

aa ANNEXE COVIDIENNE MOTS À MAUX aa

[Covid Annex – Covid Lexicon]

Annexe FRANÇAIS-ANGLAIS de l'*Alterdictionnaire médico-pharmaceutique bilingue*¹,
[FRENCH-ENGLISH Annex to the *Alternative Bilingual Medico-Pharmaceutical Dictionary*]

« Un essai en vaccinologie sociale - An Essay in Social Vaccinology »

« Pour traiter l'illettrisme vaccinal - To Treat Vaccinal Illiteracy »

« Un abécédaire pandémique - The Pandemic from A to Z »

« Un glossaire engagé – A Committed Glossary »

Mise à jour / Updated : 30.11.2022

Entrées / Entries : 325

Disponible gratuitement sur

http://alterdictionnaire.homovivens.org/fr/nouveaux_documents

puis cliquer sur *Annexe covidienne*

Free access at

http://alterdictionnaire.homovivens.org/fr/nouveaux_documents

then click on *Annexe covidienne*

**« POUR LA SANTÉ À TOUT PRIX, LA GRANDE ENTREPRISE PREND NOTRE ARGENT,
LES AUTORITÉS RESTREIGNENT NOS LIBERTÉS ET LA POLITIQUE CAPTURE LA SCIENCE »**

« For Health at All Costs, Big Business Takes Our Money, Authorities

Narrow Our Freedoms and Politics Captures Science »

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ

Cet ouvrage ne doit en aucun cas être assimilé à un conseil médical personnalisé, ni servir de guide de pratique clinique pour vacciner ou dépister une personne, mais être considéré comme source indépendante de connaissances et de terminologie en vaccinologie covidienne et en contrôle pandémique

Disclaimer

This work should in no circumstances be construed as a source of personalised medical advice or serve as a guideline to vaccinate or screen a person, but be construed as an independant source of background information and terminology in covidian vaccinology and pandemic control

On trouvera les occurrences d'un terme ou locution par le raccourci Recherche (Ctl-F/Cmd-F)

[**Click on the Research shortcut Ctl-F or Cmd-F to find all occurrences of a term or expression**]

¹ Traductions DeepL (pour Deep Learning de Linguee GmbH, Cologne, DE) révisées par l'auteur. Selon Yoshua Bengio de l'École polytechnique de l'UdeM, sommité en intelligence artificielle, ce système est un produit commercial allemand qui est basé sur les travaux en apprentissage profond, en particulier ici à Montréal.

ACCÈS AUX DONNÉES BRUTES *Transparence – Essais cliniques*

* Si vous êtes médecin ou chercheur et acceptez de ne pas avoir accès aux données, à toutes les données – comme c'est le cas en vaccinologie covidienne – c'est du charlatanisme ou de la confiance aveugle mais pas de la médecine factuelle et la pandémie n'est pas une excuse

" La transparence des données est devenue une norme bien établie dans la recherche biomédicale, et elle est particulièrement importante pour les interventions de santé publique largement utilisées comme les vaccins anti-COVID-19. Les contribuables ont contribué à financer les essais du vaccin COVID-19 et devraient avoir le droit d'accéder aux résultats. La disponibilité des documents et des données sur les essais du vaccin COVID-19 est insuffisante.

Les données individuelles des participants ne seront pas disponibles avant des mois, voire des années, pour la plupart des vaccins. L'utilisation généralisée d'interventions sans transparence complète des données soulève des inquiétudes quant à l'utilisation rationnelle des vaccins COVID-19. La transparence des essais doit commencer tôt et être continue.

Les protocoles d'essai doivent être publiés une fois finalisés, avant que les résultats de l'essai ne soient communiqués, et doivent être accompagnés de la publication des documents et des données de l'essai avant que les cliniciens et le public ne prennent des décisions concernant l'utilisation du produit. " (Traduit)

Access to Raw Data

* If you are a physician or researcher and accept that you don't have access to the data, to the full data, - as is the case in covidian vaccinology - that is quackery or blind faith but not evidence-based medicine and the pandemic is not an excuse

« Data transparency has become a well-established norm in biomedical research, and is especially important for broadly used public health interventions like COVID-19 vaccines. Tax payers helped fund COVID-19 vaccine trials and should have the right to access the results. There is inadequate availability of COVID-19 vaccine trial documents and data; individual participant data will not be available for months, perhaps years, for most vaccines.

Widespread use of interventions without full data transparency raises concerns over the rational use of COVID-19 vaccines. Trial transparency must start early and be continuous. Trial protocols should be released once finalised, before trial results are reported, and should be accompanied with the release of trial documents and data before clinicians and the public make decisions regarding product use. »

(Source : Tanveer et al. BMJ 8.8.2021 <https://ebm.bmj.com/content/early/2021/08/08/bmjebm-2021-111735>)

ACCÈS MONDIAL AUX VACCINS *Catastrophe humanitaire – Échec moral*

" Plusieurs changements affectent la disponibilité et la distribution des vaccins pour le COVID-19 qui fait toujours rage dans le monde et qui connaît maintenant une poussée massive en Inde et dans d'autres parties du Sud (Thiagarajan, 2021). La pandémie exigeait une action mondiale tant sur le plan moral que pragmatique, mais au lieu de cela, la plupart des pays du Nord ont eu recours au protectionnisme et à des intérêts nationalistes étroits.

La réalité a vu les gouvernements commander de grandes quantités de vaccins, bloquer les renoncements aux brevets et le partage des connaissances, et conduire à une situation appelée "nationalisme vaccinal ou apartheid vaccinal" (Bollyky et Bown, 2020). Cette situation, décrite par l'OMS comme un "échec moral catastrophique", illustre comment, même avec une catastrophe à l'échelle mondiale, l'humanitarisme n'est pas au premier plan.

Les plus grandes agences humanitaires du monde n'ont même pas entendu les appels lancés pour venir en aide à la catastrophe humanitaire florissante du COVID en Inde, jusqu'à ce que la situation menace de déborder les frontières.

L'"échec moral" de ceux qui en sont venus à représenter non seulement les plus grands donateurs d'aide humanitaire du monde, mais aussi, comme ils se voient, les plus grands humanitaires du monde, a mis en évidence le fossé qui sépare le fait de faire du bien à l'humanité de manière désintéressée et de faire du bien à soi-même. " (Traduit)

Global Vaccine Access

« Several changes are affecting the availability and distribution of vaccines for COVID-19 which still rages globally and is now in a massive surge in India and other parts of the Global South (Thiagarajan, 2021). The pandemic demanded global action both morally and pragmatically, but instead, most of the countries of the Global North resorted to protectionism and narrow nationalistic interest.

The reality saw governments ordering vast amounts of vaccines, blocking patent waivers and knowledge sharing, and leading to a situation referred to as “vaccine nationalism or vaccine apartheid” (Bollyky and Bown, 2020). This situation, described by WHO as a “catastrophic moral failure”, is an illustration of how with even destruction on a global scale, humanitarianism is not at the forefront.

Even calls to help India’s burgeoning humanitarian COVID catastrophe went unheard by the world’s biggest humanitarian agencies until the situation threatened to spill across borders. The “moral failure” of those who have not only come to represent the world’s biggest humanitarian aid donors, but also as they see it, the world’s biggest humanitarians, has exposed the gap between selfless doing good for humanity and doing good for oneself. » (Source : Aloudat & Khan, *PloS Medicine*, 13.7.2021)

ACCORDS D’ACHAT ANTICIPÉ *Vaccinoéconomie*

* Les gouvernements ont parié gros par des accords d’achat anticipé mais souvent sinon toujours ce sont les fabricants qui ont remporté la mise. À huis clos pour éviter l’humiliation des gouvernements et la révélation des profits

Advanced Purchase Agreements

ACIDES NUCLÉIQUES *Génomique*

* L’Acide DésoxyriboNucléique ou ADN est le *support*, le *porteur* de l’information génétique transmise de génération en génération

* L’Acide RiboNucléique ou ARN sert d’*intermédiaire* dans la circulation de l’information génétique de l’ADN aux protéines. Issue de la transcription d’un gène, l’ARN messager ou ARNm assure la synthèse de protéines.

Nucleic Acids

* DeoxyriboNucleic Acid or DNA is the *carrier* of genetic information transmitted from generation to generation

* RiboNucleic Acid or RNA is the *intermediary* in the transfer of genetic information from DNA to protein synthesis

ADMINISTRATEUR / ADMINISTRATRICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Public Health Officer

AÉROSOLS À L’INTÉRIEUR, CONTRÔLE DES *Prévention – Ventilation - Filtration*

"Le contrôle des concentrations d’aérosols respiratoires intérieurs pour réduire la transmission par voie aérienne des agents infectieux est essentiel et peut être réalisé par le contrôle des sources (masquage, éloignement physique) et les contrôles techniques (ventilation et filtration).

Pour réduire la transmission par voie aérienne du SRAS-CoV-2 dans les espaces intérieurs de faible volume et bondés de monde, on suggère de viser un taux de 4 à 6 renouvellements d’air par heure, en combinant les mesures suivantes :

- a) ventilation de l’air extérieur [ou deux fenêtres ouvertes sur *côtés opposés*] ;
- b) air recyclé qui passe par un *filtre central* ayant au moins une valeur d’efficacité minimale de 13 (MERV 13) ;
- c) le passage de l’air à travers des *purificateurs d’air* portables équipés de filtres High-Efficiency Particulate Air" (Traduit)

Indoor Control of Aerosols

"Controlling concentrations of *indoor respiratory aerosols* to reduce airborne transmission of infectious agents is critical and can be achieved through source control (masking, physical distancing) and engineering controls (ventilation and filtration). To reduce far-field airborne transmission of SARS-CoV-2 in small-volume indoor crowded with many people, the suggestions include targeting 4 to 6 air changes per hour, through any combination of the following :

- a) outdoor air ventilation [or two windows opened on *opposite sides*];

b) recirculated air that passes through a *central filter* with at least a minimum efficiency rating value 13 (MERV 13) rating; or
c) passage of air through *portable air cleaners* with HEPA (High-Efficiency Particulate Air) filters”

(Allen et al. JAMA, online April 16, 2021)

AGGRAVATION DE LA SÉVÉRITÉ : UN EFFET INDÉSIRABLE VACCINAL PARADOXAL : Vaccinovigilance – Risque vaccinal hypothétique

« Les études cliniques n'évaluent pas le risque de VAED (acronyme de *Vaccine Associated Enhanced Disease*) ou Aggravation de la maladie par le vaccin. Les personnes qui se contaminent malgré la vaccination développeraient des formes sévères de COVID-19. Le risque de VAED augmente lorsque les taux sanguins d'anticorps neutralisants sont insuffisamment élevés, ce qui pourrait advenir chez un pourcentage non négligeable de personnes vaccinées » (Laurent Vercoestre, 6.12.2020)

* Cela expliquerait la mortalité notifiée dans les CHSLD/EHPAD de certains pays suffisamment transparents pour rapporter ces événements, comme la Norvège

Disease Enhancement, A Paradoxical Adverse Vaccine Event

"Clinical studies do not assess the risk of VAED (Vaccine Associated Enhanced Disease). People who become infected despite vaccination would develop severe forms of COVID-19. The risk of VAED increases when the blood levels of neutralizing antibodies are insufficiently high, which could happen in a significant percentage of vaccinated people" (Translated)

* This would explain the mortality reported in long-term care nursing homes in some countries that are transparent enough to report these events, such as Norway.

AGNOTOLOGIE

« Il est scientifiquement impossible de prédire l'efficacité de cette vaccination en l'absence d'études appropriées. Tout le reste n'est que de l'ignorance, c'est à dire quasiment tout ce qui s'étale non stop sur les ondes. L'ignorance n'est pas un délit mais elle peut être volontairement organisée et, dans ce cas, c'est un mensonge, aussi sophistiqué soit-il. Quand ce mensonge entraîne la mort, c'est un crime. La science qui étudie la fabrication de l'ignorance s'appelle l'**agnostologie**.

Elle a été fondée par Robert Proctor après qu'il eut étudié pendant plusieurs décennies les diverses stratégies de l'industrie du tabac pour empêcher les législateurs, régulateurs et grand public de porter atteinte aux intérêts des cigarettiers. De multiples industries ont recouru aux mêmes stratégies, on citera les scandales de l'amiante, de la peinture au plomb, du formaldéhyde, du teflon ...

Mais les champions toutes catégories confondues de l'**agnostologie** sont les industriels de la santé (scandales du Vioxx, Avandia, Purdue pharma, Bextra-Pfizer, etc.) L'idée principale, et peut-être contre-intuitive, est que l'ignorance ne doit pas être comprise comme étant un réservoir vide que l'on pourrait définitivement remplir avec du savoir mais comme deux vases communicants où l'on peut, soit fabriquer du savoir, soit fabriquer de l'ignorance. Rien n'étant définitivement acquis.

Robert Proctor dit que l'ignorance c'est du pouvoir. Orwell écrivait dans 1984 que l'ignorance c'est la force. **Le contrôle du savoir et de l'information dans la société de l'information est à la base du pouvoir**, c'est une lapalissade que de le dire »

(Source : JP Frances, 31.7.2021, Covid-19 et agnotologie : une **abolition de la science**, sur <https://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/covid-19-et-agnostologie-une-234806>)

Agnotology

"It is scientifically impossible to predict the effectiveness of this vaccination in the absence of proper studies. All the rest is ignorance, which is practically everything that is spread non stop on the airwaves. Ignorance is not a crime, but it can be voluntarily organized and, in this case, it is a lie, no matter how sophisticated. When this lie leads to death, it is a crime. The science that studies the fabrication of ignorance is called *agnostology*.

It was founded by Robert Proctor after decades of studying the tobacco industry's various strategies to prevent legislators, regulators and the general public from undermining the interests of tobacco companies. Many industries have used the same strategies, such as the asbestos, lead paint, formaldehyde and Teflon scandals.

But the champions of all categories of *agnotology* are the health industry (Vioxx, Avandia, Purdue pharma, Bextra-Pfizer, etc.). The main idea, and perhaps counter-intuitive, is that ignorance should not be understood as an empty reservoir that can be definitively filled with knowledge, but as two communicating vessels where one can either manufacture knowledge or ignorance. Nothing being definitively acquired.

Robert Proctor says that ignorance is power. Orwell wrote in 1984 that ignorance is strength. The **control of knowledge and information in the information society is the basis of power**, it is a truism to say so". (Translated)

AGNOTOLOGIE À LA KENDRICK (R.U.)

" Le rôle que je me suis attribué au sein de la pagaille du COVID19, était de rechercher la vérité - dans la mesure où elle pouvait être trouvée - et d'essayer de fournir des informations utiles à ceux qui souhaitent lire mon blog. La principale raison de ce silence prolongé, et de cette introspection, est que je ne suis pas sûr de pouvoir trouver la vérité. Je ne sais pas si elle peut encore être trouvée.

Aujourd'hui, je ne suis pas sûr de ce qui représente un fait, et de ce qui a simplement été inventé. Un état de fait triste et troublant. Cela n'est pas seulement vrai pour le courant dominant et les médias grand public, qui ont simplement décidé de répéter comme un perroquet toutes les déclarations du gouvernement et de l'OMS sans aucun engagement critique... ou réflexion.

Par exemple, la BBC annonce que "hier, 50 personnes sont mortes dans les 28 jours suivant un test positif au COVID19..." Ou 100, ou 6. Que diable cela est-il censé signifier ? Cela ne veut rien dire, c'est la définition même de l'insignifiance scientifique. Surtout quand il semble que près de la moitié des personnes admises à l'hôpital avec le COVID19 n'ont pas été admises à l'hôpital avec le COVID19.

Elles ont été admises pour un tout autre motif, puis ont eu un test positif pendant leur séjour à l'hôpital. En bref, elles n'ont pas été admises à l'hôpital avec le COVID19, et ne sont presque certainement pas mortes du COVID19. Elles sont mortes avec un test positif au COVID19. Avec, et non par le COVID19. Mais la désinformation est également un problème pour ceux qui sont de l'autre côté.

Les avantages de l'Ivermectin et de l'hydroxychloroquine font l'objet d'allégations qui ne résistent pas à l'examen. Oui, je crois que ces deux médicaments peuvent apporter un certain bénéfice, mais pas la prétendue réduction de 90 % des décès que j'ai vu claironner. J'ai donc abandonné le COVID19. C'est un désordre total et j'ai l'impression que, sans être certain du sol sous mes pieds, je n'ai rien à apporter.

Je risque moi aussi de commencer à faire des déclarations qui ne sont pas vraies. Cependant, avant de quitter ce domaine, je voudrais clarifier certaines des choses que je crois actuellement vraies, et ce que je ne crois pas être vrai :

- a) Le SRAS-CoV2 existe
- b) le SRAS-CoV2 est généralement plus mortel que la grippe
- c) Les chiffres n'ont aucun sens - et n'en auront jamais :

1. L'un des problèmes centraux dont découlent tous les autres problèmes est que le test PCR (amplification en chaîne par polymérase) est le test contre lequel le test PCR lui-même est testé ! Nous n'avons rien de mieux. Nous sommes donc totalement dépendants de sa validité. Cependant, nous ne pouvons pas savoir à quel point il est vraiment valide, car il n'y a pas de test auquel le comparer. Peut-être 3% de faux positifs ?

2. Au Royaume-Uni, du dernier trimestre 2017 à aujourd'hui (automne 2021), vous pouvez voir un pic de mortalité globale au printemps 2020 et un pic à l'hiver 2020/21. Actuellement (automne 2021), pas de surmortalité du tout. Donc, si le COVID19 infecte des centaines de milliers de personnes chaque semaine, cela n'apparaît pas comme une surmortalité... pas du tout.

Est-ce que cela signifie que le COVID19 a disparu, et que nous nous précipitons dans la panique des tests faussement positifs ? Ou est-il toujours là ? Encore une fois, qui sait... qui sait ? Voilà les principales raisons pour lesquelles j'ai abandonné. Je ne sais tout simplement pas quoi croire - à part les chiffres de *mortalité globale*.

Les chiffres que l'on nous donne sont triturés et massés, tordus et déformés. Une autre raison pour laquelle j'ai renoncé à essayer de donner un sens à la COVID19 est l'énorme différence de mortalité globale observée dans des pays pratiquement identiques en termes d'espérance de vie, de systèmes de soins de santé, de mesures prises contre la COVID19, etc. (Traduit **Kendrick's Style Agnotology (U.K).**)

« My self-appointed role within the COVID19 mayhem, was to search for the truth – as far as it could be found – and to attempt to provide useful information for those who wish to read my blog. The main reason for prolonged silence, and introspection, is that I am not sure I can find the truth. I do not know if it can be found anymore. Today I am unsure what represents a fact, and what has simply been made up. A sad and scary state of affairs.

This is not just true of the mainstream and the mainstream media, which has simply decided to parrot all Government and WHO statements *without any critical engagement...or thought*. For example, the BBC intones that '*In the last day, fifty people died within twenty-eight days of a positive COVID19 test...*' Or a hundred, or six. What the hell is this supposed to mean? It means nothing, it is the very definition of scientific meaninglessness.

Especially when it seems that very nearly a half of those admitted to hospital with COVID19 were not admitted to hospital with COVID19. They were admitted with something else entirely, then had a positive test whilst in hospital. In short, they were not admitted to hospital with COVID19, and *almost certainly did not die of COVID19*. They died with a positive COVID19 test. With, not of COVID.

But the misinformation is equally a problem for those on the other side. Claims are made for the benefits of Ivermectin and hydroxychloroquine that simply do not stand up to scrutiny. Yes, I believe both drugs may provide *some* benefit, but not the claimed 90% reduction in deaths that I have seen trumpeted.

So, **I have given up on COVID19**. It is a complete mess, and I feel that, without being certain of the ground under my feet, I have nothing to contribute. I too am in danger of starting to make statements that are not true. However, before leaving the area entirely, I would like to make clear some of the things I currently believe to be true, and what I do not believe to be true.

- a) SARS-CoV2 exists
- b) SARS-CoV2 is generally more deadly than influenza
- c) The figures make no sense – and never will :

1. One of the central problems from which all other problems flow, is that the *PCR (polymerase chain reaction) test* is the test against which the PCR test itself is tested ! We have nothing better. So, we are completely reliant on it being accurate. However, we cannot know how accurate it truly is, because there is no test against which to compare it. Maybe 3% false positives.

2. In the UK, from the last quarter 2017 to now, you can see a spike in *overall mortality* in Spring 2020 and a spike in Winter 2020/21. Currently (Fall 2021), *no excess mortality* at all. So, if COVID19 is infecting hundreds of thousands of people each week, it is not showing up as any excess deaths... at all. Does this mean that COVID19 has gone, and we are rushing around panicking about false positive tests? Or is it still here? Again, who knows... who knows ?

Those are the main reasons I have given up. I just **don't know what to believe** – apart from *overall mortality figures*. The figures we are given are *spun and massaged, twisted and mangled*. Another reason why I have given up trying to make any sense of COVID19 is the enormous differences in overall mortality seen in countries that are virtually identical in life expectancy, healthcare systems, actions taken against COVID19, etc. « Source : Malcolm Kendrick, 3.9.2021 at

<https://drmalcolmkendrick.org/2021/09/03/i-have-not-been-silenced/> »

AGUEUSIE *Symptôme spécifique*

= perte totale ou partielle du goût, graduelle ou subite; les causes sont souvent neurologiques, mais occasionnellement médicamenteuses

* la perte soudaine du goût en période de pandémie c-19 est quasi spécifique (5% de faux positifs) dans le diagnostic de cette maladie

Ageusia

= partial or total loss of sense of taste; almost specific (95%) to C-19 disease during a pandemic, making the diagnosis nearly certain. Other causes are often neurologic but sometimes drug induced

ANALPHABÉTISME VACCINOLOGIQUE

“L’analphabétisme vaccinologique des médias traditionnels”

Vaccinology Illiteracy

= the degree to which an individual is incapable of, hasn’t had the opportunity to learn or is not interested in understanding the science of vaccinology. Vaccine illiterate authorities often criticize the vaccine literate and take politically motivated decisions on their own.

“Vaccinology-Illiteracy of Mainstream Media”

ANOSMIE *Symptôme spécifique*

= perte totale ou partielle de l’odorat

* la perte soudaine de l’odorat en période de pandémie c-19 est quasi spécifique dans le diagnostic de cette maladie

Anosmia

= loss of sense of smell, partial or total; almost specific to covid-19 when sudden and during a pandemic

ANTI-VACCINS

antivax *emprunt*

Anti-Vaccine

Antivax; Jab Dissident

APLATIR LA COURBE *Stratégie pandémique*

= Prendre des mesures pour ralentir l’augmentation du nombre de cas d’une maladie afin d’éviter de surcharger le système de santé au moment le plus intense d’une pandémie

To Flatten The Curve

= To take measures to slow down the increase in the number of cases of a disease to avoid overwhelming the health care system at the peak of a pandemic

ARN MESSENGER, LES VACCINS À *Famille vaccinale*

« Les vaccins à base d’ARNm enseignent à nos cellules la façon de fabriquer une protéine qui déclenchera une réponse immunitaire sans utiliser le virus vivant qui cause la COVID-19. Une fois cette réponse déclenchée, notre corps produit des anticorps. Ces anticorps nous aident à combattre l’infection si le vrai virus pénètre dans notre corps à l’avenir.

« ARN » signifie acide ribonucléique, une molécule qui fournit aux cellules des instructions pour la fabrication de protéines. Les vaccins à base d’ARN messenger contiennent les instructions génétiques servant à la fabrication de la protéine de spicule du virus SARS-CoV-2, qui se trouve à la surface du virus responsable de la COVID-19. Ces spicules assurent la pénétration de la membrane cellulaire, comme une clé.

Lorsqu’une personne reçoit le vaccin, ses cellules lisent les instructions génétiques comme une recette et produisent la protéine de spicule. Une fois la protéine fabriquée, la cellule décompose les instructions et s’en débarrasse.

La cellule relargue ensuite la portion protéique sur sa surface. Notre système immunitaire reconnaît que la protéine n’a pas sa place à cet endroit et commence à développer une réponse immunitaire et à produire des anticorps » (Santé Canada)

Messenger RNA Vaccines

« mRNA vaccines teach our cells how to make a protein that will trigger an immune response without using the live virus that causes COVID-19. Once triggered, our body then makes antibodies. These antibodies help us fight the infection if the real virus does enter our body in the future.

‘RNA’ stands for ribonucleic acid, which is a molecule that provides cells with instructions for making proteins. Messenger RNA (mRNA) vaccines contain the genetic instructions for making the SARS-CoV-2 spike protein, which is found on the surface of the virus that causes COVID-19. Those spicules act as a key to penetrate the cell membranes.

When a person is given the vaccine, their cells will read the genetic instructions like a recipe and produce the spike protein. After the protein piece is made, the cell breaks down the instructions and gets rid of them. The cell then displays the protein piece on its surface. Our immune system recognizes that the protein doesn’t belong there and begins building an immune response and making antibodies. » (Health Canada)

ARRÊTÉ n D’URGENCE (CA) Réglementation - AMM

* Permet un examen et une autorisation accélérée pour importer et vendre un produit contre le C-19, même *sans respecter* toutes les exigences réglementaires habituelles. Tous les vaccins covidien sont approuvés ainsi. Une entreprise très risquée, du jamais vu à si grande échelle.

Interim Order (CA)

* Allows an accelerated review and authorization for importing and selling a product against C-19 even if regulatory requirements are *not fully met*. Every C-19 vaccine is marketed in such a way. A very risky venture. Unprecedented on such a scale

ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR UNE MÉDECINE SCIENTIFIQUE INDÉPENDANTE ET BIENVEILLANTE; AIMSIB (FR)

Association Loi 1901 à but non lucratif

“Objet :

a) fournir une information critique, indépendante, scientifique et exempte de conflits d'intérêt sur les médicaments, les traitements et les dispositifs médicaux ;

b) informer les professionnels de santé et des citoyens vis-à-vis de la publicité et du bruit médiatique sur les thérapeutiques en général ;

c) mettre en relation professionnels de santé et usagers en accord avec ces objectifs et soucieux d'indépendance et de bienveillance ;

d) mobiliser toutes les ressources y compris juridiques, pour que les agences nationales et internationales des médicaments, des produits de santé et de l'alimentation soient à l'abri de la pression des lobbies et des conflits d'intérêt.

(Source : https://www.journal-officiel.gouv.fr/associations/detail-annonce/associations_b/20160012/1798) - Site web : aimsib.org – Siège : Amiens – Création : 2016 »

International Association for a Scientific, Independant and Benevolent Medicine (FR)

* A Non-profit association under the French law of 1901 - Purpose :

a) to provide critical, independent, scientific and conflict of interest-free information on drugs, treatments and medical devices ;
b) to inform health professionals and citizens about advertising and media noise on therapeutics in general;

c) to bring together health professionals and users in accordance with these objectives and concerned with independence and benevolence;

d) to mobilize all resources, including legal resources, so that national and international drug, health product and food agencies are free from the pressure of lobbies and conflicts of interest. (Translated)

ASTRA-ZENECA, LE VACCIN *Produit génétiquement modifié*

= solution de ChAdOx1-S (recombinant)

* Type « vecteur viral non répliatif »

* Contient un adénovirus de chimpanzé non répliatif (donc désarmé) intégré avec la séquence génétique codant la protéine Spike du virus, produit sur cellules rénales embryonnaires humaines génétiquement modifiées, par la technologie du DNA recombinant

FABRICATION

« Le vaccin AZ-COVID-19 (fabriqué par AstraZeneca) et le vaccin COVIDSHIELD© (fabriqué par le Serum Institute of India) sont des vaccins recombinants ChAdOx1-S élaborés par AstraZeneca et l'Université d'Oxford (R.-U.). Santé Canada a examiné les renseignements sur la fabrication de ces vaccins et les a jugés comparables » - Les deux doivent être suivis séparément en vaccinovigilance

La compagnie AstraZeneca, de pair avec l'Université d'Oxford au Royaume-Uni, a conçu deux vaccins contre la COVID-19 qui sont administrés au Canada. Ces vaccins sont fabriqués selon la même technologie et ont la même composition.

VIGILANCE

* Une *thrombocytopénie immunitaire prothrombotique* a été reconnue en avril 2021 comme étant causalement liée mais très rare. Elle fait maintenant partie de la *iatrogénie vaccinale*.

PROTOCOLE DÉFECTUEUX

* Le premier placebo aurait dû être constitué d'un simple salin mais on préféra les excipients, eux-même pouvant causer des effets indésirables. Comme ce produit témoin dit placebo menait justement à trop d'effets indésirables, le sponsor décide (sans provoquer de réprobation de la part de la FDA et des CDC, une honte) d'utiliser un autre témoin qui lui, est reconnu pour ses intolérances, un vaccin anti méningocoque. Une [pure tricherie](#).

Astra-Zeneca Vaccine

« This product contains genetically modified organisms. Produced in genetically modified human embryonic kidney (HEK) 293 cells and by recombinant DNA technology. Chimpanzee Adenovirus encoding the SARS-CoV-2 Spike glycoprotein (ChAdOx1-S), not less than 2.5×10^8 infectious units per dose ». (EMA EU Labeling, 29.1.2021)

= ChAdOx1-S (recombinant) solution

OPINION : « Approvals for the AstraZeneca vaccine are based on clinical trials that were conducted in the U.K., Brazil, and South Africa. Published analyses of the data pool these clinical trials, an unusual strategy. The trial also included information on a second dosing strategy, which used a lower first dose and waited longer between the two doses...

The EMA's report on the results says "the dossier suffers from a lack of sponsor oversight which impacts the reporting of data and therefore data integrity." However, it concludes that "the data are sufficiently robust to allow conclusions regarding efficacy and safety." The EMA estimated the vaccine was about 60% effective [relatively], and the data presented show no signs that patients receiving the vaccine were any more likely to develop blood clots than those on placebo » (Mathew Herper, Statnews, 15.3.2021)

Since that date, a thrombotic syndrome has been **relabelled as related** but very rare and several jurisdictions are not using it or restricting it to certain age groups

MANUFACTURERS

* AstraZeneca COVID-19 Vaccine is manufactured by AstraZeneca

* Covishield© is manufactured by Serum Institute of India, by a technology transfer

Both are ChAdOx1-S recombinant vaccines developed by AstraZeneca (SW) and Oxford University (UK)

Health Canada has reviewed the manufacturing information for these vaccines and found them to be comparable.

FLAWED PROTOCOL

* The first control product, so-called placebo, should have been a saline only, but instead excipients were chosen, which themselves

could cause undesirable effects. Since this so-called placebo led to too many adverse reactions, the sponsor decided (without eliciting FDA/CDC disapproval, shame on them) to use another control already known not to be well tolerated, a meningococcal vaccine. **Pure cheating.**

AUTO-ISOLEMENT *Mesure de prévention – Personne atteinte*

isolement volontaire

= Mesure de prévention de la propagation d'une maladie infectieuse au cours de laquelle une *personne atteinte* décide de se séparer des personnes non infectées pendant la période de transmissibilité de la maladie

* Diffère de la *quarantaine volontaire*

Self-Isolation; Voluntary Isolation

= A measure to prevent the spread of an infectious disease in which an infected person decides to separate from uninfected persons during the period of communicability of the disease

* Different from *voluntary quarantine*

BALANCE BIENFAIT/MÉFAITS DES VACCINS ARNm CHEZ L'ENFANT (CA) *Opinion d'un expert universitaire en neurologie pédiatrique – Lettre à l'Ordre des médecins de l'Alberta*

PRÉSENTATION

« Je suis neurologue pédiatrique et chercheur spécialisé dans l'épilepsie et les soins neurologiques à l'Alberta Children's Hospital. Je suis titulaire d'une maîtrise en Santé publique de l'Université de Harvard et, avant de revenir à l'Alberta Children's en février 2020, j'ai travaillé pendant 6 ans à la Mayo Clinic, où j'ai acquis une expertise en neuroinflammation.

J'ai fait mes études de médecine et ma résidence en neurologie pédiatrique à Calgary. Je suis également père de 3 jeunes enfants et je reste très favorable aux vaccins [en général].

Bien que **je refuse de prendre cette nouvelle thérapie expérimentale à base d'ARNm**, ma femme, mes enfants et moi-même sommes entièrement vaccinés, y compris par des vaccins annuels contre la grippe. Cette position n'est pas contradictoire, car les vaccins actuels à ARNm représentent un changement radical par rapport à l'utilisation, par exemple, de virus vivants atténués. Ils représentent plutôt une thérapie totalement nouvelle et expérimentale, sans données à long terme.

Il faut savoir que les CDCs viennent de mettre à jour les définitions de l'immunité et du vaccin le 1er septembre 2021 - il y a 13 jours - en remplaçant "produire une immunité" par "fournir une protection" [sans spécifier laquelle]

LES ENFANTS

Les enfants courent un très faible risque d'infection par le COVID-19 lui-même, et souffrent rarement de maladies graves et de décès. Les données de *l'American Academy of Pediatrics Children and COVID-19 : State Data Report*, ont révélé que 0,1-1,9 % des cas de COVID-19 chez les enfants ont entraîné une hospitalisation, et que 0,00-0,03 % de tous les cas de COVID-19 chez les enfants ont entraîné la mort.

Dans une cohorte de 1.391 enfants vaccinés avant l'introduction du vaccin COVID-19, seulement 171 (12,3 %) ont été confirmés comme étant infectés par le SRAS-CoV-2 et traités à l'hôpital pour enfants de Wuhan entre le 28 janvier et le 26 février 2020 (à noter qu'il s'agit du seul centre désigné par le gouvernement central pour traiter les enfants infectés de moins de 16 ans à Wuhan).

L'âge médian était de 6,7 ans. Seulement 3 patients ont nécessité des soins intensifs et une ventilation mécanique invasive - tous avaient des pathologies coexistantes. Un patient est décédé, c'était un enfant de 10 mois souffrant d'intussusception et de défaillance de plusieurs organes.

Actuellement, en Alberta, l'âge moyen des cas de COVID qui sont décédés est de 80 ans, avec une fourchette allant de 20 à 107 ans. Heureusement, **aucun patient pédiatrique n'est décédé jusqu'à présent en Alberta**. Et, contrairement à l'image véhiculée

par les médias, les enfants atteints du COVID-19 sont aussi très rarement susceptibles de présenter un syndrome inflammatoire multisystémique et des séquelles neurologiques.

Depuis la pandémie, j'ai vu plus de troubles de somatisation neurologique et de maladies psychiatriques dévastatrices, y compris plusieurs tentatives déchirantes de suicide d'adolescents, que pendant toute ma carrière. En revanche, je n'ai pas rencontré un seul enfant présentant des séquelles neurologiques dues au COVID-19 lui-même.

L'Académie américaine de pédiatrie a également confirmé que si le Delta infecte davantage d'enfants, il ne provoque pas une augmentation de la gravité de la maladie.

Alors que de nombreuses études suggèrent que la propagation pré-symptomatique ou asymptomatique peut représenter plus de 40 % de la transmission verticale, de nombreuses études observationnelles de population montrent que les enfants sont de MAUVAIS propagateurs du COVID-19.

Cela inclut des études réalisées en Irlande, en Islande, en Italie, en France et en Australie. Pour un lien vers une liste de références plus complète, voir Washington University Pediatric & Adolescent Ambulatory Research Consortium.

Le Vaccine Adverse Reporting System (VAERS) des CDCs et de la FDA "est le système national d'alerte précoce qui surveille la sécurité des vaccins après leur autorisation ou leur homologation par la FDA". Il s'agit d'un système de déclaration spontanée qui ne prouve pas la causalité mais qui est plutôt conçu pour aider à identifier les signaux d'événements indésirables (comme les événements thrombotiques et la myocardite après vaccin COVID-19).

Les scientifiques du VAERS se basent sur un nombre inhabituellement élevé de déclarations d'un événement indésirable après un vaccin particulier ou une nouvelle manifestation indésirable.

Bien que l'on puisse certainement s'attendre à un pic des rapports soumis pendant une pandémie où nous utilisons une technologie vaccinale expérimentale, il est également vrai que les événements indésirables signalés au VAERS sont historiquement très peu nombreux. Selon l'étude de Harvard Pilgrim Health Care de 2009 évaluant le VAERS, "moins de 1 % des effets indésirables observés après vaccination sont signalés."

De 1997 à 2013 [16 ans], le VAERS a reçu 2.149 rapports de décès et "aucune tendance inquiétante" (sic) n'a été observée. Mais comme l'a écrit le sénateur Ron Johnson le 22 août 2021 : "les 12 791 décès liés aux vaccins Covid-19 signalés au VAERS sur une période de 8 mois [0,67 an] se comparent aux 8 966 décès liés à tous les autres vaccins signalés au VAERS depuis la création du VAERS - une période de 31 ans".

Il poursuit : "Le VAERS rapporte également 16.044 invalidités permanentes, 51.242 hospitalisations et 571.831 événements indésirables totaux liés aux vaccins Covid-19." N'importe qui peut vérifier ces chiffres et lire les fiches de cas individuels, comme je l'ai fait précédemment, sur le site du VAERS.

Pourquoi alors, compte tenu de ces chiffres manifestement anormalement élevés, les CDCs continuent-elles à refuser d'autoriser une enquête indépendante d'un groupe d'experts externes sur la sécurité ? Considérez que le 16 juillet 1999, les CDCs ont recommandé aux prestataires de soins de santé de suspendre l'utilisation du vaccin homologué RotaShield - un vaccin contre le rotavirus - après que seulement 15 cas d'invagination [intestinale] eurent été signalés au VAERS !

Récemment, malgré la diminution évidente de l'efficacité du vaccin à ARNm, le Dr Fauci et le président Biden ont exprimé leur désir de commencer à administrer les vaccins à ARNm aux enfants âgés de 6 mois à 11 ans, et en effet, des essais avec Pfizer/BioNtech et Moderna sont en cours. Le Dr Fauci a déclaré le 31 août 2021 : "Je crois que rendre obligatoire l'administration de vaccins aux enfants pour qu'ils apparaissent à l'école est une bonne idée."

De plus, le président Biden a déclaré le 21 juillet 2021 que les enfants de moins de 12 ans pourraient être admissibles au vaccin

COVID-19 dans les prochains mois, au fur et à mesure que les résultats des essais cliniques pour les enfants de 6 mois à 12 ans seront disponibles.

Même Si ces essais pédiatriques contrôlés montrent une efficacité [biologique] et des données de sécurité à [seulement] 2 mois similaires à celles des essais initiaux de Moderna et de Pfizer-BioNtech, allons-nous continuer à injecter même les enfants à faible risque ? Les enfants semblent être leur propre meilleure défense contre le SRAS-CoV-2, ils sont de mauvais transmetteurs de la maladie et présentent un risque extrêmement faible de décès et de maladie grave à cause du virus.

The mRNA Vaccine Risk-Benefit Ratio In Children *Letter to the College of Physicians of Alberta, 24.9.2021, considering mandatory vaccination for physicians*

PRESENTATION

« I am a pediatric neurologist and researcher specializing in epilepsy and neurocritical care at Alberta Children's Hospital. I have a Master of Public Health from Harvard University and before returning to ACH in February 2020, I spent 6 years on staff at Mayo Clinic where I developed expertise in neuroinflammation. Both medical school and pediatric neurology residency were completed here in Calgary. I am also a father of 3 young children and remain very much pro-vaccine [in general].

While I refuse to take this novel experimental mRNA therapy, my wife, children, and I are completely vaccinated, including yearly flu shots. This is not a contradictory stance as these current mRNA vaccines represent a dramatic departure from using, for instance, live attenuated viruses. Rather, they represent a completely novel and experimental therapy with no long-term data.

Consider that the CDC just updated the definitions of immunity and vaccine on September 1, 2021 – 13 days ago -swapping out the prior “produce immunity” to “provide protection.”

CHILDREN

Children are at very low risk from COVID-19 infection itself, and rarely suffer severe disease and death. Data from the American Academy of Pediatrics Children and COVID-19: State Data Report, found that 0.1-1.9% of their child COVID-19 cases resulted in hospitalizations, and 0.00- 0.03% of all child covid-19 case resulted in death.

In a pre-COVID-19 vaccine cohort of 1391 children, 171 (12.3%) were confirmed to have SARS-CoV-2 infection and treated at the Wuhan Children's Hospital from Jan 28 – Feb 26, 2020 (Note this is the only center assigned by the central government for treating infected children under 16 years of age in Wuhan).

Median age was 6.7 years. 3 patients required intensive care and invasive mechanical ventilation – all had coexisting conditions. 1 patient died, a 10-month-old with intussusception and multiorgan failure. Currently in Alberta, the average age of COVID cases who died is 80 years, with a range from 20 -107 years. Thankfully, **no pediatric patients have thus far died in Alberta.**

And, contrary to media portrayal, children with COVID-19 are also very rarely susceptible to multisystem inflammatory syndrome and neurological sequelae. Since the pandemic, I have seen more devastating neurologic conversion disorders and psychiatric disease, including several heart-breaking teenage suicide attempts, then I have my entire career. In contrast, I have not encountered a single child with neurological sequelae from COVID-19 itself.

The American Academy of Pediatrics also confirmed that while Delta is infecting more children, it is not causing increased disease severity. While many studies suggest pre-symptomatic/asymptomatic spread may comprise > 40% of vertical transmission, numerous large observational population studies show that children are POOR COVID-19 spreaders. This includes studies from Ireland, Iceland, Italy, France, and Australia.

For a link to a more complete reference list, see Washington University Pediatric & Adolescent Ambulatory Research Consortium. The CDC and FDA's Vaccine Adverse Reporting System (VAERS) “is the nation's early warning system that monitors the safety of vaccines after they are authorized or licensed for use by the FDA.”

It is a self-reporting system that does not prove causality but rather is designed to help identify adverse events signals (i.e., COVID-19 vaccine thrombotic events and myocarditis). “VAERS scientists look for unusually high numbers of reports of an adverse event after a particular vaccine or a new pattern of adverse events.”

While you would certainly expect a spike in the reports submitted during a pandemic where we are using an experimental vaccine technology, it is also true that adverse events reported in VAERS are historically vastly under-reported. In the 2009 Harvard Pilgrim Health Care study assessing the VAERS, “fewer than 1% of vaccine adverse events were reported.”

During 1997-2013 [16 y], VAERS received 2149 death reports and “no concerning pattern” was observed. But as Senator Ron Johnson wrote August 22, 2021: “the 12,791 deaths related to Covid-19 vaccines reported on VAERS over the period of 8 months [0.67y], compares to 8,966 deaths related to all other vaccines **combined** reported on VAERS since the inception of VAERS – a period of 31 years”.

He continues, “VAERS is also reporting 16,044 permanent disabilities, 51,242 hospitalizations, and 571,831 total adverse events related to the Covid-19 vaccines.” Anyone can verify these numbers and read individual case stems, as I have previously done, on the VAERS website.

Why then, given these clearly unusually high numbers, does the CDC continue to refuse to allow an independent safety panel investigation of outside experts? Consider that on July 16, 1999, the CDC recommended that healthcare providers suspend the use of the licensed RotaShield – a rotavirus vaccine – after only 15 cases of intussusception were reported in VAERS!

Recently, despite clear decreased mRNA vaccine effectiveness, Dr. Fauci and President Biden have expressed their desire to start giving the mRNA shots to children aged 6 months – 11 years, and indeed, trials with Pfizer/BioNtech and Moderna are underway. Dr. Fauci stated August 31, 2021: “I believe that mandating vaccines for children to appear in school is a good idea.”

Further, President Biden said July 21, 2021, that children under age 12 could be eligible for a COVID-19 vaccine within the next few months, as results from clinical trials for ages 6 months to 12-years become available.

Even IF these pediatric controlled trials show efficacy [biological] and 2-month [only] safety data similar to the initial Moderna and Pfizer-BioNtech trials, are we still going to inject even low risk children? Children seem to be their own best defense against SARS-CoV-2, are poor transmitters of the disease and have exceedingly low risk of death and severe disease from the virus. We now know that the real-world effectiveness of these mRNA vaccines is mediocre at best and continuing to diminish.

And we have zero long-term data. Just because industry funded studies may show “efficacy” in the pediatric trials, I strongly argue that we should not inject children with these very experimental therapies. At least show us the biodistribution data first. (Source : Dr Eric Payne, Edmonton, 24.9.2021, in a letter to the College of Physicians and Surgeons of Alberta, CA, concerning mandatory vaccination for physicians; at

https://www.lifesitenews.com/opinion/not-justified-canadian-doc-gives-alberta-physicians-10-reasons-why-hes-opposed-to-forced-covid-jab/?utm_source=FA21_CS_Subscribers_NN3_retarget_Freedom&utm_content=20210929000419)

BÉNÉFICIAIRES VISÉS PAR LES VACCINATIONS *Santé Publique*

- a) lorsque seulement le *vacciné* ; on qualifie les vaccins d'*égoïstes*, comme contre la rage, le tétanos
- b) lorsque le *vacciné* ET la *collectivité* sont visés : tels ceux contre l'hépatite B, l'haemophilus, la rougeole, la diphtérie, la polio (injectable) que l'on qualifie d'*égoïstes* et d'*altruistes*
- c) lorsque c'est surtout la *collectivité*, donc *altruistes* : rubéole, coqueluche, grippe, polio (oral)
- d) ni l'un ni l'autre, comme celui contre la varicelle : on peut le dire *hostile* car ni *égoïste* puisque la maladie est bénigne dans l'enfance (grave 1 fois sur 25 000), ni *altruiste* puisque cette maladie n'est pas un problème de santé publique. Contracter la

varicelle dans l'enfance immunise naturellement tant les adultes (où la forme peut être grave) que les femmes enceintes (où il y a risque pour le fœtus) – (Source : Luc Perino. *Médecine* 2018 ; 14(2) : 56)

NOTE : si on démontre qu'un vaccin c19 est réellement efficace cliniquement (moins d'infections et de sévérité si infecté), la protection contre la maladie avantagera la personne ET les ressources médicales ; s'il protège aussi contre la contagiosité, ce seront la citoyenneté et les ressources médicales qui en profiteront. Ce sera un vaccin égoïste ET altruiste. Cependant, les vaccins anticovid actuels ne préviennent pas contre la transmission.

Beneficiaries Targeted From Vaccinations

- a) Only the vaccinated persons; vaccines are then called *egotistical*, such as those against rabies and tetanus
- b) The vaccinees AND the community: such as those against hepatitis B, hemophilus, measles, diphtheria, polio (injectable) which are qualified as *altruistic*
- c) Especially the community, therefore *altruistic* : rubella, whooping cough, flu, polio (oral vaccine)
- d) Neither one nor the other, like the one against chickenpox: it can be qualified as *hostile* because it is neither selfish since the disease is benign in childhood (serious 1 time out of 25,000), nor altruistic since this disease is not a public health problem. Contracting chickenpox in childhood naturally immunizes both adults (where the form can be severe) and pregnant women (where there is a risk to the fetus) – (Translated)

NOTE: if a c19 vaccine is demonstrated as truly clinically effective (fewer infections and less severe when infected), protection from the disease will benefit the individual AND medical resources; if it also protects against contagiousness, it is both the citizenship and the medical resources who will benefit. It will be a selfish AND altruistic vaccine. Available c19 vaccines do not prevent transmission, however.

BIEN-PENSANCE DES AUTORITÉS MÉDICALES

Self-Righteousness Of Medical Authorities

BIOSÉCURITÉ : UN PARADIGME QUI N'EST PAS NOUVEAU *Santé publique et sécurité nationale – Contrôle social*

" Le paradigme de la sécurisation est un élément central du changement voulu concernant la relation entre les droits et la santé. Ce glissement, selon Wendy Parmet (2009), a sorti la santé publique de son éclairage sur les droits de l'homme pour le déplacer vers la théorie du contrôle social.

Comme le note Parmet : "L'article influent de Laurie Garrett, *The Return of Infectious Disease*, a explicitement lié la menace des infections émergentes aux intérêts économiques et sécuritaires, une tactique qui a aidé les chercheurs à attirer à la fois des financements et l'intérêt avide des décideurs politiques (Parmet 2009, 15)".

Parmet note également que les attaques américaines à l'anthrax ont contribué à transformer la perspective des épidémies émergentes en une perspective qui mettait l'accent sur les similitudes entre les infections naturelles et le bioterrorisme (Parmet 2009, 16). En d'autres termes, le filtre conceptuel de la "sécurité nationale" a facilité l'adoption d'un modèle de contrôle et de surveillance sociale au détriment d'un modèle de droits des citoyens.

Cet amalgame entre santé et sécurité nationale est si répandu qu'il a donné naissance à sa propre terminologie, comme la "biosécurité", qui est un aspect essentiel du concept global de "préparation aux situations d'urgence". (Traduit)

Biosecurity is Not a New Paradigm (USA)

« The securitization paradigm is a central feature of the decided shift in the relationship between *rights and health*. The shift, according to Wendy Parmet (2009), has taken public health out of alignment with human rights and into alignment with social control theory.

As Parmet notes: 'Laurie Garrett's influential paper, *The Return of Infectious Disease*, explicitly linked the threat of emerging infections to economic and security interests, a tactic that helped researchers attract both funding and the avid interest of policymakers (Parmet 2009, 15).'

Parmet further notes that the US anthrax attacks helped to transform the emerging epidemic perspective into one which emphasized the similarities between natural occurring infections and bioterrorism (Parmet 2009, 16). In other words, the conceptual filter of “national security” has facilitated the adoption of a social control and surveillance model over a citizens rights model.

This conflation of health and national security is so prevalent that it has spawned its own terminology, like “bio-security”, which is a key aspect of the enveloping concept of “emergency preparedness”. (Micheal Vonn, 2011 and 2019)

BRIN DE NUCLÉOTIDE *Génomique*

* Les 4 nucléotides sont les bases azotées nommées *adénine*, *cytosine*, *guanine* et *thymine* (ACGT)

* L'ADN a 2 brins disposés en double hélice, et l'ARN une seule hélice

Nucleotide Strand

* The 4 nucleotides are the nitrogenous bases called adenine, cytosine, guanine and thymine (ACGT)

* DNA has 2 strands arranged in a double helix, and RNA a single helix

CAMPAGNES DE PEUR

« Masquer et vacciner les tout jeunes bien portants, imposer la double vaccination aux bien portants, limiter les sorties par couvre-feu, interdire de visiter les mourants, etc., même si elles étaient faites sur des bases solides et avec de bonnes intentions (ce qui n'est pas le cas), demeurent un moyen de contrôler la population, et cela n'a pas échappé aux dirigeants »

Fear Campaigns

"Masking and vaccinating the healthy very young, imposing double vaccination on the healthy, restricting outings by curfew, forbidding visiting the dying, etc., even if they were done on solid grounds and with good intentions (which they are not), remain a means of controlling the population, and this has not escaped the notice of our rulers"

CANADA : PAYS NON PRÉPARÉ À UNE PANDÉMIE *Politique sanitaire*

“Au cours de l'année écoulée, les conclusions relatives au démantèlement progressif du Réseau mondial d'information sur la santé publique (RMISP) du Canada ont suscité un examen indépendant de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Le RMISP avait été créé dans les années 1990 et servait de système d'alerte rapide pour les menaces sanitaires internationales à l'aide de données mondiales de source ouverte.

Il était très apprécié à l'échelle internationale et avait été un atout pour l'OMS. Cependant, il a cessé d'émettre des alertes internationales en mai 2019. Le mois dernier, la vérificatrice générale, Karen Hogan, a publié l'examen et a déclaré que "l'agence [l'ASPC] n'était pas suffisamment préparée pour répondre à la pandémie et elle a sous-estimé l'impact potentiel du virus."

On rapporte maintenant une proposition visant à déménager le RMISP à l'Institut de recherche Bruyère de l'Université d'Ottawa afin qu'il puisse travailler indépendamment du gouvernement. L'accès à des données sur les menaces potentielles pour la santé, des semaines ou même des jours plus tôt que par les sources conventionnelles, peut s'avérer crucial pour modifier le cours d'une épidémie.

Bien après que les systèmes d'alerte précoce aient généré des alertes, les informations sur les menaces sanitaires sont communiquées par les services de santé publique ou l'OMS, dans les médias, sous forme d'articles non évalués par des pairs sur des serveurs de préimpression (par exemple, medRxiv) et plus tard dans des revues scientifiques évaluées par des pairs.

Cependant, une information opportune n'a de valeur que si les décideurs l'utilisent efficacement et prennent rapidement des mesures pour contrer la menace.

Si le réseau (RMISP) avait été pleinement fonctionnel, des données importantes concernant le COVID-19 auraient probablement été mises à la disposition de l'agence (ASPC) et des gouvernements du Canada en décembre 2019. Ce ne fut pas le cas. Cependant, avant la fin de janvier 2020, des publications dans des revues réputées évaluées par des pairs avaient déjà mis en

garde contre une possible pandémie de COVID-19 et documenté les résultats inquiétants suivants :

- 1) un taux de mortalité brut de 2,9 % (contre ~ 0,1 % pour la grippe saisonnière, mais similaire à celui de la grippe espagnole de 1918, soit <5 %) ;
- 2) une transmission interhumaine de l'agent pathogène ;
- 3) des preuves de transmission par des personnes ne présentant pas de symptômes ;

- 4) un risque de contagion bien plus élevé que celui du SRAS en 2002 ; et
- 5) une propagation épidémique à 32 autres provinces chinoises, 5 autres pays et 3 juridictions (Singapour, Hong Kong, Taïwan).

En outre, il y a eu le spectacle alarmant de la construction à Wuhan, en 10 jours (du 23 janvier au 2 février), du premier de deux hôpitaux de mille lits, rappelant les hôpitaux militaires temporaires américains utilisés pendant la grippe espagnole.” (Traduit)

Canada's Pandemic Unpreparedness

Canada's loss of both the pandemic early warning system and the precautionary principle

“During the past year, findings related to the gradual dismantling of Canada's *Global Public Health Intelligence Network* (GPHIN) prompted an independent review of the *Public Health Agency of Canada* (PHAC). The GPHIN had been created in the 1990s and served as an early warning system for international health threats using global open-source data. It was highly regarded internationally and had been an asset to the WHO. However, it stopped issuing international alerts in May of 2019.

Last month the Auditor General, Karen Hogan, released the review and stated that “the agency [PHAC] was not adequately prepared to respond to the pandemic and it underestimated the potential impact of the virus.” There are now reports of a proposal to relocate the GPHIN to the University of Ottawa's Bruyere Research Institute so that it can work independently from government.

Access to data on potential health threats, weeks or even days earlier than by way of conventional sources may be critical in changing the course of an epidemic. Well after early warning systems generate alerts, information on health threats are reported by public health departments or the WHO, in the media, as non-peer-reviewed papers on pre-print servers (e.g., medRxiv) and later in peer-reviewed scientific journals.

However, timely information is only of value if decision-makers utilize it effectively with prompt measures to counter the threat.

If the GPHIN had been fully functional, important data regarding COVID-19 would likely have been available to PHAC and Canada's governments in December 2019. It wasn't. However, before the end of January 2020, publications in reputable peer-reviewed journals had already warned of a possible COVID-19 pandemic and documented the following disturbing findings:

- 1) a crude mortality rate of 2.9% (vs ~ 0.1% for seasonal influenza, but similar to the 1918 Spanish influenza at <5%); 2) human to human transmission of the pathogen; 3) evidence of transmission from individuals without symptoms; 4) far greater contagious risk than SARS in 2002; and 5) epidemic spread to 32 other provinces in China, 5 other countries, and 3 jurisdictions (Singapore, Hong Kong, Taiwan).

In addition, there was the alarming spectacle of the first of 2 one thousand-bed hospitals being built in Wuhan in 10 days (January 23-February 2), reminiscent of the temporary US military hospitals utilized during the Spanish influenza » (Peter Phillips, 14.4.2021 at

<https://cmajblogs.com/canadas-loss-of-both-the-pandemic-early-warning-system-the-precautionary-principle/>)

CAPSIDE *f* *Virologie*

= coque de molécules protéiques qui enveloppe immédiatement le matériel génétique (génomme) d'un virus (ADN, ARN)

Capsid

= the protein shell of a virus, enclosing its genetic material, its genome (DNA, RNA)

CAS CONFIRMÉ *Risque de glissement sémantique*

cas avéré

NDT : ne pas confondre avec « cas », utilisé à toutes les sauces

= Observation clinique d'un malade présentant des symptômes *évocateurs* de la covid et dont l'atteinte est confirmée par une méthode de laboratoire *fiable*

* Dans certaines juridictions sinon dans plusieurs on se contente d'un test positif chez des bien portants inquiets ou dociles, un trompeur mélange des genres par glissement sémantique

* D'avoir rencontré des personnes « positives » asymptomatiques ne devrait pas mériter le qualificatif de « cas » sauf lors d'un retraçage, et s'appeler à la limite « cas suspect »

Confirmed Case

* In medical speak, a "case" refers to a sick person and not referred to a healthy person feeling well

* In covidian speak, a « case » refers to whatever the authors wants it to be : tested positive and asymptomatic, tested positive and symptomatic, symptomatic but not tested yet. And the validity of the test is not divulged.

* What it should ideally be is an unequivocally symptomatic person with a valid positive test or with a slightly less valid test repeated at least once

CAS INDEX *Épidémiologie*

cas primaire; patient zéro

= Premier cas de covid-19 dans une population donnée.

Index Case

Primary Case; Patient Zero

= First case of C-19 in a given population, like the first case in Wuhan

CAS PROBABLE

= Observation clinique d'un patient présentant des manifestations *probantes* de la covid-19 sans confirmation en laboratoire

Probable Case

= With *convincing* manifestations of c19 without laboratory confirmation

CAS SECONDAIRE

= Personne infectée au contact du cas primaire

Secondary Case

= Person infected after a contact with the primary case

CAS SUSPECT

cas présumé / soupçonné

= Personne présentant quelques manifestations, ou asymptomatique mais exposé à une source d'infection et pas encore testé

Suspect Case

= Person with some manifestations or asymptomatic but exposed to a source of infection and not yet tested

CENSURE CHEZ FACEBOOK

* Le 10 mars 2021 une spécialiste montréalaise en santé des femmes et Distinguée professeure émérite universitaire, visite les sites du VAERS (É.-U.) et d'Eudravigilance (EU), puis résume et commente les dernières statistiques de notifications de décès notifiées après vaccinations anticovid. Quand elle tente de les poster sur Facebook, leur logiciel répond après un délai de précisément 0,25 seconde : *Refusé car le message va à l'encontre de nos standards*. Elle en était horrifiée.

Censorship at Facebook

* On March 10, 2021, a Montreal-based women's health specialist and Distinguished University Professor, visits the VAERS (US) and Eudravigilance (EU) websites, then summarizes and comments on the latest statistics of reported deaths after anti-covid

vaccinations. When she tried to post them on Facebook, their software responded after a delay of precisely 0.25 seconds: **Rejected because the message goes against our standards.** She was horrified.

CENTRE HOSPITALIER POUR SOINS DE LONGUE DURÉE; CHSLD (QC)

NDT : EHPAD en France : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

* Les résidents sont à haut risque de contagiosité du C-19 quand les mesures de précaution ne sont pas maintenues à un haut niveau

Nursing Home; Long Term Care Facility (LTCF)

* Residents are at high risk of contagiousness of C-19 unless precautionary measures are maintained at a very high level

CENTRES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES MALADIES (É.-U.) - Santé publique – Collusion institutionnelle en vaccinologie

= Centres états-unis pour la prévention et le contrôle des maladies; CDC

= Agence de santé publique étatsunienne

NdT : on écrit *les* CDC et non *le* CDC même si en anglais il demeure au singulier

* Les CDC exercent une veille sanitaire et émettent des recommandations. Ils ne sont pas exempts des pressions de l'industrie, notamment de celle des vaccins. Et l'administration Trump n'a fait qu'empirer les choses avant et durant la pandémie c-19 : il ordonna la commercialisation des vaccins c-19 avant qu'ils soient bien évalués. Ce stratagème continue sous Biden. On se demande souvent pour qui les CDC travaillent, le public ou les firmes ou les politiciens. Poser la question est y répondre.

Centers For Disease Control And Prevention; CDC (USA)

TN : the shorthand CDC is singular

« As the nation's leading public health agency, the *Centers for Disease Control and Prevention* appear to be operating in some alternative universe, where valid science no longer matters to public policy" (Shannon Brownlee. *Atlantic Monthly*, Dec. 10, 2009 – Well ahead of the pandemic...)

* The CDC carries out health surveillance and issues recommendations. They are not exempt from industry pressure, especially from the vaccine industry. And the Trump administration only made things worse before and during the c-19 pandemic: it ordered the marketing of c-19 vaccines before they were properly evaluated; this stratagem is going on under Biden. The question is often asked who the CDC works for, the public or the firms or the politicians. To ask the question is to answer it.

CHARGE VIRALE

= nombre de copies de l'ARN du virus par ml dans un spécimen prélevé (Inspq); on sait que par définition le virus survit en se faisant reproduire (répliquer) par des cellules infectées, ne pouvant se reproduire par lui-même comme le ferait une bactérie; il s'exprime en copies par ml.

* Il faut être prudent dans l'interprétation des mesures entre les diverses trousses utilisées puisque la limite de détection est établie par le fabricant. Bien que les trousses devraient être calibrées sur la base des normes internationales établies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il peut exister une différence réelle entre les limites de détection des différentes trousses (Inspq)

* Dans les trousses de tests de type RT-PCR la limite de détection est définie par un cycle seuil. Si la charge virale est élevée, le test RT-PCR sera déclaré positif quand le cycle seuil est en dessous d'une certaine limite, comme de 35 par exemple. Si le cycle requis pour détecter le virus dépasse 40, le résultat ne devrait pas être positif, une personne asymptomatique testée ne devrait pas être déclarée infectée.

* La charge virale mesurée par RT-PCR sert au diagnostic clinique; le test ne peut cependant pas différencier les particules virales infectieuses et non-infectieuses et manque de précision pour évaluer le degré de contagiosité à un moment donné chez un individu.

Viral Load

= The number of viral RNA copies per ml in a sample; it is known that by definition the virus survives by replicating itself in

infected cells, and cannot reproduce itself as a bacterium would; it is expressed in copies per ml. Caution should be exercised in interpreting the measurements between the various kits used since the detection limit is set by the manufacturer.

Although kits should be calibrated to international standards set by the WHO, there may be a real difference in detection limits between kits. In RT-PCR test kits the detection limit is defined by a cycle threshold (C_t). If the viral load is high, the RT-PCR test will be declared positive when the threshold cycle is below a certain limit, such as 35. If the cycle required to detect the virus exceeds 40, the result should not be positive; an asymptomatic person tested should not be declared infected.

Viral load measured by RT-PCR is used for clinical diagnosis; however, the test cannot differentiate between infectious and non-infectious viral particles and lacks precision in assessing the degree of infectivity at a given time in an individual. (Translated)

CHILDREN

In regard to children, I see no basis for the vaccine and those advocating for it have presented no evidence to support this. There is no liability by the vaccine developers and all involved and as such there can be no trust by the parents. No liability means no trust in terms of this vaccine for children. I support vaccinations but not these in our children.

This vaccine raises serious questions as to effectiveness and critically safety. Several questions emerge that the CDC, NIH, FDA, and vaccine developers must answer to the public before we proceed. We know that:

- i) children do not acquire the infection readily e.g. studies show less ACE 2 receptors in nasal epithelia
- ii) children do not readily spread infection to other children
- iii) children do not spread it readily to adults, it is the other way around
- iv) children do not readily take it home; arises mainly from home clusters and the adults there

v) children do not become severely ill

vi) children do not die from it

vii) *Multisystem Inflammatory Syndrome in Children* (MISC) is very rare, very treatable, and almost all leave the hospital. It is serious, but children rarely die of MISC.

Very accurately, "children seem to be less susceptible than adults to both infection and transmission of SARS-CoV-2, and countries such as Norway maintained low transmission rates despite keeping primary schools open. Both suggest a limited role for young children in sustaining chains of transmission and that vaccinating children is likely to be of marginal benefit in reducing the risk to others".

The most updated data by the American Academy of Pediatrics showed that "Children were 0.00%-0.19% of all COVID-19 deaths, and 10 [US] states reported zero (0) child deaths. In states reporting, 0.00%-0.03% of all child COVID-19 cases resulted in death."

Based on reporting of CDC data, 266 children aged 0-17 years in the US have died of COVID-19 [as of May 2021]. But let us put this in perspective to yearly seasonal influenza. During the 2018-2019 influenza season, 477 children 0-17 years old died of the regular flu, and we did not mask the nation, did not close schools, and did not seek to mass vaccinate children.

The science globally is stable and clear in terms of the very low risk of spread from children and severe illness and so what is the basis for this need to vaccinate our children? It cannot be that kids are needed to drive the herd immunity threshold for it can only be that if you decide to disregard cross protection (T-cell cross-reactivity) that exists from prior common cold corona virus exposures (even in adults), and also that there is existing immunity from persons who had COVID infection and cleared it.

So, once you include those portions in the math, there is *no need for children to achieve herd immunity*.

CONSENT

Children are also in no position to give informed consent and then this is *unethical*. Moreover, we have persons giving the vaccine who do not conduct 'consent' properly even in adults for they do not know the history of the person receiving the jab nor do they explain the benefits or risks of the vaccines. 'Informed consent' is not 'Hey, roll up your sleeve', it is far more than that for there are serious consequences from a vaccine and the person getting the shot must be informed of these fully.

We again argue that it is very dangerous and reckless to push to vaccinate low risk children with untested vaccines for safety that could leave children with decades of severe disability if something goes wrong. We are for vaccines but it must be properly developed and the emerging adverse effects and the lack of safety data raises serious concerns for these vaccines in children. The benefit just does not outweigh the risks and to claim that we need kids taking the jab is in my view very reckless.

Our children must be exempt fully from any of the existing COVID-19 vaccines, and until proper studies are conducted with the proper safety data. » (Source : Paul Alexander, evidence-based medicine researcher, clinical epidemiologist, assistant Professor, Oxford University, University of Toronto, McMaster University, Washington DC – 20.5.2021 – BMJ 2021;373:n1197 at <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1197/rr>)

CINÉTIQUE ET DOSE RÉPONSE DES VACCINS ARNm

"Concernant le dosage des vaccins génétiques COVID (ARNm, adénovirus recombinant) par rapport aux vaccins plus traditionnels (y compris Novavax). Il y a ici quelques vérités qui dérangent.

Tout d'abord, à ma connaissance, les vaccins génétiques actuels (Sanofi, J&J, Pfizer, Moderna) n'ont pas fait l'objet d'évaluations éprouvées par le temps, à savoir des études cliniques de recherche de doses et de leur calendrier. Je dispose d'un rapport direct de première main sur la façon dont la dose a été sélectionnée pour Moderna (source confidentielle), et il s'agissait essentiellement d'une décision prise en l'absence de données lors d'une réunion de concertation.

Personnellement, pour ce que cela vaut, je pense que les vaccins actuels à ARNm ont été choisis à dose trop élevée, trop haut sur la courbe sigmoïde de la dose-réponse, de sorte que nous pourrions avoir un excès d'événements indésirables. Dans le cas des vaccins, le choix de la dose consiste généralement à trouver un équilibre entre les effets indésirables et la puissance, l'efficacité et l'efficience, en privilégiant la sécurité.

La deuxième vérité qui dérange le plus est que la protéine de pointe est l'agent actif réel, en termes de déclenchement d'une réponse immunitaire. Et dans le cas des vaccins traditionnels, la dose de protéine de pointe est définie de manière relativement précise. Ce n'est pas le cas des vaccins génétiques (à ma connaissance).

Je ne connais aucune donnée dans laquelle la moyenne, la médiane, l'étendue, etc. de la quantité totale de protéine spike produite chez un patient après l'administration du vaccin génétique COVID a été définie. Habituellement, la FDA est assez pointilleuse sur ce genre de choses, mais je ne suis pas au courant que cette variable clé ait été déterminée.

Par conséquent, la gamme et la gravité des effets indésirables potentiellement attribuables au niveau de la protéine de pointe exprimée peuvent refléter les différences entre les patients en ce qui concerne l'efficacité du transfert génétique et l'expression de la pointe qui s'en suit" (Robert Malone, 2021).

REMARQUE : Le Dr Malone possède une vaste expérience dans la recherche et le développement, dans les domaines de la recherche préclinique, des essais cliniques, des vaccins, de la thérapie génique, de la bio-défense et de l'immunologie. Formé à l'UC Davis, à l'UC San Diego et aux laboratoires de biologie moléculaire et de virologie du Salk Institute, le Dr Malone est un scientifique de renommée internationale (virologie, immunologie, biologie moléculaire).

Ses découvertes sur les systèmes d'administration non virale d'ARNm sont considérées comme une clé des stratégies actuelles de vaccination contre le COVID-19.

Dose-Response and Kinetics of mRNA Vaccines

"Regarding dosing of the COVID genetic vaccines (mRNA, recombinant adenovirus) versus the more traditional vaccines

(including Novavax). There are some inconvenient truths here.

First, the current genetic vaccines (Sanofi, J&J, Pfizer, Moderna) did not undergo the time tested assessments of dose ranging and dose timing clinical studies, to the best of my knowledge. I have direct first person report of how the dose was selected for Moderna (confidential source), and it was basically a SWAG by committee consensus.

Personally, for what it is worth, it is my opinion that the current mRNA vaccines selected a *dose* that was too high, too far up on the sigmoidal dose response curve - so that we may have excess adverse events. Dose selection with vaccines is usually about careful balancing of adverse events with potency/efficacy/effectiveness, with a bias towards safety.

Second big inconvenient truth is that the spike protein is the actual active agent, in terms of eliciting an immune response. And in the case of the traditional vaccines, the *dose* of spike protein is defined relatively precisely. With the genetic vaccines, it is not (to the best of my knowledge).

I know of no data wherein the mean, median, range etc of total amount of spike protein produced in a patient after administration of the COVID genetic vaccine has been defined. Usually, the FDA is quite persnickety about such things, but I am not aware of this key variable having been determined.

Therefore, the range and severity of adverse events potentially attributable to the level of expressed spike protein may reflect patient to patient differences in genetic transfer efficiency and subsequent spike expression" (Robert Malone, 2021)

NOTE: Dr. Malone has extensive research and development experience in the areas of pre-clinical discovery research, clinical trials, vaccines, gene therapy, bio-defense, and immunology. Scientifically trained at UC Davis, UC San Diego, and at the Salk Institute Molecular Biology and Virology laboratories, Dr. Malone is an internationally recognized scientist (virology, immunology, molecular biology). His discoveries in mRNA non viral delivery systems are considered a key to the current COVID-19 vaccine strategies.

COMMUNICATEUR; INFLUENCEUR

spin doctor

* Théophraste le grec, 300 ans avant JC, décrivait le "nouvelliste" comme celui qui "arrange selon son caprice, des dessous et des faits remplis de fautes", c.a.d. de *fake news*. "Il pratique l'art de composer ses paroles pour une mauvaise fin... Il cache soigneusement tout ce qu'il fait... Il feint de n'avoir pas aperçu les choses où il vient de jeter les yeux". – On se rappellera les secrets industriels au sujet des effets indésirables vaccinaux et la laxité réglementaire sur cette question

COMPLEXE INDUSTRIEL DE SANTÉ PUBLIQUE

Public Health Industrial Complex

COMPLICITÉ MÉDIATIQUE (FR)

"Les nouvelles et analyses des chaînes bienpensantes gouvernementales sont de plus en plus malhonnêtes, biaisées, falsifiées, tendancieuses, grossièrement exagérée par des « sachants » et des « bienpensants » qui ne jurent que par la démocratie et la liberté d'expression" (Patrick Salin, Octobre 2021)

* Les chaînes non gouvernementales reçoivent de généreuses subventions par leur frais de publicité médiatique et répètent comme des perroquets

Media Complicity

"The news and analyses of the governmental self-righteous channels are more and more dishonest, biased, falsified, tendentious, grossly exaggerated by "know-it-alls" and "self-righteous" who only swear by democracy and freedom of expression" (Translated)

CONFIANCE DANS LES AUTORITÉS (CA) Retombée pandémique

* Au Canada, la crédibilité accordée aux dirigeants d'entreprise, aux médias et aux politiciens a connu un recul important par

rapport à 2020, selon le Baromètre de la confiance de la firme mondiale de relations publiques Edelman, publié le 17 février 2021. Plus aucune source d'information — qu'il s'agisse des médias traditionnels (55%), des moteurs de recherche (47%), des médias de marque (32%) ou des médias sociaux (22%) — n'est vraiment jugée digne de confiance, un recul relié à la pandémie.

Trust in Authorities (CA)

* In Canada, credibility with business leaders, the media and politicians has declined significantly from 2020, according to global public relations firm Edelman's Trust Barometer, released on February 17, 2021. No source of information - whether traditional media (55%), search engines (47%), branded media (32%) or social media (22%) - is truly trusted anymore, a decline linked to the pandemic.

CONFINEMENT

NDT : Ne pas confondre avec l'isolement et la quarantaine des contagieux ou potentiellement contagieux.

= Protocole d'urgence visant à limiter les *déplacements* et les *rassemblements* des bien portants et des contagieux dans une population pour des raisons de santé ou de sécurité publiques

= Recommandation ou obligation par la santé publique pour les bien portants et les infectés de demeurer autant que possible dans un seul lieu d'habitation afin de réduire la propagation de la covid qui est contagieuse chez les malades atteints.

Lockdown; Shelter-in-Place Order; Stay-at-Home Order; Confinement

= An emergency protocol intended to limit movements and gatherings in a population for public health or safety reasons.

TN: The word "confinement" does not have this meaning in English. It is used as a synonym of lockdown under the influence of the French term "confinement" and should be avoided. Not to be confused with *isolation* and *quarantine* (Termium)

CONFINEMENTS GÉNÉRALISÉS EN VA-ET-VIENT *Mesure incohérentes*

« L'utilisation du confinement général par paliers comme principale réponse à la pandémie de COVID-19 n'est plus envisageable. Bien qu'attrayant pour de nombreux scientifiques et qu'il s'agisse d'une mesure par défaut pour les dirigeants politiques qui craignent d'être tenus pour responsables de la lenteur ou de l'indécision des réponses nationales, son utilisation doit être revue et ne doit être utilisée qu'en dernier recours » (Traduit)

Stop-Start General Lockdowns

« Using stop-start general confinement as the main response to the COVID-19 pandemic is no longer feasible. Though attractive to many scientists, and a default measure for political leaders fearing legal liability for slow or indecisive national responses, its use must be revisited, only to be used as a last resort »

(*Lancet Public Health*, February 18, 2021 at [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00036-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00036-0))

CONNERIES, VACCIN CONTRE LES *Ironie*

* Malheureusement non disponible en clinique ou en pharmacie; pourtant tous les médias – des revues savantes aux journalistes grand public, en passant par les déclarations des autorités politiques et sanitaires voire universitaires – en auraient grandement besoin quand ils discutent des vaccins covidien ou invitent ces dites autorités en personne.

Vaccine Against Bullshit

* Unfortunately not available in clinics or pharmacies; yet all media - from scholarly journals to mainstream reporters to political and health authority statements and even academia - would greatly benefit from it when discussing C-19 vaccines even when hosting health and government authorities in person

CONTAGIOSITÉ DANS UNE POPULATION

Voir REPRODUCTION, TAUX DE

Contagiousness in a Population

* Measured by determining its R_0 , or *basic reproduction number*

See REPRODUCTION RATE

CONTAGIOSITÉ PERSONNELLE

" Vous ne pouvez pas infecter une autre personne à moins d'être porteur du virus vivant, et vous ne développerez généralement pas de symptômes à moins que votre charge virale soit suffisamment élevée. En ce qui concerne le test RT-PCR, lorsque des

seuils de cycle (*Cycle Thresholds, CT*) excessivement élevés sont utilisés, même une charge virale infime, trop faible pour provoquer des symptômes, peut être considérée comme positive.

De plus, comme le test ne peut pas faire la distinction entre le virus vivant et les débris viraux morts, il se peut que vous ne soyez même pas porteur du virus vivant. Ces inconvénients importants expliquent pourquoi le test RT-PCR ne doit être effectué que sur des patients symptomatiques et pourquoi un test positif ne doit être considéré seulement comme facteur de *diagnostic*. Les symptômes doivent également être pris en compte.

Si vous ne présentez aucun symptôme, vos chances d'être infectieux et de transmettre l'infection à d'autres personnes sont pratiquement nulles, comme l'ont montré les données sur 9 899 828 personnes. Parmi celles-ci, pas une seule personne qui avait été en contact étroit avec un individu asymptomatique n'a fini par être testée positive.

Cette étude a même confirmé que même dans les cas où des individus asymptomatiques avaient eu une infection active, et avaient été porteurs du virus vivant, la charge virale avait été trop faible pour permettre la transmission. " (Traduit)

Personal Contagiousness

« You cannot infect another person unless you carry live virus, and you typically will not develop symptoms unless your viral load is high enough. As it pertains to RT-PCR testing, when *excessively high CTs* (cycle thresholds) are used, even a minute viral load that is too low to cause symptoms can register as positive. And, since the test cannot distinguish between live virus and dead viral debris, you may not even be carrying live virus at all.

These significant drawbacks are why RT-PCR testing really only should be done on symptomatic patients, and why a positive test should be weighed as just one factor of diagnosis. Symptoms must also be taken into account. If you have no symptoms, your chances of being infectious and spreading the infection to others is basically nil, as data from 9,899,828 individuals have shown.

Of these, not a single person who had been in close contact with an asymptomatic individual ended up testing positive. This study even confirmed that even in cases where asymptomatic individuals had had an active infection, and had been carriers of live virus, the viral load had been too low for transmission. » (Gary Khol, 2021)

CORRÉLATION N'ÉGALE PAS TOUJOURS CAUSALITÉ Épistémologie

* À mesure que le temps passe au printemps 2021, on constate dans plusieurs pays une baisse de l'incidence de la covid et en parallèle une hausse du taux de vaccination. L'industrie et les politiciens vont certainement prétendre que le lien est causal. Si on peut s'en servir en vigilance (notifications, registres, mégadonnées) pour des signaux et alertes, on ne peut s'en servir comme seule source probante d'efficacité thérapeutique.

Pour rappel, la grippe espagnole se dissipa d'elle-même entre 1918 et 1921 sans vaccination. Rien de plus coûteux car cela mènera à une hausse des prix résultant du développement de nouvelles formulations adaptées aux variants qui émergent inévitablement. Corrélation n'équivaut pas à causalité, tant qu'on n'a pas exclu toutes les autres explications ; c'est le fondement principal de la démarche scientifique.

Correlation Does Not Always Mean Causality

* As time goes on in the spring of 2021, many countries are seeing a decline in the incidence of covid and a parallel increase in vaccination rates. Industry and politicians will certainly claim that the link is causal. Although legitimate in adverse reaction surveillance (reports, registers, megadata) for generating signals and alerts, it is not justified as a sole source of therapeutic efficacy evidence.

Remember that the Spanish flu dissipated by itself. Of note, the Spanish flu dissipated by itself between 1918 and 1921, without a vaccine. Nothing could be more costly since it may drive a price increase of vaccines after developing new formulations adapted to the variants that inevitably emerge. Correlation is not causation, until all other explanations have not been excluded. This is the foundation of the scientific approach.

COVID CHRONIQUE *f* Nouvelle maladie – Séquelle – Symptôme sévère

syndrome post-covidien / post-viral; syndrome de la covid longue *emprunt*; covid longue *emprunt*

Long Covid; Long Haul Covid Syndrome

COVID CHRONIQUE, PATIENT ATTEINT DE

combattant du syndrome post-viral c19

Long Haul Fighter; Long Hauler; Long Covid Patient

COVID *f* Maladie

covid-19 (Le Robert); Covid-19/COVID-19 (Larousse)

NDT : Covid-19 est un acronyme forgé à partir de l'anglais (COronaVirusDisease) par le Comité international de taxonomie des virus (ICTV) et adopté par l'Organisation mondiale de la santé en février 2020. Il signifie maladie à coronavirus de 2019. On dit « La » covid puisque *disease* en français est féminin, maladie. « Le » covid-19 réfère au virus.

Covid; Covid-19

TN : *corona* (latin for *crown*) comes from the presence of spikes called *spicules* surrounding the surface of the virus like a crown ; they allow the virus to penetrate cells and reorient or kill them by replication ; if an antibody neutralizes the spikes, the virus cannot penetrate cells, like those in the lungs.

COVID PÉDIATRIQUE: UNE ÉTUDE DE COHORTE ÉDIFIANTE *Enfants – Mortalité – Sévérité – Hospitalisation - Intubation*

* Martin et collaborateurs rendent compte de leurs données cliniques accumulées dans le cadre de la *National Covid Cohort Collaborative* ou N3C impliquant 45 institutions états-uniennes

* Un total de **728 047** ados de moins de 19 ans, d'âge médian de 12,5 ans, d'ethnies et couleurs de peau variées, des deux sexes également, avec et sans facteurs de risque traditionnels et ayant été testés (PCR, antigène, anticorps), furent suivis.

* De ce total, **91 865** ont été testés positifs, soit 12,6% de la population étudiée ou **1/8**.

* Du même total, **5213** ont été hospitalisés, soit **1/140**

* Toujours du même total, **685** ont été sévèrement malades, soit **1/1063**

* C'est **355** qui durent être intubés, soit **1/2051**

* Et **57** ados sont décédés de la covid, le diagnostic est confirmé, soit **1/12 773** qu'on peut qualifier de TRÈS RARE puisque entre 1/10 000 et 1/100 000. Ils sont majoritairement morts de la covid aiguë ou du syndrome inflammatoire multisystémique des enfants.

* Le taux de mortalité à l'hôpital fut de **1,1%**, proche des deux autres grandes études prospectives américaines, soit 2% et 0,9%, et 10 fois moins grand que celui des adultes, **11,2%** observés dans la même étude collaborative dite N3C. [NOTE: Depuis la semaine du 4 juillet 2021 au Québec la moyenne mobile de la mortalité hebdomadaire était tombée à 0, et celle des enfants l'était déjà depuis longtemps (Inspq).]

* On peut imaginer que si même si par miracle un vaccin protégeait de la mort 10% des ados vaccinés, la mortalité covidienne passerait de 1/12 773 à 1/14 050 vaccinés et la différence entre ces deux niveaux de protection est tellement petite qu'on ne pourrait jamais la mesurer avec confiance.

* Cette étude observationnelle très approfondie pilotée par Blake Martin, pédiatre réanimateur à l'Université du Colorado, est rigoureuse, sa présentation détaillée, et la plus vaste à être conduite en Amérique du Nord; la taille de l'effectif de départ, 728.047 ados, rend minuscules les intervalles de confiance des résultats. (Traduit)

NOTE: On peut raisonnablement conclure que cette enquête à grande échelle n'appuie pas du tout la vaccination de masse des ados dans l'intérêt de ceux-ci car le risque covidien à ces âges est minime, et les auteurs ont même remarqué que le risque avait tendance à diminuer au cours de l'étude tout comme celui des adultes. La vaccination des rares enfants à très haut risque demeure un pari raisonnable mais n'enlève rien à la conclusion suivante:

Toute pathologie d'origine vaccinale, comme une myopéricardite fatale, rendrait la balance bénéfice-risque négative dès qu'elle serait observée et rapportée chez plus de 1 par 12 773 vaccinés. Malheureusement il y a de fortes présomptions qu'il existe actuellement chez les professionnels de santé, une omerta à rapporter les cas fatals à la communauté scientifique et à en présenter les arguments en faveur d'un lien causal.

An Edifying Cohort Study of Pediatric Covid

* Martin and colleagues report on their clinical data from the *National Covid Cohort Collaborative* or N3C involving 45 American institutions.

* A total of **728,047** teens less than 19 years of age, with a median age of 12.5 years, various ethnicities and skin colors, both sexes, with and without traditional risk factors were tested (PCR, antigen, antibody) and followed.

* Of this total, **91,865** tested positive, or 12.6% of the study population, or **1/8**.

* Of the same total, **5213** were hospitalized, i.e. **1/140**

* Again of the same total, **685** were severely ill, i.e. **1/1063**

* **355** had to be intubated, or **1/2051**

* And **57** of those 728, 407 teenagers died of covid with confirmation of the diagnosis; that is to say **1/12,773**, which can be qualified as VERY RARE since lying between 1/10,000 and 1/100,000. Most of them died of acute covid or of the children Covid-19 multisystemic inflammatory syndrome (MSI-C).

* The in-hospital mortality rate was **1.1%**, close to the two other large prospective American studies, 2% and 0.9%, and 10 times lower than the **11.2%** observed in adults in the same collaborative study, called N3C. [NOTE : By the end of July 2021, daily covidian mortality in Quebec had fallen to almost 0 for adults, and that of children had been zero throughout the pandemic.]

* One can imagine that even if by some miracle a vaccine protected 10% of vaccinated teens from death, covidian mortality would move from 1/12,773 to 1/14,050 and the difference between these two levels of protection is so small it could never be measured with confidence.

* This very thorough observational study led by Blake Martin, a pediatric intensive care specialist at the University of Colorado, is rigorous, presented in details, and the largest to be conducted in North America; the size of the starting population, 728,047 teens, makes the confidence intervals of the results minuscule. (Translated)

(Source : Martin et al. Children with SARS-CoV-2 in the National COVID Cohort Collaborative (N3C), July 2021 in *medRxiv* at

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.19.21260767v2>)

NOTE: It is reasonable to conclude that this large-scale survey does not support mass vaccination of adolescents for their own sake because the covidian risk at these ages is minimal, and the authors even noted that the risk tended to decrease over the course of the study as well as in adults. Vaccination of the few very high-risk children remains a reasonable gamble but does not detract from the following conclusion:

Any vaccine-induced pathology, such as fatal myopericarditis, would render the benefit-risk balance negative as soon as it was observed and reported in more than 1 per 12,773 vaccinees. Unfortunately, there is a strong presumption that the current omerta among health professionals prevents them from reporting fatal cases to the scientific community and from presenting their arguments in favor of a causal link.

COVIDÉ(E), adj

1. adj

= infecté.e par le covid-19, asymptomatique ou symptomatique et testé positif avec une méthode valide

Covid-19 Infected

= infected by Covid-19 : asymptomatic or symptomatic and tested positive with a valid method

2. nm ou nf

= personne infectée; on doit réserver le terme « patient » aux infectés symptomatiques, pour éviter le surdiagnostic

Covid-19 Person

TN : an infected person should not be considered a « patient » unless symptomatic, to avoid overdiagnosis

COVIDIEN *Néologisme pandémique*

covidian

CRIMINELS DE LA SANTÉ

« Entre sanctionner les criminels de la santé et ceux qui les dénoncent, la justice a choisi la seconde option » - (Source : Marc Girard, médecin pharmaceutique, France)

Health Criminals

"Between punishing health criminals and those who denounce them, justice has chosen the second option" - (Translated)

CRITÈRES D'ÉVALUATION *Essais cliniques*

critères de jugement / d'efficacité

* Au cours des premiers essais cliniques (Phases I/II) soumis aux autorités d'homologation, les promoteurs se sont limités à un test positif et quelques symptômes comme critère principal, des symptômes aussi typiques de la grippe que de la covid. Par exemple Moderna a choisi la *toux*, Pfizer le *mal de gorge*, AstraZeneca *toux + fièvre* (aux É.-U.) et Janssen *toux + céphalée*.

* Souvenons-nous que « La définition des maladies est une activité sociale qui s'élabore à travers l'enchevêtrement des intérêts de carrière, les intérêts économiques, les conceptions scientifiques des différents acteurs. Elles suggèrent qu'il n'y a aucune raison d'accorder plus d'objectivité aux statistiques médicales qu'aux statistiques scolaires ou policières » (Christophe Andréo, 2007, communication)

Endpoints; Outcomes

* In the first clinical trials (Phases I/II) submitted to the licensing authorities, sponsors limited themselves to a positive test and a few symptoms as primary endpoints, symptoms as typical of influenza as of covid. For example, Moderna chose *cough*, Pfizer *sore throat*, AstraZeneca *cough + fever* (in the US) and Janssen *cough + headache*.

(Peter Doshi 21.10.2020 at <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4058> - BMJ 2020;371:m4058)

* Let us remember that "The definition of diseases is a social activity that is elaborated through the entanglement of career interests, economic interests, and the scientific conceptions of the different actors. They suggest that there is no reason to grant more objectivity to medical statistics than to school or police statistics" (Translated)

CYCLE SEUIL *Test de type RT-PCR – Surdiagnostic possible*

NDT : le sigle anglais CT ou Ct (pour Cycle Threshold) est un emprunt accepté

* Une personne est déclarée positive si du virus est détecté dans la limite d'un certain nombre de cycles, seuil déterminé par le fabricant et en principe recommandé par les autorités. C'est comme si on avait un tensiomètre qui au lieu de rapporter 180/100 afficherait « Hypertension », et « Normotension » pour 120/80 mmHg, et que le fabricant aurait déterminé un seuil certifié par les autorités du moment voire par le fabricant.

« Il est "presque acquis" actuellement qu'au-dessous d'une valeur CT (cycle threshold) de 24, "on est contagieux" et que le risque diminue progressivement au-delà. On pourrait donc considérer que les personnes testées positives avec une valeur CT supérieure à 30 sont très peu, voire pas contagieuses, comme l'ont expliqué plusieurs spécialistes au New York Times » (Yazdan Yazdanpanah, chef infectiologue, hôpital Bichat, Paris)

* En France, le cycle seuil fixé par chaque laboratoire tourne autour de 35 à 45 cycles mais il n'est pas communiqué au moment des résultats, ni aux É.-U. ni au Canada. Trop élevé pour éviter les faux positifs.

« L'Organisation mondiale de la santé admet implicitement en 2021 que tous les tests RT-PCR effectués à un seuil d'amplification (Ct) de **35 cycles** ou plus sont **invalides**. Mais c'est ce qu'ils ont recommandé au point de départ en janvier 2020,

en liaison avec l'équipe de virologie de l'hôpital Charité de Berlin » (Michel Chaussudovsky sur <https://www.mondialisation.ca/loms-confirme-que-le-test-covid-19-pcr-est-invalide-les-estimations-des-cas-positifs-sont-sans-fondement-le-confinement-na-aucune-base-scientifique/5654671>)

* Le cycle seuil exact recommandé demeure donc controversé et plusieurs critiques sont convaincues qu'il est trop élevé dans certaines trousse et dans certaines recommandations, comme de 40 à 45, ce qui entraîne des résultats faux positifs et gonfle trompeusement les statistiques nationales de personnes infectées (qui servent de base pour imposer des contraintes sociales) et entraîne des quarantaines injustifiées chez des individus.

Cycle Threshold; CT / Ct Value

= number of cycles necessary to detect a virus

* The cycle threshold indicates how much virus an infected person harbors

* Standard RT-PCR tests identify SARS-CoV-2 infection by identifying and amplifying viral RNA using a procedure known as polymerase chain reaction, which relies on multiple cycles of amplification to produce a detectable amount of RNA

* If a positive signal isn't seen after 37 to 40 cycles, the test is negative

* The scientific consensus states anything over **35 CTs** is scientifically unjustifiable as it produces enormous amounts of false positives

* CT values correlate inversely with the amount of viral RNA present in the sample – for example, a test that results positive after 12 rounds (CT value = 12) starts out with more than 10 million times as much viral genetic material as a sample with a CT value of 35

DATES LIMITES POUR COMPLÉTER L'ÉVALUATION APRÈS AMM CONDITIONNELLES (2022 à 2024)

" Toutes les études soumises lors de la demande d'AMM (Autorisation de mise sur le marché) sont résumées dans les EPAR (European Public Assessment Reports) publiés sur le site de l'*Agence européenne des médicaments* (EMA). Les études prévues, non encore réalisées, y figurent également.

Ce calendrier s'étend **de 2021 à au moins 2024**, selon le vaccin COVID-19 concerné, et est défini dans les Annexes de l'AMM conditionnelle et dans les EPAR publiés.

a) A titre d'exemple, le vaccin BioNTech/Pfizer a reçu cette AMM conditionnelle européenne le 21 décembre 2020. Et la date limite de dépôt de la "confirmation" de l'efficacité, de la sécurité et de la tolérance de ce vaccin est fixée à **décembre 2023**.

b) Le vaccin Moderna a reçu l'AMM le 6 janvier 2021. La date limite de dépôt de la "confirmation" de l'efficacité, de la sécurité et de la tolérabilité de ce vaccin est fixée à **décembre 2022** au plus tôt.

c) Le vaccin d'AstraZeneca a obtenu l'AMM le 29 janvier 2021. La date limite de dépôt de la "confirmation" de l'efficacité, de la sécurité et de la tolérabilité du vaccin est **mars 2024**.

d) Le vaccin de Janssen a obtenu une AMM européenne conditionnelle le 11 mars 2021. La date limite de dépôt de la "confirmation" de l'efficacité, de la sécurité et de la tolérance du vaccin est fixée à **décembre 2023**. "(LifeSiteNews.com, 22 avril 2021 – Traduit)

Deadlines for Completing Evaluation after Conditional Marketing Authorization (2022 to 2024)

« All of the studies submitted during the MA (Marketing Authorization) application are summarized in the EPARs (European Public Assessment Reports) published on the *European Medicines Agency* (EMA) website. The planned studies, not yet completed, are also included.

This schedule extends from 2021 to at least 2024, depending on which COVID-19 vaccine is involved, and is defined in the "Annexes" of the conditional MA and in the published EPARs.

a) As an example, the BioNTech/Pfizer vaccine received this European conditional MA on December 21, 2020. And the deadline for filing “confirmation” of efficacy, safety, and tolerability of this vaccine is **December 2023**

b) The Moderna vaccine was granted MA on January 6, 2021. The deadline for filing “confirmation” of efficacy, safety, and tolerability of the vaccine is **December 2022** at the earliest.

c) AstraZeneca’s vaccine was granted MA on January 29, 2021. The deadline for filing “confirmation” of efficacy, safety, and tolerability of the vaccine is **March 2024**

d) The *Janssen* vaccine was granted conditional European MA on March 11, 2021. The deadline for submitting “confirmation” of the vaccine’s efficacy, safety and tolerance is **December 2023**. » (LifeSiteNews.com, April 22, 2021)

<https://www.lifesitenews.com/news/french-drug-assessment-center-demands-removal-of-all-four-widely-used-covid-vaccines>

DÉCÈS COVIDIENS ET SURDIAGNOSTICS *Conflation des statistiques sanitaires*

« Ils fluctuent et ne devraient pas être annoncés chaque jour. Ils résultent de l’addition des patients décédés à l’hôpital, ce qui ne signifie pas qu’ils sont morts du Covid mais morts en ayant le Covid ; et des décès enregistrés dans les maisons de retraites, sur la base de suspicion de Covid » (Bernard Dugué).

* Le surdiagnostic est probable quand on pense que dans les établissements sanitaires on considère souvent que tout décès d’une personne déclarée positive est un décès covidien. Le test RT-PCR est sensible et produit des faux positifs quand le cycle seuil est inapproprié, cad trop élevé. Quand il sert au diagnostic de « décès covidien » chez un patient poly-morbide mais avec peu de manifestations cliniques typiques de la covid, les faux positifs mènent à la surestimation de la mortalité covidienne.

* Ce surdiagnostic a des conséquences graves dans la population car les autorités s’en servent pour imposer des mesures de protection contraignantes

DANS UN CHSLD/EHPAD (QC)

« Aux audiences du coroner (automne 2021) sur le CHSLD Herron (Dorval, QC), une infirmière auxiliaire a reproché aux autorités d’avoir trop facilement **inscrit la COVID-19 comme cause du décès** des résidents pour masquer le fait que plusieurs étaient morts déshydratés ou mal nourris, faute de personnel.

L’infirmière auxiliaire, qui travaillait à Herron, a dit croire que les responsables, peu importe qui ils sont, jugeaient plus facile de rendre la COVID-19 responsable de tous ces décès **plutôt que d’admettre la vérité**, à savoir que ces résidents n’avaient pas été nourris et hydratés adéquatement. » (Source : Lia Lévesque, La Presse canadienne, *Le Devoir*, 14.9.2021 sur <https://www.ledevoir.com/societe/sante/632130/une-infirmiere-auxiliaire-depeint-le-chaos-au-chsld-herron>)

Covid Deaths and Overdiagnoses

* They are reported daily, fluctuating, a composite of hospital deaths, nursing home deaths, home deaths, with varying diagnostic criteria, and subject to overdiagnoses. Many hospitals and nursing homes consider that any death of persons tested positive are covid deaths, which is outright misleading.

* Overdiagnosis is likely when one considers that in health care settings, any death of a person found to be positive is often considered a covidian death. The RT-PCR test is sensitive and produces false positives when the threshold cycle is inappropriate, i.e. too high. When used to diagnose Covid-19 death in a patient with multiple illnesses but few clinical manifestations typical of Covid-19, the false positives lead to an overestimation of covidian mortality.

* This overdiagnosis has serious consequences in the population because the authorities use it to impose restrictive protective measures

IN A NURSING HOME (Dorval, QC)

"At the coroner's hearings (Fall 2021) on the nursing home Herron (Dorval, QC), a nursing assistant blamed authorities for too

easily listing COVID-19 as the cause of death of residents to mask the fact that many died of dehydration or malnutrition because of lack of staff.

The nursing assistant, who worked at Herron, said she believes officials, no matter who they are, found it easier to blame COVID-19 for all these deaths than to admit the truth that these residents had not been adequately fed and hydrated."
(Translated)

DÉCÈS VACCINAUX ET NOTIFICATION SPONTANÉE *Vaccinovigilance – Avril 2021 - Europe*

* La notification spontanée vaccinale officielle souffre de sous-notification, aucun initié n'oserait nier cet état de fait. Malgré cela, « Au 10 avril 2021, l'EMA nous donnait les informations suivantes :

a) AstraZeneca : 150 863 effets secondaires notifiée dont 10 403 en France (2ème pays ayant le plus d'effets secondaires rapportés après les Pays-Bas qui avec 16 222 effets secondaires graves signalés ont suspendu ce vaccin) et au total 796 morts suspects.

b) Pfizer : 134 606 effets secondaires dont 14 094 en France (2ème pays ayant le plus d'effets secondaires notifiés après l'Italie avec 38 030 effets secondaires graves) et 3 521 morts soupçonnées.

c) Moderna : 13 426 effets secondaires dont 818 en France et 1 475 morts rapportées.

Au total, 5 972 personnes sont décédées peu de temps après une vaccination et 298 895 ont subi des effets secondaires graves ». (Régis Desmarais, 12.4.2021 sur <http://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/crise-sanitaire-la-faillite-de-la-232253>)

Vaccine Deaths and Spontaneous Reporting

* Official vaccinovigilance programs suffer from under-reporting, no insider would dare to deny it. Despite this, "As of April 10, 2021, the EMA gave us the following information:

(a) AstraZeneca: 150,863 side effects reported, including 10,403 in France (2nd country with the most side effects reported, after the Netherlands which suspended this vaccine after 16,222 serious side effects were reported) and a total of 796 suspected deaths.

b) Pfizer: 134,606 side effects, including 14,094 in France (2nd most affected country after Italy with 38,030 serious side effects reported) and 3,521 deaths associated.

c) Moderna: 13,426 side effects, including 818 in France and 1,475 deaths.

In total, 5,972 people died shortly after vaccination and 298,895 suffered serious postvaccinal reactions.

DÉCÈS VACCINAUX RAPPORTÉS AUX É.-U. DE DÉCEMBRE 2020 À MAI 2021

" Plus de 285 M de doses de vaccins COVID-19 ont été administrées aux États-Unis du 14 décembre 2020 au 24 mai 2021.

Pendant cette période, VAERS a reçu 4 863 rapports de décès (0,0017 %) chez des personnes ayant reçu un vaccin COVID-19 "

Soit 1 décès signalé pour 56 806 doses. Les décès par nombre de personnes vaccinées ne sont pas présentés.

Vaccine Deaths Reported in USA from December 2020 Through May 2021

« Over 285 M doses of COVID-19 vaccines were administered in the United States from December 14, 2020, through May 24, 2021. During this time, VAERS received 4,863 reports of death (0.0017%) among people who received a COVID-19 vaccine » or 1 reported death per 56 806 doses. Deaths per number of people vaccinated is not presented.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/adverse-events.html>

DÉCIDEURS ET EXPERTS *Alliances à surveiller*

* Les autorités doivent :

a) *recourir* aux experts en santé publique,

b) *choisir* ces experts pour leur compétence et leur neutralité,

c) *déterminer* leur mission exacte, à quelles questions ils doivent répondre

d) *exploiter* leur connaissances au profit de la citoyenneté avant les considérations politiques

Decisions Makers and Experts

* Authorities shall:

- (a) *call upon* public health experts,
- b) *select* these experts for their competence and neutrality,
- c) *determine* their exact mission, what questions they should answer
- d) *use* their knowledge for the benefit of the citizenry before political considerations

DÉCROCHEURS PANDÉMIQUES, ÉLÈVES *Dommages collatéraux*

* Ces décrochages résultent en partie des fermetures scolaires présentielle et parfois de l'obligation du masque et de la distanciation

Pandemic School Dropouts

* These dropouts are partly the result of school closures and sometimes of the obligation to mask and distance themselves

DÉNI DES PREMIERS SIGNALEMENTS D'EFFETS INDÉSIRABLES NON LIBELLÉS *Vaccinovigilance passive dénigrée*

* L'industrie et ses complices font tout pour dénigrer la notification spontanée (dite vaccinovigilance passive, après commercialisation), il est grand temps de la réhabiliter. Elle ne doit pas être remplacée par la seule pharmacovigilance active, celle des essais cliniques sous le contrôle des firmes peu bavardes voire cachetières.

La notification spontanée est irremplaçable dans la présente pandémie, et devrait être bien financée et faite avec ouverture, transparence, indépendance et empressement, ce qui n'est pas le cas, on dirait même 'au contraire'. Combien de temps a-t-on pris avant d'admettre la thrombose après vaccination Astra-Zeneca et l'incorporer dans le RCP (Résumé des caractéristiques du produit) ?

Denial Of First Unlabelled Adverse Reaction Reports

* The industry and its accomplices are doing everything to denigrate spontaneous notification (known as passive vaccinovigilance), it is high time to rehabilitate it. It must not be replaced by active pharmacovigilance alone, which is that of clinical trials under the control of discreet, when not secretive, sponsors.

Spontaneous reporting is irreplaceable in the present pandemic, and should be well financed and done with openness, transparency, independence and readiness, which is not the case, one would even say 'on the contrary'. How long did it take to admit thrombosis after Astra-Zeneca vaccination and to label it in the SPC (Summary of Product Characteristics)?

DÉPARTS DE HAUTS RESPONSABLES DE LA FDA

" Deux des plus hauts responsables de la FDA en matière de vaccins quittent leurs fonctions, ce qui soulève de nouvelles questions sur l'administration Biden et la façon dont elle a mis la FDA sur la touche. Marion Gruber, directrice du *Bureau de recherche et d'évaluation des vaccins* de la FDA et vétéran de l'agence depuis 32 ans, quittera ses fonctions à la fin du mois d'octobre 2021, et Phil Krause, directeur adjoint, qui travaille à la FDA depuis > 10 ans, partira en novembre 2021.

La nouvelle (source : BioCentury) est un coup dur pour la confiance dans la capacité de l'agence à réglementer les vaccins. L'annonce de cette bombe survient à un moment particulièrement crucial (septembre 2021), alors que les rappels et les vaccins pour enfants sont en train d'être évalués par le réglementeur.

Ces départs interviennent également alors que l'administration a récemment sauté l'étape d'évaluation par la FDA des doses de rappel, annonçant qu'elles pourraient être [autorisées et] disponibles dans la semaine du 20 septembre." (Traduit)

FDA Senior Leaders Departures

« Two of the FDA's most senior vaccine leaders are exiting from their positions, raising fresh questions about the Biden administration and the way that it's sidelined the FDA. Marion Gruber, director of the FDA's Office of Vaccines Research & Review (OVRR) and 32-year veteran of the agency, will leave at the end of October 2021, and OVRR deputy director Phil Krause, who's been at FDA for more than a decade, will leave in November 2021.

The news (from BioCentury) is a massive blow to confidence in the agency's ability to regulate vaccines. The bombshell

announcement comes at a particularly crucial moment (September 2021), as boosters and children's shots are being weighed by the regulator. The departures also come as the administration has recently jumped ahead of the FDA's reviews of booster shots, announcing that they might be [authorized and] available by the week of Sept. 20 »

(Source : Zachary Brennan, 31.8.2021 at <https://endpts.com/breaking-in-a-major-blow-to-vaccine-efforts-senior-fda-leaders-stepping-down-report/>)

DÉPISTAGE DE MASSE

dépistage collectif (FR surtout)

* par opposition au dépistage avec critères de sélection

Mass Screening / Testing; Universal Testing / Screening

* as opposed to screening with selection criteria

DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE

= délibéré et méthodique, appliqué à un groupe particulier plus exposé, par exemple dans les habitats collectifs, certains milieux de travail ou d'éducation

Systematic Screening

= deliberate and methodical, applied to a particular, more exposed group, e.g. in collective housings, certain workplaces or school settings

DÉPLOIEMENT VACCINAL

mise en route / mise en œuvre / implémentation vaccinale

Vaccination Rollout

DÉPRESSION POST-PANDÉMIQUE *Pathologies confinementielles*

Post-Pandemic Depression

DÉROUTANT, COMPTE-RENDU D'ESSAI *Essais cliniques covidien – Présentation trompeuse de résultats*

* quand une présentation des éléments d'un essai clinique – design, exécution, analyse – est déroutante même pour un expert dans le domaine et sa méthodologie, elle devient trompeuse. Les essais pivots des vaccins covidien le sont.

Confusing Trial Report

* When the reporting of elements of a clinical trial - design, execution, analysis - is confusing even to an expert in the field and in its methodology, it becomes misleading. Such are the C-19 pivot trials

DÉTOURNEMENT D'USAGE *Passeport vaccinal*

Function Creep

DEVOIR D'AVERTIR, LE

* en vaccinovigilance il y a celui *d'avertir le patient* et l'inscrire au dossier, pour prévenir un rechallenge positif avec une 1^{re} dose non tolérée, et celui *d'avertir la communauté* médicale s'il s'agit d'un effet indésirables grave et inattendu (non libellé)

Duty To Warn

* In vaccinovigilance, there is the obligation to *warn the patient* and to record it in his file, to prevent a positive rechallenge with a non-tolerated 1st dose, and the obligation to *warn the medical community* if it is a serious and unexpected adverse event (unlabelled)

DICTATURE SANITAIRE *Politique*

* À l'opposé de *démocratie participative*

Health Dictatorship

* As opposed to *participative democracy*

DIRIGEANTS SANITAIRES

autorités / décideurs sanitaires

Health Leaders

DISTANCIATION PHYSIQUE *Geste barrière*

Physical Distancing

DISTANCIATION SOCIALE *Terme mal choisi – Erreur sémantique*

NDT : il s'agit plutôt de *distanciation physique* (Laurent Herblay, 2020), la distanciation sociale ayant un sens plus large. En fait la première entraîne trop souvent la seconde

Social Distancing

TN : somewhat of a misnomer and should be replaced by Physical Distancing

DNA, VACCIN DE TYPE *Typologie vaccinale*

= gène codant pour une protéine virale, la spicule

DNA Vaccine

DOMMAGES COLLATÉRAUX *Confinements – Fermetures – Mesures de protection*

Résultats contreproductifs

Collateral Damages; Negative Externalities

Counterproductive Results

DOMMAGES COLLATÉRAUX DES MESURES DE PRÉVENTION (CA, QC, ON) *Santé mentale – Violence familiale – Cancer – Chirurgies – Accès aux généralistes – Usage de drogues*

"Ce que les études canadiennes nous disent, c'est qu'il y a un lien clair entre le *suicide* et la récession économique, qui est définitivement liée aux confinements, lesquels peuvent aggraver les facteurs de stress existants tels que la perte d'emploi, l'insécurité du logement et de la nourriture, aggraver une maladie mentale préexistante, amplifier la détresse et la consommation de *substances*) »

DOMMAGES COLLATÉRAUX DU CONFINEMENT GÉNÉRALISÉ *Espérance de vie - Enfants*

« L'impact du confinement généralisé sur des économies entières a été dévastateur, et le pire reste à venir dans les niveaux de chômage et de dette nationale. Les conséquences sociales et sanitaires (y compris la santé mentale) sont également colossales, en particulier pour les jeunes générations, pourtant peu exposées en termes de morbidité et de mortalité à l'infection par le SRAS-CoV-2. » (Traduit)

« L'exposition au stress et le statut social sont parmi les meilleurs indicateurs pour évaluer l'espérance de vie » (Moshe Szyf, épigénéticien, Mc-Gill University, Montréal). – « L'exposition à un stress chronique chez les enfants a des séquelles physiques, cognitives et comportementales » (Cathy Vaillancourt, Institut National de la Recherche Scientifique (INRS) et on sait que les pertes d'emploi abaissent le statut social.

SPÉCULATION À PROPOS DU QUÉBEC

* Dans la même veine on pourrait imaginer dans le pire scénario que si la population québécoise a vieilli de 2 ans en 2020 au lieu de 1, alors son espérance de vie a été réduite de 1 an et si on la multiplie par 8,5 millions de citoyens, voilà 8 500 000 d'années-personnes perdues à cause des confinements et autres mesures sanitaires.

Cependant, seulement 11 170 décès covidien cumulatifs sont enregistrés en date du 11 juin 2021. La conversion en années-personnes nécessiterait le cumulatif des années-personnes pour chaque tranche d'âge mais en assumant une perte moyenne d'espérance de vie de 16 ans par décès covidien, on arrive au chiffre de 178 720 personnes-années perdues). Pure spéculation, en attendant les statistiques des séquelles pandémiques.

Collateral Damages of General Lockdown

« The impact of general confinement on entire economies has been devastating, with worse still to come in levels of unemployment and national debt. Social and health (including mental health) consequences are also colossal, in particular for the younger generations, despite them being at low risk in terms of morbidity and mortality from SARS-CoV-2 infection » (*Lancet Public Health*, February 18, 2021 at [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00036-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00036-0))

SPECULATION ABOUT QUEBEC

* In the same vein, one could imagine in a worst case scenario that if the Quebec population has aged 2 years in 2020 instead of 1, then its life expectancy has been reduced by 1 year and if multiplied by 8.5 million citizens, that means 8,500,000 person-years lost due to lockdowns and other sanitary measures.

However there were only 11,170 cumulative covidian deaths as of June 11, 2021 in the province. Conversion to person-years would require cumulative person-years lost in each age group but assuming an average of 16 years lost per covidian death, the burden would amount to 178 720 person-years). Pure speculation while waiting for more data on the postpandemic

DOMMAGES COLLATÉRAUX EN CANCÉROLOGIE *Synthèse méthodique*

"La pandémie de COVID-19 a entraîné une perturbation mondiale à grande échelle des soins contre un large éventail de cancers. Soixante-neuf études réalisées dans 23 pays font état de changements dans les schémas de dépistage, de diagnostic, de listes d'attente et de traitement du cancer liés à des restrictions pendant la pandémie de COVID-19 en 2020.

Quatorze études font état d'une augmentation des présentations de cancers à des stades plus avancés. Les futures restrictions devraient tenir compte des perturbations des parcours de soins du cancer et prévoir de prévenir les préjudices inutiles." (Traduction)

Collateral Damages in Cancerology

"The COVID-19 pandemic led to wide-scale global disruption of cancer care across a broad range of cancers. Sixty-nine studies from 23 countries report changes in the patterns of screenings, diagnoses, waiting lists and treatments for cancer related to restrictions during the COVID-19 pandemic in 2020. Fourteen studies report an increase in later-stage cancer presentations. Future restrictions should consider the disruptions to cancer care pathways and plan to prevent the unnecessary harms."

Source: Heneghan C, Brassey J, Jefferson T. Review of the Impact of First Wave Restrictions on Cancer Care. *Collateral Global*. <https://collateralglobal.org/article/review-of-the-impact-of-first-wave-restrictions-on-cancer-care/>

DONNÉES COVID-19 AU QUÉBEC *Source d'information*

<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>

* Par l'Institut national de santé publique du Québec, un centre d'expertise et de référence en santé publique

Covid-19 Data in Quebec

* By the National Institute of Public Health of Quebec, a Public Health Expertise and Reference Centre

<https://www.inspq.qc.ca/en>

DONNÉES DÉSAGRÉGÉES SELON LE SEXE EN 2020 *Essais cliniques*

données ventilées selon le sexe en 2020

" Le sexe a un impact sur l'incidence de l'infection par le SRAS-CoV-2 et la mortalité par COVID-19. En outre, les différences de sexe influencent la fréquence et la gravité des effets indésirables pharmacologiques. Nous avons étudié l'inclusion du sexe dans les études sur la COVID-19 depuis le registre *ClinicalTrials.gov*, en recueillant des données pour la période du 1er janvier 2020 au 26 janvier 2021.

Nous montrons que sur les 4 420 études enregistrées, 935 (21,2 %) abordent le sexe uniquement dans le contexte du recrutement, 237 (5,4 %) prévoient des échantillons appariés ou représentatifs du sexe ou mettent l'accent sur la déclaration du sexe, et seulement 178 (4 %) signalent explicitement un plan pour inclure le sexe comme variable analytique.

Seuls huit (17,8 %) des 45 essais cliniques liés à la COVID-19 publiés dans des revues scientifiques jusqu'au 15 décembre 2020 font état de résultats ventilés par sexe ou analysant les sous-groupes.

Sex Disaggregated Data in 2020

« Sex and gender differences impact the incidence of SARS-CoV-2 infection and COVID-19 mortality. Furthermore, sex differences influence the frequency and severity of pharmacological side effects. We investigated the inclusion of sex and/or gender in COVID-19 studies on ClinicalTrials.gov, collecting data for the period January 1, 2020 to January 26, 2021.

We show that of the 4,420 registered SARS-CoV-2/COVID-19 studies, 935 (21.2%) address sex/gender solely in the context of recruitment, 237 (5.4%) plan sex-matched or representative samples or emphasized sex/gender reporting, and only 178 (4%) explicitly report a plan to include sex/gender as an analytical variable.

Just eight (17.8%) of the 45 COVID-19 related clinical trials published in scientific journals until December 15, 2020 report sex-disaggregated results or subgroup analyses. » (Source : Brady et al. *Nature Communication* 12, 4015 (6.7.2021) - <https://doi.org/10.1038/s41467-021-24265-8>)

DOSE DE RAPPEL

" Les données jusqu'au 31 juillet 2021 en Israël ont confirmé la diminution de l'immunité d'origine vaccinale au fil des mois et l'augmentation conséquente de la covid19 et de sa sévérité, notamment chez les personnes âgées. De nombreux pays ont commencé à utiliser une troisième dose, dite "de rappel", comme la Hongrie et Israël, respectivement 4 et 5 mois après la deuxième dose de vaccin Pfizer contre le covid19.

Une dose de "rappel" est également la 2^e dose du vaccin de Janssen. Une décision rationnelle sur la dose de rappel nécessiterait des essais cliniques pour démontrer l'efficacité et la sécurité de la dose de "rappel", de la troisième dose, avec des données sur son impact sur les complications et les décès, et sur les effets indésirables du vaccin, car il ne suffit pas de démontrer une augmentation de la réponse immunitaire (anticorps dans le sang, un critère de substitution).

Nous manquons de données sur les intervalles les plus appropriés entre les doses, sur l'utilisation de troisièmes doses avec un vaccin différent du précédent, sur la réponse face aux variantes (par mutation) du virus, etc. Des données sont également nécessaires sur la durée de l'immunité dans différents groupes de patients, en fonction de l'âge et des facteurs de risque par exemple. " (Traduit)

Booster Dose

« Data up to 31 July 2021 in Israel confirmed the decrease in vaccine-mediated immunity over the months and the consequent increase in covid19 and its severity, especially in the elderly. Many countries have started to use a third, "booster" dose, such as Hungary and Israel, respectively 4 and 5 months after the second dose of covid19 vaccine Pfizer.

A "booster" dose is also the second dose of Janssen's vaccine. A rational decision about booster dose would require clinical trials to demonstrate the efficacy and safety of the "booster" dose, third dose, with data on its impact on complications and deaths, and on vaccine adverse effects, as it is not enough to demonstrate an increase in immune response (antibodies in the blood, a surrogate endpoint).

We lack data on the most convenient intervals between doses, on the use of third doses with a different vaccine than the previous one, on the response in front of variants/mutations of the virus, etc. Data are also needed on the duration of immunity in different groups of patients, according to age and risk factors for example » (Source : Juan Gérvas, public health expert, Spain, Communication on 28.8.2021)

DOUBLEMENT VACCINÉ

Double-Jabbed

DOUTE VACCINAL INTERDIT *Blogue (FR) – Opinion – Politique vaccinale*

« Israël, un des pays le mieux vaccinés (150 doses/100 habitants) et dont les contraintes sanitaires ont été parmi les plus

sévères, se débat maintenant (Septembre 2021) avec 4 fois plus d'infections journalières que la France (1.000/million), sans que personne ne comprenne pourquoi.

Même incompréhension dans l'autre sens, avec l'Inde, qui dénombre 5 fois moins de décès par million d'habitants (0,36/M) que la France, avec un taux de vaccination de seulement 10 %. Le PDG de Pfizer, aussitôt suivi par la plupart des gouvernements occidentaux [Note : par effet de *ruissellement*], assure que son vaccin est toujours efficace contre le variant Delta, mais recommande une 3^e dose.

Ceux qui doutent, de par leur expertise même, sont désormais censurés par les médias, vilipendés par les ministres, accusés de trahison par les sociétés savantes » (Source : Jean-Michel Claverie, Les Échos, 3.9.2021, Professeur émérite en virologie, FR)

Forbidden Vaccinal Doubt

« Israel, one of the most vaccinated countries (150 doses/100 inhabitants) and whose sanitary constraints were among the most severe, is now (September 2021) struggling with 4 times more daily infections than France (1.000/million), without anyone understanding why. Same incomprehension in the other direction, with India, which has 5 times fewer deaths per million inhabitants (0.36/M) than France (2), with a vaccination rate of only 10%.

The CEO of Pfizer, immediately followed by most Western governments [Note : by a *trickle-down* effect], claims that his vaccine is still effective against the Delta variant, but recommends a 3rd dose. Those who doubt by their very expertise, are now censored by the media, vilified by ministers, accused of treason by learned societies. (Translated)

ÉCHANTILLON (PRÉLEVÉ) PAR ÉCOUVILLONNAGE

Swab Specimen

swab

« Nasopharyngeal swab / Oropharyngeal Swab »

ÉCHAPPEMENT IMMUNITAIRE *Infectiologie - Hypothèse*

" La prééminence de l'immunité collective présentée comme une solution à la pandémie pourrait être sur le point de changer avec l'émergence de l'échappement immunitaire, un point tournant virologique aussi important que l'arrivée des variants du SRAS-CoV-2. Pour faire face à l'échappement immunitaire, il faudra réévaluer les stratégies de santé publique et créer un nouveau contrat social fondé sur des données probantes." (Traduit)

Immune Evasion

« The prominence of *herd immunity* being touted as a solution to the pandemic might be about to change with the emergence of *immune evasion*, a virological game changer that is as important as the arrival of SARS-CoV-2 variants. Dealing with immune evasion will require a re-evaluation of public health strategies, and the creation of a new, evidence-based social contract. » (*Lancet Public Health*, February 18, 2021 at [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00036-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00036-0))

ÉCHEC VACCINAL

* on distingue 4 types d'échec vaccinal :

- a) une réponse *immunitaire* inadéquate, mesurable par le taux des anticorps pertinents, un critère de substitution
- b) une protection inadéquate contre la *survenue* de l'infection (la prévention clinique)
- c) l'absence de réduction de la *sévérité* des symptômes, de leur durée et de leur *gravité* jusqu'à entraînant hospitalisation, réanimation ou décès; chaque critère de jugement clinique doit être étudié et rapporté séparément
- d) l'absence de réduction de la *contagiosité*

Vaccination Failure

* There are 4 types of vaccine failure:

- (a) inadequate *immune* response, measurable by the level of relevant antibodies, a surrogate endpoint
- b) inadequate protection against the *occurrence* of the infection (clinical prevention)
- c) failure to reduce the *severity* and duration of symptoms and the infection seriousness leading to hospitalization, intensive

care or death; each clinical endpoint must be studied and reported separately
d) lack of reduction in *contagiousness*

ÉCLOSION *Épidémiologie*

flambée

Outbreak

ÉCOUVILLON *Instrument*

= dispositif médical fait d'une tige dont l'extrémité est recouverte d'un matériel absorbant afin d'effectuer un prélèvement

Swab

= A medical device used for collecting a specimen consisting of a stick with one end covered in an absorbent material

ÉCOUVILLONNAGE *Technique de laboratoire*

= prélèvement d'un échantillon à l'aide d'un écouvillon

* pour le C-19 on écouvillonne l'oropharynx ou le nasopharynx

Swabbing

= collection of specimen with a swab

* for C-19 the oropharynx or nasopharynx is swabbed

ÉCOUVILLONNER *Technique*

* Demande une formation pour éviter surtout les faux négatifs par maladresse

To Swab

ÉDUCATION C. INTELLIGENCE *Santé publique*

* On peut être peu éduqué et très intelligent, on le voit par le succès de certains décrocheurs scolaires et d'autodidactes

* On peut être très éduqué, avoir complété de longues études pertinentes à la pandémie, et ne pas être très intelligent. Les faux pas de certaines autorités nous l'ont révélé

Education v. Intelligence

* One can be poorly educated and very intelligent, as we can see from the success of some school dropouts

* One can be very educated, having completed long studies relevant to the pandemic, and not be very intelligent. We learned that from the missteps of certain authorities

EFFECTIVITÉ CLINIQUE CONTRE EFFICACITÉ STATISTIQUE *Validité externe – Validité interne – Présentation de résultats*

" La signification statistique est une mesure de la probabilité qu'un résultat se soit produit à la suite d'une variable particulière choisie [la vaccination par exemple], plutôt qu'à la suite du hasard... Les méthodes statistiques peuvent être utilisées pour quantifier la probabilité que la différence soit le résultat du simple hasard... La signification statistique est donc un concept qui mesure la confiance dans l'origine (le vaccin ou le hasard) d'une différence **plutôt que sa magnitude**.

Il ne s'agit pas d'une mesure du niveau d'efficacité ... Il est essentiel de ne pas confondre l'usage statistique de la "signification" avec l'usage quotidien. Dans l'usage courant [tout comme dans un essai vaccinal pragmatique appuyant une autorisation de mise sur le marché], "significatif" signifie "d'importance pratique", ou simplement "cliniquement important". [NOTE : rapporter en termes de Réduction Absolue du Risque est obligatoire en validité externe et dans tout essai pragmatique].

Dans l'usage statistique, "significatif" signifie "signifiant une caractéristique de la population dont l'échantillon est tiré", que cette caractéristique soit importante ou non. Lire aussi Montastruc et coll. dans *Fundamental and Clinical Pharmacology*, juillet 2021]. [NOTE : la présentation de la Réduction du Risque Relatif est justifiée pour soutenir la validité interne]. Ce *double sens* peut être habilement employé à l'avantage d'une entreprise pharmaceutique ou vaccinale. "(Traduit)

Clinical Effectiveness vs. Statistical Efficacy

« Statistical significance is a measure of the probability that an outcome occurred as a result of a particular chosen variable [vaccination for example], rather than as a result of chance... Statistical methods can be used to quantify the likelihood that the

difference is the result of mere chance... Statistical significance is therefore a concept that measures the certainty of the origin (vaccine or chance) of a difference **rather than its magnitude**.

It is **not a measurement of efficacy level** ... It is essential not to confuse the statistical usage of "significance" with the everyday usage. In everyday usage, "significant" means "of practical importance," or simply "important." [NOTE : reporting in Absolute Risk Reduction is mandatory in external validity and in every pragmatic trial].

In statistical usage, "significant" means "signifying a characteristic of the population from which the sample is drawn," regardless of whether the characteristic is *important*. [Read Montastruc et al. in *Fundamental and Clinical Pharmacology*, July 2021.]

[NOTE : presentation of Relative Risk Reduction is justified for supporting internal validity]. This *double entendre* can be skillfully employed to a drug company's advantage.

(Source : Jonathan Darrow. *Washington and Lee Law Reviews*. 70, 4, 2073, Article 8, September 1st, 2013, pages 2112-2114. Also quoting Norman & Gorman, 2007 - <https://scholarlycommons.law.wlu.edu/wlulr/vol70/iss4/8> - <https://scholarlycommons.law.wlu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=4358&context=wlulr>)

EFFET DE RUISELLEMENT *Nouvelle acception – Politiques vaccinales – Opinion - Noopolitique*

* Ce terme tiré de l'économie est une fausse théorie voulant que l'État favorise l'enrichissement des plus riches pour qu'ils réinjectent dans le système économique les revenus engrangés, en réinjectant leurs revenus dans le système économique et en créant plus d'emplois. On peut lui donner un nouveau sens :

APPLICATION AUX POLITIQUES VACCINALES

* Les politiques de propagande et d'obligation vaccinales prennent leur source dans les bureaux des pdg des multinationales du vaccin, puis comme les eaux d'un ruisseau, s'écoulent sur le terrain des États réceptifs à leurs démarcheurs, poursuivent leur route dans le jardin de leurs Agences du médicament (FDA, EMA et autres, doublement capturées par leur financement public-privé), s'acheminent sur le terrain des chefs d'état et leurs législations (les von der Leyen, Macron, Biden, Trudeau, et autres) avant de s'écouler dans le parterre des Agences nationales et régionales de la Santé Publique et de terminer leur parcours dans le jardin des employeurs publics et privés

« Le problème systémique, c'est que les entreprises vaccinales mettent en place une stratégie pour s'approprier les fonds publics, alors que les gouvernements non seulement ne mettent pas une contre-stratégie mais les aident à mettre en pratique la leur. C'est la *noopolitique* : « mettre le savoir au service du pouvoir ». Du coup, plusieurs notions de droit volent en éclats comme le principe de précaution, le droit de la concurrence, les lois anti-trust, le devoir de protéger la santé publique, etc.

Ainsi, de la séparation des pouvoirs comme principe fondamental de la démocratie, de la protection et de la promotion de la santé publique, on bascule vers la « collaboration » entre le gouvernement et les acteurs industriels. Le gouvernement, organe exécutif de l'Etat, conçu pour défendre l'intérêt général et assurer l'égalité entre citoyens agit beaucoup plus au détriment de ses citoyens et en faveur des très grandes entreprises, pour plusieurs raisons.

D'abord, n'accèdent aux plus hautes fonctions de l'Etat que ceux qui présentent une propension à servir les intérêts commerciaux de ces entreprises. Ensuite, l'architecture de la création des richesses dans la société applique cette même logique, et pour finir, le tissu législatif international et national verrouille le système décisionnel à travers les lois qu'il vote et qui vont dans le même sens que les stratégies des grandes firmes »

(Source : Lassaâd M'Sahli, Pharmacien-Clinicien et Pharmacoeconomiste, 19.12.2020 - [Gestion de la Covid-19 -#EFEBCA](#))

Trickle-Down Economics

* This term taken from economics is a false theory that the State should promote the enrichment of the wealthiest people so that they can reinject their income into the economic system and create more jobs. It can be given a new meaning :

APPLICATION TO VACCINE POLICIES

* Vaccine propaganda and obligation policies originate in the offices of the CEOs of the multinational vaccine companies, then, like the waters of a stream, flow onto the land of the States that are receptive to their lobbyists, and continue their trickling into the land of their Drug Agencies (FDA, EMA and others, doubly captured by their public-private financing), continuing into the frontyard of heads of state and their legislations (the like of von der Leyen, Macrons, Biden, Trudeau and others) before flowing into the backyard of national and regional Public Health Agencies and ending up in the garden of public and private employers (Translated)

"The systemic problem is that vaccine companies are implementing a strategy to capture public funds, while governments are not only not implementing a counter-strategy, but are helping them to implement theirs. This is *noopolitics*: "putting knowledge at the service of power". As a result, several legal concepts are shattered, such as the precautionary principle, competition law, anti-trust laws, the duty to protect public health, etc.

Thus, from the separation of powers as a fundamental principle of democracy, of the protection and promotion of public health, we switch to the "collaboration" between the government and the industrial actors. The government, the executive organ of the State, designed to defend the general interest and ensure equality among citizens, acts much more to the detriment of its citizens and in favor of very large companies, for several reasons.

First, only those who have a propensity to serve the commercial interests of these companies are appointed to the highest offices of the state. Secondly, the architecture of wealth creation in society applies the same logic, and finally, the international and national legislative fabric locks the decision-making system through the laws that it passes and that go in the same direction as the strategies of the large corporations. » (Translated)

EFFICACITÉ BIOLOGIQUE / IMMUNOLOGIQUE Critère d'évaluation

= induction vaccinale d'anticorps anti-c19, rendant la personne *séropositive*

* ces anticorps peuvent différer de ceux induits par l'infection par le covid-19 symptomatique ou non

* à défaut de test sérologique sur prélèvement sanguin, on peut utiliser un test in-vitro, à condition qu'il soit valide

Biological / Immunologic Efficacy

= vaccine induction of anti-c19 antibodies, making the person *seropositive*

* these antibodies may differ from those induced by a symptomatic or non-symptomatic C-19 infection

* in the absence of a serological test on a blood specimen, an in-vitro test can be used, provided that it is valid

EFFICACITÉ CONTRE L'INFECTION (R-U) Rapport hebdomadaire de la Santé publique britannique - Delta

" Plusieurs études sur l'efficacité des vaccins ont été menées au Royaume-Uni et indiquent que 2 doses de vaccin sont efficaces entre 65 et 95 % pour prévenir la maladie symptomatique du COVID-19 avec la variante Delta pour au moins 3-4 mois... Bien que les individus puissent ne pas développer de symptômes du COVID-19 après la vaccination, il est **possible qu'ils soient toujours infectés par le virus et puissent le transmettre à d'autres personnes.**

Des études ont maintenant rapporté l'efficacité du vaccin contre l'infection chez les travailleurs de la santé et d'autres. Avec la **variante delta, l'efficacité du vaccin contre l'infection a été estimée avec confiance à environ 65% pour le Vaxzevria (AZ) et 80% pour le Comirnaty (PBNT)** ". (Traduit)

NDT 1 : dans ce rapport, l'efficacité signifie la réduction du risque relatif, une variable non valable pour une interprétation pragmatique mais utile pour soutenir la causalité.

NDT 2 : la réduction du risque relatif avec le vaccin PfizerBioNTech montre un échec de 20%, et de 35% pour AstraZeneca, chez les soignants.

NDT 3 : à comparer avec les taux de faux positifs des tests PCR, bien plus faibles que 20 ou 35%.

NDT 4 : le potentiel de transmission n'est pas inclus dans les critères d'évaluation de l'efficacité, souvent ramenée à : un test positif + quelques symptômes.

Effectiveness Against Infection (UK)

« Several studies of vaccine effectiveness have been conducted in the UK which indicate that 2 doses of vaccine are between 65 and 95% effective at preventing symptomatic disease with COVID-19 with the Delta variant for at least 3-4 months... Although individuals may not develop symptoms of COVID-19 after vaccination, it is possible that they could still be infected with the virus and could transmit it to others.

Studies have now reported with high confidence on vaccine effectiveness against *infection* in healthcare workers and others... With the **delta variant, vaccine effectiveness against infection has been estimated at around 65% with Vaxzevria (AZ) and 80% with Comirnaty (PBNT)** »

(Source :

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1023849/Vaccine_surveillance_report_-_week_40.pdf - UK health Security Agency, C-19 vaccine surveillance report, week 40 - 7.10.2021)

TN 1 : *effectiveness* in this report means relative risk reduction, a variable not valid for pragmatic interpretation but useful for supporting causality

TN 2 : the relative risk reduction with the PfizerBioNTech vaccine shows a 20% failure, and 35% for AstraZeneca, in health and care home personnel.

TN 3 : to be compared with the false positive rates for PCR testing, much smaller than 20 or 35%.

TN 4 : the potential for transmission is not a criteria for evaluating effectiveness, often scaled down to : a positive test + some symptoms

EFFICACITÉ VACCINALE: COMMENT LA RAPPORTER Nombre nécessaire de vacciner (NNV) – Validité externe – Réduction absolue du risque

" Plusieurs vaccins sont en cours de développement dans le cadre de la pandémie COVID-19. Les résultats des essais cliniques de ces vaccins ont été publiés avec des valeurs d'efficacité de plus de 90%, en utilisant principalement le risque relatif (RR). Dans cet article, nous avons décidé de réanalyser les données en utilisant les différentes méthodes validées d'expression du risque.

En utilisant les principales publications, les risques relatifs (RR), les risques absolus (RA), la réduction absolue du risque (RAR), le nombre nécessaire de traiter (NNT) ont été calculés pour 5 vaccins COVID-19 (vaccins tozinameran Comirnaty®, Moderna, Vaxzevria®, Janssen, Sputnik V). Les valeurs des RA, RAR, NNT et RR variaient selon les vaccins COVID-19. L'ordre des différents vaccins n'était pas le même selon les paramètres d'efficacité choisis.

Ceci est un exemple supplémentaire de la nécessité d'exprimer les résultats des essais cliniques en utilisant non seulement le RR, mais aussi le RA, la RAR et le NNT afin de présenter clairement l'intérêt clinique des médicaments.

En conclusion, parce que les mesures de RR ne prennent pas en compte les risques de base et ont tendance à exagérer les bénéfices des traitements, nous pensons que la présentation des résultats des grands essais cliniques internationaux devrait également inclure non seulement le RR mais aussi le RA, la RAR et le NNT afin d'aider les prescripteurs (mais aussi les autorités sanitaires) à représenter réellement l'intérêt clinique des interventions thérapeutiques et à faire le meilleur choix pour les patients et la société.

Cette conclusion est vraie non seulement pour les médicaments en général mais aussi pour les vaccins. (Source : Montastruc, Biron & Sommet. Efficacité des vaccins COVID-19 : Plusieurs modes d'expression doivent être présentés dans les publications scientifiques. *Fundamental and Clinical Pharmacology*, Juillet 2021 ;1-3, sur <https://doi.org/10.1111/fcp.12715>) (Traduit)

NOTE : La réduction du risque relatif est l'une des nombreuses mesures de contrôle utilisées pour évaluer la validité *interne* (confiance dans la causalité). La réduction absolue du risque est l'une de nombreuses mesures de contrôle utilisées pour évaluer la validité *externe* (confiance dans l'intérêt clinique).

Il est trompeur d'utiliser la première expression alors que la seconde est celle qui compte dans un essai pragmatique, et tout essai de vaccins c19 est pragmatique, c'est-à-dire utilisé pour prendre des décisions en matière de santé publique et de pratique médicale.

Reporting of Vaccine Efficacy

« Several vaccines are being developed as part of the COVID-19 pandemic. The results of clinical trials for these vaccines were published with efficacy values of more than 90%, using mainly relative risk (RR). In this paper, we decided to reanalyse the data using the different validated methods of risk expression.

Using main publications, relative risks (RR), absolute risks (AR), AR reduction (ARR), number needed to treat (NNT) were calculated for five COVID-19 vaccines (tozinameran Comirnaty, Moderna, Vaxzevria, Janssen, and Sputnik V). AR, ARR, NNT, and RR values varied according to COVID-19 vaccines. The order of the different vaccines was not the same according to the chosen efficacy parameters.

This is a further example of the need to express results of clinical trials, using not only RR, but also AR, ARR, and NNT in order to clearly present the clinical interest of drugs.

In conclusion, because RR measures do not take into account baseline risks and tend to exaggerate benefits of treatments, we believe that presentation of results in large international clinical trials should also include not only RR but also AR, ARR, and NNT in order to help prescribers (but also health authorities) truly represent the clinical interest of therapeutic interventions and make the best choice for patients and society.

This conclusion is true not only for drugs in general but also for vaccines. »

(Source : Montastruc, Biron & Sommet. Efficacy of COVID-19 vaccines : Several modes of expression should be presented in scientific publications. *Fundamental and Clinical Pharmacology*, July 2021 ;1-3, at <https://doi.org/10.1111/fcp.12715>)

NOTE : Relative risk reduction is one of the several control measures used to evaluate *internal* validity (confidence in causality). Absolute risk reduction is one of the several control measures used to evaluate *external* validity (confidence in clinical relevance). It is misleading to use the former when the latter is the one that counts in a pragmatic trial, and every trial of c19 vaccines is pragmatic, i.e. used to take decisions in public health and medical practice.

EMBOBINER

" Au fil des ans, le degré de sophistication des acteurs industriels dans la recherche de moyens d'embobiner les autorités et les régulateurs a augmenté de façon exponentielle, en partie parce qu'ils ont infiltré ces autorités avec leurs propres membres (le phénomène des portes tournantes), et en partie parce que leur sentiment d'être dans leur droit s'est accru en voyant les dirigeants politiques abandonner les besoins des citoyens en faveur des intérêts des lobbyistes " (Traduit)

* On se demande souvent si les autorités à tous les niveaux s'en rendent compte ou sont des complices consentants. Comme dans l'abandon, voire l'interdiction (du jamais vu), des recherches cliniques sur les produits non vaccinaux que les généralistes et les hôpitaux auraient pu utiliser.

Hoodwink, To

« Over the years, the degree of sophistication of industrial players in finding means of hoodwinking authorities and regulators has increased exponentially, in part because they have infiltrated those authorities with their own kin ("the revolving door phenomenon"), and in part because their sense of entitlement has increased as they see political leaders abandoning the needs of citizens in favour of lobbying interests ». (Warren Bell, 2021, family doctor, BC, CA)

* One often wonders if the authorities at all levels realize this situation or are willing accomplices. As in the abandonment, or

even the interdiction (unheard of) of clinical research on non-vaccine products that general practitioners and hospitals could have used.

En outre, la *Commission de la santé mentale du Canada* a présenté les résultats d'enquêtes nationales montrant que les Canadiens sont plus *anxieux* en raison de la pandémie de COVID-19 et qu'un plus grand nombre d'entre eux déclarent avoir des pensées et/ou des comportements *suicidaires*.

Si le Canadien moyen ne voit pas la différence, la Commission a également constaté que certains sous-groupes (c'est-à-dire les Autochtones, les groupes racialisés, les personnes qui s'identifient comme 2SLGBTQ+, les personnes handicapées et les personnes ayant des problèmes de santé mentale, sont de 2 à 4 fois plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires ou d'avoir tenté de se blesser depuis l'apparition du COVID-19.

Les études examinées par cette même Commission indiquent que la demande de soutien virtuel en cas de crise est élevée au Canada. Le comportement de recherche d'aide est évident, car de nombreux services canadiens de crise connaissent un volume et une intensité de besoins nettement supérieurs.

Les retards dans l'investigation et le traitement du *cancer* et le gonflement des listes d'attente en *chirurgie* sont avérés. Si, au Royaume-Uni, les gens peuvent appeler leur généraliste en cas de symptômes inquiétants, ce n'est pas toujours le cas au Québec ou en Ontario, où beaucoup de gens n'ont pas de médecin généraliste.

Au Québec, il y a actuellement (mai 2021) plus de 600 000 personnes sur une liste d'attente pour obtenir un médecin généraliste et il faut parfois attendre 2 ou 3 ans sur la liste avant d'en obtenir un (gracieuseté des coupes néolibérales dans les services de santé publique).

Et ceci pour ceux qui essaient de s'inscrire sur la liste (par exemple, je n'ai pas vu de généraliste depuis 15 ans et je n'ai même pas essayé de m'inscrire sur la liste). Au Canada, plus de 353 000 consultations de spécialistes et opérations chirurgicales ont été reportées depuis le début de la pandémie.

Bien réelle l'augmentation des taux de violence envers les enfants et de *violence familiale* : depuis le début de la pandémie, partout au Canada, les services d'aide aux victimes ont déclaré une augmentation importante du nombre de victimes de violence familiale qui ont recours à leurs services.

De plus, les grandes villes canadiennes ont observé une forte augmentation du nombre de demandes d'intervention policière liées à des situations conflictuelles dans un cadre privé." Les féminicides sont en croissance au Québec et au Canada depuis les confinements.

Collateral Damages of Prevention Measures

"What Canadian studies tell us is that there is a clear link between *suicide* and economic recession, which is definitely linked to lockdowns (the current *lockdowns* can aggravate existing stressors such as job loss, housing and food insecurity, compound pre-existing mental illness, amplify distress and substance use).

In addition, the *Canadian Mental Health Commission* has presented findings from national surveys showing that people in Canada are experiencing more anxiety as a result of the COVID-19 pandemic, and that a higher number are reporting suicidal thoughts and/or behaviours.

If the average Canadian will not see the difference, the Commission has also found that certain subgroups (i.e., Indigenous people, racialized groups, individuals who identify as 2SLGBTQ+, people with a disability, and/or people with mental health problems) are 2 to 4 times as likely to have had suicidal thoughts or tried to harm themselves since the outbreak of COVID-19.

The studies examined by that same Commission report that demand for virtual crisis support in Canada is high. Help-seeking behaviour is evident, as many Canadian crisis services are experiencing a significantly higher volume and intensity of

need. Delayed investigation and treatment of *cancer* + ballooning *surgical* waiting lists: If in the UK folks can call their GPs about worrying symptoms, that is not always the case in Quebec or Ontario where lots of people do not have a GP.

In Quebec, there are currently (May 2021) more than 600,000 people on a waiting list to get a GP and it may take 2-3 years on the list before getting one (hello neoliberal cuts to public health services!). And this is for those who are trying to be on the list (for example, I have not seen a GP in 15 years and have not even tried to be on the list). In Canada, over 353,000 consultations with specialists and surgical operations have been postponed since the beginning of the pandemic.

Increased rates of child and domestic abuse: since the beginning of the pandemic, across Canada, services to help victims have declared an important increase in the number of victims of family violence who are using their services. Additionally, major Canadian cities have observed a great increase in the number of requests for police intervention associated to *conflict* situations in a private setting." (Geneviève Rail, May 2021) – Femicides are growing since the lockdowns in Quebec and Canada.

ENFANTS : DOMMAGES COLLATÉRAUX *Enfance – Confinement - Fermetures*

" Vingt-deux études, incluant des pays à revenu élevé, à revenu intermédiaire et à faible revenu, répondaient à nos critères de recherche pour une synthèse narrative de l'impact sur la santé. Une augmentation des symptômes dépressifs et une diminution de la satisfaction de vie, une diminution de l'activité physique et une augmentation de la consommation d'aliments malsains ont été mises en évidence, une diminution du nombre de visites aux urgences, une augmentation de la mortalité infantile...

une diminution de plus de 50% des vaccinations administrées....une baisse significative des demandes d'examen médical dans le cadre de la protection de l'enfance au cours de l'année 2020 par rapport aux années précédentes, une diminution des allégations de maltraitance et de négligence envers les enfants en raison de la fermeture des écoles et une augmentation du nombre d'enfants présentant des traumatismes physiques liés à la maltraitance ont été constatées dans divers pays.

D'après les rapports disponibles, la *fermeture des écoles* et le *confinement* en cas de pandémie ont des effets négatifs sur la santé et le bien-être des enfants à court et probablement à long terme. Nous demandons instamment aux gouvernements de prendre en compte les conséquences négatives sur la santé publique avant d'adopter des mesures restrictives pour l'enfance. (Traduit)

Collateral Damages in Pediatrics

« Twenty-two studies, including high-income, middle-income and low-income countries, fulfilled our search criteria for a narrative review. An increase in depressive symptoms and decrease in life satisfaction, a decrease in physical activity and increase in unhealthy food consumption were shown, a decrease in the number of visits to the emergency department, an increase in child mortality, a decrease by over 50% of immunisations administered...

a significant drop in *child* protection medical examination referrals during 2020 compared with the previous years, a decrease in allegations of child abuse and neglect due to school closures and an increase in the number of children with physical child abuse trauma were found in a diversity of countries.

From available reports, pandemic *school closure* and *lockdown* have adverse effects on *child* health and well-being in the short and probably long term. We urge governments to take the negative public health consequences into account before adopting restrictive measures in *childhood*. (Rajmil et al. *BMJ Paediatrics Open* 2021;5:e001043. doi:10.1136/bmjpo-2021-001043)

ENFANTS DE 12 À 16 ANS : L'ESSAI PIVOT DU COMIRNATY *Essai clinique inadéquat – Sans validité interne – Sans validité externe*

" Les effets du Comirnaty chez les enfants ont été étudiés chez 2 260 enfants âgés de 12 à 15 ans. Cette étude a été réalisée conformément au plan d'investigation pédiatrique de Comirnaty (Pfizer/BioNTech), qui a été approuvé par le comité pédiatrique de l'EMA, l'agence européenne du médicament. L'essai a montré que la réponse immunitaire au Comirnaty dans ce groupe était comparable à celle du groupe des 16-25 ans (mesurée par le taux d'anticorps contre le SRAS-CoV-2).

Il est administré sous forme de 2 injections dans les muscles de la partie supérieure du bras, à 3 semaines d'intervalle.

L'efficacité finale a été calculée chez seulement 1 983 enfants âgés de 12 à 15 ans qui ne présentaient aucun signe d'infection antérieure ([Ce qui affaiblit la représentativité](#)).

Ceux-ci ont reçu soit le vaccin, soit un placebo (une injection factice), sans savoir lequel des deux leur était administré. Sur les 1 005 enfants ayant effectivement reçu le vaccin, aucun n'a développé la COVID-19, donnant un taux de 0% (IC95 de 0% à 3,15%) sous vrai vaccin contre 16 enfants sur les 978 ayant effectivement reçu l'injection factice, donnant un taux sous placebo de 5,11% (IC95 de 3,73% à 6,49%).

Cela signifie que, dans cette étude, le vaccin était relativement efficace à 100% pour prévenir le COVID-19 (bien que le taux réel puisse se situer entre 75% et 100% dans la population). " (EMA et calculs personnels) [[Malheureusement l'essai pivot manque totalement de rigueur et de pertinence à plusieurs égards](#)]

NOTE : Pour chaque 1 131 vaccinés effectivement avec 2 doses, 16 adolescents ont évité une infection (16-0 = différence de 16, et 16/1131 vaccinés = 0,014 ou 1,4%), le **taux de protection** obtenu par soustraction est donc de 1,4% et non de 100%, et la limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95% est de 1,0% et non de 75%. Il faut vacciner de 71 à 100 ados pour en protéger un seul ($100/1,4 = 71$ et $100/1 = 100$). Et cette protection ne s'applique qu'à une réponse immunitaire + un parmi plusieurs symptômes en majorité non spécifiques à la covid.

Le formatage des résultats avec une division (risque relatif) peut être utilisé pour renforcer la confiance dans la causalité (validité interne) mais n'est pas justifié comme soutien à la décision médicale de vacciner (validité externe). La majorité des personnes qui appuient cette vaccination massive n'ont jamais eu connaissance de l'essai pivot

" Plus tôt en mai 2021, Santé Canada a autorisé l'utilisation du vaccin de Pfizer pour les jeunes de 12 à 15 ans, sur la base d'un essai qui n'a impliqué que 2 260 participants de ce groupe d'âge. Cependant, le nombre de participants à l'essai de Pfizer chez les adultes était de plus de 40 000.

Alors que de nombreux experts maintiennent que l'approche actuelle consistant à approuver les vaccins COVID-19 avant la fin de la période traditionnelle d'études cliniques est logique pour les personnes âgées et pour celles qui présentent un risque élevé de contracter le COVID-19, de nombreux pédiatres ont fait remarquer que les données montrent que le virus est [moins grave que la grippe chez les enfants](#).

"Ce n'est pas comme cela que cela est censé fonctionner, [nos enfants ne devraient pas être les cobayes](#)", déclare le Dr Byram Bridle, immunologiste virologue à Guelph (Ontario). Il n'est pas le seul à exprimer de telles inquiétudes.

"Arrêtez d'utiliser nos [enfants comme boucliers](#) dans cette bataille qui est une bataille d'adultes... Un large déploiement des vaccins COVID-19 pour enfants devrait suivre le processus réglementaire standard car pour la plupart des enfants, contrairement aux adultes, la vaccination COVID-19 ne répond pas à une urgence", ont déclaré le Dr Baral de Johns Hopkins et Prasad de l'Université de Californie à San Francisco.

Selon un autre expert, le Dr Neil Rau, "À mesure qu'on est plus jeune, car le risque de maladie est si faible dans le groupe des adolescents, il faut être vigilant quant aux signaux de vaccinovigilance". Il affirme que le Canada devra pratiquer la surveillance des effets indésirables, observer la scène internationale et être prêt à pivoter sur la base de nouvelles informations"

The Pivotal Trial for Vaccinating Children in Europe with Pfizer Vaccine

* The effects of Comirnaty (Pfizer/BioNTech) in children were investigated in 2,260 recruited children aged 12 to 15 years. This study was carried out in accordance with Comirnaty's paediatric investigation plan, which was agreed by EMA's Paediatric Committee. The trial showed that the immune response to Comirnaty in this group was comparable to the immune response in the 16 to 25 age group (as measured by the level of antibodies against SARS-CoV-2).

It is given as two injections in the muscles of the upper arm, given three weeks apart. The efficacy of Comirnaty was calculated in 1,983 children from 12 to 15 years of age effectively vaccinated twice ; and who had no sign of previous infection [[This bias](#)

reduces the representativeness of the sample].

They received either the vaccine or a placebo (a dummy injection), without knowing which one they were given. Of the 1,005 children receiving the real vaccine, none developed COVID-19 compared to 16 children out of the 978 who received the dummy injection.

This means that, in this study, the vaccine was 100% effective at preventing COVID-19 (although the true rate could be between 75% and 100%). [Unfortunately the pivotal trial is devoid of rigor and relevance]. Read the uncritical abstract of the EMA dated May 28, 2021, at <https://www.ema.europa.eu/en/news/first-covid-19-vaccine-approved-children-aged-12-15-eu>

NOTE : For every 1,000 vaccinated, 16 adolescents avoided an infection ($16/1000 = 0.016$ or 1.6%), so the protection rate obtained by subtraction is 1.6% and not 100% as claimed, and the lower limit of the confidence interval is 1.2% and not 75% as claimed. One must vaccinate 63 teens in order to protect one ($100 / 1.6 = 63$).

Formatting results with a division (relative risk) may be used to strengthen confidence in causality (internal validity) but is not justified as a support to the medical decision to vaccinate (external validity).

ANALYSIS BY FRANÇOIS PESTY (FR)

"Let's turn to the famous results of the Pfizer/BioNtech vaccination in 12-15 year olds. Between October 15, 2020 and January 12, 2021, the trial randomized 2,260 adolescents aged between 12 and 15 years; 1,131 received the messenger RNA vaccine and 1,129 the placebo. Data were collected through March 13, 2021.

The maximum follow-up was therefore 150 days (from 15/10/2020 to 13/03/2021), or about 5 months. And the minimum follow-up, for a participant who entered the trial on the last day of inclusion, was 60 days (between January 12 and March 13). In the vaccinated group, no adolescent without evidence of previous SARS-COV-2 infection contracted covid 7 days or more after receiving the second injection. While 16 cases of infection occurred in the placebo group.

Thus, we have $0/1,131 = 0\%$ versus $16/1129 = 1.4\%$ of infected adolescents. Pfizer/BioNtech concludes that it is 100% relatively effective. No case of severe form was observed (neither in the vaccinated group, nor in the placebo group) ». (Translated) The majority of people who support this mass vaccination have never read the pivotal trial

« Earlier in May 2021, Health Canada authorized the use of the Pfizer vaccine for youth aged 12 to 15, based on a trial that involved only 2,260 participants in that age group. However, the number of participants in Pfizer's adult trial was more than 40,000.

While many experts maintain that the current approach of approving COVID-19 vaccines before the traditional clinical study timeline has concluded makes sense for older persons and those at high-risk of contracting COVID-19, many pediatricians have noted that data shows **the virus is less severe than influenza in kids.** "That's not how this is supposed to work, **our kids should not be the guinea pigs,**" according to a viral immunologist at Guelph, Ontario, Dr Byram Bridle.

He is not the only one voicing such concerns : "**Stop using our children as shields** in this battle that is an adult battle..." "A wide rollout of child COVID-19 vaccines should follow the standard regulatory process as for most children, unlike adults, COVID-19 vaccination is not addressing an emergency," said Dr Baral of Johns Hopkins and Dr Prasad of University of California in San Francisco.

According to another expert, Dr Neil Rau, "Once you get younger, because the disease risk is so low in the adolescent group, you do have to be vigilant about safety signals," He says Canada will need to practice safety monitoring, watch the international scene and be ready to pivot based on new information » (Anthony Furey, Toronto Sun, 28.5.2021)
<https://torontosun.com/news/national/not-enough-data-on-kids-and-covid-vaccines-canadian-expert-cautions>

ENFANTS ET ADOS: MORTALITÉ COVIDIENNE MINIME

QUÉBEC

* Selon l'Inspq le 11.6.2021 à 11 h AM (<https://www.two.qc.ca/covid-19/donnees/age-sexe>), le nombre cumulé des mortalités chez les 0-9 ans est de zéro (0) et celui des 10-19 ans est de deux (2), dont un décès à 16 ans à l'Hôpital Ste Justine en début de juin 2021. Le 29.6.2021 on monte à 3 dans ce dernier groupe alors qu'un décès à 16 ans survient chez un garçon avec comorbidités. Le taux par 100 000 demeure donc à zéro dans la tranche 12-15 ans.

Au même moment la campagne de vaccination des "12 ans et plus" bat son plein dans la province, on les ramasse en bus vers un centre de vaccination ou encore un bus de vacinateurs se rend dans les parcs. Paradoxal.

DANS SIX PAYS DÉVELOPPÉS (Mai 2020)

* En Allemagne, Espagne, France, Corée, Italie et Angleterre le taux de mortalité covidienne des 0 à 19 ans était en moyenne de 0,03 / 100 000 de population, soit 1 par 3 333 333 de population

FRANCE

"Selon le dernier point épidémiologique national hebdomadaire (3.6.2021) de *Santé Publique France*, sur un total de 82 824 décès covid-19 cumulés survenus à l'hôpital entre le 1er mars 2020 et le 1er juin 2021, soit après 15 mois de pandémie SARS-COV-2, il n'y avait à déplorer que 6 décès covid à l'hôpital dans la tranche 0-14 ans. Soit 7 / 100.000 décès de covid à l'hôpital chez les enfants et adolescents de < 15 ans sur une période de 15 mois de pandémie.

Ou encore, pour le dire autrement, 1 décès covid chez un < 15 ans par chaque 10 millions d'habitants en France sur 15 mois" (François Pesty, France, Communication 7.6.2021)

NOTE: Donc, taux de létalité minime durant la pandémie. Comme celle-ci se termine (juin 2021), à moins que le variant Delta se répande et fasse des victimes en pédiatrie, le risque devient quasi nul. Tandis que la campagne de vaccination bat son plein dans plusieurs juridictions françaises et ailleurs auprès des jeunes.

Minimal Covidian Mortality in Children and Teens

QUEBEC

* According to the Inspq on 11th of June 2021 at 11:00 AM, the cumulative number of deaths among 0-9 year olds is zero (0) and among 10-19 year olds is two (2), one of them in the first week of June 2021 at Hôpital Ste-Justine. On 29th of June 2021 this is raised to 3 as a first death at 16 years occurs in a boy with comorbidities. The rate per 100,000 is obviously also zero in the 12-15 year teens.

At the same time (June 2021), the vaccination campaign for children aged 12 and over is in full swing in the province, and they are picked up by bus to a vaccination center or a bus of vaccinators outreaches them in public parks. Paradoxical.

IN SIX DEVELOPED COUNTRIES (MAY 2020)

In Korea, United States, Italy, England, France and Spain, the average covidian mortality in 0-19 year olds was 0.03 per 100 000 population or 1 / 3 333 333.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7260492/>

FRANCE

"According to the latest weekly national epidemiological update (3.6.2021) from *Santé Publique France*, out of a total of 82,824 cumulative covid-19 deaths occurring in hospitals between March 1, 2020 and June 1, 2021, i.e. after 15 months of the SARS-COV-2 pandemic, there were only 6 covid deaths in hospitals in the 0-14 years age group. That is, 7 covid deaths per 100,000 covid hospital deaths in children and adolescents up to the age of 14 years in 15 pandemic months.

To put it another way, 1 covid death per person < 15 years old per 10 M inhabitants in France over 15 months" (Translated)

NOTE: Thus, letality is minimal during the pandemic. As the pandemic is tapering now (June 2021), the risk becomes almost

zero. While the vaccination campaign is in full swing in several jurisdictions.

ENFANTS ET BÉBÉS COBAYES

* Le 25 mars 2021 Pfizer annonce qu'il expérimente son vaccin sur des milliers de bébés et enfants. Des enfants de 6 mois à 11 ans. Des ados de 12 à 15 ans. Trois dosages différents en phase 1.

* Le 16 mars 2021 Moderna annonce qu'il expérimente son vaccin sur des milliers de bébés et enfants âgés de 6 mois à 11 ans. On vise 6 750 enfants aux É.-U. et au Canada. En phase 1, deux dosages différents pour les 2 à 11 ans et 3 dosages différents chez les 6 mois à 2 ans, pour évaluer les effets indésirables, puis contre placebo en phase II. On prévoit un suivi de 12 mois après la 2e dose. Pour les ados de 12 à 18 ans on vise quelque 3 000 participants.

NOTE : Comment des comités d'éthique de la recherche peuvent-ils permettre ces essais, comment les parents peuvent-ils donner leur consentement, comment les autorités réglementaires peuvent-elles approuver ces études, comment peuvent-elles autoriser cette indication en urgence ?

Babies And Children As Guinea Pigs

* On March 25, 2021 Pfizer announces that it is testing its vaccine on thousands of babies and children. Children from 6 months to 11 years. Three different dosages in Phase 1. Teenagers from 12 to 15 years old are studied in two thousand participants.

* March 16, 2021 Moderna announces that it is testing its vaccine on thousands of infants and children aged 6 months to 11 years. The target is 6,750 children in the U.S. and Canada. In Phase 1, two different dosages for 2-11 year olds and 3 different dosages in 6 months to 2 year olds, to assess adverse events, and then against placebo in Phase II. A 12-month follow-up is planned after the 2nd dose. For adolescents aged 12 to 18 years, there are some 3,000 participants.

ENFANTS, S'EN PRENDRE À NOS Vaccination pédiatrique

To Come to Our Children / To Target Our Children

ENFANTS, S'EN PRENDRE AUX Priorités vaccinales mal avisées – Éthique vaccinale

SITUATION AU QUÉBEC EN MAI 2021

« Nos adolescents sont parmi les moins à risque de la COVID-19. Bien que les tests positifs dans ce groupe d'âge aient été nombreux lors de la 2e vague, nous avons depuis 14 mois, des taux de mortalité dus à la COVID quasi nuls (n = 2 en Mai 2021) parmi les 10-19 ans; le taux d'hospitalisation en soins intensifs y est de l'ordre de 3 par 100 000 (= 26) et le taux d'hospitalisation hors soins intensifs, de l'ordre de 12-15 par 100 000 (= 121)...

Le taux de létalité chez les 0-19 ans au niveau mondial serait de moins de 0,17 sur 100 000, soit 1 / 588 000 infectés. » (Picard et coll. 27.5.2021) sur <https://asclepias.substack.com/p/injections-de-pfizer-surmedicalisation> - Pourtant on ne cesse de promouvoir la vaccination des jeunes quand on ne menace pas de certaines formes d'exclusion sociale les jeunes étudiants récalcitrants

* Pendant ce temps on y promouvoit intensivement le vaccin de Pfizer chez les ados aussi jeunes que 12 ans, afin d'atteindre plus rapidement l'immunité collective (75% vaccinés 2 fois). De produit pharmaceutique un vaccin devient un produit politique !

C'est à un ancien directeur de la *Protection Judiciaire de la Jeunesse* en France qu'on doit la phrase « Vos enfants n'ont pas de prix pour vous, et aucune valeur pour eux ! » qui dénonce la promotion - et en encore plus l'obligation - de la vaccination des écoliers : (Gérard Luçon, *AgoraVox* 2.6.2021, sur <https://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/vos-enfants-n-ont-pas-de-prix-pour-233455>

L'IMMUNITÉ NATURELLE

" Selon l'état actuel des connaissances (mai 2021) l'immunité naturelle après un SRAS-CoV-2 est très forte (voir la version anglaise ci-après pour les liens). Et aux États-Unis, environ 37 % des jeunes de < 18 ans ont déjà été infectés par le SRAS-CoV-2. L'estimation par les CDC est de 26,7 M d'infections chez les < 18 ans ; celle par le recensement est que 22,3% des 328 M

d'habitants sont âgés de < 18 ans " (Traduit).- Il semblerait donc que 37% des ados n'ont pas besoin de ce vaccin même s'il s'avérait effectif.

LAVINE ET LE BMJ : VACCINATION INJUSTIFIÉE

" Lavine et al (BMJ 13.5.2021;373 :n1197) estiment que la vaccination des enfants contre le SRAS-CoV-2 est [difficile à justifier](#) actuellement pour la plupart des enfants dans la plupart des pays. Pour plusieurs raisons :

a) Protection: les enfants infectés présentent un risque très faible, similaire à celui de la grippe.

b) Transmission: Le bénéfice dans les chaînes de transmission est probablement marginal en raison de la gamme de types antigéniques et de l'affaiblissement de l'immunité induite par le vaccin. Les enfants semblent moins susceptibles que les adultes à l'infection et à la transmission du SRAS-CoV-2, et des pays comme la Norvège ont maintenu de faibles taux de transmission malgré l'ouverture des écoles primaires.

Ces éléments suggèrent que les jeunes enfants jouent un rôle limité dans le maintien des chaînes de transmission et que la vaccination des enfants ne présente probablement qu'un avantage marginal dans la réduction du risque pour les autres.

c) Conséquences involontaires : La réduction de la circulation du virus augmente l'âge de la primo-infection, et comme l'âge est associé à la pathogénicité, cela entraînerait probablement des taux de létalité plus élevés. L'immunité induite par le vaccin et celle induite par l'infection sont différentes. Si la durée de l'immunité induite par le vaccin est faible et le taux de changement antigénique viral élevé, la vaccination des enfants pourrait augmenter la fréquence des grandes épidémies saisonnières ». (Traduit)

COMMENTAIRE

" Les enfants ont déjà payé un lourd tribut aux mesures de confinement qui incluaient la fermeture des écoles. Vacciner les enfants contre le SRAS-CoV-2 est une stratégie dont les avantages sont discutables et les risques inutiles. " (Traduit)

UN NEURO-SCIENTISTE S'EXPRIME: UN PROGRAMME NON ÉTHIQUE

« Depuis des mois, nous sommes plongés dans une expérience scientifique. Même un ardent défenseur du processus vaccinal actuel explique qu'on a fusionné la phase 2 et la phase 3, mais qu'on n'est loin d'avoir un produit dûment homologué (il ne le sera pas avant 2022-23).

Or, il y a un principe majeur en éthique qui va probablement être transgressé: *on ne donne pas de médicaments expérimentaux aux mineurs* (sauf s'ils sont en danger de mort imminente), soit pas avant d'avoir complété la phase 3 et la phase 4 structurée exigée.

Malheureusement, la campagne de peur instrumentalisée autant pour favoriser l'adhésion aux mesures sanitaires que pour poursuivre cette expérimentation imposée sur la base de l'urgence sanitaire conduit nombre d'adultes effrayés à l'idée d'être hospitalisés et à encourager, voire faire pression, sur les jeunes scolarisés.

On l'a récemment vu avec la centaine d'adolescents amérindiens forcés de se faire vacciner (avant leur tranche d'âge) pour retourner à l'école au Nouveau-Brunswick (CA) et pour les jeunes de plus de 16 ans qui animeront des camps d'été ». (Joël Monzee, neuro-scientiste, QC, Mai 2021, communication)

AVERTISSEMENT D'UN PÉDIATRE

* Une prudence particulière sera requise en ce qui concerne la vaccination potentiellement généralisée des enfants avant qu'il n'y ait de véritables données sur la sécurité ou l'efficacité de ces vaccins dans les essais pédiatriques qui ne font que commencer (lettre de Patrick Whelan, rhumatologue pédiatrique à la UCLA, à la FDA le 8.12.2020).

DE BALTIMORE, TORONTO ET LYON DANS LE BMJ

" Une question distincte, mais cruciale, est celle de l'éthique. La société doit-elle envisager de vacciner les enfants, de les soumettre à un risque quelconque, non pas dans le but de leur apporter un bénéfice mais pour protéger les adultes ? Nous pensons que c'est aux adultes qu'il incombe de se protéger.

Dans de multiples juridictions à travers le monde, la grande majorité des adultes, y compris ceux qui sont à haut risque, n'ont pas été entièrement vaccinés contre le covid-19. Si l'objectif est de protéger les adultes, les efforts ne devraient-ils pas être concentrés sur la vaccination complète des adultes plutôt que de cibler les enfants ?

En outre, il est très inéquitable de vacciner des enfants à très faible risque dans les pays riches alors que de nombreux adultes vulnérables dans les pays à faible revenu n'ont reçu aucune dose. – Dans la vaccination covidienne des enfants, les bienfaits hypothétiques chez les adultes ne compensent pas pour les risques chez les enfants » (Traduit)

Targeting our Children

Reaching / Coming for our Children

SITUATION IN QUEBEC IN MAY 2021

"Our adolescents are among the least at risk for COVID-19. Although there were many positive tests in this age group in the 2nd wave, for the past 14 months we have had near-zero (= 2 in May 2021) mortality rates due to COVID among 10-19 year olds, with an ICU hospitalization rate of about 3 per 100,000 (= 26) and a non-ICU hospitalization rate of about 12-15 per 100,000 (= 121). The case-fatality rate among 0-19 year olds worldwide may be less than 0.17 per 100,000, or 1/588,000 infected. "

(Translation)

At the same time vaccination with Pfizer's is being promoted intensively to teens as young as 12 years as a means to reach herd immunity (75% take of 2 doses) more quickly. From a pharmaceutical product a vaccine becomes a political product !

It is a former director of the *Protection Judiciaire de la Jeunesse* in France who coined the phrase "**Your children are priceless to you, and worthless to them!** ", thus denouncing the promotion of, and even more, the compulsory vaccination of school children.

« You have a child of school age and you do not want to have him/her vaccinated, for this you have the Oviedo Convention as legal support, which is the only binding international legal instrument for the protection of human rights in the biomedical field » (Translated)

NATURAL IMMUNITY

« Current understanding (May 2021) is that *natural immunity* following a SARS-CoV-2 is very strong (see two papers discussed here, or here). And in the United States, somewhere around 37% of < 18 year olds have already been infected with SARS-CoV-2. CDC estimate of 26.7 M infections in <18 year olds; Census estimate that 22.3% of 328 M population are <18 years » (Peter Doshi, communication). – It thus seems that 37% of teens do not need the vaccine anyway, even if it was really effective.

LAVINE AND THE BMJ : UNJUSTIFIED VACCINATION

« Lavine et al (*BMJ* 13.5.2021;373 :n1197) find vaccinating children against SARS-CoV-2 *hard to justify* right now for most children in most countries. For several reasons :

a) Protection unnecessary : Children are at very low risk, similar to influenza.

b) Transmission : The benefit in the chains of transmission is likely marginal because of the range of antigenic types and waning vaccine induced immunity. Children seem to be less susceptible than adults to *both* infection and transmission of SARS-CoV-2, and countries such as Norway maintained low transmission rates despite keeping primary schools open.

Both suggest a limited role for young children in sustaining chains of transmission and that vaccinating children is likely to be of marginal benefit in reducing the risk to others.

c) Unintended consequences : Reducing virus circulation increases the age of primary infection, and since age is associated with

pathogenicity, it would likely lead to higher case fatality rates. Vaccine induced and infection induced immunity is different. Lower duration of vaccine induced immunity and rate of viral antigenic change, vaccinating children might increase the frequency of large seasonal epidemics. (Source : <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1197>)

COMMENT :

« Children have already paid a large price from lockdown measures that included school closures. Vaccinating children against SARS-CoV-2 is a strategy with questionable benefits and unnecessary risks » (Elia Abi Jaoude, Toronto)

<https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1197/rr-4>

A NEURO-SCIENTIST'S VERDICT : AN UNETHICAL PROGRAM

"For months, we have been immersed in a scientific experiment. Even an ardent defender of the current vaccine process, explains that phase 2 and phase 3 have been merged, but that we are far from having a duly approved product (it will not be until 2022-23).

However, there is a major ethical principle that is likely to be violated: experimental drugs are not given to minors (unless they are in imminent danger of death), i.e. not before having completed phase 3 and the required structured phase 4.

Unfortunately, the fear campaign instrumentalized as much to encourage adherence to health measures as to continue this experimentation imposed on the basis of health emergency is leading many adults afraid of being hospitalized to encourage, if not to pressure young people attending school.

We have recently seen this with the hundred or so Native American teenagers forced to be vaccinated (before their age group) to return to school in New Brunswick (CA) and for youth over 16 who will be running summer camps." (Translated)

WARNING FROM A PEDIATRICIAN

* « Particular caution will be required with regard to the potential widespread vaccination of children before there are any real data on the safety or effectiveness of these vaccines in pediatric trials that are only now beginning ». (Letter from Patrick Whelan, pediatric rheumatologist at UCLA, to FDA on 8.12.2020)

FROM BALTIMORE, TORONTO AND LYON IN THE BMJ

« A separate, but crucial question is one of ethics. Should society be considering vaccinating children, subjecting them to any risk, not for the purpose of benefiting them but in order to protect adults? We believe the onus is on adults to protect themselves.

In multiple jurisdictions around the world, the vast majority of adults, including those that are at high risk, have not been fully vaccinated against covid-19. If the goal is to protect adults, shouldn't efforts be focused on ensuring adults are fully vaccinated rather than targeting children? Further, it is highly inequitable to be vaccinating very low risk children in wealthy countries while many vulnerable adults in low-income countries have not had any doses.

(Source : [Covid-19 vaccines for children : hypothetical benefits to adults do not outweigh risk to children](https://blogs.bmj.com/bmj/2021/07/13/covid-19-vaccines-for-children-hypothetical-benefits-to-adults-do-not-outweigh-risks-to-children/). Abi-Jaoude, Doshi and Michal-Teitelbaum at <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/07/13/covid-19-vaccines-for-children-hypothetical-benefits-to-adults-do-not-outweigh-risks-to-children/>)

ENFANTS: MOINS D'HOSPITALISATIONS QUE RAPPORTÉES Surestimation du risque – Dommages collatéraux

" Les taux d'hospitalisation d'adolescents (12-17 ans) pour COVID-19, provenant du programme de surveillance COVID-NET, ont atteint un pic de 2,1 pour 100 000 par année au début de janvier 2021, ont diminué à 0,6 à la mi-mars, et sont remontés à 1,3 en avril " soit 1 / 1 479 par année en avril 2021, sans décès.

Parmi les 376 adolescents hospitalisés entre le 1er janvier et le 31 mars 2021 (3 mois), qui ont reçu un résultat positif au test de laboratoire du SRAS-CoV-2, 172 (45,7 %) ont été analysés séparément parce que la raison principale de leur admission pouvait

ne pas être directement liée au COVID-19 ". (Traduit des CDC étatsuniens)

" Les études de Kushner et al. et de Webb et al. démontrent que les taux d'hospitalisations rapportés *surestiment* largement le véritable fardeau de la maladie COVID-19 chez les enfants. La collecte et la publication d'estimations précises de l'impact de la maladie COVID-19 sur les enfants sont essentielles pour informer les politiques publiques et permettre aux parents de prendre des *décisions éclairées* en matière de risque.

Malgré les nombreuses données montrant une faible transmission du SRAS-CoV-2 dans les milieux scolaires, de nombreux enfants restent en apprentissage virtuel, soit parce que les districts scolaires n'ont pas prévu d'option en personne, soit parce que les parents ont choisi de garder les enfants à la maison.

Si certains parents gardent leurs enfants à la maison en raison de difficultés logistiques liées aux modèles hybrides ou d'un manque d'options de garde, d'autres le font par crainte que leurs enfants soient infectés et tombent gravement malades.

Cette situation est préoccupante compte tenu des risques énormes pour la santé des enfants et des familles qui ne vont pas à l'école en personne, notamment la détérioration de la santé mentale des enfants et des parents, l'absence de thérapie et de soutien approprié pour les enfants ayant des besoins d'apprentissage spécifiques, un risque accru d'obésité et une baisse des résultats scolaires, ce qui a des effets néfastes à long terme sur la qualité de vie et la longévité ". (Traduit)

Fewer Hospitalisations than Reported for Children

« COVID-19 adolescent (12-17 years) hospitalization rates from COVID-NET peaked at 2.1 per week per 100,000 in early January 2021, declined to 0.6 in mid-March, and rose to 1.3 in April » or **1 / 1 479 per year in April 2021** (1.3.2020 through 24.4.2021) and no death reported...

Among 376 adolescents hospitalized during January 1–March 31, 2021 (3 months), who received a positive SARS-CoV-2 laboratory test result, 172 (45.7%) were analyzed separately because their primary reason for admission might not have been directly COVID-19–related »

(Source : CDC, MMWR, USA, June 11, 2021 / 70(23);851–857, at <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7023e1.htm>)

« Studies by Kushner et al. and Webb et al. demonstrate that reported hospitalization rates **greatly overestimate** the true burden of COVID-19 disease in children. Collecting and publicizing accurate estimates of the impact of COVID-19 disease on children is critical for informing public policy and allowing parents to make **informed decisions** about risk.

Despite abundant data showing low transmission of SARS-CoV-2 in educational settings, many children remain in virtual learning, either because school districts have not provided an in-person option or because parents have opted to keep children at home. While some parents may be keeping children at home due to logistical challenges with hybrid models or a lack of after-care options, others are doing so out of fear that their children will be infected and fall seriously ill.

This is concerning given the tremendous health risks that children and families face as a result of not attending in-person school, including worsening mental health for children and parents, lack of therapy and appropriate support for children with specialized learning needs increased risk for obesity, and lower academic achievement leading to long-term detrimental impacts on quality of life and longevity ».

Kushner et al. at <https://hosppeds.aappublications.org/content/hosppeds/early/2021/05/21/hpeds.2021-006001.full.pdf>

Webb et al. at <https://hosppeds.aappublications.org/content/hosppeds/early/2021/05/25/hpeds.2021-005919.full.pdf>

(Source : Beck & Gandhi, *Hospital Pediatrics*, 19.5.2021, doi: 10.1542/hpeds.2021-006084)

<https://hosppeds.aappublications.org/content/hosppeds/early/2021/05/18/hpeds.2021-006084.full.pdf>

ÉPIDÉMIOLOGIE c. EXPÉRIMENTATION

“Les sciences sont prospectives par les hypothèses et théories, et rétrospectives par l’analyse des faits, l’expérimentation

pouvant faire le lien entre les deux. En épidémiologie, l'expérimentation se caractérise par sa longue temporalité et par la difficulté du réductionnisme, car les facteurs sont souvent trop nombreux. Quand l'expérimentation n'est plus accessible ; il ne reste alors que deux options à l'épidémiologiste : la modélisation en amont des faits et la simple observation en aval.

Comme le reconnaissent eux-mêmes les modélisateurs des épidémies, l'abondance des paramètres conduit à des prévisions qui ne se confirment qu'une fois sur deux, soit la précision d'un jeu de pile ou face. Quant aux analyses rétrospectives, elles sont critiquables dans leur principe même ; il est bien hasardeux de reconstituer une histoire qui n'a pas eu lieu en lui apposant des paramètres et des facteurs différents de ceux qui ont façonné l'histoire réelle.

Pour être les plus rigoureuses possibles, ces analyses rétrospectives exigent des critères irréprochables pour établir des corrélations sur de grandes masses de données. Dans la pandémie actuelle, le nombre de test positifs, de cas symptomatiques, de patients hospitalisés ou de patients admis en réanimation sont des critères à risques de confusion, car ils dépendent des cultures médicales et des structures sanitaires de chaque pays.

Le critère le moins contestable est le nombre de morts par million d'habitants" (Luc Perino, *Médecine*, Avril 2021)

Epidemiology versus Experimentation

"The sciences are prospective through hypotheses and theories, and retrospective through the analysis of facts, with experimentation being able to bridge the two. In epidemiology, experimentation is characterized by its long temporality and by the difficulty of reductionism, because the factors are often too numerous. When experimentation is no longer possible, the epidemiologist is left with only two options: modeling upstream of the facts and simple observation downstream.

As the epidemic modellers themselves acknowledge, the abundance of parameters leads to predictions that are confirmed only one time out of two, i.e. the accuracy of a coin toss. As for retrospective analyses, their very principle is open to criticism; it is very risky to reconstruct a history that did not take place by applying parameters and factors that are different from those that shaped the real history.

To be as rigorous as possible, such retrospective analyses require impeccable criteria for correlating large masses of data. In the current pandemic, the number of positive tests, symptomatic cases, hospitalized patients or patients admitted to the intensive care unit are criteria that are likely to be confusing, as they depend on the medical cultures and health structures of each country. The least questionable criterion is the number of deaths per million inhabitants" (Translated)

ÉPIDÉMIOLOGIE PROFANE

= la façon dont les déductions sont tirées des schémas de maladie dans de petits groupes comme les amis et la famille, dans des groupes plus importants à partir des médias sociaux ou d'autres sources, et même dans des populations entières à partir d'informations publiques ou de reportages (Traduit)

NOTE: Elle peut influencer l'acceptation – dans les deux directions – des mesures sanitaires et de la vaccination

Lay Epidemiology

= how inferences are drawn from patterns of disease in small groups like friends and family, larger groups from social media or other sources, and even entire populations from public information or news stories (Nuti & Armstrong, JAMA, July 7, 2021 - doi:10.1001/jama.2021.11130)

NOTE: It may influence people's acceptance – in either direction - of sanitary measures and vaccination

ÉPITOPE *Immunologie - Virologie*

déterminant antigénique

= Dans une molécule de taille suffisante, la partie qui peut provoquer la formation d'anticorps (Cnrtl)

= Cible moléculaire des anticorps

= Surface individuelle caractéristique d'un antigène, qui déclenche la production d'un anticorps spécifique au cours de la réponse immunitaire (Termium)

* Dans la covid, on développe des vaccins contre des épitopes des glycoprotéines de pointe du C-19

Epitope

antigenic determinant

= the part of an antigen molecule to which an antibody attaches itself

= the specific part of an antigen molecule to which an antibody becomes attached

= a molecular region on the surface of an antigen capable of eliciting an immune response and of combining with the specific antibody produced by such a response

ESPÉRANCE DE VIE

“ Le saint aime Dieu plus que lui-même, le génie est au service d’une inspiration qui le dépasse, le héros met sa vie en péril pour une cause plus grande que lui. L’espérance de la vie la plus longue n’est pour aucun d’entre eux un absolu.” (Jacques Dufresne)

Life Expectancy

"The saint loves God more than himself, the genius is at the service of an inspiration beyond himself, the hero puts his life on the line for a cause greater than himself. The expectation of the longest life is for none of them an absolute." (Translated)

ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE

CHSLD (QC) pour Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée;

EHPAD (FR) pour Établissement d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

* environnement le plus à risque de contagion et de sévérité, risque proportionnel au manque de protection de tout type, au personnel insuffisant ou mal formé, au nombre par chambre...

Long Term Care Facility

ÉTAT POLICIER (AU) Sociologie pandémique – Quarantaine

" Dans le cadre du système mis à l'essai, les personnes répondent aux demandes aléatoires de vérification en prenant un selfie à l'adresse de quarantaine qui leur a été attribuée. Si le logiciel, qui collecte également des données de localisation, ne confirme pas que l'image correspond à une signature faciale, la police peut se rendre sur place pour confirmer l'endroit où se trouve la personne.

La police de l'État de Victoria a utilisé des mesures sévères au cours du confinement covidien en Australie et ces mesures menacent les droits fondamentaux, a déclaré *Human Rights Watch* aujourd'hui (23.9.2021). Le parlement de Victoria devrait rejeter une nouvelle tentative d'élargir les pouvoirs de la police." (Traduit)

Police State (AU)

« Australia, a covid police nation. Under the system being trialled, people respond to random check-in requests by taking a 'selfie' at their designated home quarantine address. If the software, which also collects location data, does not verify the image against a "facial signature", police may follow up with a visit to the location to confirm the person's whereabouts.

Victoria’s police have used harsh measures during the Australian state’s Covid-19 lockdown that threaten basic rights, Human Rights Watch said today. Victoria’s parliament should reject a new attempt to broaden police powers. »

(Juan Gervas - Sources : <https://www.hrw.org/news/2020/09/24/australia-harsh-police-response-during-covid-19> - <https://www.reuters.com/world/asia-pacific/australias-two-largest-states-trial-facial-recognition-software-police-pandemic-2021-09-16/>)

ÉTUDE 1 (C4591001)

ÉTUDE 2 (C4591007)

ÉTUDE 3

Étude en double aveugle de la sécurité, de la tolérance et de l'immunogénicité de deux candidats vaccins différents contre le SRAS-CoV-2 (adultes uniquement) (partie 1) et étude contrôlée par placebo de l'efficacité, de la sécurité et de l'immunogénicité d'un ARNm monocaténaire hautement purifié, coiffé en 5', codant pour la protéine de pointe pleine longueur du SRAS-CoV-2 (BNT162b2) chez des adolescents âgés de 12 à moins de 18 ans (et des adultes) (partie 2) pour la prévention du COVID-19.

Étude en double aveugle, contrôlée, de dosage, de sécurité, de tolérance et d'immunogénicité de BNT162b2 chez des enfants et des adolescents âgés de 6 mois à moins de 12 ans pour la prévention du COVID-19.

Étude ouverte, contrôlée, de dosage, de sécurité et d'immunogénicité du BNT162b2 chez des enfants âgés de moins de 6 mois pour la prévention du COVID-19.

ÉTUDES NON RANDOMISÉES *Méthodologie – Mesures de contrôle*

« Les études non randomisées évaluant l'efficacité du vaccin COVID-19 doivent tenir compte de multiples facteurs susceptibles de générer des estimations erronées dues à un biais ou de modifier véritablement l'efficacité apparente. Il s'agit notamment de

- a) l'immunité préexistante,
- b) la mauvaise classification de la vaccination,
- c) les différences dans l'exposition à la maladie,
- d) les différences dans les tests diagnostiques,
- e) la confusion des facteurs de risque de la maladie,
- f) la décision d'admission à l'hôpital,
- g) les différences d'utilisation du traitement de la maladie
- h) l'attribution de la cause du décès.

Il est utile de séparer si l'impact de chaque facteur : décision d'admission, différences d'utilisation du traitement et attribution du décès. Les étapes et les mesures à envisager pour améliorer l'estimation de l'efficacité des vaccins comprennent :

- a) l'enregistrement des études et des plans d'analyse ;
- b) le partage des données brutes et du code ;
- c) la collecte en arrière-plan d'informations fiables ;
- d) l'évaluation en aveugle des résultats, par exemple des causes de décès ;
- e) l'utilisation des informations maximales ou meilleures dans des études correctement appariées,
- f) les analyses multivariées,
- g) les analyses de propension et d'autres modèles ;
- h) la réalisation d'essais randomisés, chaque fois que possible, pour les questions appropriées, par exemple :

- 1) les doses de rappel.
- 2) l'efficacité comparative de différentes stratégies de vaccination ;
- 3) la réalisation de méta-analyses de l'efficacité des vaccins en cours d'essai ;
- 4) une meilleure communication avec les mesures **relatives et absolues** de la réduction du risque
- 5) la présentation de l'incertitude (intervalles de confiance);
- 6) l'évitement de l'exagération dans la communication des résultats au grand public. » (Traduction)

Non-Randomized Studies

“Non-randomised studies assessing COVID-19 vaccine effectiveness need to consider multiple factors that may generate spurious estimates due to bias or genuinely modify effectiveness. These include pre-existing immunity, vaccination misclassification, exposure differences, testing, disease risk factor confounding, hospital admission decision, treatment use differences, and death attribution. It is useful to separate whether the impact of each factor admission decision, treatment use differences, and death attribution. Steps and measures to consider for improving vaccine effectiveness estimation include registration of studies and of analysis plans; sharing of raw data and code; background collection of reliable information; blinded assessment of outcomes, e.g. death causes; using maximal/best information in properly-matched studies, multivariable analyses, propensity analyses, and other models; performing randomised trials, whenever possible, for suitable questions, e.g. booster doses or comparative effectiveness of different vaccination strategies; living meta-analyses of vaccine effectiveness; better communication with both relative and absolute metrics of risk reduction and presentation of uncertainty; and avoidance of exaggeration in communicating results to the general public”.

(Source: John P A Ioannidis, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2021-111901> -

<https://ebm.bmj.com/content/early/2022/03/24/bmjebm-2021-111901>

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE POST VACCINAL (ÉIPV)

* un *événement* devient un *effet* dès qu'on le soupçonne d'être d'origine vaccinale et redevient un événement quand l'analyse de causalité disculpe le vaccin. Presque tous les rapports sont des effets car les observateurs ne se donneraient pas la peine de notifier, une procédure non rémunérée, s'ils n'entretenaient pas un certain degré sinon un degré certain de suspicion.

Adverse Event Following Immunization; AEFI

* an *event* becomes an *effect*, a *reaction*, once it is suspected of being causally related to the suspect vaccine. Virtually all AEFI reports are *effects* since clinical witnesses of an adverse event would not bother with reporting, an unpaid procedure, if they did not have some suspicion that the vaccine may be causal or contributory.

ÉVÉNEMENTIEL, ESSAI Méthodologie expérimentale

* on cesse l'essai ou encore on effectue des analyses intérimaires, quand un certain nombre d'événements (à éviter) servant de critères d'évaluation est atteint

* Dans les premiers essais, le *nombre événementiel* fut de 53, 106 et 151 pour Moderna; il fut de 32, 62, 92, 120 et 164 pour Pfizer, de 75 et 150 pour AstraZeneca.

* Le dernier chiffre détermine l'arrêt de l'analyse et la soumission du dossier aux autorités d'homologation. Il décrit le nombre total de « cas » non évités en combinant les deux groupes comparés; quand il est de 150 cela peut vouloir dire 125 cas/10 000 témoins sous injection placebo et 25 cas/10.000 vaccinés à titre d'exemple, une protection de 100 personnes sur 10 000 vaccinés ou 0,01 ou 1% ou 1/100, le nombre nécessaire de vacciner (NNV) pour en protéger 1 étant de 100 personnes.

Le sponsor mettra l'emphase sur la différence relative, ainsi 100 protégés / 150 cas au total = 0,08 ou 80% et les autorités acceptent cette manœuvre, injustifiée en validation externe.

Faudrait ajouter l'intervalle de confiance, car les 20 000 participants en question ne sont qu'un échantillon des millions que l'on projette vacciner; cet intervalle serait plus étroit si on cessait l'essai seulement après 300 ou 1 000 cas, ce qui prendrait évidemment plus de temps.

Sans oublier que le NNV expérimental, celui des essais cliniques contrôlés, est toujours plus bas que le NNV sur le terrain, le NNV clinique, car les participants aux essais ont été recrutés et sélectionnés tandis que les futurs vaccinés 'en masse' sont plus hétérogènes et comprennent plus de non-répondants et d'intolérants.

Cette approche se justifie politiquement seulement, par l'urgence, mais la faible proportion des cas pose un problème méthodologique incontournable.

NOTE : La FDA se contente d'une efficacité relative de 50% et d'une limite inférieure de 30% pour l'intervalle de confiance, pour accepter la commercialisation. C'est nettement trop laxiste. Et cet intervalle n'est jamais présenté.

Event-Driven Trial

* The trial is stopped or interim analyses are performed when a certain number of events (to be avoided) serving as endpoints is reached

* In the first trials, the number of events was 53, 106 and 151 for Moderna; 32, 62, 92, 120 and 164 for Pfizer; 75 and 150 for AstraZeneca (<https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4058>).

* The last figure (151, 120 and 150 respectively) determines the end of the analysis and the submission of the file to the approval authorities. It describes the total number of "cases" not prevented by combining the two groups compared; when it is 150 it can mean 125 cases/10,000 placebo controls and 25 cases/10,000 vaccinated as an example, a protection of 100 people out of 10,000 vaccinated or 0.01 or 1% or 1/100, the number needed to vaccinate (NNV) to protect a single person being 100.

The sponsor will emphasize instead the *relative* difference, 100 protected / 125 total cases = 0,08 or 80% and name it

« efficacy » and the authorities are satisfied. The confidence interval would have to be added, since the 20,000 participants in question are only a sample of the millions planned to be vaccinated; this interval would be narrower if the trial were stopped only after 300 or 1,000 cases, which would obviously take more time.

This approach is politically justified by the urgency, but the small proportion of cases poses an inescapable methodological problem. Not to mention that the experimental NNV, stemming from controlled clinical trials, is always lower than NNV in the field, the clinical NNV, because the participants in the trials have been recruited and selected while the future 'mass' vaccinees are more heterogeneous and include more non-responders et intolerants among their ranks.

NOTE: The FDA is content with a *relative* efficacy of 50% and a lower limit of 30% for the confidence interval to accept. This is clearly too lax. And this interval is never presented.

EXAMEN CONTINU *Réglementation – Autorisation*

= procédure d'évaluation évolutive du dossier clinique des nouveaux vaccins commercialisés en urgence avant l'homologation
Rolling Review

EXPÉRIMENTAL, VACCIN *Étape de mise au point*

NOTE : Lorsque commercialisé prématurément, un vaccin demeure expérimental même lors du déploiement dans la collectivité. D'où l'expression « Les premiers vaccinés servent de cobayes »

Candidate / Experimental Vaccine

NOTE: When marketed prematurely, a vaccine remains experimental even when deployed in the community. Hence the expression "Early vaccinees are guinea pigs ».

FABRICATION DE VACCINS EN INDE

" En mai 2021, la crise du COVID-19 en Inde menace les chaînes d'approvisionnement locales et mondiales, car les équipes indiennes expérimentées dans le transport sont mises en quarantaine et les pays limitent l'entrée des navires en provenance des ports indiens. De plus, l'Inde abrite le plus grand producteur de vaccins au monde et produit un tiers des médicaments génériques consommés aux États-Unis.

La Chine a temporairement interrompu ses expéditions de matières premières pharmaceutiques vers l'Inde, mais le Conseil indien de promotion des exportations pharmaceutiques affirme que les grands fabricants de médicaments ont probablement suffisamment de réserves pour poursuivre leur production " (Traduit)

Manufacturing of Vaccines in India

« In May 2021 the COVID-19 crisis in India threatens local and global supply chains as experienced shipping crews from India are quarantined and countries limit entry of vessels from Indian ports. Moreover, India is home to the world's largest vaccine producer and produces *one-third* of the generic drugs consumed in the US, and China has temporarily halted shipments of pharmaceutical raw materials to India, but the Pharmaceutical Export Promotion Council of India, says large drugmakers probably have enough supplies to continue production » (CNN, 14.5.2021)

FAIT EN CHINE: LE CORONAVIRUS QUI A TUÉ DES MILLIONS *Gain de fonction – Laboratoire peu sécuritaire*

"Il est très probable que le SRAS-CoV-2 se soit échappé de l'Institut de virologie de Wuhan en raison de procédures de sécurité bâclées. Il est également probable que le virus ait été fabriqué exprès pour le rendre dangereux pour l'homme dans le cadre de la recherche dite de *gain de fonction* menée par l'institut. Permettant de tirer ces conclusions :

La Chine est responsable de plus de 3 M de morts à ce jour (19.5.2021) et les États-Unis sont complices. Quoique l'on pense de l'origine du SRAS-CoV-2, il est clair que si l'Institut de virologie de Wuhan n'avait pas mené de recherches sur le gain de fonction, et donc n'avait pas collecté plus d'un millier d'échantillons de coronavirus dans des grottes de chauves-souris, il n'y aurait pas eu de pandémie.

Comme d'autres l'ont suggéré, il est clair que ce type de recherche n'aurait jamais dû être financé et n'aurait jamais dû être

effectué. L'OMS et les Nations Unies devraient lancer un appel pour arrêter définitivement toute recherche sur les gains de fonction. Tous les gouvernements devraient rendre la recherche sur les gains de fonction illégale et prévoir des peines sévères en cas de violation de la loi. Cette recherche est une grande menace pour l'humanité. Elle doit cesser." (Traduit)

Made in China: The Coronavirus that Killed Millions of People

"It is highly likely that SARS-CoV-2 escaped from the *Wuhan Institute of Virology* because of sloppy safety procedures. It is also likely that the virus was fabricated on purpose to make it dangerous to humans as part of the so-called *gain-of-function* research at the institute. And make these conclusions:

China is responsible for over 3 M deaths so far and the US is complicit. Whatever one thinks of the origin of SARS-CoV-2, it is clear that if the Wuhan Institute of Virology had not conducted *gain-of-function* research, and therefore had not collected more than a thousand samples of coronaviruses from bat caves, there would have been no pandemic.

As suggested by others, it is clear that this type of research should never have been funded and should never have been performed. The WHO and the United Nations should issue a call to stop all gain-of-function research permanently. All governments should make gain-of-function research illegal, with stiff penalties for breaking the law. This research is a great threat to mankind. It must stop.

(Peter Gøtzsche, DK, 19.5.2021 at <https://www.scientificfreedom.dk/wp-content/uploads/2021/05/Made-in-China-the-coronavirus-that-killed-millions-of-people.pdf>)

FLAMBÉE

éclosion

Outbreak

FONDATION GATES ET ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ *Alliance dangereuse*

" La Fondation Gates et des entités connexes telles que la *Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies* (alias CEPI) constituent les plus grands bailleurs de fonds de l'entité publique-privée connue sous le nom d'OMS.

Son directeur actuel, Tedros Adhanom, le premier directeur de l'OMS de l'histoire à ne pas être médecin, a travaillé pendant des années sur le VIH avec la Fondation Gates lorsque Tedros était ministre du gouvernement en Éthiopie, et nous voyons qu'il n'y a pratiquement aucun domaine de la pandémie actuelle de coronavirus où l'on ne trouve pas les empreintes de l'omniprésent Gates." (Traduit)

Gates Foundation and the WHO

« Gates Foundation and related entities such as CEPI (*Coalition for Epidemic Preparedness Innovations*) constitute the largest funders of the public-private entity known as WHO.

Its current director, Tedros Adhanom, the first WHO director in history who is not a medical doctor, worked for years on HIV with the Gates Foundation when Tedros was a government minister in Ethiopia, and we see that there is practically no area of the current coronavirus pandemic where the footprints of the omnipresent Gates are not to be found.»

Source : F William Engdahl, 18.3.2020 at <https://journal-neo.org/2020/03/18/coronavirus-and-the-gates-foundation/>

FORMULAIRES DE SIGNALEMENT D'EFFETS INDÉSIRABLES VACCINAUX (CB, CA)

* On dirait que les autorités sanitaires *ne veulent pas* recevoir de notifications d'événements indésirables survenus après la vaccination anti covid. Le phénomène était présent avant le déploiement vaccinal mais s'est amplifié depuis.

« Il faudrait une demi-heure à un professionnel hautement qualifié pour remplir le formulaire "ridicule" de la Colombie-Britannique et de nombreux praticiens très occupés abandonneraient tout simplement le processus, a déclaré le généraliste Dr Warren Bell, et la Colombie-Britannique n'est pas la seule à adopter une mauvaise approche de la collecte d'informations sur les effets indésirables des vaccins ».

Il semble que "pratiquement aucun gouvernement ne souhaite obtenir des informations parce qu'il a conçu le processus pour

qu'il soit complètement *impénétrable et inutilisable*", a-t-il déclaré après avoir examiné les formulaires utilisés dans chaque province canadienne." (Traduit)

Adverse Events After Immunization Reporting Forms (BC, CA)

* It seems that health authorities *do not want* to receive reports of adverse events observed after the rollout of C-19 vaccines. The phenomenon was present before but has grown since.

« It would take half an hour for a highly-trained professional to complete B.C.'s "ridiculous" form and many busy practitioners would simply abandon the process, said family doctor Dr Warren Bell, and British Columbia is not alone in taking a poor approach to collecting information on adverse vaccine effects.

It appears "hardly any government wants to get information because they've designed the process to be completely *inscrutable and unusable*," he said after reviewing the forms used in each Canadian province » (theyee.ca, Andrew MacLeod, Victoria, BC, 11.5.2021)

FOYER D'INFECTION

= Lieu précis où le nombre de cas d'une maladie infectieuse qui survient au cours d'une période déterminée est plus élevé que celui qui est attendu

Cluster Site

= A specific site where the number of cases of an infectious disease that occurs over a specific period of time is higher than the expected number.

FRÉQUENCE DES EFFETS INDÉSIRABLES VACCINAUX (EIV), EXPRESSION DE LA

NOTE : il ny a aucune raison de ne pas utiliser ces fréquences en vaccinovigilance alors qu'elles sont standardisées en pharmacovigilance. **Journalistes, svp prendre note!** En général la fréquence réelle sur le terrain est beaucoup plus grande, sauf dans les essais cliniques bien contrôlés, où là encore on peut noter des lacunes (parfois volontaires) selon la méthodologie utilisée pour recueillir les EIV

- a) Très fréquent : > 10% (plus d'un sur 10 vaccinés) – La réactogénicité se situe ici
- b) Fréquent 1% - 10% (de 1 sur 10 à 1 sur 100)
- c) Peu fréquent: 0,1% - 1% (de 1 sur 100 à 1 sur 1000)

- d) Rare: 0,01% - 0,1% (de 1 sur 1000 à 1 sur 10 000) - Cette fréquence a été revendiquée pour la myopéricardite rapportée après vaccination Pfizer chez les jeunes hommes, mais elle doit être actualisée au fil de nouvelles déclarations
- e) Très rare: 0,001% - 0,01% (de 1 sur 10 000 à 1 sur 100 000)

- f) Rarissime: < 0,001% (moins de 1 sur 100 000) – Cette fréquence a été revendiquée pour la thrombose veineuse (surtout cérébrale) rapportée sous vaccination AstraZeneca chez les < 55 ans, mais elle doit être actualisée au fil de nouvelles déclarations.

Expressing Frequencies of Adverse Vaccine Reactions (AVR)

NOTE : There are no reasons not to use this classification in vaccinovigilance when it is already a standard procedure in pharmacovigilance. **Reporters, please note!** Generally speaking, reported frequencies are much smaller than true frequencies in the field, except for controlled clinical trials but even there, there may be flaws according to the methodology used to gather (and hide) adverse reactions.

- a) Very frequent: > 10% (more than 1 in 10 vaccinated) – Reactogenicity belongs here
- b) Common: 1% - 10% (1 in 10 to 1 in 100)
- c) Uncommon: 0.1% - 1% (1 in 100 to 1 in 1000)
- d) Rare: 0.01% - 0.1% (1 in 1000 to 1 in 10 000) Ex : This frequency range has been claimed for myocarditis after Pfizer vaccination AstraZeneca vaccination in young men, but needs updating with upcoming reports

- e) Very rare: 0.001% - 0.01% (1 in 10,000 to 1 in 100,000)
- f) Extremely rare: < 0.001% (less than 1 in 100,000) – Ex : This frequency has been claimed for venous thrombosis with thrombocytopenia (especially cerebral) under AstraZeneca vaccination in those < 55 years, but needs updating with upcoming reports

GAIN DE FONCTION, PROVENANCE DU COVID-19 ET RECHERCHE SUR LE

"Et si Robert Redfield, ancien directeur des CDC, avait raison au sujet des laboratoires de Wuhan ? Remettant en cause le récit officiel, Robert Redfield a déclaré en mars dernier (2021) qu'il pensait que l'épidémie avait probablement pour origine les recherches menées dans les laboratoires de Wuhan, en se fondant sur la façon dont le virus se comporte. Mais bien qu'il soit un virologue qualifié, il a été accusé de répandre des spéculations et même d'alimenter la haine.

Richard H. Ebright, microbiologiste à l'université Rutgers et expert en biosécurité, m'a dit que tout le genre de recherche connu sous le nom de recherche sur le gain de fonction, dans laquelle les virus sont capturés dans la nature et développés en laboratoire pour les rendre plus dangereux, doit être réexaminé en profondeur...

Selon lui, même avant la pandémie, de nombreux scientifiques ont fait valoir que la chasse aux virus dans la nature n'avait qu'une valeur scientifique marginale et que l'argent dépensé serait mieux utilisé pour la surveillance et le dépistage dans les endroits où des épidémies sont probables. Mais la plupart des scientifiques impliqués dans la recherche sur les virus sont redevables au système actuel et donc silencieux ou sur la défensive.

Fin mars 2021, le directeur général de l'OMS a réfuté les conclusions de l'étude conjointe de l'OMS et de scientifiques chinois sur les origines du virus et a explicitement demandé que la théorie de l'accident de laboratoire soit approfondie. Les États-Unis et 13 autres pays ont également publié une déclaration commune à cet effet. (Traduit)

Gain of Function Research and Covid-19 Origin

"What if Robert Redfield, former CDC director is right about the Wuhan labs ? Further challenging the official narrative, Redfield said last March that he believes the outbreak likely *did originate from research in the Wuhan labs*, based on how the virus acts. But though he is a trained virologist who saw the underlying intelligence, he was accused of spreading speculation and even fueling hate.

Richard H. Ebright, a Rutgers University microbiologist and biosafety expert, told me the entire genre of research known as *gain-of-function* research in which viruses are *captured from the wild* and developed in lab settings to make them *more dangerous*, needs to be thoroughly reexamined...

He said that even before the pandemic, many scientists argued that hunting viruses in the wild has marginal scientific value, and that the money spent would be better used for monitoring and screening in the places outbreaks are likely. But most scientists involved in virus research are beholden to the current system and therefore silent or defensive.

End of March 2021, WHO Director-General rebuked the findings of the WHO's own joint study with Chinese scientists into the origins and explicitly called for more investigation into the lab-accident theory. The US and 13 other countries also issued a joint statement calling for a "transparent and independent analysis and evaluation, free from interference and undue influence." (<https://wapo.st/3u5xX54> - Josh Rogin, Washington Post, April 1, 2021)

"This type of gain-of-function research should be banned in all countries. Three million COVID-19 deaths were likely caused by lab leak in Wuhan. The Chinese research to make viruses more dangerous is playing with fire and was banned in USA. Why not in the whole world? Why is there no independent research on the possible lab leak? " (Peter Gøtzsche, 2021)

GATES ET LES SUBVENTIONS DE BIENFAISANCE DE SA FONDATION

" *The Nation* a trouvé près de 250 M de dollars en subventions caritatives de la Fondation Gates à des sociétés pharmaceutiques dans lesquelles ladite fondation détient des actions et des obligations : **Merck (9,4 M), Lilly (3 M), Takeda (23 M), Pfizer (16,5 M),**

Novartis (11,5 M), GlaxoSmithKline, Sanofi (3,5 M), Teva... " (Traduit)

* N'oublions pas qui est "l'éléphant dans la pièce" quand on parle de vaccinologie mondialisée

Gates and the Charitable Grants of its Foundation

« *The Nation* found close to \$250 M in charitable grants from the Gates Foundation to pharmaceutical companies in which the foundation holds corporate stocks and bonds: Merck (9.4 M), Lilly (3 M), Takeda (23 M), Pfizer (16.5 M), Novartis (11.5 M), GlaxoSmithKline, Sanofi (3.5 M), Teva... »

(*The Nation*, 17.3.2020 -<https://www.thenation.com/article/society/bill-gates-foundation-philanthropy/>)

*Let's not forget who is « the elephant in the room » when referring to global vaccinology

GÉNÉREUX BILL GATES, LE Philanthropie intéressée et influente

* OMS : 3,4 milliards de dollars

* GAVI, l'Alliance du Vaccin : 3 G\$

* Université Johns Hopkins, États-Unis : 870 M\$.

* Collège Impérial de London, Royaume-Uni : 280 M\$.

* Université d'Oxford, Royaume-Uni : 243 M\$.

* Les CDCs, États-Unis : 155 M\$

* BBC Media Action, Royaume-Uni : 53 millions de dollars

* Prof. Chris Witty, médecin en chef, Royaume-Uni : 40 millions de dollars.

* Dr Anthony Fauci, NIH, NIAID et conseiller médical en chef, États-Unis : 18 millions de dollars.

* The Guardian, Royaume-Uni : 9 millions de dollars

(Source : <https://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/pourquoi-mais-pourquoi-donc-234142>)

The Generous Bill Gates

* WHO: 3,4 G\$

* GAVI, The Vaccine Alliance: 3 G\$

* Johns Hopkins University, USA : 870 M\$

* Imperial College of London, UK : 280 M\$

* University of Oxford, UK: 243 M\$

* CDC, USA: 155 M\$

* BBC Media Action, UK: 53 M\$

* Prof Chris Witty, Chief Medical Officer, UK: 40 M\$

* Dr Anthony Fauci, NIH, NIAID and Chief Medical Advisor, USA: 18 M\$

* The Guardian, UK: 9 M\$ (Translated)

GÉNOME HUMAIN Génomique

* Selon le *Projet génome humain* lancé en 1990 pour séquencer l'ADN humain, les quelques 20 000 gènes codants chez l'Homme comprennent environ 3,4 milliards de paires de nucléotides (moitié du père, moitié de la mère dans la double hélice), ces 4 bases azotées nommées adénine, cytosine, guanine et thymine (ACGT). Et environ 100 000 gènes non codants.

* Ainsi chaque cellule humaine contient 2 mètres d'ADN environ, correspondant dans les cellules diploïdes à environ 6,4 milliards de nucléotides (ACGT). C'est la manière dont ces bases sont organisées qui constitue le code génétique lu par la machinerie cellulaire qui pourra le transcrire en ARN et synthétiser des protéines dans son cytoplasme (situé entre le noyau et la membrane).

Human Genome

GÉNOMIQUE POUR LES NULS *Remarquable vulgarisation*

LA CELLULE, L'ADN, L'ARN, LES PROTÉINES

« L'ADN est le support de l'information génétique. Il est localisé dans un compartiment particulier de chaque cellule de l'organisme, le noyau, lequel est séparé du reste de la cellule (le cytoplasme) par une membrane biologique appelée membrane nucléaire et contenant des ouvertures (les pores nucléaires). Chaque cellule est elle-même délimitée par une membrane biologique appelée membrane plasmique et constituée d'une bicouche de lipides.

L'information génétique est identique dans toutes les cellules du corps d'un même individu, et est répartie sur plusieurs entités appelées chromosomes. Chez les humains, le nombre de chromosomes différents est de 23. Ils sont présents en double dans chaque cellule (à l'exception des spermatozoïdes et des ovules où ils ne sont qu'en un seul exemplaire), soit 46 chromosomes (23 paires comprenant chacune un chromosome provenant du père et l'autre provenant de la mère).

L'ensemble des chromosomes d'un organisme vivant constitue son génome. Chaque chromosome est constitué de deux brins parallèles entourés autour d'un axe pour former une double hélice : la double hélice d'ADN. Chacun des deux brins de cette double hélice est lui-même constitué de l'enchaînement de quatre molécules plus petites, les nucléotides, que l'on désigne par leurs initiales respectives, c'est-à-dire 4 lettres : A,G,C,T (adénine, guanine, cytosine, et thymine).

Les gènes sont des segments de chromosomes (des morceaux de séquences en 4 lettres) qui détiennent une (ou des) information(s) biologique(s) permettant aux cellules de fonctionner. Un même gène chez une même espèce peut exister sous différentes formes, avec de légères modifications de séquence : ce sont les différents allèles d'un gène. Les allèles de l'ensemble des gènes d'un individu déterminent son génotype.

Pour l'essentiel des gènes que nous connaissons aujourd'hui (et qui ne représentent qu'une toute petite partie d'un génome), les gènes détiennent le secret de fabrication des protéines. Les protéines sont de grosses molécules constituées par l'enchaînement linéaire, non pas de 4, mais de 20 molécules différentes : les acides aminés.

Le passage d'un gène à une protéine correspond donc au passage d'un langage en 4 lettres (A,G,C,T : le *langage génétique*) à un langage en 20 lettres (les 20 acides aminés : le *langage protéique*). Ce processus s'appelle d'ailleurs la *traduction*. Toutefois, le passage du gène à la protéine n'est pas direct : il nécessite une molécule intermédiaire, constituée elle aussi de l'enchaînement de quatre nucléotides (langage génétique A,G,C,U – adénine, guanine, cytosine et uracile - au lieu de A,G,C,T) et formée d'un seul brin (simple hélice).

Il s'agit d'une molécule d'ARN, appelée aussi *transcrit* car elle est le résultat d'un processus appelé *transcription* (passage de l'ADN à l'ARN) qui a lieu dans le noyau. Cette molécule d'ARN va ensuite sortir du noyau par les pores nucléaires pour rejoindre le cytoplasme où elle sera traduite en protéine. L'expression d'un gène codant une protéine se fait donc en deux étapes, la première (nucléaire) étant la *transcription*, et la seconde (cytoplasmique) la *traduction*. »

(Source : Christian Vélot, généticien moléculaire, Septembre 2020, *Note d'expertise grand public*, sur <https://criigen.org>)

Genomics for Dummies

THE CELL, DNA, RNA AND PROTEINS

"DNA is the carrier of genetic information. It is located in a particular compartment of each cell of the organism, the nucleus, which is separated from the rest of the cell (the cytoplasm) by a biological membrane called the nuclear membrane and containing openings (the nuclear pores). Each cell is itself bounded by a biological membrane called the plasma membrane, which consists of a bilayer of lipids.

The genetic information is identical in all the cells of the body of the same individual, and is distributed on several entities called chromosomes. In humans, the number of different chromosomes is 23. They are present in duplicate in each cell (with the exception of spermatozoa and eggs, where they are in only one copy), that is to say 46 chromosomes (23 pairs, each comprising

one chromosome coming from the father and the other from the mother).

All the chromosomes of a living organism constitute its genome. Each chromosome consists of two parallel strands wrapped around an axis to form a double helix: the DNA double helix. Each of the two strands of this double helix is itself made up of a sequence of 4 smaller molecules, the nucleotides, which are designated by their respective initials, i.e. 4 letters: A,G,C,T (adenine, guanine, cytosine, and thymine).

Genes are segments of chromosomes (pieces of sequences in 4 letters) that hold one (or more) biological information(s) allowing cells to function. The same gene in the same species can exist in different forms, with slight changes in sequence: these are the different alleles of a gene. The alleles of all the genes of an individual determine its genotype.

For most of the genes we know today (and which represent only a very small part of a genome), the genes hold the secret to making proteins. Proteins are large molecules made up of a linear sequence of not 4, but 20 different molecules: amino acids. The passage from a gene to a protein corresponds therefore to the passage from a language in 4 letters (A,G,C,T: the genetic language) to a language in 20 letters (the 20 amino acids: the protein language).

This process is called *translation*. However, the passage from the gene to the protein is not direct: it requires an intermediate molecule, also made up of the sequence of four nucleotides (genetic language A,G,C,U - adenine, guanine, cytosine and uracil - instead of A,G,C,T) and formed of a single strand (single helix). It is an RNA molecule, also called *transcribed* because it is the result of a process called *transcription* (passage from DNA to RNA) which takes place in the nucleus.

This RNA molecule will then leave the nucleus through the nuclear pores to reach the cytoplasm where it will be translated into protein. The expression of a gene coding for a protein is therefore done in two steps, the first (nuclear) being transcription, and the second (cytoplasmic) being translation." (Translation)

GESTES BARRIÈRES *Contagiosité*

Preventive / Protective Measures

GESTIONNAIRES DE LA PANDÉMIE ET FABLES DE La FONTAINE

* Les *courtisans* chez Jean de La Fontaine – mort en 1695 - sont à tous les niveaux. Le Roi d'alors, le grand Louis XIV, c'est pour nous le chef du gouvernement. (Même si quand on y regarde de plus près, nos leaders se comportent trop souvent comme s'ils étaient des courtisans des PDG des firmes vaccinales, mais faut s'initier aux pratiques honteuses de ces commerçants pour en connaître les détails).

Le communicateurs pandémiques sont des *courtisans* :

Professionnels qu'on voit à la télé, porte-paroles des ordres et syndicats professionnels, journalistes, communicateurs et lobbyistes de carrière, députés du parti au pouvoir, cadres et employés de la Santé publique, rédacteurs signataires ou anonymes de publications scientifiques, de quotidiens et d'hebdomadaires grand public, influenceurs dans les réseaux sociaux, tous se faisant véhicules des campagnes de peur et de vaccination à outrance, diffuseurs du discours dominant (j'évite le terme *pensée dominante* car ils ne pensent pas), etc.

Ils servent une 'bonne cause' à l'occasion, mais sont complices des atteintes à la *science* et aux *libertés*, deux dommages collatéraux qui s'ajoutent aux abaissements actuels et futurs de nos *statuts socioéconomiques* et de notre *qualité de vie* mentale et physique. Quant aux critiques (les non-courtisans), ils se font baillonner ou attaquer ou congédier.

Dans *Le Loup et l'Agneau*, le message est clair : 'La raison du plus fort est toujours la meilleure'. Le pouvoir des autorités est trop puissant, souvent injuste, parfois cruel. Les courtisans sont décrits comme des parasites, des machinateurs d'imposture dans *Le Berger et le Roi* ou encore des flatteurs dans *La Cour du Lion* ainsi que dans *Le Lion Malade et le Renard*.

Un autre message porte sur la mort. Dans *Le Songe d'un habitant du Mogol* il ressort que la sagesse c'est de ne pas s'inquiéter trop de sa mort et plutôt de mieux profiter de la vie. Ce qui rejoint notre motto inaugural : **La Santé à tout prix a fait que l'Entreprise a pris notre argent et les Autorités nos libertés.**

Pandemic Managers and Fables of De La Fontaine

* The **courtiers** in Jean de La Fontaine's fables – French author who died in 1695 - are found at all levels.

The King of the time, the great Louis XIV, is for us the head of the government. (Even if, on closer inspection, our leaders too often behave as if they were courtiers of the CEOs of vaccine companies, but you have to be initiated into the shameful practices of these Big Businesses to know the details).

Pandemic communicators are our modern *courtiers*:

Professionals seen on TV, spokespersons for professional associations and unions, journalists, career communicators and lobbyists, members of parliament from the party in power, public health executives and employees, signed or anonymous authors of scientific publications and of daily and weekly newspapers, social network influencers, academics, all of whom are vehicles for *fear campaigns* and *over-vaccination*, disseminators of the mainstream discourse (I don't write *mainstream thought* because they don't think), etc.

They serve a 'good cause' on occasion, but are complicit in the attacks on science and freedoms, two collateral damages that add to the current and future degradation of our socio-economic status and quality of life both mental and physical. As for the critics (the non-courtiers), they are gagged or attacked or dismissed.

In *The Wolf and the Lamb*, the message is clear: *'The reason of the strongest is always the best'*. The power of the authorities is too strong, often unjust, sometimes cruel. The courtiers are described as parasites, schemers of imposture in *The Shepherd and the King* or flatterers in *The Lion's Court* and in *The Sick Lion and the Fox*.

Another message is about death. In *The Dream of an Inhabitant of the Mogul*, it emerges that wisdom is not to worry too much about one's death, but rather to make the most of life. This is in line with our inaugural motto: **Health at all costs has made Big Business take away our money and Authorities our freedoms.**

GRAPPE DE CAS ; FOYER D'ÉCLOSION

regroupement de cas

= Concentration géographique ou temporelle de cas d'une maladie infectieuse dont le nombre est plus élevé que celui qui est attendu dans une zone donnée au cours d'une période déterminée

NDT : aucune raison d'emprunter *cluster*, comme on le fait en France dans les médias de tout niveau

Cluster of Cases ; Case Cluster

= A geographical or temporal collection of cases of an infectious disease that is higher in number than what would be expected in a given area over a specific period of time

GRIPPE ESPAGNOLE *Glissement sémantique*

* En 1918 cette pandémie n'était pas une grippe (souvenons-nous que les virus de l'influenza n'avaient été visualisés par microscopie électronique qu'en 1931) et n'était *pas espagnole*, seul pays non impliqué dans la Première guerre mondiale et seul pays sans censure à l'époque

* Aux É.-U. elle apparut le 5 mars 1918 dans les casernes pleines de jeunes soldats entassés au Kansas avant leur départ pour l'Europe. Elle fit plus de victimes américaines que les blessures sur les champs de bataille en Europe

* Au Québec elle fit environ **610** morts par M de population (14 000 décès sur 2 300 000 habitants). Par comparaison, le C-19 est associé à **164** morts par M en mai 2021 (11 081 décès sur 8 557 000)

Spanish Flu

* Neither a flu, neither Spanish. In 1918, this pandemic was not a flu (remember that influenza viruses were not visualized by electron microscopy until 1931, 13 years later) and was not Spanish, the only country not involved in the First World War and

therefore the only country without censorship at the time.

* In the U.S. it appeared on March 5, 1918 in barracks full of young soldiers packed in Kansas before their departure for Europe. It caused more American casualties than battlefield injuries in Europe.

* In Quebec it caused **610** deaths per M people (about 14,000 out of 2,300,000 citizens). By comparison, C-19 is associated with **164** deaths per M of in May 2021 (11,081 deaths out of 8,557,000 people)

GUILLAIN-BARRÉ (GB), SYNDROME POST-VACCINAL DE TYPE *Vaccinovigilance*

* Les rapports de cet événement indésirable vaccinal - **faiblesse faciale bilatérale (parésie)** - commencent bâtir la preuve d'un lien causal. 4 hommes à Nottingham, Angleterre, 6 femmes et 1 homme à Kerala, Indes (*Annals of Neurology*), 11 à 22 jours après vaccin AstraZeneca.

Plusieurs observations semblables après le vaccin Johnson & Johnson sont répertoriées dans le VAERS, dont deux de Boston: une femme participante à un essai clinique 10 jours après vaccination et un homme de 58 ans 2 semaines après immunisation. Rutkove & Betensky ont répertorié 279 observations de GB (59 avec J&J, 97 avec Moderna, 121 avec Pfizer). La fréquence vaccinale est estimée être jusqu'à 10 fois la fréquence naturelle. (Traduction)

Post-Vaccinal Guillain-Barre-Like Syndrome

* Reports of this vaccine adverse event - **bilateral facial weakness (paresis)** - are beginning to build evidence of a causal link. 4 men in Nottingham, England, 6 women and 1 man in Kerala, India (*Annals of Neurology*), 11 to 22 days after AstraZeneca vaccine. Several similar observations after Johnson & Johnson vaccine are listed in VAERS, including two from Boston: a woman in a clinical trial 10 days after the same vaccine and a 58-year-old man 2 weeks after immunization.

Rutkove & Betensky listed 279 observations of GB (59 with J&J, 97 with Moderna, 121 with Pfizer). The vaccine frequency is estimated to be up to 10 times the natural frequency. (Judy George, *Medpage Today* 22.6.2021)

HABITAT COLLECTIF *Facteur de transmission*

Congregate Housing

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

* La triste histoire de la médecine et du médicament, qu'on n'enseigne pas en médecine, est une suite de deux pas en avant et un pas en arrière, ce qui est vanté maintenant sera demain jugé inefficace, dangereux voire barbare. Ce phénomène est répétitif, la médecine invalide ses propres traitements.

Les *renversements* de directives sont fréquents et la *surmédicalisation* demeure encouragée par les intérêts particuliers. Encore pire, les lanceurs d'alerte sont trop souvent congédiés, baillonnés, discrédités ou poursuivis, notamment en *vaccinologie* mais aussi en santé publique, en oncothérapie de la dernière chance, en prévention cardiovasculaire. La pandémie a multiplié ces phénomènes.

History of Medicine

* Its not suprising that *history of medicine* is not thought in medical school ; after the Dark Ages, it has been two steps forward (technological) and one step backward (clinical). Numerous examples of reversals are found in psychiatry, cardiovascular pharmaco-prevention, *public health* and late-stage oncotherapy. Medical *reversals* are commonplace and *overmedicalization* is driven by vested interests and misleading promotion, especially in *vaccinology*. The pandemic has multiplied those phenomena. Whistleblowers are often fired, gagged, discredited or prosecuted.

HOSPITALISATIONS ET DÉCÈS HOSPITALIERS EN FRANCE (début 2020) *Cholestérol – Incidence des cas graves*

* Selon les registres de l'assurance maladie et des hôpitaux de la mi-février à la mi juin (4 mois) en 2020. Données légèrement arrondies

* Population nationale : 66 000 000

* Hospitalisations pour la c19 : 88 000 en 4 mois, donc 264 000 par année pour standardiser l'analyse; le taux est de 0,004 ou 0,4%, d'où **1/250** français fut hospitalisé annuellement pour la c19

* Décès hospitaliers covidien : 15 661 en 4 mois, donc 46 983 par année; le taux est de 0,000 7 ou 0,07% d'où **1/1 429** français morts à l'hôpital

NOTE : il y a de nombreuses maladies dont le taux annuel de mortalité hospitalière par c19 est bien supérieur à 0,07% ou 1/1429

FACTEURS DE RISQUE : l'âge est le plus important, tout comme les morbidités chroniques sévères. La dyslipidémie est associée négativement (une réjouissance pour les cholestérol-sceptiques...) : risque relatif ajusté de 0,89; IC95% 0,87-0,90 pour l'hospitalisation et risque relatif ajusté de 0,84; IC 95% 0,81-0,88 pour la mort hospitalière, en analyse multivariée, donc 11% et 16% moins de risque

(Source : [epi-phare.fr](https://www.epi-phare.fr) du 18.2.21 cité par *Rev Prescrire* 2021 : 41(456) : 772) sur https://www.epi-phare.fr/app/uploads/2021/02/epi-phare_risques_hospitalisations_deces_covid19_20210218.pdf

Hospitalisations and Hospital Deaths In France (Early 2020)

* Based on Medicare and hospital records from mid-February to mid-June (4 months) in 2020; data slightly rounded

* National population: 66,000,000

* Hospitalizations for c19: 88,000 in 4 months, or 264,000 per year to standardize the analysis; the rate is 0.004 or 0.4%, so **1/250** French were hospitalized annually for c19

* Hospital deaths: 15,661 in 4 months, or 46,983 per year; the rate is 0.000 7 or 0.07%, hence **1/1,429** French died of c19 in hospital

NOTE: there are many diseases for which the annual hospital death rate is much higher than 0.07% or 1/1,429 !

RISK FACTORS: age is the most important, as well as severe chronic morbidities. Dyslipidemia is negatively associated, a joy for the cholesterol skeptics... (Translated) Adjusted hazard ratio of 0.89; 95% CI 0.87-0.90 for hospitalisation and adjusted hazard ratio of 0.84; 95% CI 0.81-0.88 for hospital death, in multivariate analysis, thus 11% and 16% lower risk

IATROGÉNIE VACCINALE

= science appliquée des événements indésirables soupçonnés ou confirmés d'être causalement liés à l'administration d'un vaccin

* par exemple les réactions anaphylactiques, grippales, thrombotiques, neurologiques, paradoxales, etc.

Vaccinal iatrogeny

= the applied science of adverse events suspected or confirmed to be causally related to a vaccine administration

* e.g. anaphylactic, flu-like, thrombotic, neurological, paradoxical reactions, etc.

Il est évident que ce sont les fabricants qui décident.) – Obviously its the manufacturers who call the shots.

IMMUNISÉ; IMMUNISÉE

"Je suis immunisée contre la covid"

Immune adj

"I am immune to covid"

IMMUNITÉ BIOLOGIQUE

* mesurée par des tests de différents types; aussi par des prélèvements sanguins pour la recherche sérologique et cellulaire durant et après la maladie, ou après la vaccination

* sa durée est variable et imprécise pour tant contre le virus c19 ainsi que pour les vaccins

* sert de critère d'évaluation pour l'autorisation conditionnelle d'urgence par les agences mais cela ne suffit pas pour mesurer l'efficacité clinique, l'immunité clinique

Biological Immunity

* measured by different types of tests; also by blood samples for serological and cellular research during and after the disease, or after vaccination

- * its duration is variable and imprecise for both the c19 virus and the vaccines
- * serves as an evaluation criterion for emergency conditional approval by the agencies but is not sufficient to measure clinical efficacy, clinical immunity

IMMUNITÉ CLINIQUE

- * protection *personnelle* contre différents critères cliniques
 - a) l'infection asymptomatique mesurée par un test valide;
 - b) des manifestations bénignes, avec ou sans prise en charge médicale en ambulatoire;
 - c) des manifestations sévères, prises en charge en ambulatoire ou après visite aux urgences sans hospitalisation, incluant les séquelles (*long haulers*) comme la fatigue chronique, l'anosmie, l'ageusie, etc. constituant une invalidité ou incapacité permanente;
 - d) l'hospitalisation;
 - e) les soins intensifs/la réanimation, avec ou sans intubation
 - f) le décès validement attribué au c19 ;
- * on peut y ajouter ou non la protection *collective* : la contagiosité ou transmission, mesurées par l'indice de reproduction.

Clinical Immunity

- * personal protection against various clinical criteria
 - a) asymptomatic infection as measured by a valid test
 - b) mild manifestations, with or without outpatient medical management;
 - c) severe manifestations, managed on an outpatient basis or after a visit to the emergency room without hospitalization, including sequelae (long haulers) such as chronic fatigue, anosmia, ageusia, etc. constituting a permanent disability or incapacity;
 - d) hospitalization;
 - e) intensive care/resuscitation, with or without intubation
 - f) death validly attributed to c19 ;
- * collective protection may or may not be added: contagiousness or transmission, measured by the reproduction index. (Translated)

IMMUNITÉ COLLECTIVE

= taux des citoyens immunisés, soit parce que déjà infectés et survivants, soit parce que vaccinés efficacement. Elle est donc naturelle ou vaccinale ou mixte

* on peut calculer le seuil d'immunité collective en connaissant le R_0 ; comme il oscille entre 2 et 3 pour le c19, le seuil attendu serait de 50 à 66% (Omer et coll. *JAMA* 2020; 324: 209).

= Résistance d'un groupe à la propagation d'une maladie infectieuse, basée sur la résistance à l'infection d'une proportion élevée des membres individuels du groupe

* Le pourcentage de personnes immunisées nécessaire à l'immunité collective est propre à chaque maladie infectieuse; l'immunité provient d'une infection préalable ou d'une vaccination

* Est-elle souhaitable pour le C-19? Pas en cas d'échappement immunitaire, ou de sentiment de fausse sécurité. Oui si les vaccins sont efficaces et le sont longtemps.

Est-elle atteignable ? Peu probable selon *Nature Medicine* (<https://www.nature.com/articles/d41586-021-00728-2>) cité par Emma Khan, AIMSIB, fin Mars 2021 :

« Il n'est pas prouvé que les vaccins préviennent la transmission. L'accès aux vaccins est hétérogène dans le monde (et injuste).

Les variants sont plus transmissibles et résistent aux vaccins. L'immunité pourrait ne pas durer. Les vaccinés changent leurs comportements sociaux »

Herd Immunity

= The percentage of immunized people necessary for herd immunity is specific to each infectious disease

= The resistance of a group to the spread of an infectious disease based on the resistance to infection of a high proportion of individual members of the group

* According to Christie Aschwanden in *Nature Medicine*, 591, 25.3.2021, p. 521, it's unclear whether vaccines prevent transmission, for 5 reasons : Vaccine roll-out is uneven (and unfair). New variants change the herd-immunity equation. Immunity might not last forever. Vaccines might change human behaviour.

IMMUNITÉ POST-INFECTION PERSISTANTE

" Une immunité large et efficace peut persister à long terme après l'infection par COVID-19. Une analyse longitudinale montre une mémoire immunitaire large et durable après une infection par le SRAS-CoV-2, avec des réponses anticorps persistantes et des cellules B et T à mémoire. La plupart des patients rétablis de COVID-19 présentent une immunité large et durable après l'infection.

Les anticorps neutralisants présentent une décroissance biphasique avec des demi-vies >200 jours. Les cellules B à mémoire IgG+ spiculaires augmentent et persistent après l'infection. Les cellules T CD4 et CD8 polyfonctionnelles durables reconnaissent des régions épitopiques virales distinctes." (Traduit)

Persisting Post-Infection Immunity

« Broad and effective immunity may persist long-term following COVID-19. Longitudinal analysis shows durable and broad immune memory after SARS-CoV-2 infection with persisting antibody responses and memory B and T cells. Most recovered COVID-19 patients mount broad, durable immunity after infection.

Neutralizing antibodies show a bi-phasic decay with half-lives >200 days. Spike IgG+ memory B cells increase and persist post-infection. Durable polyfunctional CD4 and CD8 T cells recognize distinct viral epitope regions.»

(Source : <https://www.cell.com/cell-reports-medicine/pdfExtended/S2666-3791%2821%2900203-2>)

IMMUNITÉ STÉRILISANTE

= immunité vraie / de réinfection / proprement dite (Oqlf), comme celle suivant une infection et persiste longtemps après sa guérison; elle prévient l'infection chez une personne déjà vaccinée ou la réinfection chez une personne déjà infectée

= immunité due aux *anticorps neutralisants*, ceux-ci contribuent à la réponse humorale du système immunitaire; en se liant à un antigène (structure de surface de particule infectieuse), le virus ne peut attaquer les cellules hôtes (Wiki)

= L'immunité stérilisante empêche totalement l'infection de l'hôte par un agent infectieux donné (Termium+)

" Il existe une différence subtile mais importante entre la prévention des maladies et la prévention des infections. Un vaccin qui prévient "simplement" la maladie (la morbidité) peut ne pas vous empêcher de transmettre la maladie à d'autres personnes, même si vous vous sentez bien. Mais un vaccin qui procure une immunité stérilisante arrête le virus dans son élan. Dans un monde idéal, tous les vaccins devraient induire une immunité stérilisante.

En réalité, il est extrêmement difficile de produire des vaccins qui stoppent complètement l'infection virale. La plupart des vaccins utilisés aujourd'hui systématiquement n'y parviennent pas. Les premiers vaccins contre le SRAS-CoV-2 qui ont été homologués se sont révélés très efficaces pour réduire la maladie, la morbidité. Malgré cela, nous ne savons pas encore si ces vaccins peuvent induire une immunité stérilisante." (Traduit)

Sterilizing Immunity

= true immunity; reinfection immunity; such as following an infection and persisting long after its recovery; it prevents infection in a person already vaccinated or reinfection in a person previously infected

= immunity due to *neutralizing antibodies*, which contribute to the humoral response of the immune system; by binding to an

antigen (surface structure of an infectious particle), the virus cannot attack the host cells (Wiki)

= Sterilizing immunity fully prevents infection of the host by a given infectious agent (Termium+)

« There is a subtle yet important difference between preventing disease (severity) and preventing infection. A vaccine that “just” prevents disease might not stop you from transmitting the disease to others – even if you feel fine. But a vaccine that provides sterilising immunity stops the virus in its tracks. In an ideal world, all vaccines would induce sterilising immunity. In reality, it is actually extremely difficult to produce vaccines that stop virus infection altogether.

Most vaccines that are in routine use today do not achieve this. The first SARS-CoV-2 vaccines to be licensed have been shown to be highly effective at reducing disease. Despite this, we don't yet know whether these vaccines can induce sterilising immunity. »

<https://theconversation.com/coronavirus-few-vaccines-prevent-infection-heres-why-thats-not-a-problem-152204>

IMMUNOMODULATEURS

* Alors que les antiviraux sont des molécules agissant sur la réplication du virus, les immunomodulateurs sont des molécules agissant sur le système immunitaire et limitant l'inflammation

Immunomodulators

INCIDENCE DES EFFETS INDÉSIRABLES VACCINAUX (EIV)

Incidence of Vaccine Adverse Reactions (VAR)

« The “incidence” rates are, as always to be taken with a grain of salt.

a. In vaccinovigilance the *denominators* (number vaccinated) are good unlike in drug pharmacovigilance where one never really knows what the patient puts in his or her mouth (bad compliance). Administered vaccinations are better records though even here, as with counting votes in elections, when the numbers are in the millions boxes get lost, phones are busy etc. But still the numbers are in the millions and are believable

b. The *numerator*, as always, is always low and undercounted and collection systems doubtless vary enormously around the world. [Under-reporting is another sort of pandemic ...]

Finally, other than very carefully looking at all the reports of Adverse Events and Suspected Adverse Events and looking at likely causality using, say, CIOMS criteria, there's not much more one can do. The agencies are being too categorical when they say a vaccine is “safe” or that “there's no proof the vaccine caused these problems.” There never will be such proof » (Barton Cobert, pharmacovigilance expert, 2021)

INDIGNATION

« En cette période, sous un prétexte évidemment fallacieux de santé publique, les princes de ce monde mettent en place, avec une implacable férocité, un “confinement” qui foule aux pieds les valeurs les plus poignantes... la compassion, la solidarité, l'intelligence au service de la révolte contre l'injustice » (Marc Girard, *L'amour sans la mort*, St-Pierre sur Èvre, 2021, p. 139)

Outrage

"In this period, under an obviously fallacious pretext of public health, the princes of this world are setting up, with implacable ferocity, a "lockdown" that tramples on the most poignant values... compassion, solidarity, intelligence in the service of revolt against injustice" (Translated)

INFANTILISATION DES MASSES (QC, FR) Politique sanitaire

« Depuis le début il y a 18 mois, tant au Québec qu'en France, on ne nous donne que des statistiques incomplètes qui tendent toutes à dramatiser la situation pour terroriser la population.

Cela s'appelle l'infantilisation des masses "trop bêtes pour comprendre" selon les gouvernants, mais en réalité trop intelligentes

et capables de montrer aux gouvernements leur mauvaise gestion de la catastrophe sanitaire qui, en réalité, est une mauvaise gestion de la capacité hospitalière d'accueil des malades pour cause de restrictions budgétaires exagérées.

Comme résultat on est (en apparence) constamment dans l'urgence et les fameuses "vagues" ne sont que le résultat de ces goulots d'étranglement. Les "variants" ne sont que l'équivalent des "souches" pour la grippe saisonnière, des souches qui changent chaque année depuis toujours, et qui varient même entre pays. Et personne ne parle des moyens médicaux normaux et peu coûteux pour soigner les premiers symptômes de la Covid. (Patrick Salin, 11.8.2021)

Infantilization of the Masses

« Since the beginning, 18 months ago, both in Quebec and in France, we have been given only incomplete statistics that tend to dramatize the situation in order to terrorize the population.

This is called the *infantilization of the masses* "too stupid to understand" according to those in power, but in reality too intelligent and capable of showing the governments their mismanagement of the health catastrophe which, in reality, is a mismanagement of the hospital capacity to receive the sick due to exaggerated budgetary restrictions.

As a result we are (apparently) constantly in emergency and the famous "waves" are only the result of these bottlenecks. The "variants" are only the equivalent of the "strains" for the seasonal flu, strains which change every year since ever, and which even vary between countries. And no one is talking about the normal, inexpensive medical means of treating the early symptoms of Covid (Translated)

INFECTION POST-VACCINALE *Échec vaccinal*

= infection covidienne survenant après une première ou seconde dose, donc *paradoxe*

NDT: on utilise déjà le terme en pharmacovigilance pour désigner un effet indésirable à l'opposé de l'effet recherché par un traitement, ce qui représente un échec. Fabricants, autorités et professionnels sont biaisés en faveur de l'attribution de tout méfait après immunisation à l'infection qu'on veut prévenir et non pas au vaccin

Breakthrough Infection

= covidian infection occurring after a first or second dose

NOTE: an adverse vaccine reaction is *paradoxical* when both the illness treated and the suspect product may cause the adverse event. Infection despite one or two doses represents a failure. Companies, authorities and clinicians are biased in favor of attributing any post-vaccinal harm to the disease being prevented, not to the vaccine.

INFECTIVITÉ

infectiosité

= Pouvoir que possède un agent pathogène de causer une infection chez un hôte réceptif

Infectivity ; Infectiveness

INFIRMÉES, NOMBRE DE PERSONNES DÉPISTÉES PUIS

“Le nombre de personnes (dépiستées) puis *infirmées* correspond au nombre de personnes ayant subi au moins 1 prélèvement pour la COVID-19 et ayant obtenu au moins 1 résultat de test de laboratoire négatif et aucun résultat positif. Seul le premier résultat négatif est comptabilisé. Une personne est donc considérée comme un cas infirmé chaque fois qu'un résultat de test de dépistage s'avère négatif”. (Inspq, QC)

Number of Invalidated Screened Persons

INTERVENTIONS MÉDICALES : LA VACCINATION EN EST UNE

« L'acte vaccinal est un acte *médical à part entière*, il ne doit plus s'agir d'un simple acte administratif » et relève d'une Santé publique indépendante et non de politiciens sous influence qui forcent la main de cette Santé publique (Louis Léry. De l'Institut Pasteur de Lyon, au cours d'une intervention au Parlement européen en 1996)

* C'est le seul produit biotechnologique imposé aux soldats, aux enfants qui veulent se scolariser, à certaines populations en temps de pandémie

Medical Interventions : Vaccination is One of Them

« Vaccines represent the only *biotechnology imposed* on citizens by the law or by coercive measures, which implies an invasive *medical treatment*, meaning the introduction of a biotechnology product in the healthy bodies of infants, children and adults, having as a goal, to change its immune system permanently.' (Anne Taillefer, 2013)

INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES

Non-Pharmaceutical Interventions; NCI

INVESTISSEMENTS PUBLICS *Vaccinoéconomie*

"Selon l'analyse menée par la Fondation KENUP à Malte, le secteur public a consacré au moins **129 milliards** de dollars aux vaccins et aux produits thérapeutiques COVID-19 en 2020. Plus de 95%, soit environ **122,4 milliards**, ont été dépensés pour les fabricants de vaccins. Seuls 5 % des fonds publics COVID-19 ont été consacrés aux thérapeutiques.

La plupart des fonds, soit environ **110 milliards**, ont été utilisés pour conclure des engagements préalables de commercialisation. En échange du droit d'acheter un nombre déterminé de doses de vaccin dans un délai donné, les gouvernements financent une partie des coûts initiaux supportés par les producteurs de vaccins sous la forme d'AMC. Seulement 7% des fonds ont été dépensés sous forme de prêts préférentiels ou de subventions conventionnelles.

32% des fonds destinés aux producteurs de vaccins proviennent des États-Unis, 24% de l'UE et 13% au total du Japon et de la Corée du Sud. Pour les vaccins, exceptionnellement, les gouvernements ont investi 71 %, soit au moins **87,6 milliards**, dans des petites et moyennes entreprises (PME) et des sociétés à capitalisation moyenne. Seuls 18 % des fonds sont allés aux grandes entreprises pharmaceutiques, ce qui souligne l'importance des PME pour l'innovation.

"Les *investissements publics* ont été *déterminants* pour soutenir l'innovation dans la lutte contre le coronavirus. Pour faire la transition jusqu'à la généralisation des vaccins, il est particulièrement important de poursuivre les investissements dans le domaine thérapeutique (non vaccinal).

Parallèlement, il est nécessaire de mettre en place un programme public spécifique de *préparation aux pandémies*, qui permettrait de disposer rapidement de vaccins et de traitements à des coûts de développement moindres pour tout type de pathogène pandémique". Les chiffres sont publics mais excluent les investissements du secteur privé. Les données sont correctes au 10 janvier 2021. (Traduit)

Public Investments

"According to analysis conducted by KENUP Foundation in Malta, the public sector has dedicated at least €93bn or **\$129 G** to COVID-19 vaccines and therapeutics in 2020. More than 95%, about €88.3bn or **\$122.4 G** was spent on vaccine companies. Only 5% of public COVID-19 funds were spent on therapeutics.

Most of the funds, around €86.5bn or **\$110 G** were used to conclude advance market commitments (AMCs). In return for the right to buy a specified number of vaccine doses in a given timeframe, governments finance part of the upfront costs faced by vaccine producers in the form of AMCs. Just 7% of funds were spent through preferred loans or conventional grants.

32% of funds directed towards vaccine producers come from the US, 24% from the EU, and a total of 13% from Japan and South Korea. For vaccines, exceptionally, governments invested 71% or at least €63.1bn or **\$87.6 G** into Small and Medium Enterprises (SMEs) and MidCaps. Only 18% of funds went to big pharma, underlining the importance of SMEs in driving innovation.

"Public investments have been instrumental in supporting innovation in the fight against the coronavirus. To bridge the time until broad rollout of vaccines, further investment in therapeutics is especially important. In parallel, a dedicated public pandemic preparedness scheme that would make vaccines and therapeutics readily available at lower development costs for any kind of pandemic pathogen is needed".

The figures come from publicly available information, not including private sector investments. The data was correct as at

January 10, 2021. (businesswire.com/news/home/20210110005098 – Jan 11, 2021)

IVERMECTIN, MÉTA-ANALYSE DE HILL et coll.

Ivermectin Meta-Analysis by Hill et al.

« In 6 randomized trials of moderate or severe infection, there was a 75% relative reduction in mortality (Relative Risk=0.25 [95%CI 0.12-0.52]; p=0.0002). In absolute terms, 14/650 (2.1%) deaths on ivermectin; 57/597 (9.5%) deaths in controls » amounting to an absolute risk reduction of 7.4% (since 9.5 – 2.1 = 7.4) and a (tertiary) protection against death in 1 out of 14.5 treated with ivermectin as a palliative. Source: <https://europepmc.org/article/ppr/ppr268166>

LA VIOLENCE DES INSTITUTIONS (QC) Opinion – Automne 2021

« Bien évidemment, ce n'est pas du tout extrême et radical de réduire le staff sur le plancher de l'hôpital en imposant une vaccination obligatoire au personnel d'un système de santé en perdition, rappelons-le, dans le but de combattre un virus qui ne cause plus de surmortalité depuis plusieurs mois.

Il n'est pas du tout menaçant pour les valeurs de démocratie libérale de piétiner le droit de manifester ou de traiter les non-vaccinés en parias insinuant qu'ils sont en permanence un danger pour la santé des autres, qu'ils sont responsables de nos difficultés économiques et qu'ils sont, il faut souligner d'ailleurs cette épouvantable hyperbole de Loïc Tassé, des menaces à la sécurité nationale.

Et bien sûr que non, il n'est pas du tout dangereux pour notre sécurité et notre santé publique d'envisager la vaccination générale des enfants de 12 ans et moins alors que de l'avis même des experts, ils ne font en très grande majorité aucune forme grave de la maladie Covid-19 et que, c'est là où le bât blesse, on ne connaît pas les effets indésirables à long terme des vaccins ARNm.

Les inversions accusatoires et le « deux poids, deux mesures » de nos autorités sont d'une destructivité et d'une violence inouïes. S'il y a actuellement urgence, c'est de nommer cette violence pour mieux la penser et y mettre un frein. »

(Source : Vincent Mathieu, Psychologie, Université Laval, Québec - *Vigile Québec*, Septembre 2021 -

<https://vigile.quebec/articles/la-violence-des-institutions?>)

Institutional Violence

"Of course, it is not at all extreme and radical to reduce the staff on the hospital floor by imposing mandatory vaccination on the personnel of a health system in perdition, let's remember, in order to fight a virus that has not caused excess mortality for several months.

It is not at all threatening to the values of liberal democracy to trample on the right to protest or to treat the non-vaccinated as pariahs, insinuating that they are permanently a danger to the health of others, that they are responsible for our economic difficulties and that they are, it must be emphasized again this appalling hyperbole of Loïc Tassé, threats to national security.

And of course, it is not at all dangerous for our security and our public health to consider the general vaccination of children aged 12 and under when, in the opinion of experts, the vast majority of them do not have any serious form of the Covid-19 disease and, here is the problem, we do not know the long-term adverse effects of mRNA vaccines.

The accusatory inversions and the double standards of our authorities are unbelievably destructive and violent. If there is currently an urgency, it is to name this violence in order to better think about it and put a stop to it." (Translated)

LANCEUR D'ALERTE CONTRE LA VACCINATION DE MASSE Hypothèse contraire à la pensée dominante

* Vincent Verschoore a traduit du virologue belge Geert Vanden Bossche une lettre ouverte écrite à l'OMS demandant l'arrêt de la vaccination de masse contre le Covid-19, faute de quoi nous allons nous retrouver sans défense face à des mutants sauvages.

Ce virologue, un pro-vaccin ayant travaillé avec l'association GAVI (regroupement des Big Pharma au sein de l'OMS) et la fondation de Bill Gates, prone le développement de vaccins impliquant les cellules immunitaires de type NK au lieu des type B et

T. Le cœur de l'argument du Dr Vanden Bossche est simple, et peut se résumer en deux mots : échappement immunitaire (immune escape).

Source : <https://www.agoravox.fr/actualites/sante/article/covid-19-halte-a-la-vaccination-de-231679> (17 mars 2021)

Whistleblower Against Mass Vaccination

« The only intervention that could offer a perspective to end this pandemic (other than to let it run its disastrous course) is vaccination. Of course, the type of vaccines to be used would be completely different from conventional vaccines in that they would not induce the usual suspects, B and T cells, but NK cells.

There is, indeed, compelling scientific evidence that these cells play a key role in facilitating complete elimination of Covid-19 at an early stage of infection in asymptotically infected subjects. NK cells are part of the cellular arm of our innate immune system and, like natural antibodies, they are capable of recognizing and attacking a broad and diversified spectrum of pathogenic agents.

There is a sound scientific rationale to assume that it is possible to 'prime' NK cells in ways for them to recognize and kill Coronaviruses at large (include all their variants) at an early stage of infection. NK cells have increasingly been described to be endowed with the capacity to acquire immunological memory.

By educating these cells in ways that enable them to durably recognize and target Coronavirus-infected cells, our immune system could be perfectly armed for a targeted attack to the universe of Coronaviruses prior to exposure.

As NK cell-based immune defense provides sterilizing immunity and allows for broad-spectrum and fast protection, it is reasonable to assume that harnessing our innate immune cells is going to be the only type of human intervention left to halt the dangerous spread of highly infectious Covid-19 variants.

LES VACCINS A L'ÈRE DE LA COVID-19: VIGILANCE, CONFIANCE OU COMPROMIS ? Critique vaccinale

Michel de Lorgeril, Juin 2021, Éditions KIWI, France, 432 pages (Livre)

« La crise sanitaire inédite provoquée par la Covid-19 a projeté la vaccination sur le devant de la scène médicale et médiatique : virus et vaccins se sont fermement et durablement imposés dans notre quotidien. Un vaccin, au plus vite, au plus fort et au plus grand nombre : voilà de quoi cristalliser les crispations et les tensions. Pro ? Anti ? Vous ne savez plus ?

Au cœur de cet essai, aucun sujet n'est laissé de côté, aucun tabou n'est écarté : tous les acteurs sont questionnés, des politiques publiques aux lobbies pharmaceutiques, en passant par les médias et les communautés scientifiques, sans oublier les personnes privées et les associations. Aucun vaccin n'échappe au crible du docteur Lorgeril, expert mondialement reconnu en épidémiologie et méthodologie des sciences médicales.

Il érige ici un nouvel outil d'information médicale : celui de l'équilibre risques/bénéfices. Cet essai met en lumière une recherche et une documentation rigoureuses et vous propose de décrypter la vaccination pour ne pas glisser sur le terrain de la désinformation et de l'incertitude, favorisé par les médias, les politiques et les marchands de terreur. Quand et qui vacciner ? Que contiennent les vaccins obligatoires ? Sont-ils efficaces ? Que cache leur composition ?

Entre perceptions et réalités, le docteur Lorgeril navigue avec le lecteur de connaissance en croyance pour analyser au plus près les mécanismes qui brouillent les faits et évidences scientifiques. Il nous ouvre la fabrique des vaccins. »

NOTE : 14 commentaires client lui accordent 4,9 sur 5.

Vaccines in the Era of COVID-19 : Vigilance, Confidence or Compromise? (Book)

Michel de Lorgeril, 2021, French cardiologist, nutritionist (*The Mediterranean Diet*), epidemiologist and clinical trial methodology expert. Preface by Nobel Prize Winner Prof. Luc Montagnier

"The unprecedented health crisis caused by Covid-19 has brought vaccination to the forefront of the medical and media scene:

viruses and vaccines have firmly and permanently imposed themselves on our daily lives. A vaccine, as quickly as possible, for the greatest number of people: this is what crystallized the tensions and tensions. Pro ? Anti? You don't know anymore?

At the heart of this essay, no subject is left aside, no taboo is set aside: all the actors are questioned, from public policies to pharmaceutical lobbies, through the media and scientific communities, without forgetting private individuals and associations. No vaccine escapes the scrutiny of Dr. Lorgé, a world-renowned expert in epidemiology and medical science methodology.

He has developed a new tool for medical information: the risk/benefit balance. This essay highlights rigorous research and documentation and proposes to decipher vaccination so as not to slide into the terrain of misinformation and uncertainty, favored by the media, politicians and *merchants of terror*. When and whom to vaccinate? What do the mandatory vaccines contain? Are they effective? What does their composition have to hide ?

Between perceptions and realities, Doctor Lorgé navigates with the reader from knowledge to belief to analyze the mechanisms that blur the facts and scientific evidence. He opens to us the doors of the vaccine factory." (Translated)

LETRE AU MINISTRE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC *Campagne massive de vaccination pédiatrique*

“ Il est contraire à la santé publique québécoise de vacciner les 12 et 13 ans sans consentement parental, c'est la loi. L'utilisation d'autobus de vaccination c19 pour rejoindre les ados jouant dans les parcs ne devrait-il pas exiger la preuve d'âge ? Les enfants sans leurs parents n'en ont probablement pas sur eux quand ils sont là pour jouer, et de toute façon ne pourraient-ils pas mentir et déclarer un an ou deux de plus aux vaccinés afin de « faire comme les amis » ?

S'en prendre aux enfants, dont le risque covidien est minime, alors que les effets à moyen et long terme sur des organismes encore en développement sont incertains pour les vaccins déployés, est déjà très controversé car il utilise cette population pour atteindre une couverture vaccinale devenue une condition pour les adultes de retrouver leurs libertés voire le bonheur selon certaines publicités, une opération politique qui mérite d'être débattue publiquement.

Utiliser des autobus, voire une loterie, de la crème glacée ou tout autre récompense, me semble dépasser les bornes de l'éthique médicale.

Vacciner est un acte médical, que la santé publique peut déléguer lors d'une crise comme celle que nous traversons, mais pas au point de vacciner sans *consentement éclairé* une tranche de la population où le bénéfice-risque est à peu près nul voire négatif, alors que la myocardite-péricardite commence à être rapportée chez les ados, comme chez ce jeune américain de 13 ans qui vient de mourir 3 jours après sa 2e dose (Pfizer) au Michigan, de myocardite-péricardite découverte à l'autopsie » (23.6.2021)

RÉPONSE BUREAUCRATIQUE LANGUE DE BOIS

« Cher Monsieur. Nous avons attentivement pris connaissance de votre courriel du 23 juin 2021, dans lequel vous exprimez votre désaccord au sujet de la vaccination dans les parcs, pour *contrôler les éclosions* de la pandémie de la COVID-19, plus spécifiquement celles liées aux *nouveaux variants* plus contagieux.

Nous reconnaissons pleinement votre droit de ne pas être en accord avec certaines décisions. Il convient toute fois de se rappeler que les mesures prises sont nécessaires pour *sauver des vies*, assurer la *scolarisation* la plus adéquate possible des enfants, *garder les travailleurs au travail* et maintenir un *contrôle sur le réseau de la santé*. Entre l'objectif de sauver des vies, et celui de maintenir la qualité de vie de l'ensemble des Québécois, il est essentiel de garder un équilibre.

Les personnes vaccinées doivent présenter leur carte d'assurance-maladie, laquelle indique la date de naissance. Les enfants de moins de 14 ans, ne peuvent obtenir le vaccin sans le consentement de l'autorité parentale. Nous souhaitons vous préciser que les décisions gouvernementales sont prises en considérant la faisabilité des recommandations émises par les experts de la Santé publique, lesquelles tiennent compte d'une multitude de critères, de facteurs et d'études.

Avant de finaliser toute décision, les avantages et les inconvénients de celle-ci sont longuement soupesés. Malheureusement,

chaque choix qui est fait, même avec la meilleure des intentions, ne peut satisfaire tous les Québécois étant donné les intérêts divers de ceux-ci. Nous sommes conscients que les mesures prises pour lutter contre la pandémie comportent leur lot de désagréments. Toutefois, cette situation exceptionnelle nécessite la mise en place de mesures toutes aussi exceptionnelles »

(Source : Équipe de Santé et Sécurité Québec, 8.7.2021)

Letter to the Health Minister of Quebec

« Targeting children, whose covidian risk is minimal, while the medium and long term effects on still developing organisms are uncertain for the deployed vaccines, is already very controversial because it uses this population to achieve vaccine coverage that has become a condition for adults to regain their freedoms, a political operation that deserves to be publicly debated. Using buses, or even a lottery, ice cream or any other reward, crosses the line of medical ethics.

Vaccination is a medical act, that public health can delegate during a crisis like the one we are going through, but not to the point of vaccinating without *informed consent* a segment of the population where the benefit-risk is almost nil or even negative, while myocarditis-pericarditis is starting to be reported in teenagers, like this young American 13 years old who just died 3 days after his 2nd dose (Pfizer) in Michigan on June 16, 2021, of myocarditis-pericarditis discovered at autopsy » (PB)

BUREAUCRATIC WAFFLE ANSWER

« Dear Sir. We have carefully reviewed your email of June 23, 2021, in which you express your disagreement about vaccination in parks to *control outbreaks* of the COVID-19 pandemic, specifically those related to the newer, more *contagious variants*. We fully recognize your right to disagree with certain decisions.

However, it is important to remember that the measures taken are necessary to *save lives*, ensure the best possible *schooling* for children, keep *workers employed*, and maintain *control over the health care system*. Between saving lives and maintaining the quality of life of all Quebecers, it is essential to maintain a balance. Vaccinated persons must present their health insurance card, which indicates their date of birth.

Children under 14 years of age cannot be vaccinated without the consent of their parents. We want to make it clear that government decisions are made based on the feasibility of recommendations made by Public Health experts, which take into account a multitude of criteria, factors and studies. Before any decision is finalized, the pros and cons of the decision are weighed at length.

Unfortunately, not every choice that is made, even with the best of intentions, can satisfy all Quebecers given their diverse interests. We are aware that the measures taken to fight the pandemic have their share of inconveniences. However, this exceptional situation requires the implementation of equally exceptional measures. » (Translated)

LEXIQUE SUR LA PANDÉMIE DE COVID-19 (CA)

<https://www.btb.termiumplus.gc.ca/publications/covid19-fra.html#i>

Glossary on the COVID-19 Pandemic

<https://www.btb.termiumplus.gc.ca/publications/covid19-eng.html>

LOI LIBERTICIDE

« Loi liberticide de gestion de la crise sanitaire »

Liberticide / Repressive Law

« Sanitary crisis management liberticide law »

LOIS MARTIALES DE LA SANTÉ

Health Martial Laws

LONGUE, LA COVID emprunt répandu – Maladie - Sémiologie

* la covid chronique / de longue durée; par opposition à la forme aiguë de résolution rapide sans séquelles après quelques

semaines

Long Haul C-19 Disease

* chronic / long term covid; as opposed to the acute form with rapid resolution without sequelae after a few weeks

TAUX DE LÉTALITÉ CHEZ LES INFECTÉS MALADES

létalité chez les cas; décès liés à la covid-19; (taux de) mortalité liée à la covid-19 durant un temps donné;

chances d'en mourir si on l'attrape avec symptômes

= nombre de personnes qui décèdent de la maladie covid-19, divisé par le nombre de personnes diagnostiquées et symptomatiques et prises en charge médicalement, les véritables « cas »

= proportion de l'ensemble des personnes malades de la covid et qui en meurent durant une période donnée

* Diffère du taux de létalité par infection asymptomatique (i.e. test positif sans symptômes) mais plusieurs auteurs ne font pas la distinction et considèrent que les « cas » sont soit des testés asymptomatiques (lors de dépistage) soit des malades infectés (diagnostic confirmé)

* Ce n'est pas le taux de mortalité par million de population, ni celui des testés positifs non malades; les « cas » devraient se limiter aux infectés malades

* N'inclut pas les décès non attribués à la maladie malgré un test positif, ce qui implique une évaluation rigoureuse de la cause de chaque décès

* Les chiffres peuvent donc être biaisés par une mauvaise définition des « cas » ou par un mauvais diagnostic du décès

* Au Québec le taux de mortalité standardisé était le 10 mai 2021 de 100 / 100 000 ou 0,1% ou 1/1000 chez les femmes et 135 / 100 000 ou 0,135% ou 1/741 chez les hommes. (<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/age-sexe>) - Le vrai taux est vraisemblablement plus bas à cause du surdiagnostic dans les certificats de décès

Case Fatality Rate

MANIFESTE POUR UNE VÉRITABLE SANTÉ PUBLIQUE Politique pandémique – Québec - Plaidoyer

PRÉAMBULE

« Un regroupement de 400 citoyens provenant du domaine de la santé, des universités et d'autres secteurs prend aujourd'hui la parole pour inviter les 125 députés, les médias et l'ensemble de la société québécoise à se donner un temps d'arrêt.

Nous tous, dans chacun de nos champs d'activités, constatons que les mesures en place produisent d'importants dommages collatéraux sur la population. Nous sommes très inquiets des séquelles profondes que portera notre nation provenant de la démesure des décrets, de l'hostilité entretenue et de la stigmatisation d'une partie de la population. C'est pourquoi nous invitons les députés à mettre le pied sur le frein.

Pour l'instant nous entendons nous regrouper afin de démontrer qu'il existe bel et bien une voix mesurée pour notre nation. Nous invitons la population à nous appuyer en cosignant le manifeste au : <https://pourunevraiesantepublique.org>

ATTENDUS QUE

« En 1952, l'OMS a défini la santé publique comme *« la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif »*. Ici même au Québec, l'article 1 de Loi sur la santé publique dit clairement : *« La présente loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général »*.

Pourtant, depuis le début de la crise du coronavirus, l'aspect collectif et surtout préventif de la santé publique semble avoir été relégué au second plan. [Pire, des décisions politiques ont rendu malades des gens en santé.](#)

Les mesures imposées par le gouvernement ont fait subir, à différents niveaux et degrés, des dommages collatéraux à l'ensemble de la population du Québec : anxiété, dépression, maladie, perte d'emploi, violence familiale, faillite, suicide, retard

de traitements médicaux, surdose, décrochage scolaire, etc.

Ces mesures ont de plus touché les citoyens de manière très inégale, frappant de manière disproportionnée les plus pauvres, les enfants d'âge scolaire, ainsi que les travailleurs de secteurs entiers de l'économie. Il n'est pas question ici de diviser la population en groupes d'intérêt, mais bien de se référer à la notion même de la santé publique qui se doit de prendre en compte le bien du plus grand nombre dans ses dimensions physiques et mentales.

Le référentiel virologique unilatéral appliqué au Québec a causé des dommages profonds. Cela nous amène à poser la question suivante: *Est-ce que le remède aura été pire que la maladie?* Le gouvernement a fait des choix, dont celui de ne pas consulter de nombreux experts ou associations de spécialistes qui auraient pu le conseiller différemment.

De plus, il a littéralement fait la sourde oreille aux interpellations répétées provenant de pédiatres, de médecins et de nombreux citoyens québécois issus de toutes les professions et de tous les milieux. Cette gouvernance autoritaire, ayant à plusieurs reprises dépassé le champ de ses compétences en interprétant à sa guise les recommandations de la Santé publique, a causé de graves préjudices envers la population.

Or, tel que démontré par de nombreux exemples au Canada et à l'étranger, chacun avec ses particularités et ses objectifs, d'autres approches étaient possibles qui auraient permis de réduire considérablement le coût social et économique des mesures. Pourtant, notre gouvernement a préféré les ignorer.

Il importe de souligner à quel point les confinements fragilisent la nature même de nos rapports en société préparant un monde de l'après-crise dominé par les chaînes de restauration rapide, les grandes surfaces et les GAFAM. En outre, il est loin d'être clair que les confinements protègent de manière adéquate et humaine les populations les plus à risque, notamment les personnes âgées.

La démocratie souffre également. Alors que nous avons un taux de vaccination élevé et des données qu'on connaît depuis plus de 6 mois, le gouvernement du Québec continue à utiliser le décret d'urgence sanitaire comme un instrument de gestion politique alors qu'il avait été conçu pour être utilisé de façon exceptionnelle. Plusieurs droits fondamentaux ont également été brimés par d'autres décrets, sans aucune justification scientifique ni démonstration de l'utilité réelle des mesures employées.

Le passeport vaccinal est un cas flagrant de dérive alors que le consentement à un traitement se doit d'être libre, éclairé et sans contrainte. Ce cas d'espèce représente un dangereux précédent dans notre démocratie libérale que nous ne pouvons cautionner. Malgré ces évidences, la structure de notre système de justice a grandement limité la capacité des citoyens à remettre en cause l'approche retenue par les autorités.

En effet, notre système de justice n'offre aucun recours légal rapide pour contrebalancer des décisions politiques qui empièteraient sur les droits fondamentaux. Attendu ce qui précède et afin qu'aucune autre génération ne revive les effets d'un confinement prolongé (*destruction économique, perte de liens sociaux, direction politique et non basée sur la science, suspension de ses droits fondamentaux*), d'un passeport vaccinal, d'un état d'urgence injustifié, nous demandons....

PLAIDOYER

1. Qu'une enquête publique et indépendante sur la gestion de la Covid-19 au Québec soit mise en place dans les plus brefs délais afin de déterminer ce qui a conduit notre province à un bilan peu enviable en termes de décès per capita. Que l'enquête fasse également l'inventaire des coûts vs bénéfices des mesures mises en place pour contrer le coronavirus.
2. Qu'une cellule de crise composée d'experts multidisciplinaires soit mise sur pied immédiatement afin d'orienter le gouvernement vers une gestion résiliente de la crise, qui favorisera le fonctionnement normal de la société. Ce groupe devra être composé d'experts représentant les aspects physiques, psychologiques et sociaux de la Santé publique telle que définie par l'OMS : pédiatres, gériatres, psychiatres, anthropologues de la santé, sociologues, virologues-infectiologues, économistes, juristes, professeurs, spécialistes en gestion de crise, en génie, etc. Que cette cellule ait la charge de déterminer si nous sommes

oui ou non en urgence sanitaire. C'est ce groupe qui aura désormais le rôle de gérer les pandémies.

3. Que soit modifiée la Loi sur la Santé publique qui concentre, entre autres, trop de pouvoir entre les mains du parti élu en offrant en contrepartie peu de moyens à l'opposition comme à la population de s'y opposer politiquement et/ou juridiquement dans un laps de temps raisonnable en cas de dérive comme actuellement.

4. Que soit modifié le Code de procédure civile du Québec afin que les demandes en pourvoi judiciaire visant des questions constitutionnelles soient entendues de façon urgente, pour garantir à la population une protection efficace de ses droits fondamentaux.

5. Que dans un Québec post-covid des politiques concrètes et mesurables soient mises en place afin d'améliorer la santé physique et mentale des Québécois, et ce dès la petite enfance. L'État a prouvé depuis mars 2020 qu'il est en mesure de se mobiliser et d'investir pour un enjeu de maladie. Il est maintenant temps de le faire pour de réels enjeux de santé publique. (Pour information: Benoit Girouard, 450-495-1910, enactionqc@gmail.com - Montréal, 13 septembre 2021)

MANIGANCES D'ENTREPRISES

magouilles d'entreprises

Corporate Shenanigans

MANIPULATION COVIDIENNE, LA Vaccinologie covidienne

"Voir à travers les manipulations covidiennes: Si l'État peut aujourd'hui étiqueter, traquer et forcer des citoyens contre leur gré à se faire injecter des produits biologiques d'une toxicité connue et inconnue, il n'y aura pas de limite aux libertés individuelles que l'État pourra supprimer au nom du bien commun futur". (Traduit)

The Covid-19 Spin

"Seeing Through the COVID-19 Spin : If the State can tag, track down and force citizens against their will to be injected with biologicals of known and unknown toxicity today, there will be no limit on which individual freedoms the State can take away in the name of the greater good tomorrow" (Barbara Loe Fisher, 15.5.2021 -

<https://vaccineimpact.com/2021/barbara-loe-fisher-seeing-through-the-covid-19-spin-how-big-pharma-and-government-are-spending-billions-to-deceive-the-public-with-misinformation-on-covid-vaccines/>

MASQUE À L'ÉCOLE Opinion

« Le masque à l'école doit aborder d'autres registres : sciences cognitives, psychologie, écologie comportementale, éducation. Nous avons déjà plusieurs études convergentes sur les risques psycho-sociaux du masque pour les enfants. Je passe sur l'importance du module cognitif de reconnaissance des visages dans le neurodéveloppement des nourrissons. [Aucun argument épidémiologique n'est assez solide, ni pour imposer le masque à l'école ni pour le contester.](#)

Le choix est donc politique, d'autant plus délicat que l'intuition peut se muer en psychorigidité chez certains enseignants ou parents d'élèves. La France, en gardant les écoles ouvertes plus longtemps que dans d'autres pays, a déjà prouvé que cela ne constituait pas un surrisque. Toutes les bribes de science convergent vers un rapport bénéfices/risques du masque à l'école [nul à court terme et négatif à moyen-terme et à long terme.](#) »

(Source : Luc Périno, 24.8.2021 - <https://lucperino.com/754/supplique-contre-le-masque-a-l-ecole.html>)

Masks in School

"The mask at school issue must address other registers: cognitive sciences, psychology, behavioral ecology, education. We already have several converging studies on the psycho-social risks of masks for children. I will not go into the importance of the cognitive module of face recognition in the neurodevelopment of infants. No epidemiological argument is strong enough, neither to impose the mask in schools nor to contest it.

The choice is therefore a political one, all the more delicate as intuition can turn into psychoridity among some teachers or parents. France, by keeping schools open longer than in other countries, has already proved that this does not constitute an excess risk. All the bits of science converge towards a benefit/risk ratio of the mask in school that is zero in the short term and

negative in the medium and long term. (Translated)

MASQUES : FONCTIONNENT-ILS ? Essai contrôlé – Méta-analyses

" Le seul essai contrôlé randomisé réalisé pendant la pandémie dont j'ai connaissance a eu lieu au Danemark au printemps. Avec plus de 3 000 participants, il n'a trouvé aucune différence statistiquement significative dans le nombre de personnes ayant contracté le COVID entre ceux qui portaient des masques et ceux qui n'en portaient pas. (Carl Heneghan & Tomson, 2020)

Le 20 avril de cette année (2020), l'Association des libertés civiles de l'Ontario a publié une étude réalisée par le physicien à la retraite Denis G. Rancourt, dans laquelle il a examiné la littérature scientifique sur les masques et a conclu sans ambages que "les masques ne fonctionnent pas".

"Il y a eu des études approfondies d'essais contrôlés randomisés (ECR), et des méta-analyses de ces essais", écrit-il dans le résumé de son article, "qui montrent toutes que les masques et les respirateurs ne fonctionnent pas pour prévenir les maladies respiratoires de type grippal, ou les maladies respiratoires censées être transmises par des gouttelettes et des particules d'aérosol."

Do Face Masks Work ?

« The only randomized controlled trial made during the pandemic that I know of took place in Denmark in the spring. With more than 3,000 participants, it found no statistically significant difference in how many contracted COVID between those who wore masks and those who didn't. (Carl Heneghan & Tom Jefferson, "Do Face Masks Work?" *The Spectator*, Nov. 19, 2020)

On April 20th of this year (2020), the Ontario Civil Liberties Association released a study by retired physicist Denis G. Rancourt, in which he reviewed the scientific literature on masks and concluded bluntly that "masks don't work."

"There have been extensive randomized controlled trial (RCT) studies, and meta-analysis reviews of RCT studies," he wrote in his abstract of this article, "which all show that masks and respirators do not work to prevent respiratory influenza-like illnesses, or respiratory illnesses believed to be transmitted by droplets and aerosol particles."

(<https://ocla.ca/wp-content/uploads/2020/04/Rancourt-Masks-dont-work-review-science-re-COVID19-policy.pdf>) »

(Cited by : David Cayler, *The International Journal of Illich Studies*, ISSN 1948-4666, vol. 7, no. 1, 2020, Pandemic Revelations, page 22)

MASQUES POTENTIELLEMENT TOXIQUES (CA, QC)

* Fin mars 2021, Québec et Ottawa ont rappelé des masques qui étaient distribués dans les écoles et les garderies parce qu'ils étaient potentiellement toxiques. Le rappel fait suite à une décision tardive de Santé Canada après avoir conclu que les masques étaient potentiellement toxiques.

Les masques sont fabriqués en *graphène* nanoformé (un dérivé du carbone), et si nous en savons peu sur l'impact potentiel, nous savons que nous ne devrions pas respirer de nanoparticules à base de carbone. Après tout, les problèmes de santé liés à l'amiante étaient basés sur la respiration de nanoparticules à base de carbone. Jim Thomas est un expert en nanoparticules qui a discuté du rappel des masques, et il a été consterné par ce qu'il a entendu.

Les fabricants ont utilisé du graphène issu de la nanotechnologie dans les masques faciaux - il y a maintenant des problèmes de sécurité. Les avertissements concernant une potentielle "toxicité pulmonaire précoce" associée aux masques contenant du graphène soulèvent de sérieuses questions sur les freins et contrepoids en sécurité, selon Andrew Maynard, Fin mars 2021

Potentially Toxic Masks (CA, QC)

* End of March 2021, Quebec and Ottawa recalled masks that were distributed in schools and childcare facilities because they were potentially toxic.. The recall followed a belated decision by Health Canada after concluding the masks were potentially toxic.

The masks are made of nanoform *graphene* (a carbon derivative), and if we know little about potential impact, we know that we should not be breathing carbon-based nanoparticles. After all, health issues with asbestos were based on the breathing of carbon-based nanoparticles. Jim Thomas is an expert on nanoparticles who discussed the mask recall, and he was appalled with what he heard.

<https://omny.fm/shows/580-cfra/ess-completely-crazy-millions-of-potentially-toxic>

Manufacturers have been using nanotechnology-derived graphene in face masks — now there are safety concerns. Warnings of potential “early pulmonary toxicity” associated with graphene-containing face masks raise serious questions over safety checks and balances according to Andrew Maynard, End of March 2021 :

<https://medium.com/edge-of-innovation/how-safe-are-graphene-based-face-masks-b88740547e8c>

« The masks were distributed by Metallifer, a Canadian firm partnering with Chinese manufacturers: <https://metallifer.com/>
The long term effects of breathing with these masks are unknown. We can simply hope for the best but prepare for the worse. »
(MA Gagnon, communication)

MÉCANISMES D’ACTION VACCINALE

- * ARN messenger avec coiffe nano-lipidique : Pfizer, Moderna
- * Adénovirus désarmé humain : Janssen/Johnson&Johnson, Sputnik
- * Adénovirus désarmé de chimpanzé : AstraZeneca

- * Antigènes classiques : GSK/Sanofi, Novavax
- * Particules pseudo-virales : Medicago
- * ADN inséré dans des plasmides

Mechanisms of Action of Vaccines

MÉCONDUITES SCIENTIFIQUES *Omerta*

“Dans le domaine de la C-19, des méconduites scientifiques ont été observées. Le fait inquiétant est la passivité générale d’une communauté scientifique qui a peur de condamner publiquement ces comportements. Sont-ils tous complices?. La loi du silence.” (www.redactionmedicale.fr, 3 Mai 2021)

Scientific Misconduct

"In the field of C-19, scientific misconduct has been observed. The disturbing fact is the general passivity of a scientific community that is afraid to publicly condemn such behavior. Are they all accomplices? The law of silence." (Translated)

MÉDIANE *Statistique*

= le 50^e percentile d’une variable continue, comme l’âge, la tension, les jours de maladie, etc.

= valeur numérique qui *sépare la moitié* supérieure de la moitié inférieure d'un ensemble

* Ce paramètre statistique signifie que, disons pour un âge médian de 40 ans, la moitié des sujets hospitalisés pour la covid avaient > 65 ans et l’autre moitié, < 65 ans.

* Par opposition, la *moyenne* correspond à la somme des valeurs divisé par le nombre de valeurs; pour l’âge des décès covidien, on additionnerait tous les âges puis on diviserait par le nombre de sujets ainsi décédés. La moyenne pourrait être de 75 ans à titre d’exemple ou encore être égale à la médiane ou être de 55 ans.

Median

= the 50th percentile of a continuous variable, such as age, blood pressure, sick days, etc.

= numerical value that *separates the upper half* from the lower half of a set

* This statistical parameter means that, say for a median age of 65, half of the subjects hospitalized for covid were > 65 years old and half were < 65 years old.

* In contrast, the *mean* is the sum of the values divided by the number of subjects; for the age of covid deaths, one would add up all the ages and then divide by the number of subjects who died of covid. The mean could be 75 years, for example, or it

could be equal to the median or be 55 years.

MÉFAIT VACCINAL *Vaccinovigilance*

tort vaccinal; effet indésirable post-vaccinal; lésion d'origine vaccinale

NDT: il n'y a pas de traduction exacte de *injury* dans ce contexte; au sens premier, réfère à une blessure accidentelle

Vaccine Injury

vaccine adverse reaction

MILLIARDAIRES DU VACCIN ET APARTHEID VACCINAL *L'entreprise a tout pris - Vaccinoéconomie*

"Les sociétés pharmaceutiques pourraient gagner 190 milliards de dollars grâce aux ventes de vaccins Covid-19 cette année 2021. Les profits pharmaceutiques ont permis à 9 nouveaux milliardaires de la pandémie de voir le jour et à 8 milliardaires existants d'accroître leur fortune.

Plusieurs d'entre eux sont les fondateurs et les investisseurs privés de trois sociétés pharmaceutiques - Moderna, BioNTech et CureVac - dont les vaccins utilisent une technologie ARNm largement issue de la recherche publique.

Leurs mines d'or financières offrent un contraste troublant avec l'*apartheid vaccinal*. À la fin du mois de mai 2021, seulement 0,3 % (ou 1 dose sur 33) de toutes les doses de vaccin dans le monde avaient été administrées dans des pays à faible revenu". (Traduit)

MISE AU POINT D'UN VACCIN

développement d'un vaccin *emprunt répandu*

Development of a Vaccine

MISE AU POINT DE VACCINS SANS PRÉCÉDENT *Vaccins ARNm*

" De nombreux aspects de la Covid-19 et du développement ultérieur d'un vaccin sont sans précédent pour un vaccin déployé dans la population générale. Parmi ceux-ci, citons les suivants :

1. Première utilisation du PEG (polyéthylène glycol, également utilisé comme antigel pour les automobiles) dans une injection.
2. Première utilisation de la technologie des vaccins à ARNm contre un agent infectieux.
3. Première fois que Moderna met un produit sur le marché.
4. La première fois que les responsables de la santé publique indiquent aux personnes vaccinées qu'elles doivent s'attendre à une réaction indésirable.
5. Premier déployé publiquement appuyé uniquement sur des données préliminaires sur l'efficacité.
6. Premier vaccin sans aucune affirmation claire sur la réduction des infections, de la transmissibilité ou des décès.
7. Premier vaccin contre le coronavirus jamais tenté chez l'homme.
8. Première injection de polynucléotides génétiquement modifiés dans la population générale
9. Premier vaccin contre une maladie (C-19) pour laquelle il n'y a encore jamais eu de vaccin approprié. Les vaccins contre le VIH et la malaria sont des exemples d'une catégorie sans précédent, deux maladies pour lesquelles il n'y a jamais eu auparavant de vaccin approprié.

* Les vaccins sans précédent devraient prendre 12,5 ans pour être développés. Plus inquiétant encore, on estime qu'ils ont 5% de chances de franchir les essais de phase II (évaluation de l'efficacité biologique) et, sur ces 5%, 40% de chances de passer les essais de phase III (évaluation du bénéfice clinique dans le temps). En d'autres termes, on a déjà prédit qu'un vaccin sans précédent avait une probabilité de 2 % de réussir en phase III d'un essai clinique. (Young, 2018)

* Dans cet esprit, 2 ans après le début de la pandémie nous avons un vaccin sans précédent avec des rapports d'efficacité de 90

à 95 % (Baden, 2020). En fait, ces rapports d'efficacité sont la principale motivation derrière le soutien public à l'adoption de la vaccination (Département américain de la santé et des services sociaux, 2020). Cela défie non seulement les prédictions, mais aussi les attentes.

* Le British Medical Journal (BMJ) est peut-être la seule publication médicale conventionnelle de premier plan à avoir donné une tribune aux voix qui ont attiré l'attention sur les préoccupations relatives à l'efficacité des vaccins COVID-19. Il y a en effet des raisons de penser que les estimations de l'efficacité doivent être réévaluées.

MODERNA, LE VACCIN

MOD-COVID-19; covid-19 ARNm-1273; [Spikevax](#) (EU)

= suspension du principe actif, l'[ARNm-1273 SRAS-CoV-2](#), hautement purifié et injectable;

* Moderna Therapeutics Inc. (ModernaTX, É.-U.) est le titulaire d'autorisation, 200 Technology Square, Cambridge, MA

* Pour les 18 ans et plus

* À ARNm coiffé de particules nano-lipidiques

* Autorisé d'urgence et conditionnellement

* Dont l'essai pivot est toujours en cours et compte environ 30 000 participants

* Ingrédients non médicinaux (excipients):

a) des lipides : 1,2-distéaroyl-sn-glycéro-3-phosphocholine; lipide SM-102; [polyéthylène glycol](#) (PEG)-2000 DMG; cholestérol

b) acide acétique, acétate de sodium, saccharose, chlorhydrate de trométhamine, eau pour injection

« À ARN messager (ARNm), sans adjuvant, à simple brin, à coiffe en 5', dont l'ARN code pour la protéine Spike (S) du virus SARS-CoV-2. Produit par transcription sans cellule *in vitro* à partir des matrices d'ADN correspondantes. Cet ARN est composé de *nucléotides légèrement différents* des nucléotides naturels (pseudo-uridines), pour ne pas déclencher une trop forte inflammation (notre système immunitaire détecte les ARN viraux, ce qui provoque la production de médiateurs immunitaires, en particulier des interférons)

Ces ARN messagers sont encapsulés dans des *nanoparticules lipidiques* (différentes de celles utilisées par Pfizer/BioNTech), pour mieux *pénétrer dans les cellules musculaires* lors de l'injection et pour stimuler la réponse immunitaire. Après lecture par les ribosomes et synthèse de la protéine S par les cellules ayant absorbé les nanoparticules, cet ARN messager est détruit et éliminé comme l'ensemble des ARN messagers produits par nos cellules » (Dictionnaire Vidal, France, 2021)

Moderna, the Vaccine

MODERNA, VACCIN PÉDIATRIQUE ? Éthique vaccinale – Enfants cobayes

* Le plan d'investigation suivant a été soumis au comité pédiatrique de la Communauté européenne à l'automne 2020. Même si la mortalité covidienne des ados est quasi nulle.

ÉTUDE 1 (P203)

Étude randomisée, en aveugle pour les mesures, contrôlée par placebo, visant à évaluer la sécurité, la réactogénicité et l'immunogénicité de l'ARNm qui code pour la glycoprotéine Spike, stabilisée avant fusion, du nouveau Coronavirus 2019 (ARNm-1273) chez des adolescents de *12 à moins de 18 ans* pour la prévention de la COVID-19.

ÉTUDE 2 (P204)

Étude randomisée, en aveugle pour les mesures, contrôlée par placebo, visant à évaluer la détermination de la dose (partie 1) et la sécurité, la réactogénicité et l'immunogénicité (partie 2) du mRNA-1273 chez des enfants âgés de *moins de 12 ans* pour la prévention de la COVID-19.

ETUDE 3

Étude ouverte, non contrôlée, sur la sécurité et l'immunogénicité du mRNA-1273 chez des enfants et des adolescents *immunodéprimés* âgés de *moins de 18 ans* pour la prévention du COVID-19.

Moderna, a Pediatric Vaccine ?

* The following investigation plan has been submitted to the Pediatric Committee of the European Community in the Fall of 2020, even if covidian mortality in teens is near zero.

STUDY 1 (P203)

Randomized, observer-blind, placebo-controlled, study to evaluate safety, reactogenicity, and immunogenicity of mRNA that encodes for the pre-fusion stabilized Spike glycoprotein of 2019-novel Coronavirus (mRNA-1273) in adolescents from **12 to less than 18** years of age for prevention of COVID-19.

STUDY 2 (P204)

Randomized, observer-blind, placebo-controlled, study to evaluate dose finding (part 1), and safety, reactogenicity, and immunogenicity (part 2) of mRNA-1273 in children from **birth to less than 12** years of age for prevention of COVID-19.

STUDY 3

Open label, uncontrolled, safety and immunogenicity study of mRNA-1273 in **immunocompromised** children and adolescents from **birth to less than 18** years of age for prevention of COVID-19

(Source : https://www.ema.europa.eu/en/documents/pip-decision/p/0481/2020-ema-decision-30-november-2020-agreement-paediatric-investigation-plan-granting-deferral-mrna_en.pdf)

MONSIEUR VACCIN

* Sans le nommer, c'était un ami de feu l'infâme Jeffrey Epstein, c'est un proche des eugénistes de l'Université Rockefeller, c'est le bienfaiteur par excellence de l'OMS, c'est le Grand Prêtre de la mondialisation vaccinale, c'était un amant d'une cadre chez Microsoft, ce fut un traître envers IBM, un divorcé en mai 2021 et Warren Buffet s'en est désavoué. Alors qui suis-je ?

Mister Vaccine

* Without naming him, he was a friend of the late infamous Jeffrey Epstein (New York Times 13.10.2019), he is close to the eugenicists at Rockefeller University, he is the benefactor par excellence of the WHO, he's the Great Priest of vaccinal globalisation, he was a discreet lover of a woman executive at Microsoft, he was a business traitor towards IBM, a divorcee in May 2021 and Warren Buffet disavowed him. So who am I?

MORTALITÉ COVIDIENNE PAR MILLION D'HABITANTS *Critère d'évaluation d'une pandémie – Critère partiel indirect de l'efficacité des mesures prises*

"Le critère le moins contestable est le nombre de morts par million d'habitants (mortalité /million) qui ne recèle que trois risques de confusion :

- 1) addition des morts *de et avec* la COVID-19 (Belgique ?), [L'ajout des morts *avec* C-19 entraîne une conflation des résultats]
- 2) sous-déclaration par certains pays (Chine, Russie),
- 3) recueil insuffisant des données (pays en développement).

Ce critère reste malgré tout le plus pertinent pour comparer l'efficacité des mesures sanitaires et des soins entre les différents pays, d'autant qu'il est remis quotidiennement à jour sur tous les sites officiels." (Luc Perino, Médecine, Avril 2021)

* Selon worldometers en date du 16 juin 2021 quelques pays se classent ainsi, européens sauf deux en Amérique du Nord:

BE: 12e avec 2157 m/Mh
IT: 14e avec 2006 m/Mh
R.U.: 19e avec 1875 m/Mh
É.U.: 20e avec 1851 m/Mh
ES: 22e avec 1724 m/Mh
FR: 23e avec 1690 m/Mh
SW: 35e avec 1431 m/Mh
CA: 67e avec 683 m/Mh

DK: 90e avec 435 m/Mh

* Il faudra beaucoup de temps pour comprendre pourquoi les disparités entre pays et entre continents. La Chine 199e avec 3 m/Mh est peu crédible mais la Nouvelle Zélande 198e avec 5 m/Mh - **avant ET après** le début de la vaccination- l'est assurément. La Nouvelle-Zélande a été saluée à l'étranger pour sa gestion efficace de l'épidémie de COVID-19 qui, jusqu'à présent (22 août 2021) n'a fait que 26 morts dans une population de 5 M millions d'habitants.

L'archipel a mis en place un strict contrôle aux frontières et a décrété des confinements localisés dès l'apparition de cas locaux. Fait à noter, **seulement 20% de la population est entièrement vaccinée**, soit l'un des taux les plus faibles du monde parmi les pays développés. Un argument fort contre la vaccination massive et son obligation.

NOTE: En juillet 2021 la Johns Hopkins rapporte un taux de mortalité covidienne par 100 000 de population de 70,27 (ou 702,7 par million) pour le Canada (Traduit)

Covidian Deaths per Million Inhabitants

"The least questionable criterion is the number of deaths per million population (mortality per million or m/M), which harbors only three potential confounders:

- 1) addition of deaths *from* C-19 and *with* COVID-19 (Belgium?) [Deaths *with* C-19 inflate the results],
- 2) under-reporting by some countries (China, Russia),
- 3) insufficient data collection (developing countries).

This criterion remains the most relevant for comparing the effectiveness of health measures and health care between different countries, especially since it is updated daily on all official websites. (Translated)

* According to worldometers as of June 16, 2021 some countries are ranked as follows, all European but USA and CA:

BE: 12th with 2157 m/M
IT: 14th with 2006 m/M
UK: 19th with 1875 m/M
USA: 20th with 1851 m/M
ES: 22nd with 1724 m/M
FR: 23rd with 1690 m/M
SW: 35th with 1431 m/M
CA: 67th with **683 m/M**
DK: 90th with 435 m/M

* It will take time to understand disparities between countries and between continents. China 199th with only 3 m/M hardly seems credible but New Zealand 198th with 5 m/M – **before AND after** starting vaccination - is probably accurate. (Source: https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdUOA?Si%23countries#countries)

New Zealand has received international acclaim for its effective management of the COVID-19 outbreak, which to date (22nd of August 2021) has resulted in only 26 deaths in a population of 5 M. The archipelago has implemented strict border controls and localized lockdowns as soon as local cases appear. Of note, **only 20% of the population is fully vaccinated**, one of the lowest rates in the world among developed countries. A strong argument against mass vaccination programs and their obligation.

NOTE: On July 14, 2021 Johns Hopkins reports a covidian death rate per 100,000 population of 70.27 or **702.7 per million** for Canada (Source: <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>)

MORTALITÉ GÉNÉRALE ET SURMORTALITÉ AU CANADA, AVRIL 2020 À AVRIL 2021

« Selon cet ensemble, tiré de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil, qui porte sur la période allant de la fin mars 2020 au début avril 2021 (une année), environ **62 203 décès** ont été déclarés parmi la population

canadienne de 0 à 64 ans. Cela représente **5 535 décès de plus** par rapport au nombre auquel on aurait pu s'attendre s'il n'y avait pas eu de pandémie, après avoir tenu compte des changements dans la population, comme le vieillissement.

NOTE : la surmortalité nationale fut de $5535 / 62\,203 = 9\%$

Au cours de la même période, seulement **1 380 décès attribuables** à la COVID-19 ont déclarés chez les personnes de moins de 65 ans, ce qui laisse croire que les décès en surnombre sont, *en grande partie, liés à d'autres facteurs*, comme l'augmentation du nombre de décès attribuables à l'abus de substances, alcool ou drogues, dont les intoxications involontaires (accidentelles) ainsi que les maladies et les problèmes de santé liés à la consommation d'alcool.

NOTE : $1380 / 5535 = 25\%$ de la surmortalité canadienne (évaluée à 9%) est attribuée au C19 en bas de 65 ans (et l'on sait que les diagnostics de décès covidien sont surévalués), soit 2,25% ou un quart de 9%.

(Source : Statistiques Canada, 12.7.2021 sur <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210712/dq210712b-fra.htm>)

NOTE : la surmortalité covidienne est peut être le plus fiable critère pour mesurer l'importance des décès covidien, et justifier la gestion pandémique, mais on ignore toujours le taux de surdiagnostic pour ces décès.

General and Excess Mortality in Canada, April 2020 to April 2021

« Based on the newly updated provisional dataset released today (12.7.2021) from the Canadian Vital Statistics Death Database, from the end of March 2020 to the beginning of April 2021 (one year), an estimated **62,203** deaths were reported among Canadians aged 0 to 64. This represents **5,535** more deaths than expected were there no pandemic, after accounting for changes in the population such as aging.

Over the same period, **1,380** COVID-19 deaths have been attributed to the same age group (those younger than 65), suggesting that the excess mortality is, **in large part, related to other factors** such as increases in the number deaths attributed to causes associated with substance use and misuse, including unintentional poisonings and diseases and conditions related to alcohol consumption. »

(Source : Statistics Canada, 12.7.2021 at <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210712/dq210712b-eng.htm>)

NOTE : excess covidian mortality may be the most reliable criteria for evaluating the importance of covidian deaths, and justify the pandemic measures taken, but the rate of covid death overdiagnosis remains unknown

MORTALITÉ GLOBALE ET SURMORTALITÉ EN ISRAËL

« Il n'y a absolument pas de problème de mortalité globale décelable en Israël depuis 2020, c'est-à-dire depuis que l'occident a commencé à médiatiser les personnes décédées ou malades d'une infection respiratoire et dont la cause est attribuée à la Covid-19. La mortalité a toujours augmenté en Israël en période hivernale et est restée en 2020 à des niveaux comparables aux années précédentes.

Ainsi toutes les mesures prises n'ont jamais pu être motivées par un impact mesurable sur la mortalité. Il n'y a pas plus d'Israéliens qui décèdent qu'avant. **Il n'y a jamais eu d'hécatombe**. En Israël, comme pour tous les pays sur lesquels nous disposons de données, la mortalité augmente pendant les périodes où des injections de masse sont réalisées.

PLUS DE TESTS CHEZ LES NON VACCINÉS = PLUS DE "CAS" RAPPORTÉS

Enfin, la mise en place du Green Pass en Israël implique que les personnes n'ayant pas reçu d'injection font bien plus de tests que celles qui ont reçu 2 injections. Dès lors, on s'attend à avoir bien plus de cas positifs en proportion chez ceux qui n'ont pas de Green Pass. Nous verrons que si nous prenons en considération ces biais, les données israéliennes ne nous montrent pas de différence notable entre les personnes considérées vaccinées et ceux n'ayant pas reçu d'injection.

Pour Israël, la part des personnes considérées vaccinées et positives aux tests réalisés pour la Covid-19 est la même que la part des personnes considérées vaccinées dans la population générale. En Israël, on ne peut trouver de justification aux politiques

restrictives mises en place sur la base d'une augmentation inhabituelle des décès uniquement dû à un nouveau virus. [Il n'y a pas d'hécatombe.](#)

LES MOIS D'INJECTIONS = HAUSSE DE MORTALITÉ

Toutes les tranches d'âge sans exception ont présenté une hausse de mortalité les mois d'injections. Nous observons que les plus âgés ont reçu massivement des injections en janvier 2021 et présentent en pic de mortalité en janvier 2021. Les plus jeunes ont reçu des injections plus tard, à partir du mois de février et présentent un pic de mortalité en février. Ce lien est un fort indice de causalité supplémentaire entre les injections et la hausse de la mortalité.

Pour les amateurs de modélisation, si vous représentez le taux de mortalité en fonction du taux d'injection, vous obtenez une corrélation logarithmique quasiment parfaite, avec un R^2 de 0,95 ou 95% [le coefficient de détermination en jargon statistique]. Cette corrélation quasi parfaite est réalisée en regardant le nombre de décès chaque mois, 5 jours après les injections.

SURMORTALITÉ CHEZ LES JEUNES

Pour les 20-29 ans la mortalité est totalement exceptionnelle en février 2021. Seule la guerre de 2014 présente une mortalité aussi élevée. Il ne semble pas cependant qu'une guerre ait éclaté en février 2021 en Israël. Au total, cette surmortalité entre février et avril 2021 correspond au **décès de 31 jeunes de 20 à 29 ans (3,8 pour 100 000 doublement injecté), 18 de 30 à 39 ans (2,3 pour 100 000 doublement injecté) et 13 de 40 à 49 ans (1,4 pour 100 000 doublement injecté).**

Soit 60 décès de personnes d'une population qui n'a jamais connu de surmortalité liée à la Covid-19. Cette surmortalité arrive également à une période où ont été relevés par un universitaire, un nombre d'appels aux urgences largement supérieur aux années précédentes pour des arrêts cardiaques et des syndromes coronariens aigus .

Si nous considérons que les décès ne sont que la partie visible de problèmes de santé, nous avons un indice de la cause possible de cette surmortalité arrivant en pleine période d'[injection de masse](#) de ces mêmes jeunes. Nous constatons qu'enfin l'ANSM admet que les péricardites sont bien rapportées post-injection. L'agence française du médicament annonce qu'ils sont très rares.

Il serait intéressant que l'on nous explique comment le hasard fonctionne pour montrer une si forte élévation des problèmes cardiaques juste après les périodes vaccinales. Les AVC, myocardites, embolies pulmonaires ou thromboses non mortelles sont invisibles dans cette étude. Elles sont rapportées en pharmacovigilance et la hausse de mortalité constatée ajoute un haut degré de certitude à la causalité pour les événements non mortels également.

CONCLUSION

Nous avons vu que quelques hausses de mortalité inhabituelles ont été constatées chez les jeunes en période vaccinale. Ces hausses représentent environ 60 décès sur Israël. Ce n'est pas une hécatombe, mais suffisamment important pour être visible sur ces populations qui décèdent très peu. Ces décès sont survenus au moment où étaient enregistrés des records d'urgences cardiaques pour ces mêmes âges [myocardites et cie., maintenant reconnues vaccinales par la FDA, l'EMA].

Enfin, nous avons vu que si on enlève les *biais de comptage* dû aux restrictions comme le Green Pass, les doubles injections ne présentent *aucun impact* sur les cas positifs. Il n'y a donc *aucun bénéfice* mesurable pour personne. Seul le fait de tester en énorme majorité des non injectés permet de maintenir un écart statistique.

Nous avons donc de nombreux décès rapportés en pharmacovigilance, des décès visibles même chez les populations jeunes, et aucun impact positif mesurable [des injections]. Pensez-vous réellement qu'il soit raisonnable de continuer à multiplier ces injections ? Pensez-vous réellement que nous allons vous laisser toucher à nos enfants ? (Source : <https://www.agoravox.fr/actualites/sante/article/les-lecons-a-tirer-d-israel-235688>)

Overall Mortality and Excess Mortality in Israel

"There has been absolutely no detectable overall mortality problem in Israel since 2020, i.e. since the West began to publicize people who have died or become ill from respiratory infections and whose cause is attributed to Covid-19. Mortality has always increased in Israel during the winter period and remained in 2020 at levels comparable to previous years.

Thus, all measures taken could never be motivated by a measurable impact on mortality. No more Israelis are dying than before. **There has never been a hecatomb.** In Israel, as in all countries for which we have data, mortality increases during periods when mass injections are given.

MORE TESTS IN THE UNVACCINATED = MORE REPORTED "CASES

Finally, the implementation of the Green Pass in Israel implies that people who did not receive an injection test much more than those who received 2 injections. Therefore, we expect to have a much higher proportion of positive cases among those who do not have a Green Pass. We will see that if we take these biases into account, the Israeli data do not show any significant difference between those considered vaccinated and those who did not receive an injection.

For Israel, the proportion of people considered vaccinated and positive to the tests for Covid-19 is the same as the proportion of people considered vaccinated in the general population. In Israel, no justification can be found for restrictive policies based on an unusual increase in deaths due solely to a new virus. There is no hecatomb.

MONTHS OF INJECTIONS = INCREASED MORTALITY

All age groups without exception showed an increase in mortality in the months of injections. We observe that the oldest received massive injections in January 2021 and show a peak in mortality in January 2021. Younger people received injections later, starting in February, and show a peak in mortality in February. This link is a strong additional indication of causality between injections and increased mortality.

For those who like to modelise, if you plot the mortality rate against the injection rate, you get a near perfect logarithmic correlation, with an R^2 of 0.95 or 95% [the coefficient of determination in statistical jargon]. This near perfect correlation is achieved by looking at the number of deaths each month, 5 days after the injections.

EXCESS MORTALITY AMONG YOUNG PEOPLE

For 20-29 year olds mortality is totally exceptional in February 2021. Only the 2014 war has such a high mortality. However, it does not appear that a war broke out in February 2021 in Israel. In total, this excess mortality between February and April 2021 corresponds to **the deaths of 31 young people aged 20 to 29 (3.8 per 100,000 doubled injected), 18 aged 30 to 39 (2.3 per 100,000 doubled injected) and 13 aged 40 to 49 (1.4 per 100,000 doubled injected).**

That is 60 deaths of people in a population that has never experienced Covid-19-related excess mortality. This excess mortality also occurs at a time when a university researcher has noted a number of calls to the emergency room that are much higher than in previous years for cardiac arrest and acute coronary syndromes.

If we consider that the deaths are only the visible part of health problems, we have a clue of the possible cause of this overmortality arriving in full period of mass injection of these same young people. We note that finally the French agency admits that pericarditis is indeed reported post-injection. The agency announces that they are very rare.

It would be interesting if someone could explain to us how chance works to show such a strong increase in heart problems just after the vaccination periods. Strokes, myocarditis, pulmonary embolisms or non-fatal thromboses are invisible in the relevant studies. They are nevertheless reported in pharmacovigilance, and the increased mortality observed adds a high degree of certainty to causality for non-fatal events as well.

CONCLUSION

We have seen that some unusual increases in mortality have been observed in young people during the vaccination period. These increases account for approximately 60 deaths out of Israel. This is not a hecatomb, but significant enough to be noticeable in these populations that die very few deaths. These deaths occurred at the same time as record numbers of cardiac emergencies for these same ages [myocarditis and so on, now recognized as vaccine-related by the FDA, EMA].

Finally, we have seen that if we remove the *counting bias* due to restrictions such as the Green Pass, double injections have *no impact* on positive cases. There is therefore *no measurable benefit* to the individual. (Translated)

MORTALITÉ, TAUX DE *Épidémiologie*

= rapport entre la mortalité (toutes causes confondues) et l'effectif d'une population donnée durant une période donnée

* le rapport entre le taux de mortalité covidienne et le taux de mortalité toute cause est le rapport de *surmortalité* covidienne; on prend comme comparateur le taux durant une période précédant la pandémie ou encore le taux de toute l'année précédant la pandémie

* souvent présenté en nombre par 100 000 ou par million par année, mais on peut aussi présenter le taux mensuel par million, etc.

Ex.: Le nombre de décès sur la route par 100 000 habitants était de 5,0 par année en 2017 au Canada

Death Rate; Mortality Rate

= the ratio of all-cause mortality to the population size during a given period

* the ratio of the covidian mortality rate to the all-cause mortality rate is the covidian *excess mortality* ratio; the comparator is the rate in a period prior to the pandemic or the rate in the entire year prior to the pandemic

* often presented as numbers per 100,000 or per million per year, but can also be presented as monthly rate per million, etc. e.g., the number of traffic deaths per 100,000 population per year was 5.0 in 2017 in Canada

MULTIPLICATION D'UN VIRUS POUR LES NULS, LA - *Mécanisme d'action viral*

« Leur simplicité extrême empêche les virus de se multiplier, du moins par eux-mêmes. Se multiplier pour un être vivant est reproduire un édifice fait d'un enchevêtrement de macromolécules qui est à la fois très complexe et très précis, très organisé. Pour réussir un tel édifice, il faut quatre sortes d'éléments.

a) Un plan de travail : c'est l'information génétique. Le virus a cette information dans son génome : c'est la séquence des bases de son génome, ADN ou ARN.

b) La matière première : en biologie, de petites molécules, acides aminés, acides gras, molécules organiques simples, sels minéraux. Le virus qui doit se multiplier n'a pas de réserves de petites molécules. Pas de vacuoles, pas de système digestif, même primitif, qui lui permettrait de puiser ces composants dans le milieu extérieur.

c) Des sources d'énergie. Toute édification consomme de l'énergie. En biologie, c'est très souvent l'énergie libérée par hydrolyse de composés tels que l'ATP. Le virus n'a pas de réserve d'ATP ni les moyens d'en constituer ; il n'a aucune source d'énergie propre.

d) L'assemblage des petites molécules en macromolécules exige des catalyseurs biologiques, des enzymes. Sans enzymes, les assemblages ne se feraient pas ou si lentement que les édifices biologiques, éminemment périssables, tomberaient en ruine durant leur construction. Les virus n'ont pas les chaînes enzymatiques des grandes voies des synthèses biologiques

Donc, *un virus est incapable de synthétiser un autre virus, alors qu'une bactérie est capable de faire une autre bactérie. Pour se multiplier un virus n'a que son génome. Il lui faut mettre son génome dans un endroit où combler ses manques et trouver des*

sources de *matière première, énergie et enzymes*. Dans la nature, un tel rassemblement n'existe actuellement qu'à l'intérieur d'une cellule

Donc, la multiplication d'un virus consiste en l'introduction du *génom*e viral dans une cellule et c'est elle qui va fabriquer de nouveaux virus, selon un procédé de biosynthèse que l'on appelle *réplication*. » Détruisant ainsi la cellule et sa fonction, c'est l'effet cytopathique.

(<http://www.chups.jussieu.fr/polys/viro/oldpoly/POLY.Chp.1.2.html>, accédé le 22.3.2021)

Viral Replication For Dummies

"Their extreme simplicity prevents viruses from multiplying, at least by themselves. To multiply, for a living being, is to reproduce an edifice made of a tangle of macromolecules which is at the same time very complex and very precise, very organized. To succeed in such an edifice, four kinds of elements are needed.

a) A working plan: this is the genetic information. The virus has this information in its genome: it is the sequence of the bases of its genome, DNA or RNA.

b) The raw material: in biology, small molecules, amino acids, fatty acids, simple organic molecules, mineral salts. The virus that has to multiply has no reserves of small molecules. No vacuoles, no digestive system, even primitive, which would allow it to draw these components from the external environment.

c) Energy sources. Any construction consumes energy. In biology, it is very often the energy released by hydrolysis of compounds such as ATP. The virus does not have a reserve of ATP nor the means to build up ATP; it has no energy source of its own.

d) The assembly of small molecules into macromolecules, which requires biological catalysts, enzymes. Without enzymes, the assembling would not be done or would be so slow that the biological edifices, eminently perishable, would fall into ruin during their construction. Viruses do not have the enzymatic chains of the great pathways of biological synthesis.

Therefore, *a virus is unable to synthesize another virus, while a bacterium is able to make another bacterium*. To multiply, a virus has only its genome. It needs to put its genome in a place where it can find what it lacks, *raw material, energy and enzymes*. In nature, such a gathering currently exists only inside a cell.

Thus, the multiplication of a virus consists of the introduction of the viral genome into a cell and it is this cell that will manufacture new viruses, according to a biosynthetic process that we call *replication*. " Thus destroying the cell and its function, the cyathic effect. (Translated)

MUTATION IMPORTANTE *Virologie*

"Le coronavirus responsable des premiers cas de Covid en 2019 ne circule plus (juillet 2021). Les SARS-CoV-2 infectant les humains actuellement ont accumulé quelque 30 à 50 mutations. Il en existe des dizaines de mille mais il est possible de les classer à partir de mutations particulières produisant des descendants et contenant ces mutations dites *importantes*. (Bernard Dugué, 1.7.2021)

Disruptive Mutation

"The coronavirus responsible for the first Covid cases in 2019 is no longer circulating (July 2021). The SARS-CoV-2 infecting humans today has accumulated some 30-50 mutations. There are tens of thousands, but it is possible to classify them based on particular mutations producing offspring and containing these so-called *disruptive mutations*." (Translated)

MYOCARDITE : RAPPORTS CUMULATIFS POUR LES ADOS AMÉRICAINS LE 11 JUIN 2021 (VAERS) *Vaccinogilance états-unienne*

* La myocardite, qui survient normalement dans les quelques jour suivant la seconde dose de vaccin ARNm, n'a été reconnue officiellement que 6 mois après les premiers signaux

* Total: 1 094 cas de myopéridardites *rapportées* chez des 16-24 ans après vaccin RNAm (Pfizer ou Moderna)

- * 267 après 1 dose et 827 après 2 doses (76%)
- * Délai d'apparition : 1-2 semaines
- * Les décès post-vaccinaux sont exclus de cette présentation

- * L'estimation d'un taux rapporté de 12,6 cas par M dans les 3 semaines suivant la 2^e dose chez les 12-39 ans est une présentation *trompeuse* par dilution, car la majorité sont dans les 12-24 ans
- * Facteur de risque : sexe masculin
- * La recommandation d'omettre la 2^e dose si myocardite après la 1^{re}, est un aveu de la confiance dans un lien de causalité
- * À comparer avec le taux de *mortalité* covidienne nulle (0) chez les 12-17 ans en Mars-Avril 2021 selon le VAERS

Cumulative Myocarditis Reports to VAERS In American Teens As Of June 2021

- * Myocarditis, which normally occurs within days of the second dose of mRNA vaccines, took *half a year* to acknowledge officially after the first signals.

- * Total: 1,094 cases of myoperidarditis reported in 16-24 year olds after mRNA vaccine (Pfizer or Moderna)
- * 267 after 1 dose and 827 after 2 doses (76%)
- * Time to onset: 1-2 weeks
- * Post-vaccination deaths are excluded from the presentation by the Advisory Committee on Immunization Practices, CDC

- * Estimated reported rate of 12.6 cases per M within 3 weeks of 2nd dose in 12-39 year olds, a misleading presentation by dilution as the majority are in the 12-24 year old age group
- * Risk factor: male sex

- * Recommendation to omit 2nd dose if myocarditis occurs after first shot, an admission of confidence in a causal link
- * Compare with the zero (0) covid mortality rate in 12-17 year olds in March-April 2021 according to VAERS

MYOCARDITE ET PÉRICARDITE POSTVACCINALE DANS 40 CENTRES MÉDICAUX ÉTATSUNIENS *Vaccinovigilance – Étude de dossiers médicaux*

"Parmi 2 millions de vaccinés au moins 1 fois, 20 subissent une myocardite reliée (1/100 000) et 37 une péricardite reliée (1,8 par 100 000).

MYOCARDITES

Le délai d'apparition médian fut de 3,5 jours, 75% de sexe masculin, d'âge médian de 36 ans, 20% après la première dose, 95% furent hospitalisés durant une médiane de 2 jours, sans réadmission ni décès.

PÉRICARDITES

40,5% après 1 dose, après un délai médian de 20 jours, 73% de sexe masculin, d'âge médian de 50 ans, 35% hospitalisés durant une médiane de 1 jour, sans réanimation ni décès - Les CDC américains rapportent une incidence de 4,8 / million (48 / 100 000) rapportés pour la myocardite.

L'incidence est probablement supérieure à cause de la sous-notification, surtout pour la péricardite chez les plus âgés. (Traduit)

Myocarditis and Pericarditis in 40 American Medical Centers

"Among 2 million vaccinated at least once, 20 experienced related myocarditis (1/100,000) and 37 experienced related pericarditis (1.8 per 100,000).

MYOCARDITIS

Median time to onset was 3.5 days, 75% male, median age 36 years, 20% after the first dose, 95% hospitalized for a median of 2 days, no readmission or death.

PERICARDITIS

40.5% after 1 dose, median 20 days, 73% male, median age 50, 35% hospitalized for a median of 1 day, no intensive care or

death – Note that US CDCs report an incidence of 4.8/million for myocarditis (48 / 100 000).

Incidence is likely higher because of underreporting, especially for pericarditis in the elderly.

(Source: Diaz et al. JAMA. Published online August 4, 2021 - doi:10.1001/jama.2021.13443

https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2782900?utm_source=silverchair&utm_campaign=jama_network&utm_content=covid_weekly_highlights&utm_medium=email)

MYOCARDITE FATALE POST VACCINALE *Risque vaccinal en pédiatrie - Vaccinogilance*

UNE OBSERVATION

« Jacob Clynick, de Zilwaukee (Michigan), **âgé de 13 ans**, est décédé le 16 juin 2021, **moins de 3 jours** après avoir reçu sa 2^e injection de vaccin Pfizer chez Walgreens le 13 juin. Les premiers résultats de l'autopsie ont montré que son cœur était hypertrophié et qu'il était entouré de quelque liquide. Il n'avait pas de problèmes de santé connus et ne prenait pas de médicaments. » (Traduit)

* Cela fait penser à une myopéricardite. Les médias traditionnels et la santé publique gardent le silence.

Fatal Post Vaccine Myocarditis

ONE CASE

« Jacob Clynick of Zilwaukee, Michigan, **aged 13**, died June 16, 2021 at less **than 3 days** after his 2nd shot of Pfizer vaccine at Walgreens on June 13. The initial autopsy results were that his heart was enlarged and there was some fluid surrounding it. He had no known health problems and was on no medications »

* Looks like myopericarditis. Mainstream media remain silent, as well as public health.

<https://deislerfuneralhome.com/tribute/details/7659/Jacob-Clynick/obituary.html>

<https://twitter.com/tburages/status/1406738374203949065?s=21>

NANOPARTICULES LIPIDIQUES *Composante vaccinale – ARN messenger – Pfizer – Moderna*

"Les nanoparticules lipidiques (LNP) sont les véhicules porteurs qui protègent les molécules d'ARNm de la dégradation et facilitent la livraison intracellulaire et l'échappement endosomal dans les plateformes vaccinales ARNm-LNP aux nucléosides modifiés actuellement utilisées par Pfizer/BioNTech et Moderna.

Ces deux vaccins surpassent les autres par leur soutien efficace des cellules T folliculaires auxiliaires et les réponses humorales protectrices observées dans les essais précliniques (souris)

Dans les essais sur l'homme des vaccins Pfizer/BioNTech et Moderna, il est signalé que les effets secondaires souvent liés à l'inflammation, tels que la douleur, l'enflure, la fièvre et la somnolence, sont fréquents. Le vaccin étant supposé être non inflammatoire, ces effets secondaires ont été imputés à une puissante réponse immunitaire au vaccin.

Il est donc nécessaire d'adopter une approche systémique pour analyser les propriétés inflammatoires des LNP et comprendre leur rôle dans le processus de vaccination.

Les LNP sont constitués d'un mélange de phospholipides, de cholestérol, de lipides PEGylés et de lipides cationiques ou ionisables. Ces derniers améliorent la structure, la stabilité et favorisent une circulation prolongée. Les lipides cationiques ou ionisables se complexent avec les molécules d'ARNm chargées négativement et permettent la sortie de l'ARNm de l'endosome vers le cytosol pour la transcription.

Il a été signalé que certains LNP contenant des lipides ionisables ou cationiques sont hautement inflammatoires et peut-être cytotoxiques. Une étude préclinique a montré une activité adjuvante de l'ARNm complexé avec des LNP. Pour éviter l'activation de voies inflammatoires innées, on modifie les nucléosides de l'ARNm dans le vaccin." (Traduit)

Lipidic Nanoparticles

"Lipid nanoparticles (LNPs) are the carrier vehicles that protect mRNA molecules from degradation and aid intracellular delivery

and endosomal escape in the nucleoside-modified mRNA-LNP vaccine platforms currently used by Pfizer/BioNTech and Moderna. These two vaccines surpass the rest with their effective support for T follicular helper cells and the protective humoral responses observed in the preclinical (mice) trials (Sonia Ndeupen et al. - <https://doi.org/10.1101/2021.03.04.430128>).

In the Pfizer/BioNTech and Moderna vaccines' human trials, it is reported that side effects often linked to inflammation, such as pain, swelling, fever, and sleepiness, are common. Because the vaccine was presumed to be non-inflammatory, these side-effects were taken to be generated from the potent immune response to the vaccine. Therefore, there is a need for a systemic approach to analyze the inflammatory properties of LNPs and understand their role in the vaccination process.

The LNPs consist of a mixture of phospholipids, cholesterol, PEGylated lipids, and cationic or ionizable lipids. These improve structure, stability and support prolonged circulation. The cationic/ionizable lipids, complex with the negatively charged mRNA molecules and enable the exit of the mRNA from the endosome to the cytosol for translation.

It is reported that some LNPs containing ionizable/cationic lipids are highly inflammatory and possibly cytotoxic. A preclinical study showed adjuvant activity of mRNA complexed with LNPs. To avoid activation of innate inflammatory pathways, in the vaccine, the mRNA is nucleoside-modified. »

<https://www.news-medical.net/news/20210315/Research-looks-at-inflammatory-nature-of-lipid-nanoparticle-component-in-mRNA-vaccines.aspx>, 15.3.2021

NÉGATIVE, PERSONNE DÉCLARÉE *Locution*

personne négative

NDT : *testé négatif* et *testée négative* sont des emprunts controversés et répandus – Le contraire est une personne déclarée positive

Tested Negative Person

NOMBRE NÉCESSAIRE DE VACCINER (NNV)

MODERNA

“Le vaccin Moderna est efficace à près de 95%, mais le NNV varie de 176 à 1 370. L'essai de phase III de Moderna a montré que, jusqu'à présent, le vaccin est efficace à 94,5%. (Mahase, *BMJ* 17 novembre 2020; 371: m44710)

Comme pour les communiqués de presse sur le vaccin de Pfizer, peu de chiffres sont fournis, mais nous pouvons approximer la réduction du risque absolu pour un individu vacciné et le nombre de personnes à vacciner (NNV) : Il y a eu **90** cas de maladie à Covid-19 dans un groupe placebo de 15 000 (taux de 0,006 ou 0,6%) et **5** cas dans un groupe vacciné de 15 000 (0,00033 ou 0,033%). [Noter que les intervalles de confiance ne sont pas publiés]

Cela donne une réduction absolue du risque de 0,00567 et le **NNV = 176** (1/0,00567). Il y a eu **11 maladies graves**, toutes dans le groupe placebo, **0** chez les vaccinés, une différence de 11, pour une réduction absolue du risque de 0,00073 et un **NNV = 1 370**. Ainsi, pour prévenir une *maladie grave*, 1 370 personnes doivent être vaccinées. Les 1 369 autres personnes ne sont pas protégées d'une maladie grave, mais sont soumises aux effets indésirables du vaccin, qu'ils soient prévus ou imprévus

AUTRES VACCINS

Comment cela se compare-t-il aux autres vaccins ? Avant que le vaccin contre la rougeole ne soit disponible, 90 % des enfants en Amérique du Nord avaient la rougeole à l'âge de 10 ans. Deux doses du vaccin sont efficaces à environ 95 %, ce qui réduit le risque d'une personne vaccinée de 0,855 (0,90 x 0,95) ou de 85,5%, et donne un NNV de 1,17 (1/0,855) ; c'est extraordinairement efficace en pratique.

D'autre part, il a été calculé que pour prévenir un seul cas de méningococcie invasive chez les nourrissons nord-américains avec 3 doses de vaccin *4CMenB*, au moins 33 000 nourrissons doivent être vaccinés, donc le NNV devient > 33 000 ! (Dang et al, *BMC Infect Dis* 2012;12:202). On appelle cela une vaccination controversée.

La réduction absolue des risques ne devrait-elle pas être signalée afin que les individus puissent prendre des décisions de vaccination en toute connaissance de cause?" (Allan Cunningham, 22 novembre, BMJ 2020; 371: m4471)

Number Needed to Vaccinate (NNV)

NOTE: How can research ethics committees allow those trials, how can the parents give their consent, how can regulators approve the trials, how can they authorize this indication on an emergency basis ?

NOTIFICATIONS SPONTANÉES D'UN EFFET INDÉSIRABLE VACCINAL *Vaccinovigilance*

= déclarations non sollicitées transmises par des professionnels de santé ou des patients et qui *ne sont pas* les résultats d'une étude [expérimentale] ou d'un quelconque programme de recueil organisé de données [par exemple, une collecte systématique de données dans le cadre d'une enquête [cohorte observationnelle] menée auprès de vaccinés.

Spontaneous Reports of Vaccine Adverse Reactions

Spontaneous reports are unsolicited reports from healthcare professionals or patients *that are not* the result of an [experimental] study or any organized data collection program (e.g., systematic collection [observational cohort] of data from a vaccinees' survey). (Translated)

NOVLANGUE COVIDIENNE *Terminologie*

Covid Newspeak

OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE DURANT LA PANDÉMIE (É.-U.) *Damage collatéral du confinement*

" L'augmentation absolue du surpoids ou de l'obésité était de 5,2% chez les 12 à 15 ans (augmentation relative, 13,4%) et de 3,1% (augmentation relative, 8,3%) chez les 16 à 17 ans. La majeure partie de l'augmentation chez les jeunes âgés de 5 à 11 ans et de 12 à 15 ans était due à une augmentation de l'obésité. " (Traduit)

Pediatric Obesity During the Pandemic

« The absolute increase in overweight or obesity was 5.2% among 12- through 15-year-olds (relative increase, 13.4%) and 3.1% (relative increase, 8.3%) among 16- through 17-year-olds. Most of the increase among youths aged 5 through 11 years and 12 through 15 years was due to an increase in obesity. » A collateral damage of lockdowns.

(Source : Woolford et al. JAMA. August 27, 2021 - doi:10.1001/jama.2021.15036)

OBLIGATION VACCINALE ILLÉGALE

1) Code de déontologie médicale, article 36, Article R4127-36 du Code de santé publique (FR): « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences* »

2) Code de Nuremberg (1947) : « *Le consentement du sujet humain est absolument essentiel. Le pacte international relatif aux droits civils et politiques a repris cette interdiction contre toute expérimentation involontaire, dans son texte de 1966 qui stipule : nul ne peut être soumis sans son consentement à une expérience médicale ou scientifique* »

3) Déclaration de Genève pour les médecins (1948) : « *Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient. Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiles, même sous la contrainte. Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception. Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci* »

4) Déclaration d'Helsinki (1996) signée par 45 pays dont la France, Article 25 : « *La participation de personnes capables de donner un consentement éclairé à une recherche médicale doit être un acte volontaire. Aucune personne capable de donner son consentement éclairé ne peut être impliquée dans une recherche sans avoir donné son consentement libre et éclairé* »

5) Convention d'Oviedo (1997) signée par 29 pays dont la France, Article 5 : « *Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses*

risques. La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement »

6) Loi Kouchner (4 mars 2002), Article 111-4 (FR) : « Toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le **consentement libre et éclairé** de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »

7) Arrêt Salvetti (2002), aucun traitement médical n'est obligatoire au sein de l'Union européenne : « En tant que traitement médical non volontaire, la **vaccination obligatoire** constitue une ingérence dans le droit au respect de la vie privée, garanti par l'article 8 de la Convention européenne des **droits de l'homme et des libertés fondamentales** » (arrêt Salvetti c/Italie-CEDH décision du 9 juillet 2002 ; n°42197/98)

8) Code Civil français, Article 16-1 (FR) : « Chacun a le droit au respect de son corps. Le corps est inviolable »

9) Résolution 2361 du Conseil de l'Europe (28 janvier 2021), l'Assemblée demande instamment aux États membres et à l'Union européenne :

a) Article 731 : « De s'assurer que les citoyennes et les citoyens sont informés que la vaccination n'est **pas obligatoire** et que personne ne subit de pressions politiques, sociales ou autres pour se faire vacciner, s'il ou elle ne souhaite pas le faire personnellement »

b) Article 732 : « De veiller à ce que personne ne soit **victime de discrimination** pour ne pas avoir été vacciné, en raison de risque potentiel pour la santé ou pour ne pas vouloir se faire vacciner »

(Source : Rédaction AIMSIB. <https://www.aimsib.org/2021/07/18/bientot-tous-non-vaccines/>)

Illegal Mandatory Vaccination

1) Code of medical ethics, article 36, Article R4127-36 of the Public Health Code (FR): "The consent of the person being examined or treated must be sought in all cases. When the patient, in a state to express his will, refuses the investigations or the proposed treatment, the doctor must **respect this refusal** after having informed the patient of its consequences".

2) Nuremberg Code (1947): "The consent of the human subject is absolutely essential. The International Covenant on Civil and Political Rights has taken up this prohibition against **involuntary experimentation** in its 1966 text, which stipulates that no one shall be subjected without his consent to medical or scientific experimentation.

3) Declaration of Geneva for physicians (1948): "I will respect the autonomy and dignity of my patient. I will not use my medical knowledge to infringe upon **human rights and civil liberties**, even under duress. I will maintain absolute respect for human life, from conception. I will consider the health of my patient as my primary concern.

4) Declaration of Helsinki (1996) signed by 45 countries including France, Article 25: "Participation of persons capable of giving informed consent in medical research must be voluntary. No person capable of giving informed consent may be involved in research without having given **free and informed** consent.

5) Oviedo Convention (1997) signed by 29 countries including France, Article 5: "An intervention in the field of health may only be carried out after the person concerned has given his **free and informed** consent. The person concerned shall receive adequate prior information as to the purpose and nature of the intervention as well as its consequences and risks. The person concerned may, at any time, freely withdraw his or her consent.

6) Kouchner Law (March 4, 2002), Article 111-4 (FR): "Every person makes decisions concerning his or her health with the health professional, taking into account the information he or she provides. The doctor must respect the person's wishes after having informed him or her of the consequences of his or her choices. No medical act or treatment may be carried out without the **free and informed** consent of the person and this consent may be withdrawn at any time.

7) Salvetti ruling (2002), no medical treatment is compulsory in the European Union: "As a non-voluntary medical treatment, **compulsory vaccination** constitutes an interference with the right to respect for private life, guaranteed by Article 8 of the European Convention on **Human Rights and Fundamental Freedoms**" (Salvetti v. Italy - ECHR decision of July 9, 2002; no. 42197/98)

8) French Civil Code, Article 16-1 (FR): "Everyone has the right to respect for his body. The body is inviolable".

9) Council of Europe Resolution 2361 (January 28, 2021), the Assembly urges member states and the European Union:

a) Article 731: "To ensure that citizens are informed that vaccination is **not compulsory** and that no one is subject to political, social or other pressure to be vaccinated if he or she does not wish to do so personally"

b) Article 732: "To ensure that no one is **discriminated against** for not having been vaccinated, because of a potential health risk or for not wanting to be vaccinated. (Translated)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) EN CONFLITS D'INTÉRÊT

* En 2021 l'OMS est majoritairement financée par l'industrie et la fondation Gates, surtout depuis le retrait sous Trump de l'appui habituel de l'administration américaine

* Ce conflit pourrait se refléter dans certaines recommandations vaccinales et médicamenteuses contre le c19, comme ce fut le cas durant la pseudo-pandémie H1N1

Conflicts of Interest at the World Health Organisation (WHO)

* In 2021 the WHO is mostly funded by industry and the Gates Foundation, especially since the withdrawal under Trump of the usual support of the US administration

* This conflict of interest could be reflected in some vaccine and drug recommendations against c19, as was the case during the H1N1 pseudo-pandemic

OUVERTURE D'ESPRIT AUX CRITIQUES VACCINALES ET AUX TRAITEMENTS NON-VACCINAUX

* Cette qualité manque cruellement chez nos décideurs. Cette ouverture comprend la curiosité, la non-coventionnalité, l'imagination et la réceptivité aux nouvelles idées. Cette fermeture d'esprit précède la censure anti-scientifique

« Si on ne veut pas que les gens terminent en réanimation, il faut faire les traitements précoces. Et là je m'adresse aux élus : non le vaccin n'est pas la solution, il y a des traitements précoces donnés par d'innombrables pays et il va falloir reconnaître ça, on ne peut plus tolérer un vaccin qui peut être protégé mais on n'en sait rien mais qui a des effets indésirables énorme sur le quel on l'aurait retiré depuis bien longtemps si cela avait été un autre produit médicamenteux.

Alors que l'on pourrait traiter pour éviter que les gens aillent en hôpital avec les *traitements ambulatoires précoces*. [...] La solution c'est de traiter les gens quand ils sont malades, on ne les traite pas en leur disant : restez chez vous et prenez des dolipranes (paracétamol, Tylenol). Des gens sont morts et vont mourir encore par absence de prises en charge. » (Philippe de Chazournes, La Réunion, FR, Antenne HD - 30.7.2021 sur <https://www.mondialisation.ca/le-dr-chazournes-nous-allons-porter-plainte-contre-x-car-ce-nest-pas-possible-de-tuer-des-jeunes-par-des-myocardites/5658782>)

Open Mindedness to Vaccine Critics and Non-Vaccinal Treatments

* This quality is sorely lacking in our decision makers. This openness includes curiosity, non-coventionality, imagination and receptivity to new ideas. This closed-mindedness precedes anti-scientific censorship.

"If we don't want people to end up in intensive care, we have to rely on early treatment. And here I am addressing the elected representatives: no, the vaccine is not the solution. There are early treatments given in innumerable countries and we have to recognize that practice ; we can no longer tolerate a vaccine which may possibly protect but about which we know too little, and whose enormous undesirable effects would have led to withdrawal a long time ago if it had been another drug product.

While we could treat the symptomatics early to avoid hospitalisation [...] The solution is to treat people when they are sick, not to treat them by telling to stay home and take Tylenol. People have died and will continue to die because of a lack of proper

ambulatory care. » (Translated)

PANDÉMIE

NDT : on dit pandémie *de* covid-19

* Autrefois c'était une épidémie internationale sévère affectant tous les continents, touchant un grand nombre de personnes et occasionnant un grand nombre de décès

* Sous la pression d'influenceurs vaccinaux parmi ses experts et financeurs, l'OMS a omis « grand nombre de décès » lors de la pseudopandémie grippale H1N1 et a admis plus tard que ce fut une erreur de définition. Une manipulation sémantique sous l'influence des industriels et de leurs acolytes influenceurs.

Pandemic

TN : *pandemia* and *pandemy* are obsolete

* It used to be a severe international epidemic affecting all continents, affecting large numbers of people and causing large numbers of deaths

* Under pressure from vaccine influencers among its experts and funders, the WHO omitted "large number of deaths" during the H1N1 pseudo-pandemic and later admitted that this was a definitional error. A semantic manipulation (doctoring) under the influence of the vaccine industry and their partners.

PANDÉMIE GRIPPALE 1918-21 : 1 875 FOIS PIRE

« On rappellera que la pandémie grippale de 1918-1921 emporta (en 40 mois) entre 2,5 à 5 % de la population mondiale. Depuis 18 mois, la pandémie covidienne affiche une mortalité de 0,0006 % (4,9 M de décès pour 7,9 G d'habitants). Une projection linéaire sur 40 mois de l'actuelle épidémie (18.10.2021) permet donc d'avancer que celle du siècle dernier fut... 1.875 fois plus virulente que celle que nous traversons.

Pour les données, on utilisera les données téléchargeables de la page « *Coronavirus (COVID-19) Deaths* » du site *Our World in Data* (université d'Oxford) sur <https://ourworldindata.org/covid-deaths>

(Source : <https://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/pandemie-grippale-de-1918-1921-236574>)

Flu Pandemic In 1918-21 Was 1,875 Times Worst

"It should be remembered that the influenza pandemic of 1918-1921 killed (in 40 months) between 2.5 and 5% of the world population. For the last 18 months, the covidian pandemic has shown a mortality of 0.0006% (4.9 M deaths for 7.9 G of inhabitants). A linear projection over 40 months of the current epidemic (18.10.2021) allows us to say that the one of the last century was... 1,875 times more virulent than the one we are going through.

For the data, we will use the downloadable data of the page " *Coronavirus (COVID-19) Deaths* " of the site *Our World in Data* (Oxford University). Source : <https://ourworldindata.org/covid-deaths> (Translated)

PARALYSIE DE BELL, FDA ET VACCIN DE PFIZER/BioNTech *Vaccinovigilance – Essai clinique*

" Parmi les événements indésirables non sollicités non graves (sic), il y avait un déséquilibre numérique de 4 cas de paralysie de Bell dans le groupe vaccin contre 0 cas dans le groupe placebo, bien que les 4 cas dans le groupe vaccin ne représentent pas une fréquence supérieure à celle attendue dans la population générale [faux, voir ci-dessous]...

La fréquence observée de la paralysie de Bell rapportée dans le groupe vacciné est cohérente (sic) avec le taux de base attendu dans la population générale, et il n'y a pas de base claire permettant de conclure à une relation de cause à effet pour le moment. Ces cas sont survenus 3, 9, 37 et 48 jours après la vaccination ...

Une paralysie de Bell a été signalée par 4 participants au vaccin. De la dose 1 jusqu'à 1 mois après la dose 2, on a signalé 3 cas de paralysie de Bell dans le groupe vacciné et 0 dans le groupe placebo ".

CRITIQUE : Le comité VRPBA de la FDA du 10 décembre 2020 a signalé des cas de paralysie de Bell dans l'essai du vaccin c19 de Pfizer/BioNTech, mais a ensuite écrit que le taux de paralysie de Bell était "cohérent" avec celui de la population générale. Soit

la FDA ne sait pas faire des maths de base, soit il s'agit d'une fraude ou d'une fausse déclaration scientifique assez grossière.

Nombre attendu sur 6 semaines chez 19 000 personnes = $(20/100\ 000 \text{ personnes-années}) \times 19\ 000 \text{ patients} \times 6 \text{ semaines}/52 \text{ semaines} = 0,4$ cas attendu, et non 4. L'incidence vaccinale est donc au moins **10 fois supérieure** à celle attendue. Sans compter que l'incidence de la paralysie de Bell est probablement plus faible chez les participants à l'essai. Les 2 cas survenus 3 et 9 jours post-vaccination sont très probablement dûs au vaccin. Les seringues placebo contiennent les excipients (et non du salin).

(Traduit)

Bell's Palsy, Fda And Pfizer/BioNTech Vaccine

« Among non-serious (sic) unsolicited adverse events, there was a numerical imbalance of 4 cases of Bell's palsy in the vaccine group compared with 0 cases in the placebo group, though the 4 cases in the vaccine group do not represent a frequency above that expected in the general population [not true, see below]...

The observed frequency of reported Bell's palsy in the vaccine group is consistent (sic) with the expected background rate in the general population, and there is no clear basis upon which to conclude a causal relationship at this time ... These cases occurred at 3, 9, 37, and 48 days after vaccination...

Bell's palsy was reported by 4 vaccine participants. From Dose 1 through 1 month after Dose 2, there were 3 reports of Bell's palsy in the vaccine group and 0 in the placebo group ». (<https://www.fda.gov/media/144245/download>)

CRITICISM : The FDA VRPBA committee on Dec 10, 2020 reported cases of Bell's palsy in Pfizer/BioNTech c19 vaccine trial, but then wrote that the rate of Bell palsy was "consistent" with that in the general population? Either the FDA can't do basic math, or it is fairly crude scientific fraud/misrepresentation.

Expected number over 6 weeks in 19 000 persons = $(20/100\ 000 \text{ persons-years}) \times 19\ 000 \text{ patients} \times 6 \text{ weeks}/52 \text{ weeks} = 0.4$ expected case, not 4. So the incidence is at least **10 X** that expected. And also ignoring that incidence of Bell Palsy is likely lower in trial participants. The 2 cases at 3 and 9 days are very likely due to the vaccine. The placebo syringes contain the excipients.

PARTICULES PSEUDO-VIRALES ; PPV Vaccin Medicago

« Les particules pseudo-virales (PPV) constituent une avenue prometteuse pour le développement de vaccins. Ces PPV imitent la structure originale des virus, leur permettant d'être facilement reconnues par le système immunitaire. Par contre, elles sont exemptes de matériel génétique viral, elles sont donc non infectieuses et incapables de se reproduire.

Autrement dit, elles induisent une réponse immunitaire semblable à celle d'une infection naturelle, mais sans les inconvénients qui y sont associés. En outre, on peut créer des PPV avec antigènes pour les utiliser dans les vaccins. » (Medicago.com)

Virus-Like Particles

« Virus-like particles (VLPs) represent an exciting approach to vaccine development. VLPs mimic the native structure of viruses, allowing them to be easily recognized by the immune system. However, they lack core genetic material, which makes them non-infectious and unable to replicate.

In other words, they induce an immune response similar to a natural infection but without the inconveniences associated with it. VLPs can also be engineered to have antigens attached for use in vaccines » (Medicago.com)

PASSEPORT DISCRIMINANT Éthique

* Obliger de passer un test covidien sans raison précise et validée, obliger d'être vacciné sans raison précise et validée, c'est une entorse à la liberté et source de discrimination. Obliger d'avoir un passeport de négativité testée ou de vaccination, pour avoir le droit d'exercer des activités normales dans une société qui n'est plus au pic d'une vague covidienne, n'est-ce pas liberticide ? Surtout que ni les tests n'ont la valeur qu'on leur attribue et encore moins les vaccins.

Il existe cependant des raisons précises et validées: les milieux de travail à haut risque de contamination. À ne pas confondre avec la vaccination massive.

Discriminating Passport

* Forcing people to take a covidian test without a specific and valid reason, forcing them to be vaccinated without a specific and valid reason, is a violation of freedom and a source of discrimination. Is it not liberticide to force people to have a passport of tested negativity or of vaccination, in order to have the right to exert normal activities in a society that is no longer at the peak of a covidian wave ? Especially since neither the tests and even less the vaccines have the value that is ascribed to them.

There are, nevertheless, specific and valid reasons: a workplace with high risk of contamination. Not to be confused with mass vaccination.

PASSEPORTS DE VACCINATION

" La conversation sur les passeports vaccinaux COVID-19 a atteint un point culminant, de nombreux médias rapportant qu'une preuve de vaccination pourrait être exigée pour entrer dans les pubs, restaurants, lieux de divertissement, salles de sport, lieux de travail ou pour voyager à l'étranger.

Cette semaine (avril 2021), le Premier ministre britannique a annoncé la mise à l'essai d'un système de "certification du statut Covid" pour permettre la tenue de concerts et de matchs sportifs, ainsi que le dépistage massif de tous les adultes et enfants, deux fois par semaine, afin d'éradiquer les nouvelles épidémies.

Les dirigeants européens ont publié une déclaration appelant à la création d'un certificat vert numérique, "de toute urgence", afin de faciliter la libre circulation en toute sécurité au sein de l'UE pendant la pandémie de COVID-19

a) En Israël, maintenant que les restrictions ont été assouplies en raison de la vaccination massive, les restaurants rouvrent leurs portes et les gens peuvent montrer leur "Green Pass", une application qui vous permet de prouver que vous avez été vacciné.

b) La France expérimente un passeport vaccinal pour les voyages aériens à destination des territoires français des Caraïbes (Martinique et Guadeloupe), sur présentation d'un certificat de vaccination COVID-19 ou d'un résultat négatif au test.

c) Une compagnie aérienne néo-zélandaise va également tester un passeport vaccinal numérique ce mois-ci sur les vols entre Auckland et Sydney, tandis que la compagnie australienne Qantas explore une technologie comparable.

d) Tous les pays nordiques, à l'exception de la Norvège, travaillent au lancement d'applications de passeport vaccinal numérique qui seront utilisées aux terminaux de contrôle des billets et aux postes de sécurité des passeports dans les aéroports.

SANS PREUVES À L'APPUI

L'espoir est que les passeports vaccinaux ouvrent la voie à la reprise économique et restaurent les libertés des personnes, mais ce projet est-il fondé sur des preuves et viole-t-il le droit des personnes à choisir ? Le problème le plus évident est que l'on ne sait toujours pas si la vaccination empêche la transmission. Les personnes vaccinées peuvent encore être en mesure de propager le virus sans le savoir.

C'est pourquoi, le 5 février 2021, l'OMS a publié une déclaration dissuadant les pays d'utiliser des passeports vaccinaux, en indiquant que "des inconnues cruciales subsistent" et a récemment réitéré son opposition à ces passeports. En outre, la démonstration d'une "preuve d'anticorps" sur un passeport-vaccin est problématique, car les gens peuvent être infectés plus d'une fois, surtout si l'on considère que le virus mute.

Les tests bihebdomadaires effectués sur les citoyens britanniques à l'aide de tests rapides de 30 minutes ont été critiqués par les experts comme étant "plus qu'imprudents". Ils affirment que ces tests ne sont pas précis et que les preuves de leur utilisation sont très faibles. Cependant, le test RT-PCR utilisé par de nombreux pays présente une sensibilité de 100 % et une spécificité de 97,8 % (2,2 % de faux positifs), un test très précis s'il est utilisé en cas de suspicion d'infection.

DANEMARK

Ses performances sont médiocres lorsqu'il est utilisé comme test de dépistage : au Danemark, 81 % des personnes qui

apprennent qu'elles sont "infectées" sont en fait en bonne santé (19 % de faux positifs). Pour aller à l'école, il est obligatoire d'effectuer un test négatif deux fois par semaine, et pour travailler à l'Université technique du Danemark, il faut pouvoir présenter un certificat négatif au Covid, datant de moins de 72 heures, aux gardes armés du bâtiment.

Au cours de la dernière semaine de mars, 1,1 M de tests RT-PCR ont été effectués (population de 5,8 millions d'habitants). Par conséquent, un nombre énorme de personnes en bonne santé seront déclarées malades ; elles seront isolées ; et de nombreux contacts seront invités à se faire tester également. Cette situation risque de devenir chaotique.

VIOLATION DE LA LIBERTÉ DE CHOIX

Les passeports vaccinaux ne sont pas une idée nouvelle. Pour voyager dans certaines régions, vous devez prouver que vous avez été vacciné contre la fièvre jaune, par exemple, mais les exigences relatives aux passeports vaccinaux COVID-19 seront plus répandues, ce qui pourrait donner naissance à une *société à deux vitesses* - ceux qui peuvent être vaccinés et ceux qui ne le peuvent pas.

Certains employeurs pourraient exiger la vaccination avant l'embauche, ou en faire une condition de maintien dans l'emploi. Même si en Australie, les vaccins COVID-19 sont volontaires et gratuits, le refus de se faire vacciner a entraîné le licenciement d'un employé australien. Si davantage d'entreprises adoptent cette position, cela aura un impact sur les personnes à la recherche d'un emploi et pourrait renforcer la *discrimination* et les inégalités en matière de santé.

Les gouvernements et les autorités de santé publique exercent une pression énorme pour que l'on consente à ces vaccins. Notre plus grande préoccupation concernant les passeports vaccinaux est la violation potentielle de la liberté de choix des personnes. Les personnes risquent de se voir refuser l'accès à certains lieux ou la possibilité de voyager à l'étranger si elles n'optent pas pour le vaccin.

Les partisans des passeports vaccinaux affirment qu'ils ont pour but d'inciter les gens à se faire vacciner, mais cette initiative a créé une division amère, beaucoup estimant qu'elle se situe à la limite entre la vaccination volontaire et la vaccination obligatoire.

L'administration Biden (États-Unis) a récemment annoncé qu'elle ne soutiendrait pas un passeport vaccinal national et que cette question relevait de la compétence de chaque État. Les gouverneurs de Floride et du Texas ont tous deux pris des mesures pour interdire les passeports vaccinaux, estimant qu'ils réduisent la liberté individuelle et portent atteinte à la vie privée des gens.

À l'inverse, au Royaume-Uni, les dirigeants politiques continuent de soutenir l'idée de passeports vaccinaux, et de nombreux citoyens britanniques semblent être d'accord. Une enquête récente menée auprès de plus de 8 300 personnes âgées de plus de 16 ans a révélé que la plupart d'entre elles étaient favorables aux passeports vaccinaux pour voyager à l'étranger ou rendre visite à un parent vivant dans une maison de soins.

Nous nous demandons toutefois si cela n'arrive pas à un moment où les Britanniques sont fatigués du confinement et pourraient être prêts à consentir à n'importe quoi afin de rétablir la " normalité ". Il s'agit d'une pente glissante et on ne sait pas où cela pourrait mener si des citoyens respectueux de la loi sont censés montrer des documents pour pouvoir manger en famille ou profiter d'un après-midi au pub ".

Vaccine Passports

« The conversation about COVID-19 vaccine passports has reached fever pitch, with many media outlets reporting that proof of vaccination may be required for entry into pubs, restaurants, entertainment venues, gyms, workplaces or to travel abroad.

This week (April 2021) the UK Prime Minister announced trials of a "Covid status certification" scheme to enable concerts and sporting matches to take place, as well as mass testing of all adults and children, twice a week, as a way to stamp out new outbreaks. European leaders have issued a statement calling for a Digital Green Certificate, "as a matter of urgency" to facilitate safe free movement inside the EU during the COVID-19 pandemic :

- a) In Israel, now that restrictions have eased due to its mass vaccination roll out, restaurants are re-opening and people can show their “Green Pass”, an app that lets you prove you’ve had the jab.
- b) France is trialling a vaccine passport for air travel for people travelling to the French Caribbean territories of Martinique and Guadeloupe, where they’ll be able to provide a COVID-19 vaccination certificate or negative test result.
- c) A New Zealand airline will also trial a digital vaccine passport this month on flights between Auckland and Sydney, with Australian airline Qantas, exploring comparable technology.
- d) All Nordic countries except Norway are working to launch digital vaccine passport apps to be used at ticket control terminals and passport security stations at airports.

EVIDENCE AGAINST

The hope is that vaccine passports will pave the way for economic recovery and restore people’s freedoms, but is it evidence-based and does it violate people’s right to choose? The most obvious issue is that it is still unclear whether vaccination prevents transmission. Vaccinated people may still be able to unknowingly spread the virus.

That’s why, on Feb 5, 2021, the WHO released a statement dissuading nations from using vaccine passports, stating that “there are still critical unknowns” and recently, reiterated its opposition to them. In addition, demonstrating “proof of antibodies” on a vaccine passport is problematic, as people can be infected more than once, particularly considering that the virus mutates.

Twice weekly testing of UK citizens using rapid 30 minute tests, has been criticised by experts as “beyond reckless.” They say the tests are not accurate, and the evidence to support their use is very weak. However the RT-PCR test used by many countries have 100% sensitivity and 97.8% specificity (2.2% false positives), a highly accurate test if used when infection is suspected.

DENMARK

RT-PCR performs poorly when used as a screening test, 81% in Denmark who are told they are ‘infected’ are actually healthy (19% false positives). A requirement for school attendance is a negative test twice a week, and in order to work at the Danish Technical University you must be able to present a Covid negative certificate, less than 72 hours old, to armed guards in the building.

In Denmark, in the last week of March, 1.1 M RT-PCR tests were carried out (population of 5.8 million). Consequently, an enormous number of healthy people will be declared ill; they will be isolated; and many contacts will be asked to be tested, too. This situation is likely to spiral into chaos.

VIOLATION OF FREEDOM OF CHOICE

Vaccine passports are not a novel idea. Travelling to certain regions requires you to prove that you have been vaccinated for yellow fever for example, but the requirements for COVID-19 vaccine passports will be more widespread, potentially giving rise to a two-tier society – those who can be vaccinated and those who cannot.

Some employers may make it a requirement to be vaccinated before hiring, or it could become a condition of continuing employment. Even though in Australia, COVID-19 vaccines are voluntary and free, refusal to be vaccinated, resulted in the dismissal of an Australian employee. If more businesses adopt this position, it will impact people seeking employment, and it could entrench discrimination and health inequality.

There is enormous pressure by Governments and public health authorities to consent to these vaccines. Our biggest concern regarding vaccine passports is the potential violation of people’s freedom of choice. People are likely to be denied access to places or the opportunity to travel abroad unless they opt for the jab.

The proponents of vaccine passports say it is meant to incentivise people to be vaccinated, but it has created a bitter divide, with many arguing that it is treading a fine line between voluntary and mandatory vaccination.

The Biden administration (USA) recently announced that it *would not endorse a national vaccine passport* and that it was a matter for individual States. The Governors of Florida and Texas have both *moved to prohibit vaccine passports* saying that they reduce individual freedom and will harm patient privacy.

Conversely, in the UK, political leaders continue to support the idea of vaccine passports, and many UK citizens appear to agree. A recent survey among more than 8,300 people aged over 16 found that most were in favour of vaccine passports to travel abroad or to visit a relative living in a care home.

We wonder, however, whether this comes at a time when Britons have 'lockdown fatigue' and may be willing to consent to anything in order to restore 'normality'. This is a slippery slope and there's no telling where this could lead if law-abiding citizens are expected to show documentation in order to eat out with their families or enjoy an afternoon at the pub »

Source: Demasi & Gøtzsche, *BMJ* April 8, 2021; 373: n861 at <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n861/rr>

PATIENT COVIDÉ; COVIDÉ *n, adj*; **CAS DE COVID** *n Sémiologie*

= infecté dépisté et/ou diagnostiqué par test valide ET symptomatique (malade) ou non

NDT : on devrait distinguer entre « cas malade » et « cas » asymptomatique lors des statistiques de « nouveaux cas » par jour ou semaine. Certains tests sont appropriés au *dépistage* de populations asymptomatiques, d'autres au *diagnostic* des malades

Covid Patient; Covid Case

PÈRE, PARDONNEZ LEURS, CAR ILS NE SAVENT PAS CE QU'ILS FONT (Luc, 23 :34) *Éthique - Déontologie*

* Va-t-on vraiment pardonner aux fabricants, aux Agences, aux Santé publiques, aux États, à nos dirigeants, à nos professionnels, aux médias ? Un jour ils devront rendre des comptes

Father, Forgive Them Because They Do Not Know What They are Doing (Luke, 23 :34)

* Will we really forgive the manufacturers, the Agencies, the Public Healths, the States, our Leaders, our Professionals, the Media? One day they will have to be accountable

PERFORMANCE VACCINALE : ÉTAT DE LA QUESTION EN NOVEMBRE 2021 *Que la sagesse prévaille*

« En tant qu'analyste des données sur les vaccins depuis 1994, je demande respectueusement à la communauté scientifique de faire preuve de prudence lorsqu'elle réfléchit aux performances des vaccins C19. Il en existe de très nombreux types différents et nous n'avons pas accès à l'ensemble des données réglementaires sur leur performance au cours du processus réglementaire, avant l'autorisation de mise sur le marché (AMM), lors de l'AMM, au stade de l'autorisation et après l'autorisation.

Le brouillard de la pandémie est tel que je suis réticent à tirer des conclusions à partir du matériel écologique, mais je reconnais qu'il existe une *inquiétude* généralisée quant aux dommages et aussi une *croissance* généralisée quant à leurs avantages. Ce dont nous avons besoin, c'est de transparence et d'un discours civil. Je crois fermement qu'il est légitime de poser des questions, mais un "verdict du jury" est bien prématuré pour le moment.

NDT : Croire aux dommages ou aux bénéfices diffère de les connaître, lequel nécessite un accès complet aux données pertinentes et une interprétation par des experts aussi impartiaux que possible

Vaccine Performance : State of The Art in November 2021

« As someone who has reviewed evidence on vaccines since 1994, I would respectfully ask the scientific community to tread carefully when thinking about the performance of C19 vaccines. There are very many different types and we do not have access to the full regulatory evidence on their performance during their regulatory process, pre EUA, at EUA, licensed stage and post licensing.

The fog of the pandemic is such that I am reluctant to draw inferences from ecological material, but recognise that there is widespread concern at harms and also widespread belief as to their benefits. What we need is transparency and a civil discourse. I strongly believe that it is legitimate to ask questions, but a "jury verdict" is way premature at the moment. Of course there will be some that disagree with my sentiments » (Source : Tom Jefferson, Oxford, UK, November 2021).

TN : Believing about harms or benefits differs from knowing about them, which requires full access to the relevant data and interpretation by experts who are least biased as can be

Peter Doshi, rédacteur en chef adjoint du BMJ, a publié deux analyses importantes (Doshi, 2021) des données brutes communiquées à la FDA par les fabricants de vaccins, données qui sont à la base de l'affirmation d'une efficacité élevée. Malheureusement, ces analyses ont été publiées sur le blog du BMJ et non dans son contenu évalué par les pairs.

Doshi, cependant, a publié une étude sur l'efficacité des vaccins et l'utilité douteuse des critères d'évaluation des essais de vaccins dans le contenu du BMJ revu par les pairs (Doshi, 2020).

Un aspect central de la critique de Doshi concernant les données préliminaires sur l'efficacité est l'exclusion de plus de 3 400 "cas suspects de COVID-19" qui n'ont pas été inclus dans l'analyse intermédiaire des données sur le vaccin de Pfizer soumises à la FDA. En outre, un pourcentage faible, mais non négligeable, de personnes participant aux essais de Moderna et de Pfizer ont été jugées positives au SRAS-CoV-1 au départ, alors qu'une infection antérieure était un motif d'exclusion.

Pour ces raisons, entre autres, l'estimation provisoire de l'efficacité des deux vaccins, qui se situe autour de 95 %, est suspecte. Une analyse plus récente a examiné spécifiquement la question de la réduction du risque relatif par rapport à la réduction du risque absolu.

Alors que les estimations élevées de la réduction du risque sont basées sur des risques relatifs, la réduction du risque absolu est une mesure plus appropriée pour un membre du grand public afin de déterminer si une vaccination offre personnellement une réduction significative du risque.

Dans cette analyse, utilisant les données fournies par les fabricants de vaccins à la FDA, le vaccin Moderna au moment de l'analyse intermédiaire a démontré une réduction du risque absolu de 1,1% ($p=0,004$), tandis que la réduction du risque absolu du vaccin Pfizer était de 0,7% ($p<0,001$) (Brown 2021).

* L'absence d'essais précliniques et cliniques standard et étendus, des deux vaccins à ARNm déployés, laisse plusieurs questions en suspens. Ce n'est que par l'observation des données physiologiques et épidémiologiques pertinentes générées par la vaccination de masse que ces questions seront résolues.

Et cela n'est possible que s'il existe un accès libre à des rapports impartiaux des résultats - ce qui semble peu probable étant donné la censure généralisée des informations relatives aux vaccins en raison de la nécessité perçue de déclarer le succès à tout prix. " (Traduction)

Unprecedented Vaccines' Development

« Many aspects of Covid-19 and subsequent vaccine development are unprecedented for a vaccine deployed for use in the general population. Some of these includes the following:

1. First to use PEG (polyethylene glycol, used also as automobile antifreeze) in an injection
2. First to use mRNA vaccine technology against an infectious agent
3. First time Moderna has brought any product to market
4. First to have public health officials telling those receiving the vaccination to expect an adverse reaction
5. First to be implemented publicly with nothing more than preliminary efficacy data
6. First vaccine to make no clear claims about reducing infections, transmissibility, or deaths
7. First coronavirus vaccine ever attempted in humans
8. First injection of genetically modified polynucleotides in the general population
9. First vaccine against a disease (C-19) for which there has never before been a suitable vaccine. Vaccines against HIV and malaria are examples of an unprecedented category, two diseases for which there has never before been a suitable vaccine.

* Unprecedented vaccines are expected to take 12.5 years to develop. Even more ominously, they have a 5% estimated chance of making it through Phase II trials (assessing biological efficacy) and, of that 5%, a 40% chance of making it through Phase III trials (assessing clinical benefit). In other words, an unprecedented vaccine was predicted to have a 2% probability of success at the stage of a Phase III clinical trial. (Young et al., 2018)

* With that in mind, two years into the pandemic we have an unprecedented vaccine with reports of 90-95% efficacy (Baden et al. 2020). In fact, these reports of efficacy are the primary motivation behind public support of vaccination adoption (U.S. Department of Health and Human Services, 2020). This defies not only predictions, but also expectations.

The British Medical Journal (BMJ) may be the only prominent conventional medical publication that has given a platform to voices calling attention to concerns around the efficacy of the COVID-19 vaccines. There are indeed reasons to believe that estimations of efficacy are in need of re-evaluation.

Peter Doshi, an associate editor of the BMJ, has published two important analyses (Doshi, 2021) of the raw data released to the FDA by the vaccine makers, data that are the basis for the claim of high efficacy. Unfortunately, these were published to the BMJ's blog and not in its peer-reviewed content. Doshi, though, has published a study regarding vaccine efficacy and the questionable utility of vaccine trial endpoints in BMJ's peer reviewed content (Doshi, 2020).

A central aspect of Doshi's critique of the preliminary efficacy data is the exclusion of over 3400 "suspected COVID-19 cases" that were not included in the interim analysis of the Pfizer vaccine data submitted to the FDA. Further, a low-but-non-trivial percent of individuals in both Moderna and Pfizer trials were deemed to be SARS-CoV-1-positive at baseline despite prior infection being grounds for exclusion.

For these and other reasons the interim efficacy estimate of around 95% for both vaccines is suspect. A more recent analysis looked specifically at the issue of Relative vs. Absolute Risk Reduction. While the high estimates of risk reduction are based upon relative risks, the absolute risk reduction is a more appropriate metric for a member of the general public to determine whether a vaccination provides a meaningful risk reduction personally.

In that analysis, utilizing data supplied by the vaccine makers to the FDA, the Moderna vaccine at the time of interim analysis demonstrated an Absolute Risk Reduction of 1.1% ($p=0.004$), while the Pfizer vaccine absolute risk reduction was 0.7% ($p<0.001$) (Brown 2021).

* Lack of standard and extended preclinical and clinical trials of the two implemented mRNA vaccines leaves several questions to be answered over time. It is now only through observation of pertinent physiological and epidemiological data generated by widescale delivery of the vaccines to the general public that these questions will be resolved.

And this is only possible if there is free access to unbiased reporting of outcomes --something that seems unlikely given the widespread censorship of vaccine-related information because of the perceived need to declare success at all cost. »
(Seneff & Nigh, *International Journal of Vaccine Theory, Practice and Research*, May 10, 2021, 2(1) : 38-79, at <https://ijvtp.com/index.php/IJVTPr/article/view/23>)

PEUR DE VIVRE OU PEUR DE MOURIR ? *Un poète répond*

« Non, la vie n'est pas ça, qu'on voudrait nous faire avaler, cette chose douillette propre et sans risques, vie prémunie de tout, vie protégée de tout, bardée de préventions, harnachée de précautions, recluse dans ses peurs préventives, condamnée à la préventive ad vitam aeternam, nom de dieu non,

vous ne vivrez pas une vie d'homme sans dangers, sans failles, sans blessures, sans souillures quoi, sans poussières, sans l'humeur et la sueur, sans malfaçons de corps, sans les fleuves violents hargneux, sans les excès brutaux de la neige et du feu,

*sans le hasard de la chute, sans la faiblesse et sans la perte, sans souffrir et sans vieillir,
ou alors vous ne vivrez pas, car nom de dieu vivre n'est pas sûr, vivre est un vol de papillon
dans les flammes, marcher est un risque, respirer est un risque dès le premier pas,
le premier souffle dans la vie... »*

(Source: *Les sermons joyeux de Jean-Pierre Siméon*, 2004)

Afraid to Live or Afraid to Die ?

*"No, life is not that, that what they would like us to swallow, this cozy and clean thing devoid of risks,
life protected from everything, life secured from everything, armed with preventions, harnessed with precautions,
recluse in its preventive fears, condemned to the preventive ad vitam aeternam, goddamn no,*

*you won't live a man's life without dangers, without flaws, without wounds,
without dirt, without dust, without moods and sweat, without body defects,
without the violent rivers, without the brutal excesses of snow and fire,*

*without the hazard of the fall, without weakness and without loss, without suffering and without aging,
or else you will not live, for God's sake to live is not safe, to live is a flight of the butterfly
in the flames, walking is a risk, breathing is a risk from the first step, the first breath in life...*

[NOTE: On ne devrait pas traduire cette poésie...]

PFIZER-BioNTech, VACCIN DÉPLOYÉ FIN 2020

= Tozinaméran (DCI), COMIRNATY (nom de marque en EU), vaccin d'ARNm, BNT162b1, en suspension injectable; le titulaire d'autorisation est BioNTech; PB-COVID-19

* Principe actif : ARN messenger hautement purifié qui encode la protéine S du virus SRAS CoV2. L'ARN messenger est entouré de particules lipidiques. Vaccin à nucléoside modifié.

* Autorisé initialement chez les 16 ans et plus

* Observer 30 minutes après l'injection IM, risque d'anaphylaxie

* Ingrédients non médicinaux :

a) des lipides : ALC-0315 = bis(2-hexyldécanoate)de ((4-hydroxybutyl)azanediyl)bis(hexane-6,1-diyle); ALC-0159 = 2-[(polyéthylène glycol)-2000]-N,N-ditétradécylacétamide, 1,2-distéaroyl-sn-glycéro-3-phosphocholine; cholestérol

b) du chlorure de potassium, du phosphate dibasique de sodium dihydraté, du phosphate monobasique de potassium et du saccharose; le diluant composé d'eau stérile et de chlorure de sodium

Présentation trompeuse

* Dans un échange réglementaire entre la FDA et Pfizer Inc. on apprend en décembre 2020 que 36 523 participants, divisés au hasard en deux groupes, deux échantillons d'environ 18.262 témoins et 18.262 vaccinés, furent suivis durant une médiane de seulement 2 mois (8 semaines) après la 2^e dose du vaccin Pfizer-BioNTech mis au point en Allemagne et fabriqué en Belgique par BioNTech Manufacturing GmbH, société allemande incorporée.

On observa **162** infections (définies par l'apparition de symptômes même légers + un test positif) chez les témoins et **8** infections chez les vaccinés. Une différence absolue de **154** (obtenue par soustraction), ce qui permet de dire que 154 furent protégés dans le groupe vacciné de 18 262 volontaires, le taux d'efficacité étant donc de 154 sur 18 262 vaccinés, qui équivaut à 0,008 en décimales et **0,8%** en pourcentage, permettant de conclure que 1/119 vaccinés furent protégés et que 118 sur 119 n'auraient pas été infectés de toute façon.

(Source: Lettre de Denise Hinton, scientifique en chef, FDA, à Elisa Harkins, Pfizer Inc, USA datée du 11 décembre 2020 et concernant l'autorisation d'utilisation en urgence, sur <https://www.fda.gov/media/144412/download> consulté le 15.12.2020. Ce document lu le 15.12.2020 est *disparu* du web avant le 23, omerta oblige !)

On est loin du 95% d'efficacité clamé par le fabricant et répété à tout vent par les médiateurs médicaux.

C'est en divisant 154 par 162 qu'on obtient cette statistique dérivée (obtenue par division) qu'on appelle la réduction relative du risque (0,95 ou 95%), chiffre utile en recherche théorique comme dans les modèles mathématiques utilisés en santé publique pour faire des projections, comparer deux vaccins ou appuyer la validité interne d'un essai, mais insuffisante pour appuyer une décision en recherche appliquée visant à protéger les individus vaccinés et, indirectement, la population. Et les intervalles de confiance ne sont pas présentés.

Ce passe-passe algébrique est un stratagème couramment utilisé pour mieux faire paraître des résultats et devenu presque systématique quand le sponsor contrôle l'étude du début à la fin, de la conception de l'essai jusqu'à la présentation des résultats.

Aucun vaccin c19 en développement n'a pu démontrer jusqu'ici à l'intérieur des essais cliniques en cours une réduction tangible et prolongée de la contagiosité, de la sévérité, de l'hospitalisation, des soins intensifs, de l'intubation ni de la mort, qui pourtant sont les seuls critères qui justifieraient l'investissement de milliards de dollars et un empressement politique compréhensible mais qui fait fi de la rigueur scientifique.

Et il faudrait l'évaluer selon la *vulnérabilité* : les très âgés, les aînés fragiles, les gens en Chsld (Ehpad en Europe), les malades chroniques, les minorités, les jeunes, les femmes enceintes, les trisomiques ...

Ainsi que selon l'*exposition* : les travailleurs en santé, en restauration... les défavorisés entassés dans de petits logements ... En fait dans tous les sous-groupes où une vulnérabilité ou une exposition accrues appuieraient les priorités qui s'imposent en début de vaccination en assumant celle-ci efficace.

On devrait suivre les sujets vaccinés beaucoup plus longtemps qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour en décembre 2020, tant à cause du faible taux d'infections symptomatiques sévères dans la population ambulante que par la possibilité d'effets indésirables rares mais graves pouvant remettre en question la balance bénéfice-risque. Et pour savoir combien de temps dure l'immunité l'immunité post-vaccinale ni si elle se maintient contre les variants

Il faudrait enrôler plus de volontaires dans les essais, moins homogènes, des dizaines de milliers, car seulement une faible proportion des infectés deviennent symptomatiques et, selon les CDC (la Santé publique étatsunienne) en avril 2020, seulement 1/29 des cas symptomatiques nécessitent l'hospitalisation, répartis ainsi :1/59 avant 50 ans,1/22 avant 65 ans et 1/14 après 65 ans.

Des entreprises européennes – la britannique GSK et la française Sanofi - annoncent d'ailleurs en fin 2020 que leurs vaccins ne pourraient être prêts que vers la fin de 2021, faisant preuve de réalisme. Ne cherchez pas leurs vaccins dans le sac du père Noël en 2020. (Traduit)

(Source: Peter Doshi, professeur et chercheur en soins pharmaceutique à l'Université du Maryland, É.-U. *BMJ* 2020; 371: m4037, sur <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4037> consulté le 15.12.2020.

Pfizer-BioNTech Vaccine Rollout in Canada at the End of 2020

= lipid nanoparticle–formulated, nucleoside–modified RNA vaccine, that encodes a prefusion stabilized and membrane–anchored SARS–CoV–2 full–length spike protein

PFIZER, VACCIN PÉDIATRIQUE ? *Éthique vaccinale – Enfants cobayes*

Pfizer/BioNTech, a Pediatric Vaccine ?

* Le plan d'investigation suivant a été accepté par l'EMA le 23 avril 2021.

PHARMA-CO-DÉPENDANCE DES AGENCES *Vaccinologie sociale – Éthique institutionnelle*

* le « co » pour complicité, corruption, collusion, collaboration, connivence, convergence, compromission, complaisance, au lecteur de choisir

* Dire que la FDA n'a pas été en mesure de limiter les ambitions des fabricants en matière de ventes, de parts de marché et de profits ne tient pas compte de la façon dont la FDA est l'agent rémunéré des pharmaceutiques. La section de la FDA qui examine et réglemente les nouveaux vaccins ou médicaments et les nouvelles indications est *presque entièrement financée par d'importants frais d'utilisateur payant* versés par les entreprises qui soumettent leurs dossiers pour évaluation.

Elle exerce également, selon la réglementation elle-même, une interaction et une influence importantes sur ces évaluations. La FDA et l'EMA sont les plus grandes agences de marketing au monde pour les sociétés pharmaceutiques. Au-delà de ces relations directes, les entreprises financent les essais cliniques de leurs propres vaccins et médicaments, *les conçoivent, choisissent leurs critères d'évaluation, recueillent les données et les analysent.*

Dans l'ensemble, cela crée un véritable "marché pour les "citrons"", c'est-à-dire des produits tels que des vaccins qui présentent des risques cachés d'effets indésirables.

Pharma-Co-Dependency of Agencies

* the "co" stands for complicity, corruption, collusion, collaboration, connivance, compromission, convergence, complacency, it's up to the reader to choose

"Saying that the FDA has been unable to limit manufacturers' ambitions, for more sales, market share, and profits, ignores the ways in which the FDA is Pharmas' paid agent. The section of the FDA that reviews and rules on new vaccines or drugs and new uses is *almost entirely paid for by large review fees* from the applying companies, which also have by the rules extensive interaction and influence on those reviews.

The FDA and EMA are the largest market makers in the world for drug companies. Beyond these direct relationships, the companies fund clinical trials for their own vaccines & drugs, *design them, choose their end points, collect the data, and analyze it.* Overall, this creates a real "market for 'lemons'", that is, products like vaccines that have hidden risks of harm."

(Source: Light, D.W. and Lexchin, J.R. 2021 "Pharmaceuticals as a market for 'lemons': theory and practice." *Social Science and Medicine*, v 268, Jan 2021, at <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620305876>)

PHASE I et II, PREMIERS ESSAIS CHEZ L'HUMAIN

* Les participants louent leur corps à la science, ce sont les premiers cobayes exposés à l'évaluation d'un nouveau vaccin. Le but principal en phase I est de mesurer la tolérance, la réactogénicité, la sécurité: on recherche les effets indésirables après une première dose; quelques décès plausiblement reliés, assez proches temporellement de la vaccination et sans autre explication, peuvent signer l'arrêt de mort du produit.

L'objectif premier en phase II est de mesurer la réponse biologique, en l'occurrence l'apparition d'une réponse immunologique humorale (anticorps anti-C19) et cellulaire (lymphocytes T) et au moins quelques éléments de réponse clinique, en l'occurrence la prévention contre l'infection (diagnostiquée par un test) et contre la survenue de symptômes évocateurs.

Normalement les participants sont payés et signent un formulaire de consentement qu'ils lisent ou disent avoir lu, et qu'ils comprennent rarement; ils sont des volontaires plus animés par "patriotisme pandémique" que par l'argent en pays développés, et probablement en sens inverse dans les pays en développement. AstraZeneca a recruté au Brésil et en Afrique du Sud et aux É.-U. Les deux premiers nommés n'ont pourtant pas été prioritaires dans le déploiement de leur vaccin.

Phases I and II, The First Trials in Humans

PISTER L'ARGENT (É.-U.) *Vaccinoéconomie*

suivre (les pistes de) l'argent

" Je conseille à toute personne dont les fonds de retraite ou pension sont investis - peut-être à leur insu - dans d'énormes fonds communs de placement (tels que # 1 et # 2 [Vanguard](#) ou [Blackrock](#)) qui sont investis dans l'une ou l'autre des énormes multinationales mentionnées ci-dessous, d'envisager fortement de vendre ces actions, en particulier avant tout repli ou krach boursier à venir.

Les gouvernements ont parié gros en concluant des accords d'achat anticipé, mais souvent, sinon toujours, les fabricants sont ceux qui *ont gagné le pari*. Qui possède [State Street](#) Corporation ? [Vanguard](#) et [Blackrock](#). Qui sont les principaux actionnaires de certaines de ces mondiales du médicament ?

MODERNA

1. Baillie Gifford et Compagnie
2. Flagship Pioneering SA
3. Groupe [Vanguard](#) SA
4. [Blackrock](#) SA

JOHNSON & JOHNSON (who owns Janssen & Janssen)

1. Groupe [Vanguard](#)
2. [Blackrock](#) SA
3. [State Street](#) Corporation

Et que dire de Pfizer, la société pour laquelle les gouvernements s'impliquent en exigeant que le produit de cette société soit imposé à tout le monde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Des pénalités sont imposées aux entreprises qui n'obligent pas leurs employés à prendre ce vaccin. Qui sont les principaux actionnaires de cette société ? Les mêmes actionnaires qui détiennent une grande partie des médias grand public aux États-Unis "

PFIZER

1. Groupe [Vanguard](#) SA
2. [Blackrock](#) SA
3. [State Street](#) Corporation
4. Groupe Wellington Management ... C'est ainsi que vous suivez les traces de l'argent " (Traduit)

Follow the Money

« My advice is for anybody whose retirement/pension funds are invested – perhaps unbeknownst to them - in huge mutual funds (such as # 1 and # 2 [Vanguard](#) or [Blackrock](#)) that are invested in any of the huge psychopathic multinational corporations mentioned below should strongly consider selling those shares, especially prior to any upcoming stock market downturn/crash.

Governments betted big by making advanced purchase agreements, but often if not always the manufacturers are those who *won the bet*. Who owns [State Street](#) Corporation? [Vanguard](#) & [Blackrock](#). Who are the major shareholders of some of these big pHARM companies?

MODERNA

1. Baillie Gifford and Company
2. Flagship Pioneering Inc
3. [Vanguard](#) Group Inc.
4. [Blackrock](#) Inc.

JOHNSON & JOHNSON

1. [Vanguard](#) Group
2. [Blackrock](#) Inc.
3. [State Street](#) Corporation

What about Pfizer, the company where Governments are getting involved with mandating that this company's product be forced down everyone's throats 24/7. Penalties are being issued on businesses who aren't requiring their employees to take this product. Who are the major shareholders of this company who are the same shareholders who owns large portions of today's mainstream media in USA ? »

PFIZER

1. Vanguard Group Inc.
2. Blackrock Inc.
3. State Street Corporation
4. Wellington Management Group.

This is how you follow the money trails » (Source : Gary Khols, 27.10.2021, without specifying sources)

PLATEFORME « PROFICIA » Vaccin de Medicago – Méthodologie de fabrication

« Medicago, une société de biotechnologie canadienne et chef de file mondial dans le développement et la production de vaccins sur plantes, a annoncé le 25 avril 2019 que sa plateforme propriétaire de production sur plantes, Proficia®, avait remporté le prix pour la *Meilleure nouvelle technologie ou plateforme de production de vaccins* lors du World Vaccine Congress à Washington aux États-Unis. Mise au point à Québec, QC »

« Proficia » Platform

« Medicago awarded best New Vaccine Technology / Platform at the World Vaccine Congress in Washington on Aprils 25, 2019. The North American biotech company is a global leader in the development of plant-derive vaccines and Proficia is it proprietary plant-based platform. Developed in Quebec City, QC, Canada »

PLATEFORME DE TECHNOLOGIE VACCINALE Méthodologie de fabrication

= technologie adaptée à la production vaccinale

* Ainsi les deux premiers vaccins disponibles étaient à ARNm (Acide RiboNucléique Messenger) et les deux fabricants (Pfizer/BioNTech et Moderna) ont mis au point des plateformes requérant la connaissance du génome de la protéine Spike mais sans avoir à faire usage de lignées cellulaires ou d'œufs embryonnés, ce qui accélère la production et permettrait de s'adapter relativement rapidement à un *variant* viral susceptible de provoquer une 3^e vague en 2021

* D'autres plateformes sont de type :

- a) vecteur viral non répliatif chez AstraZeneca et Janssen, ou encore
- b) virus inactivé entier ou sous-unitaire chez Sanofi/GSK

Vaccinal Platform Technology

POSITIVITÉ, TAUX DE Épidémiologie

« Pourcentage de tests positifs à la RT-PCR sur les sujets testés. Il indique la prévalence du virus avec deux biais, l'un statistique, car les gens testés ne représentent pas un panel de la population, l'autre lié à la présence tardive du virus qui parfois, n'est plus opérationnel. » (Bernard Dugué)

* les gens testés ne sont habituellement pas choisis au hasard. On teste

- a) ceux qui le demandent,
- b) qui répondent aux campagnes de dépistage, asymptomatiques pour la plupart
- c) les employés à haut risque de par leurs conditions de travail, à la demande de l'employeur,
- d) les aînés en hébergement, à la demande des administrateurs

* Sa validité dépend aussi des biais dûs à l'interprétation du test (le cycle seuil pour un RT-PCR) et la qualité du prélèvement

* Il dépend également de la date de l'infection et de la période symptomatique

Positivity Rate

PRÉCOMMANDE DE VACCINS

Preorder Of Vaccines

PRÉEMPTION *Droit de la santé – Droit commercial – Immunité juridique*

= immunité juridique demandée par les pharmaceutiques étatsuniennes pour les protéger des recours légaux auprès des tribunaux étatiques, par des patients se croyant lésés par un étiquetage (labeling) trompeur, une fois l'AMM accordée par la FDA.

* Le 4.3.2009 la Cour suprême des É-U refusait aux pharmaceutiques - à 6 votes contre 3 - le privilège de la préemption

* Par contre les fabricants de vaccins bénéficient de plus en plus – et dangereusement - de ce privilège, ce qui est le cas des vaccins covidien. Ce « passe-droit » est loin de les inciter à tout faire pour assurer une composition plus sécuritaire et des indications plus spécifiques de leurs produits.

Pre-Emption

= legal notion that FDA approval of a drug supercedes state law claims challenging safety, efficacy, or labeling, preventing consumers to sue the manufacturer of an approved but improperly labeled drug; vaccines marketed prematurely without proper evaluation do benefit from pre-emption during the c19 pandemic, otherwise the vaccines may not be available, a sort of blackmail

PREMISSSES ERRONÉES

* retrouvées fréquemment dans le discours ambiant dominant à propos des politiques vaccinales et des contraintes sanitaires

False Premises

* frequently found in the prevailing discourse about vaccination policies and sanitary constraints

PRIMO-VACCINATION

= une ou série de doses d'un vaccin (2 voire 3 doses...) administrés pour la première fois chez une personne; plus tard, une dose dite *de rappel* peut être donnée

Primary Vaccination

= one or a series of doses of a vaccine (2 even 3 shots..) given for the first time to a person; at a later time a so-called *booster* dose may be administered

PRIMOVACCINATION

primo-immunisation

* par opposition à vaccination ou dose de *rappel*

Primary Vaccination

primary immunization

* in opposition to *booster* vaccination / dose

PRIX DES VACCINS *Vaccinoéconomie - Brevets*

« Loin d'être transparente, la manière dont le secteur pharmaceutique fixe ses prix se fonde principalement sur la « disposition à payer » plutôt que sur les coûts réels de développement et de production. Le système des brevets verrouille les droits de propriété intellectuelle et permet aux entreprises pharmaceutiques de fixer les prix.

Le monopole qu'il induit ne tient pas compte de l'argent public déjà investi dans la recherche et met en danger l'accessibilité et la disponibilité des futurs médicaments ou vaccins contre la COVID-19. Aucune entreprise ne dispose d'une capacité de production suffisante pour fournir rapidement au monde la quantité de vaccins nécessaire pour vaincre l'épidémie de Covid19.

La suppression temporaire des brevets (dite licence obligatoire) relatifs au Covid19 permettrait à d'autres firmes de produire des versions génériques du vaccin et des tests diagnostiques. Cela en améliorerait la disponibilité et le prix. C'est déjà le cas pour le

vaccin de Astra Zeneca fabriqué en Inde et en Corée du sud. **MSF appelle les pays riches** à ne pas bloquer à l'OMC la proposition de dérogation aux monopoles sur les vaccins, traitements et outils médicaux pendant la pandémie COVID-19 » (Lettre du GRAS, BE, no. 118, F-M 2021)

Vaccine Prices

"Far from being transparent, the way the pharmaceutical industry sets prices is based primarily on 'willingness to pay' rather than on actual development and production costs. The patent system locks in intellectual property rights and allows pharmaceutical companies to set prices.

The monopoly it creates ignores the public money already invested in research and jeopardizes the accessibility and availability of future drugs or vaccines against COVID-19. No company has sufficient manufacturing capacity to quickly provide the world with the quantity of vaccine needed to defeat the Covid19 epidemic.

Temporary de-patenting of Covid19 (known as compulsory licencing) would allow other companies to produce generic versions of the vaccine and diagnostic tests. This would improve availability and price. This is already the case for Astra Zeneca's vaccine manufactured in India and South Korea.

Doctors Without Borders calls on rich countries not to block the proposed World Trade Organization waiver of monopolies on vaccines, treatments and medical devices during the COVID-19 pandemic" (GRAS Letter, BE, no. 118, Fév-Mar 2021)

PROFITABILITÉ DES VACCINS

« Les circonstances, en l'espace de 25 ans, ont conduit l'industrie pharmaceutique à découpler sa rentabilité ... [pas en augmentant le nombre de visiteurs médicaux mais plutôt] via la mise en œuvre de techniques promotionnelles exploitant cette fois les plus hautes autorités de l'État, justement [par exemple, dans] le secteur vaccinal » (Marc Girard, 2015) – C'était avant la pandémie ! Les vaccino-économistes indépendants ont du pain sur la planche en 2021, si on veut bien leur ouvrir les livres...

Profitability Of Vaccines

"Circumstances, in the space of 25 years, have led the pharmaceutical industry to increase its profitability tenfold ... [not by increasing the number of medical representatives but rather] via the implementation of promotional techniques exploiting this time the highest authorities of the State, precisely [for example, in] the vaccine sector" (Translated) - That was before the pandemic! Independent vaccine economists have their work cut out for them in 2021, if we are willing to open the books...

PROGRAMME PROGRESSIF DE VACCINATION

mise en œuvre programmée de vaccination

Phased Rollout Vaccination

* on vaccine les plus à risque en premier, en principe; en pratique ce peut être une strate privilégiée...

PROPORTION SÉRO-PROTÉGÉE

= l'importance, le pourcentage du gain obtenu dans la population vaccinée, habituellement utilisé comme critère intermédiaire ; il faut pouvoir distinguer entre la forme naturelle (post-infectieuse) et la forme vaccinale

Sero-Protected Proportion; Take *fam*

= proportion of individuals protected (biologically) following immunization

PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE ET ÉQUITÉ PANDÉMIQUE

Appel à la renonciation de l'OMC à la propriété intellectuelle et équité de la réponse mondiale à la covid-19

" Les inégalités mondiales sont claires. Bien que les pays à revenu élevé ne représentent que 13 % de la population mondiale, 82 % des doses sont allées dans les bras des habitants des pays à revenu élevé et moyen supérieur, contre seulement 0,3 % dans ceux des pays à faible revenu. Il est clair que les progrès scientifiques mondiaux, d'une rapidité sans précédent, ont été réalisés au détriment des pays à revenu faible ou moyen (PRFM).

Tout au long de cette pandémie, les pays du monde entier, y compris le Canada, se sont appuyés sur le Serum Institute of India

pour produire les vaccins COVID-19. L'Inde a actuellement fourni des vaccins à 82 pays, dont un grand nombre de PRFM, par le biais du programme COVAX. Le Canada est le seul pays du G7 à tirer des vaccins du programme COVAX, qui est un fonds destiné à permettre l'accès aux pays à revenu faible ou moyen.

Nous sommes prêts à faire preuve de solidarité avec les pays à revenu faible et intermédiaire qui ont reconnu très tôt la nécessité d'éliminer tous les obstacles qui empêchent de sauver la vie des gens partout dans le monde. Depuis octobre 2020, l'Inde et l'Afrique du Sud plaident auprès de l'OMC pour une dérogation à la propriété intellectuelle afin de permettre une fabrication généralisée et sans brevet des médicaments et vaccins COVID-19.

Grâce aux partenariats et au partage des technologies, toute installation dans le monde ayant la capacité de produire des médicaments et des vaccins, comme celles d'Amérique latine, d'Afrique et d'Asie, sera en mesure de le faire. Cette innovation devrait être un bien public, étant donné que plus de 100 G \$ de l'argent des contribuables ont financé ces vaccins dans le monde. Il est injuste qu'un monopole d'entreprise puisse tirer plus de 30 G \$ de revenus de ces vaccins et qu'il n'atteigne toujours pas les personnes qui en ont le plus besoin.

Les lois sur la propriété intellectuelle n'ont pas été conçues pour une pandémie mondiale. Malgré la dépendance du Canada à l'égard de la capacité de production de l'Inde pour vacciner sa propre population, le Canada s'est joint à certains pays à revenu élevé et n'a pas soutenu la renonciation à la propriété intellectuelle. " (Lettre ouverte au gouvernement canadien, Étudiants en médecine du Canada, avril 2021 - Traduit)

Intellectual Property and Pandemic Equity

Call for a World Trade Organization Intellectual Property Waiver and a Global COVID-19 Response Equity

“ The global inequities are clear. Despite high income countries accounting for only 13% of the world’s population, 82% of doses have gone into the arms of those in high and upper middle income countries, compared to only 0.3% to those in low income countries. Clearly, the unprecedented rapid and global scientific progress has been made at the expense of low- and middle-income countries (LMICs).

Throughout this pandemic, countries across the globe, including Canada, have relied on the Serum Institute of India to produce COVID-19 vaccines. India has currently provided vaccines to 82 countries, many of which are LMICs through the COVAX program. Canada is the only G7 country to draw vaccines from COVAX, which is a fund intended to provide access to LMICs.

We are ready to stand in solidarity with low- and middle-income countries who recognized early on the need to remove any and all barriers to saving the lives of people across the globe. Since October 2020, India and South Africa have been advocating to the *WTO for an intellectual property (IP) waiver* to enable patent free, widespread manufacturing of COVID-19 medicines and vaccines.

With partnerships and shared technology, any facility in the world with the capacity will be able to produce medicines and vaccines, such as those in Latin America, Africa, and Asia. This innovation should be a public good considering over \$100 G in taxpayers’ money has funded these vaccines globally. It is unjust that a corporate monopoly is expected to profit over \$30 G in revenue from these vaccines and is still not reaching the people that need it most.

Intellectual property laws were not designed for a global pandemic. Despite Canada’s reliance on India’s production capacity to vaccinate its own population, Canada has joined some high-income countries and has not supported the IP waiver.” (Open Letter, Medical Students in Canada, April 2021)

PROTECTION, TAUX DE *Évaluation vaccinale – Essai clinique – Analyse pragmatique*

= différence entre le risque d’infection chez les témoins (injection placebo), qui sert de risque de référence (baseline risk), et celui chez les injectés avec le vrai vaccin lors d’un essai comparatif

EXEMPLE

* Si la C-19 apparaît 3 mois après la 1^e dose chez 150 participants sur 20 000 témoins et seulement chez 20 par 20 000 vaccinés, cela démontre que 130 vaccinés sur 20 000 ont été protégés

* 130 protégés / 20 000 vaccinés = 0,0065 ou 0,56%, le taux de protection, la baisse du risque absolu

* 20 000 / 130 = 154 est le Nombre Nécessaire de Vacciner (NNV) pour éviter 1 infection au C-19

NOTE : si vous divisez 130 par 20 (au lieu de soustraire), vous obtenez un ratio, une variable statistique dérivée, « immatérielle » en jargon statistique, soit un risque relatif de 6,5 fois moins; comme $100\% / 6,5 = 15,4\%$ d'infections en moins sous vaccin, le complément $100 - 15,4 = 84,6\%$, est la protection relative du risque. Ce que le risque relatif mesure est la force statistique de l'association et plus il est élevé moins le hasard (dit erreur d'échantillonnage) pourrait expliquer cette corrélation.

Il constitue un élément parmi d'autres dans la *validation interne* de cette association, i.e. dans la confiance qu'elle est *causale*. Les autres éléments sont la comparabilité des groupes à l'inclusion (même vulnérabilité), les mêmes méthodes pour diagnostiquer une infection durant une période, les mêmes conditions de vie (même expositions). Il peut servir aussi à comparer un vaccin avec un autre.

Vu l'urgence pandémique, les agences ont décidé d'utiliser ce ratio, ce risque relatif, comme critère d'efficacité, pour justifier une autorisation de commercialisation. À la FDA on n'exige que 50% et on tolère que la limite inférieure de l'intervalle de confiance à 95% baisse jusqu'à 30%. *Décision très laxiste et scientifiquement déplorable*. En soi il n'a pas de valeur en *validation externe*, car il manque de pertinence pour la population qui se fait vacciner.

Pour que le NNV ait de la pertinence (objet de la validation externe) et pour que la Santé publique ait confiance dans son déploiement vaccinal, il faudrait que

a) l'échantillon des personnes admises à l'essai aient les mêmes caractéristiques que la population que l'on veut vacciner (même vulnérabilité, même exposition),

b) l'évaluation des « cas » soit médicalement importante (mort>intubation>réanimation>hospitalisation>séquelles>sévérité),

c) les conditions de vie soient représentatives du public à vacciner, et que

d) l'ampleur de la protection (dans cet exemple 0,56%) soit suffisante pour justifier les coûts et les effets indésirables personnels et collectifs (contagiosité).

Noter qu'avec l'arrivée de variants (alias souches), il se peut que l'efficacité sur le terrain soit bien inférieure à celle des essais conduits jusqu'à présent, et même qu'elle soit nulle avec certains vaccins contre certains variants. À déterminer.

Protection Rate

= difference between the risk of infection in controls (placebo injection), which serves as a baseline risk, and that in those injected with the real vaccine in a comparative trial

* if C-19 appears 3 months after the first dose in 150 participants out of 20,000 controls and in only 20 out of 20,000 vaccinated, this shows that 130 vaccinated participants out of 20,000 were protected

* 130 protected / 20,000 vaccinated = 0.0065 or 0.56%, the *protection rate*, the absolute risk reduction

* 20,000 / 130 = 154 is the Number Needed to Vaccinate (NNV) to prevent one C-19 infection

NOTE: if you divide 130 by 20 (instead of subtracting), you get a derived statistical variable, "immaterial" in statistical jargon, that is, a ratio, a relative risk of 6.5 times less; as $100\% / 6.5 = 15.4\%$ less infection rate in vaccinees, the complement $100 - 15.4 = 84.6\%$, the *relative risk protection*. But the relative risk only measures the statistical strength of the association and the higher it is, the less chance (sampling error) could explain this correlation.

It is one element among others in the *internal validation* of this association, i.e. in the confidence that it is causal. The other elements are the baseline comparability of the groups (same vulnerability), the same living conditions (same exposures), the

same methods for diagnosing an infection during a given period. It can also be used to compare one vaccine with another.

Given the pandemic emergency, agencies have decided to use this ratio, this relative risk, as a criterion of effectiveness, to justify a conditional marketing authorization. At the FDA, only 50% is required and the lower limit of the 95% confidence interval is tolerated to be as low as 30%. *A very lax decision.* But in itself it has no value in external validation, because it lacks relevance to the population being vaccinated.

For the NNV to be relevant (the subject of *external validation*), for Public Health to be confident in their deployment, the sample of people admitted to the trial should resemble the population to be vaccinated (same vulnerability, same exposure), the evaluation of the "cases" should be medically important (death>intubation>intensive care>hospitalization>sequelae>severity) and collectively important (contagiousness), the characteristics (exposure, vulnerability) of trial participants should be representative of the public to be vaccinated, and the extent of the protection rate (in this example 0.56%) should be sufficient to justify the costs and the adverse effects.

Note that with the emergence of variants, efficacy may be much lower than in trials conducted to date, and even zero with some vaccines for some variants. To be determined.

PROTÉINE SPIKE

protéine S / de pointe / de spicule

= glycoprotéine des pointes (alias spicules) en surface du virus C-19, lesquelles forment une espèce de couronne (d'où le préfixe *corona-*) et servent à pénétrer la membrane cellulaire pour infecter la cellule; elle a été choisie comme cible dans le développement des vaccins à ARN messenger (ARNm)

Spike Protein; S Protein

PROTÉINES DE POINTE ET MICROVASCULATURE CARDIAQUE *Mise en garde vaccinale - Vaccinovigilance*

NDT : on dit aussi *protéines Spike*

Spike Proteins and Cardiac Microvasculature

« The Pfizer/BioNTech vaccine (BNT162b2) is composed of an mRNA that produces a membrane-anchored full-length spike protein. While there are pieces to this puzzle that have yet to be worked out, it appears that the viral spike protein that is the target of the major SARS-CoV-2 vaccines is also one of the key agents causing the damage to distant organs that may include the brain, heart, lung, and kidney.

Before any of these vaccines are approved for widespread use in humans, it is important to assess in vaccinated subjects the effects of vaccination on the heart (perhaps using cardiac MRI, as Puntmann et al. did). Vaccinated patients could also be tested for distant tissue damage in deltoid area skin biopsies, as employed by Magro et al.

As important as it is to quickly arrest the spread of the virus by immunizing the population, it would be vastly worse if hundreds of millions of people were to suffer long-lasting or even permanent damage to their brain or heart microvasculature as a result of failing to appreciate in the short-term an unintended effect of full-length spike protein-based vaccines on these other organs.

In caring for children with multisystem inflammatory syndrome, I have been impressed with how widespread the organ involvement is, particularly given the absence of actively replicating virus in virtually all patients.

Particular caution will be required with regard to the potential widespread vaccination of children before there are any real data on the safety or effectiveness of these vaccines in pediatric trials that are only now beginning ». (Letter from Patrick Whelan, pediatric rheumatologist at UCLA, to FDA on 8.12.2020)

PROTOCOLES PHASE III DE PFIZER ET MODERNA

* Publiés le 17 septembre 2020

* Pour les initiés à la méthodologie; on notera que les deux promoteurs confondent, tout à leur avantage, les mesures de

contrôle propres à une analyse explicative (pour évaluer la confiance dans la causalité) et à une analyse pragmatique (pour évaluer la pertinence clinique)

Pfizer and Moderna Phase III Protocols

* For the methodologically literate; it should be noted that both proponents confuse, to their advantage, the control measures of an explanatory analysis (to assess confidence in causality) and a pragmatic analysis (to assess clinical relevance)

* Moderna: <https://www.modernatx.com/sites/default/files/mRNA-1273-P301-Protocol.pdf>

* Pfizer: https://pfe-pfizercom-d8-prod.s3.amazonaws.com/2020-09/C4591001_Clinical_Protocol.pdf

PROVENANCE DU COVID-19 *Beaucoup d'indices mais pas encore de preuve formelle*

* Circonstances de la genèse du virus diagnostiqué chez un premier malade à Wuhan: Nature ou Activité humaine ? Passage d'un animal sauvage à l'homme, ou fuite involontaire d'un virus expérimental dans un laboratoire de haut niveau ?

NDT: l'article de Wade est long mais bien fait; pour les initiés (Traduit)

NOTE: et Fort Derick aux É.-U.?

Origin of Covid-19

* Circumstances of the genesis of the virus diagnosed in a first patient in Wuhan: Nature or human activity? Passage from a wild animal to humans, or unintentional escape of an experimental virus in a high-level laboratory?

TN: long paper but well done; for insiders- And what about Fort Derick, USA ?

Source: Nicholas Wade, 3.4.2021 at <https://nicholaswade.medium.com/origin-of-covid-following-the-clues-6f03564c038>

PROVERBES COVIDIENS

"Les firmes vendent des vaccins et les autorités vendent des mensonges à leur sujet"

"Quand un produit est efficace, pas besoin de propagande ni de contraintes pour qu'il soit accepté"

Covidian Proverbs

"Corporations sell vaccines and authorities sell vaccine lies"

"When a product is effective, it doesn't need propaganda or constraints to gain acceptance."

QUARANTAINE *Mesure de prévention*

* Mesure de prévention de la propagation d'une maladie infectieuse au cours de laquelle une personne saine ayant peut-être été en contact avec une personne atteinte, ou est infectée voire malade, est isolée pendant la période d'incubation de la maladie. Elle peut être obligatoire.

NDT : Ne pas confondre avec le *confinement* qui affecte toute la population saine.

Quarantine

* A measure to prevent the spread of an infectious disease in which a healthy person who may have been in contact with an infected person, or an infected person, diseased or not, is isolated during the incubation period of the disease. May be compulsory.

TN : Not to be confused with *lockdown* of healthy and infected alike.

QUARANTAINE VOLONTAIRE *Mesure de prévention*

= Mesure de prévention de la propagation d'une maladie infectieuse au cours de laquelle une *personne en bonne santé* ayant peut-être été en contact avec une personne atteinte décide de s'isoler

* Ne pas confondre avec *isolement volontaire*

Voluntary Quarantine; Self-Quarantine

* Differs from *self-isolation*

QUESTIONS SANS RÉPONSE SUR LA VACCINATION

Quels objectifs préventifs *personnels* n'ont pas encore été démontrés chez les vaccinés *participant aux essais* cliniques qui doivent se terminer seulement de 2022 à 2024 puisque l'autorisation de commercialiser était conditionnelle, un état d'urgence étant évoqué même si la mortalité des infectés n'est que d'environ 0,5% (1/200) dans le monde?

- a) baisse du risque de transmettre l'infection
- b) réduction de la mortalité covidienne spécifique; faut distinguer entre mourir 'avec' et mourir 'par' le C-19
- c) moins de réanimations
- d) moins d'hospitalisations

- e) moins de symptômes graves immédiats, ou prolongés (i.e. séquelles, la "covid longue")
- f) réponse immunitaire (anticorps, cellules) prolongée après une 2e dose
- g) l'efficacité et la sécurité dans des populations spécifiques: âge, grand âge, grossesse, fécondité, diabète, obésité, etc.
- h) l'efficacité quand un variant virulent a été attrapé

Quels objectifs préventifs *collectifs* n'ont pas encore été démontrés dans la *population générale* quand le taux de vaccination est élevé ?

- c) baisse de la surmortalité spécifiquement covidienne; on sait que les certificats de décès ne font pas l'objet d'une surveillance indépendante, certains sont bâclés, d'autres sont biaisés (par intérêts institutionnels)
- d) baisse de la morbidité et de la mortalité chez les vaccinés déjà infectés; paradoxalement on a rapporté des cas graves et quelques-uns mortels après une 1re ou 2e dose

- d) baisse de la transmission, de la circulation du virus; au contraire on a rapporté plusieurs fois des infections multiples voire graves en vaccinant au complet des Chsld/Ehpad
- e) la sécurité à moyen et long cours; au contraire, on découvre au compte-goutte des effets indésirables graves mais rares à mesure qu'on veut bien les rapporter, les comptabiliser et les divulguer.
- f) l'absence d'une augmentation des variants dangereux (contagiosité, virulence, atteinte des jeunes) à la suite d'une vaccination de masse réussie; théoriquement il pourrait paradoxalement se produire un échappement immunitaire

Unanswered Questions About Vaccination

RATIONNELLE VACCINALE C-19

C-19 Vaccine Rationale

« The SARS-CoV-2 outbreak has prompted the rapid expansion of several technology platforms, including DNA and RNA vaccines, never before clinically tested in humans. Rather than producing a viral protein in a lab, delivered DNA or RNA directs our cells to make parts of viral proteins that do not cause disease, and the immune system then makes antibodies the same as it would had the protein been injected directly.

Today, rapid production of DNA or RNA in large amounts only requires the sequence of the virus's genetic material. The sequence of SARS-CoV-2 was identified and published by Chinese researchers on *January 11th, 2020*. Also novel vaccines are being developed like the Protein Sub-unit Vaccine and Split virus vaccines. Production of Virus-Like Particles to mRNAs making Antibodies directly » (Khusro Arastu, December 2020)

RATTRAPAGE, VACCIN DE

vaccin / dose de rappel

* On ne peut appliquer ce terme à la seconde dose recommandée de vaccins C-19. La seconde dose est nécessaire à une pleine réponse.

Catch-Up Vaccine

* Cannot be applied to the recommended second dose of some C-19 vaccines. The second dose is required for a full response.

RÉACTOGÉNÉICITÉ VACCINALE

= Dans les essais vaccinaux, le terme *réactogénicité* fait référence à la propriété du vaccin d'être capable de produire des réactions indésirables "attendues" communes, en particulier des *réponses immunologiques excessives* et des signes et symptômes associés, y compris de la fièvre et une douleur au bras au site d'injection. Les autres manifestations sont rougeur, enflure, induration et ecchymose.

Vaccinal Reactogenicity

= In clinical trials, refers to the property of a vaccine of being able to produce common, "expected" adverse reactions, especially excessive immunological responses and associated signs and symptoms, including fever and sore arm at the injection site. Other manifestations of reactogenicity typically identified in such trials include bruising, redness, induration, and swelling”

RECOMBINANT, TECHNOLOGIE DE L'ADN – Génomique

= épissage des gènes, permettant de prendre le gène d'un individu et de l'introduire dans le génome d'une autre personne

* L'épissage (*splicing*) est un mécanisme de maturation de l'ARN qui permet à un ARN transcrit à partir d'un gène (un ARN pré-messager), de se débarrasser de séquences non-codantes pour donner un ARN messager ensuite traduit en protéine dans le cytoplasme de la cellule

Recombinant DNA Technology

RECOMBINANT, VACCIN À ADN

vaccin à ADN nu

Recombinant DNA Vaccine

(Naked) DNA Vaccine ; Nucleic Acid / Polynucleotide / Recombinant DNA Vaccine

RÉDHIBITOIRES, EFFETS INDÉSIRABLES VACCINAUX

Prohibitive / Unacceptable Vaccinal Adverse Reactions

RÉINFO COVID QUÉBEC *Mouvement associatif – Collectif citoyen*

* Peut-être connaissez-vous l'association Réinfo Covid et son porte-parole, le Dr Louis Fouché en France ? Ce collectif, actif depuis l'automne 2020, a atteint la dimension d'une grande famille réunissant, à ce jour, quelque 2 000 médecins et 30 000 adhérents en territoire français, en Belgique, en Suisse, en Allemagne, en Israël et au Luxembourg.

Nous sommes un groupe bénévole de professionnels de la santé, scientifiques, universitaires et citoyens qui venons de créer une branche québécoise - www.reinfocovid.ca -, animée des mêmes valeurs que l'association d'origine soit, pour l'essentiel, fournir au plus grand nombre une information honnête, basée sur les données probantes, représentant une variété de points de vue, hors des conflits d'intérêts et de l'autocensure.

Nous avons grand besoin d'une telle plateforme au Québec afin de pouvoir débattre ouvertement des tenants et aboutissants de la crise sanitaire pandémique dans laquelle nous sommes plongés.

Une telle initiative vise à briser l'isolement de celles et ceux d'entre vous qui se questionnent et que les médias de masse s'ingénient à stigmatiser ou étiqueter. Ceci, afin que puissent être mises en commun les expertises et expériences dont vous êtes porteurs et qui sont à même de nous conduire vers une sortie de crise dans la dignité. » (Robert Béliveau et coll., Montréal, Juin 2021)

Reinfo Covid Quebec

« Perhaps you are not familiar with the *Réinfo Covid* association and its spokesperson Dr. Louis Fouché in France ? This collective, which has been active since the Fall of 2020, has grown into a large family with some 2,000 physicians and 30,000 members in France, Belgium, Switzerland, Germany, Israel and Luxembourg.

We are a volunteer group of health professionals, scientists, academics and citizens who have just created a Quebec branch of www.reinfocovid.ca, driven by the same values as the original association, which is essentially to provide the greatest number of people with honest, evidence-based information, representing a variety of points of view, free of conflicts of interest and self-censorship.

We are in great need of such a platform in Quebec in order to be able to openly debate the ins and outs of the health crisis in which we are immersed. Such an initiative aims to break the isolation of those of you who are questioning and that the mass media are trying to stigmatize or label. This, in order to pool the expertise and experiences that you bring and that are able to

lead us towards a dignified way out of the crisis." (Translated)

RENCONTRE EN LABORATOIRE ENTRE DEUX CAGES

-- Cobaye no. 1: As-tu été vacciné ?

-- Cobaye no. 2: Pas encore, j'attends jusqu'à la fin des essais chez l'humain

Laboratory Encounter Between Two Cages

-- Guinea Pig no. 1: Have you been vaccinated ?

-- Guinea Pig no. 2: Not yet, I'm waiting till the end of trials in humans

RÉPONSE IMMUNITAIRE : DEUX TYPES

" Selon le nombre de fois où il est exposé au virus ou vacciné, l'organisme peut générer deux types de réponses immunitaires. L'organisme génère une *réponse immunitaire primaire* lorsqu'il est exposé au virus du SRAS-CoV-2 pour la première fois ou lorsqu'il reçoit la première dose du vaccin. La réponse immunitaire primaire est lente et faible, car il faut plusieurs jours à l'organisme pour produire suffisamment d'anticorps et de lymphocytes T pour éliminer le virus.

Toutefois, l'organisme génère des lymphocytes B et T à mémoire durable qui "se souviennent" du virus SRAS-CoV-2, créant ainsi une mémoire immunitaire. Lorsque le virus pénètre dans l'organisme pour la deuxième fois ou que la deuxième dose du vaccin est administrée, l'organisme développe une *réponse immunitaire secondaire*, plus forte et plus rapide que la réponse immunitaire primaire, car les cellules B et T à mémoire sont rapidement activées.

Il en résulte des concentrations d'anticorps et un nombre de lymphocytes T plus élevés dans l'organisme pour éliminer le virus plus rapidement, ce qui réduit les symptômes et la gravité du COVID-19. En outre, davantage de cellules B et T à mémoire sont produites après l'infection, ce qui renforce la mémoire du virus SRAS-CoV-2. C'est le développement de la mémoire immunitaire qui est la clé de l'efficacité d'un vaccin ".(Traduit)

Immune Response Two Types

« Depending on how many times the body is exposed to the virus or vaccinated, the body can generate two types of immune responses. The body generates a *primary immune response* when exposed to the SARS-CoV-2 virus for the first time or gets the 1st dose of the vaccine.

The primary immune response is slow and weak as it takes days for the body to generate enough antibodies and T cells to eliminate the virus. However, the body generates long-lasting memory B and T cells that "remember" the SARS-CoV-2 virus, generating *immune memory*.

When the virus enters the body for the second time or the 2nd dose of the vaccine is given, the body develops a secondary immune response. The *secondary immune response* is stronger and quicker than the primary immune response as memory B and T cells are rapidly activated.

This results in higher antibody concentrations and T cell counts around the body to eliminate the virus more quickly, reducing the symptoms and severity of COVID-19. In addition, more memory B and T cells are produced after infection, which strengthens memory of the SARS-CoV-2 virus. It is the development of immune memory that is key to how a vaccine works » (Khusro Arastu, December 2020)

RÉPONSES IMMUNITAIRES Critères substitutifs – Essais cliniques

" Ils sont de mauvais prédicteurs de la protection sur le terrain. C'est un autre exemple de l'utilisation de résultats de *substitution* en biomédecine, où les effets sur les résultats cliniquement importants restent non mesurés ou non prouvés par des essais randomisés " (Traduit).

* Le lien entre la réponse biologique immunitaire post-vaccinale et la protection contre la maladie c-19 demeure incertaine, malgré les opinions et prétentions dominantes. La réponse immunitaire n'a pas de validité externe si elle n'est pas fortement corrélée aux critères cliniques d'évaluation et à leur prédiction.

Antibody Responses

«They are poor predictors of field protection. This is another example of the use of *surrogate* outcomes in biomedicine, where effects on clinically important outcomes remain unmeasured or unproven from randomised trials » (Tom Jefferson) – The immune response has no external validity if not strongly correlated with the clinical endpoints and strong predictors.

* The correlation between a strong seropositivity after vaccination and protection against clinical manifestations of covid are still unclear, despite the mainstream opinions and claims.

TN : Jefferson is one of the top experts in covidian epidemiology and one of the most independent

REPRODUCTION DE BASE, TAUX DE ; R_0 *Épidémiologie infectieuse*

= nombre moyen de cas secondaires générés par une personne infectée quand l'ensemble de la population est réceptive à la maladie infectieuse

Basic Reproduction Rate; R_0

REPRODUCTION, TAUX EFFECTIF DE ; R_t *Épidémiologie infectieuse*

= taux de reproduction d'une infection depuis un cas index; « t » pour temporel

* un taux de $R_t = 2$ signifie que chaque personne infectée transmet le virus à 2 autres personnes durant sa période de contagiosité et que la transmission augmente; un taux inférieur à 1 montre le contrôle de l'épidémie

* un taux élevé dans une population très saine (les infectés ne seront pas malades) ou majoritairement immunisée naturellement ou avec un vaccin efficace, mène à une *immunité collective*; il mène toutefois à la catastrophe quand la population n'est pas saine ni immunisée naturellement ni vaccinalement

* Le R_t est une mesure qui permet de détecter les changements du niveau de transmission d'un agent infectieux dans le temps. L'objectif est de maintenir ce taux de reproduction < 1 en adaptant et en optimisant les interventions pour contrôler la propagation du SRAS-CoV-2. Il existe des méthodes alternatives pour calculer le taux de reproduction, mais la méthode du R_t « instantané » est la plus robuste pour obtenir des estimés en temps quasi-réel (Inspq)

Effective Reproduction Number / Rate ; R_t

= rate of reproduction of an infection from an index case; "t" for temporal

* a rate of $R_t = 2$ means that each infected person transmits the virus to 2 other persons during his or her contagious period, and that transmission is increasing; a rate of less than 1 shows control of the epidemic

* a high rate in a very healthy population (where the infected will not get sick) or in a population that is mostly naturally immune or vaccinated with an effective vaccine, leads to herd immunity; however, it leads to catastrophe when the population is not naturally immune or vaccinated

* R_t is a measure that detects *changes* in the level of transmission of an infectious agent over time. The goal is to maintain this reproduction rate < 1 by adapting and optimizing interventions to control the spread of SARS-CoV-2. There are alternative methods for calculating the reproduction rate, but the hazard ratio R_t method is the most robust for obtaining near-real-time estimates (Translated)

RISQUE RELATIF (RR) *Statistiques*

= facteur multiplicateur du risque de référence associé à une exposition. Ainsi le risque est de 1 (ou 100%) quand l'exposition à n'a aucun effet. Quand le but est la prévention, si le RR est de 2 fois moins (ou 0,50), le groupe exposé présente une protection.

* se calcule en divisant le risque / taux absolu mesuré dans une population exposée (à un vaccin par exemple) par celui mesuré dans une population de référence (par exemple une population non vaccinée).

* il ne mesure pas l'efficacité mais la confiance dans la force de l'association entre l'exposition au vaccin et la survenue d'une infection; par exemple un risque relatif de 3 fois moins (ou 0,33) est souvent considéré important si évidemment les effectifs

comparés sont suffisants pour atteindre la signification statistique, ce pourquoi on exige de présenter l'intervalle de confiance.

Cet intervalle est significatif statistiquement s'il n'inclut pas 1. Ainsi, un risque relatif de 3 avec des limites de 1 à 5.4 n'est pas significatif mais il l'est avec des limites de 2.2 à 4.3

Relative Risk (RR)

= reference risk multiplier associated with an exposure. It is 1 (or 100%) when exposure has no effect. If the objective is prevention, when the RR is 2 times less (or 0.50), the exposed group shows protection.

* is calculated by dividing the absolute risk/rate measured in an exposed population (e.g., to a vaccine) by that measured in a reference population (e.g., an unvaccinated population).

* It does **not measure efficacy** but **confidence in the strength of the association** between vaccine exposure and the occurrence of an infection; for example, a relative risk of 3 times (or +300%) is often considered important if, of course, the numbers compared are sufficient to reach statistical significance, which is why the confidence interval is required.

This interval is statistically significant if it does not include 1. Thus, a relative risk of 3 with limits from 1 to 5 is not significant but it is significant with limits of 2 to 4. (Translated)

RISQUE VACCINAL LÉGITIME

* un risque rarissime, disons de 1/100 000, est légitime, justifié, si le degré de protection est suffisant, après avoir pris en compte la gravité du risque et celle de la covid dans une population donnée à une période donnée

* si la protection n'a été démontrée que contre de vagues symptômes bénins évocateurs mais non spécifiques associés à un test positif de validité médiocre, le risque perd de sa légitimité

Legitimate / Justified Vaccinal Risk

* A very rare risk, say of 1/100,000, is legitimate, justified, if the degree of protection is sufficient, after taking into account the seriousness of the risk and that of the covid in a given population at a given time period

* If protection has only been demonstrated against vague, suggestive but non-specific benign symptoms associated with a positive test of mediocre validity, the risk loses its legitimacy

RISQUES GÉNÉTIQUES INCONNUS *Vaccinovigilance*

« D'éminentes personnalités comme le Britannique Mike Yeadon, ancien vice-président et directeur scientifique de Pfizer, a lancé un *appel à la suspension* des études sur les vaccins SARS-CoV2. Le recours à des vaccins utilisant du matériel génétique viral pourrait bien nous réserver de mauvaises surprises. Les *échecs de la thérapie génique* depuis 35 ans auraient dû servir de leçon. [NOTE : le vaccin ARNm n'est pas une thérapie génique]

La vaccination qui est une mesure préventive s'adressant à un nombre considérable d'individus en bonne santé **n'autorise pas la moindre prise de risque**. Pourtant les risques de ces « vaccins génétiques » sont bien réels. La propagation de nouveaux virus recombinants pourrait nous précipiter dans une crise sanitaire plus désastreuse encore que celle que nous vivons aujourd'hui » (Laurent Vercoestre, 6.12.2020).

Unknown Genetic Risks

"Prominent figures such as Mike Yeadon of Britain, former vice president and chief scientific officer of Pfizer, have once called for the suspension of studies on SARS-CoV2 vaccines. The use of vaccines using viral genetic material may well have unpleasant surprises in store. The failures of gene therapy over the past 35 years should have been a lesson. [NOTE : mRNA vaccination is not a gene therapy]

Vaccination, which is a preventive measure aimed at a considerable number of healthy individuals, **does not allow the slightest risk**. However, the risks of these "genetic vaccines" are very real. The spread of new recombinant viruses could precipitate us into a health crisis even more disastrous than the one we are experiencing today. » (Translated)

RNAm, VACCIN DE TYPE *Typologie vaccinale*

= RNA messenger codant pour une protéine virale, la spicule (Pfizer; Moderna)

mRNA Vaccine

= messenger RNA encoding a viral protein, the spicule (Pfizer; Moderna)

RT-PCR : **PROBLÈMES TECHNIQUES** *Alerte de produit médical*

« Avis de l'OMS le 20 janvier 2021 à l'attention des utilisateurs de dispositifs de diagnostic in vitro. Tests d'amplification des acides nucléiques basés sur la méthode siglée en anglais RT-PCR pour 'Transcription Inverse et Amplification en Chaîne par polymérase' pour la détection du SARS-CoV-2.

Le problème : L'OMS demande aux utilisateurs de suivre les instructions fournies dans le mode d'emploi lors de l'interprétation des résultats obtenus pour les échantillons analysés par la méthode RT-PCR. Les utilisateurs de dispositif in vitro (DIV) doivent lire et suivre attentivement le mode d'emploi pour déterminer si un ajustement manuel du seuil de positivité de la RT-PCR est recommandé par le fabricant.

Le document d'orientation de l'OMS sur les Tests diagnostiques pour le dépistage du SARS-CoV-2 souligne que les résultats faiblement positifs doivent être interprétés avec prudence. La valeur de cycle seuil (Ct; cycle threshold) nécessaire pour détecter le virus est inversement proportionnelle à la charge virale du patient.

Lorsque les résultats du test ne correspondent pas au tableau clinique, il convient de prélever un nouvel échantillon et de répéter le test en utilisant une méthode d'amplification des acides nucléiques identique ou différente.

L'OMS rappelle aux utilisateurs que la prévalence d'une maladie altère la valeur prédictive des résultats; à mesure que la prévalence diminue, le risque de faux positifs augmente. Cela signifie que la probabilité qu'une personne ayant obtenu un résultat positif (SARS-CoV-2 détecté) soit réellement infectée par le SARS-CoV-2 diminue à mesure que la prévalence diminue, quelle que soit la spécificité déclarée du test.

La plupart des tests de type RT-PCR sont indiqués à titre d'aide au diagnostic et les prestataires de soins doivent donc examiner les résultats en tenant également compte de la date de prélèvement, du type d'échantillon, des caractéristiques spécifiques du test, des observations cliniques, des antécédents du patient, du statut confirmé des contacts éventuels et des informations épidémiologiques.

D'où les conseils aux utilisateurs de dispositif in vitro :

1. Veuillez lire attentivement le mode d'emploi dans son intégralité.
2. Contactez votre représentant local si un élément quelconque du mode d'emploi vous paraît ambigu.
3. Vérifiez le mode d'emploi de chaque lot entrant afin de repérer toute modification des instructions.
4. Indiquez la valeur de Ct dans le rapport transmis au prestataire de soins ayant demandé l'analyse.

Technical Problems with RT-PCR Method

"WHO Notice on January 20, 2021 to users of in vitro diagnostic devices. Nucleic acid amplification tests based on the RT-PCR method for 'Reverse Transcription and Polymerase Chain Reaction' for the detection of SARS-CoV-2. The problem: WHO asks users to follow the instructions for use when interpreting the results obtained from samples tested by the RT-PCR method.

In vitro device (IVD) users should carefully read and follow the instructions for use to determine if manual adjustment of the RT-PCR positivity threshold is recommended by the manufacturer. The WHO guidance document on Diagnostic Tests for SARS-CoV-2 emphasizes that weak positive results should be interpreted with caution. The *cycle threshold* (Ct) value required to detect the virus is inversely proportional to the patient's viral load.

When the test results do not match the clinical picture, a new sample should be collected and the test repeated using the same or a different nucleic acid amplification method. WHO reminds users that the prevalence of a disease alters the predictive value of results; as prevalence decreases, the risk of false positives increases.

This means that the probability that a person with a positive result (SARS-CoV-2 detected) is actually infected with SARS-CoV-2

decreases as prevalence decreases, regardless of the claimed specificity of the test.

Most RT-PCR tests are indicated as an aid to diagnosis, and therefore providers should review the results also taking into account the date of collection, type of specimen, specific characteristics of the test, clinical findings, patient history, confirmed status of any contacts, and epidemiologic information. Hence the advice to in vitro device users:

1. Please read the instructions for use carefully and in their entirety.
2. Contact your local representative if you are unclear about any part of the instructions for use.
3. Check the instructions for each incoming batch for any changes in instructions.
4. Include the Ct value in the report to the ordering healthcare provider.

RT-PCR : RÉSULTAT QUANTITATIF

"L'ajout d'informations supplémentaires, telles que les concentrations logarithmiques de virus ou les valeurs du cycle seuil (Ct) de la RT-PCR, réduit une partie de l'incertitude pour identifier les personnes présentant une infection active, mais n'est pas définitif. Les données actuelles montrent que plus le Ct est bas, ce qui représente une concentration plus élevée de particules virales, plus il est probable qu'un résultat "positif" ait un potentiel infectieux.

La contagiosité est également maximale au cours des premiers jours suivant l'apparition des symptômes pour de nombreux virus respiratoires, y compris le SRAS-CoV-2. En outre, les traitements ou les conditions immunodépresseurs peuvent prolonger le temps de contagiosité. Ce qui explique pourquoi **nous avons besoin de données cliniques anamnestiques [historique médical] pour interpréter les résultats de la RT-PCR"**

Quantitative RT-PCR Result

"Adding further information, such as log concentrations of virus or RT-PCR cycle threshold (Ct) values, reduces some of the uncertainty for identifying those with active infection but is not definitive. Current evidence shows that the lower the Ct representing a higher concentration of virus particles, the more likely a "positive" has infectious potential.

Contagiousness is also highest during the first few days from the onset of symptoms for many respiratory viruses, including SARS-CoV-2. In addition, immune-suppressing treatments or conditions may prolong infectiousness time. Underpinning why we **need clinical anamnestic data [case history] to interpret the results of PCR"** (Tom Jefferson et al., *preprints.org*, 23.4.2021 at <https://www.preprints.org/manuscript/202104.0633/v1>

RT-PCR : TECHNIQUE DE DIAGNOSTIC IN VITRO

= méthode par amplification en chaîne par polymérase, un test de diagnostic in vitro pour déceler le C-19

* Les tests RT-PCR standard identifient l'infection par le SRAS-CoV-2 en identifiant et en amplifiant l'ARN viral à l'aide d'une procédure qui repose sur de multiples cycles d'amplification pour produire une quantité détectable d'ARN (un acide nucléique).

RT-PCR In Vitro Diagnostic Technique

* The reverse transcription-polymerase chain reaction method is a nucleic acid testing technology for detecting C-19

* Standard RT-PCR tests identify SARS-CoV-2 infection by identifying and amplifying viral RNA using a procedure known as *polymerase chain reaction*, which relies on multiple cycles of amplification to produce a detectable amount of RNA (a nucleic acid)

RT-PCR EN ESSAIS CLINIQUES, LE TEST *Essais cliniques – Critère d'évaluation*

* L'association « Test positif + symptômes bénins » telle qu'utilisée comme critère d'évaluation principal des essais cliniques en vue d'une autorisation d'urgence n'est pas suffisamment pertinente; il faudrait au moins ajouter « avec maladie modérée ou sévère » pour mériter le qualificatif d'*événement covidien*.

L'idéal serait « Test positif et hospitalisation ou réanimation ou décès » mais évidemment cela nécessite de grands effectifs et une période d'observation plus longue, et tout le monde est pressé : autorités, fabricants, population. (Eric Topol, Paul Offit, et autres).

Quant à la transmission, c'est impossible de l'incorporer comme critère dans un essai clinique contrôlé (selon Tal Zacs chez Moderna), faut un suivi de cohorte minutieux et sans perdus de vue, tout comme il faut une vaccinovigilance active et passive après commercialisation. (Peter Doshi *BMJ* 2020; 371: m4037)

RT-PCR Test In Cinical Trials

RT-PCR, TEST DE TYPE

= test de transcription inverse et d'amplification en chaine par polymérase

* Un test positif n'est pas la même chose qu'un "cas", mais malheureusement les deux sont regroupés dans les statistiques quotidiennes des "cas", contribuant ainsi à la campagne de peur.

* Depuis plusieurs mois, les experts soulignent l'utilisation incorrecte des tests RT-PCR fixés à un seuil de cycle (Ct) ridiculement élevé, ce qui permet d'étiqueter à tort des personnes en bonne santé comme des "cas de COVID-19". En réalité, le test RT-PCR n'est pas un test de diagnostic adéquat, même s'il a été présenté comme tel.

* La *Commission d'Enquête Extraparlementaire Allemande Corona* a l'intention de lancer un recours collectif international contre les responsables de l'utilisation de tests frauduleux, avec un trop grand nombre de tests positifs utilisés pour calculer les "cas" et les "décès dus au covid" et les publier quotidiennement pour entretenir la peur et justifier des mesures de protection non prouvées et dévastatrices.

RT-PCR-Type Test

Reverse transcription-Polymerase Chain Reaction Test

* A positive test is not the same as a « case » but unfortunately the two are bundled together in « cases » daily statistics, thus contributing to the fear campaigning

* For several months, experts have highlighted the incorrect use of RT-PCR tests set at a ridiculously high *cycle threshold count* (CT), which falsely labels healthy people as "COVID-19 cases." In reality, the RT-PCR test is not a proper diagnostic test, although it has been promoted as such

* The *German Corona Extra-Parliamentary Inquiry Committee* intends to launch an international class-action lawsuit against those responsible for using fraudulent testing, with too many positive tests used to calculate « cases » and « covid deaths » and publish them daily to maintain the fear and justify unproven and devastating protection measures

RT-PCR, TESTER LES PERSONNES SAINES AVEC LA TECHNOLOGIE

* Une connerie selon d'aucuns, un moyen de gonfler les statistiques pandémiques pour les autres. À cause des faux positifs

* On n'a qu'à encourager le dépistage massif pour gonfler les statistiques

* Les trois sortes de citoyens bien portants qui se font tester sont ceux qui:

- a) obéissent aveuglément aux recommandations officielles,
- b) ne se sentent pas trop bien récemment, sans être infectés;
- c) cèdent aux pressions de l'employeur, la famille, l'entourage, la propagande médiatique

Testing Healthy People with RT-PCR Technology

* Some say it's bullshit, a way to inflate pandemic statistics. Because of false positives

* One only has to encourage mass screening to inflate the statistics

* Three kinds of healthy citizens get tested, those who :

- a) blindly obey the official recommendations,
- b) don't recently feel too well without being infected;
- c) give in to pressure from their employer, their family, their relations, the media hype

SANITARISME

* Cette idéologie vise à délivrer la terre entière des moindres traces d'un virus tout aussi impossible à éradiquer en entier

comme les autres coronavirus respiratoires. Elle atteint des sommets en Chine avec des confinements extrêmes à la poursuite de zéro contamination.

« La pandémie de Covid-19 a frappé le monde entier et a bouleversé autant la vie sociale que la vie privée. Des pans entiers de l'économie ont été suspendus. Les libertés fondamentales de circulation ou de réunion ont été brimées. Un climat d'intolérance s'est installé dans la société, la liberté d'expression a été menacée par la pensée unique et le discours officiel des gouvernements. Il en est résulté un régime *sanitariste* qui se rapproche du «despotisme doux» déjà anticipé par Tocqueville au dix-neuvième siècle et que le sociologue Michel Maffesoli appelle « totalitarisme doux ». (Crise sanitaire et régime sanitarisme : Deux ans de Covid-19. Simard & Blanchet-Gravel. Liber, Montréal, 2022)

sanitaryism

* This ideology aims to deliver the entire earth from the slightest traces of a virus that is just as impossible to eradicate in its entirety as other respiratory coronaviruses. It is reaching new heights in China with extreme confinements in pursuit of zero contamination.

"The Covid-19 pandemic has hit the whole world and has disrupted both social and private life. Whole sections of the economy have been suspended. The fundamental freedoms of movement or assembly have been violated. A climate of intolerance has taken root in society, freedom of expression has been threatened by single-mindedness and the official discourse of governments. The result has been an enforced health regime that approaches the "soft despotism" already anticipated by Tocqueville in the nineteenth century and which the sociologist Michel Maffesoli calls "soft totalitarianism". (Translated)

SAUVAGE, VIRUS DE TYPE

virus de souche sauvage

* comme celui de Wuhan apparu fin 2019; par opposition à virus mutant dont certains sont préoccupants

Wild Type Virus

* as the one emerged in Wuhan end of 2019; as opposed to a mutant, some of which are of concern

SAVOIR OU OBÉIR ?

* le choix entre la docilité intellectuelle ou l'analyse critique

"Pour obtenir un diplôme de médecin, la docilité intellectuelle est un pré-requis extrêmement difficile à contourner" (Marc Girard, 2011) – Donc pas surprenant que peu d'entr'eux et peu de leurs porte paroles posent publiquement des questions sur le dépistage, les confinements, les fermetures et la vaccination

* L'obéissance aveugle aux directives de la pensée dominante semble être une caractéristique de la personnalité des médecins acquise pendant leurs études et leur préparation aux examens. L'acceptation aveugle des décisions de santé publique en cas de pandémie n'est pas inattendue, même si plusieurs questions d'importance cruciale auraient dû être soulevées par le corps médical et ses membres, tant dans les universités que chez les soignants.

Knowledge or Obedience ?

* the choice between intellectual docility or critical analysis

"To graduate as a doctor, intellectual docility is an extremely difficult prerequisite to circumvent" (Translated) - So it's not surprising that few of them and few of their spokespersons publicly ask questions about screening, lockdowns, closures and vaccination.

* Blind obedience to mainstream guidelines seems to be a characteristic of physicians' personality acquired during their medical studies and their preparation for the board examinations. Blind acceptance of pandemic public health decisions is not unexpected even if several questions of crucial importance should have been raised by the medical body and its members in both academia and practice.

SCIENTIFIQUES c. GOUVERNANTS (FR) Contrat social

Scientists v. Leaders

« We scientists working against COVID-19 must have the courage to address those in power, who bear ultimate responsibility

for the policies chosen and their consequences. If this responsibility is shirked or delayed, the inevitable day of reckoning might be terrible » (*Lancet Public Health*, February 18, 2021 at [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00036-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00036-0))

SÉCURITÉ PRÉCLINIQUE (Moderna)

* On s'est limité à quelques rats, quelques rates et quelques ratons, tellement on était pressé

Toxicologie générale

« Des études de toxicité générale ont été réalisées sur des *rats* (administration intramusculaire allant jusqu'à 4 doses, excédant la dose humaine, données toutes les 2 semaines). Un œdème et un érythème transitoires et réversibles au site d'injection, ainsi que des modifications transitoires et réversibles des valeurs biologiques (notamment, élévation des éosinophiles, du temps de céphaline activée et du fibrinogène) ont été observés ».

Génotoxicité/cancérogénicité

« Des études de génotoxicité in vitro et in vivo ont été menées sur le *nouveau composant lipidique* SM-102 du vaccin. Les résultats suggèrent que le potentiel génotoxique pour l'Homme est très faible. Aucune étude de cancérogénicité n'a été réalisée. » NOTE : la capsule de nanoparticules lipidiques coiffant le vaccin n'a jamais été étudiée chez l'homme auparavant

Toxicité sur la reproduction

« Dans une étude de toxicité sur le développement, une formulation vaccinale contenant la même quantité d'ARNm (100 microgrammes), ainsi que les autres ingrédients inclus dans une dose humaine de COVID-19 Vaccine Moderna ont été administrés à des *rates* par voie intramusculaire à 4 reprises : 28 et 14 jours avant l'accouplement, et aux jours 1 et 13 de la gestation.

Des réponses anticorps contre le SARS-CoV-2 étaient présentes chez les mères avant accouplement et jusqu'à la fin de l'étude, au jour 21 de la lactation, ainsi que chez les fœtus et la progéniture. Aucun effet indésirable lié au vaccin n'a été rapporté sur la fertilité de la femelle, la gestation, le développement fœtal ou celui de la progéniture ou sur le développement postnatal. Il n'y a pas de données disponibles sur le transfert placentaire ou l'excrétion dans le lait maternel » (Dictionnaire Vidal, France, 2021)

Preclinical Safety (Moderna)

SÉGRÉGATION VACCINALE *Gestion sanitaire inappropriée*

* Par l'obligation généralisée du passeport vaccinal

Vaccinal Segregation

* By the Generalized Vaccine Mandate

SÉROCONVERSION

séropositivité

= phase au cours d'une maladie infectieuse comme la covid, où les anticorps apparaissent suffisamment dans le sang pour qu'on puisse les doser. La séroconversion, d'une manière générale, concerne toutes les infections qui induisent la fabrication d'anticorps. Les vaccins induisent aussi une séroconversion (alias séropositivité) mais elle peut durer *moins longtemps* qu'après une infection; c'est pourquoi certaines vaccinations exigent des doses dites de rappel

Seroconversion

= the phase during an infectious disease such as covid when antibodies appear sufficiently in the blood to be measured. Seroconversion, in general, refers to all infections that induce the production of antibodies. Vaccines also induce seroconversion (a.k.a. seropositivity), but it may not last as long as after an infection, which is why some vaccinations require so-called booster doses.

SÉROPOSITIVITÉ COMME CRITÈRE D'EXCLUSION DES ESSAIS *Essais cliniques*

* Lors de l'analyse des critères principaux d'évaluation, les premiers essais cliniques soumis aux autorités de réglementation ont exclu certains participants, dont ceux déjà séropositifs au c19 sauf qu'en pratique Moderna a estimé que 15% l'étaient à l'inclusion, pour Pfizer c'était 20% et pour Janssen c'était 10%. (Source : <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4058>)

* On ignore si la population vaccinée sur le terrain présente les mêmes taux

Seropositivity as a Trial Exclusion Criteria

* In the analysis of the primary endpoints, the first clinical trials submitted to the regulatory authorities excluded some participants, including those who were already c19-positive, except that in practice Moderna estimated that 15% of participants were c19-positive at inclusion, Pfizer estimated 20% and Janssen 10%. (Source: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4058>)

- It is not known whether the population vaccinated in the field has the same rates

SÉROPRÉVALENCE *Épidémiologie*

* Proportion de personnes chez qui ont été détectés des *anticorps* propres à la covid dans une population donnée au cours d'une période déterminée

Seroprevalence

= Number of people in which *antibodies* specific to covid have been detected in a given population over a specific period of time

SIGNAL *Vaccinovigilance*

= Information qui suggère un *nouveau lien* possible ou un *nouvel aspect* d'un lien connu entre un vaccin et un effet indésirable, qui nécessite des investigations supplémentaires.

Aux termes du règlement d'exécution (UE) n° 520/2012 de la Commission, un signal est une information issue d'une ou de plusieurs sources, y compris *des observations et des recherches*, suggérant une nouvelle association potentiellement *causale* ou un nouvel aspect d'une association connue entre une intervention [immunisation] et un événement ou un ensemble d'événements liés, que l'effet en soit bénéfique ou indésirable, jugés *suffisamment probables* pour justifier une vérification. (Eudravigilance, UE)

Signal

= Information that suggests a possible *new* association or a *new aspect* of a known association between a vaccine and an adverse reaction, which requires further investigation.

According to Commission Implementing Regulation (EU) No 520/2012, a signal is information from one or more sources, including *observations and research*, suggesting a new potentially *causal* association or a new aspect of a known association between an intervention [immunisation] and an event or set of related events, whether beneficial or adverse, that is considered *sufficiently likely* to warrant verification. (Translated)

SIGNES VITAUX ALARMANTS *Maladie*

= Température > 40 degrés C; systolique < 100 mmHg; respiration > 24 / minute

* Indication pour consulter les urgences voire admettre en réanimation/soins intensifs

Warning Vital Signs

= Temperature > 40 Degrees C; Systolic < 100 mmHg; Respiration > 24 / Minute

* An indication to consult the emergency room or to admit in intensive care

SOCIÉTÉ DUALE *Sociologie vaccinale / Vaccinologie sociale*

société à deux niveaux

* Les pleinement vaccinés et les autres

Two-Tier Society

* The fully vaccinated and the others

SOURCE FIABLE

* La base de données [Coronavirus Pandemic \(COVID-19\) - Statistics and Research - Our World in Data](#) est une source fiable pour vérifier l'absence de bénéfices. Le site présente les données de manière à ce que tout le monde puisse les voir dans un graphique qui représente les doses de vaccin, les cas de COVID, les admissions dans les unités de réanimation et les décès. Vous pouvez choisir parmi plus de 100 pays.

Et voir les paramètres évoluer dans le temps. C'est très instructif et convaincant et c'est un service public rendu par l'Université d'Oxford au R.-U. (Traduction)

Reliable Source

* A reliable source for verifying a premise of failed benefit is the [Coronavirus Pandemic \(COVID-19\) - Statistics and Research - Our World in Data](#) data base. The site lays it out so anyone can see in a graph which plots vaccine doses, COVID cases, Intensive Care Unit admissions and deaths all together. You can put in your choice of over 100 countries. And see the parameters over time. It is very enlightening and compelling and is done as a public service by Oxford University.

SOURCES FIABLES *Liste des principaux experts*

Peter Doshi, américain mais aussi rédacteur au BMJ de Londres, connaît bien la FDA

Tom Jefferson, britannique à Oxford UK, épidémiologiste accompli

Peter Gotzsche, danois à Copenhague (a écrit un livre sur les vaccins)

Maryanne Demasi (une collaboratrice de PG)

Donald W Light, américain

Michel de Lorgeril, français (a écrit un livre sur les vaccins)

Juan Gérvas, espagnol, expert en santé publique

Reliable Sources *List of foremost experts*

Peter Doshi, American, Editor for BMJ, UK, familiar with FDA

Tom Jefferson, British, Oxford UK, senior epidemiologist

Peter Gotzsche, Danish, Copenhagen (wrote a book on vaccines)

Maryanne Demasi (a collaborator)

Donald W Light, American

Juan Gérvas, Spanish, Public Health Expert

SOUS-NOTIFICATION PAR LE CORPS MÉDICAL (É.-U) *Déontologie professionnelle – Le devoir d’alerter*

"Alors que la communauté médicale devrait s'employer à faciliter le signalement des effets indésirables dangereux des médicaments et des vaccins, elle semble avoir un intérêt direct à NE PAS signaler les effets indésirables causés par des médicaments et des vaccins inévitablement toxiques. [NOTE: La sous-notification vaccinale est notoire depuis la pandémie]

Les médecins, les cliniques et les pharmacies - pour des raisons plus qu'économiques - n'aiment pas que les faiblesses ou les dangers de leurs modalités de traitement soient exposés, car cela serait mauvais pour le système pharmaceutique très rentable s'ils devaient un jour faire preuve d'honnêteté et reconnaître qu'ils doivent - au moins à des fins éducatives - assumer une certaine responsabilité pour les résultats indésirables de leurs activités liées aux médicaments ou aux vaccins." (Traduit)

Under-Reporting By The Medical Community (USA)

"While the medical community should be involved in facilitating the reporting of dangerous adverse drug/vaccine events, it seems to have a vested interest in NOT reporting adverse effects caused by unavoidably toxic drugs and vaccines.

[NOTE: Vaccinal under-reporting is noteworthy since the pandemic]

Physicians, clinics and pharmacies – for more than economic reasons - don't like to have the weaknesses or dangers of their treatment modalities exposed because that would be bad for the highly profitable pharmaceutical system if they were ever to do the honest thing and acknowledge that they need – at least for educational purposes - to shoulder some responsibility for the adverse outcomes of their drug or vaccine businesses." (Gary Khols, 2021)

SRAS-COV-2 *nf*

NDT : prononcer *srasse*

1. LA MALADIE *nf*

= Syndrome Respiratoire Aigu Sévère par COronaVirus type 2

= sigle du virus à l'origine de la *maladie* à coronavirus dite covid-19 (*coronarovirus disease in 2019*) ou C-19 apparue chez l'humain en 2019 en Chine à Wuhan

* Pour faire court, on emprunte le sigle anglais Covid-19 ou simplement Covid pour désigner la maladie, ce substantif est donc féminin

« La Covid-19 a emporté mon père », faisant référence à la maladie

Sars-Cov-2; SARS2

= Severe Acute Respiratory Syndrome by Type 2 Coronavirus

* The disease is abbreviated COVID-19 or even C-19 (for Coronarovirus-2019) emerged in 2019 (in Wuhan, China)

2. LE VIRUS *nm*

SRAS-CoV-2; SRAS2

= Virus responsable de la maladie respiratoire aiguë nommée COVID-19

= Coronavirus 2 lié au Syndrome respiratoire aigu sévère

* Quand on dit « Le covid a emporté ma mère » on fait référence au virus

Sars-CoV-2; SARS2

Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2; C-19 virus; C-19

STRATÉGIES DE COMMUNICATION DES FIRMES VACCINALES

* Les stratégies utilisées par les fabricants de vaccins COVID 19 sont nombreuses. Par exemple :

- (2) Obtenir le soutien de personnes dignes de confiance ;
 - (3) Déformation des données ;
 - (4) Suppression des informations compromettantes ;

 - (7) Éviter ou abuser de l'examen par les pairs ;
 - (8) Employer un langage hyperbolique ou absolutiste ;
 - (9) Blâmer d'autres causes (pour l'effet indésirable d'un vaccin) ;
 - (11) Définir comment mesurer les résultats ou les expositions ;

 - (12) Tirer profit de l'analphabétisme scientifique ;
 - (13) Se poser en défenseur de la santé ou de la vérité ;
 - (15) Développer une stratégie de relations publiques ;
 - (16) Faire appel aux médias de masse ;

 - (17) Profiter du manque d'argent ou d'influence des victimes de vaccins (vaccinovigilance)
 - (18) Normaliser les résultats négatifs ;
 - (21) Influencer le gouvernement et la législation ;
 - (22) Attaquer les opposants ;

 - (23) Faire appel aux émotions ;
 - (24) Remettre en question de manière inappropriée la causalité en vaccinovigilance ;
 - (26) Abuser des titres de compétences. (Traduit)
- ### **Communication Strategies of Vaccine Manufacturers**
- * Strategies used by COVID 19 vaccine manufacturers are numerous. For ex.,
- (2) Gain Support from Reputable Individuals;
 - (3) Misrepresent Data;
 - (4) Suppress Incriminating Information;

 - (7) Avoid/Abuse Peer-Review;
 - (8) Employ Hyperbolic or Absolutist Language;

(9) Blame Other Causes (for vaccine ADR);
(11) Define How to Measure Outcome/Exposure;

(12) Take Advantage of Scientific Illiteracy;
(13) Pose as a Defender of Health or Truth;
(15) Develop a Public Relation Strategy;
(16) Appeal to Mass Media;

(17) Take Advantage of Vaccine Victim's Lack of Money/Influence;
(18) Normalize Negative Outcomes;
(21) Influence Governments and Law Making
(22) Attack Opponents;

(23) Appeal to Emotion;
(24) Inappropriately Question (Vaccine Adverse Reaction) Causality;
(26) Abuse Credentials.

(Source: Goldberg, R.F., Vandenberg, L.N. - The science of spin: targeted strategies to manufacture doubt with detrimental effects on environmental and public health - <https://doi.org/10.1186/s12940-021-00723-0> - <https://ehjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12940-021-00723-0>)

STUPIDITÉ

« Caractère d'une chose qui est faite, produite sans intelligence, sans discernement » (Cnrtl) - « Manque d'intelligence, d'esprit, de conscience ou de bon sens » (Wiki) - « Paroles ou actions contraire à la raison, au bon sens » (Sensagent)

* Qualificatif attribué à de nombreuses mesures de protection entreprises par les autorités durant la pandémie, et à de non moins nombreux décideurs industriels, gouvernementaux, bureaucratiques, associatifs, rédactionnels, universitaires, médiatiques et autres influenceurs. Au moins on dispose maintenant d'un meilleur portrait de notre société.

Le prix Nobel de Chimie Michael Levitt ne mâche pas ses mots pour critiquer le comportement des scientifiques lors de la crise de la pandémie : *Le niveau de stupidité que nous avons observé est incroyable... La politique a infecté les scientifiques.*
(Source : <https://www.agoravox.tv/actualites/sante/article/le-prix-nobel-de-chimie-michael-90684> - 26.8.2021)

LE MASQUE EN ESPAGNE

" Seuls les canards sauvages sont à l'extérieur sans masque. En Espagne, jusqu'au 26 juin 2021, il était obligatoire de porter un masque à l'intérieur et à l'extérieur (TOUJOURS, même lorsqu'on est seul en haute montagne, ou au fond de la forêt, ou sur une plage isolée et éloignée). Enfin, la population croit que les masques sont un talisman contre le covid19 et continue à les utiliser à l'extérieur TOUJOURS, même s'il n'y a pas de surpopulation." (Traduit)

VACCINATION OBLIGATOIRE POUR TOUS (CA, QC)

* En mi-août 2021, selon le *Worldindata* de la *Johns Hopkins* consultée le 18 août 2021, la mortalité rapportée quotidiennement (moyenne hebdomadaire) et attribuée au C19 est autour de 1 par 6 millions d'habitants au Canada alors que la souche Wuhan a cédé la place au variant Delta considéré par des spécialistes comme étant très contagieux mais peu létal.

Au même moment les deux paliers de gouvernements sont en train d'imposer la vaccination obligatoire avec des vaccins qui n'ont pas été mis au point contre le variant dit Delta et qui de toute façon n'ont **pas été démontrés capables de prévenir la contagiosité**, principale caractéristique de ce 'nouveau' virus dont le comportement à l'échelle mondiale est encore mal connu

ÊTRE PRO- OU ANTI-VACCIN

* Attitude irrationnelle car chaque vaccin a ses qualités (bienfaits escomptés) et ses défauts, biomédicaux, économiques et

sociétaux, prévisibles ou non. Il faut estimer la balance bienfaits/méfais du produit tant au moment de son homologation, par expérimentation (essais cliniques contrôlés), que tout au cours de son utilisation élargie, par observation (vaccino-épidémiologie). Il y en a de bons, de moins bons et de pas bons.

Il faut aussi adapter cette balance aux caractéristiques individuelles des personnes à vacciner (état de santé et exposition virale).

Stupidity

"Character of a thing that is made, produced without intelligence, without discernment" (Translated) - "Lack of intelligence, wit, awareness or common sense" (Wiki) - "Words or actions contrary to reason, to common sense" (Sensagent)

* Qualifier attributed to numerous protective measures undertaken by the authorities during the pandemic, and to no less numerous industrial, governmental, bureaucratic, associative, academic, editorial, and other decision makers and influencers. At least we now have a better picture of our society.

* Nobel Prize-winning chemist Michael Levitt does not mince words in criticizing the behavior of scientists during the pandemic crisis: *The level of **stupidity** we have seen is unbelievable... Politics has infected the scientists.* (Translated)

THE MASK IN SPAIN

« Only wild ducks are outdoors without a mask. In Spain, until 26 June 2021 it was compulsory to wear a mask indoors and outdoors (ALWAYS, even when alone in the high mountains, or deep in the forest, or on an isolated and remote beach). Finally, the population believes that masks are a "talisman" against covid19 and continues to use them outdoors ALWAYS, even if there is no overcrowding. » (Juan Gérvas, Public Health Expert, Spain, 2021)

COMPULSORY VACCINATION FOR ALL (CA)

* In mid-August 2021, according to the Johns Hopkins *OurWorldinData* consulted on August 18, 2021, the daily mortality reported (weekly average) and attributed to C19 is around 1 per 6 million inhabitants in Canada while the Wuhan strain has given way to the Delta variant considered by specialists to be highly contagious but not very lethal.

At the same time, both levels of government are imposing mandatory vaccination with vaccines that were not developed against the Delta and that, in any case, **were not shown to prevent contagiousness**, the main characteristic of this 'new' virus whose behaviour on a global scale is still poorly understood. (Source : <https://ourworldindata.org/covid-deaths>, accessed on 18.8.2021)

BEING PRO- OR ANTI-VACCINE (Being ProVax or AntiVax)

* An irrational attitude because each vaccine has its qualities (expected benefits) and its defects, biomedical, economic and societal, foreseeable or not. It is necessary to estimate the balance of benefits and harms of the product both at the time of its approval by experimentation (controlled trials) and throughout its extended use, by observation (vaccino-epidemiology). This balance must also be adapted to the individual characteristics of people to be vaccinated (health status and viral exposure).

Some vaccines are good, some are not very good and some not good at all.

SUPERCONTAMINATEUR / TRICE

superpropagateur / trice

= covidé qui transmet le C-19 à un grand nombre de personnes saines

Super Spreader

= C-19 infected person who transmits the virus to a large number of healthy people

SURDIAGNOSTIC DE MORTALITÉ SPÉCIFIQUEMENT COVIDIENNE (AU QUÉBEC) *Épidémiologie pandémique – Dommages collatéraux*

« Bien que nous n'ayons pas encore tous les chiffres, une portion des décès excédentaires observés en 2020 n'est vraisemblablement pas directement attribuable au virus. Nous *surestimons* par conséquent de manière importante le nombre

de morts causées directement par la COVID-19 au Québec.

Corrélativement, il n'y a plus de place pour tenir compte des *dommages collatéraux* de la pandémie. À moins d'y prêter davantage attention, ceux-ci pourraient se répercuter sur la surmortalité que nous enregistrons pour plusieurs années à venir.» (Selon des chercheurs en médecine familiale et en santé publique, Université de Montréal : Janusz Kaczorowski & Claudio Del Grande, *Le Devoir*, 11.3.2021)

* Ce surdiagnostic sert pourtant d'argument pour appuyer la campagne de peur entretenue par les autorités depuis le début
Overdiagnosis of C19-Specific Death Rate in Quebec

« Although we do not yet have all the numbers, a portion of the excess deaths observed in 2020 are likely not directly attributable to the virus. We are therefore significantly *overestimating* the number of deaths caused directly by COVID-19 in Quebec. As a result, there is no room to account for *collateral damage* from the pandemic. Unless more attention is paid to this, it could have an impact on the excess mortality we will experience for many years to come ». (Translated)

SYNDROME DE FUITE CAPILLAIRE SYSTEMIQUE POSTVACCINAL *Vaccinovigilance – Risque vital*

* Effet indésirable vaccinal rarissime (< 1/100 000) et potentiellement fatal

Post-Vaccinal Systemic Capillary Leak Syndrome

* Extremely Rare (< 1/100 000) and potentially fatal vaccine adverse event
(Robichaud et al. CMAJ, August 6, 2021, DOI: 10.1503/cmaj.211212)

TEST D'ANTICORPS ANTI-NUCLÉOCAPSIDE

Nucleocapsid Antibody Assay

TEST POSITIF POUR LE CORONAVIRUS

test covidien positif

Positive Corona Test

THROMBOCYTOPÉNIE IMMUNITAIRE PROTHROMBOTIQUE VACCINALE *Nouvel effet indésirable vaccinal – AstraZeneca*

thrombocytopenie immunitaire prothrombotique induite par vaccination

Vaccine-Induced Prothrombotic Immune Thrombocytopenia ; VIPIT

* As of March 22, 2021 « The frequency of reported serious adverse reactions of blood clotting disorders has been one case per 25,000 people in Norway, 80,000 in the Netherlands, 87,000 in Germany, 150,000 in the European Union as a whole and 250,000 in the United Kingdom. Overall, we can estimate that 1 case per 100,000 vaccines is reported.

This severe adverse reaction, the VIPIT syndrome, has a high mortality of up to 40%. Two case series have been published, Germany-Austria (11 cases) and Norway (5 cases) but even in these publications basic data on all cases are missing. Nor has the EMA provided data in a table of the 222 cases reported up to 4 April. » (No Gracias, 2021)

<http://www.nogracias.org/2021/03/22/covid19-vaccines-suspected-serious-adverse-events-astrazeneca-follow-up-by-nogracias/>

« From Denmark, in: Thromboembolism and the Oxford–AstraZeneca COVID-19 vaccine. Side-effect or coincidence? We have insufficient data. When making decisions on the use of drugs based on pharmacovigilance it is important to have some data.

This example from Denmark, of a failure of the medicines agency, as it is not known:

a/ data on the sex and age distribution from those who received the vaccine are not yet publicly available

b/ data on the duration of the period during which the vaccinated population developed the reported thromboembolic events are also not publicly available

c/ detailed clinical descriptions of the thromboembolic events reported in relation to vaccinations are still lacking but reports are emerging of rare types of multiple thrombosis, bleeding, and thrombocytopenia

d/ as even the most efficient spontaneous reporting of adverse events is unlikely to capture all cases, the true incidence rate of thromboembolic events in relation to the vaccine is unknown (*The Lancet* 30.3.2021). But sensibly larger.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00762-5/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00762-5/fulltext#%20)

THROMBOSES ET VACCIN JANSENN/JOHNSON & JOHNSON *Syndrome de thrombocytopénie immunitaire prothrombotique (STIP) – Vaccinovigilance – Phase IV*

" Dans le numéro du JAMA du 30 avril 2021, See et ses collègues (doi:10.1001/jama.2021.7517) présentent une série de cas de patients ayant présenté une thrombose du sinus veineux cérébral après avoir été vaccinés avec le vaccin de Janssen/Johnson & Johnson. Ces cas ont été identifiés par la vaccinovigilance américaine (VAERS), un programme conjoint national des CDC et de la FDA.

Les 12 patientes âgées de 18 à 59 ans ont présenté des symptômes qui ont débuté 6 à 15 jours après la vaccination, accompagnés d'une baisse du nombre de plaquettes (avec des nadirs allant de 9 à 127 ×103/μL) et d'un état thrombotique sévère, notamment 1 thrombose cérébrale (12 patientes) et 1 thrombose non cérébrale (8 patientes). Dix sur 12 ont nécessité des soins intensifs, 7 ont également présenté une hémorragie intracérébrale, et 3 sont décédées.

En plus des 12 patients atteints de thrombose cérébrale avec thrombocytopénie décrits dans cette série de cas, au moins 3 patients sans thrombose cérébrale mais répondant aux critères diagnostiques de la thrombose avec syndrome de thrombocytopénie ont été signalés au VAERS (en date du 21 avril 2021), tous chez des femmes âgées de 18 à 59 ans (âge médian, 37 ans). Sur un total de 15 patientes, 3 sont décédés.

Tous les rapports d'événements indésirables soulèvent la question de la causalité ou de la coïncidence. Ici, les deux arguments en faveur d'une relation causale sont les suivants

a) *Taux de densité d'incidence* : Un taux beaucoup plus élevé de TVC avec thrombocytopénie (environ 5 par million de femmes âgées de 18 à 50 ans dans le mois suivant la vaccination) que le taux de base (environ 0,05-0,13 par million par mois, sur la base d'une incidence annuelle estimée aux Etats-Unis de 0,7-1,6 par million par an) [une différence de risque relatif de 50/0,1 ou 500/1.

b) *Caractéristiques sémiologiques* : Similitudes substantielles entre le syndrome clinique thrombotique associé au vaccin d'Oxford/AstraZeneca. Les deux utilisent une technologie similaire, à savoir des vecteurs adénoviraux modifiés".

Thromboses and Janssen/Johnson & Johnson Vaccine

Vaccine-Induced Prothrombotic Immune Thrombocytopenia (VIPIT) and Ad26.COVS.S vaccine

« In the issue of JAMA on April 30, 2021, See and colleagues (doi:10.1001/jama.2021.7517) present a case series of patients with cerebral venous sinus thrombosis (CVST) following vaccination with the Ad26.COVS.S vaccine manufactured by Janssen/Johnson & Johnson. These cases were identified through the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), a national vaccine safety surveillance program of the CDC and the FDA.

The 12 patients—all **women aged 18 to 59 years**—developed symptoms beginning **6 to 15 days** after vaccination, along with **declines in platelet** counts (with nadirs ranging from 9 to 127 ×103/μL), and clinically **severe clotting**, including cerebral thromboses (12 patients), and non-cerebral thromboses (8 patients). Of the 12 patients, 10 required intensive care, 7 also had intracerebral hemorrhage, and 3 **have died**.

In addition to the 12 patients with CVST with thrombocytopenia described in this case series, at least 3 patients without cerebral location but meeting diagnostic criteria for *thrombosis with thrombocytopenia syndrome* (TTS) have been reported to VAERS (as of April 21, 2021), all in women aged 18 to 59 years (median age, 37 years). Of the 15 total patients, 3 have died.

All adverse event reports raise the question of causality or coincidence. Here, the case for a causal relationship includes two arguments:

a) *Incidence density rate*: A much higher reported rate of CVST with thrombocytopenia (approximately 5 per million women aged 18-50 years within a month after vaccination) than the background rate (approximately 0.05-0.13 per million per month, based on estimated annual US incidence of 0.7-1.6 per million per year) [a 50/0,1 or 500/1 relative risk difference.

b) *Semiological characteristics*: Substantial similarities between the clinical syndrome of TTS associated with the vaccine of Oxford/AstraZeneca. Both use similar technology, namely modified adenovirus vectors" (Karren et al JAMA. April 30, 2021 - doi:10.1001/jama.2021.7637)

TOTALITARISME COVIDIEN (É.-U.) *Dommage collatéral sociétal*

" Parce que la pensée des citoyens a été dégradée pendant des décennies, et que les citoyens s'appuient sur des sources sponsorisées par des entreprises pour obtenir des informations de base, il est devenu possible, pour la première fois, de créer une pandémie virtuelle, planifiée par les super-riches, promue par les sources d'information qu'ils possèdent, autorisée par les experts des instituts et des universités qu'ils financent, et légitimée par des agences gouvernementales (et des institutions internationales comme l'OMS) qui ont été radicalement privatisées.

Auparavant, un nombre important de citoyens étaient capables d'évaluer par eux-mêmes l'exactitude des informations. Les instituts de recherche comme l'université de Harvard avaient encore un engagement éthique envers la méthode scientifique et l'intégrité académique.

Tout cela est désormais révolu. Les façades des NIH et de Harvard restent les mêmes, peut-être même sont-elles mieux entretenues, mais les entrailles intellectuelles ont pourri. Il est facile de réunir d'éminents professeurs pour qu'ils témoignent des théories ridicules sur le COVID19.

Les dangers des vaccins COVID19 ne sont pas la principale menace. Le danger réside plutôt dans le fait que le processus de décision politique s'éloigne de la science et d'un débat politique transparent. COVID19 constitue un précédent réussi pour les forces invisibles des fonds d'investissement privés, qui décident en secret de la politique médicale, puis nous la transmettent par le biais de figures d'autorité.

Ces forces invisibles se sentent désormais libres d'exiger de nous, [sans aucun compte à rendre à la science, que nous nous fassions injecter n'importe quelle substance qu'elles proposent, comme condition pour avoir le droit d'aller à l'école, de trouver un emploi ou de recevoir un traitement médical.](#)

Ce processus a été rendu possible par l'interaction des réseaux sociaux, des moteurs de recherche, des médias commerciaux et d'autres composantes essentielles de l'expérience quotidienne qui déterminent les opinions concernant les voix fiables et faisant autorité. Ce processus est géré comme une dictature invisible qui contrôle une population distraite, confuse et non concentrée, noyée dans la connectivité.

Rien ne s'améliorera tant que les citoyens ne reconnaîtront pas que la cause de ce cauchemar n'est pas l'héritage des Bush, des Clinton, des Obama ou des Trump, bien qu'ils aient tous joué leur rôle, [mais plutôt la fin du citoyen autonome et informé ayant accès aux écrits d'experts profondément attachés à la méthode scientifique et aux principes éthiques.](#) " (Traduit)

COVID-19 Totalitarianism (USA)

« Because the thinking of citizens has been degraded for decades, and citizens rely on corporate-sponsored sources for basic information, it became possible, for the first time, to create a virtual pandemic, planned by the super-rich, promoted by the news sources that they own, authorized by experts at the institutes and universities that they fund, and legitimated by government agencies (and international institutions like the WHO) that have been radically privatized.

Previously, a significant number of citizens were capable of assessing the accuracy of information on their own. Research institutes like Harvard University still had an ethical commitment to the scientific method and to academic integrity.

All that is over now. The façades of the NIH and Harvard remain the same, maybe they are even better maintained, but the intellectual innards have rotted away. Distinguished professors are easily assembled to give testimony to ridiculous theories about COVID19.

The dangers of the COVID19 vaccines are not the primary threat. The danger lies rather in the shift of the decision-making process for policy away from science, and away from a transparent policy debate. COVID19 serves a successful precedent for invisible forces at private equity funds to decide medical policy in secret and then feed it to us through authority figures.

Those invisible forces now feel they are free to require of us, **without any accountability to science, that we have any substance that they offer injected into our bodies as a condition for the right to attend school, to find employment or to receive medical treatment.**

The process was made possible by the interaction of social networks, search engines, commercial media, and other critical components of daily experience that determine opinions concerning reliable and authoritative voices. That process is run as an invisible dictatorship that controls a distracted, confused and unfocused population, drowning in connectivity.

Nothing will get better until citizens recognize the cause of this nightmare was not the legacy of the Bushes, the Clintons, the Obamas or the Trumps, although they all played their role, **but rather the end of the self-reliant and informed citizen with access to the writings of experts with a deep commitment to the scientific method and to ethical principles.** »

(Source : Emmanuel Pastreich, 11.7.2021 at

<https://www.globalresearch.ca/tyranny-overran-united-states-we-watching-youtube/5749728>)

Traduit avec www.DeepL.com/Translator (version gratuite) (Source : https://www.ema.europa.eu/en/documents/pip-decision/p/0179/2021-ema-decision-23-april-2021-acceptance-modification-agreed-paediatric-investigation-plan-highly_en.pdf)

TRANSCRIPTASE INVERSE

reverse transcriptase; rétrotranscriptase

TRANSMISSION COMMUNAUTAIRE *Contagiosité*

« Nos dirigeants sanitaires sont persuadés que ces vaccins peuvent interrompre la transmission du virus et ils recommandent la vaccination comme un geste altruiste. Rien n'est moins sûr. Pour atteindre ce but, il faut que le vaccin soit *stérilisant*. Cet objectif n'est pas envisagé dans les études. Astra Zeneca reconnaît que son vaccin n'est *pas stérilisant*.

Selon les virologistes « l'immunité stérilisante est exceptionnellement observée dans les viroses aiguës. Le tractus respiratoire supérieur est classiquement décrit comme un « sanctuaire » viral où l'immunité est peu efficace. C'est bien pour cela qu'il n'y a pas de protection immunitaire solide ni de vaccin efficace contre les « rhumes ». Une immunité antivirale capable de bloquer le rhume et donc la contagion qui va avec, n'a jamais été observée » (Laurent Vercoustre, 6.12.2020)

Community Transmission

"Our health leaders are convinced that these vaccines can interrupt the transmission of the virus and they recommend vaccination as an altruistic gesture. Nothing is less certain. To achieve this goal, the vaccine must be *sterilizing*. This goal is not addressed in the studies. Astra Zeneca admits that its vaccine is *not sterilizing*.

According to virologists, « sterilizing immunity » is exceptionally observed in acute viroses. The upper respiratory tract is classically described as a viral "sanctuary" where immunity is not very effective. For this reason, there is no strong immune protection or effective vaccine against "colds". An antiviral immunity capable of blocking the common cold and therefore the contagion that goes with it, has never been observed. » (Traduit)

TRANSMISSION DANS LES ÉCOLES

"Tout porte à croire que les enfants ne se transmettent pas facilement le covid-19 en classe. Dans une étude, on a découvert

qu'un enfant de 9 ans en France, atteint de la grippe et du covid-19, avait exposé plus de 80 autres enfants dans trois écoles différentes.

Cependant, personne n'a été infecté par le covid-19 à la suite de cette exposition, malgré de nombreuses infections grippales dans les écoles, ce qui suggère que, bien que l'environnement soit propice à la transmission des virus respiratoires, le covid-19 ne se transmettait pas aussi facilement.

Plus récemment, une étude portant sur des enfants âgés de 5 mois à 4 ans dans des crèches en France a montré de faibles niveaux d'infection et de transmission du covid-19. L'étude montre également que le personnel n'était pas plus exposé au risque d'infection qu'un groupe témoin d'adultes. Les résultats suggèrent que les enfants sont plus susceptibles de contracter le covid-19 par les membres de leur famille que par leurs camarades ou les enseignants de la crèche." (Traduit)

Transmission in School

« Evidence suggests children don't easily pass covid-19 to each other in the classroom. In one study, a 9-year-old in France with flu and covid-19 was found to have exposed more than 80 other children at three different schools. However, no one became infected with covid-19 as a result, despite numerous flu infections within the schools, suggesting that although the environment was conducive to transmitting respiratory viruses, covid-19 wasn't passed on as easily.

More recently, a study of children between 5 months and 4 years old in nurseries in France has shown low levels of infection and transmission of covid-19. The study also shows that staff weren't at greater risk of infection than a control group of adults. The results suggest that children are more likely to get covid-19 from family members than from their peers or teachers at nursery" (H Thompson, *New Sci.* 2021 Feb 27; 249(3323): 10–11)

TRANSPARENCE ET INTÉGRITÉ

« Seule la science peut sauver l'humanité de cette pandémie. Cela passe par :

- a) une divulgation totale des liens et conflits d'intérêts du gouvernement, des politiques, des conseillers sanitaires et des acheteurs publics pour les tests et les vaccins,
- b) une transparence totale des processus décisionnels, des procédures et la redevabilité,
- c) des normes permettant de désigner des fonctionnaires et des experts dans des domaines sans rapport avec leurs liens d'intérêts »

(Source : Lassaâd M'Sahli, Pharmacien-Clinicien et Pharmacoeconomiste, 19.12.2020 - [Gestion de la Covid-19 -#EFEBCA](#))

Transparency and Integrity

"Only science can save humanity from this pandemic. This requires:

- (a) full disclosure of government, political, health advisor and public purchaser links and conflicts of interest for tests and vaccines,
- b) full transparency of decision-making processes, procedures and accountability
- c) standards for appointing public officials and experts in areas unrelated to their links of interests. (Translated)

TRIANGULATION *Épistémologie*

NDT : le terme est inspiré du domaine de la communication : on peut identifier par géométrie le site d'un téléphone cellulaire en recoupant sa distance de trois tours de communications, technique courante dans les enquêtes policières

= méthode d'évaluation des preuves qui fait appel non seulement aux essais contrôlés mais aux différentes méthodes épidémiologiques allant des enquêtes prospectives aux notifications spontanées en passant par les enquêtes rétrospectives, sur données primaires (les dossiers médicaux) ou secondaires (les registres sanitaires). Chaque approche présente des risques de biais et il faut évaluer de chaque biais sa nature, son importance et sa direction. Il faut s'en servir en vaccinologie.

* quand l'industrie ou les gouvernements prétendent que les seuls 'étalons d'or' sont les essais cliniques, c'est parfois pour protéger leurs intérêts en sous-estimant les éléments de preuve originant d'autres approches, surtout quand on tire

fautivement des conclusions pragmatiques par l'utilisation d'une analyse explicative couronnée d'une sacro sainte signification statistique même invalide. (Traduit)

Triangulation

= a method of evaluating evidence that involves not only controlled trials but also a variety of epidemiological methods, ranging from prospective surveys to spontaneous reports, and from retrospective surveys to primary (medical records) and secondary (health registries) data. Each approach presents risks of bias and each bias must be assessed in terms of its nature, importance and direction. This should be used in vaccinology.

* When industry or governments claim that the only 'gold standards' are clinical trials, it is sometimes to protect their interests by underestimating the evidence from other approaches, especially when pragmatic conclusions are wrongly drawn by using an explanatory analysis crowned with a sacred statistical significance, even if invalidly used.

(Benn et al. 2018 - <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14760584.2018.1471987>)

VACCIN PANDÉMIQUE

= vaccin administré en une ou deux doses, qui est produit après le début de la période pandémique, et qui est élaboré à partir du génome d'un microorganisme émergent, très virulent, et venant tout juste d'acquérir son pouvoir de contagion extrême par la transmission interpersonnelle (Office Québécois de la Langue Française, OQLF)

Pandemic Vaccine

= vaccine administered in one or two doses, which is produced after the beginning of the pandemic period, and which is developed from the genome of an emerging, highly virulent microorganism that has just acquired its extreme contagious power through interpersonal transmission (Translated)

VACCINATION c. VACCINOVIIGILANCE Organisation

* Les autorités de nombreux pays ont très bien organisé la vaccination, souvent on est allé vers les gens pour les vacciner dans la voiture, dans les maisons de soins ou de retraite, dans les habitation collectives, au travail.

* Mais ces mêmes autorités n'ont pas organisé pas la vaccinovigilance après commercialisation active ni la vaccinovigilance passive. Lacune qu'on ne leur pardonnera probablement jamais.

Vaccination versus Vaccinovigilance

* The authorities in several countries have organized vaccination very well, often people have been outreached, vaccinated in their car, in retirement or nursing care homes, in collective housing, at work.

* But these same authorities have not organized post-marketing vaccinovigilance, neither in their active or passive form. A shortcoming that we will probably never forgive them for.

VACCINATION MONDIALE À L'ÉPREUVE DES FAITS. UNE MORTALITÉ INÉDITE *Demande de moratoire vaccinal – Vaccinovigilance – Dénier des effets indésirables*

« La pharmacovigilance des vaccins anti-covid est **déniée** car elle menace l'idéologie de la vaccination intégrale portée par les industries pharmaceutiques, les gouvernements et les principaux médias. Cette vaccination de masse conduit pourtant à une mortalité inédite dans l'histoire de la médecine moderne. Il y a urgence à la suspendre pour évaluer la balance bénéfique/risque au cas par cas.

(Source : Mucchielli et collectif d'auteurs, 6.8.2021, *Mondialisation.ca*; 2^e partie, sur

<https://www.mondialisation.ca/la-vaccination-covid-a-lepreuve-des-faits-une-mortalite-inedite/5658976>)

Covid Vaccination Put to the Test. An unprecedented Mortality

« The pharmacovigilance of anti-covid vaccines is **denied** because it threatens the ideology of full vaccination carried by the pharmaceutical industries, governments and the mainstream media. This mass vaccination, however, leads to an unprecedented mortality in the history of modern medicine. It is urgent to suspend it to assess the benefit / risk balance on a case-by-case basis. » (Translated)

Vaccination, which is a preventive measure aimed at a considerable number of healthy individuals, does not allow the slightest risk. However, the risks of these "genetic vaccines" are very real. The spread of new recombinant viruses could precipitate us into a health crisis even more disastrous than the one we are experiencing today.

MILLIARDAIRES DU VACCIN ET APARTHEID VACCINAL Profits éhontés – Accès inégalitaire

"Les sociétés pharmaceutiques pourraient gagner **190 milliards** de dollars grâce aux ventes de vaccins Covid-19 cette année 2021. Les profits pharmaceutiques ont permis à 9 nouveaux milliardaires de la pandémie de voir le jour et à 8 milliardaires existants d'accroître leur fortune.

Plusieurs d'entre eux sont les fondateurs et les investisseurs privés de 3 sociétés pharmaceutiques - Moderna, BioNTech et CureVac - dont les vaccins utilisent une technologie ARNm largement issue de la recherche publique. Leurs bonheurs financiers offrent un contraste troublant avec l'*apartheid vaccinal*. À la fin du mois de mai 2021, seulement 0,3 % de toutes les doses de vaccin dans le monde avaient été administrées dans des pays à faible revenu". (Traduction)

Vaccine Billionaires and Vaccine Apartheid

"Drug corporations could earn **\$190 billion** from Covid-19 vaccine sales this year. Pharmaceutical profits have minted nine new pandemic billionaires, and helped eight existing billionaires enlarge their fortunes. Several of these are founders and private investors in three pharmaceutical corporations — Moderna, BioNTech, and CureVac — whose vaccines use mRNA technology that was largely developed from publicly funded research.

Their financial bonanzas provide a disturbing contrast with *vaccine apartheid*. By the end of May 2021, only 0.3% of all vaccine doses worldwide had been administered in low-income countries". (Rohit Malpani, Public Health Consultant, Paris FR, 12.6.2021 at <https://www.statnews.com/2021/06/12/if-vaccine-apartheid-exists-vaccine-billionaires-shouldnt/>)

VACCINER LES ENFANTS CONTRE LE C-19 ? NON Opinion - Plaidoyer

Vaccinating Children Against C-19 ? No

FOREWORD

« Several issues come to mind such as whether the vaccines are as effective as they were reported to be and the key one is that of safety. These vaccines were not followed for the correct duration and will not be for any study with children and this is a major problem. We cannot sidestep the safety data and I am afraid we did just that. My position is that the vaccines should only be prioritized and given to the very elderly and high-risk persons.

Based on the CDC's own risk estimates, if 70 years and below, and of reasonable health, the risk of survival if infected with the virus is 99.95%. Recent modelling by Ioannidis [world renowned medical mathematician] suggests that the general infection fatality ratio (IFR) is 0.15% and for persons less than 70 years, it is 0.05%.

We continue to refer to a pathogen that presents no major problem to the vast majority of persons infected. COVID-19 is a catastrophic illness to elderly high-risk persons and we cannot deny this and we must do all we can do. My position has always been to strongly protect the elderly who remain the foci of deaths. We have failed to do this across the world especially as staff remain the key breach of infection of our elderly in congregated settings.

We could focus on an age-targeted approach where age and risk defines the focus. So with the early therapeutics (antivirals, corticosteroids, anti-thrombotics (see Risch, McCullough, Kory etc.), with strong protections of the elderly and high risk persons, and with natural immunity, we could defeat this virus, and, of course the role of the vaccines in the high risk population.

VACCINO-ÉCONOMIE : PAS DE DÉROGATIONS DES BREVETS

" Depuis l'extension mondiale de la pandémie, le débat sur les brevets est devenu central. Au sein de l'Organisation mondiale du commerce, début octobre 2020, l'Inde et l'Afrique du Sud, soutenues par 62 pays, ont proposé que les Etats membres soient exemptés de l'obligation d'appliquer l'accord ADPIC sur les vaccins, les médicaments ou les nouvelles technologies liés au

traitement du Covid-19.

Cependant, la proposition a été fermement opposée par les pays à haut revenu, dont la Commission européenne, qui a refusé de suivre une décision votée à deux reprises au Parlement européen en faveur de la levée des brevets sur les vaccins. Un an plus tard, au début du mois d'octobre 2021, 105 pays soutenaient la proposition de lever les brevets." (Traduit)

Vaccino-Economics : No Patent Waivers

« Since the global extension of the pandemic, the debate on patents has become central. Within the World Trade Organisation, in early October 2020, India and South Africa, supported by 62 countries, have proposed that member States be exempted of the obligation to implement the TRIPs agreement on vaccines, medicines or new technologies related to the treatment of Covid-19.

However, the proposal was staunchly opposed by High Income Countries, among which the European Commission, which refused to follow a decision voted twice at the European Parliament in favour of lifting patents on vaccines. A year later, at the beginning of October 2021, 105 countries were supporting the proposal to lift patents. » (Source : Éric Toussaint, 6.10.2021 at <http://www.cadtm.org/How-Big-Pharma-appropriates-knowledge-and-profits-in-a-time-of-Coronavirus>)

VACCINOLOGIE

= Science appliquée du développement de vaccins pour minimiser théoriquement les complications des maladies infectieuses. C'est aussi l'étude de la manière dont le système immunitaire réagit aux injections de vaccins. Cette science comprend également l'évaluation des mécanismes d'action, des programmes d'immunisation, de la couverture et de l'acceptation par la population, de la sécurité, de l'efficacité sur le terrain et du rapport coût-efficacité direct et indirect.

Vaccinology

= the applied science of developing vaccines to theoretically minimize the complications infectious diseases. It is also the study of how the immune system responds to vaccine injections. The science also includes the evaluation of mechanisms of action, immunization programs, population coverage and acceptance, safety, field effectiveness and direct/indirect cost-effectiveness.

VACCINOVIOLANCE : DÉFECTUOSITÉS MÉTHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE

« La démonstration de causalité est présumée acquise quand une évolution favorable suit une campagne de vaccinations, alors que le caractère iatrogène d'accidents qui suivent immédiatement une immunisation est quasi systématiquement nié au noble motif qu'il conviendrait de ne pas confondre 'coïncidence' et 'causalité'...

Une ridicule schizophrénie épistémologique tient la chronologie pour forcément causale si elle plaide en faveur des bienfaits vaccinaux, alors qu'elle serait évidemment fallacieuse dès qu'elle pourrait être l'indice d'une toxicité iatrogène » (Marc Girard)

* La vaccinovigilance est le parent pauvre de la pharmacovigilance, et celle-ci est le parent pauvre de la pharmacologie clinique

Vaccinovigilance Research Methodological Flaws

« Methodological defects with vaccine safety include the facts that:

- a) During development, use of *false* placebos as comparators (i.e. not devoid of pharmacological effects: adjuvants, other vaccines) is a frequent practice; like using an aluminium based 'placebo' (sic) instead of a saline placebo
- b) Compared to the supposed duration of the beneficial immunological effects of the tested vaccines, the *duration* of the safety studies aimed at assessing a potential for delayed immunological hazards is often ridiculously short
- c) Required on a standard regulatory basis with any new pharmacological entities, the *interactions* studies are weak, scarce, if not nonexistent with vaccines, whereas most of them are now administered as combinations
- d) Likewise, the *dose-ranging* studies are generally defective, accounting for impressive changes in the booster recommendations once the vaccine is on the market, which would be inconceivable for any other drug » (Marc Girard)

VACCINOVIOLANCE BRITANNIQUE POUR PFIZER COMIRNATY (R.-U) Détails des cas rapportés spontanément d'incidents post-vaccinaux - ARNm

* Situation au 29.9.2021 : **335.344** événements indésirables contenus dans 118.970 notifications spontanées, dont **552** déclarés

mortels, dont 26 morts subites, depuis le 9.12.2020 soit 9m et 3s de surveillance (Traduit)

British Vaccinovigilance For Pfizer's Cominarty (U-K)

* Update on 29.9.2021, since 9.12.2020 or 9m and 3w of surveillance: **335,344** total reactions in 118,970 spontaneous reports, of which **552** reports mention a **fatal** outcome, of which 26 were sudden deaths (Source : *Yellow Card System Vaccine Analysis Print*, MHRA at

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1023928/COVID-19_mRNA_Pfizer-BioNTech_Vaccine_Analysis_Print_DLP_29.09.2021_final.pdf)

VACCINOVIOLANCE CANADIENNE DÉFICIENTE *Témoignage provenant du terrain*

« J'ai dénoncé le système canadien de rapport des effets secondaires dans ma lettre à La Presse en septembre 2021. J'accusais la Santé publique de ne faire aucun effort pour promouvoir le rapport des effets secondaires pour ce produit expérimental. J'ai été rabroué par Santé Canada qui est venu à la défense de ce système pour dire que le rapport était obligatoire et que négliger de le faire était passible d'amende !

J'ai fait moi-même de nombreux signalements à mon directeur de Santé publique dont des décès moins d'un mois post vaccination. J'ai reçu des réponses vraiment désolantes de mon directeur de Santé publique comme ce rapport qui a été rejeté car "puisque l'évènement est survenu plus de 30 jours après la vaccination, ça ne peut pas être causé par le vaccin"...

Les instances locales régionales peuvent rejeter de leur propre chef des rapports sans que jamais le rapport ne soit envoyé au registre canadien. Ce registre affiche un air triomphaliste en faveur du vaccin (puisque'il y a si peu de rapports...). Le Dr Byram Briddle a souvent commenté sur la déficience de ce système. » (René Lavigneur, nov 2022, communication)

Canadian Vaccinovigilance Inadequacy

VACCINS À HAUT RISQUE *Citation à l'OMS*

« Nous avons appris beaucoup de choses sur la vaccination massive, et s'il y a bien une chose plus dangereuse qu'un mauvais virus, c'est un mauvais vaccin ». (Traduit).

High-Risk Vaccines

« We've learned a lot about mass vaccination, and if there's one thing more dangerous than a bad virus, it's a bad vaccine ». (Dr. Mike Ryan, Executive Director, World Health Organization, Geneva).

VACCINS, MENSONGES ET CONTROVERSES (Titre traduit) *Livre à lire absolument*

VACCINES, LIES AND CONTROVERSY. Pr Peter C Gøtzsche, MD. Skyhorse/Simon & Schuster, 2021
ISBN13: 9781510762190 - ISBN10: 1510762191

« There is substantial misinformation about vaccines on the Internet, particularly from those who reject all vaccines, but also from official sources, which are expected to be neutral and objective. *Vaccines: Truth, Lies, and Controversy* is based on the best available evidence, and Professor Peter S. Gøtzsche explains when and why we should not have confidence in the science and official recommendations.

Some vaccines are so beneficial—and have saved millions of lives—that we should all get them; some are so poor that many healthcare professionals do not use them for themselves or their families; and some are in-between. We must evaluate carefully each vaccine, one by one, assessing the balance between its benefits and harms, just as we do for other drugs, and then form an opinion about whether we think the vaccine is worth getting or recommending to other people.

Vaccines focuses on measles, influenza, **COVID-19**, and HPV, but discusses also childhood vaccination programs and whether mandatory vaccination can be justified. Raising critical questions to vaccines is essential because there are still many unresolved issues.

For example, we know virtually nothing about what happens when we use many vaccines and what the long-term effects are on the immune system. *Vaccines* demystifies the controversial topic and helps the reader formulate their own opinion. »

VAINCRA LA PANDÉMIE : C19 VERSUS L'HUMAIN

« Qui gagnera, le SARS-CoV-2 ou l'humain ? Dans le second cas, cette victoire sera causée par la *riposte immunitaire*, avec un effet des vaccins à évaluer car incertain. Il faut aussi espérer la génération de variants contagieux mais moins agressifs. La partie n'est pas terminée. Il faudra apprendre à vivre avec le virus et affronter les débats éthiques et philosophiques pour vivre, car *vivre, ce n'est pas rester enfermé et masqué !* »

(Source : Bernard Dugué, Agoravox 1.7.2022 sur

<https://www.agoravox.fr/actualites/technologies/article/l-immunite-face-aux-variants-alpha-234063>)

Beating The Pandemic : C19 vs Humans

"Who will win, SARS-CoV-2 or humans? In the second case, the victory will be caused by the *immune response*, with the effect of vaccines to be evaluated as uncertain. We must also hope for the generation of contagious but less aggressive variants. The game is not over. We will have to learn to live with the virus and face the ethical and philosophical debates in order to live, because *living does not mean staying locked up and masked!* (Translated)

VALEURS, UNE QUESTION DE (QC)

* Dans un blogue publié dans l'Agora en mi pandémie (5 mars 2021 sur <http://agora.homovivens.org/dr-pierre-biron/cui-cui-6-la-sante-a-tout-prix-ou-lentreprise-a-tout-prix>) j'avais inventé un dialogue avec un jeune étudiant en économie et cycliste urbain fortement affecté par les confinements, qui m'avait posé trois questions déconcertantes :

a. Dans la Seconde guerre mondiale les Alliés ont sacrifié sans hésiter presque 11 millions de jeunes vies pour « sauver notre civilisation » du danger nazi et depuis la pandémie on voudrait « sacrifier notre civilisation » pour sauver des vieilles vies du danger covidien ?

b. Sauver du virus 60 vieillards malades dont l'espérance de vie est de 2 ans (120 personnes-années) a-t-il la même *valeur* que gâcher la vie de 2 vingtenaires dont l'espérance de vie est de 60 ans (120 personnes-années) ?

NDT1 : la dernière question est mise à jour par les chiffres officiels québécois du 27 septembre 2021 vers la fin de la pandémie :

c. Une société de 8,5 millions (Qc) préfère-t-elle se faire faucher **0,13%** de sa population (11 356) ou bousiller la vie des **99,87 %** (8 489 000) qui ont survécu ?

NDT2 : Des situations de survaccinations obligatoires controversées ne faisaient pas encore partie du portrait de la gestion pandémique

NDT3 : le chiffre de 11 356 décès covidien doit être légèrement revu à la baisse à cause d'une tendance au surdiagnostic découlant de critères insuffisamment rigoureux dans les certificats de décès

* Louis Marchildon résume la pensée de l'historienne Naomi Oreskes dont les opinions sont pertinentes (Le Devoir, Montréal, page B2, 26.9.2021) :

Pour faire confiance à la science, les scientifiques doivent tenir compte du « *caractère social* de la science [appliquée] qui comprend des procédures pour l'analyse critique des affirmations » ...

Elle se base « sur une communauté d'experts et de spécialistes oeuvrant principalement dans des établissements d'enseignement supérieur ou des centres de recherche reconnus. Leurs travaux progressent, leurs résultats se précisent à travers la critique et le jugement des pairs... Cette communauté doit être ouverte, non défensive, et répondre à la critique pour qu'un large spectre d'opinions s'y développe »

« En évaluant une affirmation scientifique qui a des conséquences sociales, politiques ou personnelles, une question supplémentaire doit être considérée : quels sont les enjeux d'une erreur dans un sens ou dans l'autre. Une décision à propos du confinement requiert l'apport d'épidémiologistes, de psychologues, d'éducateurs et d'économistes... lesquels aborderont vraisemblablement la question avec des [valeurs différentes](#)...

L'idée du scientifique analysant des faits en faisant abstraction de ses *valeurs* s'est fréquemment révélée un mythe »... Il faut joindre au consensus « une attitude transparente des scientifiques quand à leurs valeurs pour raffermir la confiance du public »

A Question of Values (QC, CA)

* In a blog published in *l'Agora* (QC) in mid-pandemic (March 5, 2021 at <http://agora.homovivens.org/dr-pierre-biron/cui-cui-6-la-sante-a-tout-prix-ou-lentreprise-a-tout-prix>) I had invented a dialogue with a young economics student and urban cyclist strongly affected by the confinements, who had asked me three disconcerting questions:

a. In the Second World War the Allies sacrificed without hesitation almost 11 M young lives to "save our civilization" from the Nazi danger and since the pandemic we would like to "sacrifice our civilization" to save old lives from the covidian danger?

b. Is saving 60 sick old persons with a life expectancy of 2 years (120 person-years) from the virus carry the same value as wasting the lives of two 20-year-olds with a life expectancy of 60 years (120 person-years)?

TN1 : the last question is updated with the official Quebec figures of September 27, 2021 towards the end of the pandemic:

c. Would a society of 8.5 M (Qc) prefer to have **0.13%** of its population (11,356) mowed down or to screw up the lives of the **99.87%** (8,489,000) who survived? (Translated)

TN2 : Situations of controversial compulsory overvaccinations were not yet apparent in the crisis management picture at the time of the first version

TN3: the figure of 11,356 covidian deaths should be revised downwards slightly because of a tendency to over-diagnose due to insufficiently rigorous criteria of death certificates

* Louis Marchildon summarizes the thinking of Harvard historian of sciences Naomi Oreskes whose views are relevant (*Le Devoir*, Montréal, page B2, 26.9.2021): To trust science, scientists must take into account the "social character of [applied] science, which includes procedures for the critical analysis of claims" ...

It is based "on a community of experts and specialists working mainly in institutions of higher education or recognized research centers. Their work progresses and their results are refined through peer review and judgment... This community must be open, not defensive, and must respond to criticism so that a broad spectrum of opinions can develop.

"In evaluating a scientific claim that has social, political, or personal consequences, an additional question must be considered: what are the stakes of being wrong one way or the other. A decision about lockdown requires input from epidemiologists, psychologists, educators, and economists... who are likely to approach the issue with *different values*... The idea of the scientist analyzing facts without regard to his or her *values* has frequently proven to be a myth » (Translated)

VALIDITÉ DES TESTS SÉROLOGIQUES POUR PRÉDIRE LA PROTECTION

"Les tests sérologiques du SRAS-CoV-2 qui ont finalement reçu l'autorisation d'utilisation en urgence (EUA en anglais) de la FDA ont démontré une sensibilité et une spécificité élevées, mais cette précision concerne la détection des anticorps. Leur capacité à *prédire la protection* contre le virus à partir de ces anticorps [n'a pas été prouvée](#).

De plus, la FDA a mis en garde contre le fait que certains tests détectent des anticorps que le système immunitaire ne produit probablement qu'après une infection naturelle par le virus. Selon le test, les personnes qui n'ont pas été infectées auparavant peuvent avoir un résultat négatif pour les anticorps malgré une immunité induite par le vaccin.

Par conséquent, dans sa communication du 19 mai 2021, l'agence a déclaré que "les résultats des tests d'anticorps anti-SRAS-CoV-2 actuellement autorisés **ne devraient pas être utilisés** pour évaluer le *niveau d'immunité ou de protection* d'une personne contre le COVID-19, à quelque moment que ce soit, et surtout après que la personne ait reçu une vaccination contre le COVID-19". (Traduction)

Validity of Serologic Tests for Predicting Protection

"The SARS-CoV-2 serology tests that eventually received FDA Emergency Use Authorization (EUA) have demonstrated high sensitivity and specificity, but that accuracy is for detecting antibodies. Their *ability to predict protection* against the virus based on those antibodies **hasn't been proven**. Plus, the FDA cautioned that some tests detect antibodies the immune system likely produces only after natural infection with the virus.

Depending on the assay, people who weren't previously infected could test negative for antibodies despite having vaccine-induced immunity. Therefore, the agency in its May 19, 2021 communication stated that "results from currently authorized SARS-CoV-2 antibody tests **should not be used** to evaluate a person's *level of immunity or protection* from COVID-19 at any time, and especially after the person received a COVID-19 vaccination."

(Source : The Flawed Science of Antibody Testing for SARS-CoV-2 Immunity. Jennifer Abbasi. *JAMA* 21.10.2021. Published online October 21, 2021. doi:10.1001/jama.2021.18919)

VARIANT DIT ALPHA

variant / souche britannique; B.1.1.7

* décelé au R.-U. en septembre 2020

NOTE: le SRAS-CoV-2 original fut détecté à Wuhan en Chine in 2019

Alpha Variant, So Called

British Variant / strain; B.1.1.7

* detected in the U.K. in September 2020

NOTE: the original SARS.CoV-2 was detected in Wuhan in China in 2019

VARIANT DIT BETA

variant Sud Africain; souche Sud Africaine; B.1.351

* décelé en Afrique du Sud en mai 2020

Beta Variant, So Called

Souh African variant / strain; B.1.351

* detected in South Africa in May 2020

VARIANT DIT DELTA

variant indien; souche indienne; B.1.617.2

* décelé aux Indes en octobre 2020

* très contagieux, peu léthal

Delta Variant, So Called

Indian variant / strain; B.1.617.2

* detected in India in October 2020

* very contagious, seldom lethal

VARIANT DIT GAMMA

variant brésilien; souche brésilienne

* décelé au Brésil en novembre 2020

Gamma Variant

Brazilian strain / variant

* Detected in Brazil in November 2020

VARIANT PRÉOCCUPANT OU DE HAUTE IMPORTANCE ?

variant d'intérêt ou de grande conséquence

" Les CDC classent un variant *préoccupant* comme un variant présentant une ou plusieurs mutations qui permettent au virus d'infecter plus facilement les personnes ou de se propager plus facilement d'une personne à l'autre, qui rendent le virus moins réactif aux traitements ou qui affectent l'efficacité des vaccins contre le virus.

Les CDC définissent un variant de *haute importance* comme un variant pour lequel il existe des preuves claires que "les mesures de prévention ou les contre-mesures médicales ont une efficacité considérablement réduite par rapport aux variants précédemment en circulation".

Par exemple les vaccins, les traitements ou les tests actuels sont moins efficaces, ce qui entraîne une maladie plus grave et une augmentation des hospitalisations ». (Traduit) - À l'heure actuelle, [aucune variante à forte incidence n'a été identifiée dans le monde](#). Situation au 13.8.2021.

Variant of Concern (VOC) or Variant of High Consequence (VOHC) ?

variant of interest or of high consequence ?

« The CDC classifies a variant of *concern* as a variant with 1 or more mutations that allow the virus to infect people more easily or spread from person to person more easily, make the virus less responsive to treatments, or affect how well vaccines work against the virus.

The CDC defines a variant of high *consequence* as one for which there is clear evidence that "prevention measures or medical countermeasures have significantly reduced effectiveness relative to previously circulating variants," such as current vaccines, treatments, or testing being less effective, resulting in more severe disease and increased hospitalizations. Currently, [no variants of high consequence](#) have been identified worldwide. »

(Source : Lauring & Malani. JAMA, August 13, 2021 - doi:10.1001/jama.2021.14181)

VARIANTS : SÉQUENCAGE GÉNOMIQUE AUX É.-U.

" B.1.429 est un " variant d'intérêt " pour les CDC, mais 3 autres se sont élevées au rang de " variants préoccupants ". Outre B.1.1.7, il s'agit de B.1.351, découvert initialement en Afrique du Sud, et de P.1, détecté pour la première fois chez des voyageurs en provenance du Brésil. Au 16 mars 2021, les CDC avaient signalé 4.686 cas de B.1.1.7 dans 50 juridictions américaines, 142 cas de B.1.351 dans 25 États et 27 cas de P.1 dans 12 États.

Mais ces chiffres sont basés sur un échantillon encore restreint. Ils peuvent donc ne pas refléter la proportion réelle de variants dans l'ensemble du virus en circulation - un objectif majeur de surveillance.

La recherche des contacts a révélé que les personnes qui ne portaient pas de masque et qui participaient à des rassemblements en personne ont contribué à la propagation des variantes, selon un point de presse du 3 février. Les cas de B.1.1.7 - qui est de 30 à 80 % plus [contagieux](#) que la souche dominante - doublent tous les 10 jours, selon une étude publiée le 7 février sur medRxiv, qui n'a pas été examinée par des pairs.

Les modélisations effectuées par les chercheurs de l'étude et les CDC suggèrent que le variant sera probablement devenu la souche prédominante aux États-Unis d'ici fin mars 2021. Des recherches menées au Royaume-Uni suggèrent que le variant B.1.1.7 pourrait entraîner un [risque accru de décès](#). En outre, dans un petit nombre de cas britanniques, le variant a acquis la mutation E484K de la protéine spike.

Cette modification génétique, que l'on retrouve également dans les deux autres variants préoccupants, pourrait [réduire l'efficacité](#) du vaccin et est considérée comme l'une des mutations les plus importantes du SRAS-CoV-2. Le premier cas de B.1.1.7 avec E484K a été détecté aux États-Unis ". (Traduit)

Variants : Genomic Sequencing in USA

« B.1.429 is a “variant of interest” to the CDC, but 3 others have risen to the level of “variants of concern.” In addition to B.1.1.7, these include B.1.351, originally discovered in South Africa, and P.1, first detected in travelers from Brazil. By March 16, the CDC had reported 4686 B.1.1.7 cases in 50 US jurisdictions, 142 B.1.351 cases in 25 states, and 27 P.1 cases in 12 states.

But the counts are based on a still-small sample. They therefore may not reflect the true proportion of variants in the overall circulating virus—a major surveillance goal.

Contact tracing revealed that individuals who did not wear masks and who attended in-person gatherings contributed to the variants’ spread, according to a February 3 press briefing. Cases of B.1.1.7—which is 30% to 80% **more contagious** than the dominant strain—are doubling every 10 days, according to research posted on February 7 to medRxiv, which has not been peer-reviewed.

Modeling by the study’s researchers and the CDC suggest that the variant will likely have become the predominant strain in the US by late March 2021. Research from the UK suggests that the B.1.1.7 variant may carry an **increased risk of death**. Additionally, in a small number of UK cases, the variant has acquired the spike protein mutation E484K.

This genetic change, also found in the 2 other variants of concern, could **reduce vaccine efficacy** and is considered among the most important SARS-CoV-2 mutations. The first case of B.1.1.7 with E484K has been detected in the US ». (Source : Jennifer Abassi. *JAMA*. March 24, 2021 - doi:10.1001/jama.2021.3368)

VARIANTS ET VACCINS : MOINS D’EFFICACITÉ BIOLOGIQUE Pfizer – Moderna – Variant sud-africain dit Beta

"La plupart des données actuelles sur l'efficacité des vaccins à ARN messager (ARNm) contre les variantes du SRAS-CoV-2 proviennent d'études en laboratoire dans lesquelles les chercheurs ont exposé des échantillons de sérum de personnes immunisées à des versions génétiquement modifiées des variantes concernées, puis ont mesuré les titres d'anticorps neutralisants.

Ces études ont montré à plusieurs reprises que les vaccins provoquent des taux d'anticorps neutralisants plus faibles contre les variants du SRAS-CoV-2 que contre les isolats plus anciens et plus courants.

Par exemple, dans une lettre à la rédaction publiée le 17 février dans le *New England Journal of Medicine*, des scientifiques ont décrit l'analyse d'échantillons de sérum provenant de personnes immunisées avec 2 doses du vaccin Pfizer-BioNTech, contre des virus recombinants contenant certaines ou toutes les mutations de la protéine de pointe trouvées dans la variante B.1.351 (sud-africaine, beta).

La neutralisation du B.1.351 était environ **deux tiers inférieure** à celle du USA-WA1/2020, un isolat précoce du SRAS-CoV-2. Dans une autre lettre publiée le même jour, les chercheurs ont rapporté la mesure de l'activité des anticorps neutralisants dans les échantillons de sérum des participants à l'essai de phase 1 du vaccin Moderna COVID-19.

Une semaine après que les participants aient reçu la deuxième dose, les titres d'anticorps neutralisants induits par un virus recombinant portant la protéine de pointe B.1.351 étaient **6 fois plus faibles** que ceux induits par un virus recombinant portant la protéine de pointe originale Wuhan-Hu-1." (Traduit)

Less Vaccinal Biological Efficacy Against Variants

“Much of the current data on the messenger RNA (mRNA) vaccines’ efficacy against SARS-CoV-2 variants has come from laboratory studies in which researchers exposed serum samples from immunized individuals to genetically engineered versions of concerning variants and then measured neutralizing antibody titers. Such studies repeatedly have shown the vaccines elicit *lower levels of neutralizing antibodies* against SARS-CoV-2 variants than against older, more common isolates.

For example, in a February 17 letter to the editor in *The New England Journal of Medicine*, scientists described testing serum samples from individuals immunized with 2 doses of the Pfizer-BioNTech vaccine against recombinant viruses containing some

or all of the spike protein mutations found in the B.1.351 variant (South African). Neutralization of B.1.351 was approximately **two-thirds lower** than that of USA-WA1/2020, an early SARS-CoV-2 isolate.

In another letter published the same day, researchers reported measuring neutralizing antibody activity in serum samples from participants in the phase 1 trial of the Moderna COVID-19 vaccine.

One week after the participants received the second dose, neutralizing antibody titers induced by a recombinant virus bearing the B.1.351 spike protein were **6-fold lower** than those induced by a recombinant virus bearing the original Wuhan-Hu-1 spike protein.” (Rita Rubin, March 17, *JAMA* 2021; 325(13): 1241-1243).

VARIANTS, LES IMPACTS DES

- * Changement du comportement viral (changement phénotypique), par exemple, transmissibilité ou pathogénicité.
- * Immunité (par des vaccins ou une infection naturelle)
- * Diagnostic (c.-à-d. moléculaire, sérologie, tests antigéniques)
- * Les interventions thérapeutiques (par exemple, les anticorps monoclonaux). (Traduit)

Impact of Variants

- * Change in viral behaviour (phenotypic change), e.g., transmissibility or pathogenicity
- * Immunity (from vaccines or natural infection)
- * Diagnostics (i.e., molecular, serology, antigen assays)
- * Therapeutic interventions (e.g., monoclonal antibodies)

Source : <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

VECTEUR VIRAL, VACCIN DE TYPE *Typologie vaccinale*

= un virus inoffensif transporte un gène viral (AstraZeneca; Janssen/Johson & Jhonson)

* mécanisme des vaccins contre Ebola, Dengue et Zika; celui pour la Dengue (Sanofi) vira en catastrophe aux Philippines; celui contre l’Ebola fut un succès retentissant. Celui d’AZ est associé à des thromboses avec abaissement des plaquettes.

Viral Vector Vaccine

= a harmless virus carries a viral gene (AstraZeneca; Janssen/Johson & Jhonson)

* It is the mechanism of vaccines against Ebola, Dengue and Zika; the one for Dengue (Sanofi) turned into a disaster in the Philippines; the one against Ebola was a resounding success. The AZ vaccine is associated with thromboses with thrombocytopenia.

VIRION

particule virale

= Une des formes extracellulaires d'un virus qu'on retrouve dans les liquides corporels extracellulaires quand le virus n'est pas en train d'infecter une cellule ou à l'intérieur où il la force à le reproduire (réplication). C'est une particule virale composite dont le génome viral (un acide nucléique de type ADN ou ARN) est contenu dans une structure pouvant être simple (une couche protéique externe appelée capsid) à complexe (Wiki)

Virion

viral particle

= When not inside an infected cell or in the process of infecting a cell, viruses exist in the form of independent particles, or virions, consisting of (i) the genetic material, i.e., long molecules of DNA or RNA that encode the structure of the proteins by which the virus acts; (ii) a protein coat, the capsid, which surrounds and protects the genetic material (Wiki)

VIRULENCE

pathogénicité; pouvoir pathogène

= gravité de l'atteinte causée par l'agent infectieux

Virulence

pathogenicity; pathogenic potential

= severity of the disease caused by the infectious agent

ZONA APRÈS VACCIN PFIZER-BioNTech EN RHUMATOLOGIE AUTO IMMUNE : UNE SÉRIE DE CAS *Vaccinovigilance – Phase IV*

* Une enquête de cohorte menée par deux services israéliens de rhumatologie révèle une incidence de 1,2% de zona, soit 6 cas chez 491 vaccinés et 0 (zéro) cas chez 99 témoins non vaccinés. Il s'agit de 6 femmes autour de la cinquantaine en cours de traitement pharmacologique.

La réaction fut sévère dans 1 cas (zona ophthalmique). Les maladies traitées étaient l'arthrite rhumatoïde, le syndrome de Sjögren et une connectivite indifférenciée. Les délais d'apparition furent de 3, 4, 10, 14 et 15 jours après la 1^{re} dose, et 2 jours post 2^e dose, très courts et convaincants. (Traduit) - Cet effet indésirable pourrait être spécifique à une patientèle en pharmacothérapie contre une maladie auto-immune

Herpes Zoster Following PfizerBNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccination In Patients With Autoimmune Inflammatory Rheumatic Diseases: A Case Series

* A cohort survey conducted by two Israeli rheumatology departments revealed a 1.2% incidence of shingles, i.e. 6 cases in 491 vaccinated individuals and 0 cases in 99 unvaccinated controls. These were 6 women in their fifties. The reaction was severe in 1 case (ophthalmic Herpes Zoster).

The diseases they were treated for were rheumatoid arthritis, Sjogren's syndrome and an undifferentiated connective tissue disease. The onset times were 3, 4, 10, 14 and 15 days after the first dose, and 2 days after the second dose, very short and convincing. (Source : Furer et al. *Rheumatology*, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keab345>) - This adverse reaction could be specific to patients under pharmacotherapy against an auto-immune disease