infectieux en circulation [...] Les tests peuvent détecter des séquences génétiques de virus, mais pas les virus eux-mêmes »

Par conséquent, les questions évidentes sont les suivantes : combien d'autres virus affichent des séquences virales similaires à celles du Sras-CoV-2 et sont ensuite détectés et sont étiquetés à tort comme étant des Sras-CoV-2 ? Combien de séquences virales non pathogènes et non transmissibles du Sras-CoV-2 conduisent à un test PCR « positif » ?

Pour couronner le tout, le nombre de cycles d'amplification de la PCR pose un sérieux problème. Selon le CDC, il est pratiquement impossible de détecter un virus vivant au-delà d'un seuil de 33 cycles. Cependant, de nombreux États effectuent 40, 45 voire 50 cycles d'amplification. Par exemple, un test positif obtenu à 40 cycles a environ 43 pour cent de chances de ne plus être positif avec un seuil de 35, et 85 pour cent de chances avec un seuil de 30.

Le test antigène est encore pire que le test PCR, puisqu'il entraîne 63 pour cent de faux positifs en plus ! Ces tests sont si peu fiables que même l'OMS en déconseille l'utilisation.

### *3/ Interdiction des traitements efficaces*

À Marseille, en France, où un diagnostic précoce est établi et suivi d'un traitement approprié, notamment l'*hydroxychloroquine* combinée à l'*azithromycine*, le taux brut de mortalité est de 0,01 pour cent. À environ 700 kilomètres de là, à Paris, où le diagnostic est tardif et où l'interdiction de ces deux médicaments est appliquée, le taux de mortalité global grimpe à 0,075 pour cent. Cela représente une augmentation d'un facteur de 7,5.

Comme à Marseille, le Belarus et l'Islande ont effectué un diagnostic précoce et/ont administré des soins appropriés et ils figurent parmi les pays où le nombre de décès par Covid-19 est le plus faible, avec respectivement 1 560 (taux de mortalité brut de 0,016 pour cent) et 29 (taux de mortalité brut de 0,008 pour cent) à la mi-janvier 2021. Dans la même veine, le Vietnam qui utilise le diagnostic précoce, l'*hydroxychloroquine* et n'a pas mis en place de confinement national, la mortalité brute due au Covid-19 est de 0,000036 pour cent (35 décès pour 96 millions d'habitants)

### *4/ Transfert du nombre de victimes de la grippe*

L'hémisphère sud semble avoir purement et simplement échappé à la grippe saisonnière de l'hiver 2020, où les décès dus à la grippe ont diminué de 90 pour cent par rapport aux années précédentes. Selon les principaux médias, cette baisse des décès dus à la grippe est imputable au confinement. Si c'est le cas, comment expliquer que la France ait enregistré un nombre étonnamment bas de décès dus à la grippe pendant la saison 2019-2020 qui s'est terminée *avant* l'imposition du confinement le 17 mars ? En effet, seuls 3

680 décès dus à la grippe ont été enregistrés durant l'hiver 2019-2020. Cela représente une baisse de 70 pour cent par rapport à la moyenne des dix dernières années.

Un autre récit classique explique cette baisse brutale et inattendue du nombre de victimes de la grippe par le fait que le coronavirus empêche l'activité d'autres virus. Mais les virus n'ont aucune difficulté à cohabiter. Par exemple, rien qu'en Europe, pendant la saison de la grippe 2019/2020, au moins six souches actives de grippe ont été détectées : type A A(H1N1)pdm09, A(H3N2) A(Inconnu), B/Victoria, B/Yamagata et B/Unknown, et nous savons que le Sras-CoV-2 était sur le continent depuis au moins le 2 décembre 2019.

Dans l'hémisphère nord, la France n'est pas le seul pays à avoir enregistré la disparition de la grippe saisonnière. Les États-Unis et le Royaume-Uni ont respectivement fait état d'une diminution stupéfiante de 98 pour cent et 90 pour cent des décès qui lui sont attribués.

En se basant sur le nombre hyper exagéré de décès par Covid de l'OMS, qui est de 1,7 million en janvier 2021, on peut déduire les chiffres suivants :

- Les décès faussement positifs, c'est-à-dire les patients qui n'ont même pas eu le Covid, représentent au moins 33 pour cent du nombre total de décès attribués au Covid-19. Cela représente 700 000 sur 1,7 million ;
- Les décès dus à des comorbidités représentent 30 pour cent du nombre total de décès attribués au Covid, soit 500 000 sur 1,7 million ;
- Environ 90 pour cent du nombre de décès dus généralement à la grippe a été imputé au Covid, soit 300 000 décès sur 1,7 million.

En fonction des chevauchements entre ces trois types de décès non liés au Covid-19, le nombre réel de décès liés au Covid-19 peut être estimé entre 300 000 et 1,1 million.

Cette fourchette ne tient même pas compte de la réduction par 7 de la mortalité liée à un diagnostic précoce approprié et à un traitement adéquat. En tenant compte de ce paramètre, la mortalité totale due au Covid-19 avec un diagnostic précoce et des soins appropriés diminuerait de 40 000 à 140 000 victimes dans le monde. Notez que les estimations ci-dessus sont très prudentes, nous sommes donc amenés à nous demander si le Sras-CoV-2 a véritablement causé de façon directe un nombre important de décès.

*Quel type de pandémie provoque bien moins de décès que la grippe saisonnière ?*

## Excès de mortalité

La surmortalité comprend les décès attribués au Covid-19 ainsi que les nombreux décès dus au confinement. Comme nous le verrons, il est probable que ces derniers ont provoqué beaucoup plus de décès que le Covid-19 lui-même.

## 1/ Retards dans les traitements et les diagnostics

En Angleterre et au Pays de Galles, seul un tiers de la surmortalité observée dans les maisons de retraite médicalisées et les résidences privées peut s'expliquer par le Covid-19, les deux tiers restants sont dus à des citoyens âgés qui se sont vu refuser les soins primaires et « qui auraient pu vivre plus longtemps s'ils avaient pu se rendre à l'hôpital ». Ce problème est particulièrement vrai pour les patients atteints de cancer. Au Royaume-Uni, le fait d'en avoir empêché le diagnostic et le traitement médical pourrait entraîner la mort de 18 000 patients supplémentaires.

## 2/ Conditions psychiatriques

Une méta-analyse de la santé mentale de la population générale a été publiée en décembre 2020. Comme prévu, la « pandémie » a considérablement aggravé le problème :

« Des taux relativement élevés de symptômes d'anxiété (6,33 pour cent à 50,9 pour cent), de dépression (14,6 pour cent à 48,3 pour cent), de stress post-traumatique (7 pour cent à 53,8 pour cent), de détresse psychologique (34,43 pour cent à 38 pour cent) et de stress (8,1 pour cent à 81,9 pour cent) ont été signalés pendant la pandémie de Covid-19 au sein des populations en Chine, en Espagne, en Italie, en Iran, aux États-Unis, en Turquie, au Népal et au Danemark [...] La pandémie de Covid-19 est associée à des niveaux très élevés de détresse psychologique qui, dans de nombreux cas, atteindraient le seuil de gravité clinique. »

Source

Il convient de noter que l'espérance de vie des personnes souffrant de maladies mentales est inférieure d'environ 8 ans à celle de la population générale.

## 3/ Suicide

Les chiffres définitifs concernant les décès en 2020 n'ont pas encore été compilés. Cependant, la tendance est déjà claire. Selon certaines études, le suicide a augmenté de 145 pour cent. En toute logique, les tendances suicidaires ont augmenté parallèlement aux suicides avérés, l'Inde, par exemple, enregistrant une hausse de 67,7 pour cent des signalements de comportements suicidaires pendant le confinement. De même, en Chine, l'apparition de très fréquentes pensées suicidaires a été constatée tandis qu'au Canada, on prévoit une augmentation de 500 pour cent des suicides.

## 4/ Alcoolisme et toxicomanie

L'abus d'alcool a fortement augmenté pendant la « pandémie ». Au Royaume-Uni, le nombre d'appels à la ligne d'assistance du *British Liver Trust* a augmenté

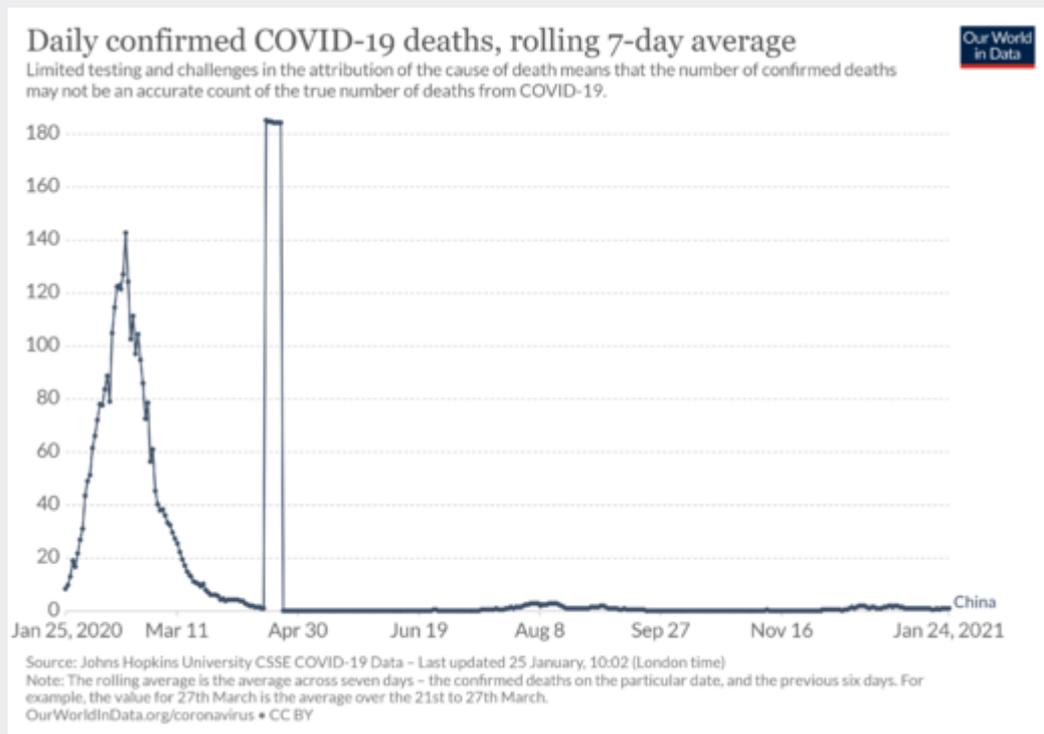
de 500 pour cent depuis le début du confinement en mars. De même, *Alcohol Change* a pendant le confinement enregistré une augmentation de 242 pour cent des visites sur les pages de conseil et de soutien de son site Web. Les enquêtes sur la consommation d'alcool révèlent une situation similaire, avec 21 pour cent des personnes déclarant qu'elles buvaient plus souvent pendant le confinement. Les gros buveurs sont les plus touchés : 38 pour cent de ceux qui buvaient beaucoup avant le confinement ont déclaré qu'ils buvaient encore plus pendant le confinement. Aux États-Unis, une augmentation de 54 pour cent des ventes nationales d'alcool a été enregistrée pour la semaine se terminant le 21 mars 2020, par rapport à l'année précédente.

De même, les surdoses de drogues ont fortement augmenté en 2020. Par exemple, aux États-Unis, les surdoses ont tué le nombre stupéfiant de 81 000 personnes, soit une augmentation de 38 pour cent des surdoses mortelles par rapport à 2019.

## 5/ Pauvreté

Selon la Banque mondiale, la « pandémie » pourrait plonger environ 100 millions de personnes supplémentaires dans l'extrême pauvreté. La différence d'espérance de vie entre un individu en situation d'extrême pauvreté et un individu riche est d'au moins 20 ans. Il faut toutefois préciser que la plupart des décès provoqués par la montée de l'extrême pauvreté ne se produiront pas immédiatement mais dans les années, voire les décennies, qui suivront cette crise économique mondiale fabriquée de toutes pièces.

En dépit du nombre de décès dus au confinement et à ses conséquences plutôt qu'au Covid-19, de nombreux pays n'ont même pas enregistré d'augmentation de la surmortalité pendant la pandémie. C'est le cas de l'Allemagne où l'*hydroxychloroquine* a été utilisée et où de nombreux diagnostics précoces ont été effectués. Mieux que cela, l'Islande – qui a mis en œuvre l'une des approches de diagnostic précoce les plus efficaces au monde – affiche un taux de mortalité en 2020 inférieur à sa mortalité annuelle moyenne. Mais la cerise sur le gâteau est la Chine, où environ 55 tonnes d'*hydroxychloroquine* ont été consommées en 2020 et où aucun confinement national n'a été mis en place : en conséquence, la Chine n'a connu pratiquement aucun décès dû au Covid depuis avril 2020.



© ourworldindata.org

Les décès quotidiens du Covid-19 en Chine

Même la France, qui a interdit l'*hydroxychloroquine* et l'*azithromycine* et a mis en place des mesures de confinement et des couvre-feux prolongés, a connu un taux de mortalité au printemps 2020 inférieur à celui de la saison de la grippe de 2017, et depuis le 1er mai 2020, aucune augmentation de la mortalité n'a été constatée.

*Quel type de pandémie n'entraîne pas un excès marqué de mortalité ?*

## Espérance de vie

En France, et avant même d'être testées positives pour le virus, 80 pour cent des victimes présumées du Covid-19 avaient une espérance de vie inférieure à un an en raison de comorbidités et d'un âge avancé. Dans l'ensemble, les victimes du Covid-19 avaient une espérance de vie d'à peine 3 ans et 82 pour cent des victimes avaient plus de 70 ans. L'âge moyen d'un décès Covid-19 est de 82 ans, soit quelques mois de moins que l'espérance de vie globale.

Dans plusieurs pays, l'âge moyen des décès attribués au Covid-19 est même supérieur à l'espérance de vie. Par exemple, au Royaume-Uni, l'âge moyen des décès attribués au Covid-19 est de 82,6 ans alors que l'espérance de vie moyenne y est de 81,2 ans. En Suède, l'âge moyen des personnes qui seraient mortes du Covid-19 est de 84 ans, soit deux ans de plus que l'âge moyen des décès qui y est de 82 ans.

En raison de l'âge très avancé des personnes qui seraient mortes du Covid-19, de nombreux pays n'ont pas connu de baisse de l'espérance de vie. C'est le

cas de la Chine qui a enregistré 4 600 décès attribués au Covid-19 sur une population de 1,4 milliard d'habitants, ou de l'Islande et de ses 19 victimes du Covid sur 400 000 citoyens islandais.

Même en France, où beaucoup de personnes âgées ont été condamnées à mourir dans des maisons de retraite, où des mesures de confinement draconiennes ont été mises en place, où le diagnostic et les soins ont été retardés pour des affections graves et où des médicaments efficaces contre le Covid-19 ont été interdits et des médicaments toxiques comme le *Rivotril* ou le *Remdesivir* ont par contre été administrés, l'espérance de vie n'a diminué que de 5 mois.

*Quel type de pandémie ne diminue pas sensiblement l'espérance de vie ?*

En résumé, la victime type du Covid-19 est une personne octogénaire qui vit dans une maison de retraite et qui présente plusieurs comorbidités. En général, cette personne est morte à cause du désespoir de l'isolement social et du retard dans le diagnostic et le traitement de ses graves comorbidités. Dans de nombreux cas, le patient n'avait même pas le Covid-19. Toutefois, le Covid-19 l'a bien tué, non pas directement, mais par l'isolement et le refus de soins induits par la pandémie d'hystérie bien orchestrée.

Pour résumer, nous faisons l'expérience d'une « pandémie » assez particulière qui présente un taux de létalité inférieur à celui de la grippe saisonnière, qui tue moins que les maladies infectieuses habituelles, qui n'a pas provoqué de surmortalité marquée et qui n'a pas vraiment réduit l'espérance de vie.

## Les traitements disponibles

Non seulement le Covid-19 est une maladie bénigne, mais elle peut être soignée par de nombreux traitements sûrs, efficaces et peu coûteux : l'artémisia, la vitamine C à forte dose, la vitamine D, le cuivre, le zinc, la *doxycycline*, la *fluvoxamine*, la *bromhexine*, la *colchicine*, l'*ivermectine*, l'*azythromycine* et, bien sûr, l'*hydroxychloroquine*. En outre, la combinaison de certains de ces médicaments a révélé des synergies bénéfiques, notamment un cocktail *hydroxychloroquine + azythromycine + zinc*. Notez également que l'efficacité des médicaments susmentionnés a été publiée dans des revues à comité de lecture il y a plusieurs mois.

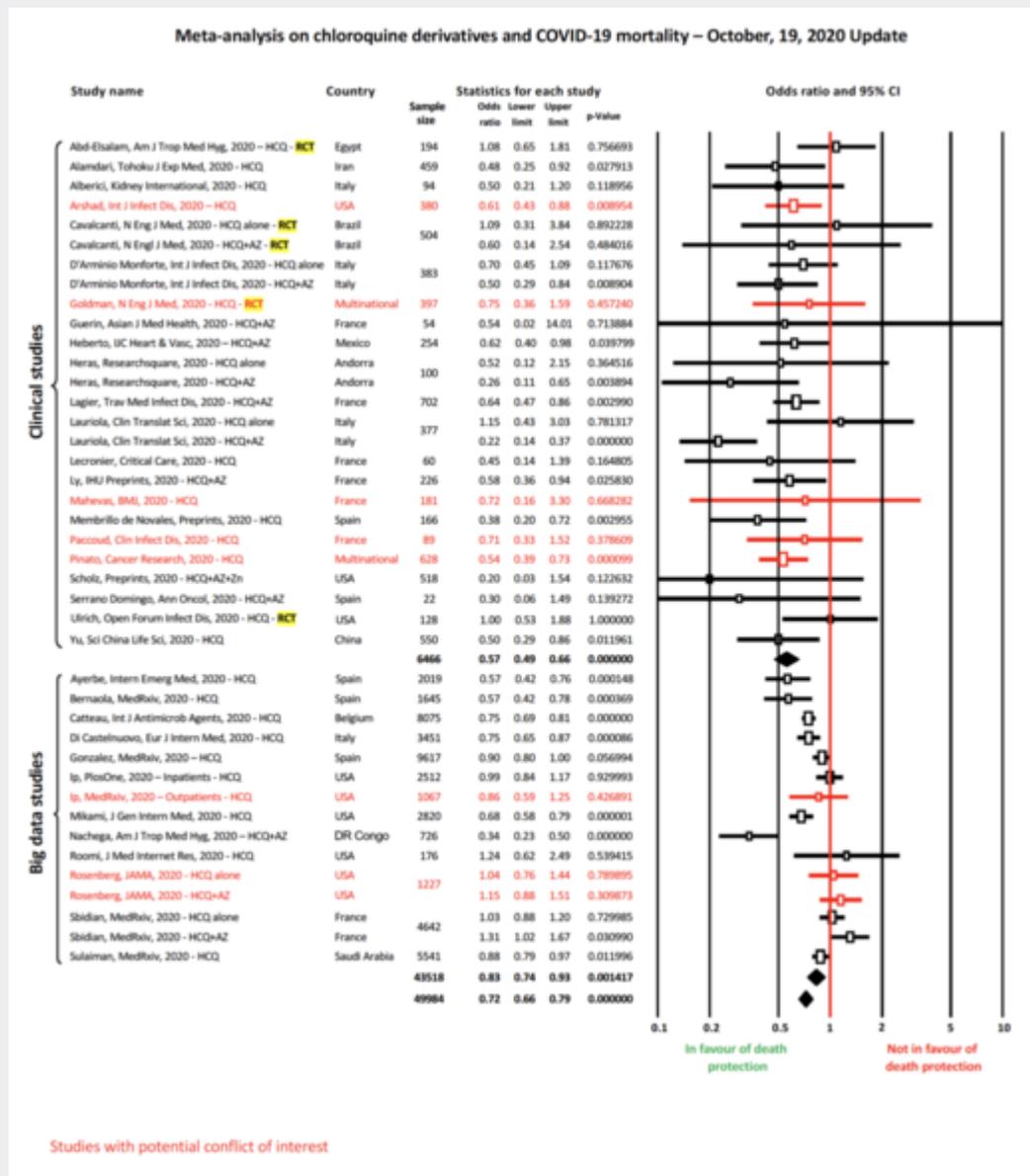
Un bon exemple est l'*hydroxychloroquine* dont l'efficacité contre le Covid-19 a été testée dans pas moins de 195 articles publiés. La conclusion de la méta-analyse statistique de ces articles ne pourrait être plus claire :

« L'hydroxychloroquine est un traitement efficace contre le Covid-19. La probabilité qu'un traitement inefficace produise des résultats aussi positifs que les 166 études réalisées à ce jour est estimée à 1 sur 1 quadrillion ( $p = 0,000000000000000099$ ). »

Source

Une autre façon de déterminer l'efficacité de l'*hydroxychloroquine* est simplement de vérifier si les articles scientifiques publiés ont reçu un financement de *Gilead* – la société américano-israélienne, bourrée de conflits d'intérêts – qui produit le désormais tristement célèbre *Remdesivir*.

En cas de conflit d'intérêts avec *Gilead*, 73 pour cent des articles affirment que l'*hydroxychloroquine* fonctionne pas, et s'il n'y a pas de conflit d'intérêts, 83 pour cent des articles concluent que l'*hydroxychloroquine* fonctionne. C'est aussi simple que cela.



© IHUM

Chloroquine et mortalité du Covid-19

Malgré son efficacité testée à plusieurs reprises, l'*hydroxychloroquine* a été interdite dans un certain nombre de pays occidentaux. En revanche, il n'a fallu qu'un seul faux article scientifique (démystifié peu après) pour que les États achètent du *Remdesivir* pour des milliards de dollars avant d'administrer ce produit par ailleurs toxique en plus d'être inefficace.

La raison de la suppression des traitements connus est au moins double :

- sociale : le refus de soigner pour augmenter délibérément le nombre de décès et donc la peur dans la population, ce qui conduit à l'acceptation peu enthousiaste des vaccins ;
- juridique : l'approbation accélérée par la FDA d'un nouveau médicament n'est possible que lorsque la maladie ciblée « n'a pas de remède ». La suppression des remèdes connus a permis au « vaccin » Pfizer d'être approuvé après deux mois d'essais limités et un maigre rapport des tests, alors qu'une approbation correcte de la FDA nécessite environ 12 années d'essais approfondis et une demande d'homologation pour un nouveau médicament de plus de 100 000 pages.

Pour résumer, le Covid-19 est une maladie bénigne pour laquelle il existe de nombreux traitements sûrs et efficaces. Dans ce contexte, l'approche logique serait d'augmenter le diagnostic clinique précoce et de diffuser et d'améliorer les stratégies thérapeutiques existantes. Ce n'est pas ce que les élites ont décidé, surtout dans le monde occidental. Elles ont plutôt interdit les traitements efficaces et, parmi toutes sortes de vaccins douteux, ont imposé le pire, le « vaccin » à ARN de Pfizer sur lequel nous allons maintenant concentrer notre attention.

## « Vaccin » à ARNm ou thérapie génique ?

En dépit de son nom, le « vaccin » de Pfizer s'apparente davantage à la thérapie génique, dont la définition est la suivante : « l'utilisation de l'apport thérapeutique d'acides nucléiques dans les cellules d'un patient ». Le « vaccin » de Pfizer est exactement cela, une séquence d'ARN artificielle délivrée par des nanolipides dans les cellules du patient, pour les pirater et les inciter à produire la protéine Spike que l'on trouve dans le Sras-CoV-2, ou au moins dans l'un de ses anciens variants. De là, l'hôte devrait réagir à cette protéine en produisant des anticorps. Si la quantité d'anticorps est trop importante, il se produit une tempête immunitaire [aussi appelé choc cytokinique ou encore tempête de cytokines – NdT] ; si la quantité d'anticorps est insuffisante, l'immunité induite est inutile.

Remarquez que la thérapie génique n'a jamais été utilisée à grande échelle. Elle n'a été utilisée que dans des protocoles expérimentaux anti-tumoraux de phase 1. Les médicaments étaient tellement toxiques que les essais de phase 2 n'ont jamais été réalisés. Les « vaccins » à ARN contre le Mers et le Sras ont suivi la même trajectoire conduisant à l'échec.

En 1999, le généticien Alain Fischer, a mené le premier essai clinique avec quelques rares résultats positifs dans le monde des *thérapies géniques* [pour les lecteurs francophones qui aimeraient en savoir plus sur Fischer dans le cadre des thérapies géniques qu'il a menés, lire cette interview menée par *La Jaune et la Rouge* en janvier 2002 – NdT]. Ce même Alain Fischer a été nommé expert en vaccins par les autorités françaises. Interrogé sur le « vaccin » Pfizer, Fischer a répondu avec prudence, soulignant que les effets

de l'infectiosité et la durée de l'immunité étaient inconnus, que les effets secondaires étaient inévitables et que la crainte du vaccin était compréhensible. De toute évidence, l'analyse de Fischer ne correspondait pas au discours pro-vaccin, puisqu'il ne bénéficie plus [aujourd'hui – NdT] d'une exposition médiatique.

## Un « vaccin » au mieux inutile, au pire nuisible ?

L'histoire des vaccins est pleine de scandales majeurs. En voici quelques exemples :

1. Le vaccin de Salk contre la polio qui a provoqué la pire épidémie de polio de l'histoire en infectant 200 000 personnes avec un poliovirus vivant, dont 70 000 sont tombées malades ;
2. La prévalence actuelle de la poliomyélite causée par les vaccins par rapport à la poliomyélite d'origine naturelle ;
3. Le vaccin contre la dengue déclenchant la production d'anticorps qui ne sont pas nuisibles mais bénéfiques au virus de la dengue, ce qui entraîne des formes plus graves de la maladie ;
4. Et n'oublions pas Bergame, en Italie, où la population a connu une forte prévalence de formes graves de Covid-19 parmi les personnes vaccinées. Il n'y a pas de mystère, car depuis des années, on sait que le vaccin anti-grippe favorise et aggrave les infections à coronavirus.

De même, les vaccins contre les proches parents du Sras-CoV-2 comme le Sras ou le Mers, qui comme le « vaccin » Pfizer ciblent la protéine Spike, ont également été testés mais rapidement abandonnés, l'un des principaux effets indésirables étant la création d'anticorps qui ne préviennent pas mais favorisent les infections virales.

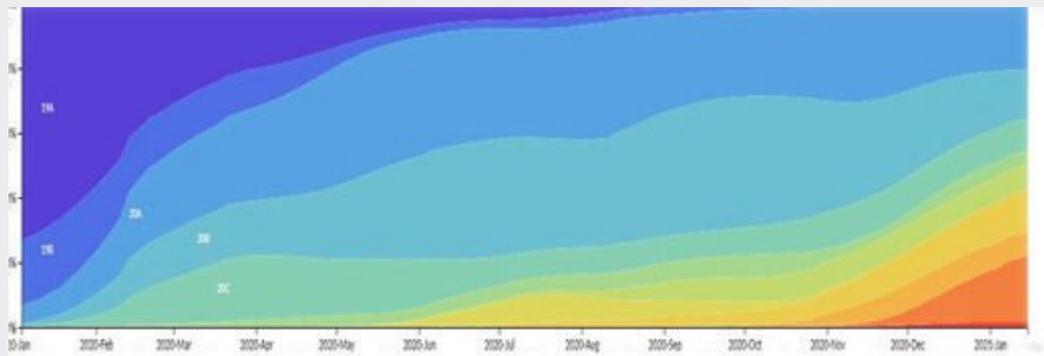
Les vaccins contre la dengue, la grippe, le Sras et le Mers partagent le même défaut fondamental, bien connu des scientifiques sous le nom de renforcement dépendant des anticorps[ou facilitation de l'infection par des anticorps – NdT], causé par le vaccin qui, au lieu de fournir une immunité, augmente la vulnérabilité à et la gravité de la maladie qu'il cible. Dans ce contexte, il ne serait pas surprenant que les « vaccins » à ARN déclenchent des formes plus graves de Covid-19.

En outre, comme la plupart des rétrovirus, le Sras-CoV-2 est extrêmement enclin aux mutations. L'analyse de 10 000 de ses génomes a révélé un nombre élevé de modifications génétiques :

« 2 969 mutations faux-sens, 1 965 mutations silencieuses, 484 mutations dans les régions non codantes, 142 suppressions non codantes, 100 suppressions dans le cadre de lecture, 66 insertions non codantes, 36 variants à mutation ponctuelle, 11 suppressions de décalage du cadre de lecture et deux insertions dans le cadre de lecture. »

Source

Ce nombre important de variations génomiques a conduit à l'émergence d'au moins 14 variants distincts, dont le « variant anglais » qui présente 23 mutations détectables, dont 70 pour cent sont situées sur sa protéine Spike, qui est la cible même du « vaccin » Pfizer.



© Nextstrain  
Variants Sras-CoV-2

Que ce soit une coïncidence ou pas, le *Remdevisir* mentionné ci-dessus a été testé sur des patients britanniques dans au moins 15 centres de santé différents et largement administré après sa pseudo-approbation. Il est désormais établi que le *Remdevisir* déclenche des mutations dans le Sras-CoV-2, en particulier dans sa protéine Spike. Étant donné sa propriété mutagène et son utilisation au Royaume-Uni, la question évidente est la suivante : « Le *Remdesivir* a-t-il joué un rôle dans l'apparition du variant anglais ? »

Quoi qu'il en soit, dans la seule ville de Marseille, pas moins de 33 patients sont tombés malades à deux reprises, du variant appelé *Marseille 1*, puis du variant *Marseille 4*. Pire encore, toujours à Marseille, un patient a été infecté trois fois par des variants du Sras-CoV-2 en seulement neuf mois.

La réinfection par le Sras-CoV-2 est suffisamment répandue pour que les scientifiques ne se demandent plus *si* elle se produit, mais *comment* elle se produit :

« la possibilité de réinfection par le Sras-CoV-2 n'est pas bien comprise [...] une exposition antérieure au Sras-CoV-2 ne se traduit pas nécessairement par une immunité totale garantie. Les implications des réinfections pourraient être pertinentes pour le développement de vaccins [...] L'analyse génomique du Sras-CoV-2 a montré des différences génétiquement significatives entre chaque variant associé à chaque cas d'infection. »

Source

Ces réinfections suggèrent que l'immunité naturelle contre le Covid-19 pourrait ne durer que quelques mois, l'une des raisons de cette courte

immunité étant probablement les nombreuses mutations du Sras-CoV-2. Si l'immunité naturelle n'empêche pas une réinfection rapide, le « vaccin » Pfizer, qui, contrairement à l'immunité naturelle, ne cible qu'une petite partie du virus – à savoir sa protéine Spike, qui a considérablement changé depuis la conception du « vaccin » – devrait donner des résultats encore plus médiocres. En conclusion, il est peu probable que le « vaccin » Pfizer confère une immunité durable, si tant est qu'il en confère une tout court, en particulier contre les variants actuels et futurs.

Ce qui précède n'est pas seulement théorique. En Israël, par exemple, pas moins de 12 400 résidents ont été testés positifs au Sras-CoV-2 après avoir reçu le « vaccin » Pfizer, parmi lesquels 69 personnes qui avaient déjà reçu la deuxième dose.

## La méthodologie du « vaccin » Pfizer

### 1/ Objectifs de procédure inappropriés

L'essai de Pfizer avait pour objectif principal d'évaluer, 28 jours après la première inoculation, la fréquence des formes légères à sévères du Covid-19. Le taux de mortalité, l'infectiosité, la durée de l'immunité (le cas échéant), ou même l'apparition de formes légères à sévères à long terme n'ont pas été étudiés. Mais, attendez une minute, toute la pandémie et l'hystérie vaccinale ont été construites sur ces mêmes craintes de mort et de contamination, nous avons entendu *ad nauseam* les injonctions des médias : « les gens meurent en masse », « faites-vous vacciner pour éviter d'infecter les autres », « faites-vous vacciner pour être immunisé contre le Covid-19 », « faites-vous vacciner pour éviter de mourir du Covid-19 », etc.

### 2/ Partialité du groupe testé

La sélection des essais, en particulier l'âge combiné à l'état de santé, constitue un autre préjugé frappant. Nous avons montré ci-dessus que les personnes fragiles et âgées sont de loin les plus susceptibles de souffrir du Covid-19. Mais seulement 2 pour cent de l'essai de Pfizer comprend des patients de plus de 75 ans et souffrant de maladies préexistantes. En outre, les sujets de tout âge présentant des comorbidités sont nettement sous-représentés :

« Au total, seule une personne sur cinq semble souffrir d'une affection sous-jacente, et pour les différentes affections sous-jacentes individuelles, le pourcentage de personnes qui en souffrent est souvent inférieur à 1 pour cent. »

Source

De plus, la taille limitée du groupe vaccinal (environ 20 000 participants) ne présente pas toutes les combinaisons âge – race – sexe – maladie –

traitement – profil génétique rencontrées dans la population générale. Il n'existe aucune donnée de sécurité concernant les enfants, les personnes immunodéprimées ou les femmes enceintes, pour la bonne et simple raison qu'ils ont été exclus de l'essai.

Fondamentalement, Pfizer a sélectionné des sujets jeunes et sains pour tester un « vaccin » qui est maintenant administré en priorité aux personnes âgées et malades. Quel est l'intérêt d'étudier de jeunes individus en bonne santé, qui, vaccinés ou non, sont de toute façon à peine touchés par le Covid-19 ? Ce préjugé minimise-t-il les effets secondaires et maintient-il l'illusion d'un « vaccin » sûr ?

### 3/ Placebo au lieu de médicaments dont l'efficacité est connue

Un nouveau médicament est testé contre un placebo lorsque la maladie ciblée n'a pas de remède connu. Dans le cas du Covid-19, il existe plusieurs remèdes connus auxquels Pfizer aurait dû comparer son « vaccin ».

C'était le concept de l'essai clinique *Discovery* qui comparait le *Remdesivir*, l'*hydroxychloroquine* et d'autres médicaments. Lorsque les résultats préliminaires ont commencé à montrer que l'*hydroxychloroquine* était le plus efficace, elle a rapidement été retirée des essais. Pfizer n'a pas fait la même erreur en testant son nouveau médicament contre un médicament efficace. Au lieu de cela, ils ont testé leur « vaccin » contre un placebo.

### 4/ Conception et traitement unilatéral des données

Aucune partie tierce n'a été impliquée dans la conception de l'essai, son suivi et le traitement des résultats. Toute l'étude a été conçue, menée, analysée, publiée et payée par l'entreprise Pfizer elle-même.

Comme l'a déclaré le neurologue néerlandais Jan B. Hommel :

« Le fait qu'un comité indépendant sur les données et la sécurité ait pu voir les données ne change rien à cela, pour la simple raison qu'il n'était pas inclus ni n'a rien eu à dire dans la conception de la recherche, la sélection des participants, les statistiques utilisées ou la publication. [...] Je n'ai pas besoin d'expliquer ici comment une telle façon de faire peut conduire à des résultats biaisés de la recherche scientifique, parce que cette question a fait l'objet de recherches et de publications approfondies au cours des vingt dernières années. »

### Bénéfices

Le principal argument marketing du « vaccin » de Pfizer est son efficacité supposée de 95 pour cent. Ce chiffre est la seule affirmation de Pfizer et il

doit être pris avec des pincettes en raison de nombreux facteurs :

## 1/ Les précédents de Pfizer

Nous devons d'abord comprendre le contexte de l'entreprise à laquelle nous avons affaire ici. Pfizer est la plus grande entreprise pharmaceutique au monde et c'est également l'entreprise qui a été condamnée à la deuxième plus grosse amende pénale de l'histoire des États-Unis pour avoir menti sur l'un de ses médicaments et avoir soudoyé des médecins. Cette amende record n'est qu'un exemple parmi d'autres. Pfizer a été condamné à de nombreuses reprises pour avoir dissimulé les principaux effets secondaires du *Protonix*, caché les propriétés cancérigènes du *Prempro*, menti sur le comportement suicidaire provoqué par le *Chantix*, fait la promotion de la *Depo-Testosterone* comme étant efficace et sûre alors qu'elle est inefficace et induit des effets secondaires importants, et mené des essais cliniques illégaux pour le *Trovan* au Nigeria, qui a causé la mort de 11 enfants. La liste des crimes commis par Pfizer ne cesse d'augmenter.

N'oublions pas non plus que grâce à la vente mondiale de son « vaccin » à ARN, Pfizer encaissera 14 milliards de dollars par an – soit plus que le PIB du Nicaragua.

## 2/ Efficacité relative versus efficacité absolue

Au cours de l'essai clinique de Pfizer, 8 cas de Covid-19 ont été trouvés dans le groupe des 20 000 personnes vaccinées et 86 cas dans le groupe placebo de 20 000 personnes. Cela signifie que le taux de contamination au Covid-19 est de 0,0004 dans le groupe du vaccin et de 0,0043 dans le groupe placebo. Par conséquent, la réduction absolue du risque pour un individu n'est que d'environ 0,4 pour cent ( $0,0043 - 0,0004 \times 100$ ).

Le « nombre de personnes qui a besoin d'être vacciné (NNTV) » est égal à 256 ( $1 / 0,0039$ ), ce qui signifie que pour prévenir un seul cas de Covid-19, 256 personnes doivent recevoir le « vaccin » ; les 255 autres personnes ne retirent aucun bénéfice, mais sont soumises à ses nombreux effets indésirables [le NNTV est une métrique utilisée dans l'évaluation des vaccins et dans la détermination de la politique de vaccination. Il s'agit d'une application spécifique du nombre nécessaire pour traiter la métrique qui intègre les implications de l'immunité collective – NdT].

## 3/ Exclusion des cas suspects

L'efficacité (relative) revendiquée de 95 pour cent a été obtenue en excluant un total de 3 410 cas Covid-19 suspectés, mais non confirmés (probablement en raison de faux négatifs). Lorsque ces 3 410 cas suspects sont réintégrés, l'efficacité relative tombe à 19 pour cent (ce qui est bien inférieur au seuil d'efficacité de 50 pour cent fixé par les autorités de réglementation) et la réduction absolue du risque tombe à un ridicule 0,08 pour cent.

## 4/ Résultats non reproduits

La pierre angulaire de tout travail scientifique est sa reproductibilité. Les résultats de l'essai clinique ont été publiés dans une revue à la fin de 2020, mais les essais cliniques n'ont pas été reproduits et il est peu probable qu'ils le soient, car aucune entreprise pharmaceutique ne réalisera d'essais cliniques coûteux pour une molécule brevetée par un concurrent. Nous n'avons donc que la parole de Pfizer, qui est également un criminel récidiviste.

En résumé, selon Pfizer, l'avantage de son « vaccin » repose sur une réduction des symptômes de la grippe chez les jeunes en bonne santé. Ils ne savent pas, ou plutôt, ils ne veulent pas que nous sachions, ce qui importe vraiment : les symptômes chez les personnes fragiles et âgées, la mortalité, l'infectiosité ou la durée de l'immunité. Nous commençons à en avoir une idée.

L'ironie est que le « vaccin » n'a même pas atteint son objectif principal (et non pertinent) qui était la réduction de la forme grave du Covid-19. On peut lire dans l'éditorial du *New England Journal of Medicine* où ont été publiés les résultats de l'essai clinique de Pfizer :

« Le nombre de cas graves de Covid-19 (un dans le groupe du vaccin et neuf dans le groupe placebo) est trop faible pour que l'on puisse tirer des conclusions quant à savoir si les rares cas qui surviennent chez les personnes vaccinées sont réellement plus graves. »

## Les risques du vaccin Pfizer

On sait peu de choses sur les bénéfices du « vaccin » de Pfizer et le peu qui est revendiqué n'est pas pertinent. Mais les informations sur les risques arrivent lentement, et les résultats ne sont pas très reluisants.

### 1/ Les effets indésirables du « vaccin »

Selon la FDA, le « vaccin » Pfizer peut provoquer de nombreux « effets indésirables » graves, et ce ne sont que les effets indésirables connus induits par les vaccins « traditionnels » et leurs adjuvants habituels :

## FDA Safety Surveillance of COVID-19 Vaccines :

### DRAFT Working list of possible adverse event outcomes

\*\*\*Subject to change\*\*\*

- Guillain-Barré syndrome
- Acute disseminated encephalomyelitis
- Transverse myelitis
- Encephalitis/myelitis/encephalomyelitis/  
meningoencephalitis/meningitis/  
encephalopathy
- Convulsions/seizures
- Stroke
- Narcolepsy and cataplexy
- Anaphylaxis
- Acute myocardial infarction
- Myocarditis/pericarditis
- Autoimmune disease
- Deaths
- Pregnancy and birth outcomes
- Other acute demyelinating diseases
- Non-anaphylactic allergic reactions
- Thrombocytopenia
- Disseminated intravascular coagulation
- Venous thromboembolism
- Arthritis and arthralgia/joint pain
- Kawasaki disease
- Multisystem Inflammatory Syndrome  
in Children
- Vaccine enhanced disease

© FDA

Les effets indésirables du « vaccin » Pfizer

Note du traducteur : La FDA a émis dans sa Présentation de la réunion de la commission du 22 octobre 2020, un avis sur les vaccins et produits biologiques connexes, \*\*\*Sous réserve de modifications\*\*\*. Pour ce qui concerne la surveillance de l'innocuité des vaccins Covid-19, le rapport de la FDA liste – dans une ébauche – la survenue possible d'effets indésirables, dont la mort ; cette liste se trouve à la page 16 dudit rapport, d'où est tiré l'image ci-dessus :

- Syndrome de Guillain-Barré ;
- Encéphalomyélite aiguë disséminée ;
- Myélite transverse ;
- Encéphalite / Myélite / Encéphalomyélite / Méningo-encéphalite /  
Méningite / Encéphalopathie ;
- Convulsions / Crises ;
- AVC ;
- Narcolepsie et cataplexie ;
- Anaphylaxie ;
- Infarctus aigu du myocarde ;
- Myocardite / Péricardite ;
- Maladie auto-immune ;
- Décès ;
- Fausse couche ;
- Autres maladies démyélinisantes aiguës ;
- Réactions allergiques non anaphylactiques ;
- Thrombocytopénie ;

- Coagulation intra-vasculaire disséminée ;
- Thrombo-embolie veineuse ;
- Arthrite et arthralgie / Douleurs articulaires ;
- Maladie de Kawasaki ;
- Syndrome inflammatoire multi-systémique chez les enfants ;
- Maladie renforcée par le vaccin.

Les effets à long terme des vaccins sont connus pour être parmi les plus dévastateurs. Ainsi, en plus de la liste ci-dessus, il est très probable que de nombreux autres effets indésirables graves induits par les « vaccins » à ARN seront progressivement identifiés, comme la maladie de Lou Gehrig, la maladie d'Alzheimer, le cancer et la sclérose en plaques, comme le suggère Judy Mikovitz [Voir un extrait de cet échange vidéo traduit en français dans cet article – NdT].

L'infertilité sera probablement un autre effet secondaire « inattendu » à long terme puisque la protéine Spike ciblée est très similaire à la syncytine, une protéine impliquée dans le développement du placenta [la syncytine est également présente dans le sperme – NdT]. Lorsque Pfizer a testé ses « vaccins » sur des rats, il a constaté une baisse de 50 pour cent du comportement reproductif par rapport aux rats non vaccinés. C'est probablement pour cacher cet effet secondaire que Pfizer a exclu les femmes enceintes de son essai.

Les effets indésirables des vaccins énumérés ci-dessus sont de plus en plus considérés par les autorités comme une conséquence du Covid-19. C'est le cas du syndrome de Guillain-Barré qui, depuis décembre 2020 et peu après le début de la campagne de vaccination, serait causé par le Covid-19. Jusqu'alors, aucune causalité entre les deux n'était revendiquée, si ce n'est une aggravation des symptômes du Covid-19 chez les patients atteints du syndrome de Guillain-Barré. Il en va de même pour le syndrome inflammatoire multi-systèmes chez les enfants, qui est maintenant considéré comme étant causé par le Sras-CoV-2, et pour le syndrome de Kawasaki, une réaction vaccinale avérée qui est maintenant imputée au Covid-19.

Pour minimiser encore les effets potentiellement dévastateurs du « vaccin » Pfizer, un rapport des CDC indique que l'anaphylaxie est à l'origine d'un nombre croissant d'effets indésirables.

Tout serait parfait, sauf que lorsque l'on calcule le pourcentage d'incidence de ces événements, on obtient les chiffres suivants :

- 14 décembre :  $3 / 679 = 0,4$  pour cent ;
- 15 décembre :  $50 / 6\ 090 = 0,8$  pour cent ;
- 16 décembre :  $373 / 27\ 823 = 1,3$  pour cent ;
- 17 décembre :  $1\ 476 / 67\ 963 = 2,2$  pour cent ;
- 18 décembre :  $3\ 150 / 112\ 807 = 2,8$  pour cent.

Comme vous pouvez le constater, le taux d'incidence de l'« anaphylaxie » ne cesse d'augmenter. Il a été multiplié par sept, passant de 0,4 à 2,8 pour cent en cinq jours seulement, ce qui laisse supposer que le vaccin a des effets indésirables retardés qui peuvent mettre des jours à se manifester. Le problème est que l'anaphylaxie est connue pour se manifester presque *immédiatement* après l'exposition à l'agent allergène :

« Les symptômes peuvent commencer quelques secondes ou minutes après l'exposition à l'aliment ou à la substance à laquelle vous êtes allergique et, en général, ils progressent rapidement. Dans de rares cas, il peut y avoir un retard de quelques heures dans l'apparition des symptômes. »

Source

Cela signifie que d'autres effets indésirables (retardés) se produiront probablement parallèlement à l'anaphylaxie (immédiate).

## 2/ Les réactions négatives au « vaccin »

À ces effets négatifs, il faut en outre ajouter les réactions négatives. Le tableau ci-dessous récapitule les réactions au « vaccin Pfizer » (selon Pfizer) lors de la deuxième inoculation :

	Any reaction	Mild	Moderate	Severe
Pain*	66.1%	47.7%	18%	0.5%
Redness*	7.2%	3.6%	3.2%	0.5%
Swelling*	7.5%	4.1%	3.2%	0.2%
Fatigue	59.4%	21.1%	33.7%	4.6%
Fever	15.8%	9.2%	5.2%	1.2%
Headache	51.7%	25.6%	22.9%	3.2%
Chills	35.1%	17.1%	15.9%	2.1%
Vomiting	1.9%	1.3%	0.4%	0.2%
Diarrhea	10.4%	8.5%	1.7%	0.2%
Muscle pain	37.3%	15.5%	19.5%	2.2%
Joint pain	21.9%	9.8%	11.2%	1%

© Vox

Réactions secondaires signalées du « vaccin » Pfizer

Note du traducteur : *Colonne de gauche* : Douleurs – Rougeurs – Gonflements – Fatigue – Fièvre – Maux de tête – Frissons – Vomissements – Diarrhées – Douleurs musculaires – Douleurs articulaires

*Deuxième colonne* : Toute réaction – *Troisième colonne* : réactions moyennes – *Quatrième colonne* : Réactions modérées – *Cinquième colonne* : Réactions graves

Toutefois, une réserve s'impose. Ce tableau se concentre uniquement sur le sous-groupe des 18-55 ans, essentiellement les jeunes et les personnes en bonne santé, qui développent rarement une forme grave de Covid-19 et en meurent encore plus rarement.

La fréquence des réactions secondaires est élevée : 59 pour cent éprouvent de la fatigue, 52 pour cent des maux de tête, 37 pour cent des douleurs musculaires. Presque tous les patients ont ressenti des réactions secondaires. La gravité des symptômes est également assez effrayante. Par exemple, 38 pour cent des sujets jeunes et en bonne santé ont éprouvé une fatigue modérée à forte et 26 pour cent des maux de tête modérés à forts. « modéré » signifie interférer avec l'activité et « grave » signifie empêcher l'activité quotidienne.

En revanche, la population générale a une probabilité de plus de 60 pour cent de ne pas avoir de symptômes après avoir contracté le Sras-CoV-2. La sous-population relativement jeune et saine sélectionnée par Pfizer a environ 80 pour cent de probabilité d'être asymptomatique. Ainsi, d'un côté, nous avons le « vaccin » Pfizer avec ses réactions secondaires garanties à 100 pour cent, et de l'autre, nous avons le Sras-CoV-2 à 80 pour cent asymptomatique.

*Ce « vaccin » cause-t-il plus de symptômes que la maladie qu'il est censé guérir ?*

Notez dans le tableau ci-dessus que, tout comme le tableau des effets indésirables des vaccins, seules les réactions négatives peu après l'inoculation sont enregistrées. Les réactions négatives survenues plus de deux mois après la première inoculation n'ont tout simplement pas été évaluées.

Cela signifie que nous n'avons aucune idée des risques à moyen et long terme du « vaccin ».

### 3/ Les décès dus aux vaccins

La mort figurait sur la liste des effets indésirables de la FDA, et la FDA avait raison. Plusieurs décès sont survenus peu après la vaccination. Au début, les cas semblaient sporadiques. Un décès, puis un second sont survenus en Israël peu après l'inoculation. À peu près au même moment, un décès similaire est survenu en Suisse. Puis un médecin de Floride est mort peu après avoir reçu le « vaccin » Pfizer.

Le cas de la Norvège est plus singulier avec 2 décès dus au vaccin début janvier, suivis de 23 décès dans une maison de retraite. Cela fait un total

de 25 décès dus au vaccin alors qu'environ 20 000 doses y ont été administrées dans les semaines précédant les « incidents ». Ainsi, le taux de mortalité lié au « vaccin » est d'environ 0,125 pour cent, ce qui est comparable au taux de létalité du Covid-19 mentionné plus haut. Et ces décès induits par le « vaccin » ne sont que les premiers et ils sont consécutifs à une seule inoculation.

Plus choquant encore est le cas des maisons de retraite de Nice, avec 50 décès en surnombre le 15 janvier, soit seulement 4 jours après le début des vaccinations. Au cours de ces quatre jours, environ 16 000 doses du « vaccin » Pfizer y ont été administrées. Cela donne un taux de mortalité préliminaire par vaccin supérieur à 0,3 pour cent, soit plus du double du taux de létalité du Covid-19 et, là encore, ce nombre de décès est limité à quelques jours après la toute première inoculation.

La Norvège et Nice ne sont pas des cas isolés. Après la première inoculation du « vaccin » Pfizer à 5 847 patients de Gibraltar, 53 d'entre eux sont morts en quelques jours. Cela représente un taux de mortalité lié au vaccin de 0,9 pour cent. Une maison de retraite de New York qui n'avait connu aucun décès dû au Covid-19 avant la vaccination, a signalé 24 décès juste après la vaccination de 193 résidents. Cela représente un taux de mortalité vaccinale de 12 pour cent. La liste des victimes du vaccin se poursuit, et ce juste après la première dose.

*Le « médicament » est-il plus mortel que la maladie qu'il est censé guérir ?*

Bien entendu, les autorités nient tout lien entre les vaccinations et ces décès. Elles accusent les comorbidités. Quand un individu vacciné avec des comorbidités meurt, c'est à cause des comorbidités. Lorsqu'un individu présumé positif au Sras-CoV-2 et présentant des comorbidités meurt, c'est à cause du Sras-CoV-2. Tout cela a-t-il un sens ?

## Conclusion

Le Covid-19 est une maladie bénigne pour laquelle il existe des traitements sûrs et efficaces. Mais ces traitements sont interdits ou supprimés alors qu'un dangereux et inefficace « vaccin » à ARN nous est imposé par chantage : pas de vaccin = pas de liberté. Des dizaines de millions de personnes ont déjà été vaccinées, alors, si vous devez vous faire injecter le « vaccin », voici un article décrivant les approches thérapeutiques et nutritionnelles pour atténuer ses effets secondaires.

Les élites ne veulent pas nous protéger, elles veulent nous contrôler. Ces créateurs de réalité autoproclamés ont fabriqué un vaccin [pour diffuser le virus] de l'« obéissance » qui s'est royalement retourné contre eux et s'est transformé en un [virus] mutant [diffusant la] « désobéissance ». Ils ont donc créé de toutes pièces une fausse pandémie afin d'imposer un vaccin qui, je crois, est conçu pour annuler les effets bénéfiques du mutant « désobéissance ». En outre, ce vaccin est plus mortel et plus nocif que la maladie mineure qu'il est censé guérir.

Mais comme nous le verrons dans le prochain épisode, au lieu de faire semblant de prévenir une fausse pandémie, le « vaccin » à ARN pourrait très bien se recombinaison avec des endo-rétrovirus dormants et déclencher une véritable pandémie lors d'une seconde épopée. Si cela devait se produire, cela montrerait une fois de plus que l'histoire a un sens de l'ironie superbe.

---

## Notes :

*Certains des liens de cet article mènent à des vidéos en français de chercheurs du laboratoire de l'IHU comme Didier Raoult, Louis Fouché, Michel Drancourt ou Philippe Parola. En dehors de la Chine, le laboratoire IHU a publié le plus grand nombre d'articles sur le SARS-COV-2 à ce jour. Ces chercheurs ont donc une connaissance unique de la « pandémie », malheureusement [sauf pour les francophones – NdT] leurs présentations vidéo sont pour la plupart en français.*

Cet article a initialement été publié en anglais le 27 janvier 2021 : *Sott.net*

Pierre Lescaudron



Après une formation d'Ingénieur et l'obtention d'un MBA, Pierre a occupé des fonctions de direction générale, de consultant et d'enseignant en 3e cycle. Pierre a rejoint Sott.net pour qui il écrit des articles et mène des traductions, satisfaisant ainsi sa soif de découverte en particulier dans les domaines des sciences, des technologies, de la santé et de l'histoire.

Pierre est également instructeur certifié du programme Eiriu Eolas et pendant son temps libre, il aime fabriquer ou construire toute sorte de choses.