



Entzheim le 10 octobre 2021

Madame la Sénatrice, Monsieur le Sénateur

Suite à la publication sur le site du Sénat de l'**exposé des motifs de la proposition de loi relative à l'obligation vaccinale pour tous**, nous avons relevé **de nombreuses erreurs que nous souhaitons corriger** afin que l'ensemble des sénateurs et sénatrices aient des **informations loyales** en leur possession pour décider de leur vote.

Cet exposé annonce ceci :

« C'est pourquoi, nous maintenons que la vaccination contre le covid-19 de toutes les Françaises et de tous les Français est la seule décision publique qui :

- *Protège sa propre santé et liberté mais aussi celles des autres ;*
- *Correspond à une démarche de santé publique claire, assise sur nos connaissances médicales et scientifiques ;*
- *Constitue une démarche de lutte contre les inégalités territoriales et sociales, car elle crée un devoir de l'État d'aller vers les publics les plus éloignés de la vaccination ;*
- *Évite le « glissement vers des pratiques de surveillance sociale générale » pointé par la Défenseure des droits et l'extension attentatoire aux libertés du pass sanitaire à tous les gestes de la vie quotidienne ;*
- *Dispense de transformer en agents de sécurité sanitaire les professionnels accueillant du public.*

La vaccination obligatoire est le seul chemin à ce jour pour sortir d'une politique de sécurité sanitaire et entrer enfin dans une politique de santé publique clairement assumée. Elle est la manifestation de la primauté de l'intérêt général sur les tentations individualistes, de la clarté face à l'obligation masquée que représente le passe sanitaire, de l'égalité face au « chacun pour soi », de la solidarité face à l'égoïsme. Le choix du Gouvernement a été un choix par défaut et de défausse, qui le désengageait de ses responsabilités.»

<https://www.senat.fr/leg/exposes-des-motifs/ppl20-811-expose.html>

Nous allons donc essayer de vous donner des informations plus précises et documentées

SOMMAIRE

1) EST-CE QUE LA VACCINATION DE TOUS « PROTÈGE SA PROPRE SANTÉ ET LIBERTÉ MAIS AUSSI CELLES DES AUTRES »	2
2) EST-CE QUE LA VACCINATION OBLIGATOIRE « CORRESPOND A UNE DEMARCHE DE SANTE PUBLIQUE CLAIRE, ASSISE SUR NOS CONNAISSANCES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES » ?	3
3) EST-CE QUE CES VACCINS GENETIQUES SONT OUI OU NON EN PHASE EXPERIMENTALE ?.....	7
4) ACTIVITES DE PHARMACOVIGILANCE SUPPLEMENTAIRES EN COURS ET PRÉVUES PAR L'EMA	8
5) PHARMACOVIGILANCE PFIZER ET FDA	8
6) RISQUES DETECTÉS EN PHARMACOVIGILANCE DE L'ANSM ET RISQUES IDENTIFIÉS PAR L'EMA.....	9
7) ETUDES SCIENTIFIQUES PUBLIEES SUR LES EFFETS INDESIRABLES GRAVES DES VACCINS GENETIQUES.....	10
8) EFFICACITÉ DES VACCINS.....	11
A) DUREE DE LA PROTECTION	11
B) TRANSMISSION DU VIRUS PAR LES PERSONNES VACCINEES	11
9) SECURITE DES VACCINS	12
10) FOCUS SUR LA VACCINATION DES MINEURS.....	12
11) ETUDE EPIPHARE UNE ETUDE D'AUTO VALIDATION DU MINISTRE DE LA SANTE	12
12) NOUS NE SOMMES PAS ANTI-VAX MAIS ANTI-SPIKE	13



1) EST-CE QUE LA VACCINATION DE TOUS « PROTÈGE SA PROPRE SANTÉ ET LIBERTÉ MAIS AUSSI CELLES DES AUTRES »

La réponse est clairement NON. La vaccination avec les vaccins génétiques expérimentaux* fabriqués par Pfizer, Moderna, AstraZeneca ou Johnson & Johnson **ne protègent pas les autres, mais uniquement la personne vaccinée.**

[*ce terme de « vaccin génétique » est celui défini par l'INSERM comme étant « une variante de la thérapie génique [qui] consiste à administrer un fragment d'ADN [ou d'ARNm] codant pour un antigène vaccinal directement dans des cellules de la personne à vacciner. » <https://www.inserm.fr/dossier/vaccins-et-vaccinations/>). **Ces vaccins génétiques expérimentaux sont toujours actuellement en phase 3 d'essai clinique.]**

Ceci est d'autant plus vrai depuis l'apparition de variants, notamment **le variant DELTA qui « échappe » de plus en plus à l'effet de la vaccination**, comme il est aisé de le voir en Israël, Royaume-Uni, en Irlande ou à Gibraltar, où la majorité des personnes contaminées sont des personnes totalement vaccinées.

Les études sur ce sujet deviennent de plus en plus nombreuses. Comme l'a titré le journal Le Monde le 30 juillet dernier « **Le ministère de la santé israélien a rendu publics des chiffres montrant que le vaccin de Pfizer et BioNTech ne protégerait plus qu'à 39 % contre l'infection** »

https://www.lemonde.fr/planete/article/2021/07/30/covid-19-de-nouvelles-donnees-suggerent-que-les-personnes-vaccinees-peuvent-transmettre-le-virus_6090012_3244.html

Avec 39% seulement de réduction de la transmission, ces vaccins génétiques ne peuvent donc pas jouer de rôle dans l'immunité collective et ne sont donc d'aucune utilité pour les personnes qui ne sont pas à risque de développer des formes graves.

Deux études, une du Qatar et une d'Israël, publiées dans un journal scientifique de grande renommée, confirment cette baisse et montre que la protection immunitaire offerte par deux doses du vaccin Covid-19 de Pfizer diminue après environ deux mois, bien que la protection contre les maladies graves, l'hospitalisation et le décès reste forte.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2114114>

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2114583>

Ces deux études confirment que seule la vaccination des personnes à risque est utile.

Comme développé plus loin dans ce document, et conformément aux données de l'EMA (Agence européenne du médicament) et de la FDA (Food and Drug Administration), **de nombreuses informations manquantes dans les études de sécurité de ces vaccins génétiques rendent totalement non-éthique, et potentiellement dangereuse pour la population en bonne santé**, une vaccination des personnes qui ne sont pas à risques, et notamment des **enfants**, des jeunes, des moins de 65 ans sans comorbidité et des **femmes enceintes et allaitant**.

Par ailleurs, **les personnes vaccinées infectées transmettent le virus de la même manière et avec une charge virale équivalente que les non-vaccinés infectés.**

Une étude du CDC (Centre of Disease Control) américain confirme, comme en Israël, que le variant Delta échappe fortement à la vaccination dans la prévention de l'infection.

« Deux doses de vaccins à ARNm étaient efficaces à 74,7% contre l'infection chez les résidents des maisons de soins infirmiers au début du programme de vaccination (mars-mai 2021). Entre juin et juillet 2021, lorsque la circulation des variantes B.1.617.2 (Delta) prédominait, l'efficacité a considérablement diminué pour atteindre 53,1 %. »

D'autres études sur ce sujet sont récentes, et donc non encore revues par les pairs comme celle-ci qui montre que **la charge virale des vaccinés infectés est équivalente aux non-vaccinés infectés.**

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.31.21261387v4.full-text>



Ce point a d'ailleurs été souligné dans la **Note d'Alerte du Conseil Scientifique** en date du 20 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 (...) » ;

« (...) La très grande transmissibilité du variant Delta, son incubation rapide, et sa capacité d'**échappement (immunitaire) vaccinal** (...) » ;

« A moyen terme, dans un contexte de circulation accrue de virus présentant des variations antigéniques, l'utilisation d'une 3^{ème} dose de vaccin identique pourrait apporter un bénéfice limité. Pour restaurer une bonne protection il sera probablement nécessaire d'utiliser un nouveau vaccin comportant un immunogène (protéine S) actualisé, proche de celle du virus variant circulant. Ces vaccins ne sont pas disponibles actuellement »

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_d_alerte_conseil_scientifique_20_aout_2021_actualise_25_aout_2021.pdf

Rappelons enfin que plusieurs études ont montré que l'**immunité naturelle acquise après infection SARS-COV-2** est **robuste et durable**, et cela même chez ceux qui ont eu un Covid19 léger (publications dans les revues scientifiques de très haut niveau NATURE et CELL) et **qu'EN AUCUNE MANIERE IL N'EST NÉCESSAIRE DE VACCINER LES PERSONNES QUI ONT ÉTÉ PREALABLEMENT INFECTÉES**.

[https://www.cell.com/cell-reports-medicine/fulltext/S2666-3791\(21\)00203-2](https://www.cell.com/cell-reports-medicine/fulltext/S2666-3791(21)00203-2)

<https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4>

« Il n'y avait aucune preuve que les réductions des chances d'être testés positifs différaient entre ceux qui avaient reçu deux doses de vaccin et ceux qui n'avaient pas été vaccinés mais qui étaient positifs à la PCR ou aux anticorps > 4 mois auparavant »

<https://www.nature.com/articles/s41591-021-01410-w>

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.01.21258176v3>

De plus, l'observation montre que les **effets indésirables graves suite à la vaccination** sont plus importants chez les personnes vaccinées qui avaient déjà contracté le virus.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309921002243>

En résumé, les personnes qui ont déjà contracté le virus responsable de la Covid19 n'ont aucune raison de se faire vacciner... elles n'en subissent que les risques et aucun bénéfice démontré.

Enfin le cas du Royaume-Uni, très transparent sur ses données de Santé publique, montre que du 01/02/21 au 16/09/21 (Site gouvernemental du Royaume-Uni et données (pages 19-20) :

Sur 2542 décès du variant Delta, 1779 personnes soit 70% étaient vaccinées et 722 personnes (28,4%) étaient non vaccinées.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1018547/Technical_Briefing_23_11_09_16.pdf

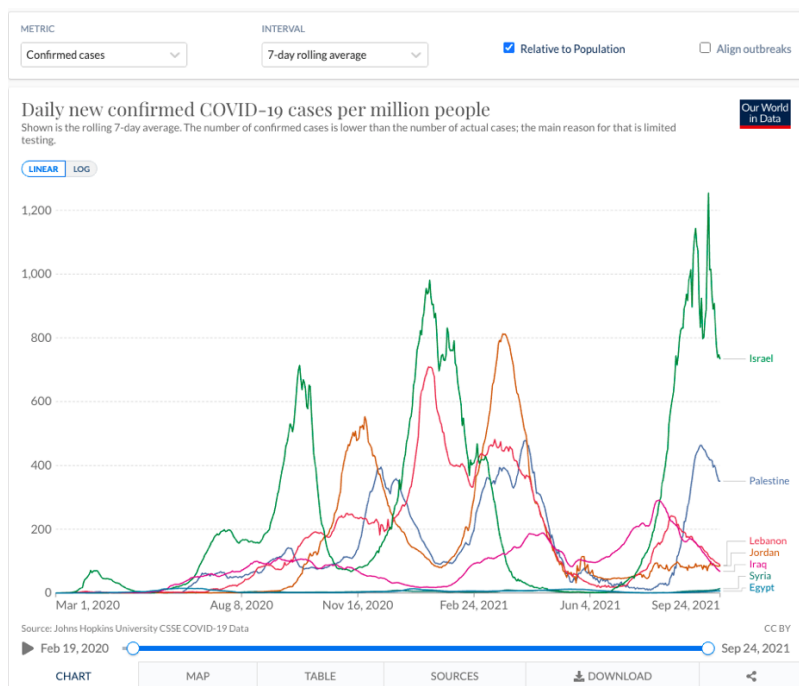
2) EST-CE QUE LA VACCINATION OBLIGATOIRE « CORRESPOND A UNE DEMARCHE DE SANTE PUBLIQUE CLAIRE, ASSISE SUR NOS CONNAISSANCES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES » ?

Là encore, cette affirmation est erronée. Elle signifierait qu'il y ait consensus scientifique sur la démarche de vaccination obligatoire pour tous comme élément de libération des épidémies de SARS-CoV-2, alors que cela est faux et qu'il suffit de prendre l'exemple d'Israël et de ses pays voisins pour voir sans aucune ambiguïté qu'il n'y a **aucune corrélation entre un fort taux de vaccination de la population et l'évolution de l'épidémie** !

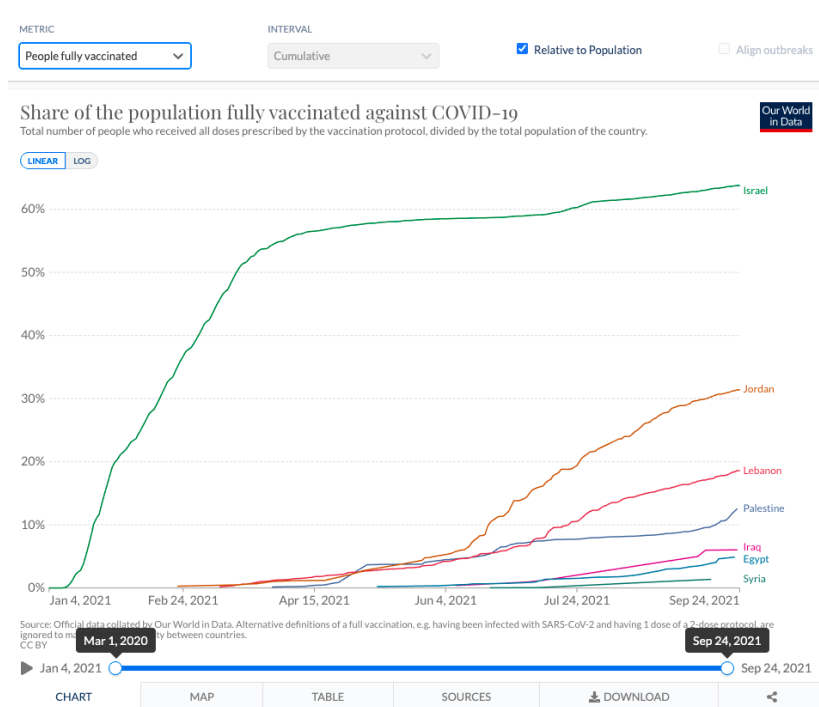
Cette constatation a été récemment publiée dans un journal scientifique d'épidémiologie à haute notoriété
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00808-7>

En comparant les données par millions d'habitant d'**Israël, de la Palestine, du Liban, de la Jordanie, de l'Iraq, de la Syrie et de l'Égypte** (pays proches géographiquement soumis à des influences climatiques relativement similaires) qui ont eu des stratégies différentes face à ces épidémies de SARS-CoV-2, montrent **qu'il n'y a AUCUNE CORRELATION entre le taux de vaccination et la quantité de personnes infectées, ni même avec le nombre de décès par millions d'habitants**.

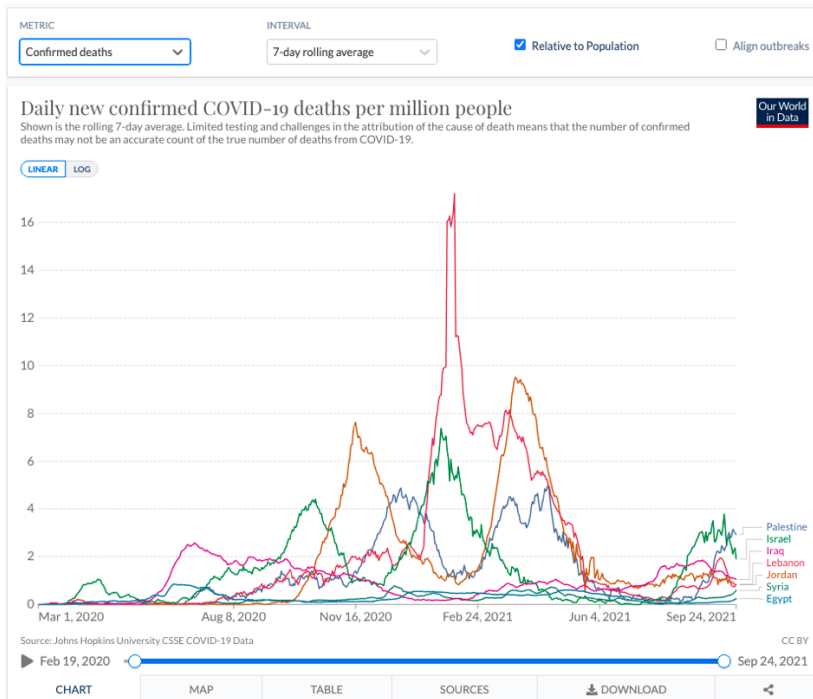
Israël, le pays ayant le plus fort taux de vaccination de cette région du monde est aussi celui affichant le plus grand nombre de décès par million d'habitants lors de cette dernière poussée épidémique.



<https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=2020-03-01..latest&facet=none&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+cases&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country=ISR~PSE~JOR~LBN~SYR~IRQ~EGY>

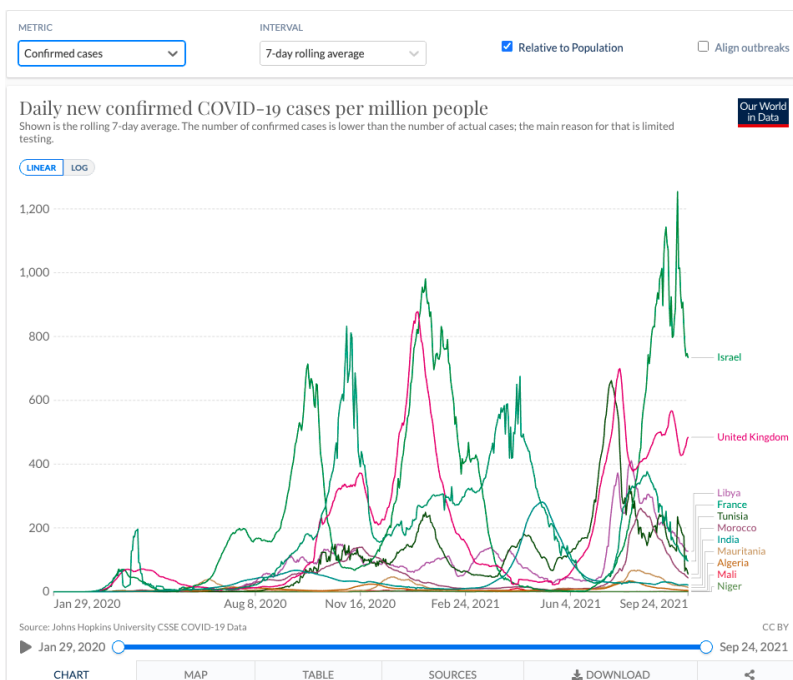


<https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=2020-03-01..latest&facet=none&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=People+fully+vaccinated&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country=ISR~PSE~JOR~LBN~SYR~IRQ~EGY>



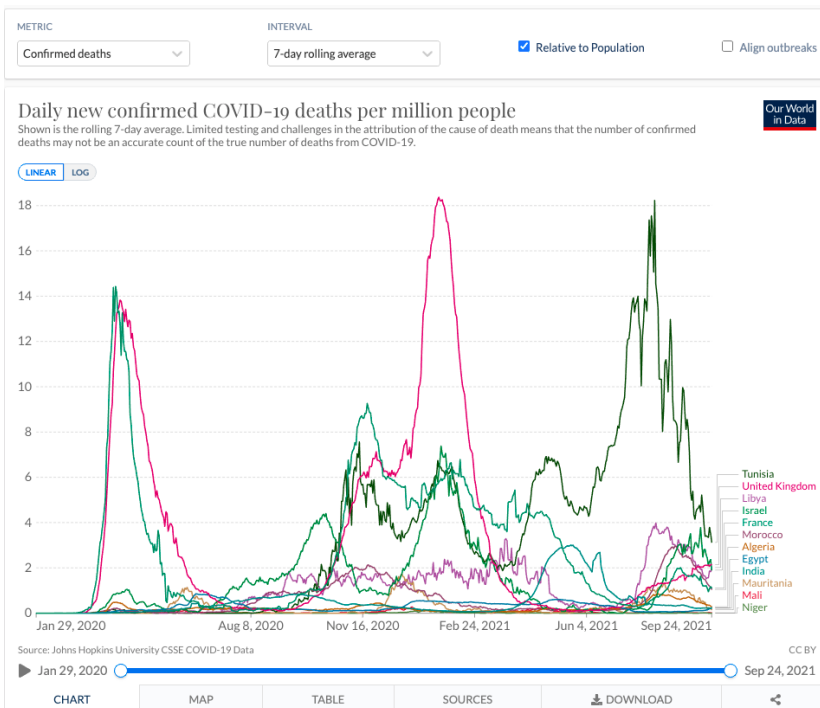
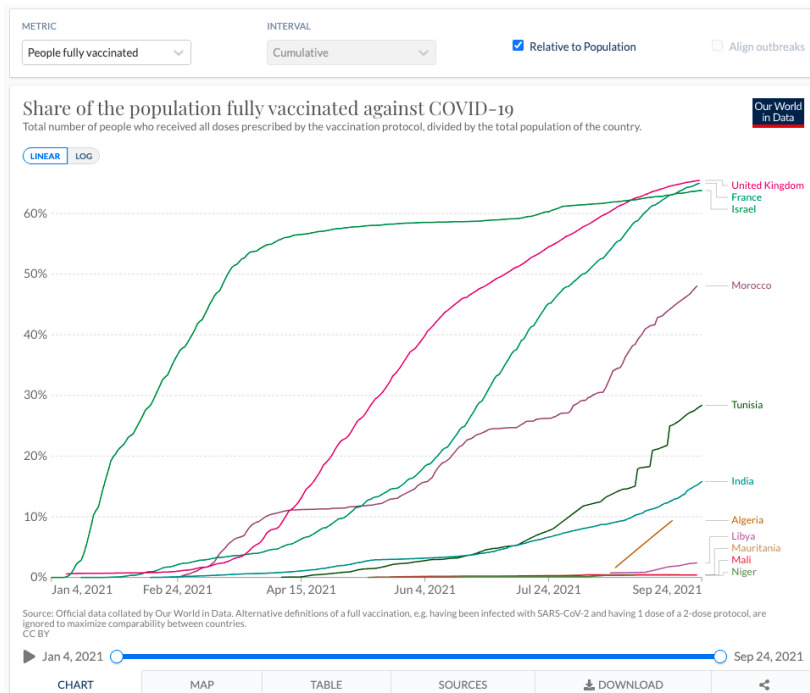
<https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=2020-03-01..latest&facet=none&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+deaths&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country=ISR~PSE~JOR~LBN~SYR~IRQ~EGY>

Il n'y a donc pas consensus d'efficacité de cette stratégie vaccinale et des pays comme **l'Inde**, ou de nombreux **pays africains**, qui ont été plutôt dans une **stratégie de traitements précoces** (Ivermectine, hydroxychloroquine, azithromycine etc.) que dans une stratégie de vaccination de toute la population, montrent encore une fois **qu'il n'y a pas de corrélation entre le taux de vaccination de la population et le nombre de décès par millions d'habitants**.



<https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&facet=none&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+deaths&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country=ISR~PSE~JOR~LBN~SYR~IRQ~EGY>

[day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country=IND~GBR~ISR~MAR~DZA~LBY~NER~MLI~FRA~MRT~TUN~EGY](https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&facet=none&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+deaths&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country=IND~GBR~ISR~MAR~DZA~LBY~NER~MLI~FRA~MRT~TUN~EGY)



<https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&facet=none&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+deaths&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country=IND~GBR~ISR~MAR~DZA~LBY~NER~MLI~FRA~MRT~TUN~EGY>

Une étude publiée récemment dans le **New England Journal of Medicine** aux États-Unis a révélé que l'efficacité des vaccins contre la **maladie symptomatique** est passée de 90 % à 65 % à mesure que la variante Delta s'installait dans le pays. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2112981>

3) EST-CE QUE CES VACCINS GENETIQUES SONT OUI OU NON EN PHASE EXPERIMENTALE ?

Cette question est essentielle car rappelons-le il est impossible légalement d'imposer une vaccination obligatoire avec des produits expérimentaux qui **NÉCESSITENT UN CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ**.

Et la réponse est **OUI, CES VACCINS GENETIQUES SONT TOUJOURS EN PHASE 3 EXPERIMENTALE** et cela jusqu'en décembre 2023 (Pfizer) . Cela est **annoncé sur le site de l'EMA** (Agence Européenne du Médicament) dans la rubrique « Quelles informations sont encore attendues pour Comirnaty ? »

« Comme Comirnaty a reçu une autorisation de mise sur le marché conditionnelle, la société qui commercialise Comirnaty continuera à fournir les résultats de l'essai principal, qui se poursuit pendant 2 ans. Cet essai et des études supplémentaires fourniront des informations sur la durée de la protection, dans quelle mesure le vaccin prévient le COVID-19 sévère, dans quelle mesure il protège les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes et s'il prévient les cas asymptomatiques. » <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty>

Les dates de fin d'étude pour cette phase 3 se trouvent dans les documents « Product information »

« En vue de confirmer l'efficacité et la sécurité de Comirnaty, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché devra soumettre le rapport final d'étude clinique pour l'étude randomisée, contrôlée contre placebo, avec observateur en aveugle (étude C4591001). **Décembre 2023** »
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_fr.pdf

Par ailleurs la **liste des Risques importants et des informations manquantes** est spécifiée dans le **Plan de management des risques** (Table 44) https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan_en.pdf

Table 44. List of Important Risks and Missing Information

Important identified risks	Anaphylaxis
Important potential risks	Vaccine-associated enhanced disease (VAED) including Vaccine-associated enhanced respiratory disease (VAERD)
Missing information	Use in pregnancy and while breast feeding
	Use in immunocompromised patients
	Use in frail patients with co-morbidities (e.g. chronic obstructive pulmonary disease (COPD), diabetes, chronic neurological disease, cardiovascular disorders)
	Use in patients with autoimmune or inflammatory disorders
	Interaction with other vaccines
	Long term safety data

RISQUES IDENTIFIES IMPORTANTS

- **Anaphylaxie** (réaction allergique mortelle)

RISQUES POTENTIELS IMPORTANTS

- **Maladie augmentée par le vaccin** (VAED) incluant la maladie respiratoire augmentée associée au vaccin (VAERD)

INFORMATIONS MANQUANTES

- **Utilisation pendant la grossesse et pendant l'allaitement**
- **Utilisation chez les patients immunodéprimés**
- **Utilisation chez les patients fragiles avec des comorbidités** (BPCO), diabète, maladie neurologique chronique, troubles cardiovasculaires)
- **Utilisation chez les patients atteints de troubles auto-immuns ou inflammatoires**
- **Interaction avec d'autres vaccins**
- **Données de sécurité à long terme**

4) ACTIVITES DE PHARMACOVIGILANCE SUPPLEMENTAIRES EN COURS ET PREVUES PAR L'EMA

De nombreuses études supplémentaires sont attendues qui permettront de dire **SI** le produit Comirnaty est efficace et sans danger pour **les femmes enceintes et allaitant**, si ces produits peuvent augmenter la maladie (au lieu de la combattre), et évaluer les effets indésirables potentiellement graves à long terme. **La fin des études Européennes sur ces sujets est prévue en mars 2024**

Table 41. On-going and Planned Additional Pharmacovigilance Activities

Study (study short name, and title) Status (planned/on-going)	Country	Summary of Objectives	Safety concerns addressed	Milestone	Due dates
C4591010 Planned	EU	Assessment of occurrence of safety events in real-world use of COVID-19 mRNA vaccine.	Anaphylaxis AESI-based safety events of interest Use in pregnancy Long-term safety data.	Final draft protocol submission for EMA review: Final CSR submission:	31-Jan-2021 31-Mar-2024

Enfin dans le dernier document en date de l'EMA sur le produit Comirnaty de Pfizer n° EMEA / H / C / 005735 / II / 0036, on peut lire encore

4.5 Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions

Aucune étude d'interaction n'a été réalisée.

L'administration concomitante de Comirnaty avec d'autres vaccins n'a pas été étudiée.

4.6 Fertilité, grossesse et allaitement

Grossesse

Il existe des **données limitées sur l'utilisation de Comirnaty chez la femme enceinte**. Les études effectuées chez l'animal n'ont pas mis en évidence d'effets délétères directs ou indirects sur la gestation, le développement embryonnaire/fœtal, la mise bas ou le développement postnatal (voir rubrique 5.3). **L'utilisation de Comirnaty chez la femme enceinte doit être envisagée seulement si les bénéfices potentiels l'emportent sur les risques potentiels pour la mère et le fœtus.**

Allaitement

On ne sait pas si Comirnaty est excrété dans le lait maternel.

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_fr.pdf
<https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1528.htm>

5) PHARMACOVIGILANCE PFIZER ET FDA

Par ailleurs la **FDA** (Food and Drug Administration) américaine **a elle aussi signifié** dans le dernier document en date (**23 août 2021**) relative au produit **Comirnaty** (Pfizer) dans un Plan de pharmacovigilance (<https://www.fda.gov/media/151733/download>) **l'ensemble des données manquantes pour ce produit**

On retrouve dans ce plan de pharmacovigilance des éléments communs avec le **Risk management Plan** de l'EMA.

Ce plan de pharmacovigilance proposé par le demandeur comprend les risques importants et les informations manquantes suivants :

RISQUES IDENTIFIÉS IMPORTANTS :

- Anaphylaxie ;
- Myocardite et péricardite

RISQUES POTENTIELS IMPORTANTS :

- Maladie augmentée associée au vaccin (VAED)
- Maladie respiratoire augmentée associée au vaccin (VAERD)



INFORMATIONS MANQUANTES :

- Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement ;
- Efficacité du vaccin ;
- Utilisation chez les enfants de moins de 12 ans

Parmi les risques identifiés importants supplémentaires, on notera les MYOCARDITES ET PERICARDITES principalement alarmantes chez les jeunes et les très jeunes.

La FDA a demandé des études supplémentaires et notamment celles sur la TERATOGENICITE (risque pour le développement du fœtus) chez les femmes enceintes. **La FDA reconnaît que personne ne connaît les risques de malformation pour les futurs bébés des femmes enceintes injectées, ni l'évolution des myocardite/péricardite des jeunes.**

Des études complémentaires post-commercialisation ont été demandées justement sur la TERATOGENICITE sur les fœtus (fin prévue en 2025) et sur les MYOCARDITES/PERICARDITES chez les jeunes (fin prévue en 2025)

- Étude C4591022, intitulée « Exposition au vaccin Pfizer-BioNTech COVID-19 pendant la grossesse : étude de sécurité post-approbation non interventionnelle des résultats de la grossesse et du nourrisson dans l'Organisation des spécialistes de l'information sur la tératologie (OTIS)/registre de grossesse MotherToBaby". **Rapport final décembre 2025**
- Étude C4591009, intitulée « A Non-Interventional Post-Approval Safety Study of the Pfizer-BioNTech COVID-19 mRNA Vaccine in the United States », pour évaluer la survenue de myocardite et de péricardite suite à l'administration de COMIRNATY. **Rapport final en Octobre 2025**
- Étude pédiatrique différée C4591001 pour évaluer l'innocuité et l'efficacité de COMIRNATY chez les enfants de 12 à 15 ans. **Rapport final Octobre 2023**

Il est important de noter que **toutes ces études complémentaires seraient rendues en réalité impossibles par la vaccination obligatoire** de tous par **disparition du groupe placebo** (n'ayant pas reçu de vaccin) : impossibilité d'évaluer l'innocuité et l'efficacité si il n'y a plus de comparaison possible entre des vaccinés et des non vaccinés.

6) RISQUES DETECTÉS EN PHARMACOVIGILANCE DE L'ANSM ET RISQUES IDENTIFIÉS PAR L'EMA

L'ANSM a publié de nouvelles données de pharmacovigilance le 28 septembre 2021

<https://ansm.sante.fr/actualites/point-de-situation-sur-la-surveillance-des-vaccins-contre-la-covid-19-periode-du-03-09-2021-au-16-09-2021>

Les documents relatifs aux vaccins à ARNm sont disponibles ici

PFIZER : <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/09/24/20210923-covid-19-vaccins-cominarty-pfizer-rapport-18.pdf>

MODERNA : <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/09/24/20210923-covid-19-vaccins-moderna-rapport-15.pdf>

Pour **37 693 645 personnes vaccinées avec PFIZER** (1, 2 ou 3 doses), l'ANSM a enregistré et analysé **46 817** effets indésirables dont **12973 effets indésirables graves** (dont 905 décès, 649 mise en jeu du pronostic vital, 300 invalidité/incapacité et **4058 hospitalisations**)

SOIT

- **1 EFFET INDESIRABLE GRAVE TOUS LES 3000 VACCINÉS**
- **1 HOSPITALISATION TOUS LES 10 000 VACCINÉS**

Parmi ces effets indésirables graves (Table 8) * *signaux confirmés comme étant liés au vaccin*

Anaphylaxie* : 566

Myocardites* : 238

Péricardites* : 299

Paralysie de Bell* : 344 soit environ 1 cas pour 100 000 vaccinés

Association BonSens.org : 10 Rue des Cigognes 67960 Entzheim - contact@bonsens.org

Association Loi 1908 - Immatriculation : TPRX-ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN Volume 46 / Folio 22



Zona* : 434

Syndrome de Guillain Barré : 41

L'EMA a publié une liste des risques d'effets indésirables avérés liés au vaccin Pfizer

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_fr.pdf

Parmi ceux-ci, on retrouve les myocardites/péricardites, anaphylaxies, dont la fréquence n'est à ce stade pas clairement établie.

Cependant **pour les paralysies de Bell, la fréquence annoncé par PFIZER (et l'EMA) est de 1 sur 1000**

Ceci permet d'estimer que la pharmacovigilance mesurée par l'ANSM pourrait donc être sous-estimée d'un facteur jusqu'à 100

Ceci est d'ailleurs **confirmé par l'étude Pfizer** elle-même, qui lors de l'essai clinique randomisé réalisé en vue de l'obtention de l'AMM conditionnelle, a répertorié **13,6% d'effets indésirables liés à son vaccin** après la deuxième dose. Ce qui, lorsqu'on le rapporte au nombre de personnes vaccinées avec 2 doses de Pfizer (30 800 423 personnes) aurait dû produire 4 188 857 effets indésirables. **Or l'ANSM n'en a enregistré que 46 817 au total, soit 90 fois moins qu'attendu.**

« Overall, in participants with 2 months follow up after dose 2, 21.4% / 12.6% (vaccine/placebo) and 3.6%/3.6% experienced at least 1 AE and 1 related AE, respectively »

page104 : https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf

Le site vigiaccess.org de l'OMS qui répertorie pour le monde les alertes de pharmacovigilance pour les médicaments montrent d'ailleurs très clairement qu'avec plus de 2 millions d'effets indésirables enregistrés, il y a **8 fois plus d'enregistrements d'effets indésirables pour les vaccins Covid (2 201 851) en 9 mois d'utilisation qu'en 52 ans pour les vaccins de la grippe (266 955).**

CONCERNANT LA DOSE DE RAPPEL

*« Un sous-ensemble de participants de l'étude 2 de phase 2/3 de 306 adultes âgés de 18 à 55 ans, qui ont terminé le cours initial de Comirnaty à 2 doses, ont reçu une dose de rappel (troisième dose) de Comirnaty environ 6 mois (intervalle de 4,8 à 8,0 mois) après avoir reçu la dose 2. Le profil d'innocuité global de la dose de rappel était similaire à celui observé après 2 doses. Les effets indésirables les plus fréquents chez les participants âgés de 18 à 55 ans étaient la douleur au site d'injection (> 80 %), la fatigue (> 60 %), les maux de tête (> 40 %), la myalgie (> 30 %), les frissons et l'arthralgie (> 20 %). Une fréquence plus élevée de lymphadénopathie (5,2 % contre 0,4 %) a été observée chez les participants recevant une dose de rappel (troisième dose) par rapport aux participants recevant 2 doses. **Le risque de myocardite après une troisième dose de Comirnaty n'a pas encore été caractérisé.** »*

L'innocuité d'une dose de rappel est basée sur une **cohorte de 306 personnes**. Encore une fois, si un effet indésirable grave avait une incidence de 1 sur 307, alors cet essai n'aurait pas été en capacité de le détecter.

7) ETUDES SCIENTIFIQUES PUBLIEES SUR LES EFFETS INDESIRABLES GRAVES DES VACCINS GENETIQUES

De nombreuses publications scientifiques ont été publiées récemment sur des effets indésirables graves dus aux vaccins.

- **MYOCARDITE APRES LE VACCIN A ARNM BNT162B2 CONTRE COVID-19 EN ISRAËL**
"Dans notre étude, des cas certains ou probables de myocardite chez des personnes âgées de **16 à 19 ans** dans les 21 jours suivant la deuxième dose de vaccin sont survenus chez environ **1 des 6 637 hommes** et 1 des 99 853 femmes." <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2109730>
- **UN RAPPORT SUR LES EVENEMENTS INDESIRABLES DE LA MYOCARDITE DANS LE SYSTEME AMERICAIN DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES DES VACCINS (VAERS) EN ASSOCIATION AVEC LES PRODUITS BIOLOGIQUES INJECTABLES COVID-19** « Dans les 8 semaines qui ont suivi l'offre publique des produits COVID-19 au

Association BonSens.org : 10 Rue des Cigognes 67960 Entzheim - contact@bonsens.org

Association Loi 1908 - Immatriculation : TPRX-ILLKIRCH-GRAFFENSTADEN Volume 46 / Folio 22

groupe d'âge 12-15 ans, nous avons constaté un nombre de cas de myocardite 19 fois supérieur au nombre attendu chez les volontaires vaccinés. »

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0146280621002267#>

- **REVUE CLINIQUE DE LA THROMBOSE VEINEUSE CEREBRALE DANS LE CADRE DES VACCINATIONS COVID-19 : EVALUATION, PRISE EN CHARGE ET QUESTIONS SCIENTIFIQUES (étude OMS)** « Des stratégies d'évaluation et de traitement rapides de la TVC dans le contexte d'un éventuel VITT existent, notamment des mesures de marqueurs inflammatoires, des dosages de PF4 et une anticoagulation sans héparine. »
[https://www.ins-journal.com/article/S0022-510X\(21\)00226-4/fulltext](https://www.ins-journal.com/article/S0022-510X(21)00226-4/fulltext)
- **VACCIN COVID-19, CONTRACEPTIF, CHANGEMENT DE VISCOSITE ET DE MARGE DE SECURITE.** « Une marge de sécurité diminuée pour l'absence d'hyperviscosité est attendue chez une personne prenant une pilule contraceptive. Il est nécessaire de surveiller l'évolution de la viscosité du sang chez les personnes vaccinées qui utilisent la pilule contraceptive et, si possible, la pilule contraceptive doit être arrêtée avant la vaccination. »
<https://nanobioletters.com/wp-content/uploads/2021/09/22846808112.35093512.pdf>
- **DELAIS D'EXAMEN DES MEDICAMENTS ET PROBLEMES D'INNOCUITE.** Un article de 2008 qui rappelle le danger des Autorisation de mise sur le marché (AMM) prématurés : 6 fois plus de retraits du marché pour raison de pharmacovigilance et 4 fois plus d'alertes majeures signalées. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0706341>

8) EFFICACITÉ DES VACCINS

a) Durée de la protection

- S'agissant du **VACCIN COMIRNATY DE PFIZER-BIONTECH**, l'Agence européenne des médicaments (EMA) relève, en juillet 2021, que **la durée de la protection est « inconnue chez les adolescents aussi bien que chez les adultes »** (Committee for Medicinal Products for Human Use, *Assessment Report*, 22 July 2021, EMA/CHMP/282047/2021 Rev.1, p. 75).

- S'agissant du **VACCIN SPIKEVAX DE MODERNA**, l'Agence européenne indique, en juillet 2021 également, qu'on ignore « combien de temps durera la protection chez les adolescents et les adultes et si la vaccination offre une protection contre les nouveaux variants » (Committee for Medicinal Products for Human Use, *Assessment Report*, 23 July 2021, EMA/439844/2021, p. 83).

Par ailleurs la FDA n'a pas autorisé ce vaccin pour les moins de 16 ans.

- S'agissant du **VACCIN JANSSEN DE JOHNSON & JOHNSON**, la Haute Autorité de santé indique dans un communiqué de presse du 24 août 2021 que **"les données disponibles ne permettent pas de confirmer l'efficacité à long terme du schéma de vaccination à une dose du vaccin Janssen contre le variant Delta"** (https://www.has-sante.fr/jcms/p_3283153/fr/covid-19-la-has-precise-les-populations-eligibles-a-une-dose-de-rappel-de-vaccin).

- S'agissant du **VACCIN VAXZEVRIA D'ASTRAZENECA**, l'EMA a remarqué dès janvier 2021 que **« l'efficacité contre l'infection asymptomatique n'a pas pu être démontrée »** (Committee for Medicinal Products for Human Use, *Assessment Report*, 29 January 2021, EMA/94907/2021, p. 166).

b) Transmission du virus par les personnes vaccinées

- S'agissant du **VACCIN COMIRNATY DE PFIZER-BIONTECH**, l'Agence européenne des médicaments estime - en juillet 2021 – que l'« **on ignore actuellement dans quelle mesure la vaccination offre une protection contre l'infection asymptomatique et si la vaccination empêche une transmission ultérieure** » (Committee for Medicinal Products for Human Use, *Assessment Report*, 22 July 2021, EMA/CHMP/282047/2021 Rev.1, p. 75).

- S'agissant du **VACCIN SPIKEVAX DE MODERNA**, l'EMA admet que **« l'impact sur la transmission est lui aussi actuellement inconnu »** (Committee for Medicinal Products for Human Use, *Assessment Report*, 23 July 2021, EMA/439844/2021, p. 83).

9) SECURITE DES VACCINS

L'Agence européenne des médicaments souligne que « **la possibilité d'une maladie aggravée** [par le vaccin **SPIKEVAX DE MODERNA**] **ne peut être exclue avec certitude** » (Committee for Medicinal Products for Human Use, *Assessment Report*, 11 March 2021, EMA/15689/2021 Corr.1, p. 143).

De même, pour le vaccin **VAXZEVRIA D'ASTRAZENECA**, l'Agence européenne souligne un « **risque potentiel important de maladie aggravée** » (Committee for Medicinal Products for Human Use, *Assessment Report*, 29 January 2021, EMA/94907/2021, p. 169).

Pour le vaccin **JANSSEN DE JOHNSON & JOHNSON**, l'EMA note encore que « **la possibilité d'une maladie accrue ne peut être exclue avec certitude** » (Committee for Medicinal Products for Human Use, *Assessment Report*, 11 March 2021, EMA/158424/2021, p. 203).

10) FOCUS SUR LA VACCINATION DES MINEURS

Selon le Comité consultatif national d'éthique, « **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** » (CCNE, *Enjeux éthiques relatifs à la vaccination contre la Covid-19 des enfants et des adolescents*, avis du 9 juin 2021, p. 11).

Sur le site de l'agence européenne du médicament (EMA), concernant les enfants de 12 à 15 ans, on peut lire enfin : <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty>

Sur les 1 005 enfants ayant reçu le vaccin, aucun n'a développé de COVID-19 contre 16 enfants sur les 978 qui ont reçu l'injection factice. Cela signifie que, dans cette étude, le vaccin était efficace à 100 % pour prévenir le COVID-19 (bien que le taux réel puisse se situer entre 75 % et 100 %).

Un groupe d'étude de **1005 enfants**. Ce qui signifie que **si un effet indésirable grave avait une incidence chez les 12-15 ans avec une fréquence de 1 / 1100**, cet essai ne l'aurait pas vu !

Par ailleurs, on peut lire sur dernier document en date « EPAR PRODUCT INFORMATION de L'EMA » https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_fr.pdf

« Dans une analyse de l'étude 2, basée sur les données collectées jusqu'à la date limite du 13 mars 2021, 2 260 adolescents (1 131 vaccinés par Comirnaty et 1 129 ayant reçu le placebo) étaient âgés de 12 à 15 ans. Parmi ces derniers, 1 308 adolescents (660 vaccinés par Comirnaty et 648 ayant reçu le placebo) ont été suivis pendant au moins 2 mois après avoir reçu la seconde dose de Comirnaty. L'évaluation de la sécurité dans l'étude 2 se poursuit. »

Ce qui signifie que si un effet indésirable grave avait une incidence de 1 sur 661 vaccinés, alors cet essai n'était pas en capacité de le détecter.

La cohorte de cet essai clinique est bien trop petite pour lancer une vaccination de masse chez les enfants de 12 à 15 ans sans prendre des risques considérables pour le futur de la santé de ces enfants.

11) ETUDE EPIPHARE UNE ETUDE D'AUTO VALIDATION DU MINISTRE DE LA SANTE

Ce lundi 11 octobre, le **groupement Epi-Phare** a publié deux études affirmant que « *La vaccination est efficace à plus de 90% pour réduire les formes graves de Covid-19 chez les personnes de plus de 50 ans en France* ». Cette étude sort à 4 jours des discussions au Sénat sur la vaccination obligatoire en France. Depuis près de 18 mois, les experts nous vantent les mérites des études randomisées en double aveugle publiées après revue par les



pairs dans des journaux indépendants sans que les auteurs n'aient de lien d'intérêt. Le canon de la science nous dit ont, malgré le fait que nous avons dû faire face à une nouvelle maladie qui aurait dû entraîner au sein de la loi d'urgence des « décisions adéquates ».

Les études définies comme « best practice » font l'objet de protocoles enregistrés (clinicaltrials.gov ou bien prospero) **afin de s'assurer que celles-ci respectent les normes et règles établies**. Le lecteur de **cette dernière étude Epi-Phare ne pourra donc qu'être surpris de l'absence de déclaration préalable de cette étude ou de l'absence de revue par les pairs**. Le deux poids deux mesures dénoncés par bien des scientifiques lors des derniers mois prend toute sa mesure avec cette nouvelle étude qui s'apparente plus à une auto-évaluation ou auto-validation du ministre de la Santé Olivier Véran. Avant de rentrer dans les biais méthodologiques, les travers de cette étude au niveau macro sont nombreux : absence de revue par les pairs, non déclaration préalable, **lien entre d'Epi-Phare, l'ANSM et le Ministère de la Santé**, sans parler de l'absence de validation ou calibration au réel en comparant à d'autres pays.

La **transparence est la base de toute étude scientifique**, permettant à tous les chercheurs de faire des analyses sur la même base de données publiques. Le gouvernement, sûr de l'efficacité des vaccins, **n'aura donc aucun problème pour que les chercheurs indépendants puissent accéder aux données**. En ouvrant les accès aux données cela permettra à tous de faire les analyses et valider ainsi les bienfaits de la politique. Jacques Attali a bien déclaré que « faire confiance doit devenir un droit de l'homme » et Lenine que « La confiance n'exclut pas le contrôle. »

(Suite en annexe I)

12) NOUS NE SOMMES PAS ANTI-VAX MAIS ANTI-SPIKE

Le médecin sénateur Alain Houpert a décrit la situation de manière intéressante : « *les médecins prescrivent des médicaments* ». Ils le font en vertu de leur **serment d'Hippocrate et selon l'article R.4127-34 du code de la santé publique**, « *le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.* ». En fait, hormis ceux qui font de la recherche universitaire, ce ne sont pas des scientifiques, ils ne sont pas chimistes, biochimistes, toxicologues, virologues, immunologues ou spécialistes de pharmacovigilance. Ils ne découvrent pas ou n'inventent pas les médicaments ni ne décrivent leur fonctionnement à l'échelle de la cellule. Ils ne sont donc pas à même d'interpréter en **pleine connaissance** les tenants et les aboutissants des nouveaux vaccins ARNm et ADN notamment en matière d'efficacité et de toxicité à court comme à long terme. La vision suivante est celle partagée par de nombreux spécialistes biochimistes et toxicologues.

On ne peut donc nous décrire comme antivax ! Par contre, **nous sommes anti-spike**, parce que **cette protéine Spike est toxique** : elle induit de **l'inflammation (d'où les myocardites)**, de la **coagulation (d'où les thromboses)**, de **l'hypertension (le récepteur ACE2 de la protéine Spike régule la pression sanguine)** et **tous les effets secondaires graves pourraient être expliqués** y compris les symptômes dépressifs post-vaccination (ou COVID) car la protéine Spike peut aussi induire la diminution de la concentration de sérotonine (hormone de la bonne humeur) dans le cerveau.

C'est pourquoi nous demandons et demandons toujours **des vaccins entiers aux protéines désactivées sans nous opposer à la vaccination** dans [une lettre d'information](#) à l'attention des sénatrices et sénateurs **Ou alors des vaccins ARNm ou ADN produisant une protéine immunogène mais non toxique**.

C'est donc **pour ces raisons scientifiques sur la sécurité des vaccins** (en plus des raisons démocratiques) et aussi du **manque d'efficacité** (aujourd'hui bien établie) en particulier **dans le blocage de la transmission du virus**, que nous faisons appel à votre bon sens et votre réflexion **pour vous opposer à l'obligation vaccinale étant donné une balance bénéfice/risque nettement défavorable en particulier chez les moins de 40 ans**.

(Suite annexe II)



Madame, Monsieur les sénateurs, voilà les réelles données de la science, à travers divers éléments, publications scientifiques et documents de l'EMA et de la FDA.

Et elles montrent plusieurs choses essentielles

- 1- Les **vaccins génétiques n'empêchent pas l'infection ni la transmission du virus**
- 2- Les vaccins génétiques sont **de moins en moins efficaces** vis-à-vis des variants et notamment le **Delta**
- 3- **Les vaccinés infectés** par le virus le **transmettent tout autant** que les non vaccinés
- 4- **Les personnes qui ont déjà contracté le virus n'ont pas besoin de vaccin**, et cela peut même présenter un plus grand risque d'effet indésirable grave pour elles.
- 5- Les pays les plus vaccinés ne sont pas ceux qui ont les meilleurs résultats en terme de contagion et en terme de décès, bien au contraire.
- 6- Les vaccins génétiques de Pfizer, Moderna, Astrazeneca et Johnson & Johnson **sont toujours dans leur phase 3 expérimentale** qui ne finiront que fin 2022 ou 2023 selon les produits.
- 7- **Aucune donnée de sécurité n'existe pour les femmes enceintes, ni pour elle ni pour leur futur bébé**
- 8- Les **données de sécurité pour les enfants de 12 à 15 ans sont très limitées** et très insuffisantes pour imposer ce vaccin sans faire courir un risque inconsidéré à une population qui n'a aucun risque avec cette maladie
- 9- **AUCUNE** étude de CARCINOGENICITE, de GENOTOXICITE ni de TERATOGENICITE n'ont été réalisées à ce jour, ce qui signifie qu'AUCUN fabricant ne peut écarter des EFFETS INDESIRABLES DÉLÉTÈRES À MOYEN ET LONG TERME tel que des cancers, maladies auto-immunes ou détérioration du génome, et ce de manière irréversible, **ni même assurer que ces produits ne seront pas néfaste aux développements des fœtus.**
- 10- Comme vous le savez, **les fabricants se sont exonérés de toutes responsabilités.**
Cette responsabilité incomberait donc à ceux qui imposeraient une vaccination obligatoire en cas d'effets indésirables graves inattendus.

Il est donc non seulement impensable de **rendre ces vaccins génétiques obligatoires** en l'état des connaissances actuelles d'un point de vue éthique, **mais cela serait un risque considérable que vous feriez prendre à des populations en bonne santé pour une totale inefficacité sur la transmission du virus.**

Aussi, nous vous invitons à vous prononcer sans aucun regret et en toute connaissance de cause :

- **Contre la vaccination obligatoire pour qui que ce soit, y compris les soignants et autres professionnels,** la vaccination devant être proposée qu'au cas par cas en accord avec le médecin traitant.
- **Contre le Passe Sanitaire actuel** qui – en l'état - **n'empêche aucunement la circulation du virus** (et même si les tests devenaient obligatoires pour tous y compris les vaccinés, cela n'empêcherait pas complètement la circulation virale, mais serait cependant plus efficace que l'actuelle mesure)

Pour finir, trois points importants que nous voulions soulever concernant les **INFORMATIONS DELOYALES dont vous êtes victimes** depuis plusieurs mois

- Le 12 juillet 2021 le président a annoncé le passe sanitaire et l'obligation vaccinale pour les soignants. **Cette annonce reposait sur une étude Pasteur** revue par le Comité Scientifique. **Cette étude EST SOUPÇONNÉE ÊTRE FAUSSE** (d'ailleurs elle a été depuis remplacée par les auteurs par une autre étude) et elle a fait l'objet d'une **PLAINTÉ CONTRE X POUR FAUX, USAGE DE FAUX, ESCROQUERIE ET TRAFIC D'INFLUENCE déposée** par l'association ReinfoLiberté, à laquelle BonSens s'est associée, défendue par l'avocat Me Ludovic Héringuez. L'enquête permettra de confirmer ou d'infirmer ces soupçons.
- Par ailleurs, l'étude de la **DREES** qui annonçait un taux d'hospitalisés non vaccinés de 85% a été **totalelement remise en cause au motif qu'il manquait 50% des décès** dans l'analyse. La DREES l'a d'ailleurs reconnu lors d'un addendum le 10 septembre 2021. **LE CHIFFRE DE 85% de NON VACCINÉS HOSPITALISÉS** repris en cœur par tous et sur lequel s'appuyaient toutes les publicités gouvernementales **était DONC FAUX**, la réalité étant largement inférieure voir inversée.



<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/2021-09-10%20-%20Addendum%20d%C3%A9c%C3%A8s.pdf>

- Enfin l'étude Epi-Phare comprend de nombreux biais tant au niveau macro que méthodologiques, et a été réalisée, encore une fois, sans aucune transparence.

Nous ne pouvons **pas continuer à prendre des décisions déraisonnées sur la base de fausses études** réalisées par des gens ayant de nombreux liens/conflits d'intérêts.

Par conséquent, nous demandons un débat/enquête public entre la représentation nationale (sénateurs et députés) **et des experts indépendants internationaux pour discuter de la stratégie vaccinale, des risques liés à la vaccination de masse et des stratégies de soin à mettre en œuvre, notamment en matière de traitements précoces.**

En relation avec de nombreux experts indépendants, reconnus mondialement, disposés à prendre part dans ce débat pour aider la France à sortir de cette crise sanitaire, **l'association BonSens.org est prête à financer toutes les réunions et les enquêtes nécessaires.**

Si ces vaccins génétiques* sont aussi efficaces qu'annoncé par le gouvernement et qu'ils sont dépourvus d'effets indésirables graves, le gouvernement ne devrait pas avoir de mal à fournir les données brutes pour un audit et les évoquer avec un panel d'experts indépendants.

Restaurer la confiance avec les Français, à l'aube d'un débat sur une obligation vaccinale ou une troisième dose, passe par cet **audit indépendant** qui devrait mettre au jour les éléments fondamentaux et factuels.

Veuillez agréer, Madame la Sénatrice, Monsieur le Sénateur, l'expression de nos respectueuses mais vigilantes salutations.

L'Association Bonsens.org

Annexe I - Epi-phare une étude d'auto-validation du Ministre de la Santé

Par Pierre Chaillot - statisticien, Vincent Pavan - mathématicien et Xavier Azalbert - Economiste-Statisticien



Ce lundi 11 octobre, le groupement Epi-Phare [a publié deux études](#) affirmant que « La vaccination est efficace à plus de 90% pour réduire les formes graves de Covid-19 chez les personnes de plus de 50 ans en France ». Cette étude sort à 4 jours des discussions au Sénat sur la vaccination obligatoire en France. Depuis près de 18 mois, les experts nous vantent les mérites des études randomisées en double aveugle publiées après revue par les pairs dans des journaux indépendants sans que les auteurs n'aient de lien d'intérêt. Le canon de la science nous dit ont, malgré le fait que nous avons dû faire face à une nouvelle maladie qui aurait dû entraîner au sein de la loi d'urgence des « décisions adéquates ». Les études définies comme « best practice » font l'objet de protocoles enregistrés (clinicaltrials.gov ou bien prospero) afin de s'assurer que celles-ci respectent les normes et règles établies. Le lecteur de cette dernière étude ne pourra donc qu'être surpris de l'absence de déclaration préalable de cette étude ou de l'absence de revue par les pairs. Le deux poids deux mesures dénoncés par bien des scientifiques lors des derniers mois prend toute sa mesure avec cette nouvelle étude qui s'apparente plus à une auto-évaluation ou auto-validation du Ministre de la Santé Olivier Véran. Avant de rentrer dans les biais méthodologiques, les travers de cette étude au niveau macro sont nombreux : absence de revue par les pairs, non déclaration préalable, lien entre d'epi-phare, l'ANSM et le ministère de la santé, sans parler de l'absence de validation ou calibration au réel en comparant à d'autres pays.

L'étude Epi-Phare mesure-t-elle vraiment l'impact de la vaccination ?

La méthodologie d'Epi-phare est sensiblement la même que celle utilisée pour Israël dans l'étude de Dagan et al. dont la critique a été faite dans l'[article « a-t-on encore le droit de questionner la politique vaccinale ? »](#) Elle utilise, le même type de données, les mêmes outils d'analyses, porte donc les mêmes biais et arrive aux mêmes conclusions. Les résultats dépendent entièrement de la manière dont ont été remonté les hospitalisations et décès liés à la Covid-19.

Cette étude montre juste que les vaccinés ont 90% moins de chance d'être **déclarés** malades de la Covid-19 ou décédés de la Covid-19. Rien ne nous montre que les vaccinés sont réellement moins hospitalisés ou décédés que les non vaccinés. Il serait pourtant très simple de vérifier si la vaccination a un impact positif sur la santé.

La méthode volontairement borgne, biaisée d'emblée

La méthode de cette étude est décrite en page 7 ou 8 selon l'une ou l'autre des 2 études : *La cohorte de sujets vaccinés a été identifiée à partir de la base des données nationales pseudonymisées VAC-SI mise en œuvre par l'Assurance maladie. Ces données ont été couplées au Système national des données de santé (SNDS) afin de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques et leurs comorbidités ainsi que d'identifier la cohorte de sujets non vaccinée.*

Cela signifie que l'étude peut suivre tous les événements intéressants des vaccinés et non vaccinés intervenant à l'hôpital et les comparer.

Les événements d'intérêt (hospitalisation pour COVID, décès survenant au cours de l'hospitalisation pour COVID-19) ont été définis à partir des données d'hospitalisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) Fast Track collecté et restitué par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Cela signifie que **seuls les événements déclarés comme liés à la Covid-19** seront analysés. C'est un énorme biais. Tout d'abord, comme [a été montré](#) dans la dernière revue des statistiques de la DREES, les non-vaccinés sont bien plus souvent testés que les vaccinés (pass sanitaire oblige). Ainsi, un non vacciné a beaucoup plus de chance d'avoir un test positif qu'un vacciné.

Rappelons ici que la [Haute Autorité de la Santé considère que la spécificité des tests Covid-19](#) est de 98%. Ainsi jusqu'à 2% de faux positifs peuvent être comptabilisés. Tester massivement les non-vaccinés qui ne sont pas malades va nécessairement entraîner des comptages de faux-positifs qui seront rangés dans la case « asymptomatique ». Si on testait tous les millions de petits garçons français avec un test de grossesse, on en trouverait forcément quelques-uns de positifs. Avec la nouvelle logique Covid, il faudrait donc les déclarer en « grossesse asymptomatique ».

Ainsi, tous ces non-vaccinés surtestés et donc positifs par le hasard des choses, vont voir leurs événements indésirables classés en « Covid ». Biaisant ainsi tous les résultats statistiques.

De plus, dans cette dernière critique sur les statistiques de la DREES, [il a été montré](#) que les non vaccinés sont beaucoup plus souvent inscrits à l'hôpital dans la case Covid-19 que les vaccinés, même sans test positif de confirmation.

Chacun peut vérifier que dans le tableau 1 de [sa dernière étude](#), la DREES informe des entrées à l'hôpital, soin critique et décès pour cause Covid-19, selon le statut vaccinal et la présence d'un test RT-PCR positif. Ainsi, sur la période du 30 août au 5 septembre, 619 personnes ont été déclarées décédées de la covid-19 à l'hôpital. Parmi elles, 466 étaient non vaccinées et 130 avaient une vaccination complète. Étonnamment seuls 61% des non vaccinés déclarés décédés de la Covid avaient bien un test positif (286/466) contre 92% des vaccinés (119/130).

Tableau 1 : tests RT-PCR positifs (dont symptomatiques), entrées en hospitalisation conventionnelle, en soins critiques et décès hospitaliers selon le statut vaccinal, entre le 30 août et le 5 septembre 2021

Statut vaccinal	Tests RT-PCR			Admissions et décès hospitaliers						Population résidente selon statut vaccinal		
	RT-PCR	dont positives	dont symptômes parmi les positives	Ensemble			dont RT-PCR positive					
				Hospit. conv.	Soins critiques	Décès	Hospit. conv.	Soins critiques	Décès			
Effectifs (en nombre de tests ou de patients)												
Non-vaccinés	699 352	56 512	23 478	2 686	770	466	1 818	551	286	19 471 702		
Primo dose récente	41 701	1 756	826	49	10	2	40	8	2	2 315 984		
Primo dose efficace	105 476	3 215	1 365	90	30	21	76	27	16	5 237 550		
Vaccination complète	400 568	14 638	6 170	545	117	130	471	93	119	40 382 005		
Ensemble	1 247 097	76 121	31 839	3 370	927	619	2 405	679	423	67 407 241		
Pour 100 000 personnes				Pour un million de personnes								
Non-vaccinés	3 580	289	120	138	39,5	23,9	93,2	28,3	14,7			
Primo dose récente	1 755	72	34	21	4,5	0,9	17,0	3,5	0,9			
Primo dose efficace	2 001	61	26	17	5,7	4,0	14,4	5,1	3,1			
Vaccination complète	997	37	15	14	2,9	3,2	11,7	2,3	2,9			
Ensemble	1 850	113	47	50	13,8	9,2	35,7	10,1	6,3			
Ratios de taux de positifs / d'admissions hospitalières / de décès entre non-vaccinés et complètement vaccinés												
				3,6	7,9	7,8	10,2	13,6	7,4	8,0	12,3	5,0



Sources : appariements Sidep-Vacsi et Sivic-Sidep-Vacsi ; SNDS ; populations Insee estimées au 1er janvier 2021. Calculs Drees. Données extraites le 14 septembre 2021.

Champ : France, tests RT-PCR prélevés entre le 30 août et le 5 septembre 2021 pour les colonnes "Tests RT-PCR". Personnes entrées en hospitalisation conventionnelle, en soins critiques ou décédées à l'hôpital entre le 30 août et le 5 septembre pour les colonnes "Admissions et décès hospitaliers / Ensemble", et dont au moins un test RT-PCR a été identifié entre 21 jours avant ou après l'admission à l'hôpital. Couverture vaccinale 7 jours avant test, admission ou décès.

Cette étude d'Epi-Phare **n'est pas une étude randomisée**. Il ne s'agit pas d'un groupe d'étude et d'un groupe de contrôle choisis au hasard et portant des caractéristiques similaires. Cette étude est construite à partir de données administratives médicales. Il n'y a donc absolument aucun contrôle scientifique préalable sur leur qualité. Personne ne sait si la déclaration « hospitalisation Covid-19 » ou « décès Covid-19 » est sans biais relativement au statut vaccinal. Les statistiques semblent plutôt révéler un biais en accord avec des pressions

politiques ou financières, comme nous avons pu le voir sur l'aspect « surdéclaration » [expliqué dans cette vidéo](#), ou l'étrange répartition géographique [expliquée dans cet article](#).

Ainsi, ces études d'Epi-Phare contiennent les mêmes biais de sélections que les statistiques de la DREES, il est donc normal d'y retrouver les mêmes ordres de grandeur des résultats.

Une méthodologie complexe permet de masquer les incohérences

S'il y a bien une maladie qui s'est répandue depuis 2020 dans le monde scientifique, c'est la modélité aiguë. Désormais, toute étude semble devoir s'appuyer sur des modèles. Cela a le double avantage de donner un caractère sérieux à n'importe quel résultat trivial ou même invraisemblable, tout en éliminant toute relecture par des personnes non initiées à ces cascades. Lorsqu'on a été formé à comprendre les mécanismes de ces modèles, on est souvent surpris de la distance séparant le titre de l'étude des statistiques utilisées.

Un appariement étrange vaccinés/non vaccinés

Concernant l'étude des 75 ans et plus, les auteurs annoncent page 5 suivre une cohorte de vaccinés et une cohorte de non vaccinés en France représentant 7,2 millions de personnes. Il est étonnant d'avoir les données d'autant de personnes puisque [l'Insee estime la population de France](#) (donc incluant les DOM-TOM) de plus de 75 ans à 6,4 millions de personnes. Une erreur de 800 000 personnes de la part de l'institut semblerait assez improbable, surtout s'il s'agit de personnes ayant leurs données SNDS disponibles.

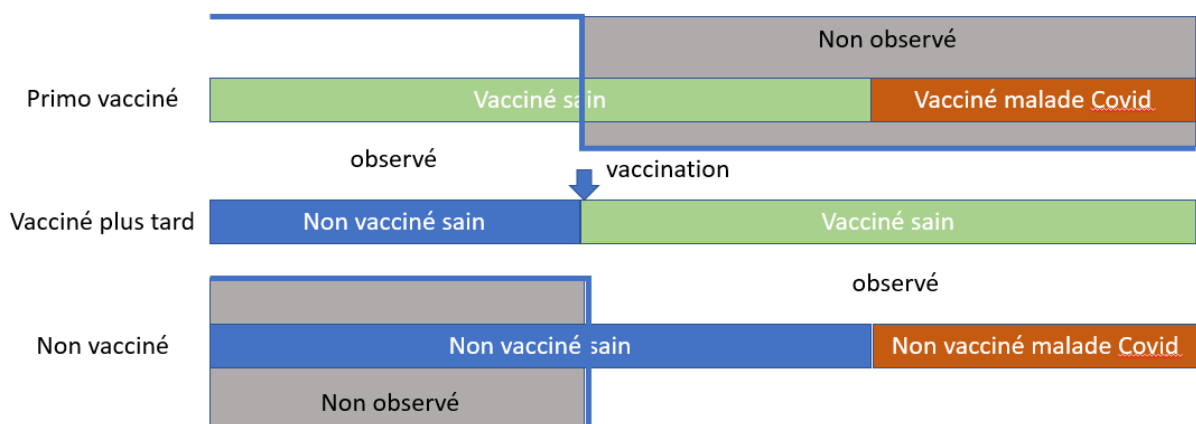
A la page 11, les auteurs précisent : 2 486 060 (40,5%) sujets inclus uniquement dans le groupe « vaccinés », 2 486 060 (40,5%) sujets inclus uniquement dans le groupe « non vaccinés » et 1 160 913 (19,0%) sujets initialement inclus dans le groupe « non vaccinés » puis devenus vaccinés par la suite et donc inclus successivement dans le groupe « non vaccinés » puis le groupe « vaccinés ».

Ainsi la cohorte suivie serait en fait de 6,1 millions de personnes (et pas 7,2) dont 1,1 million comptés 2 fois.

Ce double comptage est à la fois incompréhensible et problématique. Les auteurs écrivent en page 8 : *Afin de rendre comparable les groupes « vaccinés » et « non vaccinés », nous avons constitué des couples (1 personne vaccinée et 1 personne non vaccinée), en appariant chronologiquement (de 27 décembre 2020 au 30 avril 2021) chaque sujet vacciné à un sujet non vacciné à la date de vaccination (ou date index) de mêmes âge (même année de naissance), sexe, région administrative et type de résidence (EHPAD et USLD avec/sans PUI (pharmacie à usage intérieur)). Ces informations constituent les variables d'appariement. Les sujets non vaccinés (témoins) ne pouvaient être appariés qu'à une seule personne vaccinée. Si un sujet témoin était vacciné au cours du suivi, le suivi était aussitôt arrêté pour l'ensemble du couple auquel il appartenait, puis le sujet nouvellement vacciné était de nouveau éligible pour être inclus dans la cohorte en tant que vacciné.*

Ainsi, avec cette méthode, les premiers vaccinés sont très rapidement sortis de l'étude puisqu'ils ont beaucoup de chance d'être appariés à un non-vacciné qui va se faire vacciner rapidement. Dès lors, il paraît tout à fait normal que l'étude ne soit pas capable de détecter de baisse d'efficacité vaccinale, puisqu'elle se débarrasse des primo-vaccinés au fur et à mesure. Les 1,1 million de comptés 2 fois signifient que l'étude de 1,1 millions des 2,4 millions de vaccinés qui n'ont pas changé de groupe s'est arrêté précocement soit 45%.

Schématisation d'un changement de statut vaccinal et biais induit sur la vaccination



Pourtant il est trivial de savoir qui dans toute la cohorte sera un jour vacciné. Il ne faut donc pas appairer un vacciné avec un futur vacciné pour ne pas perdre son suivi.

Des non vaccinés en bien mauvaise santé

Les auteurs ont apparié vaccinés et non vaccinés selon 4 critères : *mêmes âge (même année de naissance), sexe, région administrative et type de résidence (EHPAD et USLD avec/sans PUI (pharmacie à usage intérieur)).*

Pourtant les nombreuses études à disposition montrent que l'état de santé d'une personne est déterminant sur son risque d'être hospitalisée ou même de décéder. A la page 16 de l'étude, on apprend que les non vaccinés sont plus souvent :

- En situation de grande défavorisation (indice 4 et 5)
- Fragiles
- Alcooliques
- Obèses
- Diabétiques
- Fumeurs

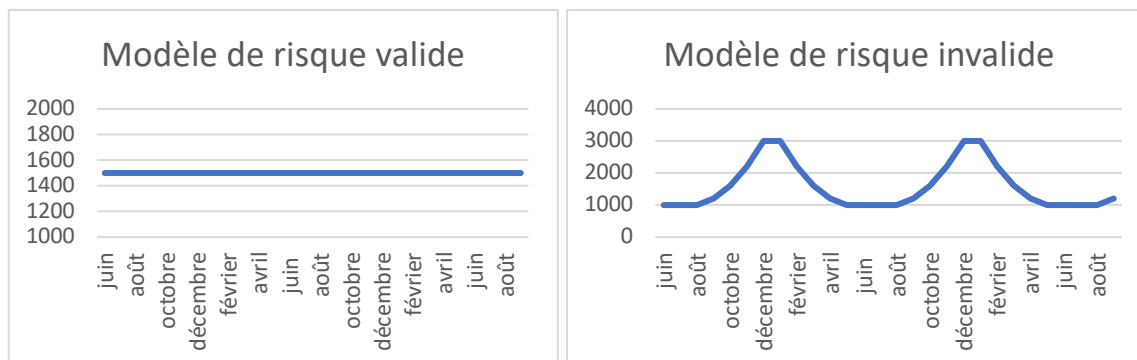
Précisons à ce stade que les personnes défavorisées sont le plus souvent sous-diagnostiquées, ainsi les problèmes médicaux identifiés ont une probabilité plus grande d'être sous-estimés.

Il est donc « étonnant » que l'appariement n'ait pas eu lieu également sur ce type de critère qui risque fort de biaiser les résultats.

« Nous demandons que soit réalisé un appariement cohérent avec les variables impactant le résultat. »

Au lieu d'améliorer la qualité de l'appariement, les auteurs ont décidé de mettre en place une méthode pour corriger les biais des covariables citées. Le modèle de Cox est censé proposer des résultats sans biais. Pour appliquer cette méthode il faut supposer que l'évènement que l'on suit (décès ou hospitalisation) résulte d'une somme de facteurs et que certaines hypothèses soient vérifiées.

Par exemple il faut que le risque porté par chaque covariable soit constant. Le modèle ne tient pas la route si le risque d'être hospitalisé pour Covid-19 lorsque l'on est fumeur dépend de la période de l'année. Etant donné que ce risque est fortement lié à la saison (beaucoup d'hospitalisations et de décès l'hiver et très peu l'été).



« Il faut donc que soient publiés les vérifications d'hypothèses permettant de justifier le modèle. »

Ajoutons que cette régression de Cox qui additionne des facteurs de risque n'a aucun sens si on considère que les risques ne s'additionnent pas. Par exemple, pour simplifier, si on considère que le risque porté par le fait de fumer et d'être obèse à la fois, est bien plus grand que le risque d'être fumeur additionné au risque d'être obèse, ce modèle ne tient pas non plus. Pourtant cette augmentation du risque plus forte qu'un simple cumul semble bien probable dans la vraie vie. A l'inverse, si les risques ne s'additionnent pas et que le plus grand l'emporte par exemple, le modèle s'écroule aussi.

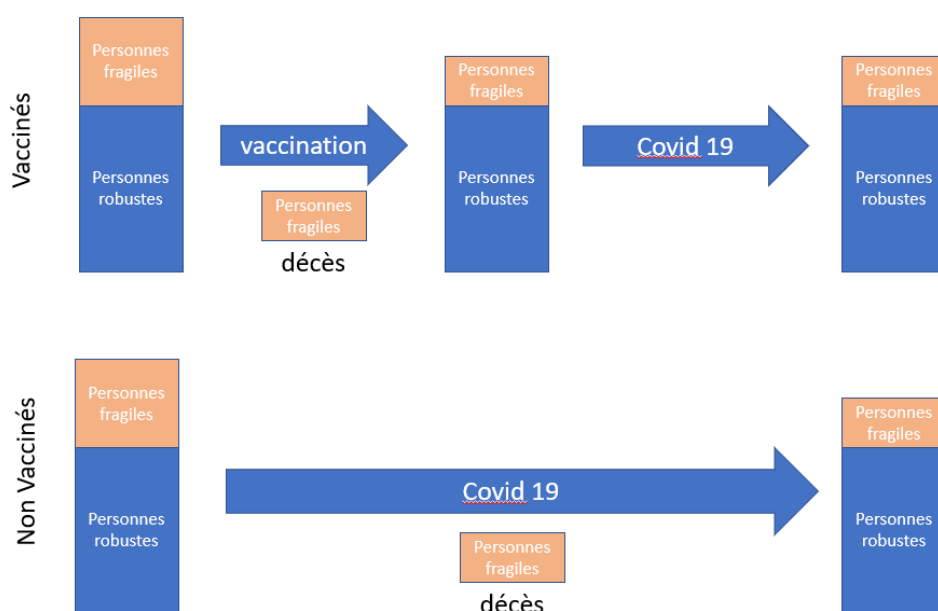
Fumeurs : 1/10	
Obèses : 1/10	
Fumeurs + Obèses : 2/10	✓
Fumeurs + Obèses : 4/10	✗
Fumeurs + Obèses : 1/10	✗

Une méthode sans biais pourtant facile à mettre en œuvre

Il serait extrêmement facile pour Epi-Phare de retirer le biais de sélection sur l'enregistrement « Covid ». Il suffirait de garder la même étude, mais de choisir comme évènement d'intérêt « hospitalisation » et « décès », à la place d' « hospitalisation Covid » et « décès Covid ».

Cette étude permettrait en plus d'évaluer le bénéfice total de la vaccination par rapport à ses risques. En effet, même si nous supposons que la déclaration Covid-19 n'a aucun biais de sélection entre non-vacciné et vacciné, il reste le biais lié à l'injection en elle-même. Si jamais l'injection est associée à une augmentation de la mortalité, même faible, des plus fragiles, alors les plus fragiles sont décédés avant d'être malades de la Covid-19. On trouvera alors un taux de mortalité lié à la Covid-19 plus faible chez les vaccinés, car certains seront morts avant.

Schématisation du biais de sélection dû aux décès post injection



Ainsi, comme pour l'étude de Dagan et al. nous demandons que soit considéré comme évènement d'intérêt les « décès » et « hospitalisations ». Cela nous permettra de savoir si ces injections ont un réel intérêt pour la santé publique.

D'autres personnes se sont interrogées sur cette étude

Sur les réseaux sociaux, plusieurs personnes se sont employées à critiquer cette pseudo-étude comme Patrice Gibertie sur son blog [epiphare/les questions a poser sur la fameuse étude de veran qui justifie veran](https://www.epiphare.org/epiphare/les-questions-a-poser-sur-la-fameuse-etude-de-veran-qui-justifie-veran).

L'analyse la plus intéressante porte sur la validation exogène de l'étude en appliquant les données à d'autres pays comme Israël ou le Royaume uni pour analyser qu'en appliquant les ratios (1/10 décès de vaccinés) de l'étude Epiphare au Royaume uni il y aurait donc au 15650 décès de plus de 50 ans s'il n'y avait pas eu les vaccins. La calibration au réel est une phase essentielle de toute étude retro prospective et visiblement elle a été totalement omise de l'étude Epiphare comme si les autres pays n'existaient pas.

<https://twitter.com/mounotella/status/1447669305567584260?s=20>



Entre février 2021 et septembre 2021, il y a eu 1565 décès de vaccinés. Toujours selon #Epifaire, cela aurait du donner 15650 décès de plus de 50 ans s'il n'y avait pas eu les vaccins.

PUBLIC HEALTH ENGLAND DELTA DEATHS 70% VACCINATED, 28% UNVACCINATED



SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England

Technical briefing 23

17 September 2021

Table 5. Attendance to emergency care and deaths of sequenced and genotyped Delta cases in England by vaccination status (1 February 2021 to 12 September 2021)

Variant	Age group (years)**	Total	Cases with specimen date in past 28 days	Unlinked	<21 days post dose 1	21 days post dose 1	214 days post dose 2	Unvaccinated
Deaths within 28 days of positive specimen date	<50	204	N/A	7	6	11	48	132
	≥50	2,336	N/A	32	11	138	1,565	590
All cases		2,542	N/A	41	17	149	1,613	722

https://coronavirus.jku.ac.uk/publications/epidemiology/epidemiology_data/files/1018547/technical_briefing_23_21_09_16.pdf

Of 2,542 Delta deaths in England, 1,779 deaths, or 70.0%, were vaccinated and 722 deaths, or 28.4%, were unvaccinated. Covid vaccines are not preventing deaths as promoted.

Transparence

La transparence est la base de toute étude scientifique, permettant à tous les chercheurs de faire des analyses sur la même base de **données publiques**. Le gouvernement sûr de l'efficacité des vaccins n'aura donc aucun problème pour que les chercheurs indépendants puissent accéder aux données. En ouvrant les accès aux données cela permettra à tous de faire les analyses et valider ainsi les bienfaits de la politique. Jacques Attali a bien déclaré que « faire confiance doit devenir un droit de l'homme » et Lenine que « La confiance n'exclut pas le contrôle. »



Annexe II - Nous ne sommes pas ANTI-VAX, nous sommes ANTI-SPIKE !

Par le Dr Jean-François Lesgards et le Pr Jean-Paul Bourdineaud

Le médecin-sénateur Alain Houpert a décrit la situation de manière intéressante : « les médecins prescrivent des médicaments ». Ils le font en vertu de leur serment d'Hippocrate et selon l'article R.4127-34 du code de la santé publique, « le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution. ». En fait, hormis ceux qui font de la recherche universitaire, ce ne sont pas des scientifiques, ils ne sont pas chimistes, biochimistes, toxicologues, virologues, immunologues ou spécialistes de pharmacovigilance. Ils ne découvrent pas ou n'inventent pas les médicaments ni ne décrivent leur fonctionnement à l'échelle de la cellule. Ils ne sont donc pas à même d'interpréter en pleine connaissance les tenants et les aboutissants des nouveaux vaccins ARNm et ADN notamment en matière d'efficacité et de toxicité à court comme à long terme. La vision suivante est celle partagée par de nombreux spécialistes biochimistes et toxicologues.

Les **vaccins à ARNm (Pfizer, Moderna) et ADN (Sputnik, AstraZeneca, Janssen)** sont **intéressants comme technologie** bien que l'on manque de recul (qui demande des décennies d'utilisation) sur leur innocuité sur l'organisme humain. En effet **ils utilisent la machinerie cellulaire** (infiniment complexe et réglée par de nombreux équilibres) pour faire produire au corps humain **une protéine (antigène)** qui induit une réaction immunitaire de nos globules blancs (lymphocytes) afin de faire fabriquer **des anticorps capables ensuite de nous défendre contre l'agression d'un virus**. Dans le cas de cette pandémie, contre le SAS-CoV2 et potentiellement ses variants.

Admettons que malgré notre peu d'expérience en la matière, le principe de ces vaccins ne soit pas toxique pour l'être humain.

La question centrale est : **quelle est la protéine qui va être produite par cet ARNm ou cet ADN et quelle est l'effet de cette protéine sur l'organisme humain ?**

C'est la seule question qui compte. Dans le cas de tous ces vaccins, c'est la **protéine de pointe (dite spike)** qui est produite, celle qui donne d'ailleurs au virus son nom de corona (couronne). Ces **injections** ont donc pour effet de **produire des anticorps dirigés contre la protéine spike** et qui vont nous protéger contre une infection future contre le virus (surtout contre le SARS-CoV2 de 2020 avec lequel ces vaccins ont été fabriqués plutôt que les variants actuels) par **reconnaissance de la protéines spike sur le virus** et élimination de ce dernier.

Nous ne le nions pas et les anticorps produits sont efficaces quelques mois (de 2 à 8 mois).

La question clé qui demeure alors est la suivante : bien que la fabrication d'une grande quantité de spike de façon incontrôlée produise bien une immunité, quelle est le revers de cette médaille ? **Quelle est la sécurité de cette protéine produite**, qui passe dans la circulation sanguine et atteint tous les organes dont le cerveau ?

Et bien c'est là que réside **LE problème de CES vaccins** : [la protéine qu'ils fabriquent est aussi toxique que la protéine spike du virus.](#)

En effet l'ARNm ou l'ADN reproduit exactement une partie ou l'ensemble de cette protéine spike du virus. Et il a été démontré que cette **protéine vaccinale** se retrouve en **grande quantité dans la circulation sanguine et se fixe sur les mêmes récepteurs que le virus.**

Or **dans le COVID, c'est en se liant aux récepteurs du virus** (appelés ACE2) que le virus SARS-CoV2 **dérègle l'immunité et induit des réactions inflammatoires** aboutissant **aux problèmes de coagulation dans les formes le plus graves et à la mort**. Cette implication de la protéine Spike est décrite dans des milliers de publications et nous en avons fait une synthèse dans un article contenant plus de 100 références : [une vision globale de la biologie du SARS.](#)

C'est bien la même protéine inflammatoire du virus, qui est toxique en particulier pour les diabétiques, les personnes âgées, les hypertendus dans le COVID qui est reproduite par la vaccination dans tous nos organes. C'est donc la toxicité de la protéine Spike des vaccins qui aurait dû être le centre des études de toxicité et non seulement l'ARNm ou l'ADN. Dans le document de l'**EMA** (ou de la FDA) sur les vaccins Pfizer par exemple, on ne parle que de la répartition de l'ARNm dans le corps, **pas de la distribution ni de la toxicité de la protéine Spike**. C'est inacceptable et cette agence n'a pas fait son travail sérieusement.



Les molécules les plus toxiques rencontrées dans la nature sont des protéines : ricine, toxine botulique ou encore toxine de serpents (hémotoxines).

On entend souvent : cela fait des décennies que des chercheurs travaillent sur l'ARNm dans les vaccins ! Mais si on vous injectait de l'ARNm produisant une toxine de crotale dans l'organisme, vous donneriez votre accord ? Non ? Alors vous êtes antivax !! .. Et bien non, vous êtes anti-venin de crotale.

On ne peut donc pas nous décrire comme antivax ! Par contre, **nous sommes anti-spike**, parce que cette protéine est toxique : elle induit de **l'inflammation (d'où les myocardites)**, de la **coagulation (d'où les thromboses)**, de **l'hypertension (le récepteur ACE2 de la protéine Spike régule la pression sanguine)** et **tous les effets secondaires graves pourraient être expliqués** y compris les symptômes dépressifs post-vaccination (ou COVID) car la protéine Spike peut aussi induire la diminution de la concentration de sérotonine (hormone de la bonne humeur) dans le cerveau.

C'est pourquoi nous demandons et demandons toujours **des vaccins entiers aux protéines désactivées sans nous opposer à la vaccination** dans [une lettre d'information](#) à l'attention des sénatrices et sénateurs
Ou alors des vaccins ARNm ou ADN produisant une protéine immunogène mais non toxique.

C'est donc pour ces raisons scientifiques sur la sécurité des vaccins (en plus des raisons démocratiques) et aussi du manque d'efficacité (aujourd'hui bien établie) en particulier dans le blocage de la transmission du virus, que nous faisons appel à votre bon sens et votre réflexion pour vous opposer à l'obligation vaccinale étant donné une balance bénéfice/risque nettement défavorable en particulier chez les moins de 40 ans.

Nous sommes à votre disposition pour tout complément d'information