



Vaccination anti-Covid19 : un projet transhumaniste ?

**Commentaire de l'avis du comité scientifique publié le 9 juillet 2020
publié sur le site www.chamanisme-vivant.fr**

par Vincent BLONDEAU
chaman bouddhiste et tradipraticien en médecine
manuelle, énergétique et naturelle

Introduction

Le document commenté ici est un avis du conseil scientifique aidant l'Etat français au sujet de la pandémie COVID-19 intitulé *"une stratégie de vaccination"* publié le 9 juillet 2020 sur le site officiel solidarite-sante.gouv (1). Il s'agit d'une proposition du conseil sur la méthode à employer pour vacciner les Français contre le COVID-19 dans un climat de réticence à la vaccination avéré. Ce conseil scientifique est composé de trois comités. Le premier comité est le CARE. Il s'agit du Comité d'Analyse Recherche et Expertise mis en place par le gouvernement français et réunissant des médecins et chercheurs. Il est en charge de donner un avis éclairé aux pouvoirs publics dans des délais de 48h, concernant les propositions faites par des scientifiques français et étrangers et vérifier que les conditions de déploiement et de portage sont réunies. Il a aussi pour mission de solliciter la communauté scientifique afin de développer des propositions sur des sujets identifiés par les ministères en charge de la Santé et de la Recherche. Enfin, il a également pour mission d'accompagner la réflexion des autorités sur notre capacité à réaliser des tests cliniques, ainsi que sur l'opportunité d'une stratégie numérique d'identification des personnes ayant été au contact de personnes infectées. Vient ensuite le comité scientifique COVID-19 qui a été saisi par le Président de la République et le Premier ministre. Sa mission est de conseiller les autorités compétentes sur les mesures à prendre pour freiner la propagation du virus.

Confinement de la population, fermeture des lieux publics non-essentiels, fermeture des établissements scolaires, etc. Toutes ces décisions annoncées par Emmanuel Macron durant ses dernières allocutions télévisées ont été expertisées et validées par le conseil scientifique en amont. Cet organe continuera son travail tout au long de la crise. Enfin, vient le comité vaccin COVID-19. Je propose ici de commenter ce document et de voir si cet écrit n'est pas finalement révélateur d'un projet transhumaniste motivant le projet de vaccination contre le COVID-19. Nous verrons que la liste des auteurs et leur parcours révèlent les nombreux conflits d'intérêts des personnes gérant la crise et les anomalies du système politique français. Nous examinerons ensuite les différents aveux troublants qui sont faits dans cet écrit au sujet des réelles connaissances du conseil scientifique au sujet du virus et des vaccins proposés par les laboratoires. Les stratégies vaccinales proposées ainsi que les populations considérées par les auteurs comme prioritaires pour la vaccination nous révéleront certaines croyances erronées servant de fondement à la pensée vaccinaliste. Enfin, ce document nous montre le projet de prosélytisme vaccinal des autorités et le projet transhumaniste qui se cache derrière cette crise qui s'avère être plus politique que sanitaire.

(1) Lien du texte commenté:

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_vaccins_9_juillet_2020_-_care_-_conseil_scientifique_-_comite_vaccin.pdf

Chapitre 1 : Qui sont les auteurs du document ?

Avant de commenter le contenu du document, il me paraît important de dire quelques mots sur les auteurs et le comité scientifique lui-même. Vous trouverez des informations plus détaillées sur les auteurs en annexe à la fin de ce commentaire de document.

1. Un comité illégal

Ces trois comités auteurs du document présentent deux gros problèmes: un problème de légalité et un problème de conflits d'intérêts. Il n'y a aucune base légale quant au fonctionnement de ces comités, pas d'évaluation par les pairs, de procédures de nomination validée, et ce alors qu'il existe déjà Santé Publique France, la HAS, et le HCSP. Ceci a été dénoncé par une pétition sur l'urgence des libertés sur le site du journal Libération le 16 avril 2020.

2. Une chapelle pasteurienne

Tout d'abord, il faut remarquer qu'une seule approche de la médecine et qu'une seule approche de la médecine dite scientifique est représentée ici: la médecine pasteurienne. Il y a un donc un dogme partagé par tous les auteurs qui ne peuvent donc être neutres, et aucun débat contradictoire au sein du comité au sujet de l'approche de la maladie, avant même de parler de traitement ou de stratégie. Cela s'explique par le fait qu'il s'agit du dogme promu par l'OMS, elle-même objet d'enquête et de débat pour ses nombreux conflits d'intérêts et son rôle dans des crimes contre l'humanité. En effet, l'OMS a pour directeur général l'ancien terroriste et génocidaire Tedros Adhanom Ghebreyesus, un passé gênant et objet d'une enquête à laquelle l'Etat français a refusé de prendre part. Elle a pour financeur principal le très controversé Bill Gates. La fondation Gates est impliquée dans des affaires de pédophilie et de trafic humain en lien avec le réseau Epstein, une campagne de vaccination ayant provoqué la stérilisation de plusieurs millions de femmes et jeunes filles en Afrique et une seconde campagne de vaccination ayant causé une épidémie de poliomyélite en Inde à l'origine de la paralysie d'un demi-million d'enfants.

3. Conflits d'intérêts avec les laboratoires pharmaceutiques

Alors que l'objectif du comité CARE est d'être totalement indépendant, plusieurs médecins parmi les membres ont reçu des versements personnels de 250 000 euros de 2014 à 2019 par différents laboratoires pharmaceutiques en rémunération de différentes interventions (conférences, etc...). Seuls Arnaud Fontenot et Didier Raoult (qui en faisait partie au début) parmi les huit médecins initialement présents au comité n'ont perçu aucune rémunération sur cette période d'après la base *Transparence Santé*. Rappelons aussi des liens d'intérêts, affichés depuis qu'ils sont dénoncés, de certains membres avec des laboratoires pharmaceutiques: Bruno Lina est lié à Sanofi, Yazdan Yazdanpanah est lié à Merck, Johnson and Johnson, AbbVie et Healthcare, Xavier de Lamballerie est membre de l'Institut Pasteur et Odile Launay est chercheuse au Centre d'Investigation Clinique Cochin-Pasteur pour ne citer que quelques exemples.

4. Implication dans des controverses

Sans parler des controverses autour des épidémies Ebola et H1N1 sur laquelle nombre des auteurs ont travaillé, la plupart des auteurs sont aussi impliqués dans des controverses scientifiques. Ainsi, Sylviane Muller, alors à la tête de l'unité immunopathologie et chimie thérapeutique du CNRS à l'IMBC de Strasbourg en 2001, a développé le médicament Lupuzor basé sur l'effet thérapeutique attribué au peptide P140 sur le lupus. L'étude pivot internationale de phase III débutée en 2015 aux Etats-Unis et achevée en 2018 n'a pas permis de conclure à l'efficacité de la molécule. Entre temps, le Canard Enchaîné avait dénoncé les conflits d'intérêt pour ce médicament qui était

développé par ImmunoPharma, une entreprise co-fondée par Sylviane Muller et possédant une licence exclusive sur les brevets protégeant les peptides, molécules propres au CNRS ou déposés en copropriété. Le journal avait découvert que si le médicament faisait cesser l'agression auto-immune, il rendait en revanche les patients très sensibles aux multi-infections. Le professeur Nathalie Costedoat-Chalumeau, spécialiste de médecine interne, et 20 de ses collègues, avaient écrit au CNRS pour lui demander d'urgence de signaler que l'essai a démontré, contre placebo, l'inefficacité du Lupuzor, ce que le CNRS a refusé de faire. Enfin, Isabelle Parent, cheffe du pôle vaccins de l'ANSM, agence connue pour ses nombreux conflits d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique depuis l'affaire des statines, mentait pour rassurer la population au sujet des doses d'aluminium dans les vaccins, aujourd'hui objet de controverse scientifique et non plus de débat d'opinion grâce à la réhabilitation du professeur Joyeux en France.

5. Un comité illégal saisi par un gouvernement illégal et illégitime

Ce comité illégal a été saisi par un gouvernement qui est lui-même hors la loi. Pour le comprendre, il faut regarder l'histoire de la France, non pas du point de vue politique comme cela est souvent fait, mais du point de vue juridique. Depuis le 16 janvier 1947, date d'élection du président Auriol (le premier président de la Quatrième République et premier président français depuis la Seconde Guerre mondiale, succédé par René Coty en 1954), la France est régie par une entreprise nommée République Française Présidence. Cette entreprise, inscrite au registre des sociétés, a son siège au 55 rue du Faubourg St-Honoré à Paris (75008) et est doté du numéro de SIREN 100 000 017 et du SIRET 100 000 017 000 10, a pour activité l'administration publique générale (code NAF 8411Z). Se dotant des formes républicaines, l'entreprise s'est discrètement fait passer pour un Etat légitime et légal, organisant des élections. Tout en conservant son statut d'entreprise, République Française Présidence change son organisation avec la naissance de la Cinquième République en 1958 par un changement de constitution impulsé par Charles de Gaulle. En 2005, les Français votent par referendum le refus de l'adoption de la constitution européenne et, en 2008, le président Nicolas Sarkozy (en réalité président de l'entreprise République Française Présidence et non président des Français) la fait adoptée par voie parlementaire.

Le gouvernement se rend coupable de haute trahison et sort totalement de la légalité apparente qui était maintenue depuis 1947. En 2016, un décret, passé discrètement, est signé par le premier ministre Manuel Valls et le garde des Sceaux Jean Jacques Urvoas. Ce décret permet au gouvernement de contrôler la Cour de Cassation. Plus haute juridiction de l'ordre judiciaire français, la Cour de Cassation juge en dernier recours les affaires civiles, commerciales, sociales et criminelles et vérifie la conformité des décisions des tribunaux et des cours aux règles de droit. Elle s'assure aussi que la loi est interprétée et appliquée de la même façon partout en France et veille à l'égalité de chaque citoyen devant la justice. Par ce décret, la séparation des pouvoirs au sein de l'entreprise prend fin.

En vertu de l'article 16 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 : *"Toute Société dans laquelle la garantie des Droits n'est pas assurée, ni la séparation des Pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution"*. Il n'y a donc plus de constitution officielle en France depuis ce décret. Or, sans constitution, aucune élection ne peut être organisée légalement. C'est donc sur la base d'une élection purement illégale que le président Macron, anciennement banquier d'affaire et associé-gérant chez Rothschild and Cie en 2010, est élu à la tête du pays. Il n'y a donc plus d'Etat de droit ni de pouvoir légal et légitime en France depuis 1947. Le pouvoir est vacant depuis cette époque. Notre gouvernement actuel est donc illégitime et illégal du fait de l'absence d'Etat de droit en France, et de constitution légale permettant d'organiser des élections réelles. Cette situation de vacance d'un pouvoir national légitime n'est pas propre à la France. Le même cas de figure existe en Allemagne, territoire occupé depuis 1945 et toujours administré par une loi fondamentale qui est l'outil de gestion appliqué à un territoire occupé selon les dispositions du traité de la Haye.

Le constat de ces quelques faits, vérifiables puisque le registre des sociétés où sont

enregistrées toutes les entreprises est accessible à toutes et tous, a amené la création d'un conseil national de transition a été fondé le 18 juin 2015 : le Conseil National de Transition de France (CNTF). Cet organe de droit international est déclaré à l'ONU et déclaré en France en association loi 1901 sous le nom de La Transition, en conformité avec la majorité des mouvements associatifs, sociaux, politiques, religieux, etc... Ce conseil a pour but de rétablir un Etat de droit en France. D'autres mouvements plus libertaires comme la One Nation ont aussi vu le jour et choisi de complètement changer de système en fondant une nation (au sens de communauté ici), internationale et stigmergique (sans chef).

Nous avons donc pour auteurs de ce document un comité scientifique illégal saisi par un gouvernement illégal et illégitime. La liste des auteurs est donc révélatrice des anomalies du système politique français et de la gestion de la pandémie, anomalies que l'on pourra retrouver avec quelques légères différences dans d'autres pays.

Chapitre 2 : Des déclarations et des aveux inattendus et déconcertants

Les premières parties du document révèlent des déclarations troublantes de la part de ce comité. Ces déclarations font office d'aveux puisque ce sont des affirmations assumées sur des sujets graves que sont l'absence de données sur le virus, sur les vaccins anticovid et sur la pandémie de H1N1.

1. Absence de données sur l'immunité face au virus SARS-COV-2

Bien que l'épidémie ait commencé fin 2019, le comité, qui travaille à une politique de vaccination de masse, avoue ouvertement ne pas avoir de données sur la réponse immunitaire des patients face au SARS CoV 2 :

"Le système immunitaire humain a été ou est exposé aux coronavirus émergents SARS-COV 1 et MERS-COV, qui ont épargné la population française, et à quatre coronavirus endémiques faiblement pathogènes: Hcov-OC43, -HKU1, -NL63, -229E. On dispose de données sur les deux premiers mais peu sur les autres coronavirus".

"Aucun corrélat immun de protection contre le SARS-COV 2 n'est encore établi [...]".

Ce simple aveu remet en cause les fondements mêmes de la politique vaccinale à venir qui ne peut qu'être risquée pour la vie des citoyens. Tout d'abord, nous sommes là dans une approche ouvertement pasteurienne. Le dogme de Pasteur repose sur deux piliers :

1. *L'asepsie du milieu intérieur* : le corps est stérile à l'intérieur et ne contient pas de micro-organismes.
2. *La panspermie atmosphérique* : les microbes et virus viennent de l'extérieur dans le corps, surtout par l'air, et provoquent des maladies. Il faut donc s'en protéger.

Or, l'approche pasteurienne de la santé a été invalidée scientifiquement à deux reprises par la médecine scientifique elle-même. La première invalidation a été faite par Antoine Béchamp dès l'époque de Pasteur, qui a démontré l'absurdité de l'expérience sur laquelle se basait Pasteur et a prouvé que l'organisme ou le terrain est fait de micro-organismes, des mycozymas, qui changent de formes selon les conditions dans lesquelles ils se trouvaient. Il en a ainsi conclu que c'était l'organisme, le terrain, qui, selon les conditions dans lesquelles il se trouvait, produisait ses propres virus et bactéries. L'approche pasteurienne a été invalidée une seconde fois au cours du XX^{ème} siècle par la découverte des micro-organismes peuplant les intestins qui remettait en cause l'asepsie du milieu interne. De plus, il est clairement expliqué ici que les vaccins à venir existent déjà alors qu'on ne dispose d'aucune donnée sur la réponse immunitaire face au virus. Nous avons donc un traitement préventif qui a été mis au point avant même que l'on est compris le fonctionnement du virus et les réponse du corps, avant même que la description de la maladie et du virus soit complète. Il y a un sérieux problème de logique et de méthode dans tout cela. Nous pouvons aussi y voir une répétition de l'histoire puisque la pandémie COVID-19 a été déclarée avant même que les tests de diagnostique aient été mis au point. Outre les risques inhérents à la vaccination et les dommages que cette pratique cause depuis 140 ans, il est question ici d'imposer un traitement préventif identique aux millions de Français. Du point de vue thérapeutique, imposer un traitement identique à autant de monde, sans tenir compte des particularités de chacun est parfaitement insensé et dangereux car cela pourrait créer des effets secondaires gravissimes chez certains patients sensibles et amener une autre catastrophe sanitaire. De plus, il y a là un problème légal puisque le simple fait d'envisager une vaccination de masse, surtout avec ce genre de lacunes, est contraire au Code de Nuremberg qui interdit ce genre d'expérimentation humaine. Enfin, nous voyons que le comité occulte complètement la possibilité d'une immunisation de groupe naturelle et d'un traitement curatif rendant inutile toute vaccination ou politique préventive.

2. La quête insensée d'une stratégie vaccinale pour des vaccins inconnus et dangereux

Dans la stratégie proposée par le comité, le vaccin se fera sûrement en 2 fois, injections séparées de 4 semaines. Plusieurs formules de vaccin sont proposées : à virus inactivé, à virus atténué, à ADN. Les fabricants pour l'Europe sont Moderna, CureVac, Bio/Tech/Pfizer, Jansen, Sanofi Pasteur, AstraZeneca. Tous sont connus pour des scandales sanitaires, des conflits d'intérêts, et ont dû par le passé versé plusieurs millions de dollars d'amendes. La France et d'autres pays leur réservent des dizaines de millions de doses correspondant à 3-5 produits différents. La dernière formule, qui est celle qui sera adoptée, est le vaccin à ARNm. Ce dernier est un nouveau type de vaccin, jamais testé sur le SRAS et le MERS ou toute autre maladie, et est enrobé de nanoparticules. Sans aborder les risques encourus par la circulation de nano-particules dans l'organisme et leur présence plus qu'étrange, ce type de vaccin, qualifié de *"plus grande avancée technologique"* par le comité, peut d'après l'association belge Initiative citoyenne cofondée par Sophie Meulmans amené une mutation du génome humain de par cette composition inédite. Ce vaccin expérimental désobéit lui-aussi au Code de Nuremberg. Il est fabriqué par le laboratoire AstraZeneca, déjà tristement connu pour le scandale sanitaire des statines, les médicaments anti-cholestérol qu'ils ont mis sur le marché en truquant les statistiques et en versant les sommes nécessaires aux agences et gouvernements pour obtenir les autorisations. Cela avait été dénoncé par le docteur Michel de Lorgeril et le professeur Even puis par la journaliste Elise Lucet dans l'émission Cash Investigation en France, et par des patients devenus handicapés qui ont porté plainte aux Etats-Unis contre le laboratoire.

Le comité affirme que les produits seront prêts au cours du dernier trimestre 2020 et du premier trimestre 2021. Il avoue toutefois la chose suivante : *"Le gouvernement français négocie actuellement (en partenariat avec ses homologues européens) des contrats de réservation de vaccin dont on ne connaît pas encore les caractéristiques (efficacité contre l'infection, la pathologie sévère, la transmission, chez quels personnes/classes d'âge, sécurité, nombre de doses pour induire une immunité protectrice [...], durée de la protection"*. (p.7) Autrement dit, ce comité met au point une stratégie d'utilisation à appliquer après autorisation d'emploi par l'EMA (agence du médicament européenne) pour ces vaccins qu'il connaît peu voire pas du tout puisque certains sont inédits (vaccin ARNm avec nanoparticules). Là encore, nous faisons face à un problème méthodologique et un sérieux manque bon sens mais qui s'explique très largement par les conflits d'intérêts des auteurs, déjà expliqué dans l'introduction de ce commentaire. Ceux-ci sont en effet payés par les fabricants pour mettre sur le marché les vaccins et non pour réfléchir dessus.

3. Aveu de la pseudo-pandémie de grippe H1N1 de 2009

Enfin, chose troublante, le comité avoue indirectement la manipulation qui se cachait derrière la pandémie de H1N1 en 2009 et la diffusion forcée du vaccin. Il déclare ouvertement son intention de mettre au point une vaste propagande pour forcer les gens à se vacciner contre le COVID-19 afin de ne pas faire la même erreur que le vaccin antigrippal de 2009 (H1N1): *"afin de ne pas renouveler l'échec du vaccin antigrippal de 2009..."* (p.3). Cette pseudo-pandémie avait été dénoncée par des lanceurs d'alerte de toute professions (médecins, etc...) et, entre autres, par l'association belge Initiative Citoyenne. Peu de médias français ont relayé l'affaire mais la pandémie a été un véritable scandale sanitaire et politique. Les vaccins avaient été fait très vite et mis sur le marché par des autorités soudoyées par les laboratoires et les fabricants. Ils étaient riches en effets secondaires et ont provoqué une multiplication de cas de narcolepsie chez les populations vaccinées.

Ces déclarations sont troublantes et inquiétantes étant donnée que ce comité et le gouvernement qui l'a saisi décident ensemble de la gestion de la crise actuelle.

Chapitre 3 : Les stratégies vaccinales proposées

Il est question de deux types de stratégies vaccinales. La première stratégie serait un "*vaccin stérilisant*" qui "*interrompt la transmission du virus*". Selon une étude de Britton et al de 2020, il suffirait de vacciner "*43 à 49 % de la population*" pour une "*immunité de groupe*". La deuxième stratégie serait un "*vaccin protecteur*" contre la maladie mais n'empêchant pas la transmission. Il pourrait être ciblée sur des populations spécifiques.

1. Le mythe du vaccin altruiste

Notons tout d'abord que la vaccination n'a jamais permis l'émergence d'une immunité de groupe. C'est un mythe. On parle ici de vaccin altruiste (je me vaccine pour protéger les autres). Hors, ce concept est un mythe complet et c'est ce que démontre le médecin épidémiologiste et physiologiste du CNRS Michel de Lorgeril dans son livre *Introduction générale à la médecine des vaccins* paru en 2018. Dans son livre, il étudie ce concept en posant la question suivante : la vaccination a-t-elle été rendue obligatoire pour des raisons altruistes ? Il prend trois cas concrets : les trois vaccins obligatoires en France à la fin de l'année 2017 que sont la diphtérie, le tétanos et la polio. La vaccination antitétanique repose sur la production d'anticorps dirigés contre la toxine sécrétée par la bactérie et non contre la bactérie elle-même. Ils n'ont donc aucun effet sur le *Clostridium tetani* dont les réservoirs sont, du point de vue pasteurien, les sols contaminés par des déjections animales (fumiers) et qui ne touche que les personnes dont les plaies ont été mal nettoyées. Il n'y a pas de transmission du tétanos d'un humain à un autre, et donc pas de vaccin altruiste possible. Qu'en est-il du vaccin antidiphtérique ? Celui-ci protège aussi contre la toxine diphtérique exclusivement et n'agit pas sur la circulation du *Corynebacterium diphtheriae*, l'agent dit pathogène. On peut donc être vacciné contre la diphtérie et être disséminateur. Ce n'est donc pas un vaccin altruiste.

Enfin, le vaccin anti-poliomyélite vise à protéger contre les virus de la polio eux-mêmes. Le réservoir de la polio est l'intestin humain. Les poliovirus, dans la vision pasteurienne moderne, circulent de personne à personne sans hôte intermédiaire via les eaux contaminées par des excréments humains. En l'absence de déficience immunitaire, les porteurs ne sont pas malades et transmettent silencieusement les virus par leurs excréments et les eaux contaminées par leurs excréments. Il y a deux types de vaccin antipolio ; le VPO, par voie orale, qui contient le virus vivant mais transformé pour être moins pathogène (virus atténué), et le vaccin injecté (VPI) dans lequel le virus est tué. La plupart des pays ont utilisé le VPO dans l'espoir d'éradiquer la polio car seul le VPO permettait d'induire une immunité intestinale. Aujourd'hui, dans la majorité des pays dits développés, on utilise le VPI qui n'induit que de très faibles niveaux d'immunité intestinale puisque, étant injecté, il court-circuite le système immunitaire intestinal. La raison est que l'on reprochait au VPO d'avoir favorisé l'apparition de nouveaux virus mutants pathogènes. Hors, la majorité voire la totalité dans certains pays, des cas de polio sont en réalité des polios vaccinales. Le vaccin utilisé en France est le VPI qui n'arrête pas la circulation et la production des poliovirus. Ce n'est donc pas un vaccin altruiste. Aucun des vaccins obligatoires en 2017 est un vaccin altruiste. L'argument obligationniste ne tenait donc, et ne tient toujours pas, la route.

2. Le mythe de la couverture vaccinale optimale et de l'immunité de groupe par la vaccination

Qu'en est-il alors de la possibilité d'une immunité de groupe ou d'une couverture vaccinale optimale si tenté que le vaccin anti-covid soit un réel vaccin altruiste (avec tous les problèmes que ce concept pose) ? Selon les vaccinalistes, plus le nombre de vaccinés est grand moins il y a de porteurs sains. Une épidémie serait ainsi maîtrisée par une couverture vaccinale supérieure à 95 %. Si ce pourcentage n'est pas atteint ou dépassé, le risque de résurgence augmenterait de façon inacceptable. C'est là l'argument des campagnes de vaccination de masse. Comme tout dans l'argumentaire des vaccinalistes, lorsque nous examinons les faits, ce concept ne tient pas la route.

Le concept de couverture vaccinale date du XVIII^{ème} siècle et est né d'une violente controverse entre ceux qui défendent l'idée que l'inoculation de la variole (variolisation) permet d'économiser des vies malgré l'évidente toxicité de cette procédure, et ceux qui s'insurgent contre le fait d'inoculer une maladie à des bien-portants avec une mortalité vaccinale non négligeable. A cette époque, les vaccinalistes négligeaient le fait que les victimes du vaccin n'étaient pas forcément ceux qui auraient été victimes de la variole. A cette époque révolue, pour la première fois de l'histoire de la médecine, on se permet de prendre le risque de tuer des bien portants sous prétexte que le nombre de vies sauvées (en protégeant la population de la variole grâce à la variolisation) serait supérieur au nombre de vies perdues à cause de la variolisation-vaccination.

C'était la première fois que l'on violait le principe *Primum non nocere* (avant tout ne pas nuire) qui était la règle depuis l'Antiquité. On prétendait donc à cette époque pouvoir nuire à des individus sains pour protéger une communauté, ce qui est une violation de l'éthique médicale traditionnelle puisque le médecin est supposé soigner des individus indépendamment de toute considération sociologique, religieuse ou philosophique comme le stipule le code de santé publique français. Les vaccinalistes avaient justifié cette double violation par les mathématiques en comparant la mortalité due à la variole naturelle, basée sur la première épidémie de variole à Boston aux Etats-Unis en 1721 (ville jusque là indemne de toute épidémie) avec la mortalité due à la variolisation telle qu'elle était pratiquée au Royaume-Uni. Daniel Bernouilli, médecin et mathématicien suisse et promoteur de cette approche, calculait que si on inoculait des enfants à la naissance (avec un décès pour 200 inoculés, ce qui n'est pas négligeable), on empêcherait environ 80 décès dus à la variole pour 1300 enfants inoculés. Il n'a pas été très difficile à son opposant français d'Alembert de montrer les multiples approximations invalidant ces calculs. Néanmoins, c'est ce même raisonnement absurde qui demeure aujourd'hui dans la médecine moderne. Trois objections peuvent être faites à cette approche.

Tout d'abord, nous avons vu qu'il n'existe pas de vaccin altruiste puisque l'approche vaccinaliste qui se base sur le dogme forgé par Pasteur a été invalidé scientifiquement à deux reprises. L'idée d'un vaccin stérilisant qui interromperait la circulation du virus ne tient donc plus la route puisque c'est le terrain qui produit ses propres virus et bactéries. Deuxième objection : comment peut-on accepter de s'exposer ou d'exposer des enfants au risque d'un vaccin (voire de multiples vaccins dans une même seringue) sous prétexte de diminuer un risque collectif de survenue indéterminée dans le temps et d'intensité imprévisible ? Pour qu'un vaccin soit altruiste, il faudrait qu'il soit efficace, même un peu, ce qui s'exprime par des probabilités qu'il faudrait vérifier en essais cliniques. Cela n'a jamais été fait pour les vaccinations existantes car les maladies concernées ont toutes disparues ou presque depuis longtemps. Dans le cas du Covid-19, les choses sont encore plus graves puisqu'on parle d'une immunité de groupe par la vaccination alors qu'il n'y a pas assez de données sur la maladie, la réponse immunitaire des personnes infectées et les vaccins eux-mêmes. **Enfin, troisième objection, comment peut-on envisager de mettre au point une stratégie vaccinale ou un traitement préventif quelconque, avec aussi peu de données ?**

Nous voyons ici que les deux stratégies vaccinales proposées sont sans fondement. Ce problème crucial n'est pas sans rappeler le problème principal de cette pandémie de SARS-Cov 2 : nous avons déclaré une pandémie début 2020 alors que le virus n'a pas été isolé (et ne l'est toujours pas) et qu'aucun test de diagnostic n'existait vraiment à ce moment là. C'est la raison pour laquelle les lanceurs d'alerte parlent bien de pseudo-pandémie car on ne peut déclarer une maladie sans diagnostic.

Chapitre 4 : Les populations prioritaires

Sur la base de cette stratégie biaisée, les trois comités veulent définir des populations prioritaires pour la campagne de vaccination à venir. Les critères guidant les recommandations de populations prioritaires au vaccin anti-covid19 sont les suivants :

*"Vaccin stérilisant ou protecteur
Efficacité de protection, notamment chez les personnes âgées et durée entre efficacité et protection
Tolérance du vaccin (ils avouent que le vaccin peut ne pas être toléré!)
Durée de la protection
Nombre d'injection à effectuer
Quantité de vaccins disponibles
Adhésion de la population au vaccin
Intérêt de vacciner ou non les personnes déjà porteuses d'anticorps
Niveau préexistant d'immunité dans la population et possibilité d'atteindre un taux d'immunité
protectrice à l'échelle de la population.
Vaccination ciblée ou en population générale".*

1. Violation des contre-indications de la vaccination

Plusieurs populations sont donc considérées prioritaires. Nous avons tout d'abord les populations à risque d'exposition professionnelle soit 6,8 millions de personnes. Ces populations sont : le personnel de santé, le personnel en contact avec la population (comme les commerçants, les enseignants, guichets publics, banquiers, hôtels, transports en commun), ou travaillant en milieux confinés (abattoir, croisière,...), le personnel hébergé en milieu confiné (travailleurs migrants, site de construction,...). Viennent ensuite les personnes à risque du fait de leur âge ou de leur état de santé (23 millions de personnes) : âge supérieur ou égal à 65 ans (à condition d'un vaccin efficace chez les personnes âgées), les personnes atteintes de pathologies chroniques (cardiovasculaires, hypertension, diabète) de moins de 65 ans, obésité, ou autres pathologies chroniques (affections respiratoires chroniques, cancers, maladies rénales chroniques, démences, transplantés, asthme, maladies génétiques respiratoires, cardiaques ou musculaires, immunosuppression quelque soit la cause (VIH, traitement, génétique), femme enceinte avec comorbidité (pathologie chronique)). Dans ce cadre, nous voyons que, comme à l'habitude en France, nous passons outre les contre-indications reconnues de la vaccination. En effet, les personnes ne pouvant être vaccinées d'après les écrits vaccinalistes sont les femmes enceintes, les immunodéficients et les enfants en-dessous de l'âge de la vaccination, et dans certains cas, les patients atteints de maladies chroniques ou allergiques à un des composants du ou des vaccins. Cette violation est malheureusement courante de nos jours pour tous les vaccins en France et se retrouve donc à nouveau ici. Parmi les populations dites prioritaires se trouvent aussi les personnes en situation de grande précarité, soit 250 000 personnes.

2. Les raisons du traçage de la population

Il est proposé pour les clusters de mener une campagne de vaccination réactionnelle en anneau. Cette technique consiste à vacciner les contacts ainsi que les contacts des contacts des cas positifs. Cette technique serait à utiliser autour d'un cluster mais aussi sur la population d'un cluster critique placé en confinement. Ils avouent alors que le traçage de la population par les médecins et l'application stopcovid en autres a été choisie car ils ne disposent pas d'évaluation numérique pertinente pour appliquer cette technique en raison des différences de taille des clusters. Ainsi, l'Etat et le conseil scientifique ont choisi de violer le secret médical et les lois sur la protection de la vie privée pour appliquer une stratégie vaccinale. Et cette même stratégie brille par l'absence de données solides sur la maladie et les vaccins anticovid, par le caractère erroné du dogme vaccinal et par les conflits d'intérêts des auteurs du document.

3. Une stratégie vaccinale sans fondement solide et à l'efficacité incertaine

Viennent ensuite les populations prioritaires en second lieu (5 millions de personnes) : les habitants des départements et régions d'outre mer en cas de pénuries de lit de réanimation, ainsi que les personnes vivants dans des établissements fermés à risque accru de transmission (détenus, établissements pour handicapés, hôpitaux psychiatriques). Et enfin, le personnel avec emploi stratégique (militaire actif, policier, pompier professionnel ou volontaire) sera aussi prioritaire. Il est aussi question de vacciner les personnes ayant été infectées par le COVID-19. Dans ce cours paragraphe, les auteurs avouent que la durée de protection par la vaccination est inconnue et que des variantes sont possibles selon l'âge et la présentation clinique de l'infection. **On a donc violé des droits fondamentaux par le traçage pour pouvoir appliquer une stratégie vaccinale sans fondement et à l'efficacité incertaine.** Les auteurs affirment ne pas voir d'arguments scientifiques suggérant que cela pose problème. Ils choisissent donc de ne pas faire de sérologie préalable afin de ne pas *"compromettre la bonne organisation de la vaccination et la dispensation du vaccin dans des conditions simples et intelligibles"*. La sérologie est l'étude des sérums et des variations ou modifications de leurs propriétés au cours des maladies. Autrement dit, les vaccins ne seront pas étudiés ou testés au niveau de la sécurité (et ce malgré l'obligation légale) alors qu'il y a un manque cruciale de données sur les effets secondaires, les ingrédients, leur nature, et leur efficacité afin de ne pas compromettre la mise sur le marché.

En somme, les trois comités, qui sont des comités illégaux saisis par un gouvernement lui-même illégal et illégitime, veulent amener les acteurs de la gestion de la pandémie à violer les contre-indications vaccinales, et ont fait imposer le traçage illégal de la population. Toute cette manoeuvre se base sur une vision erronée et invalidée de la santé et du vivant (le dogme pasteurien) et sans aucune donnée sur la maladie COVID-19, le virus SARS-Cov 2, la réponse immunitaire des patients et sur les vaccins eux-mêmes, afin de mettre sur pied une stratégie vaccinale dont la durée de protection est incertaine.

Chapitre 5 : Prosélytisme vaccinal et transhumanisme

Les auteurs avouent ouvertement que la campagne de vaccination contre le SARS-Cov 2 sera une campagne de prosélytisme vaccinal. J'utilise sciemment ici le terme prosélytisme car le vocabulaire des auteurs dans le document est quasiment religieux voire sectaire. Il est en effet question d'une campagne vaccinale à deux logiques. Il faut tout d'abord qu'elle "*favorise la vaccination*" et "*l'adhésion du plus grand nombre*". Elle doit ensuite permettre, en profitant de ce "*recrutement*", de mettre à jour le calendrier vaccinal perturbé par la période pandémique majeure et le confinement, surtout pour les personnes à risque et/ou fragilisées.

1. Une campagne de vaccination au service d'un projet transhumaniste

Pour la campagne de vaccination en elle-même, les auteurs souhaitent que tous les acteurs de la médecine scientifique et du système de santé français soient mobilisés : les généralistes, infirmiers, pharmaciens, acteurs de la médecine du travail, de l'hôpital, du médicosocial en établissement. Seront à prévoir la vaccination ambulatoire dans les cabinets médicaux, les services et accès aux vaccins à l'hôpital. A cela s'ajoute le souhait d'une évolution des lois, qu'ils ne respectaient pas vraiment jusqu'ici: "*Une évolution des textes concernant la prescription et l'acte vaccinal sera à prévoir*". En effet, les lois ne vont pas dans le sens d'une vaccination expérimentale de masse puisque ce genre de procédure est interdite entre autres par le code de Nuremberg. De même, la loi Kouchner dans le droit français impose de recueillir au préalable le consentement libre et éclairé du patient avant tout acte médical et la possibilité pour le patient de refuser à tout moment un traitement ou une opération, et la loi Salvetti (loi européenne) stipule qu'il n'existe aucun traitement médical obligatoire au sein de l'Union Européenne. Il est donc impossible légalement de mener cette campagne de vaccination. Il est aussi question de pouvoir à terme "*diffuser voire généraliser le carnet électronique de vaccination*" et donc d'approfondir le traçage et le fichage de la population. Pour comprendre cette violation des lois et cette obsession du traçage numérique, il faut regarder qui dirige l'OMS qui régit la gestion de la pandémie au niveau international. L'OMS a actuellement pour directeur général l'ancien terroriste et génocidaire Tedros Adhanom Ghebreyesus, un passé gênant et objet d'une enquête à laquelle l'Etat français a refusé de prendre part. Elle a pour financeur principal le très controversé Bill Gates. La fondation Gates est impliquée dans des affaires de pédophilie et de trafic humain en lien avec le réseau Epstein, une campagne de vaccination ayant provoqué la stérilisation de plusieurs millions de femmes et jeunes filles en Afrique et une seconde campagne de vaccination ayant causé une épidémie de poliomyélite en Inde à l'origine de la paralysie d'un demi-million d'enfants.

Nous avons donc de réels génocidaires à la tête de l'OMS qui décident de la gestion de la pseudo-pandémie. Le traçage numérique fait partie intégrante d'un vaste projet porté par l'OMS sous l'impulsion de son financeur Bill Gates : le projet de l'alliance ID2020. L'alliance ID2020 est une initiative dirigée par Bill Gates et qui vise à "*corriger les identifiants numériques*". Selon le site officiel ID2020, les méthodes actuelles d'identification officielle sont "*archaïques*" et inaccessibles à tout le monde. Comme le prétend l'Alliance, les méthodes actuelles d'identification numérique sont faciles à usiner et la certification adéquate des identités en ligne n'est pas encore devenue une réalité. Ce projet vise à ficher voire pucer chaque être humain afin de lui donner une identité numérique et le rendre servile et contrôlable à distance. Ainsi, le vaccin anticovid du laboratoire Moderna consiste officiellement à modifier temporairement le génome du patient vacciné grâce à un virus ARN breveté. Il se présente comme un patch que l'on mettra sur notre peau dans lequel se trouvera un antigel contenant une nano-puce récoltant les informations générales sur notre corps (cycles menstruels, etc...) et une enzyme *lucifères* (ce nom n'est pas un hasard) qui indiquera si le vaccin a bien été fait et, par conséquent si le génome a bien été modifié. Rien ne dit que la modification sera effectivement temporaire. Nous ne savons pas par qui seront récoltés les données transmises par la puce, ni même si, dans le sens inverse, le corps ne pourrait pas recevoir des informations à distance par le biais de la puce.

La députée italienne Sara Cunial a qualifié à juste titre de *"crime contre l'humanité"* cette pandémie et les actions de Bill Gates, véritable chef de l'OMS puisque c'est grâce à lui que Tedros Adhanom Ghebreyesus est devenu le directeur général actuel. Un crime contre l'humanité est une incrimination créée en 1945 dans le statut du Tribunal militaire de Nuremberg établi par l'article 6 de la Charte de Londres. Il désigne : *"une violation délibérée et ignominieuse des droits fondamentaux d'un individu ou d'un groupe d'individus inspirée par des motifs politiques, philosophiques, raciaux ou religieux"*.

Dans l'optique du Comité scientifique, il sera important selon eux de former les professionnels à ces *"nouvelles technologies vaccinales"*. Plus qu'un projet de prosélytisme vaccinal, nous sommes en présence d'un projet transhumaniste où le corps lui-même sera modifié génétiquement par des technologies qui jusqu'ici faisaient l'objet des films de science-fiction. Il est assez ironique de voir que ces mêmes auteurs qui ne savent absolument rien au sujet des vaccins, recommandent que les professionnels soient formés à ces technologies nouvelles.

2. Autres modalités de la campagne de vaccination

Concernant la remise à jour des vaccinations, les vaccins antigrippaux et pneumococciques seront *"à intégrer dans la réflexion"* selon les auteurs. Il y a là un autre problème de taille : ces vaccins favorisent les coronavirus. L'AIMSIB (association internationale pour une médecine scientifique indépendante et bienveillante, dont sont membres Michel de Lorgeril et le professeur Even) a publié en mars 2020 des conseils et recommandations dans un article pour aider les gens à traverser l'épidémie du virus COVID-19 sans trop en souffrir. Dans ces recommandations, l'association recommande de stopper la vaccination antigrippe chez les seniors, principales victimes du COVID-19. Les auteurs mentionnent une étude américaine menée le 3 mars 2020 qui rapporte des données concernant les hospitalisations et la mortalité chez des adultes âgés de 55 à 77 ans au cours des années 2000 à 2014 en fonction de la vaccination contre la grippe. Elle est intitulée : *Anderson ML et al. The Effect of Influenza Vaccination for the Elderly on Hospitalization and Mortality: An Observational Study With a Regression Discontinuity Design. Ann Intern Med. 2020. DOI: 10.7326/M19-3075*. Cette étude a montré que le vaccin ne diminuait ni le risque d'hospitalisation ni le risque de mortalité. Plus inquiétant encore, l'AIMSIB fait part d'une autre étude résumant les données des forces armées américaines concernant les interférences entre les virus à tropisme respiratoire en fonction de la vaccination antigrippale : *Wolff GG. Influenza vaccination and respiratory virus interference among Department of Defense personnel during the 2017–2018 influenza season. Vaccine 2020;38:350*.

Bien que l'auteur de cette étude soutienne que la vaccination anti-grippale est utile (ce qui est faux comme nous le montre l'étude américaine précédente), il n'insiste pas sur le plus important : la vaccination anti-grippale favorise les infections à coronavirus, avec une augmentation de 36 % du risque d'infection par cette famille de virus chez les vaccinés.

Le comité scientifique propose que la CNAM couvre intégralement le coût de la vaccination. Ils précisent que le vaccin sera sûrement en monodose car prescrit sous forme de deux injections espacées. Si le vaccin se fait en multidose (10 doses par flaconnage), une organisation par territoire sera *"indispensable"*. Il propose de conserver le modèle auto-organisé des centres covid, en particulier en province. Il faudra aussi compter selon eux sur les CPTS (communautés territoriales de santé) et le regroupement des professionnels en maisons de santé pluridisciplinaires. Enfin, un registre sera tenu pour suivre les injections de rappels et pourra s'organiser en lien avec les pharmaciens, ce qui constitue un autre approfondissement du traçage illégal de la population.

3. Une "adhésion à construire" dans un contexte de méfiance

Les Français sont méfiants vis-à-vis de la vaccination déclarent le comité scientifique. Selon *"certaines enquêtes"* d'avril 2020 (pas de références précises dans le texte), un quart des Français déclaraient être réticents à une vaccination contre le COVID-19. La campagne de vaccination ne va

pas de soi dans un tel contexte. Le faible taux de vaccination du personnel de santé, notamment contre la grippe, montrerait pour eux la difficulté d'accepter une vaccination pour protéger autrui et non pour se protéger soi-même (ce qui est faux car il n'existe pas de vaccin altruiste comme nous l'avons vu). Selon le conseil scientifique, les Français sont devenus réticents envers la vaccination du fait de campagnes de vaccination controversées : hépatite B en 1994, H1N1 en 2009 qui a fait l'objet *"d'intenses débats sur la sécurité du vaccin avant que la vaccination ne débute car il aurait été produit trop vite"*. Nous voyons que concernant le vaccin H1N1, les auteurs minimisent le problème car la production trop rapide n'était pas le seul soucis. Il était aussi question, comme nous l'avons vu précédemment, d'un scandale sanitaire et de plusieurs affaires de corruption. Les doutes auraient été confortés par divers phénomènes que les auteurs considèrent comme *"inhérents à la vaccination"* :

1. Les réponses immunitaires de faible ampleur chez des personnes vaccinées
2. Des individus vaccinés qui peuvent ne pas être protégés ce qui a conduit les Français à douter de l'efficacité du vaccin
3. *"Des accidents rares mais désastreux"*.

Sur le troisième point, ils avouent que la vaccination peut causer des accidents contrairement à ce qu'ils disent d'habitude aux patients et dans les médias et minimisent encore une fois les conséquences des vaccins. Le vaccin H1N1 a amené une multiplication des cas de narcolepsie et pouvait provoquer le syndrome de Gilain Barré et d'autres maladies graves notées sur la notice du vaccin. Le vaccin anticovid fait donc face à trois difficultés. Tout d'abord, l'épidémie (ils ne parlent pas de pandémie) a émergé dans un contexte de doute d'une partie de la population sur la vaccination. Elle suscite de nombreuses controverses (le mot est faible) sur les produits pharmaceutiques et les stratégies publiques. Enfin, le vaccin anticovid fait l'objet d'incertitudes pouvant nourrir les doutes sur l'efficacité, la sécurité, la capacité d'immunisation, la durée d'immunisation, de possibles mutations réduisant la protection vaccinale, le taux de couverture et de possibles effets secondaires auprès de certains publics (les antibody-dependent enhancement effects observés pour certains coronavirus, responsables de rechutes graves de la maladie lors d'une deuxième infection). Pour faire face à ces enjeux, les auteurs font les propositions suivantes :

1. Alléger le circuit de vaccination (ordonnance, achat du vaccin, injection) afin que la vaccination paraisse facile à mettre en oeuvre et non chronophage.
2. Mettre en place une vaste stratégie de communication (propagande) afin de convaincre les Français.

Nous sortons ici totalement du cadre légal puisque les Français ne pourront pas donner de consentement libre et éclairé pour le futur vaccin. Cette stratégie de communication visant à convaincre les Français passera par la *"transparence sur les procédures qui ont permis l'accélération de la mise sur le marché des vaccins sans qu'elles apparaissent comme ayant été menée au détriment de la sécurité"*. Elle passera aussi par la *"transparence sur les incertitudes et le fondement scientifique des recommandations"*, fondements qui sont inexistantes comme nous l'avons vu. La communication devra explicitement préciser que l'accélération de la vitesse de mise sur le marché des vaccins ne concerne pas les *"étapes de sécurité"*, qui seront maintenues, mais *"les modes de développement et de production"* (ce qui est faux comme nous l'avons vu). Cette communication nécessitera de faire en sorte que l'intérêt de la vaccination revienne dans le schéma de prévention de santé en montrant des *"données vérifiables et quantifiées"*, *"éventuellement par des chiffres"*. Nous retrouvons ici la même logique que pour la variolisation : un crime contre l'humanité masqué sous un manteau de bienveillance et de politique sanitaire salvatrice appuyé par des données chiffrées. Les circuits de vaccination devront apparaître simples, sans multiples visites chez le médecin-pharmacien-personnel soignant. **Ils affirment donc ici haut et fort leur intention de mentir à la population pour effectuer une vaccination de masse.**

La communication institutionnelle devra prendre en compte une *"contre-communication hostile aux stratégies vaccinales"* et se faire en amont de la campagne, être différenciée selon le public cible et privilégier les valeurs positives, plus *"mobilisatrices"*. Ils prévoient donc ici des stratégies pour contrer les lanceurs d'alerte et les opposants à la vaccination contre le COVID-19. Cette communication devra être cohérente dans la durée et avec les initiatives d'autres pays, notamment européens. Les auteurs ajoutent qu'*"une communication spécifique pour les vaccineurs potentiels sera importante"*. Là encore nous voyons une entorse à la loi Kouchner sur le consentement libre et éclairé du patient : on va donner des informations différentes au patient et au vaccineur alors que, d'après la loi, le patient doit recevoir une information complète sur l'acte médical qu'on va lui faire afin qu'il puisse consentir ou refuser l'acte médical. La stratégie de communication devra, comme à l'habitude pour les vaccinalistes, mettre l'accent sur l'aspect altruiste de la vaccination et évoquer une sorte de *"contrat social en appelant à la responsabilité de chacun"*. Les auteurs avouent donc ouvertement que ce discours n'a rien d'un argument scientifique et ne relève que de la stratégie de communication pour convaincre le patient. Nous avons aussi vu qu'il s'agit d'un discours mensonger puisqu'il n'existe aucun vaccin altruiste.

3. La stratégie vaccinale va bénéficier de recherche en épidémiologie et en sciences sociales afin de mieux connaître les dynamiques de vaccination et d'identifier en particulier les réticences, les doutes et les sujets problématiques afin de pouvoir y répondre avant qu'ils ne s'amplifient. Il s'agit de préciser les moyens d'intervention selon les publics visés (personnes âgées, etc...). Ils ont donc l'intention d'étudier les personnes à vacciner mais aussi les opposants à la vaccination pour mieux les contrer et ce grâce à des études sociales.

4. *"L'adhésion à la vaccination"* pourra bénéficier d'une *"démarche participative ouverte et transparente type forum citoyen"* dont l'organisation peut prendre quelques mois. Cet espace peut constituer un espace partagé de débats contradictoires et pourrait être conduite en lien avec d'autres pays européens. Là aussi, nous entrons dans un prosélytisme assumé et mensonger.

Ces réflexions seront poursuivies avec plus de détails par la HAS (haute autorité de santé, organisme français créé en 2004) et le HCSP (haut conseil de la santé public créé en 2004).

Conclusion

Ce document est une démonstration de la corruption du système de santé et de l'Etat français. De nombreux mensonges au sujet de la vaccination, de la pandémie H1N1 mais aussi de la pseudo-pandémie de Covid-19 y sont avoués et assumés. D'autres publications du conseil scientifique ont suivi depuis pour préciser le plan et la mise en oeuvre de la vaccination. J'estime ne pas avoir besoin de les commenter car, à mon avis, tout est dit dans ce commentaire. Cette crise n'est pas une crise sanitaire mais bien une crise politique. La France de la Cinquième République, qui n'est pas un Etat de droit, vient de passer d'une république démocratique apparente à un totalitarisme sanitaire et numérique affirmé. Ce nouveau régime est entièrement lié au projet de l'alliance ID2020 visant à pucer la population mondiale par le biais des vaccins. Ce projet est à la fois un projet transhumaniste mais aussi un projet messianique. J'invite le lecteur à découvrir par lui-même en quoi consiste ce messianisme des élites mondiales en se servant de la bibliographie et de la sitographie de ce commentaire. Le COVID-19 n'est qu'un aspect de la crise politique actuelle. Pendant que tout le monde se focalise (ou est focalisé) sur cette affaire, cet aspect messianique est caché au public et des lois qui ne seraient jamais passées en temps de paix sont en train d'être adoptées en France.

Ainsi, dans la nuit du 31 juillet au 1er août 2020 a été adoptée, après deuxième lecture, par l'Assemblée une nouvelle loi bioéthique. Le texte a pour mesure phare l'ouverture de la procréation médicalement assistée à toutes les femmes (lesbiennes ou célibataires incluses) mais doit encore repasser devant le Sénat, ce qui aura sûrement lieu en 2021. Derrière cette mesure décrite dans les quatre premiers articles, glorifiée par le journal le Monde, cette loi bioéthique prévoit d'autres mesures peu communiquées dans les grands médias. Parmi ces mesures se trouve l'interruption médicale de grossesse (IMG) jusqu'à 9 mois de grossesse pour détresse psychosociale. Jusqu'ici l'avortement (IVG) en France ne pouvait se faire que jusqu'à 3 mois de grossesse par aspiration ou évacuation car l'enfant n'était pas encore formé. Quant à l'IMG, cela se pratiquait de façon exceptionnelle lorsqu'une situation de péril psychiatrique grave pour la santé de la mère était constatée. A 9 mois, l'enfant est entier, formé et ne peut pas être aspiré. Un avortement à 9 mois de grossesse consiste à faire accoucher la mère et à tuer l'enfant. Il s'agit donc là d'un meurtre légalisé qui devra en outre se faire pour répondre à une détresse psychosociale, un terme non-médical, flou, et sans définition véritable.

Aux Etats-Unis, cette pratique existait dans certains Etats et est aujourd'hui combattue car dans certains hôpitaux les enfants étaient maintenus en vie puis déclarés morts pour être revendus dans les réseaux de trafics humains, pédophiles, ou d'organes, voire servaient ensuite pour des expériences scientifiques. Les articles 14, 15, et 17 de cette loi visent à poser le cadre pour des recherches sur l'embryon humain et les cellules souches embryonnaires notamment l'utilisation de l'embryon humain pour expérimenter le mélange inter-espèce. Le projet de loi voté par l'Assemblée autorisait dans ses articles 14 et 17 la création d'embryon chimérique et l'insertion de cellules souches embryonnaires dans un embryon animal dans le but de son transfert chez la femelle. La commission spéciale du Sénat a rejeté ces expérimentations chimériques détruisant l'embryon humain après la première lecture mais le débat n'est pas clos et les mesures sont toujours présentes dans la loi après la deuxième lecture de l'Assemblée. Enfin, l'article 17 prévoit d'autoriser la création d'embryon humain transgénique.

L'avenir du pays et de l'humanité repose en chacun de nous. J'invite le lecteur qui a lu ce commentaire à se poser la question suivante : quel monde souhaitez vous laisser à vos enfants ? Si, comme moi, vous ne voulez pas d'une dictature sanitaire 3.0, le choix de la désobéissance civile s'impose. Il s'agit d'un acte légal, constituant un droit fondamental, inscrit dans l'article 2 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen : *"Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression"*. Cette résistance est voulue non-violente dans la mesure du possible.

Sitographie

<https://www.societe.com/societe/republique-francaise-presidence-100000017.html>
<https://www.agoravox.fr/actualites/politique/article/fin-de-la-separation-des-pouvoirs-187328>
<https://www.conseilnational.fr/>
<https://cogiito.com/societe/non-vous-ne-revez-pas-microsoft-veut-implanter-des-puces-dans-votre-corps-avec-un-identifiant-numerique/>
https://www.bitchute.com/video/2osKhWqLLgiC/?fbclid=IwAR15a3AxnwQmfAOezO9mRIY_HCTO5vAr1NJ98ljI1AMe-ymHjEe0MaXcD4
https://chamanisme-vivant.fr/_files/200000023-a348da3490/COVID19%20et%20les%20m%C3%A9decines%20traditionnelles.pdf
<https://www.chamanisme-vivant.fr/l/covid-19-et-medecines-traditionnelles-et-ancestrales-suite-le-traitement-indien/>
<https://www.chamanisme-vivant.fr/l/covid-19-appel-a-la-resistance/>
http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115t0474_texte-adopte-provisoire.pdf
<https://www.youtube.com/watch?v=kbdgC7QhT3Q>
<https://www.youtube.com/watch?v=cbqYBOABp6k>
<https://www.youtube.com/watch?v=VK1Iys63ox4>
<https://www.youtube.com/watch?v=u8iDPkpBCK0>
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_vaccins_9_juillet_2020_-_care_-_conseil_scientifique_-_comite_vaccin.pdf
https://www.youtube.com/watch?v=7JAsj_LvWy0
<https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/coronavirus-le-tracage-c-est-la-fin-du-secret-medical-denoncent-des-medecins-de-quimper-6826723>
<https://www.economie.gouv.fr/stopcovid>
<https://www.vie-publique.fr/fiches/23879-chaque-citoyen-t-il-droit-au-respect-de-sa-vie-privee>
<https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/data-protection-reform/data-protection-regulation/>
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34302>
https://www.petitionenligne.be/pas_de_vaccination_obligatoire_contre_le_covid-19
<https://www.youtube.com/watch?v=2pPCt0XqZLS>
<https://www.aimsib.org/>

Bibliographie

Jean-Philippe Feldman, « Crime contre l'humanité », dans *Dictionnaire de la culture juridique*, dir. Denis Alland et Stéphane Rials, éd. PUF, 2003
Docteur Michel de Lorgeril (2018), *Introduction générale à la médecine des vaccins*, éd. Chariot d'Or.
Michel de Lorgeril (2015), *L'horrible vérité sur les médicaments anti cholestérol - Comment les statines empoisonnent en silence*, Thierry Souccar Éditions

Pour aller plus loin

<https://www.youtube.com/watch?v=O68fadA5ikw>
<https://www.youtube.com/watch?v=18UY64J8Tcc>
<https://www.youtube.com/watch?v=f-9mE9DSdAE>

Annexe : Liste des membres des trois comités scientifiques

Membres du CARE

Françoise Barré-Sinoussi (présidente) : virologue de l'Institut Pasteur-Inserm, prix Nobel 2008 pour la "découverte" du virus du Sida.

Laëtitia Atlani-Duault : chercheuse à l'Institut pour la Recherche et le Développement (IRD) et anthropologue. Elle fait partie des membres fondateurs du conseil scientifique de Reacting (INSERM.AVIESAN) chargé de préparer et coordonner la recherche pour faire face aux crises sanitaires liées aux maladies infectieuses émergentes. Elle dirige un nouveau WHO Collaborating Center for Research on Health and Humanitarian Policies and Practices de l'IRD labellisé par l'OMS en avril 2020. Ses travaux portent sur la fabrique de l'aide humanitaire, l'impact sociétal des crises sanitaires et humanitaires, la fabrique et la gouvernance des réponses, tant gouvernementales que non gouvernementales qui leur sont apportées.

Sylviane Muller : immunologiste et chercheuse au CNRS, co-fondatrice des entreprises Polypeptide France (1986) et ImmunoPharma (2002). A la tête de l'unité immunopathologie et chimie thérapeutique du CNRS à l'IMBC de Strasbourg en 2001, elle a développé le médicament Lupuzor basé sur l'effet thérapeutique attribué au peptide P140 sur le lupus. L'étude pivot internationale de phase III débutée en 2015 aux Etats-Unis et achevée en 2018 n'a pas permis de conclure à l'efficacité de la molécule. Entre temps, le Canard Enchaîné avait dénoncé les conflits d'intérêt pour ce médicament qui était développé par ImmunoPharma, une entreprise co-fondée par Sylviane Muller et possédant une licence exclusive sur les brevets protégeant les peptides, molécules propres au CNRS ou déposés en copropriété. Le journal avait découvert que si le médicament faisait cesser l'agression auto-immune, il rendait en revanche les patients très sensibles aux multi-infections. Le professeur Nathalie Costedoat-Chalumeau, spécialiste de médecine interne, et 20 de ses collègues, avaient écrit au CNRS pour lui demander d'urgence de signaler que l'essai a démontré, contre placebo, l'inefficacité du Lupuzor, ce que le CNRS a refusé de faire.

Jean Philippe Spano : cancérologue

Membres du conseil scientifique COVID-19

Jean-François Delfraissy (président) : immunologue. Il a été directeur de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) en 2005, et en parallèle, directeur de l'institut de microbiologie et maladies infectieuses de l'INSERM. En 2014, il a été sollicité par Manuel Valls pour coordonner la lutte contre la maladie du virus Ebola entre la France et l'Afrique. Il a remplacé Jean Claude Ameisen à la tête du Comité consultatif national d'Ethique (CCNE) en 2016.

Daniel Benamouzig : sociologue

Pierre Louis Druais : médecine en ville

Arnaud Fontanet : épidémiologiste

Bruno Lina : virologue et directeur du laboratoire de virologie du CHU de Lyon, et est lié à Sanofi Pasteur qui a signé 36 des 88 déclarations le concernant pour un total de 17521 euros et qui payait aussi ses frais de déplacement.

Yazdan Yazdanpanah : infectiologue et épidémiologiste, aussi membre du CARE, qui a des liens d'intérêt avec Merck (126 déclarations sur 379 pour 45 699 euros), Johnson and Johnson (89 déclarations pour 34 572 euros), AbbVie (25 déclarations pour 24 397 euros) et Healthcare (56 déclarations pour 15 677 euros).

Membres du Comité Vaccin COVID-19

Marie-Paule Kieny (présidente) : aussi membre du CARE, chercheuse à l'Inserm, infectiologue. Directrice scientifique adjointe jusqu'en 1988 de la société Transgene, une société de biotechnologie concevant des vaccins thérapeutiques et virus oncolytiques contre le cancer et maladies infectieuses. elle intègre l'INSERM et devient directrice de recherche entre 1999 et 2000. De 2002 à 2010, elle a été directrice de recherche pour l'OMS et plus particulièrement durant la grippe H1N1. Elle a été promue directrice-général adjointe et joue un rôle majeur durant l'épidémie du virus Ebola en Afrique et du virus Zika en Amérique. Elle est membre de la European Vaccine Initiative jusqu'en 2010. Elle rejoint en 2017 le conseil de direction du Human Vaccines Project et est nommée directrice par intérim du Medicines Patent Pool et rejoint le Drugs for Neglected Diseases initiative en tant que présidente du conseil d'administration.

Brigitte Autran : praticienne de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière et professeure des universités, spécialisée en immunologie, vaccin, déficit immunitaire, transplantation. Ses travaux portent plus particulièrement sur les soins aux malades du sida. Elle a contribué au développement d'un vaccin thérapeutique ralentissant temporairement la progression du sida (1 an). Ce vaccin consiste à réinjecter les cellules du patient (cellules dendritiques) isolées à partir des cellules sanguines, dans lesquelles ont été introduites des particules virales inactivées dans le but affiché de renforcer les défenses immunitaires et remplacer la trithérapie. Elle apporte aussi son concours à l'OMS dans le domaine de la sécurité des vaccins.

Christophe Bardin

Bernard Fanget

Alain Fischer : médecin, professeur d'immunologie pédiatrique et chercheur en biologie. Ses travaux portent sur les déficits immunitaires acquis dès la naissance et les approches curatives par thérapies géniques.

Bernard Fritzell

Xavier de Lamballerie : médecin membre de l'Institut Pasteur, directeur de l'Unité des Virus Émergents (UVE) et coordinateur du premier forum international pour la recherche sur le virus Zika.

Odile Launay : infectiologue et chercheuse au sein du Centre d'Investigation Clinique Cochin-Pasteur, membre du consortium COCONEL, lancé à l'initiative de l'Agence nationale de la recherche dans le cadre de la lutte contre le COVID-19. Les Centres d'Investigation Cliniques (CIC) sont des structures publiques sous la double tutelle de l'INSERM et de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Ils sont dédiés à l'organisation, la coordination et la réalisation d'essais cliniques. Le Centre d'Investigation Clinique Cochin-Pasteur d'essais vaccinaux est né en 2002 de l'association de l'Institut Pasteur et d'un CIC consacrée à la réalisation d'essais vaccinaux à visée préventive et thérapeutique dans le cadre de maladies infectieuses et des pathologies tumorales ou auto-immunes.

Isabelle Parent : cheffe du pôle vaccins de l'ANSM, agence connue pour ses nombreux conflits d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique depuis l'affaire des statines, qui rassurait la population au sujet des doses d'aluminium dans les vaccins, aujourd'hui objet de controverse.

Stéphane Paul

Claire Anne Siegrist : pédiatre et vaccinologue suisse. Elle a dirigé un essai clinique sur un vaccin contre l'Ebola commandé par l'OMS en 2014 et mis en place la plateforme InfoVac, une plateforme d'information et de consultation pour toutes les questions concernant la vaccination.

Michel de Wilde

Bertrand Schwartez (observateur)

Jérôme Weinbach (observateur)