

La vaccination des enfants et adolescents est un acte grave qui nécessite un consentement libre et éclairé, tant des parents que des principaux concernés, et qui doit s'apprécier au regard du rapport bénéfices-risques sur les plans individuel et collectif.

GUIDE A DESTINATION DES PARENTS CONCERNANT LA CAMPAGNE DE VACCINATION DE LEURS ENFANTS AU COLLEGE ET LYCEE

V1 – septembre 2021

Collectif de parents d'élèves pour le consentement libre et éclairé de la vaccination anti-Covid
parentsvaccinationcovid@protonmail.com



Avant-propos

Le gouvernement se prépare à lancer **une large campagne de vaccination des collégiens et lycéens**, en mettant en place des vaccinodromes dans les établissements ou en programmant des sorties scolaires vers des vaccinodromes extérieurs.

En tant que parents, déjà vaccinés ou non, favorables ou non aux vaccins Covid19, vous pouvez vous poser la **question de la vaccination pour vos enfants**. Cet **acte médical n'est en effet pas anodin** ; il ne devrait jamais être effectué dans le but **de regagner une liberté fondamentale**, normalement due et dont on nous a privé (se déplacer, accéder aux soins...) ou en échange d'un **avantage quelconque** (burgers, beignets, bières ou encore places de cinéma données par la [Préfecture de l'Hérault...](#)).

Disons-le tout de suite : **le rapport bénéfice risque individuel est très défavorable pour les enfants et les adolescents**. C'est la raison pour laquelle plusieurs **institutions officielles se sont déclarées contre la vaccination des mineurs**. Quant à la recherche d'une **immunité collective**, acquise notamment grâce à la participation des jeunes à l'effort collectif de vaccination, son horizon s'éloigne et on parle désormais de **mythe inaccessible**.

Nous vous invitons à **prendre le temps de lire ce document de plusieurs pages**. N'oubliez pas qu'il s'agit de la **santé de vos enfants** et qu'il vous faut nourrir un **consentement libre et éclairé**. Comme l'évoque Xavier Lemoine, le maire de Montfermeil, dans une [lettre récente](#) à ses administrés, « *au moment où l'on veut, dès la rentrée, massivement vacciner des hommes et des femmes de plus en plus jeunes, en pleine formation à l'âge de l'adolescence, il s'agit de nos enfants donc, je ne peux qu'inciter les parents, à qui le consentement sera demandé, de bien s'intéresser à la portée que leur décision aura de manière irréversible pour l'avenir de leurs enfants* ».

Le document s'articule autour d'une **synthèse d'une dizaine de pages** et de **nombreuses annexes** développant en détails les différents éléments et précisant les sources.

Nous vous demandons de **ne jamais nous croire sur parole mais de vérifier l'ensemble des sources** qui vous sont présentées : si cela prend certes du temps, cela contribuera à mieux asseoir vos convictions et surtout, dans le brouhaha des mensonges et des informations contradictoires, à vous convaincre que celles que nous vous présentons sont **sourcées, rigoureuses et exactes**.

Si les propos de ce guide vous ont permis d'**éclairer votre consentement, qui en tout en état de cause hélas ne sera jamais tout à fait libre** compte tenu des pressions liées au Pass sanitaire, nous vous demandons **de diffuser largement ce document autour de vous, auprès de vos proches ou des parents d'élèves, professeurs ou administratifs des établissements scolaires de vos enfants**.

D'autres **versions ultérieures** viendront enrichir ce document pour vous apporter un **éclairage complet de la crise sanitaire** que nous vivons depuis maintenant 18 mois.



Temps de lecture : 15 à 30 minutes. Nous attirons votre attention sur le fait que l'injection est un acte médical irréversible qui peut occasionner des effets indésirables, parfois très graves. Dès lors, si vous passez du temps pour acheter une nouvelle voiture ou un nouveau Thermomix, nous vous invitons à en passer également pour réaliser le choix le plus judicieux pour vos enfants.

NB : Par soucis de simplification et d'intelligibilité, nous appellerons « vaccins » les 4 thérapies proposées sur le marché français sous forme d'injection, sans illusions sur le fait que ce terme, utilisé par l'ensemble des acteurs, est inapproprié. Ces thérapies sont en effet soit des Organismes Génétiquement Modifiés pour le AstraZeneca et le Johnson & Johnson (selon [Axel Kahn](#) et confirmé par les [fiches produit](#)), soit des thérapies géniques pour le Pfizer-Biontech (p. 23 dans un [rapport](#) de la SEC : « Currently, mRNA is considered a gene therapy product by the FDA ») ou le Moderna (p. 70 d'un [rapport](#) de la SEC : « Currently, mRNA is considered a gene therapy product by the FDA »).

1– La question du consentement libre et éclairé des parents et des enfants face au pass sanitaire et aux politiques d'obligation vaccinales

Le [Conseil national de l'ordre des médecins](#) éclaire la notion de consentement en précisant que « *le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* ». Il précise par ailleurs les caractéristiques de ce consentement :

- **Le caractère du consentement** : le consentement doit être "libre et éclairé". Cela signifie qu'il ne doit pas être obtenu sous la contrainte. Le patient doit donner son consentement **après avoir reçu préalablement du médecin une information claire, complète, compréhensible et appropriée à sa situation**. Dans le cas d'un mineur, ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui prennent les décisions relatives à la santé du mineur. Mais s'il est apte à exprimer sa volonté, **son consentement doit être systématiquement recherché et les titulaires de l'autorité parentale doivent concerter leur volonté avec celle du mineur**. La [Charte de la personne hospitalisée](#) reprend ces principes dans son article 4.
- **La forme du consentement du patient** : le consentement doit être donné de façon manifeste et **claire, par oral**. Il n'y a pas de formalisme en matière de recueil du consentement : l'expression du consentement du patient **n'est pas subordonnée à l'établissement d'un écrit.**, sauf pour certains actes médicaux comme par exemple la recherche impliquant la personne humaine. Ce qui est le cas ici dans le cadre des vaccins anti-Covid encore en phase expérimentale.
- **Le refus de soins du patient** : le patient peut, même en mettant sa vie en danger, **refuser des soins ou retirer à tout moment son consentement**.
- **L'obligation de soins du médecin** : à l'inverse, un médecin ne peut refuser les soins à des patients, comme en témoignent diverses chartes déontologiques comme le serment d'Hippocrate ou la déclaration de Genève. La loi du 5 août 2021, concernant le Pass sanitaire, instituant une discrimination de l'accès aux soins dans les hôpitaux, est ainsi **totale** **ment contraire à la déontologie médicale**.

Le [Comité Consultatif National d'Ethique](#), dans son avis du 9 juin 2021, se penche sur l'enjeu éthique du consentement des mineurs en se demandant notamment si « **la pression de la société ne va-t-elle pas implicitement obliger les adolescents à accepter la vaccination ?** », évoquant un « *risque de stigmatisation des adolescents* » s'il ne se vaccinent pas.

Certains prétendent que la question du consentement ne se poserait plus dans le cadre de la loi du 05 août 2021 : il n'en est rien. Le consentement est toujours d'une crante actualité pour la vaccination non obligatoire des adolescents et **son extorsion fait l'objet d'une incrimination pénale importante** (Article 212.1), **alourdie lorsqu'elle est commise dans les établissements d'enseignement ou d'éducation** (l'extorsion est punie de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende).

Le 27 janvier 2021, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté une [résolution](#) préconisant « *de s'assurer que les citoyens et citoyennes 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* ». Cette résolution, bien que non contraignante d'un point de vue juridique, a une forte portée symbolique, et peut influencer la Cour européenne des droits de l'homme lors de ses futures décisions en cas de procès.

Le [règlement européen du 14 juin 2021](#), peu médiatisé, interdit les discriminations à l'encontre des personnes ne souhaitant pas se faire vacciner. Il s'applique directement en France sans avoir besoin d'être transposé en droit français comme pour les Directives, puisqu'un Règlement est dans la hiérarchie des normes, supérieur à la loi française ainsi qu'à sa Constitution. L'application de ce règlement a pour effet de rendre effectives les dispositions du Code pénal sur la discrimination basée sur l'état de santé (articles 225-1 et suivants du Code pénal) et peut s'appliquer dans un grand nombre de contentieux à naître du fait de l'application de la Loi portant extension du pass sanitaire : que ce soit sur le plan du contentieux administratif au travers des sanctions disciplinaires à intervenir ou des actes réglementaires d'application, du contentieux prud'homal portant sur les mesures de licenciement, ou encore sur le plan pénal au regard des sanctions pénales dont est assorti le texte.

Enfin, il est important de rappeler que, le 20 juillet 2021, la Défenseure des droits a diffusé son [avis 21-11](#) relatif au projet de loi sur la gestion de la crise sanitaire, dans lequel elle s'interroge tant sur **la méthode que sur le caractère proportionné de la plupart des dispositions et restrictions** présentes dans le texte. Elle pointe notamment du doigt les risques d'atteinte aux droits de l'enfant : la situation spécifique des mineurs n'est pas prise en compte. Le texte prévoit, **faute de « passe sanitaire », des restrictions pour l'exercice des droits essentiels des enfants, pourtant dans la CIDE, comme l'accès aux loisirs. Compte-tenu de ces éléments, la Défenseure des droits est favorable à ce que, pour les mineurs de 12 à 18 ans, la vaccination reste uniquement encouragée et ne tombe pas sous le coup d'une obligation déguisée.** La Défenseure des droits considère que le projet de loi devrait indiquer de manière expresse que les mineurs de moins de 12 ans soient exemptés du pass sanitaire.

Voir Annexes 1 pour de plus amples détails.

2 – Des vaccins expérimentaux faisant des personnes injectées des cobayes

Les 4 vaccins actuellement sur le marché Français ont bénéficié d'**Autorisations de Mise en Marché Conditionnelles (AMMC)**. Cette procédure particulière, permettant de faire face plus rapidement à des situations de crise, a pour conséquence première de **permettre la mise en marché des vaccins, avant même que les phases de test ne soient terminées, faisant ainsi des personnes vaccinées les cobayes d'une expérimentation grandeur nature.**

La [réglementation européenne](#) exige notamment :

1. Que les **premières données** conduisent à l'appréciation d'un **rapport bénéfice / risque positif**. Par ailleurs, les bénéfices pour la santé publique découlant de la **disponibilité immédiate du médicament** concerné sur le marché **doivent l'emporter sur le risque inhérent au fait que des données supplémentaires sont encore requises** ».
2. Que **l'information sur le caractère conditionnel de ces autorisations soit communiquée explicitement aux professionnels de santé et aux patients**, ce qui n'est jamais fait et pourrait faire l'objet de poursuites en justice.
3. Que **la pharmacovigilance soit renforcée** : ce qui n'est aujourd'hui pas le cas, compte tenu des pressions et du nombre considérable des remontées d'effets indésirables qui saturer les services.

4. Que **l'inexistence d'alternatives aux vaccins soit avérée** : là encore, de nombreux traitements alternatifs ont fait leur preuve à travers le monde, en dépit des études frauduleuses cherchant à les discréditer.

Contrairement à de nombreuses contre-vérités exprimées, les 4 vaccins actuellement sur le marché sont bien en cours de tests, jusqu'au **27 octobre 2022 pour le AstraZeneca, le 2 janvier 2023 pour le Janssen, le 14 février 2023 pour le Moderna et le 06 avril 2023 pour le Pfizer.**

La question du caractère expérimental des vaccins est centrale dans la mesure où **une obligation est totalement impossible dans un tel cadre.** De nombreuses voix, notamment officielles, ont cherché à nier cette évidence pour avoir toute latitude dans la mise en place d'une vaccination d'ampleur, au mépris des libertés, de la transparence et du consentement. Une analyse juridique pertinente permet d'écarter cette entreprise de dissimulation, et les scandales récents comme celui du sang contaminé ou du Mediator montrent bien que, si le temps de la justice est long, **il n'exempte pas pour autant les décideurs de leurs responsabilités pénales** (cf annexe 2).

Ainsi, dans le cadre de cette expérimentation grandeur nature, de nombreuses déontologies, lois et traités encadrent précisément ce qu'il est réellement possible de faire : le [code de Nuremberg](#), la [Convention d'Oviedo](#), ou encore la [déclaration d'Helsinki](#).

Voir Annexes 2 pour de plus amples détails.

3 - Le rapport bénéfice risque des « vaccins »

La question de la pertinence de la vaccination pour les adolescents et les enfants se pose à l'aune de la question du risque de la maladie pour les adolescents et du **rapport bénéfices / risques du vaccin.** Du côté des bénéfices du vaccin, on s'attend à ce que le vaccin **protège la personne de la maladie et qu'il puisse protéger les autres : qu'en est-il de la contamination, des formes sévères et de la transmission ?** Du côté des risques, il faut considérer si **l'injection du médicament occasionne des effets indésirables graves à court, moyen ou long terme, et dans quelle proportion.**

3.a – Le risque du Covid pour les jeunes

- Entre mars 2020 et juillet 2021, en France, on [dénombre 9 adolescents entre 10 et 19 ans décédés avec le Coronavirus](#), soit **3 à 4 fois moins que le nombre de tués en mobylette** chaque année. Dans **un seul cas, la cause exclusive de mortalité était le Covid-19.** Le risque de mourir avec le Covid est donc, pour cette tranche d'âge, de 0,00009% sur 18 mois et de mourir exclusivement du Covid est de 0,000006%.
- Environ **la moitié des enfants avec une infection confirmée est asymptomatique. Les formes sévères de la Covid-19, avec hospitalisation, sont très rares** : selon la [Haute Autorité de Santé](#), les personnes âgées de moins de 18 ans représentent en effet en France **1,1% du total des hospitalisations et 0,9% du total des admissions en soins critiques**, et la majorité des formes sévères chez les adolescents est **associée à la présence d'une comorbidité** (entre 45 à 75% des cas selon les études).
- Les enfants, selon le [CCNE](#), ne sont « **pratiquement pas concernés par le Covid-long** ».

- Par ailleurs, si le variant Delta qui représente actuellement en France 90% des contaminations, semble plus contagieux que les variants précédents ([40 à 60 % plus transmissible](#) que le variant Alpha), sa **léthalité est 10 fois moins importante que celle du virus souche**, selon les données publiées le 9 juillet 2021 par le Public Health England (PHE) sur plus de 300.000 personnes contaminées

Le risque du Covid pour les enfants est ainsi quasiment nul : le bénéfice du vaccin, quel qu'il soit, sera donc naturellement faible face à cette absence de risque. L'appréciation du risque est du coup très importante au regard d'un bénéfice faible.

3.b – Les bénéfices du vaccin pour les jeunes

Différents bénéfices sont envisageables :

- Des **bénéfices directs individuels** :
 - **Diminution du risque des formes graves ou des décès** : le chiffre officiellement annoncé est celui des études parcellaires initiales, à savoir une diminution de 95%. Un chiffre à prendre avec précaution puisque les échantillons étaient trop faibles pour avoir un bon intervalle de confiance, qui permettrait d'identifier l'impact sur les formes graves. Quant aux décès, l'étude de référence du NJEM ne pouvait rien conclure à ce sujet, faute de personnes décédées dans le groupe vacciné et le groupe témoin. Avec du recul, on constate que les chiffres des hospitalisations en service de réanimation de personnes doublement vaccinées en Ecosse, au Royaume Uni ou en Israël, donnent à penser que les données initiales étaient peut-être surévaluées, que le vaccin a perdu son efficacité au fil du temps et/ou que le vaccin est inefficace envers les nouveaux variants.
 - **Diminution du risque d'infection du virus** : le [Conseil Scientifique](#) évoque une diminution du risque d'infection de 50% quand les dernières données en provenance d'Israël montrent une diminution de seulement 39%. Quoi qu'il en soit, on sait aujourd'hui que, là aussi, l'efficacité du vaccin diminue avec le temps.
- Un **bénéfice indirect individuel** lié à la l'obtention du pass sanitaire, permettant intégration sociale et accès aux sports, à la culture et aux loisirs. Sur ce plan-là, il est clair que la politique coercitive étatique fait peser un risque lourd sur les jeunes qui peuvent difficilement accéder aux soins à l'hôpital, aux loisirs ou à la culture, voir leurs grands-parents en Ehpad ou à l'hôpital. Ils sont exclus de toute activité sportive en dehors de l'école et risquent à tout moment d'être évincés de l'école si un cas contact est détecté. Ce chantage est bien entendu totalement immoral et devrait, de notre point de vue, être combattu avec la plus grande détermination.
- Des **bénéfices directs collectifs** :
 - **Diminution du risque de transmission à autrui** : ce bénéfice est nul puisque les dernières [études](#) montrent que les **personnes vaccinées sont aussi contagieuses que les non-vaccinées**.
 - **Renfort de l'immunité collective** : là aussi, ce bénéfice est hélas inexistant car comme l'ont évoqué de nombreux [médias](#) au mois d'août 2021, « inutile de compter sur

l'immunité collective pour mettre fin à l'épidémie de Covid-19. Avec l'arrivée du variant delta, cet objectif tant espéré devient un "mythe", un idéal tout simplement impossible à atteindre ».

Il faut enfin rappeler que, comme le montrent l'ensemble des études récentes, l'immunité naturelle des personnes déjà infectées est beaucoup plus efficace que la vaccination Covid19, et beaucoup plus durable. **Ainsi, d'un point de vue purement scientifique, pour les 25% des jeunes qui ont déjà été contaminés, même il y a plus de 6 mois, la vaccination est totalement inutile.**

3.c – Les risques à court, moyen ou long terme des vaccins

Effets à court terme (6 mois – 1 an)

Comme on le sait, tout médicament représente un risque qu'il est important de circonstancier.

Nous l'avons vu, l'autorisation de mise en marché conditionnelle a été faite sur la base de premiers éléments confortant un rapport bénéfices risques favorables, avec des risques a priori limités. Cependant, seule une pharmacovigilance, à la condition qu'elle soit bien faite, permet d'apprécier la nature réelle du risque en recensant l'ensemble des effets indésirables, bénins, graves ou mortels.

Plusieurs organismes à travers le monde publient les chiffres : [L'ANSM](#) en France, [EudraVigilance](#) en Europe, [VAERS](#) aux Etats Unis, [SwissMedic](#) en Suisse et la base [VigiAccess](#) pour l'OMS au niveau mondial. Après 6 mois de recul, le moins qu'on puisse dire est que **les remontées, souvent dissimulées, sont très inquiétantes.**

Au niveau européen, au 04/09/2021, nous avons 23 932 décès recensés dans EudraVigilance pour les 4 vaccins autorisés et la dynamique de mortalité est importante : 2 000 décès de plus qu'au 14 août, soit presque 700 par semaine.

	Astrazeneca	Janssen	Moderna	Pfizer
TOTAL = 23 932	5 108	1 104	6 242	11 478
Blood and lymphatic system disorders	214	28	57	153
Cardiac disorders	594	115	667	1 717
Congenital, familial and genetic disorders	4	0	2	20
Ear and labyrinth disorders	0	0	1	8
Endocrine disorders	4	1	2	5
Eye disorders	21	5	18	28
Gastrointestinal disorders	259	53	236	480
General disorders and administration site complications	1 242	281	2 421	3 250
Hepatobiliary disorders	51	9	24	54
Immune system disorders	22	7	11	64
Infections and infestations	322	55	407	1 123
Injury, poisoning and procedural complications	139	13	118	175
Investigations	115	67	119	357
Metabolism and nutrition disorders	70	24	144	204
Musculoskeletal and connective tissue disorders	70	28	127	144
Neoplasms benign, malignant and unspecified	16	2	37	66
Nervous system disorders	816	131	635	1 255
Pregnancy, puerperium and perinatal conditions	9	1	6	35
Product issues	1	0	0	1
Psychiatric disorders	45	11	110	153
Renal and urinary disorders	48	10	107	194
Reproductive system and breast disorders	1	4	3	3
Respiratory, thoracic and mediastinal disorders	612	117	599	1 355
Skin and subcutaneous tissue disorders	37	4	56	101
Social circumstances	6	3	25	13
Surgical and medical procedures	21	36	69	31
Vascular disorders	369	99	241	489

En France, en à peine 6 mois, l'ANSM dénombre plus de **15 000 événements indésirables graves, parmi lesquels près de 1 800 hospitalisations, plus de 2 800 mises en jeu du pronostic vital et près de 1 000 morts.**

Selon les chiffres de l'OMS, **au niveau mondial**, les effets indésirables des vaccins anti-Covid sont inhabituellement nombreux. L'OMS en a déjà enregistré 1,37 million (soupçonnés), quand les 15 familles de vaccins les plus courants en ont suscité moins d'1,7 million **en 50 ans** (soupçonnés aussi). **A l'échelle d'une année et en cherchant une base comparable du nombre d'injections**, le nombre d'effets indésirables rapportés suite aux 3,3 milliards d'injections de vaccins anti-covid en 2021 est inédit. Il est près de 10 fois supérieur au total des événement rapportés sur l'année 2019, tous vaccins confondus, pour plus de 5 milliards de doses administrées.

Par ailleurs, il est vrai que les événements indésirables restent « rares », et que rien ne permet de croire que « tout le monde » va être atteint par des effets indésirables. **Mais rare ne signifie pas négligeable** : si l'on distribue 10 milliards de doses provoquant seulement un effet grave une fois sur 20.000 doses (ce qui est considéré comme « très rare » sur les notices de médicament), on provoque 500.000 victimes d'événements graves, certes « rares » en proportion, mais nombreux dans l'absolu : c'est à peu près le nombre de victimes d'armes à feu dans le monde chaque année. **Et chaque dose individuelle supplémentaire de vaccin (on parle de 3^{ième}, 4^{ième} dose, voire de doses trimestrielles) ne fait que renforcer la probabilité d'occurrence de ces effets indésirables.**

Enfin, il faut savoir qu'en matière de pharmacovigilance, on estime qu'entre 1 % et 10 % des événements indésirables réels sont rapportés, ce qui veut dire que **les chiffres doivent être multipliés par un facteur 10 ou 100.**

Ces chiffres et tendances sont bien entendu tellement inquiétants et de nature à inspirer une **prudence légitime**, que les autorités se sont empressées de museler le débat. Les Etats sont en effet juges et parties, puisque les laboratoires se sont dédouanés de toute responsabilité juridique en cas d'effets secondaires importants. Dès lors, ce seront les Etats qui devront assumer, financièrement et pénalement, les éventuelles conséquences d'une débâcle sanitaire liée aux effets indésirables des vaccins. Nous vous invitons à lire les annexes pour bien saisir la nature de ces questions et comprendre en quoi les polémiques soulevées par les médias mainstream sont un écran de fumée destiné à masquer les prémises d'un futur scandale sanitaire.

Effets à moyen ou long terme

Quant aux effets à moyen ou long terme, ils sont tout simplement inconnus et il est strictement impossible de les connaître car nous manquons de recul. Neuf femmes ne feront pas un bébé en un mois mais bien neuf enfants en neuf mois. De la même manière, des milliards de doses injectées à travers le monde ne nous donnent strictement aucun recul sur les effets à long terme d'une thérapie génique dont on connaît encore très peu de choses.

Enfin, Paracelse, qui fut l'un des pionniers de la médecine au XVI^e siècle, avertissait : « *c'est la dose qui fait le poison* ». Une même dose de vaccin administrée à un adolescent ou un enfant de faible poids peut être, en proportion, 2 fois à 8 fois (pour des enfants de bas âge) supérieure à celle administrée à un adulte. Les effets sur le long terme peuvent ainsi être d'autant plus importants.

3.d – En synthèse

A la vue de ses éléments, chacun pourra se faire sa propre opinion. La nôtre est faite : un bénéfice quasiment nul hormis pour retrouver la liberté dont on a privé nos enfants, et des risques importants à court terme, inconnus à long terme.

Une [étude](#) réalisée en juillet 2021 par l'AIMSIB (l'association internationale pour une médecine scientifique indépendante et bienveillante), le collectif Reinfocovid et Coordination Santé Libre, a cherché à construire une synthèse quantitative des bénéfices-risques en s'appuyant sur l'ensemble des données à disposition, en termes de mortalité Covid, avec ou sans comorbidité, et des chiffres d'effets indésirables ou mortels pour chacun des vaccins, le tout par tranche d'âge.

Il apparaît clairement que, pour les personnes âgées de moins de 45 ans :

- Le **risque de décès après vaccination est 140% plus élevé par rapport à la mortalité Covid-19**
- Le **risque d'effet secondaire très grave entraînant une invalidité, un décès ou un pronostic vital engagé après vaccination est jusque 370% plus élevé par rapport au Covid-19**
- Concernant les enfants avec comorbidité, le risque de décès supposé lié à la vaccination est **60 fois plus élevé** qu'avec la Covid-19.

Le gouvernement a ouvert la vaccination aux adolescents à partir de 12 ans. Ils sont 2 446 848 enfants entre 12 et 14 ans. En reprenant les calculs précédents :

- La vaccination des adolescents de plus de 12 ans pourrait entraîner à court terme **au minimum 85 décès et jusqu'à 235 invalidités graves, pour un bénéfice totalement inexistant.**
- Ajoutons à ce constat à court terme, le fait que les **effets secondaires à moyen et long terme (3 à 10 ans) sont totalement inconnus.**

Voir Annexes 3 pour de plus amples détails.

Au-delà des risques présentés, des précédents nous ont montré que certains vaccins comme celui de la Dengue pouvaient être des **propagateurs d'une infection** à cause du phénomène ADE (antibody dependant enhancement). C'est peut-être l'une des raisons qui pourrait expliquer pourquoi, dans de nombreux pays (Islande, Israël, ...), les campagnes de vaccination ont immédiatement entraîné une forte poussée épidémique.

Voir Annexes 5 pour de plus amples détails.

4 – Diverses organisations de plusieurs pays défavorables à la vaccination des moins de 18 ans

Comme on l'a vu, chacun peut constater que le rapport bénéfices-risques de la vaccination des mineurs est clairement défavorable.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle **plusieurs institutions de divers pays se sont prononcées en défaveur de la vaccination des moins de 18 ans.**

- **Le 3 juin 2021**, le principal expert en vaccins de l'Organisation mondiale de la santé, le Dr Kate O'Brien, a [déclaré](#), que les enfants ne devraient pas être au centre des programmes de vaccination contre le COVID
- **Le 9 juin 2021**, en France, le [Comité Consultatif National d'Ethique](#), déclare : « *chez les adolescents, entre 12 et 16 ans, le bénéfice individuel en lien avec l'infection est très faible en l'absence de comorbidité et ne semble pas suffisant pour justifier, à lui seul, la vaccination* ». Le 20 août 2021, en direct dans [La Matinale de LCI](#), le Docteur Jean du Breuillac, Membre de la commission des vaccinations de la Haute Autorité de Santé, déclarait au sujet de la vaccination des enfants : « *ce sont les adultes qui contaminent les enfants. Les cas de covid sont peu sévères chez les jeunes. Le vaccin n'est pas efficace chez eux* ».
- **Le 10 juin 2021**, la [Commission vaccinale allemande \(Stiko\)](#) a recommandé **de limiter la vaccination contre le Covid-19 des jeunes de 12 à 17 ans à ceux souffrant déjà de pathologies et pouvant ainsi développer des formes graves du nouveau coronavirus**
- **Le 17 juillet 2021**, l'[Angleterre](#) se déclare contre la vaccination de masse des adolescents sur l'avis de scientifiques (*même si le ministre de la Santé, Sajid Javid, a décidé le 04 août de l'ouvrir aux 16-17 ans – contre l'avis des scientifiques*). Le 3 septembre 2021, le [conseil scientifique spécialisé dans la vaccination](#) (JCVI : The Joint Committee on Vaccination and Immunisation) a déclaré de nouveau qu'il n'y a pas lieu de vacciner les 12-15 ans : « **Les preuves disponibles indiquent que les avantages pour la santé individuelle de la vaccination COVID-19 sont faibles chez les personnes âgées de 12 à 15 ans qui n'ont pas de problèmes de santé sous-jacents qui les exposent à un risque de COVID-19 sévère. Les risques potentiels liés à la vaccination sont également faibles, les rapports de myocardite post-vaccination étant très rares, mais potentiellement graves et toujours en cours de description. Compte tenu de la rareté de ces événements et du temps de suivi limité des enfants et des jeunes atteints de myocardite post-vaccination, une incertitude importante demeure quant aux risques pour la santé, associés à ces événements indésirables** ».

Voir Annexes 4 pour de plus amples détails.

5 – Focus sur deux effets indésirables

Nous mettons en exergue deux effets qui sont maintenant sous surveillance par l'ANSM, et qui touchent notamment les jeunes : des problèmes de règles et des myocardites touchant principalement les hommes.

Perturbations de règles :

[Le Monde](#) du 08 août 2021 évoque la confirmation des signaux de perturbations de règles, signaux que l'ANSM a décidé de mettre sous surveillance étroite :

« *Trois semaines de retard* », des règles « *super douloureuses après le vaccin* » ou plus abondantes, un syndrome prémenstruel « *plus violent* » : sur les réseaux sociaux, les témoignages évoquant des troubles du cycle menstruel très variés survenus après une injection de vaccin contre le Covid-19 se multiplient. Dans son [enquête de pharmacovigilance](#) datée du 30 juillet, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des

produits de santé (ANSM) a pour la première fois évoqué ces troubles comme « *signal potentiel* » associé à l'injection des produits des sociétés Moderna et Pfizer-BioNTech.

Ces signaux font suite à de très nombreuses remontées de témoignages sur les réseaux sociaux et passés sous silence.

Lara Prendergast, rédactrice en chef du magazine [The Spectator](#) rapporte que le vaccin a affecté ses règles et demande si elle a le droit d'en parler.



Lara Prendergast

The Covid vaccines may affect periods. Are we allowed to talk about this?

📖 From magazine issue: 21 August 2021

Dans cet [article](#), elle raconte comment le vaccin contre le coronavirus a affecté ses règles. Elle s'interroge sur ce qui pourrait se passer d'autre, dont nous ne sommes pas encore conscients.

« Je me sens un peu mal à l'aise d'aborder le sujet dans les pages du Spectator. Je le fais parce que j'ai lu avec intérêt que les femmes britanniques ont signalé 30 304 cas de changements dans leurs règles après avoir été vaccinées avec le Covid. J'ai réalisé que je suis l'une d'entre elles.

*Des millions de femmes britanniques se sont fait vacciner, donc 30 304 signalements ne représentent qu'une infime proportion : un nombre négligeable, direz-vous. Mais cela ne semble pas négligeable si vous êtes l'une de ces femmes. J'imagine que beaucoup d'entre elles tiennent un registre de leur cycle, peut-être dans leur journal ou sur une application, et qu'elles auront remarqué un changement. **Aux États-Unis, une étude portant sur les changements menstruels provoqués par les vaccins Covid a reçu 140 000 réponses.** Les deux anthropologues biologiques qui ont mené la recherche ont déclaré qu'ils s'attendaient à en recevoir environ 500 lorsqu'ils ont lancé leur enquête.*

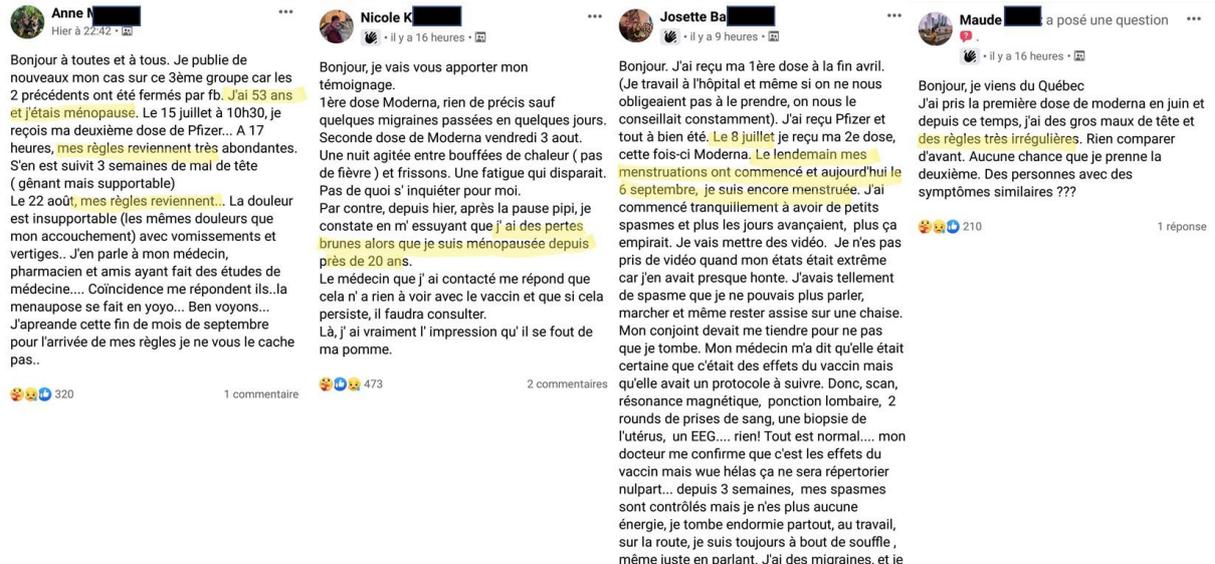
***Le nombre réel de cas au Royaume-Uni est probablement bien supérieur à 30 304.** Mais il est gênant de parler de ce que le vaccin a fait à nos règles. Des amies me disent qu'elles ont aussi été affectées et non, elles ne l'ont pas signalé non plus. Personne ne veut être considéré comme une hystérique. Emotif. Un tantinet névrosé. Alors, au lieu de cela, ces conversations se déroulent discrètement, sur des chats WhatsApp, sur des fils Internet, à voix basse. Qui veut être accusé d'être un redoutable « anti-vax »*

*[...] Si vous vaccinez une population entière, même les effets secondaires rares s'additionneront à des milliers de personnes. Est-ce si mal d'en parler ? **Et si les vaccins affectent les règles de tant de femmes, qui sait ce qui peut se passer d'autre ?** Les essais médicaux sur les femmes enceintes ont été interdits après **le scandale de la thalidomide dans les années 1960.** Je suppose que nous ne pouvons qu'espérer et croire que Carrie et les sages-femmes ont raison de conseiller à toutes les femmes enceintes que les risques du Covid sont nettement supérieurs à ceux du vaccin ».*

Le magazine [AuFeminin](#) rapporte une courte enquête sur le sujet de la marque Womanizer auprès de son panel international de testeuses composé de 552 personnes. Résultat : **une personne sur cinq a confirmé que la vaccination avait un effet sur son cycle menstruel**. Avec les effets suivants :

- 31 % : règles plus abondantes
- 29 % : règles plus douloureuses que d'habitude.
- 22 % : retard des menstruations
- Autres : pertes de sang en dehors de leur période de menstruation, règles plus longues...

Les réseaux sociaux regorgent de témoignages que la pharmacovigilance ne recense souvent pas.



Des récents [articles](#) pointent du doigt la cécité de l'establishment sanitaire sur le sujet des perturbations de règles. Cet aveuglement est souvent le signe précurseur d'un futur scandale sanitaire de grande ampleur.



Problèmes de réactions inflammatoires cardiaques :

Le 18 juin 2021, l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament retient un "[rôle possible](#)" du vaccin Pfizer pour les cas de myocardites et le 27 août, elle a officiellement [listé](#) les myocardites (inflammation du muscle du cœur), les péricardites (inflammation du péricarde entourant le cœur) et hypertensions artérielles comme de **graves effets indésirables des vaccins Pfizer et Moderna**.

Signaux confirmés :

- Hypertension artérielle

Devant tout symptôme évocateur d'une hypertension artérielle (malaise, céphalées, vertiges,...), un contrôle de la pression artérielle devra être envisagé pour une prise en charge médicale la plus précoce possible, si elle s'avère nécessaire.

- Myocardite/Péricardite

L'ANSM recommande à toute personne présentant des symptômes tels qu'un essoufflement (dyspnée), des douleurs dans la poitrine, des palpitations (battements cardiaques forts,) ou un rythme cardiaque irrégulier de consulter rapidement un médecin.

Les dernières données en provenance des Etats-Unis vont dans le même sens : les 18-24 ans hommes ont un risque 20 fois plus élevé de contracter une myopéricardite en se vaccinant qu'en temps normal (cf tableau suivant ligne 18-24 ans).

Expected vs. Observed reports after mRNA vaccination dose 2, 7-day risk period (N=765)*

Age group, years	Females		Males	
	Cases of myopericarditis, expected	Cases of myopericarditis, observed	Cases of myopericarditis, expected	Cases of myopericarditis, observed
12-15*	0-3	12	1-5	117
16-17*	0-2	15	0-3	121
18-24*	1-8	24	1-11	213
25-29*	1-6	16	1-9	56
30-39	2-21	10	2-19	72
40-49	2-22	22	2-19	45
50-64	4-40	15	4-35	13
65+	4-44	6	4-36	8

* As of Aug 18, 2021; assumes a 7-day observation window, with 765 of 897 reports after mRNA vaccines occurring during Days 0-6 after vaccination; counts among 12-29 years from reports meeting case definition for myopericarditis; expected estimates for females 12-29 years adjusted to reflect reduced incidence in this age group

À l'échelle mondiale, selon une [étude](#) de pharmacovigilance franco-canadienne (preprint publié le 18 août 2021), les réactions inflammatoires cardiaques post vaccin sont la myocardite (55 %) et la péricardite (37 %), dont 64 % nécessitent une hospitalisation. Le groupe d'âge le plus touché est celui des 18-29 ans (31 %) et majoritairement des hommes (68 %).

La [myocardite](#) est une inflammation du myocarde, qui est le muscle cardiaque qui, en se contractant, assure la circulation du sang dans les vaisseaux sanguins. L'inflammation du myocarde entraîne une destruction des cellules musculaires cardiaques. Cette inflammation grossit et affaiblit le cœur, crée des tissus cicatriciels et l'oblige à pomper plus fort pour faire circuler le sang et l'oxygène dans tout le corps. Cela mène à une arythmie (rythme anormal du cœur) et peut aussi conduire à la formation de caillots dans le cœur suivis d'AVC et d'arrêt cardiaque. Les myocardites peuvent être traitées mais une partie des patients gardent des problèmes cardiaques à vie avec des traitements, et certains parfois doivent recourir à une transplantation cardiaque. Souvent les efforts sportifs de compétition ou exercices physiques intenses sont proscrits.

Concernant la [péricardite](#) : le péricarde est un sac fibreux dans lequel se trouvent le cœur et les racines des gros vaisseaux sanguins. Lorsque le cœur se contracte, une partie du péricarde sécrète un liquide (dont la quantité varie entre 30 et 50 ml), qui agit comme un lubrifiant. Lors d'une inflammation du péricarde, ce liquide peut augmenter et empêcher les contractions du cœur ; on parle alors de péricardite. Ceci conduit à une chute de la pression artérielle qui peut être fatale.

Ces effets indésirables sont **officiellement rares**, mais les témoignages qui émanent du terrain donnent à penser qu'ils sont plus fréquents qu'on ne le croit, comme dans une [équipe cycliste](#) de Belgique :

« Au sein de l'équipe cycliste Acrog-Tormans Balen BC, qui compte 170 coureurs dont environ 80 débutants, trois sportifs âgés de 15 à 17 ans ont développé des problèmes cardiaques peu de temps après leur vaccination. L'un d'eux a souffert d'une douleur dans la poitrine lors d'une compétition, tout juste deux jours après sa première dose du vaccin Pfizer. L'athlète en question, Yarno Van Herck, 15 ans, a appris à l'hôpital qu'il s'agissait d'une inflammation du muscle cardiaque.

"Mon téléphone ne cesse de sonner", explique Kris Van der Mieren, médecin à la Fédération belge de cyclisme. L'Agence des médicaments a informé les médecins en juillet qu'il y avait un risque accru (mais rare) de développer une inflammation du muscle cardiaque (myocardite) ou de la membrane qui entoure le Coeur (péricardite) dans les 14 jours suivant la vaccination. "Des cas rares, mais nous en connaissons déjà trois", a souligné le praticien.

Il est difficile pour les médecins d'expliquer ce qui provoque une telle réaction. "Peut-être qu'il y a un problème dans la réponse immunitaire générée par le vaccin pour fabriquer des anticorps contre le coronavirus", explique M. Van der Mieren. "Cette réaction semble pouvoir affecter le muscle cardiaque. Non sans risque puisque l'inflammation peut provoquer des arythmies et même une insuffisance cardiaque."

Les médecins invitent dès lors à être vigilant. "Si vous n'êtes pas sûr, prenez votre temps", conseille M. Van der Mieren. Le cardiologue Guido Claessen (UZ Leuven) partage son point de vue : "N'importe qui peut être touché par une infection du muscle cardiaque, même des non-sportifs. En faisant du sport, vous allez exercer une pression supplémentaire sur le muscle. Il est dès lors sage de prendre au moins une semaine de repos, même deux si possible (surtout après la deuxième dose). Le sport n'est pas à bannir complètement, mais ne prévoyez pas de compétition ou de grands défis, allez-y doucement", préconise-t-il ».

Une [étude](#) récente publiée en preprint le 30 août 2021, basée sur l'analyse des effets indésirables remontés dans la base américaine VAERS montre que le risque d'événements cardiaques (myocardite, péricardite, etc.) après vaccin est de 162 par million pour les 12-15 ans et de 94 par million pour les 16-17 ans chez les adolescents mâles. Chez les femmes, les taux étaient respectivement de 13,0 et 13,4 par million. **Ces taux sont de 2,6 à 6,1 fois plus élevés que le risque d'hospitalisation à 120 jours pour Covid en août 2021 aux Etats-Unis.**

6 – Des jeunes et des parents prennent la parole

6.1 – Trois jeunes s'expriment sur la vaccination anti-Covid

Trois jeunes s'expriment sur la façon dont ils perçoivent la vaccination les concernant : ils s'ouvrent sur ce qui fonde leur méfiance, sont lucides sur la balance bénéfices-risques, comprennent le chantage de l'obligation vaccinale déguisée, réfléchissent sur le concept d'immunité naturelle et émettent une opinion sur le vaccin obligatoire...Un bel exemple de maturité.



Lien : [https://odysee.com/\\$/embed/Trois-jeunes-r%C3%A9agissent-%C3%A0-la-propagande-vaccinale/12b991ef01eb5d5a5718d261aea6b092cfa91215](https://odysee.com/$/embed/Trois-jeunes-r%C3%A9agissent-%C3%A0-la-propagande-vaccinale/12b991ef01eb5d5a5718d261aea6b092cfa91215)

6.2 – Témoignage de Céline Caron, maman de Quentin

Sur [France Soir](#), Céline Caron alerte tous les parents : **vacciner n'est pas sans risque, elle ne le savait pas et l'a appris en payant le prix fort en tant que mère**. Alors qu'elle « faisait confiance » aux institutions médicales et politiques, cette enseignante est allée se faire vacciner, elle et ses enfants. Suite à quoi son fils Quentin se sent de plus en plus mal au fil des jours. Elle décide de l'emmener à l'hôpital, alors qu'ils auraient pu attendre la nuit, mais les médecins l'informent que s'ils avaient attendu un jour de plus, ils ne savent pas dans quel état Quentin aurait terminé.

3 occitanie

TEMOIGNAGE. Narbonne : « Mon fils de 18 ans a failli mourir d'une myocardite après sa première dose de vaccin anti covid »

Quelques jours après avoir reçu une première dose de vaccin Pfizer, Quentin Caron, 18 ans, entre en réanimation à l'hôpital de Narbonne. Le jeune Audois est victime d'une myocardite. Sa mère, Céline, témoigne « pour que ça n'arrive pas à d'autres enfants ».

Publié le 28/07/2021 à 06h31 • Mis à jour le 28/07/2021 à 18h56

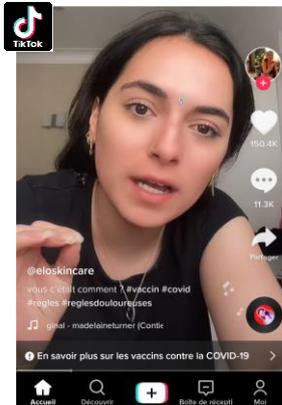
Elle en témoigne également sur [France3Occitanie](#) : « *c'était un jeune en parfaite santé et très sportif. Aujourd'hui, il est très fatigué, et aussi très choqué. Quand on passe à côté de la mort à 18 ans, ça laisse des marques* ». Durant 3 mois, le jeune homme est sous traitement et doit éviter toute activité qui sollicite trop son cœur.

En colère et inquiète, Céline Caron espère que son témoignage puisse éviter que cette situation ne se répète. « *On nous dit que les jeunes doivent se faire vacciner, mais il faudrait être sûr qu'il y ait moins de risque dans le vaccin que dans le Covid lui-même pour cette classe d'âge. Et aujourd'hui, ce n'est pas le cas* », s'inquiète l'enseignante.

Lien : <https://www.francesoir.fr/videos-les-debriefings/son-fils-frole-la-mort-cause-du-pfizer-celine-caron>

6.3 – Des douleurs de règles pour une Tiktokeuse

Sur TikTok, une jeune fille témoigne de son expérience et demande si elle est la seule à avoir vécu une telle douleur.



« Cette vidéo est destinée aux personnes qui ont leurs règles et qui ont reçu leur vaccin contre le Covid.

Les gars, très sérieusement, vos premières règles après le vaccin, elles étaient comment ? Parce que moi j'ai souffert comme jamais j'ai souffert. La douleur que j'ai ressentie était tellement vive, trois fois plus vive que ce que je vis normalement...

[...] J'avais envie de chialer, c'était horrible.

[...] J'aurais aimé avoir été prévenue avant de prendre le vaccin que ça allait être comme ça »

Lien : <https://vm.tiktok.com/ZMdVgSkNx/>

7 – Les prochaines étapes

Fidèle à son positionnement d'[Absurdistan autoritaire](#) (selon la dénomination du journal allemand Die Zeit), le gouvernement français va probablement poursuivre sa trajectoire, en précurseur ou dans les pas d'autres pays. En effet, comme on le constate, une forme de compétition s'est opérée entre les pays, et sous la coordination mondiale du cabinet international de Conseil en Stratégie Mc Kinsey, chaque pays cherche à s'inscrire en tête d'une course aux mesures les plus autoritaires.

L'avenir n'est pas écrit et nous ne le connaissons pas à l'avance. **Nous sommes à un tournant, dont l'issue dépend en partie de chacun d'entre nous** : soit nous optons pour une **accalmie de la situation**, par diminution naturelle de la pandémie ou par choix politique consistant à intégrer ce virus dans nos vies, à l'instar de la grippe annuelle, et à retrouver nos libertés fondamentales aujourd'hui perdues ; soit nous choisissons de **poursuivre cette course folle vers la surenchère de la peur et du contrôle social**. Cette dernière hypothèse semble hélas se dessiner, et, sans être dans le secret des Dieux, voici quelles pourraient en être les prochaines étapes :

A très court terme :

- **Mise en avant de modélisations de [l'Institut Pasteur](#) permettant, au travers de scénarios catastrophistes totalement arbitraires, de décrire la situation idéale pour poursuivre la politique de la peur.** Nous reviendrons dans la prochaine note sur cette étude qui n'a rien de scientifique puisque, notamment les données et les modèles ne sont pas accessibles à la communauté scientifique.
- **[Extension](#) de la [date du 15 novembre 2021](#) du pass sanitaire sur la base de ces modèles**
- **Dramatisation** des [variants mu et C.1.2](#)
- **Accusations systématiques des non-vaccinés** tenus pour responsables des difficultés du pays, qu'elles soient sanitaires, sociales, psychiques, morales ou économiques.

A moyen terme :

- **Vaccination des enfants de 3 à 12 ans au cours du dernier trimestre 2021 ou du premier trimestre 2022, puis des enfants de 0 à 3 ans à partir de 2022.** Les médias ont profité du mois d'août pour préparer les esprits à la prochaine étape, et l'expérience nous montre que les décisions politiques suivent dans la foulée. Le Conseil d'Orientation de la Stratégie Vaccinale conclut son avis du 28 mai 2021 en exprimant que « *la vaccination contre la Covid-19 des adolescents âgés de plus de 12 ans pourrait être une première étape* ».



- **Extension du pass sanitaire :**
 - **De la date :** [prolongation au-delà du 15 novembre 2021](#) jusqu'à fin 2021 dans un premier temps, puis 2022 ensuite.
 - **Du périmètre :** entreprises, magasins non essentiels, transport régional, lieux publics, lieux de culte, ...
- **Prolongation de l'Etat d'Urgence** au-delà de la date du 15 décembre 2021
- **Transformation du pass sanitaire en pass vaccinal**, comme le souhaite [l'Académie de médecine](#) (« *remplacer au plus tôt le passe sanitaire par un passe vaccinal* »), en commençant par supprimer la gratuité des tests puis en supprimant ultérieurement la possibilité d'inclure les tests dans le pass
- **Extension de l'obligation vaccinale au-delà des cibles actuelles :** salariés du public ou des établissements publics, tous les salariés, personnes bénéficiant de prestations chômage ou retraite, ou généralisation pour tous les Français âgés de plus de 12 ans, comme le souhaitent plusieurs sénateurs PS qui ont déposé une [proposition de loi](#) examinée le 13 octobre prochain au Sénat.
- **Introduction de nouvelles formes de coercition :** paiement des frais d'hôpitaux, contrôles aléatoires dans la rue, etc.
- **Accélération par l'Agence Européenne du Médicament du calendrier d'obtention de l'Autorisation de mise en marché Conventionnelle** (et non plus conditionnelle), à l'instar de la FDA qui, le 23 août 2021, a approuvé le vaccin de Pfizer pour les 16 ans et plus. Une autorisation scandaleuse qui a ému jusqu'au [British Medical Journal](#) (BMJ).
- **Dramatisation d'une 5^{ème} vague** (on se demande où était la 4^{ème} vague), puis de vagues successives avec des variants toujours plus exotiques, virulents et [dangereux](#).
- **Pour compenser la perte d'efficacité ou l'inefficacité des vaccins face à ces variants, promulgation de nouvelles doses de vaccins, de manière incitative dans un premier temps, puis obligatoire par la suite :** 3^{ème} dose pour les plus de 65 ans en France depuis le 23 août 2021, diminution progressive de l'âge de la 3^{ème} dose, évocation d'une [4^{ème} dose](#) pour les

personnes immunodéprimées, [double vaccination](#) covid-grippe, lancement de vaccins à larges spectres, abonnement vaccinal à vie avec des [rappels tous les 5 mois](#) , etc.

- **Contrôle de plus en plus coercitif de la liberté d'expression des personnels de santé et des citoyens** : sanctions disciplinaires ou radiation de l'ordre des médecins en cas de parole discordante comme on le voit en [Martinique](#) ou dans [l'hexagone](#), contrôle serré des réseaux sociaux avec des purges de comptes Facebook ou Twitter et vote de lois en ce sens, accusation des anti-pass de [dérives sectaires](#), création d'un nouveau délit d'opinion, clinique psy, etc.
- **Extension progressive du champ d'application du pass sanitaire en vue d'en faire un pass social augmenté** : sur son [blog](#), Thalès écrit par exemple : « *les passeports vaccinaux joueront un rôle-clé dans la capacité des citoyens à accéder à toutes sortes de services et agiront comme des précurseurs au passage vers l'identité numérique sur téléphone portable* ». Pour ce faire, le passe-sanitaire repose sur un "wallet", un [portefeuille numérique](#), pour lequel la Commission Européenne a d'ores et déjà posé les bases. Selon [Philippe Guillemant](#), Docteur et ingénieur physicien, spécialiste d'Intelligence Artificielle exerçant au CNRS, « *le principal but de la vaccination est de parvenir à une normalisation du port d'identité numérique par chaque citoyen. Il sera en effet permis que le contrôle de ses droits d'accès à différents lieux (restaurants, boutiques, gares etc.) se fasse de manière automatique, ce qui ouvrira un immense marché, celui des objets connectés* ». Se met ainsi en place une architecture qui rendra possible le "crédit social" à la chinoise : le wallet contiendra des marqueurs indiquant qui n'a pas payé ses impôts ou ses dettes, qui a roulé trop vite, qui a tardivement réglé sa pension alimentaire. Et si le marqueur apparaît, l'individu sera interdit d'accès à certains services, ou à certains achats.
- **Intégration de l'outil dans notre corps (du smartphone au bioship)** : « *Certains d'entre nous ont déjà l'impression que nos smartphones sont devenus une extension de nous-mêmes. Les appareils externes d'aujourd'hui, des ordinateurs portables aux casques de réalité virtuelle, deviendront presque certainement implantables dans notre corps et notre cerveau* » (Klaus Schwab).

Le tableau que nous brosons ici pourrait paraître excessif, mais qui aurait pu imaginer qu'en moins de deux années, nous en soyons là à accepter une politique de fracturation de la société, dans le pays dont la devise est Liberté, Egalité, Fraternité ?

8 – Et maintenant, que faire ?

8.1 – Choisir la vaccination de votre enfant

La lecture de ce guide a, nous l'espérons, permis d'éclairer votre consentement et vous souhaitez en toute connaissance de cause faire vacciner votre enfant, en espérant que votre choix se fasse indépendamment des contraintes exercées sur lui afin qu'il puisse demeurer libre. **N'oubliez pas cependant d'éclairer son propre consentement en lui partageant la lecture de ce guide et en recueillant son assentiment, puisqu'en fine, il s'agit de sa propre santé.** Ce sera en effet lui qui devra assumer les conséquences des effets indésirables graves, encore inconnus aujourd'hui, à court, moyen ou long terme.

8.2 – Refuser la vaccination de votre enfant et agir

De multiples actions sont possibles :

1. **Signaler votre refus de vaccination** auprès de votre médecin traitant, du proviseur de votre établissement et des professeurs référents. Il est à noter que rien ne vous oblige à donner la raison de votre refus (*votre enfant peut déjà avoir été vacciné ou avoir déjà attrapé le Covid*) ou encore le statut vaccinal de votre enfant en raison du secret médical.
2. **Vous informer**, notamment en vous abonnant à diverses newsletters d'associations ou de journaux alternatifs ou via les réseaux sociaux, puisque les journaux mainstream ne font que relayer la doxa officielle.
3. **Informez votre entourage** en permettant la diffusion massive de ce guide, pour éclairer leur propre consentement
4. **Manifester** : chaque samedi, à 14h, en général sur la place de la mairie de votre ville. Se renseigner via les réseaux sociaux sur les dates et heures des manifestations.
5. **Se regrouper** : il ne faut surtout pas rester seul ou laisser votre enfant seul, évincé de toute vie sociale à cause du Pass sanitaire. Regroupez-vous avec d'autres familles dans la même situation pour organiser des activités en commun (puisque les activités sportives sont désormais interdites aux enfants non vaccinés)
6. **Résister en faisant déjà respecter la loi** : illégalité de l'éviction des enfants non-vaccinés en milieu scolaire puisqu'aucune loi ne la justifie, refus de faire connaître l'état de santé ou l'état vaccinal de vos enfants en raison du secret médical, etc ;
7. **Participer aux actions juridiques qui sont lancées** ou engager vous-même des actions juridiques en déposant plainte auprès de votre gendarmerie ou auprès du Procureur de votre région.
8. **Permettre à son enfant de faire l'école à la maison** : même si le gouvernement a souhaité supprimer cette [liberté fondamentale](https://www.liberteeducation.com/peut-on-toujours-faire-lecole-a-la-maison-en-septembre-2021/), il est toujours possible de le faire à la rentrée 2021, ou durant l'année scolaire à venir. La quasi-obligation vaccinale en milieu scolaire fera passer le nombre d'enfants de 62 000 à près de 100 000 à la rentrée 2021. Informations complètes sur : <https://www.liberteeducation.com/peut-on-toujours-faire-lecole-a-la-maison-en-septembre-2021/>

9 – Conclusion et remerciements

Nous souhaitons conclure ce guide par des mots d'un homme politique, député européen, qui a su prendre la mesure des temps que nous traversons. A la suite de l'allocution présidentielle du 12 juillet 2021, qui a plongé nombre de concitoyens dans un état hébétément, [François-Xavier Bellamy](#), à l'opposé d'une classe politique aux abonnés absents, a su prendre la mesure des événements :

« [...] Mais il ne faut pas se méprendre : la vraie rupture historique pour notre modèle de société date de lundi dernier [12 juillet], avec les mesures annoncées par le président de la République. Si nous nous sommes opposés, il y a plusieurs mois déjà, à la création du « pass sanitaire » par le Parlement européen et le Parlement français, c'est parce que nous refusons absolument le monde qui se dessine sous nos yeux.

Une précision d'abord, dans la confusion et les caricatures du moment : s'opposer au pass sanitaire n'est pas être « anti-vaccin ». La vaccination est un progrès scientifique prodigieux, et l'une des plus belles pages de l'histoire de notre pays est sans doute d'y avoir largement contribué à travers l'œuvre de Pasteur. **Mais comment comprendre que cette tradition scientifique aboutisse à la déraison que nous constatons aujourd'hui ?** Avec dix-huit mois de recul, nous connaissons désormais le coronavirus : nous savons chez quels sujets il provoque des formes graves, et lesquels il laisse indemne. 93% des victimes du coronavirus en France avaient plus de 65 ans ; 65% avaient un facteur de comorbidité. **En-dessous de 40 ans, sans facteur de comorbidité, le risque de mourir du coronavirus est quasi inexistant. Pourquoi alors ne pas adopter la même stratégie de vaccination que celle qui a lieu chaque année face à la grippe saisonnière ?** Rappelons que, sans susciter aucune opposition, plus de 10 millions de vaccins ont été administrés l'an dernier contre cette épidémie, majoritairement pour les personnes vulnérables, âgées ou présentant une fragilité particulière. Le nombre de morts est ainsi contenu chaque année, sans qu'il soit jamais question de vacciner toute la population tous les ans au motif qu'il faudrait éviter la circulation du virus. On ne traite pas les plus jeunes d'irresponsables égoïstes parce qu'ils ne se font pas vacciner contre la grippe ! Ce débat doit être mené sans simplisme et sans leçons de morale : oui, on peut être favorable aux vaccins, y compris à une campagne très large pour vacciner les personnes vulnérables face à cette épidémie, et affirmer que **la stratégie de masse actuellement choisie semble hors de toute mesure : pourquoi faudrait-il vacciner un adolescent, qui ne risque absolument rien du coronavirus, au motif qu'il faut protéger les personnes âgées, si celles-ci sont vaccinées ? C'est faire complètement l'impasse sur le nécessaire arbitrage entre bénéfice et risque, y compris du point de vue collectif.**

Mais là n'est même pas le problème essentiel, en un sens. Ce que nous n'accepterons jamais, c'est la transformation de nos vies quotidiennes, de nos relations humaines, de notre modèle de société, qui s'accomplira de manière certaine et probablement irréversible par la mise en œuvre du « pass sanitaire ». **Pour la première fois dans notre histoire, il faudra présenter un document de santé pour effectuer les actes les plus simples du quotidien – prendre un train, entrer dans un magasin, aller au théâtre... L'accès à un espace public sera différencié selon vos données de santé. Comment une telle révolution peut-elle s'opérer avec une justification si faible, sans débats approfondis, en caricaturant tous ceux qui osent s'en inquiéter ?** Rappelons pourtant combien ces contraintes inédites paraissaient inimaginables il y a encore quelques mois : lorsque certains s'inquiétaient que le vaccin puisse devenir le critère d'une existence à deux vitesses, on les traitait de complotistes. Lorsque le pass sanitaire a été créé, le gouvernement jurait que jamais, jamais il ne conditionnerait l'accès à des actes quotidiens – seulement à des événements exceptionnels réunissant des milliers de personnes. C'est d'ailleurs à cette condition explicite qu'un tel dispositif avait été accepté par les autorités administratives compétentes pour la protection des libertés ou des données privées. **Le fait que l'État méprise à ce point la parole donnée, sur des sujets aussi graves et en un temps aussi court, a de quoi inquiéter n'importe quel Français sur l'avenir de la liberté.**

[...] **Qui peut prétendre qu'un tel dispositif permet de « retrouver la liberté » ?** Ne pensez pas que, parce que vous êtes vacciné, vous aurez « une vie normale » : quand on doit présenter dix fois par jour son carnet de santé et sa carte d'identité, pour acheter une baguette ou faire du sport, on n'a pas retrouvé la liberté. **Quand chacun doit devenir le surveillant de tous les autres, on n'a pas « une vie normale ».**

*On nous dira qu'il faut choisir entre le pass sanitaire et le confinement généralisé : **ce chantage est absurde**. Dès lors que les plus vulnérables sont vaccinés, il n'y a aucune raison de revenir au confinement, aucune raison en particulier de fermer les amphithéâtres et d'enfermer les adolescents. **Nous n'avons pas à choisir entre deux manières inutiles d'abandonner la liberté. Ce combat n'est pas individualiste, au contraire : c'est se sentir vraiment responsables d'un bien commun essentiel que de défendre cette liberté aujourd'hui gravement menacée. Il y a là un défi de civilisation : face aux modèles autoritaires qui triomphent ailleurs dans le monde, l'Europe et la France doivent montrer qu'une action publique efficace, même en temps de crise, n'impliquera jamais d'abandonner nos principes. Les libertés fondamentales, l'égalité des droits, l'amitié civique, ne sont pas des privilèges pour temps calmes : c'est un héritage qui nous oblige** ».*

Remerciements

Nous tenons à remercier tous ceux qui agissent au quotidien pour défendre l'Etat de droit, l'éthique, les libertés fondamentales et les exigences en matière de consentement libre et éclairé.

Des médecins, scientifiques, journalistes indépendants, avocats, sociologues, mathématiciens, stratèges, personnels de santé, cafetiers, professeurs, philosophes, politiques, religieux, parents d'élèves, consultants, citoyens...qui risquent leur réputation, leur emploi, leur honneur, leur santé, leur équilibre personnel et familial, et jusqu'à leur vie, pour ceux qui reçoivent des menaces au quotidien.

Dans la prochaine édition de notre guide

Dès octobre 2021, nous compléterons le guide avec de nouveaux éléments, parmi lesquels :

- **L'écart entre la réalité objective de la pandémie et ses conséquences** en matière d'exposition médiatique, de privations de libertés et de conséquences dramatiques pour la société
- La **modélisation « bidon »** de l'Institut Pasteur, qui préside à toutes les décisions actuelles et qui fait actuellement l'objet d'une [plainte contre X](#) pour faux, usage de faux, escroquerie et trafic d'influence.
- **Les enseignements du rapport du Sénat de 2010 sur la crise du H1N1** et plus précisément, « sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A (H1N1) »
- **La mise à jour des derniers chiffres de la pharmacovigilance**
- **La question de la confiance envers les vendeurs de vaccins** (comme [Pfizer](#) qui a dû s'acquitter de 4,7 milliards de dollars de dédommagement sur 74 affaires recensées depuis 2000, notamment pour falsification de données, corruption active et versement de commissions occultes), ou **ses prescripteurs** (comme [Mc Kinsey](#) condamné le 03 février 2021 à payer une amende de 573 millions de dollars en réparation de son rôle joué dans la « crise des opioïdes », qui a tué plus de 400 000 américains depuis 20 ans).
- **L'historique et le devenir du pass sanitaire**, avec les acteurs en présence
- **Le décodage des stratégies de manipulation employées**, notamment celle du « pied dans la porte » et **l'usage systématique du mensonge** avec ses conséquences prévisibles (« celui qui

choisit le mensonge comme principe choisit inévitablement la violence comme méthode » Soljenitsyne).



CALL TO ACTION



Avant de refermer ce guide, nous vous invitons à le diffuser à 10 de vos proches, par tous les moyens dont vous disposez, pour contribuer à les éclairer

ANNEXES

- **Annexe 1** – La question du consentement libre et éclairé des parents et des enfants
- **Annexe 2** – Des vaccins expérimentaux faisant des personnes injectées des cobayes
- **Annexe 3** – Le rapport bénéfice risque des « vaccins »
- **Annexe 4** – Diverses organisations de plusieurs pays défavorables à la vaccination des moins de 18 ans
- **Annexe 5** – Des précédents qui devraient nous inviter à réfléchir
- **Annexe 6** – Liste de sites d'information alternatifs
- **Annexe 7** – Réponse d'un parent à l'inspecteur d'académie qui l'invitait à faire vacciner son enfant

Annexe 1 – La question du consentement libre et éclairé des parents et des enfants face au pass sanitaire et aux politiques d'obligation vaccinales

Le [Conseil national de l'ordre des médecins](#) éclaire la notion de consentement en précisant que « *le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* ». Il précise par ailleurs les caractéristiques de ce consentement.

1.1 – Les caractères du consentement

Le consentement doit être "**libre et éclairé**". Cela signifie qu'il **ne doit pas être obtenu sous la contrainte**. Le patient doit donner son consentement **après avoir reçu préalablement du médecin une information claire, complète, compréhensible et appropriée à sa situation**.

L'[article 36 du code de déontologie médicale](#) (article R.4127-36 du code de la santé publique) et ses commentaires définissent précisément les modalités de recueil du consentement du patient. « Les actes médicaux justifiant ce consentement doivent être entendus au sens large : en commençant par l'examen clinique habituel dont certains gestes peuvent être désagréables, comprenant d'éventuelles investigations complémentaires, différents traitements, la surveillance du traitement et de ses suites ; le consentement du patient porte également sur sa participation éventuelle à la formation d'étudiants ou de professionnels de santé (article [L.1111-4](#), 8ème alinéa du code de la santé publique). **Le fait d'intervenir sur un patient contre son consentement est pour un médecin une faute qui engage sa responsabilité civile et l'expose à une sanction disciplinaire** ».

Les commentaires de l'[article 36 du code de déontologie médicale](#) distinguent la situation du mineur dans laquelle le recueil du consentement obéit à des règles particulières : ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui prennent les décisions relatives à la santé du mineur. Mais s'il est apte à exprimer sa volonté, **son consentement doit être systématiquement recherché et les titulaires de l'autorité parentale doivent concerter leur volonté avec celle du mineur**.

La [Charte de la personne hospitalisée](#) reprend ces principes dans son article 4 : « ***l'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité médicale pour la personne et avec son consentement préalable. Pour cette raison, notamment, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé. [...] Le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. Il doit être éclairé, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. Si des risques nouveaux apparaissent postérieurement aux actes d'investigation, traitement ou prévention, toute mesure doit être prise pour en informer la personne*** ».

1.2 – La forme du consentement

Le consentement du patient doit être exprès. Il doit donc être donné de façon manifeste et **claire, par oral**. Il n'y a pas de formalisme en matière de recueil du consentement : l'expression du consentement du patient **n'est pas subordonnée à l'établissement d'un écrit.**, sauf pour certains actes médicaux comme par exemple la recherche impliquant la personne humaine.

Les recherches médicales, y compris quand elles comportent une finalité thérapeutique, sont aujourd'hui régies par la loi du 5 mars 2012, dite loi Jardé [40]. Selon le Code de la santé publique, aucune recherche interventionnelle impliquant la personne humaine ne peut être pratiquée « sans

son consentement libre et éclairé recueilli par écrit, après que lui a été délivrée l'information prévue » (article 1122-1-1). Les recherches interventionnelles sont celles « qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle » (article 1121-1), c'est-à-dire une intervention non dénuée de risque pour les personnes qui y participent. En font partie les recherches sur les médicaments, mais aussi les thérapies cellulaires ou les thérapies géniques comme le rappelle l'INSERM. Par leur nature comme par leur méthodologie expérimentale, les quatre vaccins anti-covid, encore en cours de test jusqu'à fin 2022 et début 2023, rentrent dans cette catégorie. Quant à l'information préalable, **elle doit inclure notamment « les risques prévisibles » et « les éventuelles alternatives médicales »** (article 1122-1).

1.3 – Le refus de soins de la part du patient

Le patient peut, même en mettant sa vie en danger, **refuser des soins** ou **retirer** à tout moment **son consentement**. Ce droit au refus est prévu par la loi ([article L.1111-4](#) du code de la santé publique).

1.4 – L'obligation de soins de la part des médecins

A l'inverse, un médecin ne peut refuser les soins à des patients.

En effet, le [serment d'Hippocrate](#) prêté par l'ensemble des médecins, précise dans le texte revu par l'Ordre des médecins en 2012 : « *je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences* ».

Par ailleurs, la [déclaration de Genève](#) également intitulée Serment du médecin, figurant en annexe du code de déontologie médicale et adoptée par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale en 1948, stipule : « *JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient* ».

Les droits des patients, concernant notamment la question du consentement, prennent leurs sources dans des textes législatifs en évolution constante :

- Loi du 4 mars 2002 dont le titre II s'intitule Démocratie sanitaire ;
- Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Ces textes de loi et leurs décrets d'application sont inclus dans le Code de la santé publique (CSP). La Haute Autorité de Santé en fait [l'inventaire](#) :

- Le droit à une **information de qualité** : elle doit être accessible et loyale
- Le droit à **participer activement aux décisions médicales** qui le concernent ou décision médicale partagée ([art. L 1111-4 du CSP](#))
- Le droit de **refuser un traitement ou un acte médical** ([art. L 1111-4 du CSP](#))
- Le droit au **respect la dignité** de la personne soignée ([art. L 1110-2 du CSP](#))
- Le droit au **respect de ses croyances et de ses convictions**

La loi dite "Kouchner" du 4 mars 2002 "relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé" pose le principe du droit fondamental à la protection de santé et consacre dans le Code de la santé publique le droit au respect de la dignité de la personne malade. Son article 11 stipule : « *qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* » et que « *ce consentement peut être retiré à tout moment* ».

Enfin, la [Charte de la personne hospitalisée](#) précédemment citée, énonce que : « **tous les établissements de santé** doivent contribuer à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins requis par son état de santé. **Aucune personne ne doit être l'objet d'une quelconque discrimination** que ce soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de ses opinions politiques, de sa religion, de sa race ou de ses caractéristiques génétiques ».

Il va ainsi de soi que la loi du 5 août 2021, concernant le Pass sanitaire, instituant une discrimination de l'accès aux soins dans les hôpitaux, est totalement contraire à la déontologie médicale.

1.5 – L'enjeu du consentement des adolescents selon le Comité Consultatif National d'Éthique

Le [Comité Consultatif National d'Éthique](#), dans son avis du 9 juin 2021, précise dans son chapitre « *Quel consentement pour les mineurs ? Un enjeu éthique majeur* » se demande si « **la pression de la société ne va-t-elle pas implicitement obliger les adolescents à accepter la vaccination ?** », évoquant un « *risque de stigmatisation des adolescents* » s'il ne se vaccinent pas. Il évoque plus loin que : « **la recherche d'un consentement libre et éclairé impose de fait la délivrance d'une information suffisamment claire et adaptée au mineur, en fonction de son âge et de son degré de maturité.** Certains adolescents, particulièrement affectés par les restrictions imposées par les mesures sanitaires, demanderont à être vaccinés. **La balance bénéfices/risques comprenant toutes les incertitudes exposées dans ce texte [celui de l'avis du Comité d'] devra être expliquée à l'adolescent et à ses parents, détenteurs de l'autorité, mais aussi les différentes alternatives qui sont offertes pour éviter d'être contaminé par le SARS-CoV-2. Prendre le temps d'une information éclairante sera-t-il compatible avec la durée très courte d'échange avec le professionnel de santé au moment de la vaccination ? En d'autres termes, la recherche d'un consentement « libre et éclairé » constitue un réel enjeu à relever, à décliner selon l'âge des mineurs** ».

1.6 – Quelle validité du consentement dans le cadre de l'obligation vaccinale votée le 05 août 2021 ?

L'article 11 de la loi Kouchner établit par ailleurs que « *les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions* », des dispositions particulières qui pourraient concerner [notamment la vaccination, lorsqu'elle est rendue obligatoire par voie législative](#). Car, l'obligation vaccinale, dès lors qu'elle est inscrite dans la loi, primerait sur le principe du consentement, au nom de la protection de la santé.

C'est l'argument aujourd'hui mis en avant par l'ensemble des politiques et journalistes afin de rendre caduque la notion du consentement libre et éclairé dans le cadre de la vaccination.

Il faut noter deux éléments :

- **Cet argument, s'il était valide, ne s'appliquerait en aucun cas aux vaccinations non obligatoires** : dès lors, le pass sanitaire dont la vocation est de contraindre à la vaccination par coercition enlève la liberté du consentement. Cette intimidation avec le chantage associé pour obtenir un consentement fait l'objet de **l'incrimination pénale de l'extorsion** ([article 312](#) et suivant) : « *l'extorsion est le fait d'obtenir par violence, menace de violences ou contrainte soit une signature, un engagement ou une renonciation, soit la révélation d'un secret, soit la remise de fonds, de valeurs ou d'un bien quelconque. L'extorsion est punie de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende* ». L'article 312.2 va plus loin dans les peines encourues : « *L'extorsion est punie de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende [...] lorsqu'elle est commise dans les établissements d'enseignement ou d'éducation ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements* ».
- **Cet argument n'est pas valide pour les personnels contraints à la vaccination** puisque nous sommes ici, quoi qu'on puisse lire dans la presse mainstream, dans le **cadre de vaccins expérimentaux, encore en phase 3 de test** (et non 4 comme cherchent à l'expliquer certains [articles](#) mal informés).

1.7 – La résolution de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe

Le 27 janvier 2021, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté une [résolution](#) rappelant la liberté vaccinale :

- « 7.3.1 de s'assurer que les citoyens et citoyennes 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
- 7.3.2 de veiller à ce que personne ne soit victime de discrimination pour ne pas avoir été vacciné, en raison de risques potentiels pour la santé ou pour ne pas vouloir se faire vacciner »

Cette résolution, bien que [non contraignante](#) d'un point de vue juridique, a une forte portée symbolique, voire politique. Il ne faut pas oublier que le Conseil de l'Europe est une organisation chargée de défendre les libertés et, qu'à ce titre, sa juridiction, la Cour européenne des droits de l'homme, peut éventuellement s'inspirer de ses résolutions pour trancher un litige entre un État et un particulier.

1.8 – Le règlement européen du 14 juin 2021

Le règlement européen du 14 juin 2021, peu médiatisé, interdit les discriminations à l'encontre des personnes ne souhaitant pas se faire vacciner. Il s'applique directement en France sans avoir besoin d'être transposé en droit français comme pour les Directives, puisqu'un Règlement étant dans la hiérarchie des normes, supérieur à la loi française ainsi qu'à sa Constitution. L'application de ce règlement a pour effet de rendre effectives les dispositions du Code pénal sur la discrimination basée sur l'état de santé (articles 225-1 et suivants du Code pénal).

Le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne ont adopté un [Règlement n° 2021/953 du 14 juin 2021, publié au Journal officiel de l'Union européenne le 15 juin 2021](#).

Celui-ci prévoit en termes clairs et sans équivoque que :

7. La délivrance de certificats en vertu du paragraphe 1 du présent article ne peut entraîner de discrimination fondée sur la possession d'une catégorie spécifique de certificat visée à l'article 5, 6 ou 7.

Les Considérants de ce Règlement sont encore plus clairs, et traduisent une intention de prohiber les discriminations fondées sur la délivrance d'un pass sanitaire conditionné notamment par une vaccination :

(6) Les États membres peuvent, conformément au droit de l'Union, limiter le droit fondamental à la libre circulation pour des motifs de santé publique. Toute restriction à la libre circulation des personnes au sein de l'Union qui est mise en place pour limiter la propagation du SARS-CoV-2 devrait être fondée sur des motifs d'intérêt public spécifiques et limités, à savoir la préservation de la santé publique, comme le souligne la recommandation (UE) 2020/1475. Il est nécessaire que de telles limitations soient appliquées conformément aux principes généraux du droit de l'Union, en particulier les principes de proportionnalité et de non-discrimination. Toute mesure prise devrait dès lors être strictement limitée dans son champ d'application et dans le temps, conformément aux efforts déployés pour rétablir la libre circulation au sein de l'Union, et ne devrait pas aller au-delà de ce qui est strictement nécessaire pour préserver la santé publique. En outre, ces mesures devraient être cohérentes avec les mesures prises par l'Union pour assurer la libre circulation fluide des biens et des services essentiels dans l'ensemble du marché intérieur, y compris la libre circulation des fournitures médicales ainsi que du personnel médical et du personnel soignant, grâce aux points de passage frontaliers pour les voies réservées visés dans la communication de la Commission du 23 mars 2020 sur la mise en œuvre des voies réservées prévues par les lignes directrices relatives aux mesures de gestion des frontières visant à protéger la santé publique et à garantir la disponibilité des biens et des services essentiels.

(11) Dans leur déclaration du 25 mars 2021, les membres du Conseil européen ont demandé d'engager les travaux préparatoires sur une approche commune concernant la levée progressive des restrictions à la libre circulation afin de veiller à ce que les efforts soient coordonnés lorsque la situation épidémiologique permettra un assouplissement des mesures existantes, et de faire avancer d'urgence les travaux en ce qui concerne les certificats numériques interopérables et non discriminatoires liés à la COVID-19.

(14) Le présent règlement entend faciliter l'application des principes de proportionnalité et de non-discrimination en ce qui concerne les restrictions à la libre circulation pendant la pandémie de COVID-19, tout en assurant un niveau élevé de protection de la santé publique. Il ne devrait pas être interprété comme facilitant ou encourageant l'adoption de restrictions à la libre circulation ou de restrictions à d'autres droits fondamentaux en réaction à la pandémie de COVID-19, étant donné leurs effets néfastes sur les citoyens et les entreprises de l'Union. Toute

(20) La délivrance de certificats en vertu du présent règlement ne devrait pas entraîner de discrimination fondée sur la possession d'une catégorie de certificat spécifique.

Et le Considérant 36 de porter le coup de grâce, en ces termes :

(36) Il y a lieu d'empêcher toute discrimination directe ou indirecte à l'encontre des personnes qui ne sont pas vaccinées, par exemple pour des raisons médicales, parce qu'elles ne font pas partie du groupe cible auquel le vaccin contre la COVID-19 est actuellement administré ou pour lequel il est actuellement autorisé, comme les enfants, ou parce qu'elles n'ont pas encore eu la possibilité de se faire vacciner ou ne souhaitent pas le faire. Par conséquent, la possession d'un certificat de vaccination, ou la possession d'un certificat de vaccination mentionnant un vaccin contre la COVID-19, ne devrait pas constituer une condition préalable à l'exercice du droit à la libre circulation ou à l'utilisation de services de transport de voyageurs transfrontaliers tels que les avions, les trains, les autocars ou les transbordeurs ou tout autre moyen de transport. En outre, le présent règlement ne peut être interprété comme établissant un droit ou une obligation d'être vacciné.

Nous mentionnons ici [l'analyse juridique](#) de Maître Fabien Grech, avocat à Nice.

« Ce Règlement est parfaitement applicable au pass sanitaire institué en France, dans la mesure où il est appelé à être unifié à compter du 1er juillet 2021 pour devenir un seul et unique « Certificat Covid numérique de l'UE ».

Pour rappel, le droit européen bénéficie d'un effet direct, en sorte que **les justiciables peuvent invoquer directement une norme européenne devant une juridiction nationale ou européenne.**

Cela est encore plus vrai pour les **Règlements qui, à la différence des Directives nécessitant un mécanisme de transposition en droit interne, disposent toujours d'un effet direct « complet ».**

Le Règlement du 14 juin 2021 a donc la force obligatoire et contraignante que la Résolution de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe n'a pas.

Il convient désormais d'analyser son application et son articulation en France, notamment en ce qui concerne le projet d'extension du pass sanitaire à plusieurs activités de la vie quotidienne ».

L'auteur exprime qu'il n'est pas du ressort du Conseil Constitutionnel de contrôler la loi à une norme internationale : ainsi, la validation de la loi par le Conseil Constitutionnel ne signifie en rien que la loi votée le 05 août 2021 est conforme aux normes internationales. Mais les juges ordinaires ont toute latitude de réaliser ce contrôle :

« Pour autant, il a renvoyé aux Juges ordinaires le soin d'opérer eux-mêmes ce contrôle (Juge judiciaire et Juge administratif). [...]

De ce qui précède, le Juge judiciaire et le Juge administratif exercent un contrôle de conventionnalité des Lois, et se doivent donc d'écarter les normes internes contraires à des normes de droit primaire ou de droit dérivé, et notamment d'écarter une Loi incompatible avec une norme européenne.

C'est ce qu'ils devront faire en l'espèce, à l'occasion des nombreux contentieux à naître du fait de l'application de la Loi portant extension du pass sanitaire (que ce soit sur le plan du contentieux administratif au travers des sanctions disciplinaires à intervenir ou des actes réglementaires d'application, du contentieux prud'homal portant sur les mesures de licenciement, ou encore sur le plan pénal au regard des sanctions pénales dont est assorti le texte), tant ladite Loi paraît frontalement et radicalement contraire au Règlement du 14 juin 2021 ».

1.9 – L'avis de la Défenseure des droits

Le 20 juillet 2021, la Défenseure des droits a diffusé son [avis 21-11](#) relatif au projet de loi sur la gestion de la crise sanitaire, puisque ce texte de loi proposait des transformations profondes pour l'exercice de droits et libertés qui sont au fondement de notre pacte social et républicain. Tout en reconnaissant l'importance de la vaccination dans la lutte contre la pandémie, **la Défenseure des droits s'interroge tant sur la méthode que sur le caractère proportionné de la plupart des dispositions et restrictions présentes dans le texte.**

Dans la période de crise sanitaire que nous traversons, l'équilibre entre la protection de la santé publique et la préservation des droits et libertés de chacun doit être systématiquement recherché. Ainsi que l'a rappelé le Conseil d'Etat, les restrictions apportées aux droits et libertés doivent être encadrées, strictement limitées et proportionnées à l'objectif poursuivi, à savoir la protection de la santé publique et la lutte contre la pandémie de Covid-19.

Ainsi, tout en reconnaissant l'importance considérable de la vaccination dans la lutte contre la pandémie, la Défenseure des droits s'interroge, au regard de l'objectif de protection de la santé publique, sur le caractère proportionné des restrictions d'accès de fait au transport public et à de nombreux biens et services pour les personnes non vaccinées qui sont, pour une part, des personnes en situation de précarité, dont les droits pourraient être considérablement réduits. Elle s'inquiète également de la mise en place de procédures de contrôle généralisé de la situation des personnes au regard de la Covid-19 et donc potentiellement de l'identité, désormais dévolues à des personnes privées, ainsi que des sanctions prévues dans ce cadre.

L'avis aborde 10 points d'inquiétudes qui méritent largement l'attention :

1. La nécessité d'un débat démocratique : la Défenseure des droits appelle à l'organisation d'un **débat démocratique public** et regrette le choix d'une procédure accélérée compte tenu de l'ampleur des atteintes aux droits et libertés fondamentales prévues par ce projet de loi.
2. De nombreuses zones d'ombre dans le texte : plusieurs dispositions pourraient donner lieu à de **nombreuses interprétations de nature à restreindre les droits et libertés** au-delà de ce que prévoit le projet de loi.
3. Des restrictions d'accès aux transports publics et aux biens et services : ces mesures sont de nature à **porter atteinte à la liberté d'aller et venir** et à entraver la vie quotidienne de nombreuses personnes. Alors même qu'une part importante des populations jeunes ou précaires n'a pas encore eu accès à la vaccination. **Le caractère discriminatoire de ces mesures ne peut être écarté.**
4. Le contrôle d'une partie de la population par une autre : la Défenseure des droits s'interroge sur le choix d'octroyer à des entreprises publiques et privées une forme de pouvoir de police, assurant elles-mêmes les contrôles de la détention d'un pass sanitaire.
5. Les risques de discriminations dans l'emploi : les risques discriminatoires restent particulièrement présents dans le domaine de l'emploi dans lequel les mesures prévues par le projet de loi ont pour conséquence d'opérer in fine une **distinction entre les travailleurs.**
6. Des risques d'atteinte aux droits de l'enfant : la situation spécifique des mineurs n'est pas prise en compte. Le texte prévoit, faute de « passe sanitaire », des restrictions pour l'exercice des droits essentiels des enfants, pourtant dans la CIDE, comme l'accès aux loisirs. Compte-tenu de ces éléments, la Défenseure des droits est favorable à ce que, pour les mineurs de 12 à 18 ans, **la vaccination reste uniquement encouragée et ne tombe pas sous le coup d'une obligation déguisée.** La Défenseure des droits considère que le projet de loi devrait indiquer de manière expresse que les mineurs de moins de 12 ans soient exemptés du passe sanitaire.
7. Les personnes en situation de pauvreté pourraient être doublement victimes : la carte des plus faibles vaccinations recoupe celle de la pauvreté, de la fracture numérique... Nous risquons donc d'avoir des mesures plus dures pour les publics précaires et de nouvelles inégalités.

8. Des mesures d'isolement étendues : outre un durcissement des conditions de contrôle de l'isolement, la notion d' « examen médical probant concluant à une contamination par la Covid19 » demeure insuffisamment précise au regard de la privation de liberté qu'il peut entraîner.
9. Les risques liés au traitement des données : la Défenseure des droits tient à alerter, comme elle l'avait fait dans son avis du 27 avril 2020, sur le risque de **glissement vers des pratiques de surveillance sociale générale**, auquel pourrait contribuer ce projet de loi.
10. La vaccination obligatoire pour certaines professions : seuls les professionnels liés à la santé sont soumis à cette obligation. Demeure néanmoins la question du **caractère proportionné de la sanction** au regard du **principe de non-discrimination en matière d'emploi**.

Annexe 2 – Des vaccins expérimentaux faisant des personnes injectées des cobayes

2.1 – Des vaccins en cours de test ayant fait l’objet d’une Autorisation de Mise en Marché Conditionnelle

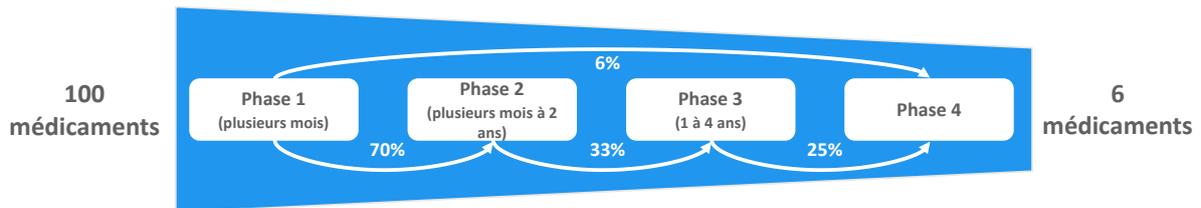
Les 4 vaccins actuellement sur le marché Français ont bénéficié d’**Autorisations de Mise en Marché Conditionnelles (AMMC)**. Selon [l’EMA](#) (l’Agence Européenne du Médicament), ce type d’autorisation est délivrée « *sur la base de données moins complètes que ce qui est normalement requis* » et suppose que le fabricant s’engage à « *fournir des données cliniques complètes à l’avenir* ».

Cette procédure particulière, permettant de faire face plus rapidement à des situations de crise, a pour conséquence première de **permettre la mise en marché des vaccins, avant même que les phases de test ne soient terminées, faisant ainsi des personnes vaccinées les cobayes d’une expérimentation grandeur nature**. Contrairement aux cobayes d’essais cliniques dûment estampillés, les personnes vaccinées ne savent pas qu’elles participent à un test, ne sont pas informées sur les risques encourus ; ils ne reçoivent aucune indemnisation et ne signent le plus souvent aucun consentement éclairé.

La [réglementation européenne](#) (RÈGLEMENT (CE) No 507/2006 DE LA COMMISSION du 29 mars 2006 relatif à l’autorisation de mise sur le marché conditionnelle de médicaments à usage humain relevant du règlement (CE) no 726/2004 du Parlement européen et du Conseil) exige notamment :

1. Que les **premières données** conduisent à l’appréciation d’un **rapport bénéfice / risque positif**. Par ailleurs, les bénéfices pour la santé publique découlant de la **disponibilité immédiate du médicament** concerné sur le marché **doivent l’emporter sur le risque inhérent au fait que des données supplémentaires sont encore requises** ».
2. Que **l’information sur le caractère conditionnel de ces autorisations soit communiquée explicitement aux professionnels de santé et aux patients**, ce qui n’est jamais fait : « *Il convient de fournir aux patients et aux professionnels de santé des informations claires sur la nature conditionnelle de ces autorisations. Cette information doit donc figurer expressément dans le résumé des caractéristiques du produit et dans la notice du médicament concerné* ».
3. Que **la pharmacovigilance soit renforcée** : « *Il importe qu’une pharmacovigilance renforcée soit instituée pour les médicaments ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché conditionnelle et la directive 2001/83/CE et le règlement (CE) no 726/2004 fournissent déjà des moyens adéquats à cet effet. Cependant, il convient d’adapter le calendrier de présentation des rapports périodiques actualisés relatifs à la sécurité de manière à tenir compte du renouvellement annuel des autorisations de mise sur le marché conditionnelles* ». Nous constatons sur le terrain le contraire.
4. Que **l’inexistence d’alternatives aux vaccins soit avérée** : « *Le médicament répond à des besoins médicaux non satisfaits ; c’est-à-dire qu’il n’existe pas de méthode satisfaisante de diagnostic, de prévention ou de traitement autorisée dans la Communauté ou, même si une telle méthode existe, pour laquelle le médicament concerné apportera un avantage thérapeutique majeur aux malades* ». Dans le cas contraire, l’autorisation conditionnelle tomberait et les vaccins seraient retirés du marché. Cette condition méconnue du grand public explique probablement l’opposition constatée aux potentielles alternatives (hydroxychloroquine avec le Lancet Gate, ivermectine, etc.).

2.2 – Des vaccins en cours de test en phase 3



Les groupes pharmaceutiques procèdent généralement en plusieurs étapes pour développer et tester ce qui s'appelle alors un candidat vaccin.

La phase pré-clinique : la phase pré-clinique Il s'agit de la partie réalisée en laboratoire. Pour commencer, les scientifiques déterminent une cible, que ce soit un virus ou une bactérie par exemple, et l'analysent afin de comprendre son fonctionnement. Cela leur permet de savoir où l'attaquer. Ils déterminent ensuite comment l'attaquer, la molécule à utiliser et la meilleure technologie à employer (vaccin à virus inactivé, à ADN ou ARN, à vecteur viral...). Des tests en boîte de Pétri, d'abord, puis sur différents animaux, permettent d'évaluer une première fois quels dosages il est possible d'utiliser, de s'assurer de l'innocuité pour chaque dosage et de garantir que le vaccin engendre bien une réaction immunitaire.

Dans un deuxième temps, si à l'issue de cette phase préclinique, la balance bénéfices-risques du vaccin penche en faveur des bénéfices, des essais cliniques peuvent alors être effectués chez l'être humain.

Le vaccin est alors testé chez l'humain dans des essais cliniques en 3 phases.

- Lors de la **Phase I**, le vaccin est administré à quelques dizaines de volontaires (des jeunes adultes en bonne santé). Cette phase a pour but d'observer les éventuels effets indésirables très fréquents, et permet aussi de déterminer le bon dosage des composantes du vaccin en mesurant les anticorps produits par les volontaires.
- Lors de la **Phase II**, qui inclut plusieurs centaines ou milliers de volontaires, on évalue de manière approfondie la sécurité du vaccin et sa capacité à créer une réponse immunitaire. Les volontaires sont suivis pendant plusieurs mois. Cette étape permet d'étudier les détails de la réponse immunitaire, de préciser les schémas d'administration (nombre de doses, etc.), et d'identifier les effets secondaires fréquents.
- Lors de la **Phase III**, le vaccin ou un produit comparatif (ou placebo) est administré à des milliers voire dizaines de milliers de volontaires. Cette phase a pour but de savoir si le vaccin protège contre la maladie. Il s'agit donc d'observer dans quelle mesure les personnes vaccinées ou qui ont reçu le produit comparatif qui sont exposées au microbe résistent à la maladie dans les semaines/mois après la vaccination. La plupart du temps, les essais de phase III sont réalisés dans plusieurs pays et sur plusieurs sites dans un même pays afin de garantir que les résultats des performances du vaccin s'appliquent à plusieurs populations différentes. Ces essais à large échelle sont les seuls capables de détecter les effets indésirables rares.

Au cours des phases 3 des essais, les volontaires et les scientifiques qui mènent l'étude ignorent quels sont les volontaires qui ont reçu le vaccin testé ou le produit comparatif. Cette méthode dite « en aveugle » est nécessaire pour garantir que ni les volontaires ni les scientifiques ne soient influencés dans leur évaluation quant à l'innocuité ou l'efficacité du fait de leur connaissance de l'identité des personnes ayant reçu le produit. Une fois l'essai conclu et tous les résultats finalisés, les volontaires et les scientifiques ayant participé à l'essai sont informés des personnes qui ont reçu le vaccin et de celles qui ont reçu le produit comparatif.

Une fois que le vaccin est jugé efficace et sûr, les autorités sanitaires accordent à son producteur une « autorisation de mise sur le marché » (AMM).

Dans certains cas, et afin d'accélérer la mise en marché des vaccins, les autorités sanitaires peuvent délivrer une « **autorisation de mise sur le marché conditionnelle** » (AMMC), qui permet de mettre en marché un vaccin avant même la fin des essais de phase III.

Après la phase III, **une phase IV est alors réalisée après la commercialisation du vaccin**. En effet, il existe des systèmes permettant de surveiller la sécurité et l'efficacité de tous les vaccins. Les données récoltées sont utilisées pour ajuster les politiques d'utilisation des vaccins afin d'optimiser leur impact. Elles permettent également de suivre le vaccin en toute sécurité tout au long de son utilisation. Il s'agit ainsi de vérifier si des effets indésirables très rares, mais graves, surviennent chez les millions de personnes vaccinées.

Contrairement aux contre-vérités du ministre de la Santé Olivier Véran professées notamment le vendredi 2 juillet, les 4 vaccins actuellement sur le marché sont bien en cours de tests.

Le ministre de la santé a dénoncé les « fake news » de ceux qui martèlent que les vaccins déployés en France seraient en cours d'expérimentation. Mais s'il a raison sur le fond, il se méprend sur la question des essais cliniques.

Le Ministre de la Santé déclarait en effet que : « Parmi les "fake news" que l'on entend, il y aurait celle qui consiste à dire que le vaccin serait encore en cours d'expérimentation, c'est absolument faux. La phase 3 est terminée depuis des mois, elle est validée ». [Le Monde](#) a pu apporter un démenti sans concession : « En affirmant de manière catégorique que la phase 3 des essais des vaccins déployés en France est « terminée », Olivier Véran se méprend. Contacté par Le Monde, le laboratoire Pfizer assure bien que son « essai de phase 3 se poursuit ».

Il est en de même pour les 4 vaccins dont la **fin des tests est prévue le 27 octobre 2022 pour le AstraZeneca, le 2 janvier 2023 pour le Janssen, le 14 février 2023 pour le Moderna et le 06 avril 2023 pour le Pfizer**. Entre temps, de nombreux rapports intermédiaires doivent être communiqués aux autorités pour garantir la fiabilité, l'efficacité et la stabilité des vaccins ainsi que l'absence de risques auprès des différentes populations.

Le corollaire de ce mensonge est bien que « les Français vaccinés [sont] des « cobayes » prêts à se faire injecter des produits actuellement testés en phase d'essais cliniques, et donc loin d'être fiables ».

2.3 – Un débat injustifié sur le caractère expérimental des vaccins

Nous relayons ici l'implacable démonstration de Philippe Ségur, Professeur de droit public à l'Université de Perpignan Via Domitia, dans son article « [Pourquoi la vaccination obligatoire anti-covid viole l'État de droit](#) ».

« Dans le débat sur la vaccination obligatoire, il est fréquent d'entendre que les vaccins anti-covid ne sont plus dans une phase expérimentale. Si ce propos peut se comprendre quand il vient de citoyens non formés au droit, il surprend davantage quand il émane de juristes. Car il relève davantage de l'opinion personnelle ou d'un emprunt à un certain discours médical que d'une lecture attentive des textes juridiques. Cette affirmation offre, il est vrai, l'avantage de

simplifier la discussion et de faire l'économie d'une réflexion éthique. Elle permet de rappeler l'existence d'autres vaccins obligatoires pour les personnels de santé (selon les professions : diphtérie, tétanos, poliomyélite, hépatite B) ou pour les enfants (poliomyélite, diphtérie, tétanos, etcétera), de considérer que le Conseil constitutionnel (décision du 20 mars 2015) et la Cour européenne des droits de l'homme (arrêt du 8 avril 2021) ont déjà tranché et, si l'on veut faire appel aux grands principes, d'indiquer que l'inviolabilité du corps humain n'est pas absolue et qu'elle peut supposer des contraintes au nom de l'intérêt général, en l'occurrence de la santé publique.

Cependant, parce qu'on se refuse à examiner la question préalable de la qualification de la vaccination anti-covid, c'est l'ensemble du raisonnement juridique qui se trouve biaisé. **Non seulement les comparaisons avec les autres vaccins ne sont pas recevables, parce que les situations sont différentes et appellent des règles différentes, mais le droit en général n'a pas à se plier à la sémantique ou à la rhétorique médicale.** S'il possède en matière d'éthique son propre lexique et ses propres définitions, c'est précisément pour éviter que l'expert médical instrumentalisé par le pouvoir n'en vienne à dicter sa loi.

Le ministère de la Santé a récemment défendu une curieuse ligne argumentaire pour justifier la licéité de l'obligation vaccinale. Il y aurait une distinction à faire – inconnue jusqu'alors – entre une phase de recueil des données qui seule serait expérimentale et la suite des essais cliniques qui ne relèveraient pas de l'expérimentation. Il est regrettable que certains emboîtent le pas de ce discours politico-médical et s'empressent de discuter d'une obligation vaccinale ordinaire comme si la question de l'expérimentation était réglée, ce qu'elle n'est pas. **Car aucun texte ne fonde la distinction du ministre. Aucun critère juridique objectif ne permet de savoir quand les recueils de données feraient perdre aux essais cliniques leur caractère expérimental. Le droit est étrangement absent de ces affirmations.** Pourtant, en matière de recherches médicales sur l'être humain, il y a du droit. Et celui-ci dit le contraire de ce que prétend le ministère de la Santé ».

Le texte poursuit son analyse pour démontrer que, bien loin des spéculations politiques ou médiatiques, selon le droit, on parle bien ici d'essais cliniques :

« Le droit de l'Union européenne donne une définition claire des essais cliniques. Selon la [directive du 4 avril 2001](#), il s'agit de « **toute investigation menée chez l'homme**, afin de déterminer ou de confirmer les effets cliniques, pharmacologiques et/ou les autres effets pharmacodynamiques d'un ou de plusieurs médicaments expérimentaux, et/ou de mettre en évidence tout effet indésirable d'un ou de plusieurs médicaments expérimentaux, et/ou d'étudier l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'élimination d'un ou de plusieurs médicaments expérimentaux, dans le but de s'assurer de leur innocuité et/ou efficacité » (art. 2, a). Ce texte ne distingue pas selon les phases, mais considère que toutes les investigations menées sur des personnes afin d'évaluer un médicament sont des essais. **Il n'y a donc pas, dans les essais cliniques, une phase qui pourrait cesser d'être expérimentale, puisque, par définition, un essai clinique porte sur un médicament expérimental.**

La notion d'essai clinique repose, en effet, sur trois critères : une intervention sur l'organisme humain (à la différence de l'essai pré-clinique qui a lieu sur l'animal), un médicament expérimental utilisé pour cette intervention et une finalité qui est de mesurer les effets de ce médicament. **C'est la combinaison de ces trois éléments (l'intervention, le médicament expérimental, la mesure des effets) qui confère aux essais le caractère d'une investigation.** Dès lors, le droit de l'Union européenne prévoit que toute demande d'autorisation d'un

médicament à usage humain doit comporter « spécifiquement et exhaustivement » un certain nombre de renseignements et de documents (**Règlement CE n°726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004, déjà cité, art. 6**). Parmi ceux-ci, figurent le « résultat des essais physico-chimiques, biologiques ou microbiologiques, toxicologiques et pharmacologiques, cliniques » ([Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001](#), art. 8). L'adverbe « exhaustivement » est sans équivoque : il s'agit de tous les essais.

Dans des circonstances exceptionnelles (lorsqu'il s'agit de « répondre à des besoins non satisfaits des patients », c'est-à-dire en l'absence de traitement alternatif autorisé, notamment pour prévenir des maladies « mettant la vie en danger »), il est néanmoins prévu que certains médicaments peuvent recevoir une autorisation de mise sur le marché « avant que les données cliniques exhaustives ne soient communiquées » et ce pour une période d'un an renouvelable (Règlement (UE) 2019/5 du Parlement européen et du Conseil du 11 déc. 2018, déjà cité, art. 1er, 14). Dans ce cas, le titulaire de l'autorisation « est tenu d'achever les études en cours ou d'en mener de nouvelles afin de confirmer que le rapport bénéfice/risque est favorable » (Ibid). Loin de signifier que les essais cliniques sont terminés, le caractère conditionnel et limité dans le temps de l'autorisation démontre que le **rapport bénéfice-risque ne sera confirmé que lorsque toutes les données auront été produites**. C'est pourquoi le [Règlement européen du 16 avril 2014](#) (préambule, 3) suggère de distinguer les essais cliniques des études cliniques. Notion plus large, les études cliniques sont celles qui ne comportent aucun risque pour les personnes et qui sont effectuées lors du traitement normal des pathologies. Ceci suggère que **seule la restitution de la totalité des données des essais cliniques au sens strict permet d'obtenir une autorisation définitive et transforme les essais cliniques en études cliniques de pharmacovigilance**.

L'article poursuit sa démonstration en montrant « **que du seul fait qu'ils sont en phase d'essais cliniques, les vaccins anti-covid sont bien des médicaments expérimentaux** » et que « **les vaccins anti-covid doivent donc être regardés comme des médicaments immunologiques expérimentaux autorisés à titre dérogatoire** ». Il se poursuit sur **l'impératif éthique du consentement libre et éclairé**, avant d'établir une conclusion qui mérite l'attention :

« En conclusion, les principes juridiques paraissent solidement établis pour considérer que la vaccination obligatoire porterait atteinte à des garanties fondamentales pour la protection des individus. Reste que ce que le législateur a fait, il peut toujours le défaire et cela vaut aussi en matière de recherche médicale. Cela demanderait néanmoins de détricoter un écheveau complexe de règles juridiques, un empilement de normes dont la loi Jardé de 2012 n'est qu'un élément et auquel il faudrait ajouter de nombreuses règles de droit du travail, de droit civil, de droit pénal, etc. **Or, la loi relative à la gestion de la crise sanitaire qui instaure la vaccination obligatoire dans une précipitation organisée, ne le fait pas. En l'état, la nouvelle loi prévoit donc l'inoculation obligatoire d'un médicament immunologique expérimental, ce qu'une autre loi, au moins, interdit. Par ailleurs, la France se met en contradiction avec le droit supranational, car cette loi est contraire non seulement au droit de l'Union européenne, mais aussi à la Convention d'Oviedo du 4 avril 1997 sur les droits de l'homme et la biomédecine qui affirme le principe du consentement libre et éclairé et qui a force obligatoire depuis 2011 sur le sol français.**

L'une des caractéristiques de l'État de droit est la soumission de l'État aux règles qu'il a lui-même énoncées. Si les gouvernants ne tiennent plus compte de ces dernières et leur portent atteinte, cela ne peut signifier qu'une chose : l'État de droit cède la place à l'arbitraire. Il faut alors espérer que les juges sauront ramener les gouvernants à la raison juridique. Car en matière d'éthique médicale, nous avons derrière nous un siècle de réflexion fondée sur un certain nombre de drames et trente ans de législation éclairée qui ont posé des garde-fous pour la sauvegarde de tous. Sommes-nous réellement prêts à les anéantir sans discussion ? À fermer les yeux en considérant que cela ne concerne qu'une fraction de la population ? Il y a urgence à se souvenir que chaque fois qu'une garantie essentielle est enlevée à quelqu'un, elle le sera possiblement à tous demain ».

2.4 – Les règlements internationaux encadrant la recherche médicale sur les êtres humains

De nombreux règlements internationaux, qui ont plus ou moins force juridique, encadrent les pratiques en matière d'expérimentations médicales.

Le [code de Nuremberg](#) est un ensemble de principes d'éthique médicale qui ont été édictés dans le cadre des procès de Nuremberg, lors du jugement des criminels de guerre nazis. Il établit notamment une liste de dix critères permettant de rendre des expérimentations sur des humains acceptables, parmi lesquels : le consentement éclairé du citoyen, l'existence d'un bénéfice pour la société, ou encore la prudence.

Selon [Philippe Ségur](#), déjà cité :

« Le Code de Nuremberg est fondamental si l'on veut comprendre le cheminement juridique occidental en matière d'expérimentation médicale. En 1946-47, lors du procès des médecins nazis responsables de nombreuses atrocités, notamment en matière d'expérimentation vaccinale ou immunologique, leurs avocats ont plaidé que dans une situation d'exception - la guerre -, le serment d'Hippocrate pouvait être mis de côté et que les intérêts de la Nation pouvaient l'emporter sur ceux de l'individu. C'est précisément pour empêcher de relativiser les règles de l'éthique médicale au gré des circonstances historiques et de la volonté d'un État que les juges du Tribunal de Nuremberg ont défini un certain nombre de principes à caractère universel auxquels ils ont voulu donner une portée juridique internationale.

Même si le Code de Nuremberg n'a pas de valeur obligatoire aujourd'hui en droit français, il l'inspire très largement et les plus hautes autorités s'y sont référées comme le Comité Consultatif National d'Éthique en 1984 ou le Conseil d'État en 1988 avant que les premières lois françaises réglementant l'expérimentation médicale sur les êtres humains ne soient adoptées. Ce n'est donc pas un hasard si on retrouve ensuite les mêmes principes - dont le consentement libre et éclairé - dans les textes modernes, notamment dans la loi Jardé de 2012 aujourd'hui en vigueur ».

La [Convention d'Oviedo](#) du 4 avril 1997 sur les droits de l'homme et la biomédecine réitère le principe du consentement libre et éclairé de la personne pour toute intervention médicale, notamment pour une expérimentation. Dans ce cas, le consentement doit même être recueilli par écrit. La France a renâclé pendant 14 ans avant de ratifier ce texte, ce qui a été fait en décembre 2011. Désormais, il a force juridique chez nous et les juges peuvent l'appliquer en pratiquant ce qu'on appelle le contrôle de conventionalité, ce qui signifie qu'ils peuvent vérifier que des textes législatifs ou réglementaires lui sont bien conformes.

La [déclaration d'Helsinki](#), élaborée par l'Association médicale mondiale, est une déclaration de principes éthiques dont l'objectif est de fournir des recommandations aux médecins et autres participants à la recherche médicale sur des êtres humains.

Annexe 3 - Le rapport bénéfice risque des « vaccins »

La question de la pertinence de la vaccination pour les adolescents et les enfants se pose à l'aune de la question du risque de la maladie pour les adolescents et du **rapport bénéfices / risques du vaccin**. Du côté des bénéfices du vaccin, on s'attend à ce que le vaccin **protège la personne de la maladie et qu'il puisse protéger les autres : qu'en est-il de la contamination, des formes sévères et de la transmission ?** Du côté des risques, il faut considérer si **l'injection du médicament occasionne des effets indésirables graves à court, moyen ou long terme, et dans quelle proportion.**

3.1 – Le risque du Covid pour les jeunes

- Entre mars 2020 et juillet 2021, on dénombre **9 adolescents entre 10 et 19 ans décédés avec le Coronavirus**, soit **3 à 4 fois moins que le nombre de tués en mobylette** chaque année. Dans **un seul cas, la cause exclusive de mortalité était le Covid-19**. Le risque de mourir avec le Covid est donc de 0,00009% sur 18 mois et de mourir exclusivement du Covid est de 0,000006%.
- Environ **la moitié des enfants avec une infection confirmée sont asymptomatiques**. **Les formes sévères de la Covid-19, avec hospitalisation, sont très rares** : selon la Haute Autorité de Santé, les personnes âgées de moins de 18 ans représentent en effet **1,1% du total des hospitalisations et 0,9% du total des admissions en soins critiques**, et la majorité des formes sévères chez les adolescents est **associée à la présence d'une comorbidité** (entre 45 à 75% des cas selon les études).
- Les enfants ne sont « **pratiquement pas concernés par le Covid-long** ». Un [article](#) norvégien publié le 1^{er} septembre 2021 fait le point sur le Covid-long et, citant plusieurs études, statue que le Covid long n'est pas un sujet chez les enfants et adolescents. L'[étude](#) la plus importante, publiée dans la revue [Lancet Child and Adolescent Health](#), a examiné 1734 enfants de deux groupes d'âge (5-11 ans et 12-17 ans). 4,4% des enfants avaient des symptômes après 28 jours et seulement 1,8% avaient un ou plusieurs symptômes après 56 jours. En d'autres termes, 98,2% d'entre eux n'avaient aucun symptôme et de plus en plus de gens s'amélioraient au fil du temps. Les chercheurs n'ont trouvé aucun symptôme grave compatible avec une maladie neurologique et pas de problèmes d'attention, de concentration ou de scolarité. L'étude a également révélé des symptômes similaires, tels que des maux de tête et de fatigue, chez 0,9% des enfants qui avaient eu d'autres maladies virales après 28 jours, ce qui montre que de tels problèmes ne sont pas propres à la Covid19.

4 August 2021

Long COVID uncommon in children, analysis finds

Fewer than one in 20 children with symptomatic COVID-19 experienced symptoms lasting longer than 4 weeks, and almost all children have fully recovered by 8 weeks, a new study has found.

- Par ailleurs, si le variant Delta qui représente actuellement en France 90% des contaminations, semble plus contagieux que les variants précédents (**40 à 60 % plus transmissible** que le variant Alpha), sa **léthalité est 10 fois moins importante que celle du virus souche**, selon les données publiées le 9 juillet 2021 par le Public Health England (PHE) sur plus de 300.000 personnes contaminées

Le risque du Covid pour les enfants est ainsi quasiment nul : le bénéfice du vaccin, quel qu'il soit, sera donc naturellement faible face à cette absence de risque. L'appréciation du risque est du coup très importante au regard d'un bénéfice faible.

3.2 – Les bénéfices du vaccin pour les jeunes

Différents bénéfices sont envisageables :

- Des **bénéfices directs individuels** :
 - Diminution du **risque d'infection** du virus
 - Diminution du **risque de formes graves ou de décès**
- Un **bénéfice indirect individuel** lié à la l'obtention du pass sanitaire, permettant intégration sociale et accès aux sports, à la culture et aux loisirs
- Des **bénéfices directs collectifs** :
 - Diminution du **risque de transmission à autrui**
 - Renfort de **l'immunité collective**

3.2.1 – Diminution du risque d'infection du virus

Lors du [point presse](#) du jeudi 26 août 2021, le ministre de la Santé Olivier Véran a évoqué que le risque d'infection est « *réduit par 6 grâce au vaccin* », un chiffre sorti probablement une fois de plus de nulle part puisque le Conseil Scientifique, dans son [avis du 20 août 2021 actualisé le 25 août 2021](#) exprime un **chiffre de 50%** (et donc une réduction d'un facteur 2).

Par ailleurs, **les vaccins, bien que protégeant efficacement contre les formes graves (90%), ont une efficacité limitée vis-à-vis de l'infection par ce variant Delta**, avec une protection vaccinale contre les formes symptomatiques de l'infection estimée initialement à 80-90%, puis plus récemment autour de 50%. Les personnes vaccinées infectées étant elles-mêmes capables d'infecter leur entourage, mais sur une durée plus courte comparées aux personnes non-vaccinées infectées.

En Israël, confronté plus tardivement à ce variant, des données officielles publiées le 22 juillet montrent une **efficacité de seulement 39% du vaccin Pfizer/BioNTech contre la contamination**. Une chose est sûre : l'efficacité des vaccins décroît rapidement avec le temps.

3.2.2 – Diminution du risque de formes graves ou de décès

Le taux de protection des formes graves est toujours officiellement de 90 à 95% selon les vaccins, chiffres issus des études initiales ayant conduit à l'autorisation de mise en marché conditionnelle des vaccins et à [manier avec précaution](#) pour différentes raisons que nous illustrerons avec le médicament Pfizer :

- Périmètre d'étude limité aux formes sévères : selon le rapport d'évaluation de l'Agence Européenne du Médicament du 19 février 2021, pour le dossier de l'AMM conditionnelle (p69 et 70), il y a bien au départ l'objectif de tester l'efficacité prophylactique du vaccin contre les **formes sévères**. En revanche, **l'efficacité sur la mortalité ne fait pas partie des objectifs de l'étude de phase 3**.
- Faible fiabilité des formes sévères : **les statistiques sont ininterprétables en raison d'un très faible nombre de cas sévères dans le groupe des vaccinés et le groupe placebo pour que la différence soit significative**. Malgré plus de 18.000 personnes dans chacun des groupes (vaccinés et placebo), la puissance pour tester l'efficacité sur les formes sévères et/ou la mortalité n'est pas atteinte en raison de la faible fréquence des formes graves et des décès...Ainsi, d'après le tableau de résultats n°12 (p90) du dossier d'AMM conditionnelle sur le site de l'agence européenne du médicament fourni par Pfizer concernant l'efficacité sur les formes sévères de COVID-19, nous constatons que l'intervalle de confiance va de -124.8 à 96.3%. Cet intervalle de confiance englobant le zéro, il n'est donc pas prouvé que le vaccin protège des formes sévères de la COVID-19

Table 12 Vaccine Efficacy – First Severe COVID-19 Occurrence From 7 Days After Dose 2 – Subjects Without Evidence of Infection Prior to 7 Days After Dose 2 – Evaluable Efficacy (7 Days) Population

Efficacy Endpoint	Vaccine Group (as Randomized)				VE (%)	(95% CI) ^e	Pr (VE >30% data) ^f
	BNT162b2 (30 µg) (N ^a =18198)		Placebo (N ^a =18325)				
	n ^{1b}	Surveillance Time ^c (n ^{2d})	n ^{1b}	Surveillance Time ^c (n ^{2d})			
First severe COVID-19 occurrence from 7 days after Dose 2	1	2.215 (17411)	3	2.232 (17511)	66.4	(-124.8, 96.3)	0.7429

D'ailleurs, quelques pages plus loin de ce même document (p93), il est noté que la rareté relative des cas sévères nécessiterait soit une plus grande population d'étude et/ou une durée plus longue de l'étude pour avoir un pouvoir statistique suffisant.

- Pas de mortalité dans l'étude complémentaire du NEJM : comme en témoigne l'étude du [New England Journal of Medicine](#) ayant contribué à son acceptabilité (en p8), l'efficacité sur la mortalité est impossible à évaluer puisque la **publication sur la sécurité et l'efficacité du vaccin fait état d'aucune mort de la COVID-19 dans aucun des groupes**. On ne peut donc pas comparer la mortalité entre le groupe vacciné et le groupe témoin.

paresthesia). Two BNT162b2 recipients died (one from arteriosclerosis, one from cardiac arrest), as did four placebo recipients (two from unknown causes, one from hemorrhagic stroke, and one from myocardial infarction). No deaths were considered by the investigators to be related to the vaccine or placebo. **No Covid-19-associated deaths were observed.** No stopping rules were met during the reporting period. Safety monitoring will continue for 2 years after administration of the second dose of vaccine.

- Protocoles de la conduite des tests non communiqués : « Par exemple, aucune des trois sociétés proposant des vaccins contre le coronavirus dans des essais cliniques avancés aux États-Unis n'a rendu publics les protocoles et les plans d'analyse statistique de ces essais – les feuilles de route détaillées qui pourraient aider les scientifiques indépendants à mieux comprendre comment les essais ont été conçus et tenir les entreprises pour responsables si elles devaient s'écarter de leurs plans. Dans certains cas, des détails cruciaux sur la façon dont les essais ont été mis en place - comme à quel moment un comité indépendant peut examiner les premiers résultats d'une étude ou dans quelles conditions un essai pourrait être arrêté prématurément - n'ont pas été rendus publics » ([IrishTimes](#)). Ne connaissant pas la façon dont les groupes ont été constitués, il est impossible de juger de la robustesse méthodologique de l'étude et donc de la fiabilité des résultats. Si par exemple plus de personnes fragiles ou âgées ont été mise dans les groupes témoins, ils seront naturellement plus enclins à connaître des formes sévères. Si des personnes ont été transférées d'un groupe à l'autre, personne n'en sait rien.
- Données primaires non communiquées : Le manque de nombreuses data primaires est préjudiciable à une appréciation fine des scientifiques en vue de [prendre les bonnes décisions](#) : « À une époque où le public est de plus en plus surveillé, la transparence de la prise de décision réglementaire menant à l'approbation des traitements médicamenteux et des vaccins contre le COVID-19 est importante pour garantir la confiance des patients et des parties prenantes. C'est un impératif scientifique, moral et éthique que l'accès aux données d'essai complètes de ces interventions mondiales de santé publique soit accordé de toute urgence aux patients, aux chercheurs et aux autres parties prenantes clés ».
- Résultats à court terme seulement : ces résultats correspondent à un **moment relativement bref après la vaccination**, et nous ne savons rien des performances du vaccin à 3, 6 ou 12 mois, de sorte qu'il est impossible de comparer ces chiffres d'efficacité avec ceux d'autres vaccins comme les vaccins antigrippaux (qui sont évalués sur une saison). De fait, le recul de 6 mois nous permet de savoir aujourd'hui que cette efficacité, si elle était vraie au démarrage, s'est effondrée dans le temps.

Avec quelques mois de recul, on constate partout ailleurs qu'en France que « l'efficacité du vaccin est bien moins forte qu'attendue » comme l'indique le Premier Ministre israélien, obligé de [fermer ses frontières](#) aux touristes vaccinés. La Hebrew Université, quant à elle, rapporte que « 90% des nouveaux cas de plus de 50 ans sont totalement vaccinés. 60% des cas sévères sont également vaccinés » selon le Jerusalem Post.

Seule la France s'évertue à communiquer des chiffres étonnants au travers de la DREES : 80% des personnes hospitalisées seraient non-vaccinées, en totale contradiction avec les données en provenance d'Israël, d'Ecosse, d'Angleterre ou des Etats-Unis.

En France, pays des philosophes et de la pensée critique, et selon la campagne de communication du mois d'août :



Pourtant, certains statisticiens se sont penchés sur la question et ont établi que la moitié des données manquaient pour établir une telle hypothèse. Nous vous invitons à regarder [l'explication](#), qui a été [confirmée](#) ultérieurement par la Drees. Avec la réintégration de ces données, les chiffres pourraient changer du tout au tout : les décès des personnes vaccinées représenteraient 56% des décès totaux. Dans ce cas, les données françaises se rapprocheraient des données observées depuis plusieurs mois en Grande Bretagne ou en Israël.

3.2.3 - Le bénéfice en termes de santé mentale et de bien-être

L'avis du [COSV](#) (Conseil d'Orientation de la Stratégie Vaccinale) du 30 avril 2021, évoque que « *l'obtention effective d'une immunité collective serait bénéfique aux enfants en leur permettant de vivre dans une société protégée, avec un système d'éducation opérationnel, et des conditions qui limitent les troubles psychologiques liés à la crise* ». La [HAS](#) précise quant à elle que « *la vaccination représenterait un bénéfice individuel évident sur le plan psychologique et social, en évitant les fermetures de classes et d'établissements et leurs effets sur la santé mentale et les ruptures d'apprentissage des adolescents* ». D'autres déclarent par ailleurs que les enfants vaccinés ne subiraient pas les répercussions potentiellement désastreuses pour leur santé physique et mentale, liées à la non-détention de passe sanitaire : désociabilisation, « évincement » de l'école, suppression des activités culturelles et sportives, stigmatisation, harcèlement de leurs camarades ou professeurs, etc.

Le Conseil Scientifique enfonce le clou dans son [avis du 6 juillet 2021](#) :

c. La vaccination chez les adolescents (12-16 ans)

Cette vaccination vient de débiter en France où l'on estime qu'environ 12% des adolescents sont actuellement vaccinés. Elle est déjà très avancée aux USA, et en partie en Allemagne, mais non débutée au Royaume-Uni et dans certains pays de l'Union européenne.

L'analyse du rapport bénéfice/risque a été réalisée par différentes sociétés savantes internationales dont la plupart insistent sur le bénéfice individuel que la vaccination pourrait apporter en termes de **santé mentale**, en limitant la nécessité de restrictions d'activité. Aucune donnée sur le long terme n'est en revanche disponible.

Vu sous cet angle, la vaccination pourrait paraître indirectement vertueuse, mais il faut souligner ici le caractère profondément abject d'un tel argument : les impacts en effets subis par les enfants non vaccinés sont du seul fait du gouvernement et non du virus. Il s'agit là d'un chantage inadmissible.

3.2.4 - Diminution du risque de transmission à autrui

Les politiques français et les médias ont maintes fois affirmés que les personnes vaccinées transmettaient beaucoup moins que les personnes non vaccinées.

Aujourd'hui, les données réelles des pays étrangers, Israël, Angleterre et Etats-Unis montrent qu'il n'en est rien et que les vaccinés transmettent au moins autant que les non-vaccinés.

Selon une [étude de l'université d'Oxford](#), les Britanniques ayant reçu deux doses d'un vaccin Covid sont aussi susceptibles de propager le variant Delta que ceux qui ne sont pas vaccinés.

Elle fait suite à des conclusions similaires de Public Health England et du Center for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, qui ont publié plus tôt au mois d'août des chiffres montrant que les non vaccinés et à double piqûre ont des charges virales très similaires.

Le Conseil Scientifique français abonde dans le même sens dans sa [note d'alerte du 20 août 2021](#) (actualisée le 25 août 2021) : « *Les personnes vaccinées infectées ont des pics de charge virale du même ordre de grandeur que ceux des personnes non-vaccinées infectées (...) suggérant que les personnes vaccinées infectées pourraient être contagieuses (...)* ».

3.2.5 - Renfort de l'immunité collective

L'immunité collective est un espoir qui brille depuis les débuts de la pandémie il y a plus d'un an. C'est le moment où suffisamment de personnes dans la population seront immunisées pour que le coronavirus ne puisse plus se transmettre et finisse par s'éteindre.

Au printemps dernier, le ministre de la Santé n'avait que ça à la bouche. « Le prochain objectif, c'est l'immunité collective », écrivait Olivier Véran, le 12 juin 2021 sur Twitter. Trois semaines plus tard, même ministre, même plateforme : « C'est un défi collectif que d'atteindre l'immunité collective, relevons-le ensemble ! ».

L'idée était encore là, à l'époque, de pouvoir vacciner la population jusqu'au point où le virus ne trouve plus assez d'hôtes potentiels et disparaisse : une piste qui était considérée comme l'ultime moyen d'en finir avec le Covid-19.

Or, avec l'arrivée des nouveaux variants et notamment du variant delta, il est désormais établi que cette **immunité collective est devenue un mythe inaccessible**. [Libération](#), dans son édition du 11 août, relaie les propos exprimés la veille par Andrew Pollard, directeur de l'Oxford Vaccine Group, qui a développé le vaccin d'AstraZeneca avec le groupe pharmaceutique anglo-suédois, devant les parlementaires britanniques : « *Inutile de compter sur l'immunité collective pour mettre fin à l'épidémie de Covid-19. Avec l'arrivée du variant delta, cet objectif tant espéré devient un "mythe", un idéal tout simplement impossible à atteindre* ». [Le Monde](#) mettra 10 jours pour faire connaître à son tour le 21 août 2021 ces propos dérangeants : « *avec ce variant [Delta], nous sommes dans une situation où l'immunité collective n'est pas possible à atteindre, car il infecte toujours les individus vaccinés* ».

Suite à ces propos, au ministère de la Santé, lors d'un point presse sur la stratégie vaccinale mardi 17 août, on hésite : « *Nous ne nous prononcerons pas sur nos chances d'atteindre l'immunité collective, car il n'y a pas de consensus* ».

“La vision que l'on peut avoir de l'immunité de groupe aujourd'hui n'est malheureusement pas celle d'il y a dix-huit ou même six mois”, a concédé également Alain Fischer, le président du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale, dans un entretien accordé au JDD ce week-end.

Cette mise en garde avait déjà été exprimée le 18 février 2021, par cinq membres du Comité Scientifique français, dont son Président Jean-François Delfraissy, qui publie une tribune dans [The Lancet](#) : « **les avantages collectifs de l'immunité collective sont devenus similaires à un mantra dans les stratégies de vaccination de masse, répété par les gouvernements et les chercheurs. Cependant, l'importance de l'immunité collective présentée comme une solution à la pandémie pourrait être sur le point de changer avec l'émergence de l'évasion immunitaire, un changeur de jeu virologique aussi important que l'arrivée des variantes du SRAS-CoV-2. Faire face à l'évasion immunitaire nécessitera**

une réévaluation des stratégies de santé publique et la création d'un nouveau contrat social fondé sur des preuves ». Ils concluaient : « *Nous, les scientifiques travaillant contre le COVID-19, devons avoir le courage de nous adresser à ceux qui sont au pouvoir, qui portent la responsabilité ultime des politiques choisies et de leurs conséquences. Si cette responsabilité est éludée ou retardée, le jour inévitable du jugement pourrait être terrible* ».

La vaccination des enfants et adolescents ne contribuera donc en rien à l'atteinte d'une immunité collective désormais inaccessible avec la venue récurrente de nouveaux variants.

3.2.6 – L'immunité naturelle des personnes déjà infectées

Les dernières études le prouvent : l'immunité naturelle est beaucoup plus efficace que la vaccination Covid19. Notamment l'[étude israélienne](#) parue dans Science le 26 août 2021, et portant sur 32 000 personnes a montré que **les personnes vaccinées en janvier ou février 2021 risquaient 6 mois plus tard, en juin, juillet ou août 2021, 6 à 13 fois plus d'être infectées que les personnes non vaccinées déjà infectées.**

Par ailleurs :

- **Le risque de développer un COVID-19 symptomatique était 27 fois plus élevé chez les vaccinés que chez les porteurs d'une immunité naturelle**
- **Le risque d'hospitalisation était 8 fois plus élevé**

Bien entendu, l'article du magazine Science précise que ces résultats ne doivent pas être interprétés comme une incitation à attraper sciemment le Covid19.

Par ailleurs, depuis le début de la pandémie de Covid-19, on observe que les enfants sont bien moins exposés au risque de développer une forme grave de la maladie que les adultes, et surtout les personnes les plus âgées. Une équipe de chercheurs de l'hôpital de la Charité de Berlin, dans une étude tout juste publiée dans [Nature Biotechnology](#), vient de découvrir l'une des raisons de ce phénomène : le système immunitaire des enfants est beaucoup plus actif dans les voies respiratoires supérieures.

Le système immunitaire inné des enfants les protégerait contre les formes graves de Covid-19, selon une étude allemande

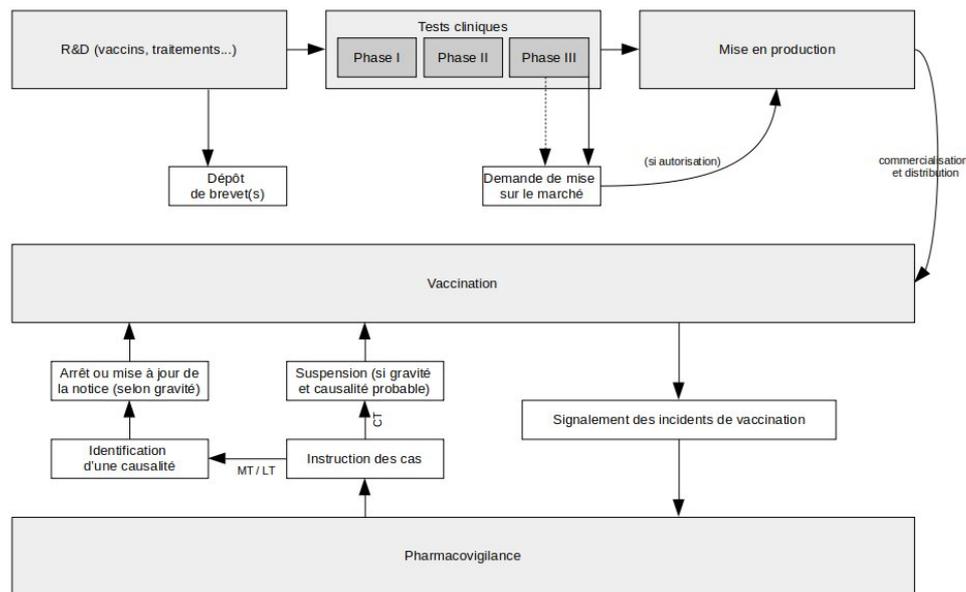
3.3 – Le risque à court terme : la pharmacovigilance fait remonter de nombreux effets indésirables, parfois très graves ou mortels

3.3.1 – Pharmacovigilance : de quoi parle-t-on ?

La pharmacovigilance (composée des mots pharmakon : « médicament » et vigilare : « être vigilant ») est **l'activité consistant à enregistrer et évaluer les effets secondaires (en particulier les effets indésirables) résultant de l'utilisation des médicaments.**

Le faible nombre de patients inclus dans les essais cliniques avant la commercialisation du médicament ne permet pas de détecter les effets indésirables qui surviennent rarement. C'est pourquoi il est nécessaire de disposer d'un **système de pharmacovigilance afin d'assurer la surveillance des médicaments sur un plus grand nombre de patients une fois le médicament commercialisé.** Ce

Le système est indispensable et s'inscrit dans la sécurité du médicament comme une activité de minimisation des risques.



L'objectif du suivi de pharmacovigilance est de **détecter des effets indésirables nouveaux et/ou graves non identifiés dans les essais cliniques**. L'enquête de pharmacovigilance mise en place pour répondre à cet objectif consiste en une **analyse quantitative et qualitative (médicale et pharmacologique) des effets indésirables suspectés d'être en lien avec la vaccination et déclarés** par les professionnels de santé, les personnes vaccinées ou leur entourage. Il est certes évident que les effets suspectés peuvent ne pas être liés au médicament ou ne pas avoir été provoqués par ce dernier : les déclarations d'effets indésirables imputées à tel ou tel médicament ne sont ainsi qu'une **présomption de causalité** (imputabilité). Cette présomption nécessite des **investigations souvent longues et complexes pour établir un éventuel lien de causalité** : c'est pour cela qu'en général, lorsqu'un nombre important de cas est remonté, les autorités de santé décident de stopper momentanément la commercialisation d'un médicament le temps d'y voir plus clair. Il va de soi de la **présomption est cependant considérablement renforcée lorsque les décès surviennent très rapidement après la vaccination**, ce qui est le cas notamment avec les données américaines (la très grande majorité des décès déclarés sont survenus dans les 48h).

3.3.2 – Des chiffres inédits et inquiétants à 6 mois

La comparaison avec d'autres médicaments montre qu'il se passe bel et bien quelque chose d'inédit pour ces vaccins génétiques anti-covid.

En France

Comme en témoignent certains articles, dont [Le Journal Toulousain](#), le nombre de signalements d'effets indésirables des vaccins explose depuis le début de la vaccination.

Toulouse. Vaccins Covid-19 : les déclarations d'effets indésirables explosent

4000 signalements pour les quatre premiers mois de l'année 2021... C'est du jamais vu au [Centre régional de pharmacovigilance \(CRPV\)](#) de Toulouse, qui recueille les déclarations d'effets indésirables des médicaments, avant de faire remonter ses observations à l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM).

"La hausse est considérable, c'est cinq fois plus que l'an passé à la même période. Nous sommes déjà submergés en temps normal. Là, autant dire que nous le sommes encore plus et à moyens constants", ironise le professeur Jean-Louis Montastruc, directeur du CRPV et membre de l'Académie nationale de médecine.

En France, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) publie un « [suivi hebdomadaire des effets indésirables des vaccins](#) » dont il est possible d'extraire **une synthèse au 8 juillet** après avoir épluché les rapports détaillés sur chacun des quatre vaccins utilisés en France ([analyse](#) réalisée par Laurent MUCCHIELLI, sociologue, directeur de recherche au CNRS – Hélène BANOUN, pharmacien biologiste, PhD, ancienne chargée de recherches à l'INSERM – Emmanuelle DARLES, maîtresse de conférences en informatique à Aix-Marseille Université – Éric MENAT, docteur en médecine, médecin généraliste – Vincent PAVAN, maître de conférences en mathématique à Aix-Marseille Université – Amine ULMILE, pharmacien des hôpitaux, praticien hospitalier, unité de pharmacovigilance du Centre hospitalier de Cholet).

Pour les 4 vaccins autorisés en France, le tableau de synthèse ci-dessous livre le constat de plus de **15 000 événements indésirables graves, parmi lesquels près de 1 800 hospitalisations, plus de 2 800 mises en jeu du pronostic vital et près de 1 000 morts. Le tout en seulement 6 mois.**

	Pfizer	Moderna	Astrazeneca	Janssen	Total
Hospitalisations	175	312	1 260	39	1 786
Décès	761	44	170	7	982
Pronostic vital engagé	2 551	50	247	4	2 852
Invalidité/incapacité	460	25	121	1	607
Médicalement significatif	4 739	619	3 393	45	8 796
Anomalies congénitales	3	nsp	nsp	nsp	3
Total	8 689	1 050	5 191	96	15 026

Source : ANSM

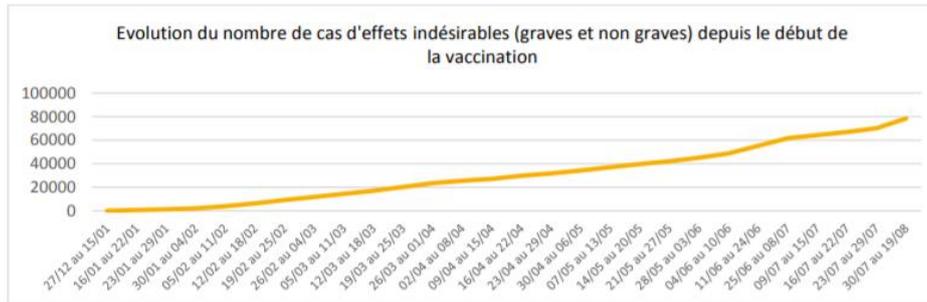
Le [rapport de l'ANSM](#) du 27 août 2021 portant sur les données entre le 30/07 et le 19/08 montre un total de 78 639 cas enregistrés depuis le début de la vaccination dont 25% d'effets indésirables graves soit 19 660 cas.

Source : données issues de la Base nationale de pharmacovigilance à partir du 27/12/2020, et pour la période du 30/07/2021 au 19/08/2021.

Données recueillies

8 279 nouveaux cas enregistrés
du 30/07/2021 au 19/08/2021

78 639 cas au total
depuis le début de la vaccination



Dans les autres pays :

Les tendances sont identiques voire plus importantes dans les autres pays puisque la France sous-déclare d'un facteur 6 les remontées de pharmacovigilance.

- **Royaume Uni :** à la date du 14 juillet 2021, l'agence britannique reconnaît 999 morts liés à l'injection du vaccin AstraZeneca, 460 liés à celle du Pfizer et 31 autres, ce qui porte le total à près de **1 500 morts**. On dénombre au total près de **325 000 signalements d'effets secondaires**.
- **Aux Pays-Bas :** au 4 juillet 2021, **93 453 déclarations d'effets indésirables** avaient été remontées concernant les conséquences de la vaccination anti-covid, parmi lesquels les thromboses dans le cas des vaccins AstraZeneca et Janssen. Enfin, le centre comptait **448 décès** rapportés comme liés à la vaccination, concernant principalement des personnes âgées et principalement le vaccin Pfizer.
- **Europe :** les données sont accessibles sur le site d'[Eudravigilance](#) le site de pharmacovigilance de l'Agence européenne du médicament. A la fin du mois de juin, la pharmacovigilance européenne avait déjà enregistré environ **9 000 décès liés à la vaccination uniquement pour le vaccin de Pfizer**, notamment du fait de complications cardiaques, pulmonaires ou cérébro-vasculaires. Les risques d'effets secondaires graves concernent non seulement les personnes âgées de plus de 65 ans, mais aussi les nourrissons et les adolescents (12-17 ans). En d'autres termes, les vaccins génétiques anti-covid utilisés en Europe présentent des risques d'effets indésirables graves (pouvant aller jusqu'à la mort) dans des catégories de la population qui ne sont nullement menacées par la Covid.
- **Etats-Unis :** la pharmacovigilance est beaucoup mieux organisée et plus contraignante que dans beaucoup de pays européens, des données très précises peuvent être exploitées sur le site de la Vaccine Adverse Event Reporting System ([VAERS](#)). Et, contrairement à l'argument des industriels, ces données sont très largement fiables. Dans une [étude](#) publiée en juin 2021, six chercheurs anglais ont ainsi analysé un échantillon de 250 déclarations de décès attribués aux vaccins anti-covid dans la VAERS. Il en résulte que les deux tiers des déclarations ont été faites par des médecins et qu'elles sont fiables à 86%. Au 16 juillet 2021, date à laquelle 160 000 millions d'Américains avaient été intégralement vaccinés, les vaccins anti-covid sont

associés à **plus de 6 000 décès**, 91% d'entre eux étant attribuables aux seuls vaccins de Moderna et Pfizer.

3.3.3 –La comparaison confirme que nous avons affaire à un événement historique

Dans une autre [analyse](#) publiée par la même équipe, expose une comparaison « toutes choses étant égales par ailleurs » avec les remontées sur d'autres vaccins : « *que l'on pense que la comptabilité des effets indésirables par la pharmacovigilance les exagère ou au contraire les minimise (ce qui est communément admis en pharmacovigilance), le problème ne varie guère d'une année sur l'autre. Et les mêmes problèmes d'interprétation des déclarations se posent pour d'autres vaccins, ceux contre la grippe saisonnière par exemple. Or la mortalité associée en Occident à la vaccination anti-covid du fait des 4 vaccins ADN ou ARN fabriqués par des firmes anglo-saxonnes constitue un fait historique inédit* ».

Le graphique, à partir ici des années américaines de pharmacovigilance (VAERS) qui recense les effets indésirables associés aux vaccins depuis 1990, est éloquent (Figure 1) :

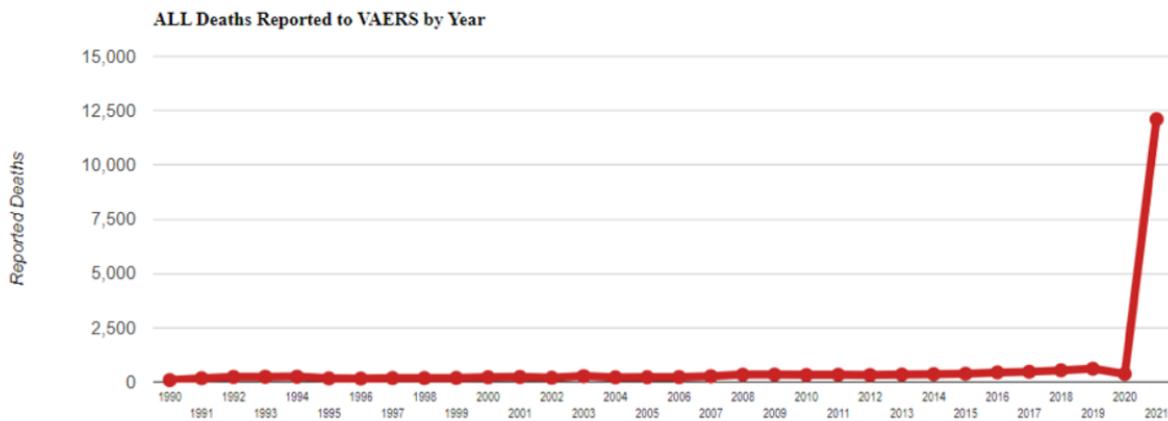


Figure 1 : la mortalité associée aux vaccins aux Etats-Unis de 1990 à 2021

Le constat est sans appel : « *que cela plaise ou non, nous avons bien affaire à un événement historique qu'il faut essayer de comprendre et non de cacher sous le tapis* ».

Ils précisent par ailleurs qu'il « *ne s'agit pas là de vagues imputations déclarées des semaines voire des mois après la vaccination. Ce sont des effets qui ont été constatés principalement dans les 7 jours suivant immédiatement l'injection* » (Figure 2).

VAERS COVID Deaths by Days to Onset All Ages

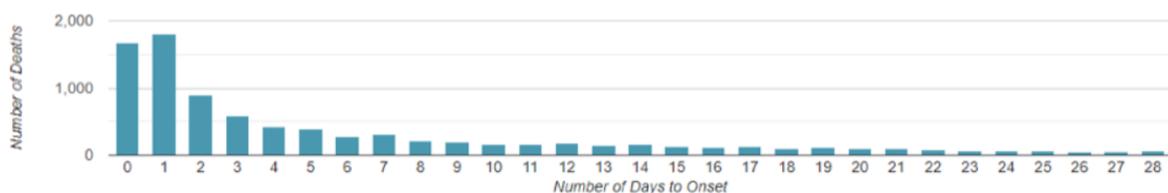
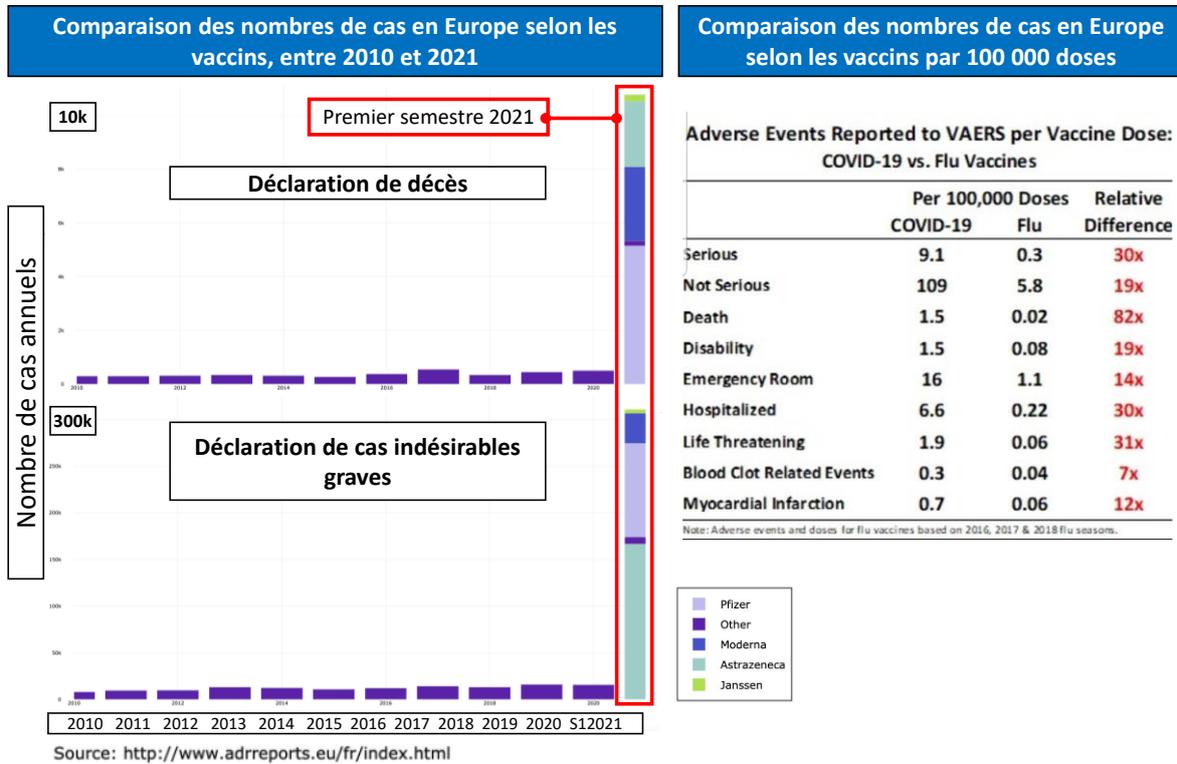


Figure 2 : les délais de survenue des morts associés aux vaccins anti-covid aux Etats-Unis

Cela donne donc une létalité potentielle extrêmement forte de 1 décès pour 27 000 injections. En d'autres termes, la létalité potentielle des nouveaux vaccins anti-covid est environ 120 fois supérieure à celle des vaccins antigrippe saisonnière.

Des analyses identiques réalisées pour l'Europe ou dans le monde pour l'OMS, donnent des tendances identiques.

En Europe :



Au niveau mondial : la base vigiaccess.org permet d'établir une comparaison des remontées en fonction des différents vaccins depuis 1968.

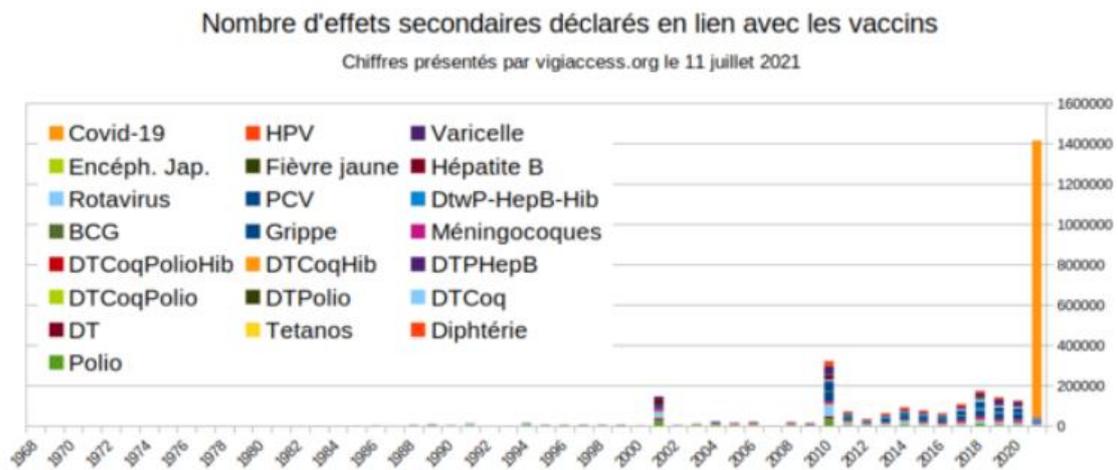


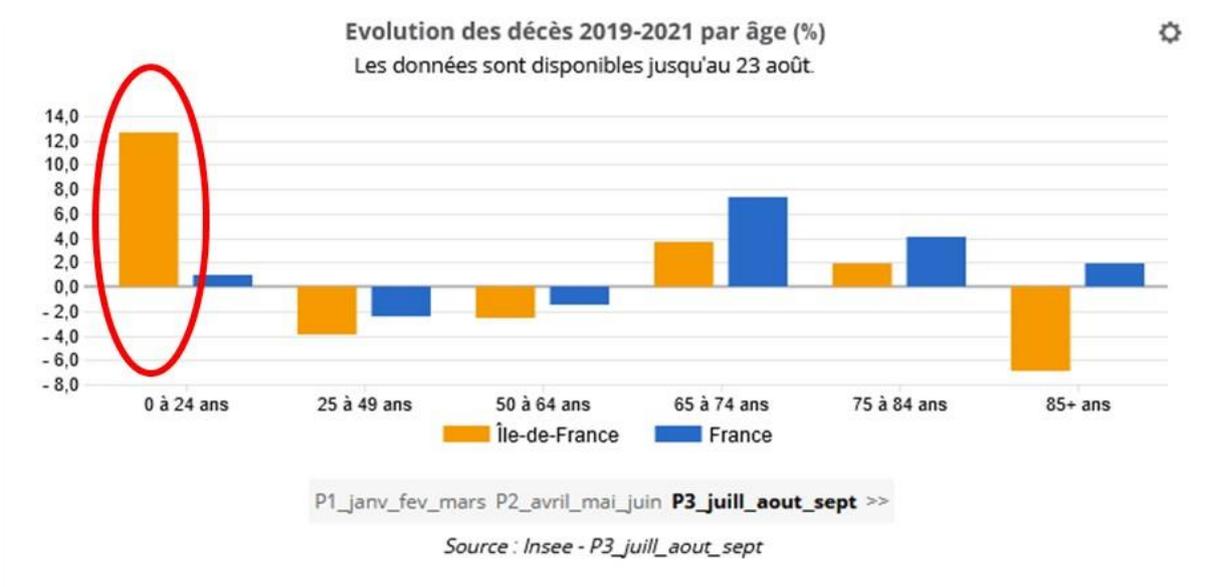
Fig.8 - Nombre d'événements indésirables déclarés en lien avec des vaccins (au 11/07/2021) © Enzo Lolo d'après les données de VigiAccess

Le graphique tracé année par année montre que le nombre d'effets indésirables rapportés suite aux 3,3 milliards d'injections de vaccins anti-covid en 2021 est inédit. **Il est près de 10 fois supérieur au total des événement rapportés en 2019, tous vaccins confondus, pour plus de 5 milliards de doses administrées.**

3.3.4 – Une surmortalité chez les jeunes au moment de la vaccination

Il est important d'avoir en tête qu'indépendamment des chiffres de la pharmacovigilance, les chiffres de surmortalité sont et seront intéressants à regarder.

Par exemple, les [statistiques](#) locales de l'Insee indiquent une surmortalité des jeunes sur les mois de juillet et août en région Ile de France. S'il est trop tôt pour formuler des conclusions hâtives, nous pouvons cependant constater une corrélation avec les campagnes de vaccination envers les jeunes.



3.3.5 – La liste des effets indésirables

Selon le site de l'[ANSM](#), de **nombreux signaux sont recensés et sous surveillance** pour les 4 vaccins en circulation : zona, troubles du rythme cardiaque, thrombopénie / thrombopénie immunologique / hématomes spontanés, déséquilibre diabétique dans des contextes de réactogénicité, pancréatite aiguë, syndromes de Guillain-Barré, syndrome d'activation des macrophages, réactivation à virus Epstein-Barr, méningoencéphalite zostérienne, aplasie médullaire idiopathique, hémophilie acquise, polyarthrite rhumatoïde, néphropathies glomérulaires, troubles menstruels, déséquilibre/récidive de pathologies chroniques, ictus amnésique (amnésie transitoire), troubles auditifs (surdité, hypoacousie et acouphènes), pertes de connaissances, plus ou moins associées à des chutes, érythème polymorphe, saignements cutanéomuqueux (principalement des ecchymoses et des saignements du nez), élévation de la pression artérielle, dyspnées et asthme associés à des syndromes pseudo-grippaux, paralysie faciale, pathologie démyélinisante centrale, vascularites.

Des **signaux sont aujourd'hui confirmés** :

- **L'hypertension artérielle** : devant tout symptôme évocateur d'une hypertension artérielle (malaise, céphalées, vertiges, ...), un contrôle de la pression artérielle devra être envisagé pour une prise en charge médicale la plus précoce possible, si elle s'avère nécessaire.
- **Myocardite/Péricardite** : l'ANSM recommande à toute personne présentant des symptômes tels qu'un essoufflement (dyspnée), des douleurs dans la poitrine, des palpitations (battements cardiaques forts,) ou un rythme cardiaque irrégulier de consulter rapidement un médecin.

- **Syndromes pseudo-grippaux** : ils sont toujours majoritairement rapportés. En cas de fièvre et/ou de douleurs, l'ANSM conseille de privilégier l'utilisation du paracétamol à la dose la plus faible et le moins longtemps possible.
- **Troubles thromboemboliques** : 65 cas, dont 14 décès.

Par ailleurs, un **suivi spécifique des effets indésirables est réalisé chez les femmes enceintes** et allaitantes : on y apprend que « *les fausses couches spontanées représentent la majorité des effets indésirables enregistrés dans la BNPV (Base Nationale de Pharmacovigilance)* ». Mais que « *les données actuelles ne permettent pas de conclure que ces événements sont liés au vaccin, d'autant que des facteurs de risques étaient associés dans plusieurs cas et qu'il s'agit d'un événement relativement fréquent en population générale (de 12 à 20% des grossesses selon les études)* ».

Un rapport de l'ANSM sur le suivi des : « les modifications de la coagulation pendant la grossesse augmentent le risque thromboembolique (TVP ou embolie pulmonaire) notamment en fin de grossesse et en période de post-partum. Une étude cas/témoins a montré que par rapport aux femmes non enceintes, le risque thromboembolique était multiplié par 5 pendant la grossesse (en particulier au 3ème trimestre), et par 60 au cours des 3 premiers mois suivant la naissance. Les femmes enceintes ayant des antécédents de thrombose, de diabète, obèses, d'âge plus avancé sont plus à risque (3,4).

3.3.6 – Les limites de la pharmacovigilance

La pharmacovigilance présente deux limites opposées :

- **Une maximisation des conséquences** : les chiffres remontés ne signifient pas que le médicament a un lien de causalité avec les effets indésirables déclarés. Certains évoquent notamment que pour les personnes très âgées, « *lorsqu'on vaccine plusieurs centaines de millions de personnes, en commençant par les plus vieux, il est obligatoire qu'il y ait des morts « après vaccination* » ». Une [analyse](#) récente publiée en juin 2021 et portant sur 250 décès précoces parmi 1644 décès enregistrés dans la base américaine VAERS jusqu'en avril 2021, sur un échantillon ne contenant que des personnes vaccinées tôt dans le programme et donc composé principalement de personnes âgées ou souffrant de problèmes de santé importants, montre **qu'il n'y a eu que 14% des cas pour lesquels une réaction vaccinale pouvait être exclue comme facteur contributif à leur décès**.
- **Une minimisation des conséquences** : un faible nombre de cas remonte et la recherche de l'imputabilité conduit encore davantage à réduire le nombre de cas à considérer. Les raisons sont multiples :
 - **Tous les cas ne sont pas signalés par les médecins ou les particuliers**, faute de formation (intérêt de la pharmacovigilance, de temps, d'envie ou parce que les procédures d'enregistrement sont trop longues ou trop complexes. Pannes informatiques.
 - Les **centres de pharmacovigilance sous-équipés ne peuvent traiter tous les cas signalés**, surtout quand ils surviennent en trop grand nombre. C'est notamment le cas actuel avec les nombreuses remontées suite aux vaccinations, comme le rapporte le journal [Ouest France](#) pour la ville de Tours.

Covid-19. Le centre de pharmacovigilance de Tours assailli par des signalements sur les vaccins

Les signalements sur les effets indésirables des vaccins anti-Covid-19 se multiplient et le Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) de Tours doit faire face à une flambée de son activité. Face à la situation, il a été demandé aux patients et aux médecins de ne pas tout déclarer afin de pouvoir prioriser les signalements les plus graves.

- **Les instances décisionnaires privilégient la coïncidence sur l'imputabilité.** Le rapport Igas de 2011 sur l'analyse du scandale du Médiateur (cf plus loin) explique que, sous la pression des laboratoires, cette raison a conduit à perdre 10 ans.

Par ailleurs, la pharmacovigilance n'est pas « fiable » au sens où il s'agit d'observationnel et le manque de fiabilité est accru par le défaut d'homogénéité et de standardisation. Elle ne permet en aucun cas une quantification fiable d'un phénomène. Pour cela il faut des études complémentaires pharmaco-épidémiologiques.

Il ne faut **pas confondre taux de notification spontanée dans le cadre de la pharmacovigilance passive et l'incidence réelle des effets indésirables**. Différentes études montrent en effet que les **effets indésirables réels représentent entre 1% et 10% des effets remontés**.

La [méta-étude](#) de référence régulièrement citée est celle de Hazell et Shakir de 2006. Cette dernière a ainsi analysé 37 études utilisant une grande variété de méthodes de surveillance et provenant de 12 pays. Le taux médian de sous-déclaration des effets indésirables (ADRs = Adverse Drug Reactions) dans les 37 études était ainsi de 94 %. Concernant les effets indésirables graves, l'analyse de 19 études montre que le taux de sous-déclaration était légèrement inférieur au taux de 85%.

Ce qui veut dire tout en creux que **seuls 6% des effets indésirables sont remontés (et 15% des effets graves)** et qu'il faudrait donc **multiplier les chiffres habituellement remontés par la pharmacovigilance par un facteur 16,6 pour l'ensemble des effets indésirables** (100% / 6%) et un facteur **6,6 pour les effets graves et notamment la mortalité** (100% / 15%)

Plus récemment, une [étude récente, prospective](#) (à l'opposé de la pharmacovigilance passive où les notifications dépendent de la bonne volonté, du niveau d'informations des patients et médecins), parue le 8 mars 2021 dans le JAMA (Journal of the American Medical Association) mérite l'attention à titre illustratif, puisqu'elle touche aux vaccins à ARN en s'intéressant aux chocs anaphylactiques.

L'étude portait sur la fréquence des réactions allergiques chez les employés de l'hôpital général du Massachusetts à Boston en s'attachant à bien les faire remonter puisqu'il est bien plus facile de surveiller des effets indésirables chez des employés d'un hôpital qui sont rattachés au même employeur.

Sur 64 900 employés ayant reçu une première dose de vaccin (40% Pfizer, 60% Moderna) 1365 ont présenté des réactions allergiques aigües soit 2,10% [95% CI, 1.99%-2.22%] ou 1 sur 48.

L'incidence des chocs anaphylactiques est assez proche pour les 2 vaccins et correspond à 0,025% ou 2,5 pour 10 000. C'est très loin du taux retenu par le [CDC](#) d'après les notifications spontanées qui est de 0,11 cas pour 10 000 (11,1 par million) soit 23 fois moins que dans l'étude prospective.

Ce facteur 23 est ainsi encore bien plus important que le facteur 16,6 de l'étude de Hazell et Shakir de 2006. Il interpelle d'autant plus qu'il s'agit d'un effet indésirable immédiat, à côté duquel il est difficile de passer, connu comme étant lié au vaccin et qui est pourtant très largement sous-notifié. On peut dès lors imaginer que pour un effet indésirable tel que les thromboses, éloigné dans le

temps et dont le lien avec le vaccin est mis en doute, la sous-notification pourrait être beaucoup plus importante.

3.3.7 – Les recommandations de l’Igas suite à l’affaire du Médiator non suivies d’effet aujourd’hui

Nous avons la mémoire courte et l’Histoire bégaye souvent. Il est important de se remettre en mémoire le [rapport](#) que l’Igas (Inspection générale des affaires sociales) avait publié en 2011 sur « la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament » suite à l’affaire du **Mediator**, l’antidiabétique des laboratoires Servier soupçonné d’avoir provoqué 500 à 2000 décès en France.

La pharmacovigilance française n’a adapté ni ses méthodes, ni ses outils au fil du temps : des réformes d’ampleur s’imposent

Ce rapport, qui avait réveillé à l’époque les consciences du petit monde de la pharmacovigilance, pointait les **nombreux dysfonctionnements du système et proposait des modifications radicales**, aujourd’hui oubliées, et notamment :

- **Favoriser, simplifier, centraliser la notification des cas et élargir le champ des notificateurs** : le rapport recommande la simplification de la notification des effets secondaires pour les médecins et les patients, avec accusé de réception systématique et retour d’information
- **Modifier la logique d’évaluation des cas** :
 - **En effectuant les redressements utiles pour le calcul du risque** car on sait que la sous-notification est reconnue. Il faut modifier la logique d’évaluation des cas, en effectuant les redressements utiles pour le calcul du risque car on sait que la sous-notification est reconnue. La logique d’évaluation des cas doit être modifiée pour que le doute profite au malade et non au médicament.
 - **En supprimant l’usage de l’imputabilité clinique dans les enquêtes de pharmacovigilance**, car elle

Recommandation n°8 : La logique d’évaluation des cas doit être modifiée pour que le doute profite au malade et non au médicament. Cela signifie notamment que dans les enquêtes de pharmacovigilance, le calcul du risque soit réalisé en effectuant tous les redressements utiles et que, dans ce calcul, la méthode d’imputabilité clinique ne soit pas utilisée afin de n’éliminer aucun cas.

- **Développer des méta-analyses et de la recherche documentaire**, en n’accordant plus aux analyses fournies par les laboratoires pharmaceutiques un poids prépondérant dans la prise de décision
- **Consolider la base nationale de données de pharmacovigilance, compte tenu des limites constatées** : manque d’harmonisation des pratiques de codage, difficultés de connexion et lenteur du système, absence d’un référentiel universel des médicaments, effectifs insuffisants, etc.
- **Mise en œuvre de méthodes automatisées de détection de signaux**
- **Développer un département de pharmaco-épidémiologie**

Rééquilibrer les rapports entre l'AFSSAPS (devenue ANSM) et les laboratoires. Le rapport recommande que des signaux forts soient donnés : exiger les données complètes des essais cliniques ; imposer un mode de présentation standardisé des rapports périodiques de sécurité d'emploi des médicaments ; imposer des délais de réponse aux industriels si les autorités publiques souhaitent des compléments d'information ; exiger des études complémentaires dans des délais contraints ; annuler des décisions favorables au laboratoire en cas de conflits d'intérêt ; prévoir des sanctions proportionnées aux enjeux en cas de non-respect des engagements par les laboratoires pharmaceutiques. Dans ce cadre, le rapport évoque que « *des études complémentaires sont souvent utilisées à des fins dilatoires au mépris du principe de précaution : les travaux sur le Mediator ont montré **combien l'attente d'hypothétiques études complémentaires avait contribué à tromper la vigilance des autorités. Cette méthode ne semble pas propre au Mediator et s'agissant de médicament dont l'utilisation sous certaines conditions fait craindre un risque vital, ces délais supplémentaires posent problème, notamment quand ils sont gérés au niveau européen*** ».

Recommandation n°18 : La mission recommande que des délais de réponse aux questions posées par l'AFSSAPS puissent être imposés

Recommandation n°19 : La mission souligne la nécessité de ne pas retarder les décisions dans l'attente d'hypothétiques études complémentaires

Recommandation n°20 : La mission recommande d'annuler des décisions favorables au laboratoire en cas de conflit d'intérêt

Recommandation n°21 : La mission préconise des sanctions proportionnées aux enjeux en cas non-respect des engagements par les laboratoires pharmaceutiques.

- **Donner la priorité au principe de précaution** en mettant fin à une culture historique du juridisme, en s'affranchissant des fausses contraintes communautaires.

Le rapport souligne par ailleurs que « *peu de place est laissée aux lanceurs d'alerte. Les rédacteurs de la revue Prescrire ont longtemps été considérés comme des sources de problèmes à régler plutôt que des aides au repérage de signaux* ».

Ainsi, en dépit des alertes lancées par des médecins, **il avait fallu attendre 2009 pour que le Mediator soit retiré du marché, ce qui, selon l'Igas, aurait pu être fait « dix ans plus tôt ».**

Un point très important : la mission de l'Igas recommandait de **supprimer l'usage de l'imputabilité** (qui se définit comme l'évaluation de la plausibilité de responsabilité d'un médicament dans la survenue d'un événement indésirable chez un patient donné) dans les enquêtes officielles afin d'éviter « *de museler leur fonction d'alerte et de rendre les estimations de risque faussement rassurante* ». Dans l'exemple du Mediator, s'agissant des hypertensions artérielles pulmonaire, sur 28 cas notifiés, l'application de la méthode d'imputabilité avait conduit à éliminer des cas pour n'en conserver que 4 et **c'est sur ces 4 cas que furent effectués les calculs de risque, qui ont été mécaniquement minorés.**

Ce point est central dans la polémique actuelle qui voit la presse actuelle, au travers du [Monde](#), chercher à discréditer tous les travaux d'analyses des chiffres de pharmacovigilance, de chercheurs qui confondraient « *les décès intervenus durant une période consécutive à une vaccination avec ceux causés par la vaccination – une causalité qui, bien sûr, n'a été nullement avérée, et dont la probabilité est infinitésimale. C'est là un exemple de la confusion classique entre concomitance et causalité* ».

Le rappel des recommandations du rapport Igas de 2011, suite au scandale du Médiateur, devrait nous inciter à prendre ainsi en compte toutes les remontées, sans jamais les minimiser ni les censurer, sans

se préoccuper à ce stade de leur imputabilité. Comme le dit le rapport en page 5, « **la logique d'évaluation des cas doit être modifiée pour que le doute profite au malade et non au médicament** ».

3.4 – Le risque à long terme

Quant aux effets à moyen ou long terme, ils sont tout simplement inconnus et il est strictement impossible de les connaître car nous manquons de recul.

Tout comme on ne connaît pas la [durée](#) de protection des vaccins (ici le Pfizer)...

It is not currently known how long protection given by Comirnaty lasts. The people vaccinated in the [clinical trial](#) will continue to be followed for 2 years to gather more information on the duration of protection.

...on ne sait rien des effets à long terme. [L'Autorisation de Mise en Marché Conditionnelle](#) oblige les laboratoires à « soumettre le rapport final d'étude clinique pour l'étude randomisée, contrôlée contre placebo, avec observateur en aveugle (étude C4591001) », en vue de confirmer l'efficacité et la sécurité » de ces vaccins.

Une [étude](#) du JAMA (Journal of the American Medical Association) publiée en mai 2021, a montré que **près d'un tiers des médicaments mis sur le marché entre 2001 et 2010, dans des conditions normales, ont été affectés quelques années plus tard (en moyenne au bout de 4,2 ans) par un événement de sécurité post-commercialisation. Le risque était d'autant plus grand que le médicament avait bénéficié d'une approbation accélérée, ce qui est le cas ici avec les vaccins.**

Le [Jérusalem Post](#) a fait récemment référence à une étude qui allait être lancée pour connaître les effets à long terme des vaccins. Il n'est jamais trop tard !



« Plus de deux milliards de personnes dans le monde ont été vaccinées contre le #COVID-19, maintenant les chercheurs #israéliens tentent de savoir si les vaccins #ARNm sont dangereux à long terme »

3.5 – Conclusion

Une [étude](#) réalisée en juillet 2021 par l'AIMSIB (l'association internationale pour une médecine scientifique indépendante et bienveillante), le collectif Reinfocovid et Coordination Santé Libre, a cherché à construire une synthèse quantitative des bénéfices-risques en s'appuyant sur l'ensemble des données à disposition, en termes de mortalité Covid, avec ou sans comorbidité et des chiffres d'effets indésirables ou mortels pour chacun des vaccins, le tout par tranche d'âge.

Risque global						
Tranche d'âge	Vaccin/Covid mortalité Pfizer	Vaccin/Covid mortalité Moderna	Vaccin/Covid mortalité AstraZeneca	Vaccin/Covid Séquelles graves Pfizer	Vaccin/Covid Séquelles graves Moderna	Vaccin/Covid séquelles graves AstraZeneca
0-14	67,146	27,299	59,709	114,775	68,689	183,686
15-44	1,351	0,549	1,201	2,309	1,382	3,696
45-64	0,087	0,035	0,077	0,149	0,089	0,238
65-74	0,018	0,007	0,016	0,031	0,019	0,050
75 et +	0,003	0,001	0,002	0,004	0,003	0,007
0-64 ans	0,245	0,100	0,218	0,419	0,251	0,670
65 +	0,005	0,002	0,004	0,008	0,005	0,013

Estimation pour les personnes sans comorbidité						
0-14	Infini	Infini	Infini	Infini	Infini	Infini
15-44	4,094	1,665	3,641	6,998	4,188	11,200
45-64	0,290	0,118	0,258	0,496	0,297	0,794
65-74	0,059	0,024	0,052	0,101	0,060	0,161
75 et +	0,007	0,003	0,006	0,012	0,007	0,019
0-64 ans	0,817	0,332	0,726	1,396	0,835	2,234
65 +	0,013	0,005	0,012	0,023	0,014	0,036

Estimation du Bénéfice/Risque lié au vaccin : Présence d'un danger lié à la vaccination si le nombre est supérieur à 1 (cases rouges).

Un tel tableau est certes sans cesse mouvant puisque tous les paramètres peuvent changer d'un moment à un autre, en fonction de la dangerosité d'un variant, de l'efficacité réelle et durable d'un vaccin sur un variant donné, de la fluidité de la pharmacovigilance et de la durée d'observation pour intégrer les effets de plus long terme encore inconnus à date. Néanmoins, à début septembre 2021, il donne à voir de grandes tendances sur lesquelles il est intéressant de se pencher.

Il apparaît clairement que pour les personnes âgées de moins de 45 ans :

- Le risque de décès après vaccination est **140% plus élevé par rapport à la mortalité Covid-19**
- Le **risque d'effet secondaire très grave entraînant une invalidité, un décès ou un pronostic vital engagé après vaccination est jusque 370% plus élevé par rapport au Covid-19**
- Concernant les enfants avec comorbidité, le risque de décès supposé lié à la vaccination est **60 fois plus élevé** qu'avec la Covid-19. Et puisqu'aucun enfant en bonne santé n'est décédé de la Covid-19, le risque lié à la vaccination est tout simplement **infiniment plus élevé**.

Le gouvernement a ouvert la vaccination aux adolescents à partir de 12 ans. Ils sont 2 446 848 enfants entre 12 et 14 ans. En reprenant les calculs précédents :

- La vaccination des adolescents de plus de 12 ans pourrait entraîner à court terme **un minimum 85 décès et jusqu'à 235 invalidités graves, pour un bénéfice totalement inexistant**.
- Ajoutons à ce constat à court terme, le fait que les **effets secondaires à moyen et long terme (3 à 10 ans) sont totalement inconnus**.

Annexe 4 – Diverses organisations de plusieurs pays défavorables à la vaccination des moins de 18 ans

Comme on l'a vu, chacun peut constater que le rapport bénéfices-risques de la vaccination des mineurs est clairement défavorable.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle **plusieurs institutions de divers pays se sont prononcées en défaveur de la vaccination des moins de 18 ans.**

4.1 – L'OMS

Le 3 juin 2021, le principal expert en vaccins de l'Organisation mondiale de la santé, le Dr Kate O'Brien, a [déclaré](#), que les enfants ne devraient pas être au centre des programmes de vaccination contre le COVID :

*« "Les enfants courent un **risque très, très faible** de contracter la maladie COVID", a déclaré O'Brien, pédiatre et directeur du département des vaccins de l'OMS. Elle a déclaré que la justification de la vaccination des enfants était d'arrêter la transmission plutôt que de les protéger contre la maladie ou la mort.*

*"Quand nous sommes dans cet endroit vraiment difficile, comme nous le sommes actuellement, où l'approvisionnement en vaccins est insuffisant pour tout le monde dans le monde, **vacciner les enfants n'est pas une priorité pour le moment** ».*

4.2 – Le Comité Consultatif National d'Éthique

Le 9 juin 2021, en France, le [Comité Consultatif National d'Éthique](#), déclare : « chez les adolescents, entre 12 et 16 ans, le bénéfice individuel en lien avec l'infection est très faible en l'absence de comorbidité et ne semble pas suffisant pour justifier, à lui seul, la vaccination ».

Il rajoute :

*« Comme cela a été le cas pour l'adulte, les potentiels effets plus tardifs ou plus rares ne pourront être connus que par les données de pharmacovigilance postérieures à la vaccination effective de plusieurs millions d'adolescents. **De ce fait, pour le CCNE, un suivi de pharmacovigilance spécifique aux adolescents (y compris pour les 17-18 ans) paraît indispensable.***

Est-il éthique de solliciter la contribution des jeunes pour atteindre un bénéfice collectif tout en sachant que celui-ci les concerne, mais que d'autres mesures pourraient l'éviter ? Il semble souhaitable selon le CCNE, étant donné les difficultés rencontrées et les enjeux spécifiques liés à une population pour laquelle les liens sociaux et l'apprentissage sont des ressources indispensables à la vie, d'accepter de vacciner contre la Covid-19 les adolescents qui le demandent, mais après avoir reçu une information claire et adaptée à cette tranche d'âge sur les incertitudes liées à la maladie, au vaccin lui-même et à son efficacité à moyen et long terme, ainsi que sur les autres alternatives ouvrant sur la prévention de la maladie ».

Pour la vaccination des moins de 12 ans, le CCNE est très clair :

« À ce jour, pour le CCNE, **la vaccination des enfants de moins de 12 ans ne semble pas éthiquement et scientifiquement acceptable**, en grande partie parce qu'il n'existe aucune étude évaluant la sécurité des vaccins contre la Covid-19 dans cette population. D'ailleurs, aucun pays n'a actuellement pris la décision de vacciner ses jeunes enfants ».

Le 20 août 2021, en direct dans [La Matinale de LCI](#), le Docteur Jean du Breuillac, Membre de la commission technique des vaccinations de la Haute Autorité de Santé, déclarait au sujet de la vaccination des enfants : « *ce sont les adultes qui contaminent les enfants. Les cas de covid sont peu sévères chez les jeunes. Le vaccin n'est pas efficace chez eux* ».

4.3 – La Commission vaccinale allemande

Le 10 juin 2021, la [Commission vaccinale allemande \(Stiko\)](#) a recommandé de limiter la vaccination contre le Covid-19 des jeunes de 12 à 17 ans à ceux souffrant déjà de pathologies et pouvant ainsi développer des formes graves du nouveau coronavirus :

« *Le Stiko recommande dans un communiqué des injections de vaccins à ARN messager aux enfants et adolescents présentant des pathologies préexistantes, en raison d'un risque supposé accru d'évolution sévère de la maladie Covid-19. La vaccination des 12-17 ans sans pathologie "n'est pas recommandée à ce stade, mais est possible après information médicale et si la personne le désire et accepte le risque"*, précise la commission.

L'Agence européenne des médicaments (EMA) a approuvé le 28 mai l'utilisation du vaccin anti-Covid Pfizer/BioNTech pour les 12-15 ans, qui était alors devenu le premier vaccin à être autorisé pour les adolescents au sein des 27 pays de l'Union européenne.

Le président du Stiko, Thomas Mertens, avait expliqué le 4 juin que la vaccination généralisée des jeunes ne serait pas préconisée, faute de données sur d'éventuels effets secondaires et en raison du faible nombre de formes graves du Covid-19 développées par les jeunes ».

4.4 – L'Angleterre

Le 17 juillet 2021, l'[Angleterre](#) se déclare contre la vaccination de masse des adolescents sur l'avis de scientifiques (*même si le ministre de la Santé, Sajid Javid, a décidé le 04 août de l'ouvrir aux 16-17 ans – contre l'avis des scientifiques*) :

« *Au Royaume-Uni, les enfants ne recevront un vaccin Covid que s'ils ont plus de 12 ans et sont extrêmement vulnérables, ou vivent avec une personne à risque, car les scientifiques ont fait part de leurs inquiétudes concernant l'inflammation du cœur liée au vaccin de Pfizer.*

Sajid Javid, le secrétaire à la Santé, a déclaré qu'il acceptait l'avis des conseillers scientifiques selon lequel seuls les enfants de plus de 12 ans atteints de troubles neurologiques graves, du syndrome de Down, d'immunosuppression et de troubles d'apprentissage multiples ou graves devraient être autorisés à recevoir le vaccin Pfizer ».

Le 3 septembre 2021, le [conseil scientifique spécialisé dans la vaccination](#) (JCVI : The Joint Committee on Vaccination and Immunisation) a déclaré de nouveau qu'il n'y a pas lieu de vacciner les 12-15 ans :

« *Les preuves disponibles indiquent que les avantages pour la santé individuelle de la vaccination COVID-19 sont faibles chez les personnes âgées de 12 à 15 ans qui n'ont pas de*

problèmes de santé sous-jacents qui les exposent à un risque de COVID-19 sévère. Les risques potentiels liés à la vaccination sont également faibles, les rapports de myocardite post-vaccination étant très rares, mais potentiellement graves et toujours en cours de description. Compte tenu de la rareté de ces événements et du temps de suivi limité des enfants et des jeunes atteints de myocardite post-vaccination, **une incertitude importante demeure quant aux risques pour la santé associés à ces événements indésirables** ».

Hélas, quelques heures plus tard, selon [The Guardian](#), les ministres annoncent qu'ils vont probablement passer outre l'avis de ce conseil scientifique, signe, comme en France, que les décisions prises concernant les adolescents n'ont rien de scientifiques mais sont purement politiques :

« Les ministres pourraient pour la première fois défier les conseils de leurs conseillers officiels en matière de vaccins et faire avancer les vaccins Covid pour tous les 12 à 15 ans, après que l'organisme scientifique a conclu que le bénéfice net pour la santé de la vaccination du groupe d'âge était trop faible.

Dans une démarche qui met en évidence un fossé croissant entre le gouvernement et les conseillers scientifiques au cours de la prochaine phase du programme de vaccination, les ministres chercheront des preuves supplémentaires qui pourraient aider à renverser le verdict du chien de garde ».

Annexe 5 – Des précédents qui devraient nous inviter à réfléchir

Philippe Douste-Blazy, ancien ministre de la Santé et ex-secrétaire général adjoint de l'ONU, nous avait invité à la prudence lors de son passage sur [franceinfo](#), le lundi 9 novembre 2020, suite aux annonces de l'arrivée prochaine de vaccins.

*« S'il y a un vaccin, c'est une extraordinaire nouvelle, mais il faut rester prudent. On voit dans les études que j'ai lues, que les **anticorps que fabrique le vaccin de Pfizer commencent à baisser au bout de deux mois. Imaginons que dans 4 mois, il n'y ait plus d'anticorps.** Alors là, il y a 2 précédents. Le premier, dans les années 60 : le vaccin contre le virus syncytial respiratoire. Il y avait un vaccin qui marchait très bien mais il marchait pour 2-3 mois. **Le problème c'est que quand vous repreniez le virus, la maladie était 10 fois pire.** Vous vous rendez compte de ce que je suis en train de vous dire. Pareil pour la Dengue avec Sanofi ».*

Doute-Blazy faisait en effet référence à [l'échec](#), il y a environ 40 ans, de la campagne de vaccination des enfants contre le virus respiratoire syncytial (VRS) aux Etats-Unis, notamment responsable de la bronchiolite et de nombreuses affections saisonnières. Cette campagne avait eu des conséquences néfastes, car non seulement le vaccin ne protégeait pas les enfants contre le VRS, mais il empirait encore les effets d'une contamination ultérieure par le virus.

Ce phénomène d'ADE (antibody dependant enhancement) à l'origine de cette surcontamination, la Haute Autorité de Santé l'avait déjà identifié comme une possibilité dans un [rapport](#) publié en novembre 2020 (« Aspects immunologiques et virologiques de l'infection par le SARS-CoV-2 / Aspects immunologiques et virologiques de l'infection par le SARS-CoV-2 – Variabilité génétique, réponses immunitaires, plateformes vaccinales et modèles animaux »)

5.1 – Le vaccin contre la Dengue

Dans son article « Vaccin contre la dengue : l'histoire peut-elle se répéter ? », [FranceSoir](#) explique en détail le parallèle suggéré par Philippe Douste-Blazy lors son interview en novembre 2020.

La dengue est une maladie transmise par le moustique *Aedes aegypti*, moustique également transmetteur de la fièvre jaune, du chikungunya et du zika. Cette maladie avait la particularité de se présenter sous une forme bénigne au départ, mais pouvait devenir rapidement dangereuse avec un taux de létalité de 2,5%, et jusqu'à 20% pour la dengue hémorragique.

*« Après 20 ans de recherche et beaucoup d'argent investi, le laboratoire Sanofi publie en 2015 un article dans le prestigieux [New England Journal of Medicine](#) qui porte sur 30 000 enfants et démontre l'efficacité d'un nouveau vaccin contre la dengue. Le docteur Scott Halstead, qui a étudié la dengue pendant plus de 50 ans avec l'armée américaine, examine les données de sécurité du vaccin dans le cadre de l'essai clinique et **note immédiatement un certain nombre de problèmes. Il écrit à six revues internationales pour alerter de la dangerosité du vaccin, mais n'est pas entendu.***

*Cependant, 16 mois après l'avis favorable de l'OMS et le lancement de la vaccination, Sanofi reconnaît officiellement que les doutes du docteur Scott Halstead sont confirmés. **Ce vaccin ne présente pas de risque pour ceux qui ont déjà contracté le virus de la dengue, mais il existe un risque hémorragique accru par la vaccination pour ceux qui n'ont pas eu d'infection avant.***

Comment expliquer ce risque accru par la vaccination ?

Lors de certaines infections, **la présence d'une immunité préexistante à l'infection qu'elle soit d'origine naturelle ou vaccinale, peut dans certains cas favoriser des formes graves en cas de nouvelle infection notamment par un nouveau sérotype** ; il en existe quatre pour la dengue.

Pour comprendre ce phénomène biologique, il est important de savoir que lorsqu'il y a une infection ou une vaccination, **plusieurs sortes d'anticorps se développent.**

Il y a les anticorps neutralisants qui combattent le virus. Il y a également les anticorps baptisés facilitants qui favorisent l'infection des cellules par le virus. Or le phénomène dit « d'anticorps facilitants » existe avec le virus de la dengue. **Et un antécédent d'infection par l'un des quatre sérotypes du virus de la dengue expose à un risque plus élevé de dengue grave en cas d'infection ultérieure par l'un des trois autres sérotypes.** Par là, on comprend que le risque de faire une forme plus grave existe également pour les personnes vaccinées qui n'ont jamais été infectées auparavant.

En revanche, ce risque n'a pas été décrit pour les personnes vaccinées après avoir fait une infection.

Hélas, malgré les mises en garde, le docteur Scott Halstead n'a pas pu éviter la catastrophe. **830 000 enfants ont été vaccinés, dont 100 000 qui n'avaient jamais contracté le virus auparavant. Aux Philippines, un des pays qui a vacciné le plus d'enfants, on a notamment déploré le décès de 600 enfants dont les différentes autopsies pratiquées ont permis de certifier le lien avec la vaccination** - lien de causalité contesté par Sanofi, contre qui le gouvernement des Philippines a engagé des poursuites en 2019, pour "négligence grave ayant entraîné la mort" ».

5.2 – Le phénomène ADE et les anticorps facilitants

Ce phénomène appelé ADE est bien décrit dans l'[explication pédagogique](#) du Dr Jean-Marc Sabatier et du Pr Jacques Fantini qui nous aident à comprendre le rôle paradoxal des anticorps facilitant l'infection des cellules par le virus SARS-Cov2.

Jean-Marc Sabatier est Directeur de recherches au CNRS et Docteur en Biologie Cellulaire et Microbiologie, affilié à l'Institut de NeuroPhysiopathologie (INP), à l'université d'Aix-Marseille. Il est également éditeur-en-Chef des revues scientifiques internationales : « Coronaviruses » et « Infectious Disorders – Drug Targets » (DR).

Jacques Fantini est Professeur de Biochimie et Biologie Moléculaire à l'Université d'Aix-Marseille. Il est membre honoraire de l'Institut Universitaire de France (IUF).

« Après avoir été infecté par le SARS-CoV-2, l'organisme fabrique des anticorps dirigés contre les protéines du virus, notamment la protéine spike qui est également à la base des vaccins à ARN messenger et adénovirus utilisés actuellement. Ces anticorps se répartissent en trois catégories :

- Les anticorps qui n'ont aucun effet sur l'infection virale (anticorps neutres),
- Les anticorps qui bloquent l'infection virale (anticorps neutralisants),
- Les anticorps qui facilitent l'infection virale (anticorps facilitants).

L'immunité chez un individu ne repose donc pas seulement sur sa capacité à produire des anticorps dirigés contre le virus, mais sur les propriétés neutralisantes de ces anticorps. Dans ce contexte, la balance entre anticorps neutralisants et anticorps facilitants doit impérativement être en faveur des premiers, au détriment des seconds.

Dans le passé, la production d'anticorps facilitants a été observée dans de nombreuses maladies virales et/ou après vaccination (virus de la dengue, Zika, Ebola, VIH, SARS-CoV, MERS-CoV, rougeole, péritonite infectieuse féline, etc.). Les anglo-saxons appellent ce phénomène ADE ».

Ils expliquent plus en détail l'exemple de la dengue :

« L'exemple de la dengue illustre parfaitement le phénomène d'ADE. Ce virus, transmis par les moustiques, existe sous 4 formes distinctes appelées sérotypes (DENV-1, DENV-2, DENV-3 et DENV-4). L'infection par l'un de ces sérotypes induit une immunité protectrice. Cette immunité est efficace pour le sérotype homologue, mais beaucoup moins pour les autres sérotypes. La réinfection avec un sérotype différent provoque ainsi des symptômes plus sévères. Pourquoi ? Parce que les anticorps facilitants ont pris le dessus sur les anticorps neutralisants. C'est un phénomène d'ADE classique. Un mécanisme du même type a été observé chez des individus vaccinés contre le virus de la dengue et ayant par la suite développé, après infection, une maladie plus grave par rapport aux individus non vaccinés ».

Les auteurs citent plusieurs études réalisées in vitro (et non in vivo) permettant de penser que « la réinfection par le SARS-CoV-2 d'un individu préalablement exposé à un autre variant que Delta pourrait provoquer une maladie avec des symptômes aggravés. De tels individus, en dépit de leur immunité naturelle acquise lors de la primo-infection, pourraient ainsi être plus à risque que des individus n'ayant jamais rencontré le SARS-CoV-2 ».

Concernant le vaccin, ils soulignent que, « avec l'émergence du variant Delta, la possibilité demeure d'être confronté à des ADE lors d'un cycle vaccination/infection, d'autant plus qu'il est maintenant acquis que les vaccins ne protègent pas totalement de l'infection virale », et concluent : « Nous suggérons donc d'évaluer au plus vite, dans les sérums d'individus vaccinés, la balance neutralisation/ADE sur le variant Delta. Dans l'attente des résultats de ces études, on ne saurait trop insister sur le maintien de gestes barrières efficaces (lavage des mains, port du masque, respect des distances), pour tous (vaccinés ou non) ».

5.3 – Une explication des reprises épidémiques dans les pays fortement vaccinés ?

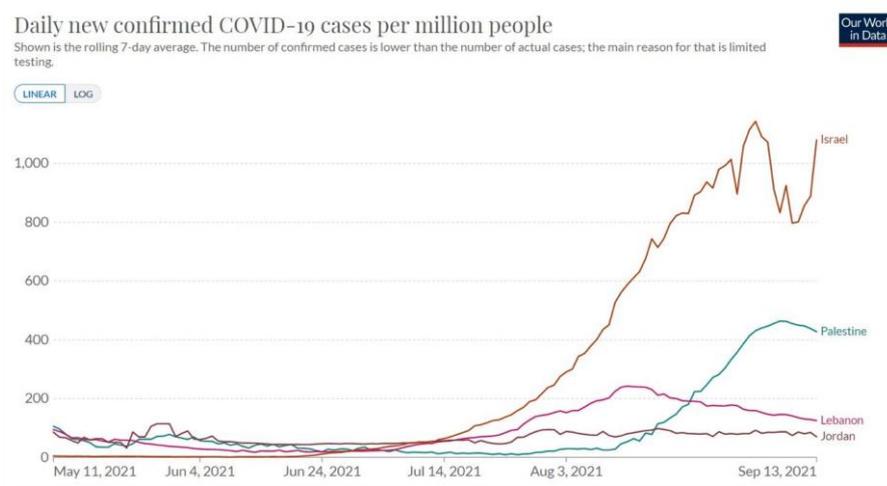
L'exemple d'Israël, tant vanté et qui obligera [Laurent Alexandre à manger son chapeau](#), ne manque pas d'intriguer. En effet, malgré une campagne intensive de vaccination et l'introduction d'une 3^{ème} dose, l'épidémie n'a jamais autant flambé.

Les [explications données](#) jusqu'à présent, d'une pauvreté affligeante, sont hélas peu convaincantes :

- Stagnation de la vaccination
- Moindre efficacité du Pfizer face au variant Delta
- Protection qui s'amenuise au fil des mois

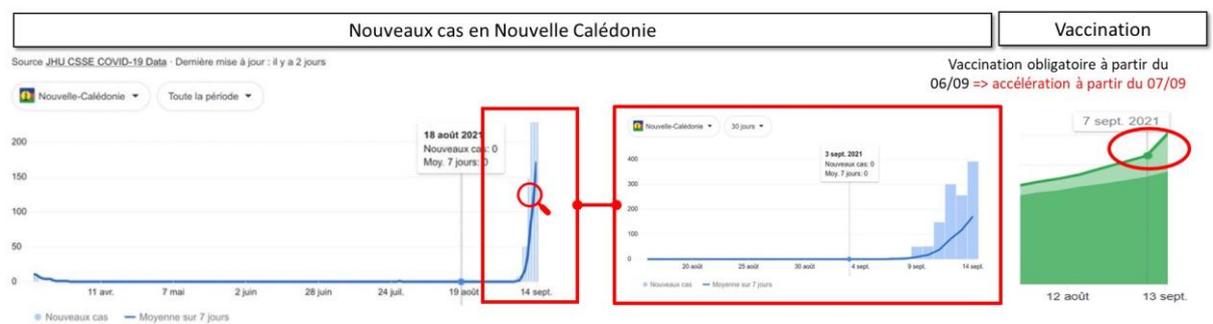
Si ces raisons étaient vraies, elles n'expliqueraient pas pourquoi les pays voisins, le Liban et la Jordanie, ont des courbes épidémiques bien meilleures.

Cette [question](#) a suscité quelques remous lorsque Maître Di Vizio a soulevé le sujet sur CNews À la question de savoir « pourquoi la Jordanie qui a 15% de vaccination a une épidémie qui ne flambe pas alors que Israël majoritairement vaccinée a une épidémie qui explose ? », le docteur Papon a répondu « ça ne m'intéresse pas. Di Vizio est un fanatique ».



Sans pouvoir l'affirmer évidemment avec certitude, le phénomène ADE déjà bien connu, pourrait sans doute expliquer cette flambée, renforcée par une 3^{ème} dose et probablement d'autres doses ultérieures.

De même, depuis le 09 septembre, la flambée épidémique en Nouvelle Calédonie devrait interpeller les scientifiques et décideurs politiques, puisqu'on observe une corrélation étonnante avec la date de début de la [vaccination obligatoire](#).



En tout cas, une [étude](#) récente de l'université d'Osaka publiée le 23 août 2021 en preprint (c'est-à-dire non encore validée par des pairs) pourrait apporter une première confirmation de ce phénomène. Le variant échappe complètement aux anticorps neutralisants anti-NTD, mais répond plus aux anticorps qui augmentent l'infection.

The SARS-CoV-2 Delta variant is poised to acquire complete resistance to wild-type spike vaccines

Authors:

Yafei Liu^{1,2}, Noriko Arase³, Jun-ichi Kishikawa⁴, Mika Hirose⁴, Songling Li⁵, Asa Tada², Sumiko Matsuoka¹, Akemi Arakawa², Kanako Akamatsu⁶, Chikako Ono^{7,8}, Hui Jin¹, Kazuki Kishida², Wataru Nakai^{1,2}, Masako Kohyama^{1,2}, Atsushi Nakagawa⁹, Yoshiaki Yamagishi¹⁰, Hironori Nakagami¹¹, Atsushi Kumanogoh^{12,13}, Yoshiharu Matsuura^{6,14}, Daron M. Standley^{5,15}, Takayuki Kato⁴, Masato Okada^{6,15}, Manabu Fujimoto³, Hisashi Arase^{1,2,15*}

Annexe 6 – Liste de sites d’information alternatifs

6.1 – Médias alternatifs, blogs

- France soir : <https://www.francesoir.fr/>
- ReinfoCovid : <https://reinfocovid.fr/>
- Bon sens : <https://bonsens.info/>
- Bas les masques : <https://baslesmasques.com/>
- Anthro-po-logiques : <https://anthro-po-logiques.org/>
- Courrier des stratèges : <https://lecourrierdesstrateges.fr/>
- Front Line Covid-19 critical Care Alliance : <https://covid19criticalcare.com/>
- Covidrationnel : <https://covidrationnel.be/>
- MedCritic : <https://medcritic.fr/>
- IHU de Marseille : <https://www.mediterranee-infection.com/toutes-les-videos-sur-le-coronavirus/>
- Covidhub : <https://www.covidhub.ch/>
- Laissons les médecins prescrire : <https://stopcovid19.today/>
- Néo Santé : <https://www.neosante.eu/accueil/>
- Covid Factuel : <https://www.covid-factuel.fr/>
- Décoder l'éco : <https://www.youtube.com/user/azyx1986/videos>
- Nexus : <https://www.nexus.fr/>
- Conseil Scientifique Indépendant : https://reinfocovid.fr/type_de_video/csi/
- TV Liberté : <https://www.tvlibertes.com/>
- Salon Beige : <https://www.lesalonbeige.fr/>
- Arguments-vaccins : <https://arguments-vaccins.com/> (100 arguments pour réfléchir sur le vaccin)
- AIMSIB : <https://www.aimsib.org/>
- Virus war : <http://viruswar.fr/>
- Le média en 4-4-2 : <https://lemediaen442.fr/>
- Le blog de Liliane Held-Khawam : <https://lilianeheldkhawam.com/>
- Centre Territorial d’Information Indépendante et d’Avis Pharmaceutiques – CENTRE HOSPITALIER DE CHOLET: <https://ctiapchcholet.blogspot.com/>
- Ivermectine Covid Ch : <https://ivermectine-covid.ch/>
- Vigilance Pandémie : <https://vigilance-pandemie.info/category/actualites/>
- Diocèse 64 : <https://diocese64.org/actualites/item/2200-communique-sur-la-crise-sanitaire> et NOTE INFORMATIVE de l’Académie diocésaine pour la vie : <http://www.benoit-et-moi.fr/2020/wp-content/uploads/2021/08/Note-Crise-sanitaire-Mgr-Aillet-1.pdf>
- Benoit et moi : <http://www.benoit-et-moi.fr/2020/>
- Vu du Droit : <https://www.vududroit.com/>
- Défenseur des droits : https://juridique.defenseurdesdroits.fr/index.php?lvl=notice_display&id=39976
- Maires pour le Bien Commun : <https://www.mairespourlebiencommun.fr/>
- Passe Vérité-Liberté : <https://www.passeveriteliberte.fr/>
- Ariane Bilheran : <https://www.arianebilheran.com/articles-2>

6.2 – Plateformes vidéos :

- **Odysee.com** : <https://odysee.com/>
- **Crowdbunker** : <https://crowdbunker.com/>
- **InfoVf.com** : <https://www.infovf.com/>,

6.3 – Plateformes de réseaux sociaux :

- Plateformes sociales alternatives : Telegram, Signal, Olvid, Twitch, Vk, Gab social, Rumble, Parler, MeWe, Gettr
- Réseau de Solidarité Active (<https://t.me/RSAfrance>) : les RSA sont des regroupements d'éveillés sur un rayon de 25 km leur permettant de s'entraider pour faire face à la crise du Coronacircus. Les membres s'engagent individuellement à se soutenir et collectivement à se montrer loyaux entre eux.
- RSA PROFESSIONS : ces groupes ont pour objectif de permettre à chaque catégorie professionnelle de s'organiser. Merci de ne les rejoindre que si vous en faites partie.
- Avocats-Juristes : <https://t.me/joinchat/5mm3n7K5qR00ZmRk>
- PASS SANITAIRE - VACCINATION OBLIGATOIRE de quoi vous défendre : <https://t.me/joinchat/wnKB-nVsEEkzYWVvk>
- Cheminots : <https://t.me/joinchat/dPHcNoq5ITQxNGQ0>
- Commerçants et artisans : <https://t.me/joinchat/-R5qegkEkyFkNTJk>
- Education Nationale : <https://t.me/joinchat/PmvWfLerKhYxZTFk>
- Elus locaux : <https://t.me/joinchat/1fjmNPcy3ZUzNDZk>
- Enseignants/Ile de France : https://t.me/joinchat/qz5SwHN_UKI5NGQ0
- Etudiants : <https://t.me/joinchat/OjrrBAqlv8NjZTZk>
- Forces de l'ordre : <https://t.me/joinchat/DyVstFsJaaQxZWU0>
- Militaires et Civils de la Défense : <https://t.me/joinchat/1OAt9MNofxxINTRk>
- Petite enfance/Animation : <https://t.me/joinchat/U-nZe9j6XvRhNzU8>
- Professionnels de la culture : <https://t.me/joinchat/V2fOGa5eZHA1ZWZk>
- Professionnels de santé : <https://t.me/joinchat/GGkyWlyuySZiMjU8>
- Professionnels des nouvelles technologies : <https://t.me/joinchat/39TI5m3MGyMwNjJk>
- Psychologues : <https://t.me/joinchat/hyRcxKUS4JiMWI0>
- Retraités : <https://t.me/joinchat/Bpr-9JPpu9s0ZiQ8>
- Restaurateurs et cafetiers : <https://t.me/joinchat/3NDyhYNYjs01MmVk>
- Transport aérien : <https://t.me/joinchat/vNGHKCY0GooxYmU0>
- Transporteurs routiers : <https://t.me/joinchat/YActTuMnwzlxMTI0>
- Travailleurs sociaux : <https://t.me/joinchat/FNDVH-mvsXYwN2Y0>
- Stratégie du choc : <https://t.me/strategieduchoc>
- Silvano Trotta : <https://t.me/trottasilvano>

6.4 – Démarches juridiques

- **Reaction19** : <https://reaction19.fr/>
- **Di Vizio** : <https://www.divizio.fr/>
- **Bon sens** : <https://bonsens.info/>

- [Conseil Actions juridiques](#) de la **Ligue Nationale pour la Liberté des Vaccinations** et son [guide juridique](#)
- **Déjàvu.legal**, agir pour nos libertés contre le pass sanitaire : <https://dejavu.legal/>
- **Association des victimes du Covid** : <https://association-victimes-coronavirus-france.org/>
- **MAITRE VIRGINIE DE ARAUJO RECCHIA** : l'actualité des recours et courriers est dispo sur son fil télégram : https://t.me/CIG_VDAR_JURIS

6.5 – Mouvements politiques, opposés au Pass sanitaire et à l'obligation vaccinale :

- **UPR** : <https://www.upr.fr/>
- **VIA** : <https://via-lavoiedupeuple.fr/>
- **Les Patriotes** : <https://les-patriotes.fr/>
- **Debout la France** : <https://www.debout-la-france.fr/>
- **Mouvement conservateur** : <https://www.mouvementconservateur.fr/>

6.6 – Pharmacovigilance

Signaler un effet en France : si vous avez connaissance d'un effet indésirable vous concernant ou concernant un proche, vous pouvez le déclarer officiellement sur le site de l'ANSM : https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil, et s'identifier comme particulier. Il faut connaître le nom du vaccin, le numéro de lot, joindre l'attestation de vaccination, préciser la date d'injection, le site d'injection (bras droit ou gauche), et de l'autre préciser l'effet indésirable constaté, sa date de survenue, son évolution et les conséquences. Enfin, il faut fournir le contact d'un professionnel de santé qui pourra donner des informations sur l'état de santé de la personne déclarée.

Sites pour s'informer sur les effets indésirables :

- **ANSM en France** : <https://ansm.sante.fr/>
- <http://viruswar.fr/pharmacovigilance.php> : **base de données complète de l'ANSM** des cas anonymisés remontés jusqu'au 18 juin 2021 à 15h25, des "vaccins" Pfizer, Moderna et AstraZeneca, suite à une demande auprès de la CADA.
- **OMS** : vigianc.org
- **Eudravigilance**, site de pharmacovigilance de l'Agence européenne du médicament : <https://www.adrreports.eu/fr/disclaimer.html>
- **VAERS** (Vaccine Adverse Event Reporting System) des Etats-Unis : <https://vaers.hhs.gov/data.html>
- **Groupes citoyens** de suivi des effets indésirables :
 - Sur Telegram : <https://t.me/temoignagesdangerVaccinCovid>
 - Sur Facebook : <https://www.facebook.com/groups/360209195756782>, <https://www.facebook.com/groups/490164992417280/>, <https://www.facebook.com/groups/331560945106080>, <https://www.facebook.com/groups/1505975299759796>
 - Sur Internet : <https://recensementeffetsindesirable.fr/>

Annexe 7 – Réponse d'un parent à l'inspecteur d'académie qui l'invitait à faire vacciner son enfant

Message du parent : « j'ai reçu, il y a 48 heures, comme de nombreux parents, une invitation à faire vacciner mon enfant avant la rentrée scolaire. Cette invitation est accompagnée d'un courrier cosigné du Recteur et du Directeur de l'ARS...le contenu de ce courrier m'a affligée. Mais ce n'est que la suite (il)logique de ces 18 derniers mois...Et après avoir tourné plusieurs réponses possibles dans mon cerveau en alerte, j'ai envoyé la réponse qui suit (de façon anonyme pour ne pas stigmatiser mon enfant...) ».

Le 4 septembre 2021

« Madame, Monsieur,

Je vous remercie vivement pour cette invitation à faire vacciner mon enfant. C'est beaucoup plus appréciable qu'une obligation vaccinale comme se permettent d'en envoyer certains employeurs du privé. Je retrouve là tous les motifs de mon attachement au service public qui sait raison et décence garder.

Je répondrais volontiers favorablement à votre invitation car si cela ne tenait qu'à moi, il y aurait bien longtemps que mon enfant serait vacciné. Hélas cet adolescent refuse catégoriquement cette vaccination salvatrice. Je suis désespéré quand il m'affirme que le vaccin n'en est pas un, qu'il est toujours en phase expérimentale, qu'il ne protège ni de la transmission, ni de la contamination et que la balance bénéfices/risques est défavorable pour sa tranche d'âge. Je me demande où il va chercher tout ça !

Il ose prétendre que ces données sont disponibles sur enfance-libertés.fr ou sur d'autres sites complotistes comme toutvabien44.fr ou Réinfocovid. Il a même lu un article sur anthropo-logiques.org qui démontre que la Suède qui n'a ni confiné, ni imposé le port du masque à son peuple s'en trouve très bien aujourd'hui.

Je trouve très grave que des jeunes soient exposés à des informations aussi dangereuses, mais en tant que parent je n'arrive pas à contrôler les risques d'internet.

Je vous l'ai dit, je suis désespéré. L'ambiance à la maison est devenue infernale.

Quand je tente de le raisonner en disant que ce qu'il avance, c'est tout l'inverse de ce que je vois à la télévision, il ricane. J'ai bien essayé de le menacer concernant le risque d'éviction scolaire si un petit camarade choppe un rhume avec PCR positif, ou bien se retrouve avec ce même test positif en dépistage avant une sortie scolaire...Mon adolescent est intraitable ! Il ose rétorquer que sur le plan juridique il s'agit de discrimination ! Et que c'est un crime qui est puni par la loi.

Alors j'ai besoin de votre aide en urgence pour régulariser sa situation. Je ne souhaite qu'une chose, qu'il accepte le vaccin et rentre dans le rang.

Pourriez-vous m'adresser les documents scientifiques qui permettent de démentir le délire complotiste de mon enfant ? Je ne trouve pas ces informations dans le courrier cosigné par Monsieur le Recteur et Monsieur le Directeur de L'ARS. C'est regrettable. Je n'ai aucun argument solide pour faire obéir cet adolescent qui est si exigeant sur le plan intellectuel. Seuls des documents scientifiques sourcés et indépendants sauraient le convaincre.

Dans l'attente anxieuse de votre réponse, je vous d'agrée Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Un parent au bord de la crise de nerf »