

Bonjour à tous. Nous avons le plaisir une fois de plus, de recevoir le Docteur Peter McCullough dans cette émission pour un nouveau debriefing. Hier, nous avons vu la FDA accorder l'approbation complète pour le vaccin de Pfizer-BioNTech. Et nous avons pensé qu'il était très important d'obtenir une réaction aussi rapide que possible d'un homme expérimenté qui a été un expert dans la couverture de la crise. Bonjour à tous et bonjour, Peter. Et bienvenue à nouveau dans cette émission. Quelle a été votre première réaction lorsque vous avez appris la nouvelle hier ?

Eh bien, vous savez, en tant que médecin universitaire, je suis formé en épidémiologie. Je suis très impliqué dans les essais cliniques. J'ai fait de nombreuses présentations de ce genre à la FDA [équivalent ANSM] j'ai également participé à des groupes de travail chargés de décider si les produits devaient être approuvés ou non. Je suis tout à fait familier de la procédure. Et lorsque j'ai examiné les produits de la réunion, qui était une réunion à huis clos, il n'y avait pas d'avis, des lettres ont simplement été envoyées à Pfizer et à BioNTech. Je crois comprendre que l'examen des données était limité. Il a été largement axé sur les données héritées, c'est-à-dire les données originales des essais cliniques avec des souches de covid 19 antérieures qui ne sont tout simplement pas en circulation à l'heure actuelle. En effet, il n'a pas été tenu compte de ce qui s'était passé lors de la pandémie de Covid-19 en termes de données de sécurité après la commercialisation rapportées dans les différentes bases de données de sécurité du monde entier. On n'a pas non plus tenu compte des données du monde réel et du variant Delta.

Donc, c'est en somme une approbation complète basée sur toutes les données au moment de l'autorisation initiale d'urgence : Pfizer-BioNTech devait fournir des données supplémentaires, des informations supplémentaires telles que la biodistribution, l'immunotoxicité, la génotoxicité. Savez-vous si ces données ont été effectivement fournies ?

Non, je ne le sais pas. Mais j'ai vu dans la lettre de réponse qu'il y avait un appel pour plus d'études sur la myocardite ou l'inflammation cardiaque. Et bien sûr, des études supplémentaires sont nécessaires aux États-Unis à partir des systèmes du VEARS et du CDC. Il y a maintenant plus de 4000 cas de myocardite et l'analyse originelle sur seulement quelques centaines de cas par le CDC et la FDA montrait qu'il s'agissait d'individus plus jeunes, des hommes, plus que des femmes, 90% ont été hospitalisés. Ils se sont présentés dans les deux jours suivant la première ou la deuxième injection. Il y avait des douleurs thoraciques, des signes ou des symptômes d'insuffisance cardiaque, des élévations de la troponine cardiaque, des modifications de l'ECG (électrocardiogramme). Ils ont nécessité une surveillance cardiaque. Un quart d'entre eux avaient une fonction de pompage cardiaque réduite, et ils ont dû prendre des médicaments contre l'insuffisance cardiaque pendant des mois pour voir si le syndrome se résorbait. Et c'est exactement ce que je vois dans ma pratique clinique. Donc, il faut soit étudier davantage la myocardite ou la façon dont cela se produit. Mais plus important encore, ce que le public veut voir, c'est la réduction des risques. Il incombe vraiment à Pfizer et BioNTech ainsi qu'à la FDA de réduire les risques de ce syndrome lésionnel pour le public.

Donc, s'ils n'ont pas fourni ces informations, si la FDA exige plus d'informations concernant ces effets secondaires et les événements indésirables que vous avez vus dans la base de données, n'êtes-vous pas surpris qu'ils accordent une telle autorisation si rapidement pour un nouveau vaccin ou de nouveaux traitements ? C'est moins d'un an après que l'autorisation d'urgence a été donnée. Si l'on considère un autre vaccin, d'après votre expérience, serait-il normal que vous obteniez une sorte d'autorisation complète moins d'un an après ?

Cela prend des années pour obtenir une approbation. Certains médicaments ont un cycle de développement de 10 à 20 ans avant d'être approuvés. Il est sans précédent qu'un produit comme celui-ci, soit si largement utilisé, intégré à un programme d'utilisation public au moyen d'une autorisation d'utilisation d'urgence, et qu'avec vraiment très peu de données supplémentaires par rapport aux essais cliniques originaux, l'approbation soit accordée. Nous avons examiné la lettre écrite à Pfizer, qui n'était pas une approbation, mais plutôt une extension de l'autorisation d'utilisation d'urgence [équivalent AMM conditionnelle], mais BioNTech, lui, était approuvé. En fait, le nom de la marque reviendra à BioNTech. On ne sait donc pas comment la collaboration va se poursuivre. Mais les seules données supplémentaires étaient en fait des données d'extension, de continuation des essais originaux, où il y a eu un brouillage de l'essai en double aveugle. Et nous n'avons pas vu de bénéfice en termes de mortalité. Et dans les rapports, dans les lettres de réponse de la FDA, l'efficacité du vaccin était toujours élevée, supérieure à 90 %, mais présentait une très faible réduction du risque absolu dans les essais originaux, moins de 1% des personnes sous traitement actif et sous contrôle ont contracté le Covid-19 ! Cela signifie que les vaccins n'ont pas été mis à l'épreuve par la communauté. Et nous avançons rapidement maintenant, quand nous voyons que les vaccins sont contestés dans la communauté, nous voyons l'échec du vaccin.

Et donc si nous nous revenons à ce que vous venez de dire, à savoir l'échec vaccinal. Quelles sont les implications pour les patients, pour le citoyen, le profane dans la rue ? Auront-ils plus d'informations dans la notification ? Auront-ils plus de révélations ?

J'espère qu'ils l'auront. Notre centre de contrôle des maladies, son site web est un trésor de données, donc vous pouvez toujours vous en tenir à ce que le CDC nous dit. Le CDC a rapporté le 1er mai qu'il y avait plus de 10 000 infections vérifiées avec un mécanisme d'échappement immunitaire, et ce, avant que le variant Delta ne devienne prédominant. 10 000 cas, 9 % ont été hospitalisés, 3 % sont morts. Ça aurait dû les inquiéter. Ce ne sont que des cas rapportés spontanément. Ce n'est pas l'univers, ok. Séparément, le 26 juillet, le CDC a rapporté 6000 cas. Ils ont eu connaissance d'Américains longuement hospitalisés : 19% sont morts. Il ne semble donc pas y avoir de protection évidente contre l'hospitalisation ou le décès avec les vaccins utilisés aux États-Unis : Moderna, Pfizer et J&J Et puis, le CDC n'a donné aucune analyse différentielle. Mes patients veulent donc savoir, s'ils doivent prendre un vaccin, lequel est le meilleur, lequel va les protéger ? Aucune information sur Pfizer vs J&J, ni contre Moderna. Et ce sont des vaccins très différents. Nous savons que Pfizer ne contient que 30 microgrammes d'ARN messager par injection, alors que Moderna en contient 100 microgrammes ! Donc Moderna contient trois fois plus d'ARN messager que Pfizer, ils sont très différents. Johnson and Johnson utilise un vecteur adénoviral, tout comme AstraZeneca. Et donc nous avons des données différentielles qui émergent. Des collègues américains de la Mayo Clinic de Rochester, dans le Minnesota, ont constaté que l'efficacité estimée du vaccin au mois de juillet était de 72% pour Moderna, mais de 42% seulement pour Pfizer. Nous savons qu'en Israël, le ministère de la Santé a rapporté que dans plus de 15 000 cas pour le mois de juillet, plus de 80 % des personnes atteintes du covid et des personnes hospitalisées et malades ont été entièrement vaccinées. D'accord. Nous savons qu'à Singapour, à Gibraltar, en Islande, des pays qui suivent vraiment bien les données, une fois qu'ils sont arrivés à des pourcentages élevés de personnes entièrement vaccinées, il y a eu des explosions de cas chez les personnes entièrement vaccinées. Et le dernier élément de preuve est arrivé ces deux dernières semaines. Il s'agit d'un rapport d'Oxford dans une unité de Ho Chi Minh City au Vietnam ils ont verrouillé un hôpital entier lorsque certains travailleurs ont commencé à tomber malade. Ils les ont éloignés de tout le monde. Et ils les ont soigneusement analysés. Et ils ont découvert que les travailleurs entièrement vaccinés avec le vaccin AstraZeneca, selon leurs

estimations, pouvaient porter, lorsqu'ils contractaient le variant Delta, une charge virale 251 fois supérieure à celle d'une personne similaire avant l'ère de la vaccination. Les conclusions de l'étude d'Oxford, publiée dans Lancet, sont donc que les vaccinés sont de super-propagateurs, qu'ils transportent d'importantes charges virales, et qu'en fait, ils peuvent certainement contaminer et donc infecter les non-vaccinés. Donc, au lieu d'être présentée comme une crise des non-vaccinés, il s'agit en fait d'une crise provoquée par les individus vaccinés porteurs du variant Delta.

La dernière fois que nous nous sommes entretenus, nous avons parlé de certaines des affirmations scientifiques du président français, car en France, la vaccination des professionnels de la santé a été rendue obligatoire alors qu'aux États-Unis, l'impact de cette décision sur les professionnels de santé et les employeurs se fait sentir, que pensez-vous d'une telle mesure ? Car j'ai lu sur Internet que certains pensaient déjà rendre le vaccin obligatoire. Et le président Biden voulait rendre le vaccin obligatoire pour les militaires. Prévoyez-vous qu'il y aura une demande de vaccination en raison de cette garantie "augmentée" par l'approbation définitive de la FDA ?

Non, je ne pense pas. Les centres de vaccination sont pratiquement fermés depuis des mois aux États-Unis. Personne n'a pris le vaccin. Les taux de vaccination ont vraiment chuté à des niveaux minimum. Et c'est la raison pour laquelle il y a eu un renforcement de ces obligations. Avant la période de vaccination aux États-Unis, il n'y a pas eu de grandes épidémies dans les hôpitaux, aucune. Et un grand nombre de professionnels de santé sont totalement immunisés par une infection antérieure au covid-19. La majorité d'entre nous attrape le covid-19 par des membres de sa famille à la maison. Cela a été démontré dans des articles américains et chinois. 85 % de la transmission se fait à la maison, car il faut être en contact avec quelqu'un pendant une période suffisamment longue pour contracter le covid-19. Donc il n'y a eu aucune épidémie dans les écoles, les universités ou les hôpitaux avant la vaccination. Cet article d'Oxford, publié dans le Lancet, m'inquiète vraiment car nous pourrions commencer à avoir des épidémies dans les hôpitaux parmi les travailleurs vaccinés. Et si nous continuons à faire vacciner notre main-d'œuvre, nous nous préparons probablement à un désastre, car comme ils sont porteurs de charges virales très élevées, vous pouvez imaginer que des patients hospitalisés l'attrapent alors qu'ils sont déjà atteints par d'autres maladies et qu'ils contractent le COVID-19 en plus. C'est une recette pour un désastre médical.

Et Peter, pensez-vous que c'est l'illustration du phénomène d'anticorps facilitants [ADE], vous savez l'échappement du virus ?

Vous savez, j'ai hésité à essayer d'interpréter l'un ou l'autre de ces scénarios comme une aggravation dépendante des anticorps, car j'ai toujours considéré qu'il s'agissait traditionnellement d'une condition dans laquelle les anticorps permettent d'une certaine manière au virus de provoquer une infection plus grave chez la personne infectée. Mais en un sens, il pourrait s'agir d'un renforcement de la transmission à autrui dépendant des anticorps. Et cela a été confirmé par un article de "Farrington? And colleagues" sur les personnes atteintes du Delta, des Américains ici au Texas, à Houston, qui se transmettent le virus entre eux. Alors que les officiels du gouvernement conçoivent des systèmes de passeports, une main d'œuvre entièrement vaccinée, mais je vous ai dit que c'était une recette pour un désastre. Le virus a clairement muté. Les vaccins sont défaillants. Ils ne couvrent pas le problème pour le moment. Tout vaccin dont l'efficacité est inférieure à 50 %, ce qui, dans les données du monde réel, est certainement le cas pour Pfizer et probablement pour les autres vaccins, et un vaccin qui ne peut pas durer un an, c'est considéré comme un vaccin raté. Et nous savons maintenant qu'en Israël, bien avant une année écoulée, ils

commencent un programme de rappel. Aux États-Unis, ils ont déjà commencé un programme de rappel pour les immuno-déprimés en moins d'un an. En Israël, nous avons déjà des rapports de patients qui ont eu le rappel et qui ont contracté le covid-19 parce que les vaccins ne couvrent pas, c'est-à-dire qu'ils ne neutralisent pas le variant delta.

Maintenant, si nous passons à la raison d'une approbation si rapide, bien sûr, vous avez mentionné que parfois pour certains médicaments, cela prend 20 ans. Vous avez également mentionné que l'efficacité des vaccins était en baisse. Une étude a montré que Pfizer avait une efficacité de 42%, si nous lisons l'approbation de l'AMM conditionnelle [Emergency Use Authorization ≈ AMM conditionnelle] en fait, une autre condition était que l'efficacité du vaccin soit supérieure à 50%. Donc si nous descendons en dessous de 50%, d'un coup, le Pfizer-BioNTech ne remplit pas cette condition particulière. L'une des autres conditions était qu'il n'y ait pas de traitement précoce ou de traitement alternatif. Nous avons vu arriver un grand nombre de nouveaux traitements, qu'il s'agisse de médicaments repositionnés ou des nouveaux produits de Pfizer, etc. Donc, pensez-vous qu'il y avait une fenêtre d'opportunité que la FDA a vue ? Quelles sont les raisons sous-jacentes ? De votre point de vue ?

Je ne pense pas qu'elles soient soutenables. Je suis un peu en désaccord avec l'interprétation de l'évaluation de l'EUA : les vaccins sont indiqués pour prévenir le covid-19. Les traitements sont indiqués pour traiter le Covid 19 actif, il s'agit donc d'indications distinctes et ils ne devraient pas être en concurrence dans la même arène de EUA, si vous voulez. Mais il n'y avait aucune raison d'approuver entièrement Pfizer : Pfizer semble être le plus faible de tous les vaccins, avec le moins d'efficacité dans les données du monde réel. Pfizer a le plus grand nombre d'échecs vaccinaux qui sont déjà documentés à travers le monde. Concernant le programme de rappel de Pfizer, il semble que ce soit un échec. Donc pousser ce vaccin pour une approbation définitive, ce n'est tout simplement pas soutenable. Maintenant, si quelqu'un disait, écoutez, nous devons aller de l'avant avec le Moderna et avec le Moderna, nous atteignons des taux de réussite en conditions réelles plus hauts car la dose de Moderna est trois fois plus élevée que celle du Pfizer et des études montrent 70% d'efficacité du vaccin. Cela pourrait être une histoire différente. Donc, le fait que Pfizer soit mis en avant ne tient pas, cela ne semble pas être sage ou prudent. Tout cela n'a pas été évalué avec des comparaisons. Ce n'est pas soutenable parce qu'il semblerait que Moderna. et peut-être même Johnson & Johnson, ou AstraZeneca soient meilleurs.

Bien, merci pour la précision par rapport à mon erreur, au sujet des traitements précoces. Bien sûr, je ne suis pas un médecin, un spécialiste dans ce domaine, mais je pense qu'il est logique que nous posions cette question. Evidemment, nous avons vu que l'approbation de la FDA est susceptible de conduire à l'approbation européenne. Tout le monde ici est inquiet. Comment voyez-vous les prochaines étapes en ce qui concerne cette approbation de la FDA aux États-Unis ? Pensez-vous qu'elles seront plus licites ? Cela ouvre-t-il la voie à davantage de litiges ? Cela donne-t-il des bases de litige plus solides parce que vous avez une approbation complète, par rapport à une approbation temporaire ou d'urgence ?

Vous savez, c'est drôle que vous ayez commenté que les gens étaient inquiets maintenant. La population ne devrait pas s'inquiéter pour des médicaments sûrs et efficaces. Oui, la seule raison pour laquelle vous avez prononcé le mot "inquiet", c'est parce que les gens sont inquiets que ces produits ne sont pas sûrs et efficaces. Ce sont des mots très révélateurs. Vous savez, le public devrait accueillir, soulagé du covid-19, le public devrait accueillir des approches qui soulagent réellement le problème. Mais personne ne pense que les vaccins déchargent du

problème, et personne ne pense que les vaccins sont la solution. C'est amusant que vous mentionniez cela, car c'est la point de vue de la population. Les vaccins, en un sens, sont presque comme une sorte de menace redoutable qui pèse sur les populations. Ce que nous savons, c'est que des lettres ont été envoyées à Pfizer et BioNTech. Personnellement, je n'ai pas vu l'étiquette proposée pour l'emballage, je ne l'ai pas vue. Nous avons entendu parler d'une prochaine réunion qui se tiendra le 30 août. Donc, à mon avis, les organismes de réglementation ne devraient accorder aucune approbation tant que nous n'avons pas une proposition d'étiquette où nous avons ce qu'on appelle des informations importantes sur la sécurité et un ensemble intégré de données sur la sécurité, ce qui devrait clairement inclure toutes les données de post-commercialisation. Ainsi, les médecins et les infirmières ont fidèlement saisi les données dans le système de déclaration des événements liés aux vaccins [VAERS] et parce qu'ils sont inquiets que les vaccins aient causé ces lésions. Nous avons 545 000 lésions certifiées par le CDC. Ces lésions qui sont survenues avec Pfizer devraient figurer dans les informations de sécurité sur l'étiquette du produit. Et je pense que si ces informations n'apparaissent pas sur l'étiquette, celle-ci sera interprétée comme ne présentant pas un juste équilibre. Et toute personne qui envisage d'utiliser le produit Pfizer doit voir les avantages et les risques, et ceux-ci doivent être présentés de manière équitable. Et si les données de post-commercialisation ne sont pas présentées dans ce document, cela pourrait être un motif d'action en justice pour attaquer et demander une interruption temporaire ou un sursis et obtenir le retrait de Pfizer du marché.

Et si nous devons concilier les données du CDC et du VAERS, et l'approbation de la FDA, pourquoi la FDA n'a pas cherché à utiliser ces données, selon vous, car bien sûr ces données sont facilement disponibles - nous avons pu les examiner... Vous avez pu vous y plonger... Vous avez établi des statistiques à ce sujet. Nous avons vraiment examiné cela très attentivement également. Nous avons une biostatisticienne qui s'appelle Christine Cotton, qui s'est penchée sur toutes ces données qui étaient assez, je dirais, surprenantes, et préoccupantes. Les régulateurs devraient être là pour faire ce travail pour nous, pourquoi ne le font-ils pas ?

La FDA américaine et le CDC sont les sponsors officiels de l'enquête du programme public. Ils sont donc les bailleurs de fonds, donc vous avez raison. Non seulement ils ont accès, mais en plus ils dirigent le programme, et pas le NIH [National Institute of Health] ce sont eux qui dirigent le programme. Donc, bien sûr, ils sont responsables de ces données, et ils n'ont aucune justification pour les rejeter. Lorsque des événements de sécurité sont signalés aux VAERS [pharmacovigilance], ils reçoivent initialement un numéro temporaire, ensuite le CDC vérifie toutes les informations, et ils deviennent des numéros permanents. Et nous savons que le seuil de mortalité après une vaccination, même si elle n'est pas temporellement liée, serait d'environ 150 décès pour, disons, 278 millions d'administrations de vaccins, tous vaccins confondus aux États-Unis par an. Nous avons atteint 186 décès le 22 janvier ! Et donc, si nous avions eu un examen approprié par notre FDA, notre CDC et, mieux encore, si nous avions eu un comité externe de surveillance de la sécurité, un comité des événements cliniques, le programme aux États-Unis aurait été arrêté en février pour des signaux sur les décès, et ces décès auraient été analysés. Nous avons continué et continué, et aujourd'hui nous avons plus de 13 000 décès qui ont des numéros permanents du VAERS. 13 000 ! Pas 150, 13 000 ! Et il n'y a pas eu d'analyse. Nos agences ne nous ont pas dit de quoi les gens mouraient après le vaccin, évidemment en grand nombre. Un procès a été intenté à partir des données de la CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) qui extrapole que le nombre réel, il y a quelques semaines, est de 45 000 Américains sont morts après le vaccin. C'est un nombre sans précédent. Les médicaments habituels, s'il y a cinq décès inexplicables, il y a un avertissement "boîte noire". 50 décès, c'est le retrait du marché ! J'ai participé à l'examen de produits retirés du marché. Nous ne permettrions jamais qu'un produit reste sur le marché avec 45 000 décès dans un procès intenté contre les agences fédérales. Pas étonnant que

les Américains, les Européens et les autres ne veulent pas se faire vacciner. Pas étonnant que les gens soient sur le point de perdre leur emploi, mais il ne veulent pas perdre leur vie avec le vaccin. Une analyse réalisée par McLachlan et ses collègues de Londres à partir du VAERS et il a trouvé que 50% des décès surviennent dans les 48 heures suivant le vaccin. Ils sont très étroitement liés au vaccin. 80% des décès surviennent dans la semaine. 86% n'ont aucune autre explication ! Il semble que les patients allaient assez bien, ils sont entrés dans un centre de vaccination, et maintenant ils ont perdu la vie. Nous savons que les vaccins ont un mécanisme d'action dangereux. Il est logique que le corps produise, pour une durée et une quantité incontrôlées, de la dangereuse protéine spike du virus. Nous savons donc que les vaccins sont dangereux en termes de mécanisme d'action biologique. Et nous voyons vraiment un nombre sans précédent de décès après le vaccin sans aucune tentative pour atténuer le risque. Aucune agence gouvernementale n'a tenu de conférence de presse à l'intention de la population sur ce qui se passe avec les vaccins, en ce qui concerne les décès, les hospitalisations et autres effets indésirables graves. Il n'y a pas eu de rapport aux populations sur quel vaccin est le "gagnant". Les vaccins sont très différents. Lequel est le plus sûr ? Lequel a la meilleure efficacité ? Les gens en Europe, dans votre pays, et les gens aux États-Unis et ailleurs se voient simplement dire qu'ils doivent prendre un de ces vaccins sans aucune orientation. Et la population est terrifiée.

Et Peter, pour revenir à cette analyse qui a été faite par le scientifique britannique à partir des données du Vaers, bien sûr, nous avons vu dans les médias beaucoup d'informations concernant le fait que la corrélation n'est pas la causalité et qu'il y a une forte disparité entre les deux. Bien entendu, on s'attendrait à ce que les organismes de régulation procèdent à une analyse scientifique et médicale pour déterminer s'il existe un lien et une relation de cause à effet. Pourquoi cette analyse n'est-elle pas faite ? Parce que, bien sûr, quand vous avez des centaines de milliers de données, vous parlez de 45 000... Pour moi, c'est irréel ! Avec un certain nombre de milliers de données, vous devriez avoir suffisamment de données pour effectuer des autopsies, pour mener des analyses approfondies et, au minimum, fournir quelques informations ou des informations informelles, sans parler des informations scientifiques. Il reste donc à faire ce travail. Qui va faire ce travail ?

Les organismes de réglementation n'exigent pas la causalité pour prendre des décisions réglementaires. Lorsque des médicaments ont un avertissement "boîte noire", ils sont retirés du marché, ils n'exigent pas qu'ils aient la preuve que le médicament a causé la mort : c'est simple, "écoutez si la mort ne peut pas être expliquée, soyez prudent, retirez le médicament du marché." Donc la causalité n'est pas un indicateur clé pour les décisions de régulation. Mais cela dit, cela a été appelé "les locataires de la causalité". Donc ce qui devrait se passer, c'est qu'un comité indépendant chargé des événements critiques devrait examiner chaque décès, et il devrait examiner les conditions dans lesquelles il s'est produit. Le patient est-il mort dans le centre de vaccination ? Est-il mort dans la voiture sur le chemin du retour ? Quelles ont été les circonstances du décès ? Qu'est-ce qui est ressorti du laboratoire, de l'évaluation de l'hôpital, s'il est arrivé à l'hôpital, qu'a dit l'ambulancier ? Et au moins deux examinateurs ou plus devraient se pencher sur chaque cas et décider si le décès était vraiment lié au vaccin ou non. Et puis, s'il y a un désaccord, il y a une façon de statuer que nous utilisons dans les essais cliniques, qui devrait être faite dans ce programme. Il s'agit du programme de vaccination de masse le plus important de l'histoire de l'humanité. Chaque décès devrait faire l'objet d'un examen approfondi et d'une évaluation de la causalité.

Lorsque nous examinons les données épidémiologiques globales, nous attribuons la causalité selon ce que l'on appelle les principes de causalité de Hills. La première question que nous nous posons est de savoir si le décès est survenu en association temporelle avec le vaccin. Et je vous le dis à partir de l'analyse de McLachlan, à coup sûr, les gens reçoivent le vaccin et ils meurent. Je veux

dire, c'est vraiment étroitement lié temporellement. Ensuite, la question suivante est : est-ce cohérent en interne ? Est-ce qu'on voit ça encore et encore, mois après mois ? Si cela se produit depuis le début, la réponse est oui. C'est cohérent en interne. Ensuite, la question suivante est : est-ce cohérent au niveau externe ? Le voyons-nous aux États-Unis, en France, au Royaume-Uni, etc.? Oui, c'est cohérent au niveau externe. La question suivante est : l'ampleur de l'association est-elle importante ou s'agit-il simplement d'un très petit signal ? On pourrait dire, écoutez, c'est important. Je veux dire, vous parlez de milliers de personnes qui ont perdu la vie après le vaccin. Et puis l'une des dernières questions que vous posez : est-ce biologiquement plausible ? Est-ce que le mécanisme d'action, est-ce que ce vaccin a un mécanisme d'action qui pourrait réellement être mortel ? Et la réponse est oui. La protéine spike que nous connaissons peut clairement être mortelle. Ce qui rend la covid-19 létale, c'est la protéine spike. Donc, bien sûr, si nous incitons le corps à produire de grandes quantités de protéine spike pendant une période de temps vraiment incontrôlée, vous pouvez imaginer que certaines personnes doivent absorber plus de vaccin et produire beaucoup plus de protéine spike, et c'est immédiatement fatal. Et dans l'analyse de McLachlan, et une autre de Reiss de l'American General Public Health Policy and Law, ils montrent que les personnes qui meurent sont des personnes âgées. Ce sont donc des personnes âgées qui ne peuvent pas supporter cette production massive de protéines de pointe. Maintenant, évidemment, la majorité des gens se sont fait vacciner, ils ont eu mal au bras et c'est fini, et avec un peu de chance, ils vont bien. Mais chez certains, et nous devons nous concentrer sur ces personnes vulnérables, ils ont perdu leur vie avec le vaccin. Nous savons, c'est dans l'article de Reiss, que les blessures non-mortelles ont tendance à se produire chez les personnes plus jeunes et dans quatre grands systèmes d'organes et nos alarmes régulatrices de la forme physique, et c'est le système cardiaque, neurologique, immunologique et hématologique.

Eh bien, Peter, merci beaucoup pour toutes ces explications concernant la décision de la FDA d'approuver pleinement le vaccin Pfizer-BioNTech hier. Vous semblez être sceptique quant à cette approbation car elle ne repose pas sur de nouvelles données. Il y a, bien sûr, une nouvelle réunion le 31 août, qui, selon toute probabilité, apportera un éclairage supplémentaire. Vous contestez également le fait que les régulateurs mènent leur propre programme. Par conséquent, il y a un manque d'indépendance à ce sujet, et, bien sûr, nous resterons en contact afin de voir ce qui se passe, quels sont les prochains développements, en ce qui concerne l'adoption des vaccins ou le potentiel des recours qui découleront de cette nouvelle décision. Merci beaucoup, Peter, pour cela. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Eh bien, je veux juste vous remercier de m'avoir invité à l'émission et dire, écoutez, il n'y a pas de substitut à l'examen par les pairs. Il n'y en a pas. Il n'y a pas de substitut à des panels de médecins donnant des avis scientifiques et médicaux valides. Nous en avons besoin en ce moment, nous avons besoin d'un travail d'équipe plus que tout autre chose. Et si les produits ne fonctionnent pas, s'ils ne sont pas sûrs. Ils doivent être retirés du marché.