

Revue de presse N°42

AOÛT 2026

pour les adhérents et internautes

Ou « Lu Pour Vous », en vrac

Les textes n'engagent que leurs auteurs

Actualités

Comment évaluer les risques et bénéfices de chaque vaccin

Le « Midwestern Doctor » appelle à ce que chaque vaccination soit évaluée individuellement en fonction de ses avantages et risques réels, plutôt que de traiter les vaccins comme « sûrs et efficaces » à tous les niveaux. Il faudrait tenir compte de la probabilité et de la gravité de la maladie, de l'effet protecteur et de la durée de la protection ainsi que de la fréquence et de la gravité des dommages possibles.

[Le mythe de la vaccination contre la rougeole démystifié : une étude danoise en double aveugle révèle que le vaccin ROR n'apporte aucun bénéfice](#)

Par [Translators4Truth](#) | 28 juillet 2026 | Trois minutes de lecture

Imaginez que la première étude randomisée en double aveugle et contrôlée par placebo portant sur le vaccin ROR et impliquant plus de 6 500 enfants vienne d'être publiée... et qu'elle ne révèle RIEN.

Source : [Next Level, Telegram, 21 juillet 2026](#)

L'étude dont personne n'a entendu parler

BMJ 2023 – l'une des revues médicales les plus prestigieuses au monde.

6 540 nourrissons danois, répartis de manière aléatoire en deux groupes :

Vaccin ROR (M-M-R VaxPro)

Placebo (eau stérile)

Critère d'évaluation principal : hospitalisation due à une « infection » – un critère d'évaluation concret, tangible et directement observable. Pas de « fantasme des anticorps » comme c'est souvent le cas. Pas de charabia autour de la PCR.

Le résultat désastreux :

	MMR	Placebo
Admissions à l'hôpital	786	762

Pour faire simple:

Les enfants qui avaient été vaccinés ont été hospitalisés plus souvent que ceux qui avaient reçu une injection de placebo.

La différence n'est pas significative, mais la tendance va dans la mauvaise direction.

Après 6 mois de suivi : AUCUN effet « protecteur ».
Ce que l'étude n'a PAS mis en évidence – et ce que cela signifie

Aucune diminution du nombre d'admissions à l'hôpital d'une durée ≥ 12 heures

Pas de baisse du nombre de prescriptions d'antibiotiques

Aucune protection contre les « infections » de quelque nature que ce soit
Les auteurs eux-mêmes écrivent dans le résumé :
« *Les résultats de cet essai [...] ne corroborent pas l'hypothèse selon laquelle le vaccin ROR vivant atténué [...] réduirait le taux d'hospitalisations pour des infections non ciblées.* »
Sigurdardottir GA et al.

Mais attendez un peu... qu'en est-il de l'efficacité réelle du vaccin ?

À ce jour, on manque de données scientifiques de haute qualité concernant l'efficacité du vaccin ROR contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. De plus, cette étude randomisée en essai contrôlé montre désormais que, dans l'ensemble, ce vaccin n'apporte aucun bénéfice mesurable pour la santé.

La décision des auteurs de l'étude de ne pas inclure du tout les maladies liées au vaccin ROR dans la collecte de données soulève inévitablement la question de savoir si l'on cherchait dès le départ à éviter toute nouvelle conclusion défavorable concernant la vaccination. Après tout, cela aurait représenté une occasion unique, sans équivalent ailleurs dans le monde, de mener un essai contrôlé randomisé (ECR) de grande qualité sur cette question – un apport de connaissances qui aurait pu être intégré méthodologiquement sans effort supplémentaire significatif.

Cette soi-disant « preuve d'immunité » est un scandale

∴ La loi sur la protection contre la rougeole est en vigueur en Allemagne depuis mars 2020. Les parents qui ne fournissent pas de « preuve d'immunité » pour leurs enfants s'exposent à des amendes pouvant aller jusqu'à 2 500 € et à l'exclusion de la crèche.

L'étude danoise apporte des preuves méthodologiques : à ce jour, aucun bénéfice sanitaire du vaccin ROR n'a été démontré – d'autant plus que la preuve fondamentale de l'existence des « virus » fait toujours défaut. La soi-disant « preuve d'immunité », qui revient en réalité à une vaccination obligatoire, apparaît ainsi comme un acte de coercition de l'État dépourvu de tout fondement scientifique.

Source de l'étude : Sigurdardottir GA et al. Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole administré à l'âge de 6 mois et hospitalisation pour infection avant l'âge de 12 mois : un essai contrôlé randomisé. BMJ 2023 ; 381 : e072724.
(bmj.com/content/381/bmj-2022-072724)

Il y aura moins d'antivax quand les vaccins feront moins de victimes

Par Translators4Truth | juillet 28, 2026 | 4 minutes de lecture

Des victimes ! Vous avez des doutes ? C'est normal, car conditionnés par la culture vaccinale quasi religieuse, depuis nos livres d'école, où tout ce qui s'appelle "vaccin" évoque la potion magique d'Astérix le Gaulois.

En France, fille aînée de Big Pharma, on a la potion magique de Pasteur. Endormis, que nous sommes, par une désinformation centenaire, impitoyable, qui cache les effets indésirables, qui cache même les morts. Ça n'est pas un secret, on peut trouver les chiffres dans les bases de données officielles.

On n'en parle pas à la Télé, mais ça commence à se savoir...

Quelques exemples entre mille :

1* Au sujet du Covid-19, les chiffres officiels de l'INSEE [1] montrent que les "vaccins" Covid n'ont pas fait diminuer la mortalité. Après les années 2020-21 du Covid, en 2022, suite aux vaccinations massives, une surmortalité importante apparaît. Mortalité tout à fait inhabituelle chez les jeunes : Chez les moins de 15 ans : + 6 % de morts

Dans la tranche d'âge 15-34 ans + 10 % de morts

Des milliers de jeunes décédés ! C'est fâcheux, vous ne trouvez pas ?

2* Au cours de compétitions sportives dans le monde, les décès ne passent pas inaperçus. Ainsi, de 1966 à 2004, une moyenne de 28 décès par an a été enregistrée. Or, dans la seule année 2022 (celle d'après la pandémie, pendant laquelle les athlètes avaient été contraints au vaccin Covid) ce sont 673 décès de sportifs qui ont été comptabilisés dans les stades dans le monde soit :

24 fois plus de morts qu'une année normale ! [2]

On peut comprendre le refus du vaccin de Novak Djokovic, non ?

3* Les bases de données de l'OMS permettent de comparer les décès dus au Covid-19 avant et pendant les périodes de vaccinations. L'impact du vaccin sur la mortalité liée au Covid-19 a ainsi été observé à l'échelle mondiale, jusqu'au 7 juin 2023. Il en ressort que le nombre de décès dus au Covid-19 a augmenté parallèlement à la couverture vaccinale, en particulier dans les régions affichant une couverture vaccinale la plus élevée. [3]

Alors, il sert à quoi ce vaccin ?

4* Allez, un dernier, pour la route. J'ai interrogé l'IA sur l'anti-rougeole, considéré comme le meilleur de tous les vaccins.

Réponse de l'IA :

« Le vaccin contre la rougeole, est connu pour ne pas fournir une immunité à vie. Cette immunité conférée par le vaccin peut diminuer avec le temps, ce qui signifie que les personnes vaccinées peuvent être à nouveau sensibles à la maladie après plusieurs années. Contrairement à l'immunité consécutive à une rougeole. »

Et les risques du vaccin anti-rougeole ?

L'IA : « Le risque de mourir du vaccin est très faible, mais tout de même 20 fois plus important que celui de mourir d'une rougeole naturelle »

Toutefois, l'IA qui, "elle", ne risque pas sa peau, conclut pour finir, qu'il vaut mieux quand même se faire vacciner...

OK, c'est de la roulette russe...

On connaît la rengaine habituelle : le nombre de personnes sauvées par les vaccins est "bien supérieur" à celui des victimes – le fameux rapport bénéfices/risques. Pourtant, les rares études complètes, réalisées sur le long terme, disent autre chose.

Exemples :

1* Un suivi du BCG en Inde, par l'OMS dans une population réelle pendant 15 ans, n'a montré aucun avantage aux vaccinés par rapport aux non-vaccinés [4]. Depuis près d'un siècle, des milliards de BCG inutiles ont donc été injectés aux enfants dans le monde !

2* À partir des années 1980, trois études du Pr Aaby en Guinée-Bissau (pour l'OMS) sur des milliers de nourrissons [5] vaccinés au DTCoq+Polio, ont montré que « En moyenne, la mortalité infantile était deux fois supérieure chez les vaccinés [6,2 %] par rapport aux non-vaccinés [3,3 %] ... Ces vaccins sont potentiellement toxiques. » [6] Certes, il y a bien des "bénéfices" ... mais pas pour ceux qui supportent les risques.

Les vaccins sont-ils meilleurs quand on en cache les victimes ?

[1] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7628176>

[2] J.M. Sabatier : Covid-19, le naufrage de la science (éd. Résurgence)

[3] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40265700/>

[4] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10573656/>

[5] Aaby – <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2018.00079/full>

[6] Dr Michel Georget : Vaccinations – Les vérités indésirables (éd. Dangles)

« Je refuse de répondre » : Fauci face au Sénat, trois heures de silence assourdissant

Le Collectif citoyen et Xavier Azalbert, France-Soir

Publié le 30 juillet 2026 - 13 h 30

Fauci se tait. Le Québec enterre le dossier.

Le Québec Réveille Le 30 juillet 2026 à 14:09 ·

39 000 décès signalés au Sénat, 3 675 morts en CHSLD (Centre d'hébergement et de soins de longue durée) et toujours aucune véritable commission d'enquête globale

Le 29 juillet 2026, Anthony Fauci comparaisait sous assignation devant le Sénat américain. Celui qui exigeait autrefois la confiance du public a invoqué le Cinquième amendement plus de cent fois, refusant de répondre aux questions sur l'origine de la COVID-19, la surveillance des vaccins, les effets indésirables et les décisions prises pendant la pandémie. Invoquer ce droit n'est pas une preuve de culpabilité, mais après avoir demandé à des millions de citoyens d'obéir sans discuter, ce silence demeure politiquement accablant.

Le sénateur Ron Johnson a présenté des chiffres provenant du système américain VAERS : près de 1,7 million d'événements indésirables signalés, dont plus de 39 000 rapports concernant un décès. Selon lui, 24 % de ces décès seraient survenus le jour de la vaccination ou dans les deux jours suivants. Il a également demandé si Fauci avait été informé qu'un algorithme de surveillance risquait de masquer certains signaux de sécurité, notamment des morts cardiaques soudaines, des accidents vasculaires, des paralysies de Bell et des infarctus pulmonaires. Fauci n'a répondu à aucune de ces questions.

Ces rapports ne prouvent pas automatiquement que les 39 000 décès ont tous été causés par le vaccin. Mais utiliser cette précision pour les rendre insignifiants serait tout aussi malhonnête. VAERS est un système d'alerte et son rôle est précisément de faire ressortir des signaux nécessitant une enquête. Santé Canada reconnaît maintenant officiellement certains effets graves associés aux vaccins contre la COVID-19, dont les myocardites, les péricardites et les thromboses avec thrombocytopenie. Le risque zéro qu'on laissait entendre au public n'a donc jamais existé.

Pendant ce temps, plusieurs médias québécois ont réduit l'audience à une confrontation partisane entre Fauci et des sénateurs républicains. TVA Nouvelles a bien publié une dépêche, mais celle-ci ne mentionnait ni les 39 000 signalements de décès, ni le chiffre de 24 %, ni les questions concernant l'algorithme de surveillance. Voilà le véritable problème : l'événement n'est pas complètement caché, mais ses éléments les plus dérangeants disparaissent du cadrage.

ET NOS 3 675 MORTS EN CHSLD ?

Le Québec devrait pourtant être le premier endroit à exiger une reddition de comptes complète. Au cours de la première vague, 5 718 décès liés à la COVID-19 ont été recensés dans la province. Parmi eux, 3 675 sont survenus en CHSLD, soit 64,3 % de tous les décès, alors que les résidents de ces établissements représentaient moins de 0,5 % de la population québécoise.

Il faut être précis : une enquête publique de la coroner Géhane Kamel a bien eu lieu, plus de 200 témoins ont été entendus et plusieurs rapports ont été publiés. Mais cette enquête reposait sur 53 décès ciblés. Elle ne remplaçait pas une véritable commission d'enquête publique et globale chargée d'examiner toutes les décisions gouvernementales, la chaîne de responsabilités, la préparation du réseau et les milliers de morts survenus dans les établissements pour aînés.

Pourquoi le gouvernement Legault n'a-t-il jamais accepté une telle commission ? Qui a pris les décisions ayant laissé certains établissements sans personnel suffisant ? Qui connaissait l'état réel des CHSLD avant la crise ? Quelles directives ont aggravé la situation ? Combien de décès auraient pu être évités ? Après 3 675 morts en quelques mois, les Québécois méritaient mieux que des rapports déposés sur une tablette et des responsabilités diluées dans la machine administrative.

OÙ SONT LES EXCUSES ?

Nos grands médias ont relayé les conférences de presse gouvernementales, répété le slogan « sûr et efficace » et participé au climat dans lequel les non-vaccinés étaient traités comme des citoyens irresponsables. Ils ont soutenu ou normalisé le passeport vaccinal, les suspensions, les restrictions de déplacement et l'exclusion sociale. Plusieurs ont également discrédité ceux qui demandaient davantage de recul ou qui rapportaient des blessures après la vaccination.

Mais où est leur propre examen de conscience ? Où sont les enquêtes sur leur couverture ? Où sont les excuses adressées aux personnes ridiculisées, censurées ou exclues simplement parce qu'elles refusaient de se soumettre ? On ne peut pas participer à une campagne de pression aussi massive, puis se réfugier dans le silence lorsque les questions deviennent embarrassantes.

Le véritable scandale n'est pas seulement que Fauci ait refusé de répondre. C'est que, six ans après

le début de la pandémie, les citoyens doivent encore se battre pour obtenir des réponses sur les effets indésirables, les décisions sanitaires et les morts en CHSLD. Aux États-Unis, les questions finissent au Sénat. Au Québec, elles finissent trop souvent sous le tapis.

Seb Rich, Le Québec Réveille

SOURCES CLÉS

Comité sénatorial américain de la Sécurité intérieure, audience du 29 juillet 2026

Transcription CNN de l'intervention du sénateur Ron Johnson

Commissaire à la santé et au bien-être, Le devoir de faire autrement

Bureau du coroner du Québec, enquête de Géhane Kamel

Protecteur du citoyen, rapport spécial sur la première vague dans les CHSLD

Santé Canada, surveillance des effets indésirables des vaccins

[Louis Fouché : « Rester médecin dans un monde devenu fou. »](#)

[Magazine Nexus](#) [Lazare](#) Le 31 juillet 2026 70 min

Médecin anesthésiste-réanimateur, Louis Fouché revient sur la gestion du Covid, l'abandon des traitements précoces, les effets indésirables des injections, les failles de la pharmacovigilance et la crise de confiance qui frappe aujourd'hui la médecine. Un entretien sur le réel du soin, le poids des institutions et l'urgence de reconstruire une médecine profondément humaine.

[Le docteur Blanca Witzschel, poursuivie pour ses certificats médicaux liés au Covid, est libre... mais se retrouve sans rien.](#)

[Kerstin Heusinger](#) [Le 25 juillet 2026 à 14:07](#) ·

Elle voulait aider des personnes pendant la crise sanitaire et utilisait les possibilités que lui offrait sa profession de médecin. L'Etat en a jugé autrement et l'a envoyée en prison pendant plusieurs années. Notre auteur est resté en contact avec elle tout au long de sa détention.

Sans comité d'accueil, sans caméras : c'est ainsi que la Dre Bianca Witzschel souhaitait quitter la prison de Chemnitz. Depuis ce vendredi, cette médecin généraliste de 69 ans, originaire de Moritzburg, est de nouveau libre.

Elle avait été condamnée à une peine de deux ans et huit mois d'emprisonnement pour avoir, selon le parquet de Dresde, délivré plus de 1 000 « certificats médicaux inexacts » pendant la pandémie de Covid-19.

Après avoir exécuté les deux tiers de sa peine, elle a été remise en liberté. Une sanction jugée totalement disproportionnée par ses soutiens, notamment au regard d'autres infractions autrement plus graves, et plus encore à la lumière des révélations ultérieures concernant les marchés des masques et des vaccins.

Avant sa libération, Bianca Witzschel avait expressément demandé que cet événement ne donne lieu à aucune manifestation publique. Elle ne souhaitait « surtout pas de grand déploiement » devant la prison, notamment par égard pour les autres détenues. Elle ne voulait pas qu'elles aient à assister au fait qu'elle soit « accueillie par une foule importante venue la célébrer », ce qui aurait pu avoir des conséquences défavorables pour elles dans le quotidien carcéral.

Pour cette raison, l'OAZ n'a pas annoncé la date de sa libération à l'avance et n'était pas présente au moment où elle a franchi les portes de la prison. Bianca Witzschel racontera prochainement son histoire dans une interview exclusive accordée à ce journal.

Le parquet : plus de 1 000 certificats délivrés sans examen médical

Que reprochait-on exactement à cette médecin généraliste, qui avait exercé pendant vingt-trois ans à Moritzburg ?

Dès février 2022, les autorités lui avaient retiré provisoirement son autorisation d'exercer. Les enquêteurs ont procédé à plusieurs perquisitions dans son cabinet ainsi qu'à son domicile.

En novembre 2023 s'est ouvert devant le tribunal régional (Landgericht) de Dresde un procès qui s'est étendu sur 27 journées d'audience.

Au terme de la procédure, le tribunal a considéré comme établi qu'en 2021 et 2022, lors de ce qu'il a qualifié de « consultations collectives » organisées dans toute l'Allemagne, la Dre Bianca

Witzschel avait établi, dans 1 003 cas, des certificats médicaux sans avoir examiné les patients au préalable.

Ces certificats concernaient notamment des exemptions du port du masque, des attestations d'inaptitude à la vaccination ainsi que des certificats dispensant de l'obligation de se soumettre à un test PCR.

Le parquet a évoqué une « énergie criminelle particulièrement élevée » ainsi qu'une activité exercée « à titre lucratif ».

Pour motiver sa décision, le tribunal ne s'est pas appuyé uniquement sur le nombre des certificats délivrés, mais également sur le fait que la Dre Bianca Witzschel aurait perçu plusieurs dizaines de milliers d'euros grâce à cette activité.

En conséquence, près de 47 000 euros, que le tribunal considère comme provenant de la vente de ces certificats, ont été confisqués.

Tels sont les principaux éléments de l'accusation.

Le parquet avait requis une peine de quatre ans et dix mois d'emprisonnement.

Le jugement a finalement condamné la médecin à deux ans et huit mois de prison.

La peine tient également compte d'une infraction à la législation sur les armes : lors d'une perquisition, un pistolet à impulsion électrique non homologué avait été découvert. Jusqu'à ce jour, la Dre Bianca Witzschel conteste en être la propriétaire.

La défense : les autorités auraient ignoré les données scientifiques

Pour Me Wilfried Schmitz, avocat de Bianca Witzschel, ainsi que pour les nombreux soutiens de la médecin de Moritzburg, les faits doivent être appréciés sous un tout autre angle.

Selon eux, aucun patient n'a subi le moindre préjudice, et plusieurs témoins ont rendu devant le tribunal un témoignage très favorable sur la qualité du travail et l'engagement de la médecin.

Bianca Witzschel a, quant à elle, justifié son comportement par la liberté de conscience du médecin et la liberté thérapeutique.

Son avocat reproche en outre aux autorités de n'avoir pas recherché les éléments susceptibles de l'innocenter et d'avoir ignoré aussi bien les connaissances scientifiques disponibles que l'expérience clinique de cette praticienne.

Au lieu de cela, le parquet se serait appuyé sur un expert qui, selon la défense, ne disposait pas des qualifications nécessaires pour répondre aux questions essentielles soulevées par l'affaire.

Après sa remise en liberté, estime Me Schmitz, la Dre Bianca Witzschel devrait être immédiatement réhabilitée.

Pour ses soutiens, Bianca Witzschel est moins une délinquante condamnée qu'un symbole de ce qui est arrivé à ceux qui, durant la pandémie, se sont publiquement opposés aux mesures sanitaires de l'État : au lieu d'être entendus, ils ont fait l'objet de poursuites pénales particulièrement sévères — et, selon eux, cette situation perdure encore aujourd'hui.

Presque deux ans derrière les barreaux — en deux phases

Au total, la Dre Bianca Witzschel a passé beaucoup plus de temps en détention qu'il n'y paraît à première vue.

Du 28 février 2023 au 17 juin 2024, date du prononcé du jugement, elle est restée 476 jours en détention provisoire. À cette date, le mandat de dépôt a été suspendu et elle a retrouvé provisoirement la liberté.

Ce n'est qu'après la décision de la Cour fédérale de justice (*Bundesgerichtshof*), le 19 septembre 2025, confirmant le jugement, que la condamnation est devenue définitive.

Le 6 février 2026, la médecin de 69 ans a dû réintégrer la prison de Chemnitz pour purger le reste de sa peine, après le rejet de sa demande de libération anticipée à mi-peine.

Après avoir exécuté les deux tiers de sa condamnation, le dernier tiers de la peine a finalement été suspendu conformément à l'article 57 du Code pénal allemand, lui permettant de retrouver la liberté sous le régime de la libération conditionnelle.

Maison perdue, vie brisée

Pendant sa détention provisoire, Bianca Witzschel s'est retrouvée confrontée à de graves difficultés financières.

Les 47 000 euros confisqués n'étaient plus disponibles. Dans le même temps, les frais de justice et d'avocat continuaient de s'accumuler, alors qu'elle ne pouvait plus exercer son métier en raison

de la suspension de son autorisation d'exercer.

En février 2025, sa maison et son cabinet médical de Moritzburg ont été vendus aux enchères. Selon ses soutiens, le bien a été adjugé à un prix très inférieur à sa valeur estimée d'environ 614 000 euros.

Toujours incarcérée, Bianca Witzschel n'a même pas été autorisée à assister à cette vente.

Aujourd'hui, elle n'a plus ni maison ni cabinet où revenir vivre et exercer en liberté.

Son autorisation d'exercer demeure suspendue pour une durée de trois ans.

Et ses difficultés judiciaires ne s'arrêtent pas avec sa remise en liberté.

Une nouvelle procédure pénale est toujours pendante devant le tribunal régional de Dresde. La décision d'ouvrir ou non ce second procès n'a pas encore été rendue.

Le parquet entend obtenir, dans cette nouvelle affaire, une peine supplémentaire d'emprisonnement, ainsi qu'une peine globale d'au moins quatre années de prison.

Pour Bianca Witzschel, la liberté retrouvée ne marque donc pas, pour l'instant, un nouveau départ, mais l'ouverture d'une période pleine d'incertitudes.

Source : <https://ostdeutscheallgemeine.com/.../witzschel-freiheit...>



La Dre Bianca Witzschel doit désormais faire face aux conséquences d'une poursuite pénale qui, selon ses propres déclarations, a systématiquement détruit son existence et n'est pas encore terminée.



Chaque voix qui s'élève, chaque don et chaque initiative de sensibilisation comptent, jusqu'à ce que Bianca Witzschel soit pleinement réhabilitée et que les poursuites engagées contre les médecins critiques pendant la pandémie fassent enfin l'objet d'un véritable travail d'examen et de clarification.

Les médecins se lèvent ! www.aerzte-stehen-auf.de

Association de soutien « Weißer Kranich »

IBAN : DE56 7 645 0 000 0232 1 701 91

Mention : « Don pour Bianca Witzschel »

Un vaccin contre la canicule maintenant offert au Québec

23 juillet 2026

30 s

[Vaccins Covid et maladies auto-immunes : les preuves s'accumulent, et le déni officiel ne tient plus](#)

Glomérulonéphrites, maladies rhumatismales, hépatites auto-immunes : une revue scientifique publiée par Elsevier rassemble enfin les cas de pathologies auto-immunes apparues après une vaccination contre le Covid-19. Les auteurs se gardent bien de crier au scandale, comme d'habitude dans la littérature « *peer-reviewed* » sous influence, mais l'accumulation des observations est trop massive pour être balayée d'un revers de main. Ce n'est plus un hasard statistique : c'est un signal d'alarme que les autorités sanitaires et les laboratoires préfèrent encore minimiser.

par [Yoann](#) mise à jour le 01/08/26

Reins, foie, articulations : plusieurs complications rares poussent les chercheurs à réclamer une surveillance prolongée.

Pendant la campagne vaccinale, le refrain officiel était simple : « sûr » et « efficace ». Les patients qui se retrouvaient avec des maladies chroniques invalidantes ont, eux, essuyé la formule magique : « aucun lien établi ». Une pirouette qui a servi à refermer le dossier pendant que les laboratoires encaissaient.

[Des maladies qui explosent juste après l'injection](#)

Une publication passe en revue les atteintes rénales auto-immunes, vascularites, lupus, polyarthrite rhumatoïde, thyroïdites, hépatites auto-immunes et troubles neurologiques d'origine immunitaire diagnostiqués après vaccination.

Dans de nombreux cas, les symptômes ont surgi quelques jours ou quelques semaines seulement après le coup de seringue. Cette proximité temporelle n'est pas un simple « signal » anodin : c'est exactement le modèle attendu d'un déclenchement d'effet indésirable. Prétendre qu'il faudrait

attendre des études de population pour « prouver » la causalité, c'est la tactique utilisée pour retarder la reconnaissance de tous les effets secondaires graves des vaccins depuis le début.

Les cas isolés et les petites séries ne sont pas des anecdotes négligeables : ce sont les premiers témoins d'un phénomène que la pharmacovigilance officielle a volontairement sous-estimé. Quand des dizaines de publications convergent vers le même tableau clinique, continuer à parler de « coïncidence » relève de la mauvaise foi.

[À lire aussi : Le vaccin Pfizer reconnu responsable d'une maladie auto-immune chez une Montpelliéraine](#)

Comment le vaccin peut déclencher une auto-immunité

Les mécanismes sont clairs et documentés : stimulation massive et non contrôlée du système immunitaire, mimétisme moléculaire entre la protéine Spike et des structures humaines. Chez des personnes prédisposées (et même chez des personnes sans antécédent), l'injection peut allumer le feu auto-immun.

Les auteurs de l'étude parue dans l'*Autoimmun Rev* (2023) parlent encore d'« événements rares » et d'« hypothèses ». C'est le langage politiquement correct imposé par les revues scientifiques sous pression. En réalité, ces mécanismes sont biologiquement évidents et expliquent parfaitement pourquoi tant de patients en bonne santé se retrouvent soudain avec un lupus, une hépatite auto-immune ou une glomérulonéphrite après leur dose.

Les « grandes études » qui rassurent... un peu trop vite

Depuis la revue *Autoimmun Rev*, plusieurs travaux menés sur des millions de personnes ont été brandis comme preuve d'innocuité. Une étude nationale sur neuf millions de personnes « n'a pas observé d'augmentation globale », une autre, en Norvège, conclut à l'absence d'association « statistiquement significative » pour la plupart des maladies.

Traduisons : on a dilué les signaux dans des masses de données, on a choisi les périodes de suivi, on a classé certains diagnostics sous d'autres codes, et on a déclaré que « tout va bien ». Quelques signaux particuliers ont quand même filtré, et on nous promet qu'ils « doivent encore être confirmés ». Combien de temps encore faut-il attendre pour que les autorités admettent ce que les patients vivent déjà ? La réalité n'est ni le désert sanitaire des campagnes publicitaires ni une simple « rumeur de réseaux sociaux ». Il existe des cas documentés en nombre croissant, des mécanismes biologiques cohérents et des signaux que seules les études trop bien calibrées parviennent encore à noyer. Le risque n'est peut-être pas « massif » pour l'ensemble de la population, mais il est bien réel, et il touche des milliers de personnes qui n'avaient rien demandé.

[À lire aussi : Effets secondaires du vaccin anti-Covid : les premières indemnisations tombent](#)

Les victimes ne sont pas une variable d'ajustement

Un effet indésirable « rare » n'est pas imaginaire. Pour celui qui le subit, c'est une maladie chronique, une carrière brisée, des années de combats médicaux et administratifs. Continuer à répéter que « le bénéfice l'emporte sur le risque » tout en refusant d'indemniser correctement et d'enquêter sérieusement, c'est du mépris.

La pharmacovigilance devrait servir à établir les liens de causalité, pas à les noyer dans des statistiques de confort. Encore faudrait-il publier les données brutes, financer des études réellement indépendantes et écouter les patients au lieu de les taxer d'antivax. Les laboratoires ont su livrer les doses et encaisser les contrats à une vitesse record. Pour les réponses médicales individualisées et la reconnaissance des dommages, la livraison se fait toujours attendre.

[Je me suis trompé \(1/2\) : Les épidémies, la contagion et les virus](#)

Récit d'une claque statistique : du piège des modèles épidémiologiques au verdict incontestable des chiffres officiels.

PIERRE CHAILLOT DÉCODER L'ECO Le 3 août 2026

Reconnaître une erreur est un exercice rarement gratifiant. Pourtant, si l'on prétend analyser le réel à partir des chiffres bruts avec rigueur et honnêteté, il faut accepter de remettre son propre travail sur le métier quand les faits l'exigent.

C'est précisément l'objet de cet article : revenir sur une hypothèse que j'ai moi-même longtemps considérée comme un postulat indiscutable, et vous expliquer comment la confrontation aux données officielles a fait voler en éclats mes propres certitudes. Il s'agit d'un sujet central, presque sacralisé : le concept même de propagation et de contagion épidémique.

Voici l'histoire d'un biais méthodologique, d'une claque statistique et de ce que les chiffres révèlent réellement une fois qu'on accepte de retirer ses œillères.

1. L'illusion initiale et le piège du « sens commun »

Dans l'esprit humain, les conséquences ont besoin d'une cause connue et comprise. C'est un réflexe intuitif, presque mécanique : s'il y a des épidémies, c'est à cause des pathogènes (notamment les virus). Ces pathogènes se transmettent d'individu à individu, ils doivent nécessairement voyager physiquement sur une carte. Ils prennent l'avion, roulent sur les autoroutes, passent des grandes métropoles aux villages voisins. Pendant longtemps, comme tout le monde — et comme la quasi-totalité de la communauté scientifique —, j'ai fonctionné avec cette représentation en tête.

Pour vérifier cette intuition, je me suis lancé dans un travail de bénédictin. Durant mes deux semaines de vacances de février 2021, j'ai passé mes journées (et une bonne partie de mes nuits) à télécharger, nettoyer et croiser des gigaoctets de fichiers de données de mortalité et de cas. Je voulais visualiser la vague. Sauf qu'en pratique, l'exercice s'est vite transformé en une succession de frustrations : quand on génère des cartes animées à partir de données brutes, rien ne circule de façon fluide ni ordonnée. Les données ne montrent pas une onde propre qui s'étale sur le territoire, mais des clignotements désordonnés.

C'est là qu'intervient le fameux biais de confirmation. Quand les données refusent de raconter l'histoire à laquelle on croit, l'esprit cherche le moyen de les faire parler. J'ai fini par sélectionner un indicateur très spécifique : la date de début de hausse de la courbe de mortalité de chaque département français. Et là, miracle : une histoire émergeait enfin. Les grandes métropoles s'allumaient en premier, suivies progressivement par les zones rurales. Je pensais avoir isolé la trajectoire de la « propagation ». En réalité, sans m'en rendre compte, je venais de mesurer l'effet de masse critique des populations, et absolument pas le déplacement d'un virus.

2. L'électrochoc méthodologique : La rencontre avec Denis Rancourt

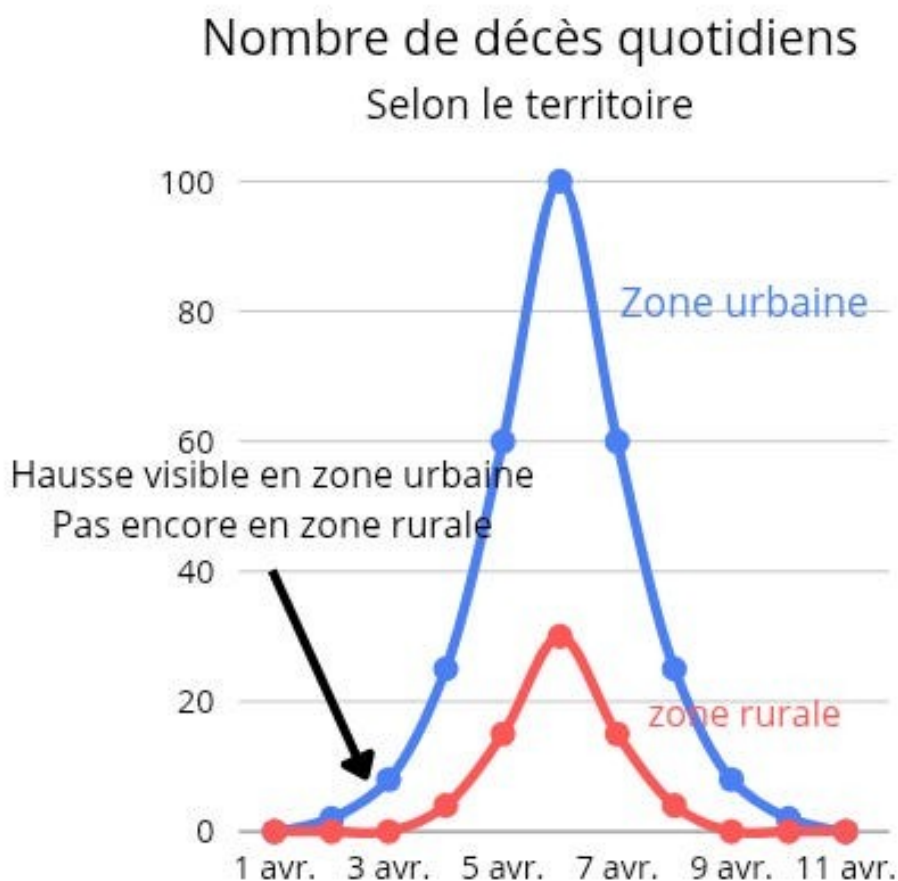
Puis est venue la confrontation avec Denis Rancourt.

Quand vous venez de passer deux semaines de congés à écrire des milliers de lignes de code et à construire des modèles, vous êtes plutôt fier du résultat. Surtout lorsque chaque publication de vos résultats via YouTube suscite intérêt et engouement d'un public surreprésenté en chercheurs. L'échange avec Denis a été direct, tranchant, sans le moindre enrobage diplomatique. Son diagnostic est tombé comme un couperet : « *C'est n'importe quoi !* »

L'orgueil du statisticien-apprenti-Youtubeur en prend un coup, mais la leçon de statistique qui a suivi valait bien un peu d'amour-propre froissé. Denis a pointé la faille méthodologique majeure de mon travail : la confusion entre le début de la hausse de la courbe de mortalité (ou le seuil de détection de cette hausse) et le sommet de la cloche, c'est-à-dire le pic de mortalité.

Dans une zone à très forte densité comme l'Île-de-France, le bruit statistique sort du seuil de détection visuelle beaucoup plus tôt que dans un département rural. Même si un

événement épidémique commence exactement au même instant sur tout le territoire, la taille du réservoir de population fait que le « premier mort » apparaît mathématiquement plus vite là où il y a des millions d'habitants. Mesurer le démarrage d'une épidémie à la date du premier mort revient à mesurer la taille de la population, pas la vitesse de circulation du pathogène qu'on recherche.



Lorsque l'on déplace son regard de la marge (le démarrage) vers le cœur du phénomène (le pic de mortalité), la réalité change du tout au tout. Les pics de mortalité — qu'il s'agisse du Covid ou des gripes saisonnières historiques — surviennent de manière strictement simultanée sur l'ensemble des territoires continentaux. Il n'y a pas de vague qui se déplace à 50 km/h le long des axes routiers.

3. La vérification et l'effondrement du dogme

Face à une telle objection, deux attitudes sont possibles : le réflexe défensif pour protéger son travail, ou la rigueur scientifique qui exige d'aller vérifier. J'ai choisi la seconde option. J'ai remis mes fichiers sur la table et j'ai refait l'intégralité des calculs sur l'ensemble des pays d'Europe, en étendant l'analyse au Covid, mais aussi à toutes les séries historiques de grippe.

Le verdict des chiffres était sans appel : Denis Rancourt avait raison.

Les épisodes de surmortalité présentent une synchronie remarquable. Ce que les études académiques et les commentateurs médias attribuaient à une « circulation par les transports » n'était qu'un artefact d'observation démographique. Dès lors qu'on observe

les sommets des courbes de mortalité et non le bruit de fond de leur démarrage, les modèles épidémiologiques standards (de type SIR ou SEIR), bâtis sur l'hypothèse d'une contagion de proche en proche s'imposant à la dynamique globale, s'effondrent face aux séries temporelles brutes.

En clair : ni ce qui est appelé « Covid », ni ce qui est appelé « Grippe » ne montrent le moindre signe d'être causé par un pathogène. Tout statisticien, mathématicien, physicien, chercheur ou simple citoyen ayant quelques compétences numériques pour télécharger les données et afficher les résultats peut le vérifier. Toute notre représentation de ces maladies est entièrement fausse.

La preuve par l'absurde : la « contagion » de la canicule

Pour pousser la démonstration jusqu'au bout de son absurdité mathématique, nous avons mené une expérience édifiante avec Eusèbe Rioché. Nous avons pris les données de mortalité de la célèbre canicule d'août 2003 en France, et nous leur avons appliqué les modèles épidémiologiques officiels (ceux-là mêmes censés mesurer la propagation d'un virus de proche en proche).

Le résultat est édifiant : le modèle de contagion virus/épidémie fonctionne NETTEMENT MIEUX pour décrire la canicule de 2003 que pour décrire les décès attribués au Covid-19 en 2020 !

Si l'on suit la logique des épidémiologistes de plateau, la chaleur d'août 2003 était donc un virus hautement contagieux qui s'est « propagé » de métropole en métropole. Cela prouve une chose essentielle que tout statisticien devrait afficher au-dessus de son bureau : ce n'est pas parce qu'une courbe mathématique s'ajuste joliment à un modèle épidémiologique qu'il y a un virus qui circule. On peut faire « circuler » n'importe quel événement environnemental ou climatique dans un ordinateur si l'on est prêt à confondre la causalité avec l'ajustement d'une courbe.

4. La dimension psychologique et sociologique de la donnée

Admettre cette réalité impose un véritable obstacle épistémologique. Si rien n'a « circulé » au sens géographique du terme, cela oblige à repenser entièrement la nature même des dynamiques épidémiques. Cela réoriente le questionnement vers les facteurs environnementaux, la saisonnalité, la réactivation simultanée ou les facteurs systémiques globaux.

Mais il y a un obstacle plus lourd encore : la résistance du milieu. Ce constat de synchronie totale est extrêmement difficile à admettre, y compris chez une grande partie des esprits critiques ou contestataires. Pourquoi ? Parce que renoncer au récit de la transmission spatiale, c'est renoncer au mythe rassurant de « l'ennemi invisible qu'on aurait pu arrêter aux frontières ou par des barrages ». Accepter la synchronie, c'est accepter que ces phénomènes échappent à la théorie du pathogène et de la propagation.

5. Mais alors c'est quoi ?

Démontrer une illusion ne suffit pas : encore faut-il ne pas laisser de vide explicatif. Si la mortalité hivernale et les pics de crise ne résultent pas de la folle chevauchée d'un virus le long des autoroutes, comment s'expliquent concrètement les décès observés ? La réponse se trouve dans les données brutes, là où l'on mesure des faits plutôt que d'injecter des modèles.

La grippe hivernale : le verdict de l'environnement

Concernant la grippe saisonnière, nous avons mené une analyse approfondie avec Jacques Collin de Verdière. Nous avons téléchargé l'ensemble des données quotidiennes de décès des personnes de plus de 90 ans ainsi que les données météo de températures quotidiennes sur les 15 dernières années. Le résultat est sans équivoque : ces deux séries de données sont corrélées à plus de 95 %.

La mortalité dite « de la grippe hivernale » n'a rien à voir avec l'émergence soudaine d'un pathogène ultraconquérant. C'est la modification brutale des conditions environnementales qui fragilise les organismes et fait chuter les plus vulnérables. Plus il fait froid, plus le nombre de morts augmente, exactement une semaine plus tard. Et ce n'est pas nécessairement le froid en lui-même qui tue directement : il s'accompagne de l'assèchement drastique de l'air, de pics de pollution favorisant les dépressions respiratoires, ou encore d'une baisse de la sudation et de modifications physiologiques majeures chez les personnes très âgées. Le facteur déclenchant est environnemental et global.

Le Covid : le verdict de la prise en charge médicale

Pour la crise du Covid-19, le travail d'investigation mené avec Eusèbe Rioché met en lumière un mécanisme tout autre. Lorsque l'on décortique les séries temporelles, les pics de surmortalité localisés s'expliquent parfaitement par un changement radical de doctrine médicale : l'utilisation massive du Rivotril et du Valium administrés aux personnes âgées malades, en lieu et place des soins habituels.

En clair : les chiffres ne portent pas la trace d'une nouvelle maladie foudroyante ni d'une explosion du nombre de malades, mais la marque d'une rupture dans la prise en charge. Le soin traditionnel a été brutalement remplacé par l'abandon, voire par une euthanasie active encadrée.

Et les malades ?

« Le Covid ça existe, puisque moi, je l'ai eu ! ». Voilà une phrase que j'entends souvent. Il ne faut pas confondre la critique de l'appellation Covid et le fait d'être malade. Dans un pays de 67 millions d'habitants, des gens tombent malades tous les jours, toute l'année. Quand on dit « moi je l'ai eu », cela signifie le plus souvent deux choses (l'une ou l'autre, voire les deux à la fois) :

- *J'ai été malade*
- *J'ai eu un test positif*

Le fait d'avoir été malade est un critère factuel, mais les symptômes peuvent être assez variables et la magie du Covid, c'est que tout a servi de prétexte à cette étiquette : toux, fièvre, maux de tête, perte du goût/odorat, ou même nausées et diarrhées. Avoir été malade n'est aucunement la preuve de l'existence d'une nouvelle maladie, tout particulièrement avec des symptômes courants dans la population. Même si vous ne les aviez jamais eus auparavant, il y a toujours une première fois. On ne perd pas forcément l'odorat dix fois dans sa vie. Évidemment que pour un certain nombre de personnes, leur première fois a eu lieu en 2020. À la rigueur, si le Covid faisait pousser des antennes, là on aurait une mesure objective.

Le test positif, c'est pire. Nous y reviendrons dans des articles dédiés, mais je montre de différentes manières dans mon livre « Covid-19 : ce que révèlent les chiffres officiels » que ces tests sont semblables à un jet de dé, sans aucun rapport avec aucune maladie ni aucun symptôme. À la rigueur, perdre le goût/odorat après s'être fait défoncer la cloison nasale par une tige abrasive me paraît tout à fait logique, ce n'est pas pour autant qu'il faut en déduire que le test transmet le Covid.

En résumé : oui, certains ont été malades en 2020 ou après. Les statistiques du réseau Sentinelles ou des hôpitaux prouvent qu'il n'y a pas eu davantage de malades en France ces dernières années qu'avant. La seule chose qui a changé, c'est l'appellation « Covid-19 » venue remplacer tout un tas d'autres maladies qui ont miraculeusement reculé : grippe, pneumonie, pleurésie, bronchopneumopathie chronique, asthme, etc.

6. L'impossible changement de paradigme

Prenez maintenant juste quelques instants pour imaginer ce qu'implique le fait de réaliser qu'on peut se tromper à ce point. Comprendre que « Covid » ou « Grippe » n'ont rigoureusement rien à voir avec des virus qui se propagent, mais ne sont que des appellations pour des « intoxications » liées à des changements environnementaux ou à de la pollution, met à plat une énorme partie de la microbiologie et de la médecine qui se prétendent modernes.

Cela signifie qu'il faudrait remettre entièrement à plat ces disciplines pour identifier si la théorie des germes et de la propagation repose sur une base solide, et déterminer exactement à partir de quel endroit elle déraile complètement. Ce questionnement risque d'ébranler l'industrie la plus puissante économiquement : l'industrie pharmaceutique, dont une très large part du chiffre d'affaires provient des traitements contre les maladies respiratoires et de la lutte contre les germes, notamment avec les vaccins.

Conclusion (et suite pour les abonnés)

Dans le second volet de cette remise en question, nous verrons justement à quel point je me suis trompé sur les vaccins, et comment les données brutes remettent là aussi l'histoire à l'endroit.

🔒 Pour mes abonnés payants : quelques réflexions plus personnelles.

Pourquoi est-il si viscéralement difficile, y compris au sein de la « résistance » ou des esprits dits critiques, de remettre en cause le narratif de la contagion ? Pourquoi constate-t-on ce blocage **quasi psychologique** autour de la théorie du « virus tueur fabriqué en laboratoire » (le fameux *Gain of Function*) ?

Dans la suite réservée aux abonnés, je vous partage mon analyse sur les ressorts psychologiques, sociologiques et politiques qui maintiennent bon nombre de contestataires dans le même cadre théorique que le pouvoir qu'ils combattent...

Attention à certaines interprétations de cet article .

[Je me suis trompé \(Partie 2\) : Du père modèle au « complotiste » malgré lui](#)

[Je me suis trompé \(1/2\) : Les épidémies, la contagion et les virus](#)

Comment mes certitudes sur la médecine, l'OMS et les vaccins se sont effondrées en cherchant désespérément une étude comparative pédiatrique. Anatomie d'un aveuglement par excès de confiance.

[Décoder l'éco](#) Le 6 août 2026

1. Introduction : La criminalisation du doute selon **Aurélien Rousseau**

Le 4 août, Aurélien Rousseau, éphémère ministre de la Santé, publiait sur X un message affirmant que **les « antivax » sont des criminels**.



Aurélien Rousseau 🌟 @aur_rousseau · 4 août

...

Oui @Laurent_Joffrin, tes mots sont très justes. Les « antivax sont des criminels » et pour tous ceux qui s'engagent pour la santé de nos concitoyens, cette impunité est désormais insoutenable.

Dans l'esprit d'un ministre ou d'un haut fonctionnaire, la ligne est simple, binaire, rassurante : d'un côté, il y a la « Science » incarnée par les institutions ; de l'autre, il y a une poignée de dangereux obscurantistes ou d'illuminés qu'il faudrait faire taire par la loi. Il y a encore quelques années, j'aurais peut-être acquiescé. J'étais le candidat idéal de cette rhétorique. Cadre supérieur, cartésien, inséré, confiant dans les institutions de mon pays et dans la médecine moderne.

Et pourtant, si le ministre avait appliqué sa grille de lecture à mon parcours, il aurait vu le cheminement d'un homme dont toutes les certitudes se sont effondrées une à une — non

pas en lisant des blogs obscurantistes, mais en épluchant les données brutes, les rapports d'essais cliniques et la littérature scientifique officielle.

2. Fin 2020 : Le premier vertige statistique (2016 vs 2020)

Tout commence à la fin de l'année 2020. En manipulant les séries temporelles de la mortalité française, je constate une première incohérence.

Oui, le nombre brut de décès en 2020 bat un record. Mais en tant que statisticien, je sais que ce chiffre ne veut rien dire sans ajustement démographique. Avec le vieillissement de la population et l'arrivée massive des *baby-boomers* à l'âge de 75 ans, la France bat le record absolu de décès presque chaque année depuis 2010 (l'année 2022 **obtiendra** d'ailleurs la « palme » par la suite). La tendance structurelle est à la hausse, avec des variations annuelles guidées par la météo.

Je décide alors d'isoler la « première vague » (mars-avril 2020) et de la comparer à un épisode hivernal classique : la grippe de décembre 2016 - février 2017. Je réajuste la pyramide des âges pour rendre les deux périodes parfaitement comparables. À cet instant, je m'attends honnêtement à découvrir que le Covid a été légèrement plus meurtrier que la grippe de 2016.

À ma plus grande stupeur, c'est l'inverse qui apparaît.

L'épisode de grippe 2016-2017, pourtant considéré à l'époque comme d'intensité moyenne, a été nettement plus meurtrier que l'épisode Covid de 2020 une fois la démographie corrigée. Seul le vieillissement de la population appliquait un effet de loupe grossissant sur notre perception du réel.

Je publie ces résultats dans une vidéo. Elle dépasse rapidement les 100 000 vues et m'offre le privilège d'être « fact-checké » par *Les Décodeurs* du *Monde*. Une tentative de discrédit qui aura l'effet inverse : m'amener une masse de lecteurs curieux et exigeants, devenus la base solide de mes abonnés.

3. « Mes enfants ont 14 vaccins » : L'aveuglement du bon élève

À la fin de cette vidéo fin 2020, je pose une question : pourquoi toute cette publicité frénétique pour un « vaccin sauveur » alors qu'il ne se passe rien d'anormal sur le plan sanitaire brut ?

Mais pour prouver ma bonne foi et éviter d'être assimilé aux hérétiques, je prends soin d'ajouter un *disclaimer* en toute sincérité :

« Attention, je ne suis pas antivax ! Je sais que les vaccins ont éradiqué des maladies et sauvé des millions de vies. »

Pour appuyer mon propos, je cite l'OMS, qui incarne alors pour moi l'autorité scientifique suprême. Et j'annonce fièrement que mes enfants ont reçu 14 vaccins chacun, alors même qu'à leur naissance, seuls 3 étaient obligatoires. Pour l'anecdote, j'avais moi-même fait tous mes rappels adultes peu avant leur naissance (ce qui m'avait valu l'un de mes rares arrêts maladie pour un épuisement inexplicable avec une tension au fond des chaussettes, sans que je fasse le moindre lien à l'époque).

Dans mon esprit de cadre diplômé, les « antivax » étaient une catégorie très précise : soit des intégristes religieux, soit des gens manquant d'instruction.

Lorsque les premiers commentaires sous ma vidéo sont arrivés — des abonnés surpris, me disant qu'ils plaignaient mes enfants et m'incitant à me pencher sur le sujet —, j'ai éprouvé un mélange de condescendance et de mépris. Plaindre des enfants de cadres supérieurs, **enfants** élevés dans une famille équilibrée qui fait confiance à la Médecine et à la Science ? C'était un comble !

4. L'engrenage : Des tests bidon au rapport Pfizer

Puis vint le printemps 2021. Les vaccins Covid-19 arrivent, d'abord pour les plus fragiles, avant d'être **rendus** obligatoires sous peine de mort sociale à l'été avec le pass sanitaire.

En parallèle, en décortiquant les statistiques des tests PCR avec l'aide d'une microbiologiste, je réalise que ces tests sont truffés de biais et non fiables (il me faudra encore quelques mois pour admettre l'impensable : qu'ils ne mesurent aucune maladie, ce qui détruit un des piliers de la biologie moderne).

Mais le vrai point de bascule survient quand je me décide à lire le **rapport d'essai clinique de Phase 3 de Pfizer**.

Là, ce n'est plus une question de biologie, c'est une pure question de méthodologie statistique basique. La stratégie est d'une simplicité enfantine :

- Pfizer constitue un groupe vacciné (20 000 personnes) et un groupe placebo (20 000 personnes).
- Ils définissent le fait d'avoir le « Covid-19 » par un test PCR positif.
- Mais ils ne testent pas les deux groupes avec la même fréquence.

Pour trouver du « Covid », il suffit de tester le groupe placebo. Pour prouver que le produit fonctionne, il suffit de ne pas tester le groupe vacciné. Pas de test = pas de positif = pas de Covid = 95 % d'efficacité !

Je me rappelle encore cette conversation téléphonique avec notre regrettée Christine Cotton, biostatisticienne :

— « Mais Christine, comment un truc aussi grossier peut-il passer ? Le nombre de tests doit être rigoureusement identique dans les deux bras de l'essai ! »

— « Pierre, tout le monde le sait dans la biostatistique. Mais tout le monde ferme sa gueule. »

Christine aura eu l'immense courage de publier « Tous vaccinés, tous protégés ? », décortiquant les manquements aux bonnes pratiques cliniques, et de porter plainte contre ces géants industriels.

5. Le choc Israël et l'étude censurée

À l'été 2021, je suis contacté par Steve O'Hana et Alexandra Henrion-Caude. Ils ont récupéré les données de vaccination et de décès en Israël, l'un des premiers pays à avoir généralisé l'injection aux jeunes.

Le verdict des chiffres est sans appel : la mortalité augmente pile pendant la période de vaccination de masse, quelle que soit la tranche d'âge. C'est une catastrophe démontrable avec des données simples et publiques.

Notre article sera immédiatement censuré par les éditeurs. Je montrerai ensuite les mêmes corrélations partout en Europe. Il aura fallu attendre décembre 2025 pour que ces résultats soient enfin présentés et publiés dans un colloque international, dans un [article coécrit avec Patrick Meyer](#).

Face à ces constatations, j'adopte alors le vocabulaire de la Résistance : ce ne sont pas des « vaccins », mais des « injections expérimentales » qui n'ont rien à voir avec les produits traditionnels reçus par mes enfants.

6. La quête des « vrais » vaccins : Le grand vide

Puisque les produits Pfizer et Moderna n'avaient rien prouvé d'autre que de rendre malade, je décide de faire mon travail de chercheur jusqu'au bout. Je veux formaliser la différence entre une « injection expérimentale » et un « vrai » vaccin.

J'active mon réseau de médecins, de chercheurs et j'écume les bases de données médicales à la recherche des études fondamentales démontrant l'efficacité et la sécurité des vaccins infantiles traditionnels. Je cherche des chiffres, des courbes, des études de cohortes comparant sur le long terme la santé globale d'enfants vaccinés à celle d'enfants non vaccinés.

Le silence qui a suivi ma demande fut assourdissant.

Mes recherches ne tombaient sur rien. Personne ne savait.

Pourtant, en statistiques, plus un phénomène est net et sûr, plus il ressort facilement dans les données. La Sécurité sociale dispose de l'historique complet de tous les actes médicaux, des hospitalisations et des certificats de décès de la population. En 50 ans, pas un chercheur, pas un fonctionnaire, pas un politique ne s'est dit qu'il serait utile de vérifier objectivement si cette pratique ne faisait pas de mal.

Aucune étude de cohorte rigoureuse vax/non-vax. Aucune donnée de pharmacovigilance globale. Rien.

7. L'expérience d'Asch et la substitution du sacré

C'est là qu'un nouveau monde s'effondre.

Je réalise que depuis des dizaines d'années, je « savais » que la vaccination était sûre et efficace, non pas parce que j'avais analysé des chiffres ou vécu une expérience scientifique probante, mais simplement parce que tout le monde le répétait, à commencer par les figures d'autorité.

J'avais été le cobaye parfait de l'expérience de conformisme de Solomon Asch. Tout comme mes proches, les médecins et les universitaires qui répétaient la même litanie.

En me plongeant alors dans la littérature critique sur la vaccination (une littérature extrêmement fournie, souvent rigoureuse et scientifiquement détaillée), j'ai découvert que chaque dogme vaccinal s'effondre dès qu'on prend le temps de le challenger méthodologiquement. (J'y consacrerai plusieurs articles dédiés).

Conclusion : Du doute scientifique au rite initiatique

« La vaccination, ça ne se discute pas ! », affirmait la Ministre de la Santé Marisol Touraine en 2015, juste avant d'annoncer le « grand débat » qui devait entériner le passage de 3 à 11 vaccins obligatoires (chacun notera la qualité du débat quand « ça ne se discute pas ! »). Quand on prend la peine de chercher les données, on comprend enfin pourquoi : parce qu'elle ne résiste pas à la discussion.

La science exige le débat, la réfutabilité et l'examen empirique. La démocratie aussi. La pratique vaccinale moderne assume d'être tout autre chose : un rite initiatique, l'entrée dans le clan de ceux « qui croient en la Science », venu remplacer le baptême dans des sociétés qui ont horreur du vide.

À M. Rousseau et à tous ceux qui veulent criminaliser le doute :

Que dites-vous à un père de famille qui constate l'absence d'étude de cohorte sur un produit rendu obligatoire ? Un produit dont chaque parent, chaque médecin, a pu constater qu'il rend malade...

Que mérité-je pour écrire mon étonnement et ma colère ? L'amende ? La prison ?

Que fait-on de tous les livres qui dénoncent cet état de fait, surtout en tant que prof d'Histoire ? Un bel auto-da-fé ? Parce qu'entre Pasteur et Voltaire, on préfère celui qui rapporte ?

Vous ne défendez pas la science. Vous défendez une église. Et face à un dogme, la seule attitude scientifique reste le doute méthodique et l'examen des faits.

Dans une dernière partie réservée aux abonnés payants, abordons un sujet délicat, mais indispensable : la posture d'une certaine « Résistance ». Il ne s'agit pas de remettre en cause la sincérité, l'honnêteté ou la bienveillance de la plupart des acteurs qui l'ont incarnée. Beaucoup ont agi de bonne foi. Cependant, il faut avoir l'honnêteté de reconnaître l'existence de barrières intellectuelles infranchissables chez ceux qui ont prétendu mener la contestation.

Analyse bénéfice-risque des vaccinations : ce que l'industrie du vaccin ne révèle jamais.

Un regard derrière le puissant mantra « les vaccins sont sûrs et efficaces »

Une évaluation honnête des risques et des bénéfices devrait prendre en compte toute une série de facteurs - qui sont systématiquement ignorés lorsqu'il s'agit de vaccins.

L'industrie de la vaccination a échappé à tout examen critique pendant des décennies - protégée par un mantra simple, mais puissant : « Les vaccins sont sûrs et efficaces ». Un slogan qui regroupe tous les vaccins, tue toute différenciation dans l'œuf et empêche toute discussion sérieuse sur la manière dont les vaccins sont réellement fabriqués et sur la façon dont leurs profils de risques et de bénéfices diffèrent considérablement.

[Risiko-Nutzen-Analyse für Impfungen: Was die Impfindustrie nie berichtet](#)

[3. August 2026 von Dr. Peter F. Mayer](#) 7,4 Minuten Lesezeit

[Covid : la grande illusion des modèles ? Vincent Pavan répond](#)

[Magazine Nexus](#) Le 31 juillet 2026 30 min (sous-titrage IA)

Charge contre Cauchemez, Molimard, la corruption...

Critique véhémement des modélisations, et de la gestion de la crise Covid.

[Plaidoyer pour l'IHU](#)

Nombreux dommages chez les vaccinés Covid-19 : BioNTech se voit enjoindre de fournir des informations sur les effets indésirables de son vaccin.

La Cour régionale supérieure d'Oldenburg a ordonné à BioNTech de se conformer aux obligations de divulgation prévues par la loi allemande sur les médicaments. L'entreprise doit fournir des informations sur l'efficacité et les effets secondaires de son vaccin contre la COVID-19. Le fabricant fait appel...

[Massive Schäden bei Betroffener: Biontech muss Auskunft über Impfschäden erteilen](#)

Das Oberlandesgericht Oldenburg hat Biontech zu Auskunftspflichten über Nebenwirkungen der Corona-Impfung verurteilt und die Berufung des Pharmakonzerns abgewiesen. Damit ist das zuvor ergangene Teilurteil des Landgerichts Aurich rechtskräftig.

[Robin Schröder](#) 04.08.2026

5 août 2021 : ce jour-là, je n'ai pas seulement perdu mon emploi. J'ai cessé de confier mon avenir à un seul système.

[Caroline Raynal](#) [Contenu IA](#) · **Le 5 août 2026 à 06:58** ·

J'étais soignante.

J'avais traversé la crise, accompagné des personnes vulnérables et continué à prendre soin, comme tant d'autres, dans des conditions parfois difficiles.

Puis une loi m'a placée face à un choix qui n'en était pas vraiment un: accepter une vaccination que je ne souhaitais pas ou perdre mon métier.

J'ai refusé.

Pas par rejet de la médecine.

Pas par inconscience.

Et certainement pas par indifférence envers les personnes dont je prenais soin.

J'ai refusé parce qu'à mes yeux, le consentement libre et éclairé ne peut pas être un principe à géométrie variable. Il ne peut pas être fondamental pour les patients et devenir secondaire pour les soignants.

Ce choix m'a coûté mon emploi.

Il m'a aussi appris une vérité assez brutale : lorsque toute notre sécurité repose sur une seule structure, notre liberté peut disparaître au moment même où nous en avons le plus besoin.

Alors, je me suis reconstruite.

Je n'ai pas cessé d'être soignante. J'ai simplement élargi ma façon de prendre soin.

Je me suis tournée (encore plus) vers la prévention, la santé cellulaire, les approches complémentaires et l'entrepreneuriat. J'ai commencé à bâtir plusieurs chemins afin que plus jamais une décision extérieure ne puisse, à elle seule, décider de toute ma vie professionnelle.

Cinq ans plus tard, alors que la Haute Autorité de santé recommande une obligation annuelle de vaccination contre la grippe pour certains professionnels de santé et du secteur médico-social, cette date résonne forcément autrement.

Pour l'instant, il ne s'agit que d'une recommandation. Mais après 2021, qui peut encore demander aux soignants d'attendre docilement que la recommandation devienne obligation pour commencer à réagir ?

Je ne partage pas cela pour opposer les soignants entre eux ni pour rouvrir une guerre entre les « pour » et les « contre ».

Je le partage parce qu'une politique de santé ne peut pas durablement reposer sur la contrainte, la peur de perdre son salaire ou la mise à l'écart de professionnels déjà épuisés.

Le 5 août 2021 a brisé ma trajectoire.

Cinq ans plus tard, je suis toujours soignante. Mais je ne suis plus la femme de 2021.

Cette fois, je n'attendrai pas qu'une nouvelle obligation décide à ma place de mon avenir professionnel. Depuis cinq ans, je développe d'autres façons de prendre soin, d'autres activités et d'autres sources de revenus.

Non par peur, mais par lucidité. Le mur arrive et j'ai bien l'intention de le contourner.

Parce que la liberté de choisir ne se proclame pas lorsque tout va bien. Elle se construit avant que le choix nous soit retiré.

En 2021, j'ai perdu mon emploi, ma maison, mon accès aux soins dont j'avais besoin... pour rester fidèle à ma conscience.

En 2026, je construis ma liberté pour que plus jamais personne ne puisse m'obliger à choisir entre mes convictions et mon salaire.

[L'ARN messenger après le Covid : jusqu'où ira-t-il ? \(Jean-Marc Sabatier\)](#)

Alternatif Bien-Être et Jean-Marc Sabatier Le 7 août 2026 26 min

Depuis la pandémie de Covid-19, les vaccins à ARN messenger ont profondément marqué l'actualité scientifique et médicale. Mais leur utilisation pourrait-elle s'étendre bien au-delà des maladies infectieuses ? Quels sont les projets actuellement en développement ? Et pourquoi la date de 2030 revient-elle régulièrement dans certaines feuilles de route internationales ?

Dans cette interview exclusive, le Dr Jean-Marc Sabatier partage son analyse des évolutions de la recherche autour de l'ARN messenger, de ses applications envisagées et des débats scientifiques qu'elles suscitent.

Analyse indépendante des causes possibles de l'autisme

Steve Kirsch présente les résultats d'une petite enquête ciblée menée auprès de parents d'enfants présentant des symptômes d'autisme régressifs évoluant rapidement.

Selon le Dr Steve Kirsch, une séquence a été observée à plusieurs reprises : vaccination → réaction aiguë sévère → souvent prise de paracétamol (Tylenol) → régression développementale permanente. Il souligne notamment les cas où la régression a débuté dans les 12 à 24 heures suivant la vaccination.

Enfin, une comparaison entre l'ARNm et un groupe placebo ? Pas si vite !

Le nouveau vaccin antigrippal à ARNm de Moderna n'a pas été comparé à un véritable placebo, mais plutôt à d'autres vaccins antigrippaux déjà approuvés.

Dans son article, Jessica Rose critique l'évaluation de l'innocuité du nouveau vaccin antigrippal à ARNm de Moderna, le mRNA-1010 (mFlusiva). Les études sous-jacentes n'ont pas utilisé de groupe placebo (solution saline), mais l'ont comparé à des vaccins antigrippaux déjà approuvés.

La fabrique du dogme infectieux

Dossier Virologie #1 : De la figure du pestiféré à la criminalisation du vivant

Décoder l'éco 10 août 2026

Nous vivons sous le règne d'un dogme centenaire, une grille de lecture si profondément ancrée dans nos esprits qu'elle nous paraît naturelle, presque biologique. Ce dogme s'articule autour d'une équation simpliste que nous avons tous intégrée :

Symptôme → Pathogène invisible → Transmission → Culpabilité et dangerosité du malade → Règles d'isolement

Puis, en contrepartie industrielle :

Pathogène → Séquençage → Brevet → Dépistage massif → Vaccin ou Traitement cible

Cette mécanique ne s'est pas imposée par hasard. Elle s'appuie sur une peur anthropologique très ancienne, formalisée au XIXe siècle lorsque la médecine a basculé d'une observation globale de la santé (le terrain, l'environnement, l'hygiène, la nutrition) vers une vision réductionniste et guerrière du vivant : la théorie du germe.

Si l'intention initiale pouvait sembler noble (protéger les populations), ce paradigme s'est rigidifié pour devenir une construction pseudo-scientifique. Plus grave encore, il est devenu le bras armé d'une transformation juridique et sociétale majeure : la criminalisation du malade ou du non-vacciné.

Ce premier article pose les jalons d'une série d'investigations. Notre objectif est clair : fournir à chacun, étape par étape, les outils méthodologiques et scientifiques pour déconstruire ce dogme et constater l'absence systématique de respect de la méthode scientifique dans la virologie moderne et ses applications politico-industrielles.

1. La figure du pestiféré : Une obsession vieille comme le monde

Les malades n'ont pas attendu l'invention du microscope électronique ni la découverte des virus pour être accusés d'être la cause des maux de la communauté. L'image du pestiféré et le réflexe de bouc émissaire sont aussi vieux que l'humanité.

En France, une quarantaine de villages ou de lieux-dits s'appellent « La Madeleine ». Dans la très grande majorité des cas, ces toponymes rappellent la présence d'une ancienne léproserie médiévale. Les lépreux étaient bannis, forcés de porter une crécelle pour signaler leur présence et rejetés aux marges des villes pour « protéger » la population de la contamination. Pourtant, nous savons aujourd'hui que la lèpre se développe principalement sur des terrains physiologiques affaiblis par de multiples carences et des conditions de vie misérables.

Le cas du scorbut est encore plus éclairant sur notre capacité collective à fabriquer de la fausse contagion. À partir du XIVe siècle et de l'essor de la navigation au long cours, le scorbut a fait des ravages dévastateurs. Rien que dans la marine britannique, cette maladie a fait des millions de morts, tuant bien plus de marins que toutes les batailles navales réunies.

À bord des navires, le scénario était toujours le même : un premier matelot déclarait des symptômes, puis un deuxième, puis des dizaines d'autres. Face à cette dynamique temporelle — qui ressemble en tout point à ce qu'on appelle une épidémie —, l'esprit humain a immédiatement conclu à la propagation d'un mal contagieux. Les marins malades étaient confinés dans les cales, puis jetés par-dessus bord à leur mort pour éviter de « contaminer » le reste de l'équipage.

Il aura fallu attendre le XVIIIe siècle pour que l'on comprenne qu'on pouvait résoudre ce problème en ajoutant du jus de citron à la ration des marins. Et ce n'est qu'au XXe siècle avec la découverte de la vitamine C que la médecine a définitivement cessé de considérer le scorbut comme une maladie infectieuse et transmissible !

Aujourd'hui, la médecine admet avoir commis exactement la même erreur d'interprétation avec le bérubéri (carence en vitamine B1) ou la pellagre (carence en vitamine B3/PP). À chaque fois que des groupes humains partageaient les mêmes conditions de vie, la même mauvaise alimentation ou les mêmes intoxications, la médecine a d'abord accusé un ennemi invisible et contagieux avant de découvrir la réalité du terrain.

Mais qu'en est-il des autres maladies dites transmissibles ? Le rhume, la grippe, la Covid, les MST ? Qui a déjà réellement fait l'exercice de vérifier si le pathogène incriminé a vraiment été scientifiquement identifié et si on a vraiment établi son lien avec la maladie ? Un des objectifs de ce dossier est de vous permettre de faire le tri entre croyance, hypothèse, supposition, lieu commun et résultat scientifique.

2. Un biais bicentenaire : L'obsession de l'État sanitaire et du vaccin

La théorie du germe au XIX^e siècle n'a fait que donner un vernis « scientifique » à ce très vieux réflexe d'exclusion. Comme le soulignait Modeste Schwartz dans son analyse « *214 ans pour rien* », cette logique d'État sanitaire et d'obligation vaccinale repose sur les mêmes biais méthodologiques depuis plus de deux siècles.

Dès 1810, sous Napoléon I^{er}, la France organisait la promotion et la distribution de la vaccination contre la variole (la vaccine). Le premier territoire cobaye fut l'Italie du Nord, fraîchement conquise. Déjà à l'époque, la méthode statistique était totalement biaisée : on attribuait arbitrairement toute baisse de la mortalité au vaccin, en ignorant royalement les améliorations majeures de l'hygiène, de la salubrité publique et de la nutrition qui s'opéraient au même moment. La rhétorique était déjà axée sur le « progrès » et avaient reçu « l'assentiment des plus éclairés d'Europe ». Les « pauvres » étaient vaccinés gratuitement et, même s'il n'y avait pas d'obligation vaccinale officielle, les enfants non-vaccinés étaient exclus de l'école et les adultes de l'aide sociale.

Plus de deux cents ans plus tard, l'histoire se répète au mot près. L'illusion repose sur le même sophisme : constater un phénomène global, isoler un seul facteur (l'injection) et lui attribuer l'exclusivité des résultats positifs, tout en masquant les effets secondaires et en ignorant l'environnement. Seule la technologie a évolué : on est passé de l'inoculation (sacrifier le bras du patient pour y injecter du pus contaminé) au vaccin Arnm, sans jamais respecter le moindre principe de l'analyse scientifique.

3. L'engrenage historique : Comment le malade est devenu un criminel en puissance

Au XIX^e siècle, les travaux de figures comme Louis Pasteur ou Robert Koch ont progressivement imposé l'idée que chaque maladie avait une cause unique, externe et vivante : un microbe. Les premières analyses de sang humain au microscope ont révélé tout une vie dans ce fluide qu'on croyait aseptique. Immédiatement, ces corps étrangers sont devenus les responsables de tous nos maux. La pratique médicale s'est alors **résumée** à prétendre identifier cet intrus pour le tuer.

Très vite, cette vision s'est heurtée à une réalité biologique embarrassante : la présence d'un micro-organisme chez un individu n'est même pas corrélée à la présence de symptômes. C'est l'apparition du concept de « porteur sain ».

Pour maintenir la théorie du germe malgré cette contradiction flagrante, la médecine institutionnelle n'a pas révisé son hypothèse de départ. Elle a préféré élargir la définition de la menace : désormais, n'importe quel individu bien portant peut être un vecteur de mort à son insu. Même si vous n'êtes pas malade, vous êtes quand même un danger public ! Personne n'est à l'abri ! Seul le corps médical peut décider de qui a le droit de se balader sans entrave.

Le précédent du SIDA : La bascule vers la tyrannie du test

Ce glissement conceptuel a franchi un cap redoutable à partir des années 1980 avec l'épisode du SIDA. Pour la première fois à grande échelle, ce n'est plus la maladie clinique qui a servi de frontière, mais le statut biologique révélé par un test. Une batterie de cadres légaux et coercitifs est venue criminaliser non pas des malades à proprement parler, mais des individus déclarés « séropositifs ».

Les contraintes imposées à ces personnes ont marqué une rupture anthropologique majeure : obligation légale ou déontologique de se signaler aux praticiens, obligation d'informer tout partenaire sexuel potentiel sous peine de poursuites pénales et d'incarcération pour exposition d'autrui, et incitation massive (souvent assortie d'une pression sociale et médicale irrésistible) à des protocoles médicamenteux lourds.

Ces traitements aux molécules extrêmement toxiques ont détruit progressivement les organes de milliers de personnes. Sur ma chaîne, Lorys Elmayan a livré un témoignage poignant sur son quotidien depuis 30 ans : dès leur naissance, ses filles ont dû recevoir des médicaments lourds et expérimentaux sur injonction médicale, leur laissant des séquelles à vie. Et tout ce basculement d'existence, cette violence médicale et sociétale, reposait exclusivement sur le résultat d'un test.

La rupture du droit : La fin de la présomption d'innocence

Même si l'on mettait momentanément de côté le débat scientifique — en admettant par hypothèse que le virus existe, qu'il cause la maladie, qu'il se transmet et que le test sait le détecter (des points que nous déconstruirons méthodiquement dans les prochains articles) —, une question juridique fondamentale subsiste :

Comment nos sociétés ont-elles pu accepter qu'un individu soit déclaré coupable, marginalisé ou soumis à des traitements destructeurs sur la seule base d'un test biologique, par nature imparfait ?

Ce pied dans la porte a marqué le début de la dictature sanitaire moderne. Elle fonctionne sur un mode d'irresponsabilité totale : les institutions et les juges se dédouanent de toute décision humaine en se retranchant derrière l'outil (« Ce n'est pas nous, c'est le test qui le dit »).

Ce paradigme inverse un principe fondamental du droit universel : la présomption d'innocence. En droit classique, chacun est présumé innocent — et donc inoffensif — tant que la preuve formelle et irréfutable d'un dommage ou d'une faute n'a pas été apportée. En médecine étatisée, le citoyen est présumé coupable de porter la mort, et un simple signal de laboratoire suffit à lui retirer ses droits élémentaires.

Il est frappant de constater qu'il est aujourd'hui presque impossible de trouver des juristes ou des avocats — y compris parmi ceux qui se revendiquent de la résistance sanitaire — prêts à attaquer frontalement ce biais à sa racine juridique. La terreur irrationnelle de la maladie semble dresser une barrière mentale infranchissable, faisant oublier le respect le plus basique des principes du droit.

Le bilan : Le citoyen en liberté conditionnelle

Ce basculement historique débouche sur une triple transformation :

Le basculement de la responsabilité : La maladie n'est plus analysée comme la conséquence d'un déséquilibre interne, d'une carence, d'une intoxication ou d'un mode de vie dégradé, mais comme une agression venue de l'extérieur.

La culpabilisation du porteur : Si le germe se transmet, alors tomber malade — ou simplement porter un marqueur biologique — fait de vous un criminel en puissance.

L'évolution du cadre légal : La non-soumission aux injections, le refus du masque ou le non-respect de l'isolement ne sont plus vus comme des choix de santé individuels, mais comme des atteintes à l'ordre public.

Le citoyen sain est ainsi devenu un suspect en liberté conditionnelle, soumis au contrôle permanent de son état biologique par des outils technologiques.

Ainsi tant que le clivage institutionnels/résistants se bornera à la question des “traitements précoces” ou du “vaccin classique VS vaccin ARNm”, aucune remise en question du réel problème n'a lieu. La dictature sanitaire a de beaux jours devant elle, seule sa méthode d'application est discutée.

4. Le business plan parfait : Détecter, isoler, injecter

Parallèlement à cette évolution légale et morale, la théorie du germe a offert à l'industrie pharmaceutique le modèle économique le plus lucratif de l'histoire humaine.

Si une maladie est causée par la pauvreté, la malbouffe, la pollution ou le stress, les solutions relèvent de la politique publique, du bon sens et de l'hygiène de vie. Ce ne sont pas des marchés solvables ni brevetables.

En revanche, si chaque symptôme est causé par une entité biologique spécifique :

- On réduit un problème complexe de santé à un seul coupable invisible.
- On brevète un outil de détection (tests) pour créer la demande en quantifiant la menace et en fabriquant des cas asymptomatiques.
- On brevète une molécule ou un produit biologique (vaccin) présenté comme la seule porte de sortie.
- On s'appuie sur l'État et la contrainte légale pour rendre le marché obligatoire et captif.

Ce modèle économique exige une chose : que le paradigme du germe ne soit jamais remis en question. Car si les fondations scientifiques s'effondrent, c'est l'ensemble de cet édifice financier et réglementaire qui s'écroule avec elles. Ainsi, il devient même inutile de perdre son énergie à se battre contre des vaccins inutiles et dangereux si on a déjà détruit le cadre théorique pseudo-scientifique sur lequel ils reposent.

5. Le problème de fond : L'abandon de la méthode scientifique

C'est ici que notre travail d'investigation commence. Pour justifier des politiques sanitaires mondiales, des confinements et des obligations vaccinales, la science sous-jacente devrait être inattaquable. Elle devrait reposer sur le respect strict des critères élémentaires de la démarche expérimentale.

Or, lorsque l'on plonge dans la littérature scientifique avec la rigueur d'un statisticien et d'un méthodologiste, on découvre une réalité déconcertante : à chaque étape de la chaîne virologique, la méthode scientifique a été remplacée par des artefacts, des biais et des constructions virtuelles.

Qu'est-ce que la méthode scientifique exige ?

- Une hypothèse claire concernant un phénomène et un facteur causal
- Un protocole expérimental qui reproduit le phénomène où l'on isole le facteur étudié.
- Un groupe témoin (contrôle négatif) rigoureusement identique, à la seule exception du facteur étudié.
- La répétabilité de l'expérience par des équipes indépendantes.

Comme nous le verrons au fil des dossiers de cette série, la virologie moderne s'est affranchie de ces règles fondamentales à chaque maillon de sa chaîne de preuve.

Ce que cette série va vous démontrer

L'objectif de cette série d'articles n'est pas de vous demander de me croire sur parole, mais de vous fournir les pièces du dossier. Vous serez en mesure de lire une étude scientifique, d'en repérer les failles béantes et de comprendre par vous-même comment l'illusion s'est construite.

Après cet article 1 d'introduction, voici le parcours que nous allons suivre ensemble (susceptible d'évoluer selon vos retours et ce que j'ai besoin de mettre en évidence) :

Article 2 : La culture cellulaire et le mirage des témoins

Nous étudierons comment les laboratoires affirment isoler des virus. Vous découvrirez que le terme isolation a été détourné : loin de purifier une particule, les chercheurs mélangent des prélèvements complexes à des cellules de singe, du sérum de veau fœtal et des antibiotiques toxiques. La mort cellulaire observée est-elle causée par un virus... ou par le traitement subi par les cellules ? Nous verrons pourquoi l'absence d'expériences témoins valides invalide cette preuve.

Article 3 : La microscopie électronique

On nous présente souvent de belles images colorisées de virions. Nous analyserons les techniques de microscopie électronique pour comprendre la différence entre une particule virale isolée et purifiée, et de simples débris cellulaires ou des vésicules extracellulaires (exosomes) produits naturellement par nos propres tissus en réaction à un stress.

Article 4 : Le séquençage génétique de novo

Comment passe-t-on d'un liquide biologique à un génome complet de 30 000 bases ? Pas en lisant un brin d'ARN de bout en bout, mais en utilisant des logiciels d'assemblage algorithmique sur ordinateur. Nous décortiquerons le cas du SARS-CoV-2 (l'article fondateur de Fan Wu et al., janvier 2020) pour voir comment des logiciels ont reconstruit un puzzle théorique à partir de milliards de fragments d'acides nucléiques disparates.

Article 5 : La RT-PCR et la fabrique des cas

Nous analyserons le fonctionnement réel de l'amplification génétique. Qu'est-ce qu'un cycle d'amplification (Ct) ? Pourquoi le test ne peut pas faire la différence entre un fragment inerte et une infection active ? Nous étudierons le papier fondateur de Corman-Drosten et les failles majeures des amorces utilisées pour dépister la planète entière.

Article 6 : Du germe au vaccin

Enfin, nous bouclerons la boucle en examinant comment cette chaîne d'approximations scientifiques sert de justification ultime à la production de vaccins, maintenant ainsi la population dans un état d'alerte permanente et de dépendance médicale.

Conclusion : Reprendre le contrôle de notre raison

Se réapproprier la méthode scientifique n'est pas un exercice académique réservé aux spécialistes. C'est un acte de salubrité publique et de légitime défense intellectuelle.

Tant que nous accepterons sans ciller les concepts d'asymptomatique, de consensus scientifique sans preuves témoins ou de cas PCR, nous resterons vulnérables au chant des sirènes de la peur et aux abus de pouvoir sanitaires.

Dans le prochain article, nous entrerons dans le vif du sujet : Qu'est-ce qu'une vraie preuve scientifique ? Et pourquoi la virologie moderne a-t-elle abandonné l'utilisation des groupes témoins ?

Bonus abonnés payants : Votre premier cas pratique (Le défi IHU)

Pour conclure ce premier dossier, je propose aux abonnés payants un exercice de mise en pratique immédiat.

Un des objectifs de cette série est que chacun d'entre vous acquière les réflexes méthodologiques nécessaires pour analyser n'importe quel contenu virologique avec un œil critique et affûté. Vous trouverez un peu plus bas l'énoncé 😊

Pourquoi s'abonner à la version payante ?

Pour accéder à l'intégralité de cette série d'investigation, aux analyses détaillées et aux contenus exclusifs, vous pouvez soutenir ce travail d'enquêtes indépendantes en souscrivant à l'offre payante :

- 8 \$ par mois
- 80 \$ par an (soit 2 mois offerts)

Au-delà de l'accès aux articles et aux dossiers méthodologiques, votre abonnement permet directement de financer mon travail d'analyse et de couvrir mes frais d'avocats — le prix à payer pour ceux qui osent analyser d'un peu trop près et critiquer publiquement les récits institutionnels.

Merci à tous ceux qui permettent à cette recherche indépendante d'exister...

Covid 19 - Le scandale de la censure médiatique

France-Soir Le 10 août 2026 7 min

COVID-19 : quand les médias *mainstream* censurent 98 % des études positives sur les traitements précoces à bas coût

Vidéo basée sur l'article : <https://www.francesoir.fr/societe-san...>

Doutes sur les conclusions d'une étude relatant un avantage du vaccin anti-Covid contre des risques cardiovasculaires

Hélène Banoun Le 17 juin 2026

La RDP JPA 2026-08-15 reprenait l'article

Vaccin anti-Covid et MACE : heureux sont les plus de 75 ans

Pr Dominique Baudon 14 août 2026

Qui louait l'étude

Cai M, Xie Y, Al-Aly Z. 2024-2025 COVID-19 Vaccine and Major Adverse Cardiovascular Events Among US Veterans. *JAMA Intern Med*. Published online June 15, 2026. RDP JPA 2026-06-17

Hélène Banoun avait déjà contesté les affirmations de cette étude.

Le miraculeux vaccin Covid protégerait contre les incidents cardiovasculaires.

Voici pourquoi cette étude est biaisée

Étude basée sur les données des vétérans de l'*US Army*, tenues secrètes : elles sont inaccessibles aux scientifiques indépendants qui voudraient reproduire l'étude ; les auteurs travaillent pour l'*US Army*.

Voici ci-dessous pourquoi cette étude est biaisée.

C'est une comparaison entre ceux qui ont reçu seulement le vaccin grippe et ceux qui ont reçu le vaccin grippe et le vaccin Covid le même jour. Il ne s'agit donc pas de comparer des vaccinés et des non-vaccinés. Il s'agit de comparer les événements indésirables cardiaques dus à une infection Covid chez les vaccinés et les « non-vaccinés ».

Je mets *non-vaccinés* entre guillemets, car sont incluses dans ce groupe des personnes qui ont pu recevoir le vaccin Covid après le vaccin grippe.

Ceux qui ont eu des effets cardiovasculaires indésirables suite à un vaccin Covid reçu juste après (le plus souvent entre 1 à 2 mois après) sont classés *NON VACCINÉS*.

Les auteurs n'expliquent pas comment sont comptabilisés ceux qui ont eu une infection COVID : est-ce une infection symptomatique ? ou seulement un test Covid ? Il semble assez évident que ceux qui se sont fait vacciner Covid seront probablement moins souvent classés « infectés Covid » que les réels non vaccinés Covid (ceux qui n'ont pas reçu de vaccin Covid après le vaccin grippe). Il a été montré que les vaccinés sont moins susceptibles d'être testés en PCR que les non-vaccinés. Cela invalide complètement les résultats de l'étude.

8 800 participants sont exclus, car ils ont été testés positifs à la grippe ou la Covid dans les 90 jours avant enrôlement. Cela exclut les risques associés à la vaccination Covid

suivant une infection Covid : il a été montré que cela induit des risques supplémentaires d'effets indésirables.

Données du matériel supplémentaire.

Le biais du vacciné sain n'a pas été évité malgré les affirmations des auteurs. En effet, le tableau 3 du supplément montre que ceux qui n'ont pas reçu les deux vaccins le même jour sont en plus mauvaise santé que les autres participants classés « vaccinés ». Ils ont plus de risques de maladie cardiovasculaire, cérébrale, rénale, pulmonaire, de diabète, et ils sont plus souvent immunodéprimés.

Il y a plus de risque de décès dû à la grippe dans le groupe « non vacciné ». Un décès ou un événement indésirable dû à la grippe signifie que le patient a été testé positif à la grippe. Il n'est pas précisé si les « vaccinés » sont testés de manière équivalente pour la grippe et la Covid ; cela invalide les résultats, car un décès ou un événement indésirable peut être associé au hasard à la grippe ou à la Covid si le testage n'est pas équivalent.

La figure 6 du supplément montre que les événements indésirables sont plus élevés chez les « vaccinés » dans le premier mois suivant la vaccination concomitante, en particulier les décès cardiovasculaires associés à une infection Covid, dont les IFM et les AVC ainsi que les arrêts cardiaques associés à une infection Covid.

Les calculs de l'étude sont fondés sur les résultats à 8 mois. On sait que les événements cardiaques suite aux vaccins Covid arrivent principalement dans les jours qui suivent la vaccination. Il aurait donc fallu faire la comparaison sur un suivi de 1 mois entre les « non-vaccinés » et les vaccinés. **Il est probable d'après les courbes fournies que le résultat aurait été défavorable au vaccin Covid.**

[Ton employeur t'oblige à te faire vacciner ou tester chaque mois ? La loi encadre bien plus qu'il ne le dit.](#)

Publié par [Mathieu](#) le 16 août 2026 à 15 h 1

Chaque hiver, la même scène se répète dans des milliers d'entreprises françaises. Un employeur, inquiet de voir son service en arrêt maladie en cascade, envoie un mail : « merci de vous faire vacciner contre la grippe » ou « merci de présenter un test négatif avant de reprendre le poste ».

Beaucoup de salariés obtempèrent sans se poser de questions, persuadés que refuser reviendrait à désobéir à un ordre légitime. Sauf que la loi française encadre très strictement ce que ton employeur peut réellement t'imposer en matière de santé, et la réalité est très différente de ce que laissent croire ces petits mails d'apparence anodine.

[Ce que dit vraiment le Code du travail sur ton corps](#)

Le principe de base est simple : ton employeur n'a aucun pouvoir sur ton corps. L'article 16-1 du Code civil pose que « chacun a droit au respect de son corps » et que ce corps est « inviolable ».

Concrètement, aucune vaccination ne peut être imposée par un employeur, sauf dans des cas très précis fixés par la loi elle-même, comme certains métiers de santé soumis à des obligations vaccinales spécifiques (hépatite B, par exemple, pour les professionnels exposés au sang).

Pour la grande majorité des salariés de bureau, de commerce ou d'industrie, la vaccination contre la grippe reste une simple recommandation médicale, jamais une obligation contractuelle. Ton employeur peut te le suggérer, financer le vaccin, l'organiser en interne. Il ne peut pas te sanctionner si tu refuses.

Même logique pour les tests. Un employeur peut proposer un dépistage, mettre à disposition des autotests, encourager une politique de prévention. Mais il ne peut pas

conditionner ton retour au travail à la présentation d'un résultat négatif, sauf texte réglementaire spécifique en vigueur à un moment donné (ce fut temporairement le cas pendant la crise Covid, avec un cadre légal exceptionnel qui n'existe plus aujourd'hui).

Le seul vrai levier de ton employeur : la médecine du travail

Il existe une nuance importante que peu de salariés connaissent. Ton employeur ne peut pas t'imposer un vaccin ou un test lui-même, mais il peut te demander de consulter le **médecin du travail** s'il estime que ta situation de santé pose un problème pour le poste occupé.

C'est le médecin du travail, et lui seul, qui évalue ton aptitude. Il peut recommander une vaccination dans certains contextes très spécifiques (exposition à des agents biologiques, travail en laboratoire, certains métiers du soin), mais cette recommandation passe par une visite médicale encadrée, pas par un simple ordre managérial.

Cette distinction change tout. Un mail RH qui dit « vaccinez-vous, sinon vous ne pourrez pas revenir » n'a aucune valeur juridique s'il ne s'appuie pas sur un avis médical formalisé. Tu peux légitimement demander que la question passe par la médecine du travail plutôt que par un ultimatum administratif.

Certains secteurs font exception à cette règle générale. Les professionnels de santé, les personnels de crèche, certains métiers en contact avec des populations fragiles peuvent être soumis à des obligations vaccinales fixées par la loi ou par arrêté, avec des sanctions spécifiques en cas de refus.

Les pièges à éviter avant de refuser quoi que ce soit

Attention à ne pas confondre refus légitime et négligence coupable. Si ton poste t'expose réellement à des risques sanitaires précis, et que la médecine du travail a formalisé une préconisation, ignorer cet avis peut jouer contre toi en cas de litige.

Autre piège fréquent : certains employeurs glissent une clause de vaccination obligatoire dans le règlement intérieur ou dans le contrat de travail. Cette clause n'a de valeur que si elle repose sur un texte légal ou réglementaire précis, jamais sur la simple volonté de l'entreprise.

Si ton employeur te retire des jours de salaire, te met à pied ou refuse ton retour au poste suite à un refus de vaccination non justifié légalement, tu disposes d'un recours devant le conseil de prud'hommes. La jurisprudence est plutôt protectrice sur ce terrain, tant que le poste occupé ne relève pas d'une obligation légale spécifique.

Il faut aussi distinguer la vaccination obligatoire du calendrier vaccinal classique (DTP, par exemple), qui concerne ta santé personnelle et n'a rien à voir avec une exigence professionnelle. Ton employeur n'a pas non plus à connaître ton statut vaccinal général, sauf obligation légale précise liée au poste.

Dernier point utile à connaître : ton employeur ne peut pas te demander de justifier médicalement une absence courte liée à un rhume ou une grippe saisonnière sans respecter les règles classiques d'arrêt maladie. Le sujet vaccination ne change rien à ce cadre déjà protecteur.

Ce qu'il faut retenir avant le prochain mail RH

La règle est simple à mémoriser : sauf texte légal précis lié à ton métier, ton employeur ne peut ni t'imposer un vaccin ni conditionner ton emploi à un test médical. Cette décision t'appartient, et à toi seul.

La prochaine fois qu'un mail collectif évoquera une « obligation » de ce type, tu sais désormais qu'il s'agit le plus souvent d'une recommandation présentée comme un ordre.

Partage cet article, beaucoup de salariés l'ignorent encore et se sentent obligés d'obéir sans vérifier.

[Vaccins : des scientifiques pensent que le secret est déjà dans votre sang](#)

Par [Marta Iraola Iribarren](#)

Publié le 24/08/2026 - 13 h 7 UTC+2 • Mis à jour 13:13

Vaccins : des scientifiques pensent que le secret est déjà dans votre sang

Des marqueurs sanguins présents avant la vaccination pourraient prédire la force de la réponse immunitaire, selon une nouvelle étude

Tout le monde ne réagit pas de la même façon aux vaccins. La vigueur de la réponse immunitaire varie selon l'âge, le sexe, les antécédents médicaux et la génétique.

Dans une nouvelle étude publiée dans la revue [Cell Press Blue \(source en anglais\)](#), des chercheurs du programme SeroNet de l'Institut national du cancer des États-Unis se sont penchés sur la manière dont des anticorps préexistants contre des microbes courants peuvent prédire la réponse d'une personne à de nouveaux vaccins.

« Certains biomarqueurs, lorsqu'ils sont analysés à l'aide de l'IA, permettent de prévoir qui a des chances de bien répondre à un vaccin, avant même de l'avoir reçu », explique Joshua LaBaer, qui a dirigé l'étude, suggérant que certaines personnes sont mieux préparées sur le plan immunitaire que d'autres.

L'immunosuppression, c'est-à-dire un système immunitaire affaibli, est associée à une réponse en anticorps plus faible après la vaccination, ce qui augmente le risque d'infection, la gravité de la maladie et la mortalité.

Les chercheurs ont constaté qu'avant même l'administration d'un vaccin, le système immunitaire laisse déjà entrevoir la façon dont il réagira et la robustesse de cette réponse.

L'étude a analysé plus de 8 000 échantillons de sang provenant de plus de 4 000 personnes, à la recherche d'anticorps dirigés contre 185 antigènes issus de virus et bactéries courants ainsi que de cibles liées à des maladies auto-immunes.

L'étude incluait des volontaires en bonne santé, mais aussi des personnes immunodéprimées en raison de pathologies comme le VIH, le myélome multiple ou une greffe d'organe solide, tous ayant reçu le vaccin contre le Covid-19.

Related [Réforme vaccinale de Trump : méfiance accrue, Europe plus vulnérable](#)

Les chercheurs ont ensuite eu recours à l'intelligence artificielle pour analyser les profils des échantillons recueillis avant et après la vaccination contre le Covid-19, identifiant des signatures d'anticorps permettant de classer les patients comme bons ou mauvais répondeurs au vaccin.

Ils ont identifié ce qu'ils appellent des « anticorps sentinelles », qui servent de marqueurs de la probabilité de réponse immunitaire à un vaccin donné et aident à prévoir la réaction de l'organisme face au virus.

« Nous avons identifié des signatures antimicrobiennes universelles associées positivement aux 25 % de meilleurs répondeurs au vaccin contre le Covid-19 », soulignent les chercheurs.

L'étude a montré que des niveaux élevés de certains anticorps préexistants, notamment contre des agents courants comme *Staphylococcus aureus*, le virus respiratoire syncytial (VRS) et le virus parainfluenza humain de type 3 (HPIV-3), étaient associés à des réponses vaccinales plus fortes contre le Covid-19.

Les stratégies de vaccination évoluent

En utilisant les profils d'anticorps antimicrobiens préexistants comme biomarqueurs prédictifs, les cliniciens pourraient identifier, avant l'immunisation, les personnes susceptibles de développer une réponse immunitaire faible.

L'étude a utilisé l'apprentissage automatique pour construire des modèles prédictifs capables de repérer les individus dont la réponse vaccinale est sous-optimale.

«Prévoir quelles personnes développeront une faible réponse en anticorps avant la vaccination pourrait améliorer les stratégies de vaccination personnalisées», écrivent les chercheurs.

Cela ouvrirait la voie à des interventions ciblées, comme des calendriers de doses adaptés, le recours à d'autres types de vaccins ou des rappels supplémentaires pour les personnes les plus à risque.

Ce texte a été traduit avec l'aide de l'intelligence artificielle et publié initialement en [anglais](#)

Au cœur de l'Université Paris-Cité, l'Institut Ad Memoriam donne à voir et à penser les traces laissées par la pandémie de Covid par l'ouverture d'un lieu de mémoire conçu comme un « espace pérenne de débat et de transmission ».



Crédit photo : Jean-Marie Dufour

Comment préserver les traces laissées par [la pandémie de Covid](#) et penser les suivantes ? C'est la question à laquelle s'attelle le lieu de mémoire de la pandémie, premier de ce type en France et en Europe, créé par l'anthropologue Laëtitia Atlani-Duault, fondatrice et présidente de l'Institut Ad Memoriam. Inauguré le 28 mai, il ouvrira ses portes au public en septembre au cœur de l'Université Paris-Cité (ancien site de l'Université Paris 5 Descartes). Il s'inscrit dans une démarche à la fois mémorielle, scientifique et prospective, portée par l'Institut dès sa création en 2020.

Sur les murs, l'exposition permanente conçue par Laëtitia Atlani-Duault et l'historien George Vigarello s'articule autour d'une double hypothèse : la pandémie et les mesures de lutte contre la propagation du Covid ont constitué une rupture anthropologique en bouleversant notre rapport à l'espace, au temps et aux liens sociaux, mais la crise sanitaire

a aussi agi comme un accélérateur de changements sociaux, révélant ou amplifiant des dynamiques préexistantes.

Des récits dramatiques et de résilience

Les six panneaux qui composent l'exposition explorent ces thèmes. Le parcours débute par une présentation de l'Institut Ad Memoriam : ses origines, ses missions et son rôle **pionnier** dans la collecte des traces de la pandémie. Il se poursuit par une mise en perspective historique des pandémies du passé (peste, choléra, grippe espagnole, etc.) pour montrer que le Covid s'inscrit dans une histoire longue des crises sanitaires. Il témoigne ensuite du basculement du monde, ce moment où chaque individu a pris conscience de la gravité de la situation, par des récits croisant les regards entre médecins, enseignants, enfants, seniors... *« On a voulu que cette exposition soit représentative des témoignages qui nous ont été confiés par les Français : pas seulement des récits dramatiques, mais aussi des moments de résilience, de créativité... »*, explique Laëtitia Atlani-Duault.

Les derniers panneaux explorent les hypothèses de la rupture anthropologique, caractérisée par la perte de maîtrise de l'espace (confinement), du temps (impossibilité de prévoir), des relations sociales et par des changements sociaux, avec l'émergence de nouvelles pratiques (télétravail, visioconférence), mais aussi de solidarités et de prises de conscience collectives. L'exposition se conclut par une ouverture sur l'avenir en tentant de tirer des enseignements de la période pour anticiper les crises futures, qu'elles soient sanitaires ou climatiques. *« Ce lieu de mémoire est plus qu'un musée : c'est un espace où l'on confronte les mémoires, où l'on débat, où l'on prépare l'avenir »*, souligne George Vigarello. L'exposition s'appuie sur des supports variés : des témoignages écrits et oraux collectés via un appel national lancé par l'anthropologue en 2020 ; des photos d'objets du quotidien (masques, dessins d'enfants, photos de balcons, etc.), certains de ces objets venant du **MuCEM** (Musée des Civilisations de l'Europe et de la Méditerranée) ; des archives historiques (textes sur les quarantaines, gravures, etc.) ; des dessins du célèbre caricaturiste du *Monde*, Plantu, qui apportent une dimension émotionnelle et symbolique. Le tout est accompagné d'écrans interactifs permettant de consulter des archives numériques, livres et vidéos.

Ce lieu de mémoire de la pandémie a été pensé comme un *« espace pérenne de débat et de transmission »*, raconte Laëtitia Atlani-Duault. Si des initiatives mémorielles ont émergé ailleurs, à l'instar du mur mémorial national du Covid à Londres, *« rien ne ressemble à notre approche : un lieu vivant, académique, ouvert au débat et à la recherche »*, poursuit-elle.

Tirer les leçons des crises

L'exposition est une des traductions des ambitions de l'Institut Ad Memoriam. Ce réseau, qui regroupe des chercheurs, des professionnels de santé, des associations, des musées et institutions culturelles et des acteurs de la société civile, s'est fixé trois axes de travail : la collecte et l'analyse des traces et mémoires de la pandémie ; la diffusion des connaissances par des publications, des événements (colloques, séminaires, tables rondes) et la sensibilisation des autorités pour nourrir les politiques publiques.

L'ambition est aussi d'accompagner l'émergence de nouvelles pratiques commémoratives. Depuis 2021, l'Institut, la Fédération hospitalière de France (FHF) et de nombreuses associations de victimes du Covid portent un plaidoyer pour que le 17 mars (date du premier confinement en France) devienne une journée de mémoire et de reconnaissance pour l'ensemble de la société française. Cette journée ne doit pas seulement rendre hommage aux victimes et aux soignants, mais *« à la société tout entière qui a été touchée et mobilisée »*, souligne Laëtitia Atlani-Duault. *Elle serait un moment de réflexion, de reconnaissance au sens fort du terme, et de rite de passage »*.

Cette perspective est celle de l'Institut Ad Memoriam, alors que la pandémie de Covid a montré la nécessité de tirer des leçons pour anticiper les prochaines crises (sanitaires, climatiques, géopolitiques) et le rôle de la mémoire collective dans la résilience et la préparation psychologique des populations. « *Ces questions reviendront. Il faut en garder la trace pour mieux agir demain* », juge Laëtitia Atlani-Duault.

Ce lieu de mémoire vivant de la pandémie, espace de débat et de réflexion porté par un institut académique, est d'autant plus important qu'il n'y a pas eu, en France, d'effort pour tirer des enseignements à l'échelle nationale de la crise (un grand Retex ou retour d'expérience). Si certaines administrations (comme la Direction Générale de la Santé - DGS) ont engagé des réflexions, la France manque encore d'une analyse globale et transversale « *qui reviendrait à la fois sur les décisions prises aux plus hauts sommets de l'État jusqu'aux actions quotidiennes des habitants, associations, collectivités locales et acteurs économiques. On passe d'une crise à l'autre sans tirer des enseignements de ce que nous avons vécu. Un lieu de mémoire comme Ad Memoriam peut, aussi, rappeler l'importance de ces retours d'expérience* », insiste l'anthropologue. L'enjeu est bien d'éviter que les erreurs du passé ne se répètent. Les vagues de chaleur qui ont frappé la France depuis le mois de mai sont un bon rappel de l'importance de tirer des leçons des crises si l'on veut se préparer à celles à venir.

[À 42 ans, en fauteuil après trois doses de Pfizer : Valérie témoigne](#)

[Magazine Nexus](#) Le 29 août 2026 32 min

Valérie raconte avoir accepté la vaccination pour conserver son emploi et obtenir un CDI. Après trois doses de Pfizer, elle décrit des douleurs généralisées, des paralysies, un épuisement extrême et de multiples pathologies. Désormais en invalidité, elle témoigne de l'errance médicale, de l'isolement et de son engagement auprès d'autres victimes.

