

La science-fiction de l'immunité collective et de l'altruisme vaccinal



par Pryska Ducoeurjoly

Beaucoup de personnes ont accepté la vaccination anti-covid pour protéger leurs proches et contribuer à l'immunité collective. Mais qu'entend-on vraiment par «immunité collective» ? Cette expression peut se comprendre comme la somme des immunités individuelles. En réalité, elle désigne une théorie basée sur un modèle mathématique qui prétend mettre en équation le phénomène de la contagion. Ce modèle justifie des obligations vaccinales liberticides au nom d'un «altruisme sociétal»... Comme nous allons le découvrir, la théorie de l'immunité collective, véritable raison d'État, n'a jamais apporté la preuve de sa validité. Par ailleurs, le concept de «contagion» s'avère lui aussi bien fragile ! Finalement, loin de contribuer au contrôle des infections, les vaccinations de masse nous entraînent inexorablement vers la déprogrammation de notre immunité.

Le sens des maux, les solutions bio n°126

néosanté

Revue internationale de santé globale
Mensuel - 12^e année - 5 € (Belgique) - 6 € (France + UE) - 8 CHF (Suisse) - 10 CAD (Canada) Octobre 2022

DÉCODAGES
Transgénisme
Calvitie
Maladie de Lobstein
Cancer de l'ovaire

LA SANTÉ SOUS INFLUENCE

Entretien avec Michel Cucchi

AVANTAGE NATURE
Le corps, reflet de la vitalité

NATURO PRATIQUE
Comment vaincre la constipation

BIEN-ÊTRE
Du burn out au light in

Interview

La science-fiction de L'IMMUNITÉ COLLECTIVE

Un dossier de Pryska Ducoeurjoly

Dr NATHALIE GEETHA BABOURAJ
« Devenez votre propre médecine »

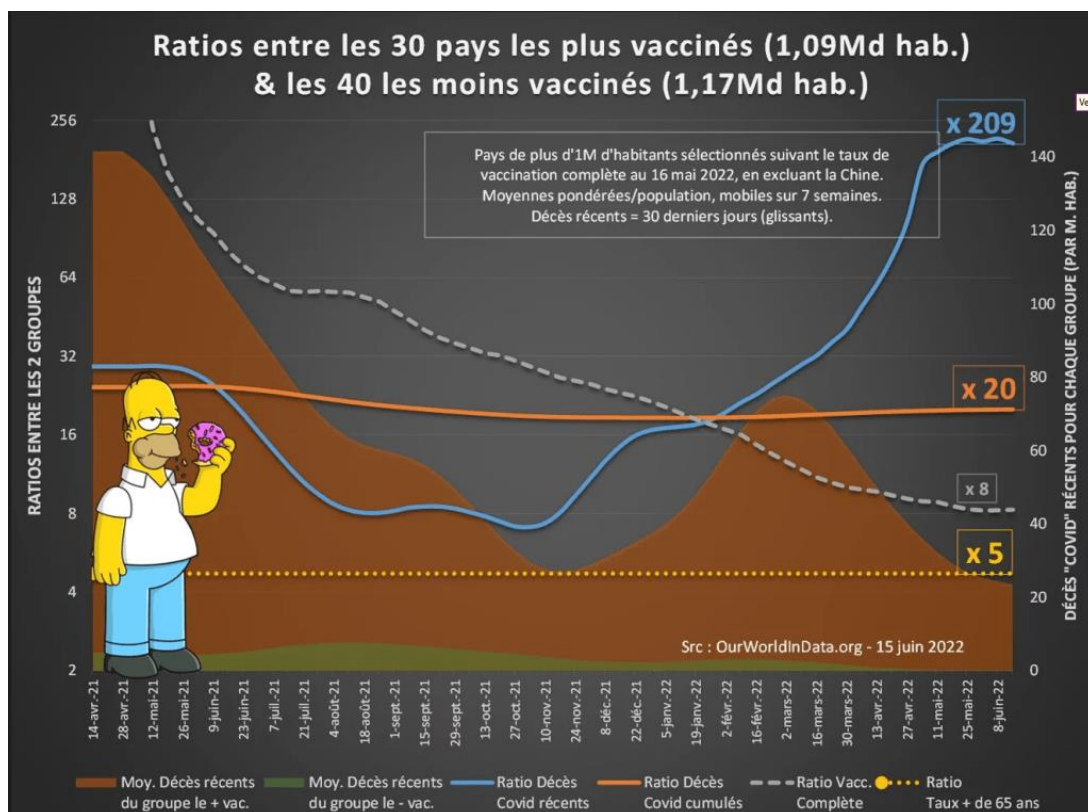
1500-2295-8053

0422258201

Protéger les autres en se vaccinant ? Un dossier sur les arguments fallacieux des théories de l'immunité collective et des modèles de propagation épidémique ! Une enquête pour la revue Néo Santé n°126, paru en octobre 2022 (mais toujours d'actualité face au risque pandémique !)

«Tous vaccinés, tous protégés !», disait le slogan du gouvernement. Mais protège-t-on vraiment les autres en se vaccinant ? À l'occasion de la crise du covid-19, tout le monde a bien compris que l'immunité collective vaccinale faisait figure de Graal. D'après nos autorités sanitaires, la vaccination anti-covid serait le meilleur moyen de soutenir une immunité collective et de mettre fin au spectre de la contagion. Sans ces injections immunisantes, nous serions condamnés à revivre les mesures liberticides et la discrimination sanitaire : distanciation sociale, masques, confinement, chasse aux cas contacts, folie des tests, passe sanitaire...

Avant d'explorer les fondements de l'immunité collective, il faut d'abord constater que cette théorie n'est pas sans répercussion sur le vivre-ensemble et la cohésion sociale. Elle peut légitimer certaines manifestations haineuses à l'égard de « ceux qui ne jouent pas le jeu » de l'altruisme sociétal. La guerre fait rage sur les réseaux sociaux : «Les antivax m'emmerdent grave, d'autant plus qu'ils sont en bonne santé grâce à nous les vaccinés, mais ça ils se gardent bien de le préciser. Fermez vos grandes gueules bandes de cons. Si nous ne l'avions pas fait, vous seriez en train de bouffer les pissenlits par la racine», twittait Missacacia9, le 7 août 2022. Un niveau d'argumentation peu élégant comparé à d'autres contributions plus argumentées. Par exemple, Felicittina¹, le 22 août 2022, proposait un ratio de la mortalité Covid entre les 30 pays les plus vaccinés et les 40 pays les moins vaccinés : «Si le milliard d'humains le plus vacciné est confronté à une mortalité Covid qui se maintient à plus de 200 fois celle du milliard le moins vacciné, c'est sûrement à cause de la consommation abusive de donuts. Vite un plan anti donuts»... Une manière ludique d'attirer l'attention sur l'obésité dans les pays les plus vaccinés, un important facteur de risque dans la mortalité covid-19.²



Parmi les moralisateurs décomplexés, on se souviendra aussi du journaliste Emmanuel Le Chypre sur RMC Story en juillet 2021 : «On vous vaccinera de force, moi je vous ferai emmener par deux policiers au centre de vaccination. Faut aller les chercher avec les dents et avec les menottes s'il le faut [...] Les non-vaccinés, ce sont des dangers publics, j'ai une démarche très claire : je fais tout pour en faire des parias de la société !»

Raoult : «Je ne sais pas d'où ça sort !»

S'il y a bien un scientifique qui a du mal avec le concept de l'immunité collective, c'est Didier Raoult. «*Sur le fait qu'il faudrait 70% de la population immunisée pour contrôler l'épidémie, ce sont des chiffres entièrement virtuels, ce n'est pas comme ça que cela se passe dans la réalité (...) Les épidémies commencent, elles culminent puis diminuent. On ne sait pas pourquoi, mais c'est comme ça. On l'a vu dans la variole, dans la rougeole...*» Le rebond épidémique ? «*Je ne sais pas d'où ça sort*», explique-t-il dès le 28 avril 2020 dans une vidéo³ intitulée «Risque-t-on une seconde vague ?».

Alors que le premier confinement touche à sa fin, les médias attisent la peur de relâcher le virus dans la nature. Raoult cherche à rassurer en évoquant quelques fantasmes sur les épidémies. Il cite le cas de pèlerins marseillais qui reviennent de la Mecque avec le virus de la grippe, mais qui n'entraînent pas de cas secondaires parce que «*chez nous en France, pays tempéré, la grippe ordinaire n'est pas transmissible en été. Peut-être que l'avenir nous permettra de mieux comprendre les relations entre l'écosystème et les maladies infectieuses*». Pour ce virologue, l'immunité collective dont parlent tous les médias est un concept flou, sans impact sur les courbes épidémiques.

Douze mois plus tard, lancement de la vaccination de masse. Le ministre de la santé français brandit le concept de l'immunité collective pour justifier le passe vaccinal à venir : «*Nous n'avons jamais eu un vaccin aussi efficace, si nous étions tous vaccinés, le virus ne pourrait plus circuler*», assure Olivier Véran en juillet 2021.⁴ «Tous vaccinés, tous protégés», voilà le mantra officiel affiché partout. Raoult, toujours en embuscade, ridiculise à nouveau la politique gouvernementale sur CNews⁵ :

«Je ne crois pas à l'immunité collective, mais à une baisse de la virulence des variants (...). Pour l'instant, ce ne sont pas les pays les plus vaccinés qui ont le moins de contaminations : Islande, Royaume-Uni, Israël. (...) La mortalité reste élevée dans les EPHAD, parce que c'est la population à risque, vaccinée ou pas. (...) Il n'y a pas de contrôle de l'épidémie avec cette vaccination».

Un modèle mathématique exponentiel

Que recouvre vraiment l'expression «immunité collective» dont tout le monde parle sans vraiment la définir ? En creusant un peu, on découvre qu'elle fait référence à un modèle mathématique. Un chiffre particulier détermine toute l'équation, le R0. Ce «nombre de reproduction de base de l'épidémie» désigne le nombre moyen de cas attendus directement générés par 1 cas. Ce R0 est établi à partir de trois facteurs : la durée de la phase contagieuse, la probabilité d'une transmission lors d'un contact et enfin le nombre moyen de contacts d'une personne contaminée.

Pour bien comprendre ce modèle, quelques explications supplémentaires sur le R0 sont nécessaires. À partir d'un premier cas, au premier rang de transmission, R0 individus sont infectés ; ceux-ci étant à leur tour contaminants, chacun contaminera R0 personnes : donc, au deuxième rang de transmission, R0 à la puissance 2 individus seront infectés. Ceux-ci étant à leur tour contaminants, chacun contaminera R0 personnes : au troisième rang de transmission, R0 à la puissance 3 individus seront infectés. Etc., etc.. Le nombre attendu de personnes infectées augmente ainsi de manière exponentielle puisque le modèle mathématique présuppose que tous les individus «contact» ont la même probabilité de développer la maladie et de la transmettre.

Par la suite, la courbe exponentielle ralentit, car l'équation intègre la progression du nombre de personnes immunisées (guéries) ou décédées. La vaccination est jugée tout aussi efficace qu'une infection naturelle pour obtenir l'immunité, et donc réduire la morbidité et la mortalité. Deux principaux modèles mathématiques sont utilisés, le modèle SIR (Susceptible-Infected-Recovered) et le modèle SEIR (Susceptible-Exposed-Infected-Recovered).

Pour aller plus loin ! Une vidéo du Conseil Scientifique indépendant de juin 2021 :

Quand R0 varie du simple au double

Le problème est que le R0 est l'objet d'une... estimation. Elle peut varier énormément en fonction des approches scientifiques. Une étude⁶ rappelle que, dans le cas du covid-19, des dizaines de chiffres différents ont été proposés à l'OMS, allant de 1,5 à 6,68. Le R0 du COVID-19 a finalement été estimé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à une valeur comprise entre 1,4 et 2,4.

Ce chiffre est d'une importance cruciale pour les décideurs de la stratégie sanitaire. L'Imperial College de Londres a utilisé un modèle supposant un R0 de 2,4, motivant le gouvernement britannique à imposer le confinement. Sur la base de ce R0, environ 80% de la population devait être infectés, cela allait entraîner 500 000 décès en l'absence de mesures de contrôle. En France, le 15 mars 2020 (juste avant le confinement), le R0 du virus Sars-Cov-2 était estimé à 2,8. Il a ensuite été révisé à 0,8 le 11 mai 2020, à la fin du confinement. Le gouvernement s'est félicité de cette baisse qu'il a attribué à l'efficacité de l'isolement contraint et des gestes barrières.

Corrélation n'est pas causalité. Rétrospectivement, on s'aperçoit que les courbes épidémiques des pays qui n'ont pas confiné ne diffèrent pas vraiment de celles des pays les plus coercitifs. Parallèlement, le confinement s'est avéré inutile que dangereux⁷. Aux États-Unis, les taux de mortalité ont été les plus élevés dans les États les plus durs sur le plan des mesures sanitaires⁸. L'évitement systématique de la contagion n'a apparemment pas sauvé de vies. L'équation de l'immunité collective reposerait-elle sur une illusion ?

L'Académie des sciences sur des œufs

Pour la cellule de crise Coronavirus⁹ de l'Académie des sciences française, «Appliquer à la COVID-19 le raisonnement sur l'immunité collective est un sujet à aborder avec une certaine prudence». Elle prévient dans sa note de synthèse du 28 mai 2020 que bien des paramètres sont à prendre en compte, difficiles à maîtriser dans la vraie vie, loin des projections statistiques. C'est un «concept», une «hypothèse», plus qu'un solide outil de politique sanitaire...

Définition de l'Académie des sciences

L'immunité individuelle est la protection conférée par la réponse immunitaire secondaire à une infection par un virus contre une nouvelle infection par le même virus.

L'immunité collective, encore appelée immunité grégaire ou immunité de groupe («herd immunity») est le phénomène qui explique qu'on peut être protégé contre une infection, sans être soi-même immunisé, parce qu'une fraction suffisante de la population bénéficie d'une immunité individuelle ; en effet, dans un tel cas, la probabilité de rencontre avec un individu infectieux n'est pas suffisante pour qu'une épidémie prenne place. Ce concept explique pourquoi une politique de vaccination préventive d'épidémies ne nécessite pas de protéger 100% de la population, mais une fraction plus petite (égale à l'immunité grégaire). *Source : Fiche expert — Académie des sciences, Cellule de crise Coronavirus. 28 mai 2020.*

Voici quelques citations de la «fiche expert» rédigée par l'Académie des sciences à propos des faiblesses de la théorie officielle, avec nos commentaires :

– «Le concept d'immunité collective a surtout été considéré dans la réflexion sur les campagnes vaccinales».

Ce concept a été modélisé à partir d'études réalisées dans des maladies infectieuses pour lesquelles il existe un vaccin et pour des populations théoriques vaccinées. Il est donc difficile d'extrapoler aux nouveaux virus et aux nouveaux vaccins dont l'efficacité évaluée par les fabricants est douteuse. Dans la conclusion de son rapport d'analyse du vaccin anti-covid de Pfizer¹⁰, la biostatisticienne Christine Cotton le confirme : «L'immunité collective vaccinale est statistiquement non démontrée et non démontrable sur la base de cet essai».

– «Une première question est de savoir si les tests humoraux (anticorps, NDLR), sur lesquels l'évaluation de l'immunité collective est essentiellement fondée, sont suffisamment sensibles pour donner une image fidèle du pourcentage de sujets immunisés».

Effectivement, les anticorps ne sont pas un bon marqueur de l'immunisation, qu'elle soit vaccinale ou naturelle. Nous l'avons déjà expliqué dans un précédent dossier consacré à l'immunité naturelle comparée à l'immunité vaccinale¹¹. Même Jean-François Delfraissy, président du Conseil scientifique, a bien été obligé de l'admettre en décembre 2021 lors d'une audition au Sénat français¹² : «*Vous pouvez avoir des anticorps à un niveau élevé et faire un Covid. Et vous pouvez, après vaccination, avoir peu d'anticorps et ne pas faire de Covid. En pratique opérationnelle, il ne faut surtout pas laisser s'installer l'idée que les anticorps servent à quelque chose*». Le slogan d'État *Tous vaccinés, tous protégés*, qui repose sur les bons taux d'anticorps conférés par le vaccin, n'a donc aucune valeur scientifique !

– «*L'adéquation de l'ensemble des hypothèses prises dans le calcul de l'immunité grégaire doit être vérifiée. Il est possible qu'une fraction de la population soit spontanément insensible à l'infection*».

En effet, le R_0 et l'équation de l'immunité collective présuppose que tous les contacts sont également sensibles à l'infection. Ce n'est pas le cas, certains ont été testés positifs sans le moindre symptôme. «*On peut aussi penser, à la lumière de quelques articles récents, qu'il existe une réaction croisée entre le SARS-CoV-2 et d'autres coronavirus auxquels certains sujets ont été préalablement exposés, qui pourrait donner milieu à une mémoire immunitaire protectrice, impliquant particulièrement les lymphocytes T. Si le pourcentage des sujets résistants dépassait 20 ou 30%, le taux désirable d'immunité collective nécessaire pour faire disparaître l'épidémie en serait abaissé de façon très significative*», précisent les experts. En juin 2020, Didier Raoult avait soulevé l'existence d'une immunité croisée, notamment grâce aux rhumes à coronavirus courants¹³. Il affirmait même : «*Entre 40 et 70% de la population étaient déjà immunisés avant que l'épidémie commence*». Des propos qui auraient dû tuer dans l'œuf la nécessité d'une immunisation vaccinale pour tous.

– «*Des facteurs environnementaux pourraient modifier la contagiosité*».

L'Académie mentionne notamment la possibilité d'un «*effet saisonnier peut-être lié à la température, à l'humidité ambiante, aux UV ou d'autres facteurs associés à la saison : modification du comportement des individus ou de nombreuses autres modifications de l'environnement*». C'est plus ou moins la position de Didier Raoult sur la dynamique des virus et des épidémies, davantage co-dépendants d'un écosystème que d'une immunité collective. **La météo, un facteur-clé hors équation** Si la contagiosité peut être plus ou moins forte pour un même virus, une nouvelle question se pose : la contagion est-elle la cause principale de la propagation des épidémies ou est-elle finalement un facteur secondaire face à d'autres paramètres plus déterminants ? Dès 2020, alors que les masques font leur apparition pour éviter la fameuse contagion, Denis Rancourt publie un article scientifique qui va être rapidement censuré. Cet ancien professeur de physique de l'université d'Ottawa affirme que les masques ne servent à rien face à la contagion. Cette contagion dépend d'abord des conditions atmosphériques, qui sont le facteur de corrélation principal dans les courbes épidémiques¹⁴ !

Il explique que la saisonnalité du phénomène des épidémies ne commence à être comprise que depuis une dizaine d'années. La question est de savoir si le schéma saisonnier est dû à un changement de la virulence des agents pathogènes ou à un changement de la sensibilité de l'hôte (comme l'air sec provoquant une irritation des tissus, ou une diminution de la lumière du jour entraînant une carence en vitamines ou un stress hormonal).

Et si c'était les deux ? Dans une étude historique, Shaman et coll. (2010) affirme de leur côté que le schéma saisonnier peut être expliqué sur la seule base de l'humidité absolue et de son impact direct sur la transmission des agents pathogènes qui se baladent en suspension dans l'air ambiant. L'humidité crée une condensation des aérosols qui chutent rapidement sous le poids de la gravité et ne sont plus en suspension dans l'air. Leur pouvoir contaminant baisse.

Les travaux de Shaman montrent ainsi que le R_0 est fortement dépendant de l'humidité absolue ambiante. Les valeurs d'été humides peuvent donner un R_0 légèrement supérieur à 1 tandis que les valeurs d'hiver sec peuvent faire grimper le R_0 jusqu'à 4. Le R_0 ne serait donc pas un nombre fixe, dépendant uniquement de la souche virale et des interactions sociales dans un espace donné. Par conséquent, toute la modélisation

mathématique épidémiologique de la contagion qui impose le port du masque, la distanciation sociale, la vaccination, basée sur un R_0 indépendant de l'humidité, n'aurait finalement pas de valeur. Sale temps pour les arguments moralisateurs qui stigmatisent les «mauvais comportements»...

La «propagation épidémique», une arnaque ?

Le chercheur indépendant Pierre Chaillot, alias Pierre Lécot dans ses décryptages sans concession des études épidémiologiques officielles (voir sa chaîne *Décoder l'Eco* sur YouTube), va encore plus loin dans la remise en cause du facteur de la contagion. Dans une série de vidéos accordées à notre confrère Kairos¹⁵, le statisticien dissèque les équations de la contamination. Selon lui, la théorie basée sur le R_0 , socle de l'idéologie sanitaire actuelle, est un mythe formellement contredit par les statistiques. La vidéo d'une heure mérite d'être regardée pour bien saisir tous les détails de l'arnaque de la «propagation épidémique». Voici les principaux points :

– **Le modèle Susceptibles → infectés → rétablis ou décédés (SIRD) est une théorie dont on n'a jamais vérifié la véracité.** Cette théorie conditionne quatre équations pour comptabiliser quatre publics. Mais on n'a jamais prouvé qu'un infecté contamine nécessairement un susceptible ou encore qu'un décédé est nécessairement infecté (tests peu fiables, cause des décès sujette à controverse)... Ces équations ne peuvent donner lieu qu'à des fonctions exponentielles. C'est de là que viennent toutes les prédictions de l'augmentation vertigineuse du nombre de malades, et non de l'observation de terrain. Toute la psychose autour des prévisions épidémiologiques repose «sur un modèle imaginaire».

– **Il n'y a aucune trace de propagation exponentielle dans les courbes des décès ou des entrées à l'hôpital.** On n'observe aucune accélération d'un jour à l'autre (calcul dit de la «dérivée seconde»).

«Dans toute l'histoire des épidémies hivernales en France, il n'y a pas la moindre trace d'une exponentielle concernant le nombre de morts, sauf pendant la canicule de 2003 et les accidents d'avion !»

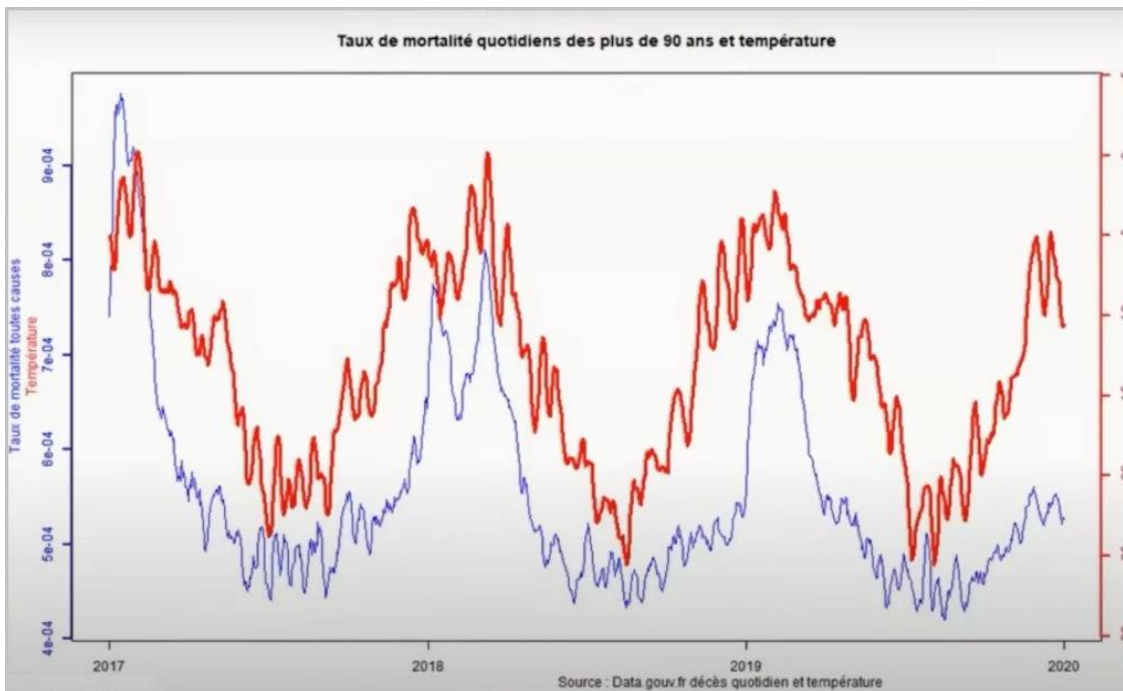
L'équation pourrait à la rigueur prouver que les morts de la canicule se sont contaminés de... chaud. Les données réelles montrent que le modèle employé est faux, même pendant les épidémies de covid 2020 et 2021.

– **Le modèle qui pourrait marcher est un modèle au carré, mais il est beaucoup moins alarmant.** Le nombre de malades du jour ne dépend pas du nombre de malades de la veille. Ce type de modèle ne colle pas avec la théorie actuelle de la contamination.

– **Les augmentations de mortalité ont lieu simultanément en période hivernale**, ou lorsqu'il fait très chaud. Les gens tombent malades en même temps qu'ils habitent en France, en Suède ou au Portugal. Cette synchronicité contredit le fait qu'un virus se propagerait d'un territoire à l'autre.

– **L'observation des données de température montre une corrélation stupéfiante avec les décès.** Les conditions extérieures sont plus pertinentes que la contagion entre individus. Grâce aux données de Météo France et avec l'aide d'un autre ingénieur, Pierre Lécot a superposé les courbes du taux de mortalité quotidien des plus de 85 ans (les plus sensibles aux conditions extérieures) et celles de la température. Dans 90% des cas, quand la température baisse, le nombre de décès augmente et quand la température remonte, les décès baissent. On observe même en 2018 deux pics de froid qui correspondent à deux pics de mortalité. *«Je n'ai jamais vu une telle corrélation entre deux variables. Le plus fou c'est qu'il n'y ait pas déjà des milliers d'études sur le sujet».* Donc il n'y a pas du tout besoin d'une théorie de la contamination pour expliquer que les gens meurent.

«Cela ne veut pas dire que c'est forcément la température qui tue, mais que ses variations peuvent entraîner des modifications des conditions extérieures (l'écosystème) comme l'assèchement de l'air (aggravée par le chauffage électrique), la pression atmosphérique...»



– Le virus covid-19 ne respecte pas la définition d’un virus selon la définition scientifique officielle.

Pierre Lécot rappelle que cette définition a évolué tout au long du XXe siècle à la suite de l’apparition de nouvelles techniques (microscope électronique en 1931, biologie moléculaire, puis séquençage)¹⁶. En 1890, les « postulats de Koch » définissaient les quatre observations cliniques nécessaires pour démontrer l’existence d’un pathogène en lien avec une maladie. En 1937, les anticorps deviennent le maître étalon et peuvent suffire à témoigner de l’action d’un virus (même chez les non symptomatiques) ; en 1957, la mise au point d’un vaccin dont l’efficacité est démontrée par des essais contrôlés est considérée comme la meilleure preuve immunologique de l’action d’un virus ; en 1996, Fredricks et Relman proposent une nouvelle définition, toujours en vigueur aujourd’hui. On ne parle plus de virus, mais de séquence nucléique. Parmi les conditions nécessaires : 1) La séquence nucléique du micro-organisme doit être retrouvée dans la plupart des cas de la maladie. 2) La séquence nucléique du micro-organisme ne doit pas être retrouvée (ou rarement) chez des individus indemnes.

Après avoir épluché les statistiques officielles des résultats des tests PCR en France, Pierre Lécot constate que le covid-19 ne respecte pas ces critères. En 2021 et 2022, la séquence nucléique (test PCR +) est retrouvée autant chez les non-malades que chez les malades. À l’inverse, on ne la retrouve pas chez bon nombre de malades qui présentent le tableau clinique de la covid. Autrement dit, la séquence nucléique n’est pas spécifique aux malades. Si on se base sur la définition officielle et l’observation des résultats des tests, le covid-19 ne correspondrait donc pas à un pathogène ! Quant à prouver sa contagiosité à partir de ce constat, cela relève de la science-fiction...

Résultats PCR en France	SYMPTOMATIQUES		ASYMPTOMATIQUES	
	% tests positifs	% tests négatifs	% tests positifs	% tests négatifs
2021	3,6	9,2	4,3	82,8
2022	14,7	11,8	13,8	59,7

Source Pierre Lécot, à partir des données officielles

Les virus : pyromanes, pompiers ou simples témoins ?

Les auteurs du livre *Virus Mania* (ed. Marco Pietteur) ont abordé la « théorie des virus contagieux », choux gras des fabricants de vaccins¹⁷. Ils rappellent que dans bien des maladies par le passé, les chasseurs de virus

ont échoué à établir une contagion (scorbut, bérubéri, Pellagre). Selon eux toujours, dans nos maladies contemporaines, l'action d'un virus contagieux n'est pas toujours établie de manière probante : polio, sida, hépatite C, grippe, Sars, rougeole...

«La science traditionnelle des virus a quitté la voie de l'observation directe de la nature, et a décidé à la place de passer par la preuve indirecte, avec des procédures telles que les tests d'anticorps et PCR (...). Les tests d'anticorps ne font que prouver l'existence d'anticorps et non le virus ou la particule elle-même à laquelle lesdits tests réagissent (...). Le fait que quelques individus présentent un tableau clinique identique ne signifie pas nécessairement qu'un virus est à l'œuvre».

La cause peut aussi être environnementale (conditions climatiques, intoxication chimique, exposition électromagnétique) ou liée à des habitudes de vie (alimentation, sédentarité, conditions de travail). La notion de terrain est aussi potentiellement importante, voire centrale, mais jamais prise en cause dans les modèles de virus contagieux.

Omerta sur les virus endogènes

Enfin, *«pourquoi ne pas supposer qu'un virus, ou ce que nous appelons virus, est un symptôme, c'est-à-dire le résultat d'une maladie ?»*, demandent les auteurs de *Virus Mania*. On néglige de creuser l'idée que les cellules du corps peuvent produire des virus de leur propre chef, par exemple en réaction des facteurs de stress. Il s'agirait alors de «virus endogènes», des particules qui sont produites par les cellules elles-mêmes et dont le rôle est de signaler une agression. Ne serait-on pas en train d'accuser le pompier d'être un pyromane ?

En 1954, le scientifique Ralf Scobey, a rapporté dans la revue *Archives of Pediatrics* que l'herpès simplex peut se développer après l'injection de vaccins, la consommation de lait ou d'autres aliments pouvant déclencher une réaction immunitaire. Le zona peut apparaître après l'ingestion ou l'injection de toxiques aussi divers que les métaux lourds (l'arsenic et le bismuth), les sulfamides, les barbituriques, l'alcool¹⁸. Le stress oxydatif pourrait être capable de produire des anticorps que l'on attribuerait à la présence d'un virus. *Virus mania* rappelle que :

«D'autres scientifiques ont observé que les toxines dans le corps pouvaient produire des réactions physiologiques, mais la médecine actuelle ne voit cela que du point de vue des virus exogènes».

Les contrefaçons de l'immunité vaccinale

Comme nous venons de le voir, l'immunité collective est un concept mathématique instable, car il repose sur de nombreuses variables difficiles à mesurer. Il s'appuie par ailleurs sur une tendance à voir des maladies contagieuses partout depuis que Pasteur a mis KO la théorie des microbes endogènes (microzymas) de son contemporain Béchamp (*«Le microbe n'est rien, c'est le terrain qui est tout»*).

En admettant tout de même que les virus contagieux existent et soient à divers degrés pathogènes, ce qui est probablement le cas et par ailleurs compatible avec la notion de terrain, beaucoup d'incertitudes demeurent sur l'efficacité de la «solution pasteurienne» : la vaccination. Pour construire une immunité collective, encore faut-il apporter la preuve de l'efficacité individuelle : si je ne suis pas protégé à titre personnel par un vaccin, comment pourrai-je protéger les autres ?

On sait aujourd'hui que la vaccination anti-covid n'a pas empêché la contamination, ni n'a réduit les cas graves ou les hospitalisations. La science vaccinale rencontre le même problème avec la grippe. Tous les ans le virus grippal revient et le bénéfice de la vaccination sur les hospitalisations et les décès n'a jamais été avéré (méta-analyse de la fondation Cochrane, réalisée en 2018)¹⁹. En réalité, la vaccinologie toute entière est touchée par un problème systémique lié à la qualité des études. Comme nous le rappelait le docteur Michel de Lorgeril dans une interview²⁰ : «Elle est en dehors des principes fondamentaux de la médecine moderne» :

1. Les études cliniques des firmes pharmaceutiques s'appuient uniquement sur les taux d'anticorps pour « démontrer » que leurs vaccins sont efficaces²¹. Ces taux ne représentent pas la quantité d'anticorps dits «neutralisants», ni les capacités de réponse cellulaire et encore moins de la réponse de l'immunité innée, bien plus complexe à mesurer. Il est désormais avéré que le taux d'anticorps n'est pas le bon corrélat de protection pour la vaccination anti-covid. C'est malheureusement aussi le cas pour les autres vaccins ! Xavier Bazin, auteur de «*Big Pharma démasqué*», le rappelle dans un article publié en août 2022²² :

*«Comme l'explique un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, on n'a jamais identifié de lien clair entre le nombre d'anticorps vaccinaux et la protection contre la coqueluche ou la tuberculose²³. Le même problème a aussi été documenté pour les vaccins contre la grippe²⁴, les vaccins contre les oreillons, les rotavirus et les papillomavirus».*²⁵

Inversement, l'absence d'anticorps spécifiques dans le sang ne signifie pas nécessairement l'absence de mémoire immunitaire. Selon une étude française du Centre hospitalier universitaire de Strasbourg²⁶, la sérologie pour détecter l'infection par le SARS-CoV-2 n'est pas fiable : on observe une absence d'anticorps, mais une solide immunité cellulaire chez des personnes pauci ou asymptomatiques. «*Cela pourrait témoigner de l'efficacité remarquable des premiers remparts de notre immunité, les anticorps arrivant en dernier*». Les sérologies évaluant les taux d'anticorps (immunité humorale) ont alors tendance à sous-évaluer l'immunité dans une population, l'entraînant à tort dans des vaccinations potentiellement risquées, sans garantie d'efficacité.

2. Il n'y a pas de placebo dans les études cliniques consacrées aux vaccins. C'est une entorse inexplicquée au sacro-saint principe de l'*Evidence Based Medicine* (la médecine basée sur les preuves).

«À ce jour, aucun des 11 vaccins obligatoires au 1er janvier 2018 en France n'a été testé dans des conditions techniques acceptables selon les procédures exigées de nos jours, explique Michel de Lorgeril. Selon l'OMS, l'efficacité des vaccins serait «un peu» démontrée grâce à des données épidémiologiques dites d'observation. Or c'est justement pour échapper aux caprices du hasard et aux faiblesses de l'épidémiologie d'observation que les essais cliniques ont été imposés. S'appuyer sur une simple concordance pour affirmer l'efficacité d'un traitement est une évidente régression, surtout pour légitimer des campagnes de vaccination massive chez les bébés... Le code de santé publique exige des médecins des connaissances sans cesse actualisées. On ne peut pas défendre une pratique médicale sous prétexte qu'elle se pratique depuis 50 ou 100 ans».

3. L'affirmation «les vaccins ont éradiqué les maladies» n'a jamais été démontrée²⁷. C'est ce qu'affirme l'ouvrage «*Dissolving Illusion*», paru en juillet 2013 aux États-Unis.

«De très nombreuses preuves démontrent clairement que l'amélioration des conditions de vie, de l'alimentation, des soins obstétricaux – et autres causes non vaccinales, ont permis le déclin du taux de mortalité lié aux maladies infectieuses. Malgré ces évidences, les promoteurs de la vaccination continuent à proclamer faussement que c'est grâce aux vaccins que notre espérance de vie a augmenté».

«*L'inquiétante histoire des vaccins*», un autre ouvrage écrit en 2022 par le journaliste Marc Menant²⁸, revient également sur l'apport de l'hygiène et du droit du travail dans l'amélioration de la santé publique. L'immunité collective prétendument conférée par les vaccins n'aurait en fait aucun lien avec la disparition des maladies d'antan.

Un bénéfice-risque-coût collectif défavorable

Dans son dernier ouvrage «*L'apport de la vaccination à la santé publique*», sorti en avril 2014, le regretté Michel Georget s'est intéressé aux bénéfices-risques-coûts de la vaccination. Selon lui : TOUTES les vaccinations coûtent très cher, trop cher, quand on prend en compte leurs effets secondaires, systématiquement sous-estimés (sous-notification) par la pharmacovigilance. Il serait préférable de s'en tenir aux traitements plutôt que de lancer des campagnes de vaccination massives. Exemple de l'hépatite B :

«Une étude très révélatrice du coût de la politique vaccinale a été conduite par les chercheurs de l'INSERM²⁹. (...) Pour la population générale, la politique vaccinale coûte vingt fois plus cher que le traitement des hépatites qui seraient survenues en l'absence de vaccination ; elle coûte encore cinq fois plus cher pour les hommes de 15 à 40 ans. La vaccination n'est rentable que pour les toxicomanes. Le bilan serait encore plus négatif si les chercheurs ne s'étaient pas placés dans des conditions beaucoup plus favorables qu'elles ne le sont en réalité. Ainsi, ils ont considéré la vaccination efficace à 95% alors qu'il y a 15% de non-répondeurs. Par ailleurs, les données épidémiologiques servant de base aux calculs ont été prises en compte dans la littérature médicale, soit environ 60 000 nouveaux cas par an. En réalité c'est environ 15 fois moins. Enfin, le coût des traitements des nombreux effets secondaires n'a pas été pris en compte, car on n'en connaissait pas encore l'ampleur au moment où l'étude a été publiée».

Autre exemple, le vaccin anti-HPV (papillomavirus). Dans *«Hystérie vaccinale, vaccin Gardasil et cancer, un paradoxe»*, les docteurs Nicole et Gérard Délepine rapportent l'expérience désastreuse de la vaccination de masse en Australie :

«L'incidence du cancer du col de l'utérus dans la population globale n'a pas diminué depuis la vaccination. Au contraire, chez les classes d'âge vaccinées, donc les plus jeunes, les chiffres 2017 montrent que l'incidence du cancer augmente fortement depuis la vaccination ! Durant la même période, chez les femmes plus âgées, non vaccinées, l'incidence du cancer a diminué, très probablement en raison de la poursuite du dépistage par frottis, qui est la seule véritable solution préventive prouvée. On constate le même «effet paradoxal» du Gardasil dans les pays où le taux de vaccination avoisine les 80%».

La toxicité communautaire

Comme nous venons de le voir, la formule mathématique de l'immunisation collective est assez simpliste, car elle ne tient pas compte des «effets paradoxaux» de la vaccination. Dans le premier opus de la collection d'ouvrages *«Vaccins et société»*, Michel de Lorgeril rassemble ces dommages sous l'expression *«Toxicité communautaire»*. Cette toxicité est malheureusement souvent d'ordre immunitaire. Loin de contribuer efficacement au contrôle des infections, les vaccinations de masse nous conduiraient plutôt à la désorganisation et à la détérioration de nos systèmes de défense naturels... Voici comment :

Des souches plus virulentes : le «remplacement épidémique». À la suite d'une vaccination contre un agent pathogène spécifique, cet agent semble disparaître, mais il est ensuite remplacé par d'autres agents pathogènes résistants aux vaccins. La maladie clinique ressurgit parfois sous des formes plus sévères. Ainsi, *«les encéphalites de la rougeole ont été remplacées par d'autres encéphalites, certaines virales (l'encéphalite herpétique) et d'autres auto-immunes qui étaient rares, voire inexistantes autrefois»*, explique Michel de Lorgeril. Malheureusement, les exemples de remplacement épidémique ne manquent pas dans les maladies «contrôlées» par des vaccinations : grippe saisonnière, papillomavirus, pneumocoque, méningocoque... Raison pour laquelle les industriels doivent sans cesse augmenter le nombre de souches dans leurs vaccins (Gardasil 9, Pneumocoque 13) à la suite de l'apparition de variants par «pression vaccinale». On comprend mieux comment la vaccination de masse nous condamne à des vaccinations à répétition, en générant elle-même des niches virales qui lui échappent. Un cercle sans fin. Nous avons évoqué ce sujet dans un précédent dossier : *«Comment les vaccinations génèrent de nouvelles épidémies»*.³⁰

La recrudescence d'infections respiratoires : l'«interférence virale». Des vaccinations de masse contre l'agent pathogène d'une maladie peuvent provoquer des interactions croisées avec des virus impliqués dans d'autres pathologies. Par exemple, dans le cas de la covid, plusieurs chercheurs ont constaté que les vaccinés contre la grippe étaient plus susceptibles de contracter un coronavirus classique ou le covid-19 (Néo Santé, septembre 2020, *«Covid-19, le double scandale vaccinal»*)... Encore récemment, une étude³¹ parue en 2022 a réaffirmé la corrélation entre le vaccin antigrippal et les décès par covid : *«Une couverture vaccinale contre la grippe plus élevée et un faible statut en vitamine D ont été associés à davantage de décès liés au COVID-19»*. Bien d'autres études (Kelly et coll. 2011, Mawson et coll. 2017, Diering et coll. 2014) ont documenté la recrudescence d'infections respiratoires aiguës après une vaccination de la grippe, principalement chez les enfants³². En 2021, une étude a également suggéré que la vaccination anti-covid

avec le vaccin Pfizer pouvait interférer avec le vaccin contre la grippe. On parle alors d'*interférence vaccinale* ... Un vrai brouillard pour les experts de la balance bénéfices-risques !

Des réactions immunitaires sévères : la «facilitation de l'infection». C'est la bête noire de la recherche vaccinale, régulièrement confrontée à ce phénomène bien documenté : au lieu de nous protéger contre une maladie, la vaccination peut la favoriser à cause de l'apparition d'«anticorps facilitants». Ces anticorps «facilitateurs» (antibody-dependent enhancement, ADE en anglais) sont responsables d'un emballement immunitaire et d'une forme sévère de la maladie. Ils ont été découverts par le chercheur Scott Halstead dans la dengue en 1967. C'est un phénomène qui peut intervenir aussi bien dans le cas d'une infection naturelle que d'une immunisation vaccinale. Une première infection/immunisation à un virus déclenche une réaction immunitaire normale, mais une seconde infection/immunisation déclenche une réaction sévère avec un orage de cytokines (tempête immunitaire). C'est particulièrement documenté dans les vaccins contre la dengue et la grippe.³³

Le vaccin contre le covid-19 pourrait lui aussi provoquer une tempête de cytokines. En effet, avant son autorisation par la grâce à l'état d'urgence, il faut rappeler qu'aucun candidat vaccin contre les coronavirus, SRAS et MERS n'avait pas réussi à passer le barrage des anticorps facilitateurs, constamment détectés dans les essais cliniques !³⁴ La vaccination contre la coqueluche a aussi provoqué ce phénomène, normalement peu courant dans l'affection naturelle. Une étude de 2019³⁵ rapporte que «*tous les enfants qui ont été primo-immunisés par le vaccin DTaP (diphtérie, tétanos, coqueluche, commercialisé aux USA depuis 1997, NDLR) seront plus sensibles à la coqueluche tout au long de leur vie, il n'y a pas de moyen facile de diminuer cette sensibilité accrue*» lorsqu'ils rencontrent le virus par la suite. Un véritable échec en matière d'immunité collective induite par la vaccination !

Plus largement, les vaccinations peuvent déclencher des réactions immunitaires, comme les allergies, l'asthme, les chocs anaphylactiques, les maladies auto-immunes. En 2000, une étude³⁶ de l'École de Santé Publique de l'Université californienne de Los Angeles (UCLA) incluant près de 14 000 enfants a établi que la vaccination DTC (diphtérie tétanos coqueluche) multipliait par deux le risque de développer de l'asthme. Cette vaccination pourrait expliquer le doublement des cas d'allergies aux États-Unis, qui concernent 50 millions de personnes, mais les autorités sanitaires se gardent bien de commander des études complémentaires. Cela reste donc un vieux sujet de controverse.

Reprogrammation de l'immunité individuelle...

L'une des principales faiblesses de la vaccination est qu'elle n'induit pas une immunité à large spectre, comme le fait l'immunisation naturelle. Des défenses immunitaires stimulées par la vaccination s'adaptent mal aux variations des souches virales par manque d'*immunité croisée*³⁷. Ce phénomène a été constaté lors de l'épisode de la grippe de 2009 (H1N1). «*Skowronski et al. (2010) ont montré, à partir de plusieurs études cumulées, que les personnes qui avaient reçu un vaccin antigrippal inactivé trivalent en 2008-2009 (pour se prémunir contre la grippe saisonnière) avaient eu un risque plus élevé (de 40% à 250% en fonction des études) d'être infectées par le virus pandémique A/H1N1 par comparaison avec les non-vaccinés, traduisant un affaiblissement post-vaccinal du système immunitaire*», rappelle Michel De Lorgeril.

La vaccination anti-covid illustre bien l'amputation des capacités immunitaires que peut induire l'immunisation artificielle. La biologiste Hélène Banoun a répertorié plusieurs études documentant cet affaiblissement³⁸. Le préjudice serait plus important pour les personnes qui ont déjà été infectées naturellement par le covid avant de recevoir des injections :

– La seconde dose de vaccin Pfizer entraîne une réduction de l'immunité cellulaire chez les personnes ayant récupéré de la covid.

– La vaccination des sujets convalescents réduit la capacité à produire des anticorps à large spectre contre des variants futurs ; les convalescents non vaccinés conservent cette capacité.

– Après la deuxième immunisation de rappel, une réduction relative de la réactivité des sérums avec un variant par rapport au variant Wuhan-1 est constatée. Chez les convalescents, la vaccination a provoqué une perte relative de la capacité de reconnaissance du variant dès 15 jours après la première dose de Pfizer et s'aggravant ensuite. Ces données remettent en question l'intérêt d'une immunisation répétée avec la même séquence de protéine S.

– La réponse CD4+ T cell est diminuée chez les convalescents après vaccination par rapport aux individus naïfs : la vaccination endommagerait la réponse cellulaire T. Après vaccination, l'ampleur de la réponse immune semble plus faible chez les convalescents que chez les individus naïfs.

Un «remodelage» de l'immunité innée

Normalement, une injection vaccinale comporte des antigènes précis destinés à provoquer une réaction de notre immunité adaptative, qu'elle soit cellulaire (lymphocytes) ou humorale (anticorps). Elle ne s'adresse pas à notre immunité innée qui est non spécifique et se trouve au niveau de nos barrières naturelles (notamment le microbiote intestinal, premier rempart immunitaire, ainsi que les muqueuses respiratoire ou cutanée). Cependant, on découvre parfois chez certains vaccins la capacité d'influer sur l'immunité innée de manière collatérale. En mai 2021, des chercheurs des Pays-Bas³⁹ (Föhse et coll.) ont aussi constaté ce phénomène avec le vaccin Pfizer. Il peut entraîner «*un effet de remodelage de la réponse immune innée*» en la diminuant face au covid-19. Comme cette immunité est non spécifique, le vaccin peut également contribuer à influencer la réponse immunitaire innée face à d'autres pathogènes (viraux, fongiques et bactériens). Les chercheurs invitent à prendre en compte ce phénomène. Et pour cause, l'immunité innée joue un rôle très important dans la prévention de maladies graves comme les cancers, les maladies auto-inflammatoires et les pathologies auto-immunes.

La perturbation de l'immunité naturelle pourrait-elle avoir un lien avec les récurrences cancéreuses dont témoignent de nombreux médecins à la suite des injections à ARNm dans leur patientèle ? Lors du sommet⁴⁰ organisé par le Conseil scientifique indépendant à Marseille en avril 2022, le docteur Ryan Cole, pathologiste américain, a exposé les risques accrus de déclenchement ou réactivation de cancers induits par la «modulation» de la réponse immunitaire à la suite de la vaccination à ARNm. Cela s'expliquerait par une altération de l'expression des gènes d'un grand nombre de cellules immunitaires, notamment les CD8, des lymphocytes tueurs des cellules cancéreuses. La désorganisation du système immunitaire inné et de ses récepteurs contribuerait également à l'activation d'autres virus présents dans l'organisme à l'état latent (herpes, zona, papillomavirus, virus respiratoire syncytial).

En conclusion : un concept contre nature !

L'hypothèse de l'immunité collective, créée pour des politiques vaccinales jugées d'utilité sociale, n'a jamais été démontrée. L'échec de la vaccination contre le covid l'illustre de manière criante : comme la majorité des vaccins, cette vaccination n'est pas «altruiste», car elle n'a pas d'impact sur la contagion (autre concept controversé). Les injections à ARNm expérimentales n'auraient jamais dû être promues sur le fondement de l'immunité collective, d'autant plus qu'elles risquent d'atrophier l'immunité des individus. Plus largement, la perturbation de l'écosystème immunitaire par les vaccinations de masse ne serait pas étrangère à la hausse des pathologies graves ou chroniques, bien plus coûteuses sur le plan de la santé collective et des finances publiques. Tel est finalement le produit de l'équation de l'immunité collective, une théorie déconnectée de la richesse et de la complexité du vivant...

L'immunité est par nature individuelle !

Dans «*La (bonne) santé des enfants non vaccinés*» (Jouvence), le Dr Françoise Berthoud a rassemblé les études internationales qui montrent que les rares groupes d'enfants non vaccinés se défendent très bien contre les maladies sans le moindre vaccin. Mère Nature nous a dotés de solides systèmes de défense : immunité innée d'une part, immunité adaptative d'autre part. Cette immunité est par nature individuelle, car elle dépend de plusieurs paramètres gérés de manière unique par les individus. Ces variables ne peuvent être mises en équation et constituent notre «terrain» personnel. L'épigénétique apporte d'ailleurs un regard supplémentaire à la notion d'immunité individuelle face à un environnement complexe.

– **le terrain psychologique** : il fluctue en fonction de nos pensées, de notre niveau de stress, de l'exposition aux chocs de la vie, du contexte familial ou encore professionnel. On sait notamment qu'un stress chronique contribue à fragiliser notre système immunitaire. Ce système immunitaire est lui-même en lien avec le système nerveux et le système hormonal sous la houlette de l'hypothalamus, la glande qui orchestre ces trois systèmes. On l'entretient par la gestion des émotions.

– **Le terrain physique** : l'état de notre microbiote, flore microbienne qui protège nos muqueuses, est décisif pour l'immunité innée. La qualité de ce terrain dépend de notre hygiène de vie (alimentation, exercice physique), mais aussi de notre exposition à la pollution (toxémie) : les ondes électromagnétiques, les médicaments, les perturbateurs endocriniens peuvent provoquer un stress oxydatif et un affaiblissement de notre système immunitaire⁴¹. Ce terrain, là encore très personnel, est décisif pour contrôler les infections saisonnières comme le covid : «*Le passage en revue des raisons susceptibles d'expliquer la protection naturelle des enfants (et de certains adultes) envers la COVID-19 permet d'insister sur l'état inflammatoire de base des individus infectés ainsi que sur le rôle des co-infections et du microbiote des voies respiratoires et digestives*», explique la biologiste Hélène Banoun.⁴²

– **Le terrain génétique** : nos réponses immunitaires sont déterminées par le système HLA, unique à chaque individu. Les protéines codées par HLA sont disposées sur la partie extérieure de toutes nos cellules. Le [système immunitaire](#) les utilise pour distinguer le [soi](#) du non-soi. Toute cellule montrant le type de HLA de la personne n'est pas un considéré comme étrangère. Toute autre cellule ayant un HLA modifié, ou n'exprimant pas de HLA, sera considérée comme un envahisseur potentiel ou une cellule infectée par un virus et sera éliminée par les Natural Killers, des leucocytes spécialisés dans la reconnaissance identitaire des cellules. Les HLA, en tant que complexe de gènes, sont héréditaires (notion de constitution) et peuvent nous prédisposer à certaines maladies, surtout si nous n'adoptons pas une bonne hygiène de vie.

– **L'histoire immunitaire** : l'exposition et la réponse aux germes contribuent à améliorer notre immunité. Non seulement les infections naturelles et les fièvres associées nous procurent une immunité à long terme, mais elles jouent un rôle crucial dans des mécanismes immunitaires bien plus larges. Elles peuvent nous aider à contrôler les allergies, les cancers ou encore les maladies cardiovasculaires.⁴³

Articles complémentaires

- [L'arnaque de l'immunité vaccinale : l'infection naturelle est toujours supérieure !](#)
- [Vaccination : la cause cachée des épidémies modernes ?](#)
- [Un vaccin anti-covid pourrait pénaliser les enfants et l'immunité de groupe](#)
- [Ces épidémies bien plus graves liées aux perturbateurs endocriniens. L'enquête choc de Corinne Lalo](#)
- [La France, face à la stratégie du choc](#)
- [La vaccination contre la grippe suspectée d'aggraver l'épidémie de covid-19](#)

source : [Pryska Ducoeurjoly](#) via [Nouveau Monde](#)

1. <https://twitter.com/felicittina>
2. Voir son article : <https://typefully.com/felicittina/vcnTBey>
3. Chaîne IHU Méditerranée Infections. YouTube
4. 13 juillet 2021. Olivier Véran face à Apolline de Malherbe en direct
5. Le 23 août 2021, interview de Laurence Ferrari dans LaMatinale sur Cnews
6. Achaiah NC et al. «R0 and Re of COVID-19 : Can We Predict When the Pandemic Outbreak will be Contained ?» Indian J Crit Care Med. 2020 Nov.
7. «Confinement inutile et dangereux : l'étude de Ioannidis valide les conclusions de J-F. Toussaint». Le 1er février 2021. www.baslesmasques.com
8. Johnson, John & Rancourt, Denis. (2022). «Evaluating the Effect of Lockdowns On All-Cause Mortality During the COVID Era : Lockdowns Did Not Save Lives»
9. Immunité individuelle et immunité collective – Fiche Expert – 28 mai 2020
10. «Essais Pfizer sur le vaccin anti-covid : le rapport explosif de Christine Cotton». FranceSoir, 1er février 2022

11. Néo Santé n°117, Décembre 2021. «L'arnaque de l'immunité vaccinale : l'infection naturelle est toujours supérieure !»
12. <http://www.senat.fr/comite-scientifique-covid-19>
13. LancetGate. Les Pieds nickelés font de la science. IHU, YouTube. <https://youtu.be/zUbiYhknaK0>
14. «Masks Don't Work : A review of science relevant to COVID-19 social policy». www.jeremie-mercier.com/covid-19-masques-inutiles
15. www.kairospresse.be et chaîne YouTube de Pierre Lécot : Décoder l'éco.
16. Cette évolution est bien décrite dans l'article de Wikipédia «Postulats de Koch»
17. « Comment les virophobes ont pris le pouvoir ». Néo santé 110, mars 2021
18. Scobey RR. «Is human poliomyelitis caused by an exogenous virus ?» Arch Pediatr (N Y). 1954 Apr. <http://whale.to/scobey3>
19. Demicheli V et al. «Vaccines for preventing influenza in healthy adults». Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 2
20. Néo Santé n°89, 30 avril 2019
21. Denis J et al. Exploration of vaccine immunogenicity. Rev Francoph Lab. Mars 2022
22. «Ce qui vous attend avec Brigitte Autran, placée à la tête du nouveau conseil scientifique», 29 août 2022. www.xavier-bazin.fr
23. «Correlates of vaccine-induced protection : methods and implications». Department of Immunization, Vaccines and Biologicals. World Health Organization 2013
24. www.mesvaccins.net/les-vaccins-grippaux-sont-ils-efficaces-et-bien-toleres
25. Stanley A. Plotkin «Correlates of Protection Induced by Vaccination». ASM Journals Clinical and Vaccine Immunology, Vol. 17, No. 7. Juillet 2010
26. «Intrafamilial exposure to Sars-cov-2 induces cellular immune response without seroconversion», janvier 2021. Emerg Infect Dis
27. [Néo Santé](http://www.neosante.com) n°37, Septembre 2014
28. Néo Santé n°124, Juin 2022
29. Kerleau M. et al. «Analyse coût/avantage d'une politique de prévention vaccinale de l'hépatite virale B», Médecine/Science ; 1995
30. Néo Santé Mai 2020
31. Klement, Rainer & Walach, Harald. «Identifying factors associated with COVID-19 related deaths during the first wave of the pandemic in Europe». Frontiers in Public Health. 2022
32. «Pentagon Study : Flu Shot Raises Risk of Coronavirus by 36% (and Other Supporting Studies)», 16 avril 2020. <https://childrenshealthdefense.org>
33. «Vaccin anti-grippal et facilitation de l'infection par les anticorps», par Emma Kahn, 27 Sept. 2020. Aimsib.org
34. «Vers un vaccin COVID-19 : les leçons du SRAS, du MERS et des données récentes sur la réponse immunitaire au SARS-CoV-2». 14 avril 2020 ; Vidal.fr
35. James D Cherry. «The 112-Year Odyssey of Pertussis and Pertussis Vaccines – Mistakes Made and Implications for the Future». Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society. September 2019
36. Hurwitz EL et al. «Effects of diphtheria-tetanus-pertussis or tetanus vaccination on allergies and allergy-related respiratory symptoms among children and adolescents in the United States». J Manipulative Physiol Ther. 2000
37. Bodewes et al. «Yearly influenza vaccinations : a double-edged sword ?» Lancet Infect Dis. 2009
38. Voir son article «Covid-19, immunité naturelle versus immunité vaccinale». Hélène Banoun, Oct 2021 sur aimsib.org
39. F. Konstantin Föhse et al. «The BNT162b2 mRNA vaccine against SARS-CoV-2 reprograms both adaptive and innate immune responses». medRxiv mai 2021
40. Vidéo de son intervention sur la plateforme Crowdbunker : Ryan Cole à l'ICS Marseille – Massy, chaîne du Conseil Scientifique Indépendant. <https://crowdbunker.com/v/NNFMhM49>
41. Voir Dominique Belpomme et autres auteurs : «Le livre noir des ondes». Corinne Lalo : «Le grand désordre hormonal»
42. «Pourquoi les enfants ne sont pas (ou très peu) atteints par la COVID-19 ? Rôle de la réponse immunitaire de l'hôte». Conférence à Marseille, juin 2022
43. Dossier Néo Santé, Décembre 2021