

---

Jeanne Traduction

# Grand Jury – Session 3<sup>1</sup>

13 février 2022

---

Un groupe d'avocats internationaux et un juge mènent une enquête criminelle sur le modèle des procédures du Grand Jury des États-Unis afin de présenter au public toutes les preuves disponibles des crimes contre l'humanité commis sous couvert du covid-19. À ce jour, cette enquête est menée contre les « *dirigeants, organisateurs, instigateurs et complices* » qui ont aidé, encouragé ou participé activement à la formulation et à l'exécution d'un plan commun pour une pandémie. Cette enquête est menée par le peuple, avec le peuple et pour le peuple et vous pouvez donc faire partie du jury.

En montrant une image complète de ce à quoi nous sommes confrontés [y compris la toile de fond géopolitique et historique] la procédure vise à créer une prise de conscience sur l'effondrement réel du système actuel et de ses institutions et, par conséquent la nécessité pour les peuples eux-mêmes de reprendre leur souveraineté et la nécessité d'arrêter d'abord les mesures de cette pandémie en refusant de s'y conformer et la nécessité de lancer leur propre nouveau système de soins de santé, d'éducation, d'économie et de justice, afin de rétablir la démocratie et l'État de droit sur la base de nos constitutions.

---

## Les Intervenants

Reiner Fuellmich	Allemagne et USA – Avocat
Rui Fonseca e Castro	Portugal – Juge
Astrid Stuckelberger	Suisse – Scientifique internationale de la santé et chercheuse
Virginie de Araujo Recchia	France - Avocate
Ana Garner	USA - Généticienne, avocate et procureur au Nouveau-Mexique
Mike Yeadon	Grande-Bretagne – ex-directeur scientifique Pfizer 2011
Dexter L-J. Ryneveldt	Afrique du Sud - Avocat
Ulrike Kämmerer	Allemagne – Virologue, immunologiste (biologie humaine).
Viviane Fischer	Allemagne - Avocate
Dolores Cahill	Irlande – Biologiste moléculaire
Sonia Pekova	Tchèque – Biologiste moléculaire
Bryan Ardis	USA – Médecin, praticien holistique, pdg d'ArdisLab.com
John O'Looney	Royaume-Unis – Directeur de Pompes funèbres
Shankara Chetty	Afrique du Sud – Praticien généraliste
Thomas Binder	Suisse - Cardiologue

---

<sup>1</sup> <https://odysee.com/@Illusion2Reality:b/Grand-Jury-Day-3-:1>



Bonjour et bonsoir à tous ceux qui, où qu'ils se trouvent, suivent ce troisième jour de l'enquête du grand jury du Tribunal de l'opinion publique sur le problème du coronavirus.

Hier, nous avons entendu un groupe d'experts qui nous ont expliqué la toile de fond géopolitique et historique de ce à quoi nous avons affaire et ce dont certains d'entre nous souffrent à présent.

Aujourd'hui, nous allons examiner de plus près le test PCR qui est à la base de tout ce que nous voyons. Mais avant de commencer la session d'aujourd'hui, le juge Rui va faire un résumé de ce que nous avons appris hier.



Merci, Reiner. Voici le résumé du deuxième jour de l'enquête du grand jury du tribunal de l'opinion publique. Hier, le 12 février 2022, ce tribunal, avec l'aide de certains experts, examinait le contexte dans lequel se déroule la pandémie de coronavirus. Trois experts du Royaume-Uni, Alex Thompson et Brian Gerrish, tous deux anciens employés des services secrets britanniques, ont expliqué, avec Debi Evans, que le véritable centre du pouvoir derrière tout ce qui se passe est totalement indépendant de l'Angleterre, de Londres, de la city<sup>2</sup> de Londres et de l'industrie financière criminelle qui y a émergé et qui s'étend maintenant au monde entier. Tout émane de la cinquième colonne, Wall street aux États-Unis.

Cette mafia financière a été responsable des première et seconde guerres<sup>3</sup> mondiales. Dans chaque cas, ils ont financé les deux côtés du conflit. Le terrorisme et le trafic de drogue ont également été inventés par la mafia financière de la city de Londres et en tire également du profit. Cette mafia financière est dirigée par un petit groupe de familles, par le biais d'organisations criminelles, d'autres parties privées dont la fondation Gates en prenant le contrôle des soins de santé d'abord en Angleterre puis dans le monde entier. Les soins de santé sont utilisés comme un levier par cette caste.

Avec l'aide de l'une des plus importantes plateformes de ce groupe, le wef<sup>4</sup> et des politiciens élevés par le programme des young global leaders<sup>5</sup> du wef, ils s'efforcent d'obtenir le pouvoir et le contrôle total de toute la population mondiale. Car dans cette vision antisociale et antihumaine de la population mondiale, les êtres humains ne présentent plus aucune pertinence pour eux.

- 
- 2 La cité de Londres, la city ou « square mile », est une cité et un comté cérémoniel à l'intérieur du grand Londres. Le mode d'administration est unique en Angleterre. La city concentre les sièges sociaux de nombreuses banques, compagnies d'assurance et grandes entreprises multinationales.
  - 3 Les guerres sont monstrueuses : toutefois, pour quelle raison leur donner de la majuscule ? Nous réservons le même sort à la city de Londres, à la fondation Gates, au wef (forum de Davos), au ygl, young global leaders...
  - 4 Le forum économique mondial (fem) ou world economic forum (wef), créé par Klaus Schwab en 1971, souvent appelé forum de Davos, est une fondation à but non lucratif et une organisation de lobbying dont le siège est à Genève. Le forum réunit des membres payants, des dirigeants d'entreprises, des responsables politiques du monde entier ainsi que des intellectuels et des journalistes, afin de débattre les problèmes les plus urgents de la planète.
  - 5 Le young global leaders (jeunes leaders mondiaux) est une organisation indépendante à but non lucratif gérée depuis Genève, en Suisse, sous la supervision du gouvernement suisse. Lancés en 2005 par Klaus Schwab, les ygl sont gouvernés par un conseil d'administration de douze leaders mondiaux et industriels. Font partie des ygl : Gabriel Attal, Leonardo DiCaprio, Alexander De Croo, Macron, Michael Schumacher, Zuckerberg...

Matthew Ehret du Canada et Whitney Webb des États-Unis ont expliqué que le Canada est toujours complètement sous le contrôle de la couronne britannique. Cela explique la raison pour laquelle Justin Trudeau du programme ygl du wef a pris ses fonctions en jurant explicitement allégeance à la couronne britannique, à savoir à la reine Elizabeth.

Aux États-Unis, cependant, il semble y avoir une différence. Leur domination du monde anglo-américain envisagée par la city de Londres pour le marché financier de Londres, n'a pas pris. Il y a deux systèmes qui existent maintenant aux États-Unis.

L'un est le système de ceux qui veulent se séparer des pilliers européens, en particulier la city de Londres. L'autre est le soi-disant État profond<sup>6</sup> dirigé par Henry Kissinger, entre autres, qui continue précisément à poursuivre cette domination mondiale. Le rôle des dirigeants chinois sera d'étendre le système du crédit social. D'abord en Chine, puis dans le monde entier.

James Bush, lieutenant-colonel à la retraite de l'armée américaine, inclut la supervision des laboratoires des niveaux 3 et 4 aux États-Unis. Il parle de l'opération Dark Winter<sup>7</sup> à laquelle il a lui-même participé en 2001, Lockstep<sup>8</sup> par la fondation Rockefeller et enfin l'Event 201<sup>9</sup> d'octobre 2019, pour expliquer que la mafia financière a prévu depuis au moins 20 ans d'utiliser la santé pour mettre en scène la panique épidémique. Précisément ce qui a été fait en octobre 2019, comme une répétition générale, a été mis en œuvre depuis le début de 2020.

Les doctresses Silvia Behrendt et Astrid Stuckelberger, qui ont toutes deux travaillé à l'oms, nous ont expliqué que cette mafia financière a désormais pris le contrôle étendu non seulement de l'oms, mais aussi de l'onu, par le biais des règles et règlements de l'oms qui n'ont aucune légitimité démocratique et de sa propre constitution qui n'a pas non plus de légitimité démocratique. Les véritables réglementations juridiques et constitutions nationales sont effectivement suspendues, ou le seront bientôt.

En fait, seules les parties privées, en particulier la fondation Gates, déterminent le cours de l'oms. En janvier 2020, il n'y avait pratiquement aucun cas au début de la pandémie de corona prévue depuis longtemps. C'est ce qu'il leur fallait pour déclarer une urgence de santé publique de portée internationale. Car c'est la seule base sur laquelle il est possible d'utiliser de nouveaux médicaments non testés sur des humains. Ils ont donc créé ces cas artificiellement avec l'aide des tests PCR d'un certain Christian Drosten, de l'hôpital de la Charité à Berlin.

Les nombreuses personnes de cette mafia financière ont infiltré ce qu'ils pensent être des positions stratégiques importantes dans la politique, les médias et le système judiciaire et bien sûr, la médecine dans le monde entier. C'était donc un résumé de ce qui s'est passé lors de la deuxième session du tribunal populaire de l'opinion publique. Merci.

---

### 7:37 Reiner Fuellmich

Merci, Juge Rui de Castro.

Cela nous mène directement à la discussion sur le test PCR, car il est à la base de toutes les mesures, comme nous allons bientôt le découvrir. Nous allons commencer par examiner la signification du test PCR dans le système de l'organisation mondiale de la santé. Le Dr Stuckelberger nous en expliquera quelques détails.

---

### 8:07 Astrid Stuckelberger



Oui, merci Reiner.

Je veux d'abord dire que l'oms n'a jamais utilisé la PCR du règlement sanitaire international de 2005, jusqu'à la grippe porcine où Drosten est entré en jeu et a tenté son crime. La PCR est une

technologie qui remplace le médecin et vous pouvez comparer, c'est ce que je fais souvent, ce qui s'est passé avec le SARS-CoV-1 par rapport au SARS-CoV-2. Le SARS-CoV-1 n'était pas du tout géré par une technologie, c'était la symptomatologie qui comptait, les médecins étaient au centre du processus de validation. C'est ce qui a complètement disparu avec le SARS-CoV-2.

---

6 L'état profond, transcription de l'américain deep state, est une conception politique désignant au sein d'un État, une hiérarchie parallèle ou une entité informelle détenant secrètement le pouvoir décisionnel sur la société et toutes les décisions politiques d'une démocratie.

7 L'opération dark winter est une simulation d'attaque bio-terroriste en 2001.

8 L'opération lockstep est une simulation d'épidémie virale en 2010.

9 L'event 201 est une simulation d'épidémie en octobre 2019.

L'autre chose, très différente, est que dans la formation sur la mise en œuvre du règlement sanitaire international, que nous avons organisé entre 2009 et 2013, nous avons des directives sur la façon de valider et d'identifier, c'est un processus très important. Quand vous avez une épidémie... qu'est-ce qu'une épidémie ? L'OMS a une salle d'urgence, elle s'appelle « choc ». C'est une salle d'opération stratégique de santé. Chaque matin, ils regardent les messages, ils regardent si quelque chose est suspect, pas seulement le coronavirus, qui est une grippe commune. À partir de là, ils doivent avoir un processus de validation, non seulement s'il s'agit d'une infection biologique, mais aussi zoonotique, d'une infection alimentaire, ou chimique, radio nucléaire, ou d'une irradiation.

Nous avons la ligne directrice. Nous voyons à quel point elle est différente avec ce PCR. Elle a été validée par tous les experts de l'OMS. Je dirigeais l'exercice des études de cas pour les typologies. Il s'agit, premièrement, de décrire les circonstances, puis, deuxièmement, d'identifier et de caractériser les produits chimiques, les agents infectieux ou toxiques qui posent un problème de santé publique au niveau international. Troisièmement, il faut décrire la façon dont les gens entrent en contact avec un produit chimique, un agent toxique infectieux, la chronologie de la toxicité, les effets sur les humains, validés plusieurs fois, la nature de la vie animale, l'eau, l'alimentation, l'environnement. Quatrième chose à faire, caractériser le risque sanitaire.

Cela s'appelle l'évaluation des risques. Il y a de nombreux documents là-dessus, liés à l'exposition, combien de temps, avec la première souche de la grippe commune, j'y viens... ainsi que la durée, quel traitement éventuellement, quel est le risque que ça se propage au niveau international et devienne une urgence de santé publique de portée internationale. Cela ne se passe pas du jour au lendemain. Du 22 janvier au 16 mars... lorsque Fauci a reçu un e-mail lui demandant de tout confiner, tout est documenté.

C'est la première chose. Nous avons un processus, j'ai une sorte de croquis pour la prise de décision. Il y a une annexe 2 du règlement sanitaire international, que tout le monde doit consulter. Mais avant cela, ils doivent avoir un cas zéro.

Avec Ebola<sup>10</sup>, vous pouvez regarder de nombreux films comme « Alerte ! » avec Dustin Hoffman, c'était un exercice que nous avons fait avec les étudiants. Il y a toujours un cas zéro. Avec le covid-19, où se trouve le premier cas ? Où est exactement la description du cas zéro ? Les gens doivent y réfléchir. Non, cela n'a pas eu lieu, il y a toujours un doute. Aujourd'hui, nous savons que ça a été créé par l'homme. Cela a pris beaucoup de temps pour le vérifier. C'est essentiel !

Puis il faut passer par une procédure très connue en science appelée le postulat de Koch qui doit être validé au niveau international, si nous voulons l'utiliser au niveau international, comme pouvoir affirmer que c'est le virus covid-19. Les Chinois prétendent l'avoir fait. Mais il y a eu beaucoup de critiques de la part de nombreuses institutions académiques sur le fait que deux paramètres n'ont jamais été vraiment analysés.

Cela doit être analysé encore et encore, pas seulement en Chine, mais chaque pays devrait le faire. Il s'agit de la contagiosité et de la causalité. La causalité est très importante en science, elle doit être faite encore et encore. Ce n'est pas juste un test PCR qui décide de l'avenir de l'humanité. C'est complètement fou par rapport au processus et à la procédure scientifique de la santé internationale qui consiste à identifier, détecter et valider et vérifier chaque fois, encore et encore.

C'est donc vraiment le premier paramètre. Le deuxième est que ce test PCR, en laboratoire il y a des directives et des lignes directrices qui ont été affichées, début 2020, quant à la façon de procéder exactement avec un test PCR. Déjà à l'époque, il y avait la possibilité de faire le test ELISA<sup>11</sup> et on recommandait au médecin de valider ce PCR.

Puis au fur et à mesure que le temps passait à partir de janvier 2020, aussi le CDC avait déjà averti, (j'ai le document), que le test PCR ne fonctionne pas, il n'est pas là pour surveiller une épidémie, ni pour valider une maladie infectieuse, clairement. Ce que l'OMS a fait c'est qu'ils ont fait un produit d'alerte : le test PCR est à regarder avec prudence. Mais il était caché sur le site web de l'OMS. Il y a eu une alerte en décembre 2020, c'était, je crois.

---

10 Le virus Ebola est l'agent infectieux qui provoque, chez l'humain et les autres primates, des fièvres souvent hémorragiques (la maladie à virus Ebola) à l'origine d'épidémies historiques, notables par leur ampleur et leur sévérité.

11 La technique de dosage d'immunoabsorption par enzyme liée (Enzyme-Linked Immuno Assay) ou test ELISA est un test immunologique qui permet la détection ou le dosage de molécules dans un échantillon biologique. Elle fut conceptualisée et développée par des scientifiques suédois, Peter Perlmann et Eva Engvall en 1971.

La troisième ou la quatrième alerte, puis une autre en 2021. Elle stipulait que chaque pays utilisant le test PCR, devait indiquer clairement sur le résultat le cycle d'amplification. Toutefois, ils sont restés très vagues sur la validité de cette information.

C'est donc pour la procédure. Je complète que cela n'a rien à voir avec les obligations dans le règlement sanitaire international. Chaque État qui suivait nos formations était souverain dans la manière dont il gérait son épidémie. Il s'agit d'une épidémie et puis d'une pandémie. On ne sait pas très bien à quel moment c'est une pandémie.

Dans le cas du SARS-CoV-1, pour rappel, il s'agissait d'une grippe commune qui a disparu au bout de huit mois. 24 pays ont été touchés. 787 personnes sont mortes à cause de ce coronavirus et 8 000... 6 000 en ont été malades.

Quand on compare le SARS-CoV-1 et le SARS-CoV-2, il y a quelque chose de totalement faux. Depuis le SARS-CoV-1, les experts et les équipes scientifiques internationales ont essayé de développer un vaccin, sans succès depuis 20 ans. Comment se fait-il que, soudainement, on assiste au développement d'un vaccin, d'une vaccination expérimentale, synthétique ? Alors que tous les développements de vaccins contre les coronavirus ont échoué. Ils ont échoué parce que le coronavirus mute tout le temps. Vous ne pouvez pas faire un vaccin quand quelque chose mute.

Je tiens donc à souligner que l'OMS n'a jamais été un vendeur de vaccins ou de médicaments. Cela allait à l'encontre de l'objectif de l'OMS et non de l'organisation mondiale de gestion des maladies. L'OMS s'est donc transformée, nous pouvons la voir aujourd'hui sous un angle tout différent. Je vais terminer en disant que j'ai trouvé quelque chose de très intéressant pour vous.

D'abord, autre chose. Le test PCR n'est pas seulement le test. C'est aussi la façon de l'appliquer. Ça devrait être mis en évidence. Pour quelles raisons l'enfoncer si profondément dans le nez, en fissurant la partie la plus sensible du pré-cerveau et la couche entre le cerveau et la fosse nasale ? Un indice !

Le test PCR permet vacciner les gens. Déjà les Égyptiens le faisaient apparemment. C'est ainsi que les vétérinaires vaccinent les animaux en mettant un écouvillon très profondément dans le nez de l'animal. Vous pouvez demander aux vétérinaires.

Nous pouvons donc nous poser des questions quant à la procédure, le contrôle de la qualité de cette procédure. Nous savons maintenant que ces écouvillons ne sont pas neutres. Il contiennent des nanoparticules. Je suis sûre que les experts vont en parler. Beaucoup de choses toxiques n'ont rien à faire là. En réalité, le test n'a pas besoin d'aller dans le nez. Pourquoi Drosten a-t-il décidé de faire ça ?

Un dernier scoop que j'apporte, c'est le conflit d'intérêts de l'hôpital de La Charité<sup>12</sup> de Berlin avec le monde des vaccins. Nous avons découvert trois paiements de gavi<sup>13</sup> à La Charité entre 2018 et 2020.

En octobre 2018. Le sujet de la subvention parle de la santé mondiale et du développement, de la sensibilisation du public et de l'analyse, pour une durée de 14 mois à partir d'octobre 2018. 550 000 \$, à la politique mondiale et le plaidoyer de la Charité, Berlin. Un autre était en décembre 2019. La division de la santé globale de l'Université La Charité de Berlin, a reçu 86 000 \$ pour un sujet de subvention sur la pneumonie (quatre mois). Le dernier en Mars 2020. Il pourrait y en avoir plus. C'était pour soutenir les solutions technologiques innovantes.

Depuis mars 2020, ils ont obtenu 249 550 \$ pour une durée de 14 mois. Il y a donc clairement un conflit d'intérêts, comme avec l'Imperial College qui a également obtenu 79 millions pour le programme de lutte contre le paludisme. C'est dans le même dossier. Nous pouvons voir ici qu'il y a un gros conflit d'intérêts avec Drosten, avec Gavi. Il suffit juste de suivre l'argent. C'est là qu'il va.

La dernière chose que j'ai découverte, c'est ce que Drosten fait en ce moment. Il est impliqué le « sommet mondial de la santé ». Cela se passe en général en Allemagne pendant trois jours. Là, les responsables de La Charité et ceux qui sont derrière, se réunissent avec l'OMS et avec gavi. Drosten y est, l'université de Genève y est.

12 L'hôpital universitaire de la Charité, fondé en 1710 comme maison de santé pour les malades de la peste, est l'hôpital le plus ancien de Berlin. Avec plus de 3 000 lits, il est l'un des premiers centres hospitaliers universitaires au monde.

13 L'alliance du vaccin, gavi, est une organisation internationale créée en 2000 prenant la forme d'un partenariat des secteurs public et privé concernant l'immunisation. Il a pour but d'accélérer les progrès des pays pauvres dans les possibilités d'accès des enfants à la vaccination et dans la palette de vaccins disponibles.

L'université hospitalière [Ilona Kickbusch est à la retraite bien que toujours active illégalement à l'université de Genève], prépare le traité sur la pandémie de l'oms, évoqué hier, qui veut prendre le relais avec la constitution de l'oms, en mettant en œuvre une constitution mondiale parce que nous avons une pandémie à ce point terrible. Ils préparaient cette nouvelle gouvernance lors de l'assemblée extraordinaire de l'oms qui s'est tenue en novembre et décembre [la 75e, la deuxième assemblée extraordinaire de l'histoire de l'oms]. Ils en ont également discuté au conseil exécutif et prévoient une nouvelle assemblée mondiale de la santé, la troisième semaine de mai 2022, pour en discuter et peut-être la concrétiser.

C'est une bonne chose que nous soyons ensemble ici. Je précise, car des gens écoutent, que ce traité sur la pandémie va priver les citoyens de leurs droits. La Constitution ne fonctionnera plus. Une ONG russe et une association de citoyens ont déjà écrit à l'oms et, je l'espère, à leur ministre de la santé pour dire leur désaccord avec ce traité sur la pandémie.

---

#### 21:48 Reiner Fuellmich

Merci. La première question vient de Virginie,

---

#### 21:53 Virginie de Araujo



Oui, je vous remercie. Merci encore à vous, Dr Stuckelberger, pour ces éléments importants. Nous aimerions savoir si au moins un pays a pu remettre en cause la qualité, la validité de ces tests PCR qui ont été

développés très rapidement. Il semble que personne n'ait essayé de remettre en cause ce produit.

---

#### 22:19 Astrid Stuckelberger

C'est une très bonne question. Normalement, les États membres peuvent bien sûr remettre des produits en cause. Dans le règlement sanitaire international, la souveraineté a été respectée dans la mesure où seuls deux pays ont eu des réserves.

Il y a des articles juridiques dans ce règlement sanitaire international qui est fixé pour tous les États membres. Faisons des réserves, il y a une procédure et un calendrier pour cela.

Il semble que si cela s'est produit, nous ne le savons pas. Ce que je sais, c'est qu'il y a un lien avec le Dr Fauci<sup>14</sup>. Celui-ci, dans l'un de ses nombreux e-mails, a reçu une proposition de remplacement du test PCR. Des personnes me suivent et m'aident. L'une d'entre elles, Nadia, vient de m'envoyer ceci. Il s'agit d'Anita Gael écrivant à Anthony Fauci le 26 février 2020, proposant un outil de diagnostic par détecteur beaucoup plus efficace appelé plateforme de radar génétique pour mobile. Il a été refusé par Fauci. Apparemment, ils en ont caché toutes les données.

Je pense qu'il y a eu des tentatives, au niveau personnel. Il semble que ce soit un réseau beaucoup plus grand qui veut gouverner que juste l'oms. Franchement, je ne pense pas que le directeur général Tedros la dirige vraiment. Normalement, lorsqu'il y a une pandémie, il y a une équipe pandémie qui s'adresse aux médias. Aujourd'hui, ce sont seulement Tedros et quelques personnages médiatiques qui interviennent.

Nous ne connaissons donc pas vraiment la réalité, si certains pays ont résisté. Je sais que Madagascar a essayé de se retirer de l'oms à plusieurs reprises. Ils pourraient le faire donc, bien sûr, selon la réglementation internationale. Mais ce dont nous avons discuté hier, c'est que, s'ils ont une loi sur les épidémies, ou si le pays a changé sa constitution, ou si le pays est enregistré comme une société, ce que nous avons vu avec de nombreux pays... les choses seraient totalement différentes.

Les gens ignorent ces faits et les gens ne savent pas qu'ils peuvent refuser ni que leur gouvernement les protégerait.

Peut-être que la question clé est qu'aujourd'hui, les gens savent, ils peuvent réagir et nous les aiderons je l'espère, à résister à ce test PCR qui est toujours utilisé et promu par cette agence internationale de l'énergie atomique. Celle-ci, je vous le rappelle, est une agence très puissante parce qu'elle gère tous les événements radio nucléaires, avant même l'oms. Elle a un contrat avec de nombreuses agences de l'onu, j'ai regardé ce matin. Pas seulement l'oms, mais aussi l'unesco, la fao (organisation pour l'administration des aliments) et beaucoup d'autres. Nous devons donc vraiment réagir à tous ces systèmes de Ponzi politiques, qui visent à nous priver de nos libertés.

---

14 Anthony Stephen Fauci, 81 ans, conseille les présidents américains. Il dirige l'institut national des allergies et maladies infectieuses depuis 1984. Le niaid est un centre de recherche du département américain de la santé.

---

**25:45 Reiner Fuellmich**

Merci, Astrid. Y a-t-il une question complémentaire ? Ana est la suivante ?

---

**25:56 Ana Garner**

Je pense que c'est à moi, Merci. Dr Stuckelberger, c'était très bien, merci. Savez-vous que le premier ministre de Tanzanie avait demandé à l'oms de quitter son pays après avoir testé divers objets non humains avec

les tests PCR ? [Une papaye, une chèvre, de l'huile](#), ce genre de choses. Il avait constaté que le test était positif. Il a immédiatement dénoncé le test PCR. Il est mort dans des circonstances mystérieuses. Étiez-vous au courant de cette histoire ?

---

**26:45 Astrid Stuckelberger**

Je suis consciente que quelques présidents ont résisté et qu'ils sont morts. Oui, je pense qu'il n'est pas le seul. Je ne connais pas toute l'histoire derrière le PCR. Il y a probablement plus que le PCR, car tous ceux qui ont résisté à cette bande de pirates ont disparu. Même Kary Mullis. Alors oui, je n'en sais pas plus, mais c'est un bon exemple.

---

**27:15 Ana Garner**

J'ai aussi une question complémentaire. Bien sûr, Kary Mullis est celui qui a inventé le test PCR pour commencer, en termes de capacité à multiplier des quantités infimes d'ADN afin de le détecter, en l'amplifiant. Il a été utilisé principalement dans le cadre de la médecine légale, si je ne me trompe pas, est-ce exact ?

---

**27:37 Astrid Stuckelberger**

Kary Mullis était un chercheur. Il disait que c'était un outil très intéressant pour la recherche en laboratoire, parce que vous savez ce que vous étudiez. Donc vous cherchez ce que vous savez, mais vous cherchez un peu plus profondément. Mais il a dit qu'en aucun cas, cela ne peut être amplifié. Ulrike l'a peut-être mis dans sa première page. En aucun cas nous ne pouvons diagnostiquer quoi que ce soit, c'est comme une grande soupe. Ce n'est pas un outil de diagnostic. Il en a parlé de nombreuses fois avec le Dr Fauci pour résister, déjà avec le VIH/SIDA.

---

**28:17 Ana Garner**

Ma dernière question : avez-vous ou connaissez-vous des preuves, directes ou circonstanciées, qui montreraient que Drosten<sup>15</sup> était au courant de la nature frauduleuse du test PCR covid-19 ?

---

**28:36 Astrid Stuckelberger**

Non, je ne vois rien qui puisse l'incriminer. Je vois qu'il a des liens avec gavi dès le début. Comme gavi était le grand organisateur de toute cette campagne de vaccination mondiale qui tue des gens et les rend malades, j'imagine que c'est le lien sur lequel je me pencherais vraiment, pour prouver qu'il savait.

---

**29:08 Ana Garner**

Très bien, merci. Je vais demander aux autres experts ce qu'ils en pensent. Merci beaucoup.

---

**29:14 Virginie de Araujo**

Si je peux ajouter quelque chose, je pense que le Dr Drosten savait que ce n'était pas un bon outil depuis au moins 2014, car il y avait un article de journal à ce sujet. Lorsqu'il travaillait sur le Mers-Cov, il avait déjà déclaré que les tests PCR étaient trop sensibles et que ce n'était pas un moyen de suivre un virus. C'était vraiment trop sensible et exposé par les médias déjà en 2014.

---

**29:58 Reiner Fuellmich**

Oui, dans cet article, il explique qu'un résultat positif ne veut rien dire parce que ce test, il teste positif sur des personnes parfaitement saines. Il parlait d'une infirmière à l'époque. Je suis désolé, Mike, je ne voulais pas vous interrompre.

---

**30:14 Mike Yeadon**

Oui, j'allais faire la même remarque que vous venez de faire. Il a utilisé une phrase comme : « cette technique peut montrer un résultat positif, même si une seule copie du virus passait sur la muqueuse respiratoire d'une infirmière », il a utilisé une phrase comme ça. Donc c'est important. Le savait-il ? Eh bien, il est co-auteur du test fondamental, que nous appelons le test Corman-Drosten. Il a donc proposé un test, que l'oms a ensuite proposé dans son célèbre discours sur le test-test, c'était le test dont il parlait.

---

15 Christian Drosten, âgé de 48 ans, dirige le département de virologie de l'hôpital universitaire de la Charité, à Berlin. Conseiller au Bundestag, il est devenu depuis la mi-janvier une des figures les plus sollicitées et référencées du pays.

On va certainement en parler, mais Drosten est le co-auteur du test dont les variants ont été utilisés dans le monde entier. Il savait, comme nous venons de le mentionner, que s'il est utilisé avec une contrainte inadéquate de l'amplification, il peut donner des résultats positifs lorsque les personnes ne sont pas malades et ne sont pas infectieuses. Il faut dire aussi, peut-être qu'un collègue le dira dans le résumé, que l'utilisation inappropriée du PCR et la transmission asymptomatique, l'idée que des personnes sans symptômes peuvent infecter d'autres personnes [ce qui n'est pas vrai], c'est épidémiologiquement rare et non pertinent.

Drosten était également en Europe, le centre absolu de la promotion de cette idée, ce qui semble une coïncidence remarquable, car il est l'auteur d'une technique maintenant utilisée dans le monde entier, dont il savait qu'elle n'était pas appropriée. Le PCR. C'est aussi le plus grand expert à la télévision, qui nous parle de cette transmission asymptomatique. Alors vous pouvez décider par vous-même, mais pour ce même expert, conseiller d'Angela Merkel pendant des années, il se trouve être le centre de deux des parties absolument cruciales de ces mensonges, les mensonges sur toute cette pandémie, me semble plus qu'une coïncidence.

### 32:18 Reiner Fuellmich

Absolument. Dexter, vous avez la main levée ?

### 32:24 Dexter Ryneveldt



Bonjour, Dr Stuckelberger. Merci beaucoup pour votre témoignage. Ce que je vais vous proposer maintenant, vu que nous parlons de crimes contre l'humanité, c'est la preuve que vous venez de donner. Pouvez-vous me

dire si elle est correcte ? Lorsqu'on compare les procédures réglementaires entre SARS-CoV-1 et SARS-CoV-2, on voit clairement qu'il y a d'énormes divergences. Vous avez mentionné quelque chose d'important en ce qui concerne le SARS-CoV-1, il y a une certaine terminologie elle-même, qui n'était

pas une condition préalable quand il s'agit de tester le SARS-CoV-2. Pourquoi pas ? Car les procédures réglementaires ont changé. Donc, je vous le demande, Dr Stuckelberger, peut-on clairement dire qu'ils ont démontré une intention criminelle de la part de l'OMS et de toutes les parties spécifiques qui sont derrière ? Êtes-vous d'accord avec moi ?

### 33:49 Astrid Stuckelberger

J'ai rédigé un article scientifique en mai 2020, *Acta Biomedica*, sur la réglementation internationale de la santé et les incertitudes. À ce moment-là, j'avais déjà des doutes. Maintenant, je pense que nous devons ajouter cette injection. Je suis d'accord. Parce que la fin du jeu, pour eux, c'est d'injecter une toxicité contenant un niveau chimique et peut-être un niveau d'irradiation et pas seulement de l'ARNm, etc.

Donc, oui, le vrai crime est que des gens meurent, non pas à cause de quelque chose que nous n'avons pas identifié très clairement, qu'une PCR a identifié à tort des cas qui sont asymptomatiques, ce qui est déjà criminel. Le problème, c'est que le but qu'ils poursuivent maintenant est de modifier et d'éditer le génome. Ils sont très clairs à ce sujet. L'OMS, avant que ce traité ne soit publié en juillet, recommande l'édition du génome, c'est bien plus que les CRISPR<sup>16</sup>, c'est la modification de notre identité. Cela va à l'encontre de la convention d'Oviedo<sup>17</sup>, de la médecine, de toute la Déclaration d'Helsinki<sup>18</sup>, de toute l'éthique et de la réglementation sur la préservation de notre patrimoine intact. En ce sens, c'est définitivement un crime contre l'humanité, auquel nous assistons.

### 35:26 Dexter Ryneveldt

Merci beaucoup. Une autre question. J'aimerais que le jury y réfléchisse parce que je crois que c'est à la base de ces crimes contre l'humanité. Nous avons le SARS-CoV-1. Il existe un précédent à partir duquel on peut travailler. Nous avons désormais le SARS-CoV-2. À tous les égards, vous avez une connaissance approfondie, vous avez travaillé avec l'OMS. Que dites-vous des procédures réglementaires pour le SARS-CoV-2 ? Voyez-vous la nécessité pour l'OMS de changer radicalement les procédures réglementaires du SARS-CoV-1 ?

16 En génétique, les CRISPR (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats) sont des familles de séquences répétées dans l'ADN qui se caractérise par des séries de répétitions directes courtes et régulièrement espacées par des séquences appelées « spacer », généralement uniques, de 20 à 40 paires de bases.

17 La convention internationale européenne d'Oviedo (protection des droits de l'homme, de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine - 1997) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 1999.

18 La déclaration d'Helsinki est un document officiel de l'Association médicale mondiale, représentante des médecins dans le monde. Adoptée en 1964 à Helsinki (Finlande), elle fut révisée plusieurs fois.

Logiquement, cela n'a pas de sens. Nous avons quelque chose à quoi nous pouvons nous identifier, ce qui signifie que si nous devons changer quelque chose, ce sera quelque chose de très, très mineur. J'aimerais donc que vous disiez au jury, sur la base de votre expertise, de votre expérience, de vos connaissances internes également, s'il était vraiment nécessaire de modifier cette procédure réglementaire comparée à celle du SARS-CoV-1. Merci.

### **36:50 Astrid Stuckelberger**

Merci, cela me donne l'occasion d'expliquer un peu plus en profondeur. La façon importante pour un pays d'identifier qu'il a quelque chose à notifier, au pays ou au centre épidémiologique, est qu'ils ont développé un algorithme dans l'annexe 2 du règlement sanitaire international. Tout le monde peut chercher l'annexe 2 sur le web. Un document PDF, traduit en 10 langues environ. Cette annexe 2 comporte quatre questions principales. J'ai enseigné cela à l'Université, durant les cours d'été, aux écoles américaines. Donc c'est vraiment très important. Tout le monde peut le faire.

La première, ils ont trois cases et puis une autre case. Si c'est une maladie, est-ce une maladie ? Ils listent les maladies : Poliomyélite, etc. Ils ont le SARS, le syndrome respiratoire aigu. Donc si c'est là, cela signifie que c'est connu. Donc c'est la première question. Est-il connu ? Oui, c'est connu, nous avons le SARS-CoV-1.

Alors la deuxième, est-ce que c'est inhabituel, ou est-ce qu'il y a une morbidité et une mortalité différente, etc. ? La réponse est non parce qu'on sait maintenant qu'en 2020, le professeur John Ioannidis, le plus cité, a même publié sur le bulletin de l'oms, c'était là-dedans, qu'il n'y avait pas plus de mortalité en 2020. Donc non, nous le savons maintenant.

La troisième question est : y a-t-il un risque de propagation internationale ? vous voyez que le SARS-CoV-1 n'a touché que 24 pays en huit mois. Donc si vous comparez, on a eu un confinement total dans 196 pays en 1 mois et le SARS-CoV-1 a duré huit mois. Donc non, la propagation internationale a été lente. Elle n'a pas été rapide. Ils ont prétendu que c'était rapide. Mais c'est très inquiétant pour eux.

La dernière question est la suivante : y a-t-il un risque international d'arrêt des voyages et du commerce ? Parce que le règlement sanitaire international a été

mis en place précisément pour empêcher les restrictions de commerce et de voyage. Ici, nous avons exactement le contraire. C'est la seule question à laquelle nous pourrions répondre par l'affirmative, cela s'est produit parce qu'ils ont mis beaucoup de peur dans leurs messages et leur communication, ce qui va à l'encontre de la formation au règlement sanitaire international que nous avons reçue.

Nous avons eu un présentateur de CNN pendant le cours. J'étais en charge de cela. Il faut une communication éthique, être gentil, rassurer les gens, dire qu'on cherche, qu'on n'a pas trouvé, qu'on cherche encore.

Je ne sais pas si vous vous souvenez, en Allemagne en 2011, il y a eu l'Institut Koch qui a sorti le concombre tueur, c'était l'urgence épidémique Escherichia Coli, parce qu'il y a eu trois décès. Ils disaient tous les jours, « on ne sait pas on cherche », ils ont accusé un concombre qui avait une Escherichia Coli en Espagne et ils ont arrêté toute la production de concombres en Espagne, dans l'Union européenne. En fait, ce n'était pas ça, ça venait d'un marché de fenugrec en Égypte et c'est arrivé au Danemark. Les gens ont perdu tout cet argent. Parce que c'était une annonce qui était fautive par des scientifiques qui étaient très prudents. Ce qui s'est passé, c'est que l'Union européenne a remboursé tous les paysans qui avaient perdu de l'argent, parce que l'annonce était fautive.

C'est l'un des exemples que j'ai pris dans mes cours, car chaque situation est différente. Mais ici, ils ont fait une communication de peur et de mensonges. C'est ainsi qu'ils ont réussi à faire croire aux gens que ce coronavirus, qui était totalement exclu et n'existait même pas en automne [le professeur Raoult s'est penché sur la question avec beaucoup de soin, j'ai vraiment observé comment il séquençait le génome, c'est une autre façon de voir les choses, bien que ce ne soit pas suffisant.] Cela faisait partie de l'effort international sur le génome du covid-19 humain. C'était très scientifique, mais nous ne pouvons définitivement pas dire que cela a été géré de la même manière que cela aurait dû l'être.

### **41:30 Dexter Ryneveldt**

Merci beaucoup. Dr Stuckelberger, pour conclure, du point de vue des preuves et de la sécurité de l'enquête du grand jury, tout se résume au PCR de Drosten. Donc, sur la base des preuves qui ont été listées hier par le Dr Behrendt et celles que vous

venez également de mentionner, la seule raison pour laquelle l'oms aurait pu déclarer une pandémie, c'est simplement parce qu'à l'heure actuelle, nous parlons de propagation qui a un lien direct avec les faux PCR de Drosten. Donc, en gros, dites-moi si vous êtes d'accord avec l'affirmation suivante : Drosten devrait être tenu pour responsable, parce que c'est à la suite de son PCR défectueux [ce dont ils avaient besoin pour une transmission de propagation], que nous nous trouvons actuellement avec une pandémie. Êtes-vous d'accord avec cette affirmation Dr Stuckelberger ?

#### 42:48 Astrid Stuckelberger

Oui, je pense qu'il est une pièce du puzzle. C'est lui et l'Université La Charité de Berlin, parce que toute l'institution est derrière lui. Je le sais par d'autres universités, c'est un système, un système de santé. Donc oui, je suis d'accord. Mais je prendrais l'ensemble de l'institution. Pas tout le monde dans l'institution, mais nous ne pouvons pas continuer à avoir des universités qui mentent et qui créent une science qui est fausse.

#### 43:23 Reiner Fuellmich

C'est une question politique. Mais la question de Dexter demande précisément s'il est, comme il est l'un des défenseurs putatifs dans cette procédure ici, pensez-vous qu'il devrait être tenu responsable ? Comme nous l'avons appris par vos déclarations et aussi par celles du Dr Mike Yeadon, devrait-il être tenu responsable, parce qu'il est celui qui a inventé le test, sachant qu'il allait donner des résultats positifs sur des personnes parfaitement saines ?

#### 43:56 Astrid Stuckelberger

Oui, sans aucun doute. Oui. Nous avons les preuves de cela, je n'ai pas les détails, etc. Mais oui, bien sûr, étant donné les preuves.

#### 44:05 Reiner Fuellmich

Merci beaucoup. Regardons maintenant de plus près le test PCR lui-même. Que peut-il faire et que ne peut-il pas faire ? Merci, Astrid. Professeur Kämmerer, dites-nous s'il vous plaît ce que ce test peut faire ? Peut-il vraiment nous renseigner sur l'infection ou non ?

#### 44:25 Ulrike Kämmerer<sup>19</sup>



J'essaie de partager mon écran. J'ai préparé des diapositives pour vous donner des informations sur le principe de base de la RT-qPCR. Premièrement une définition, car peu de gens savent pas ce que cela veut dire. Le système

de test utilisé pour la détection du génome du SARS-CoV-2 est ce qu'on appelle un RT-qPCR. C'est une réaction en chaîne par polymérase quantitative à transcriptase inverse.

Some basic aspects of the RT-qPCR as principal point of the "pandemic" situation

RT-qPCR: reverse transcriptase quantitative polymerase chain reaction

The RT-qPCR for the detection of the SARS-CoV-2 RNA

- is technically not able to decide if a sample, which is found positive, is indicative of an infectious (contagious) person
- even if performed under perfect conditions, this technique can not be used as „gold standard“ and basis for the non medical actions intended to stop spread of a virus. Especially, mass testing without clear controlled standard operating procedures must result in inaccurate test results.
- especially the first WHO protocol (responsible C. Drosten, Charité) is very poor in technique, faulty and highly prone to the production of false positive results

Les principaux arguments sont que le RT-qPCR pour la détection de l'ARN du SARS-CoV-2 n'est techniquement pas capable de décider si un échantillon qui a été trouvé positif, est indicatif d'une personne infectieuse ou contagieuse. J'y reviens...

Même si elle est réalisée dans des conditions parfaites, cela signifie que tout ce que je fais est parfaitement conçu. Donc, les amorces sont correctes, la température est correcte, la performance du labo et la technique sont parfaites. Cette technique ne peut pas être utilisée comme une référence comme elle est conçue. Comme une base pour l'action non médicale destinée à arrêter la propagation d'un virus. En particulier les tests de masse sans contrôle clair des procédures opérationnelles standard qui manquent encore dans la plupart des laboratoires entraînent forcément des résultats de test inexacts.

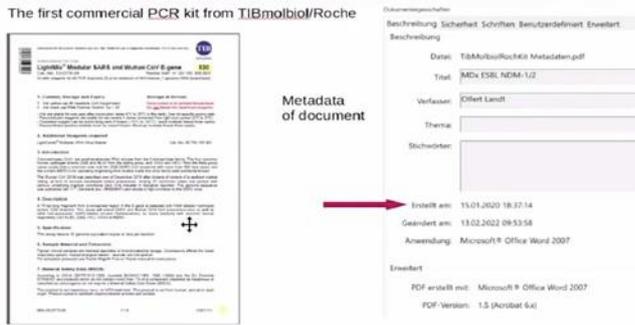
En particulier le premier protocole de l'oms [le nom de Drosten a été mentionné plusieurs fois aujourd'hui, il est responsable de ce premier protocole de l'oms]. Il est très mauvais dans ses aspects techniques, il est défectueux et il est très enclin à produire des résultats faussement positifs.

<sup>19</sup> Ulrike Kämmerer est professeur et docteur en biologie humaine. En collaboration avec son équipe du CHU pour femmes de Wurtzbourg, elle mène des recherches en immunologie dans les domaines de la biologie de la reproduction et de la biologie tumorale.



Dans le même temps, un autre aspect intéressant est cette citation d'une publication de Slovénie, parce qu'ils ont cité dans leur publication « **Après une évaluation approfondie, notre laboratoire a mis en œuvre le 17 janvier le test SARS-CoV-2 basé sur LightMix.** »

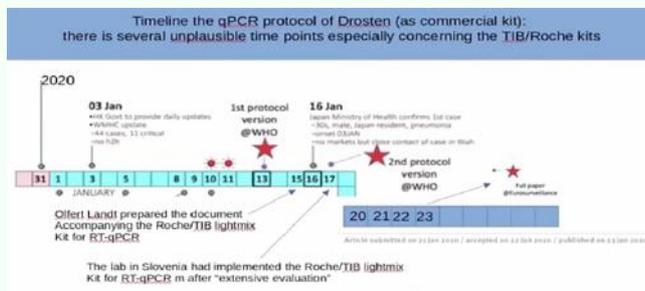
Comment se fait-il donc qu'un laboratoire slovène dispose d'un kit de test commercial, basé sur les « amorces de Drosten » et de cette fiche technique ?



Il s'agit d'une fiche technique originale accompagnant les kits commerciaux de la société Tib Molbiol, qui sont vendus exclusivement via la société Roche qui travaille via les plateformes Roche.

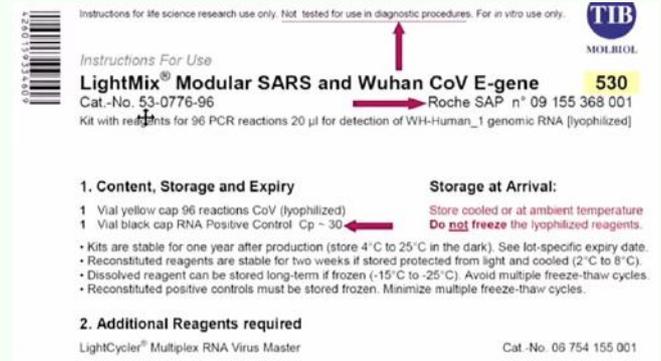
Si nous allons dans les métadonnées, cette fiche est produite par Olfert Landt, le président de Tib Molbiol. Elle est produite le 15 janvier 2020. Ainsi, l'ensemble du kit commercial était prêt, semble-t-il, au plus tard le 15 janvier, même après la première version du protocole de l'oms. Il s'agit donc d'une chronologie remarquable, qui normalement, surtout pour ce numéro SAP de Roche, est très inhabituelle.

Donc, si nous changeons la chronologie de Drosten. Nous sommes le 15 janvier. Officiellement, Olfert Landt a préparé le document que je vous ai montré et le 17 janvier, le laboratoire en Slovénie a mis en œuvre, réalisé un produit commercial complet et ont mentionné « **après une évaluation approfondie** ».

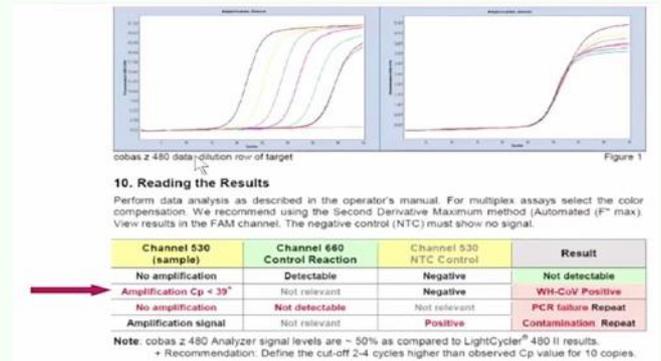


Une évaluation approfondie ne peut pas se faire en deux jours. Ils doivent donc avoir le kit commercial quelque part ailleurs. Mais il n'y a pas de documentation expliquant pourquoi un kit commercial était disponible si tôt, avant même qu'il y ait une quelconque préoccupation internationale.

Voici donc l'article de Drosten, qu'il a publié après que ses amorces soient déjà dans le kit commercial. Il s'agit d'une inconduite scientifique, un effet collatéral.



Donc, ce premier test, c'est l'un des trois gènes, non testé pour des procédures de diagnostic. Mais il a été utilisé pour des procédures de diagnostic. C'est un numéro de SAP, normalement il utilise une grande quantité de tests pour entrer dans le système. Un point important est qu'il a correctement ajouté un contrôle positif et dans la conception il doit y avoir un CT qui est correspondant aux seuils de cycle, un CT d'environ 30. Donc à ce stade, 30 doit être le seuil limite pour la PCR.



Cependant, l'amplification du Cp [ou CT, c'est la même chose], jusqu'à 39 est l'évaluation positive. Donc ils avaient dans ce protocole un CT déjà beaucoup trop élevé.

Indépendamment de chaque PCR, si c'est un protocole de la Charité ou un protocole du CDC, un protocole de n'importe quelle autre institution, le principal problème est celui des faux positifs.

Pour donner quelques points, les faux positifs peuvent être déclenchés par une mauvaise conception de la PCR, ce qui est le cas pour la PCR de la Charité, le protocole Corman-Drosten. Ils contiennent des paires d'amorces et des sondes non spécifiques, ce sont de mauvaises conditions pour la réaction elle-même. Les températures, surtout dans le protocole Corman-Drosten, ne sont pas appropriées.



**01:01:12 Reiner Fuellmich**

Je suis choqué.

**01:01:18 Viviana Fischer**

J'ai une question à poser. Dr Stuckelberger et Pr Kämmerer. Hier, je crois qu'il a été mentionné que l'oms, lors de la première tentative de déclaration d'une pandémie, n'a recensé que 500 cas et que cela n'a mené nulle part. Puis ils ont attendu 10 jours et tout d'un coup, il y avait 14 fois plus de cas. Pourriez-vous replacer cela dans une perspective opportune par rapport aux développements qui se sont passés avec le test de Drosten ?

**01:02:00 Astrid Stuckelberger**

Je pense que c'est Silvia qui avait tous les chiffres hier, les informations. Je ne les connais pas par cœur. Je suis désolée.

**01:02:09 Reiner Fuellmich**

Je crois qu'elle a dit environ 500 cas, ce qui est...

**01:02:13 Viviana Fischer**

Mais nous ne connaissons pas encore la date exacte...

**01:02:16 Ulrike Kämmerer**

Il y avait quelque chose dans la diapositive de la chronologie donnée par Drosten. Il y avait exactement un alignement des cas réels quand il a effectué sa PCR. Dont un en Chine, un en Corée du Sud. Il y avait très peu de cas. Même le premier cas, les cas officiels à Wuhan, ils sont publiés par XXXXX [inaudible] et par d'autres scientifiques chinois. Les cinq premiers patients à Wuhan, un seul d'entre eux est mort. Celui-ci était dans un état grave parce qu'il avait un cancer métastatique. Dès le début, il était clair que ce virus n'était pas un virus tueur comme on nous l'avait dit.

**01:03:15 Astrid Stuckelberger**

Oui, je me souviens que c'était de 24, le premier chiffre que Silvia a mentionné hier, en janvier, ce qui est normal à l'oms, on passe de manière croissante à un chiffre plus grand, mais on ne passe pas directement à des chiffres partout.

**01:03:33 Reiner Fuellmich**

J'ai quatre questions. La première est une clarification. Vous nous avez montré dans votre chronologie, que l'article de Corman-Drosten, ou le protocole qui a été recommandé au monde entier par l'oms [Tedros], comme la norme d'excellence pour le dépistage des infections covid-19. Avant

même qu'il ne soit publié, les kits de test qui ont été produits par le partenaire commercial de Drosten, Olfert Landt, avec sa société Tib Molbiol qui est maintenant sous le contrôle de Roche parce que je pense qu'ils l'ont acheté. Mais avant même qu'ils ne publient l'article, ils ont vendu leurs kits de test au monde entier, est-ce exact ?

**01:04:30 Ulrike Kämmerer**

Pas au monde entier, mais presque. Beaucoup de kits de tests ont été envoyés, Olfert Landt l'a même mentionné dans plusieurs interviews. Nous savons, grâce à d'autres travaux, que la société Roche, en collaboration avec Tib Molbiol, a commencé à former le personnel de laboratoire en Afrique et en Asie, à l'utilisation de ce test dès le début de janvier.

**01:05:00 Reiner Fuellmich**

N'est-ce pas une violation flagrante ? Ne voit-on pas là un conflit d'intérêts évident ? Je veux dire, d'abord vous vendez le produit que vous avez inventé et ensuite vous sortez et publiez quelque chose qui appelle à acheter votre produit. N'est-ce pas, je veux dire... ce n'est pas seulement non-scientifique, n'est-ce pas un conflit d'intérêts flagrant que nous voyons ici ?

**01:05:27 Ulrike Kämmerer**

C'est sûr. En plus, ils ont effectué ce test dans ce qu'on appelle Labor Berlin dont Christian Drosten est le directeur. C'est le plus grand laboratoire d'Allemagne. Au début, ils ont effectué presque tous les tests PCR, car ils avaient l'avantage d'avoir été installés très tôt, avant que tous les autres ne puissent commencer. Il y a donc au moins deux conflits d'intérêts, à mon avis.

**01:05:59 Reiner Fuellmich**

Une autre question pour clarification. Est-il exact que, quelle que soit la façon dont vous effectuez un test PCR, il ne peut jamais vous dire quoi que ce soit sur les infections ? Premièrement, il ne peut pas faire la distinction entre [je ne parle pas d'un point de vue scientifique, bien sûr], la matière morte et la matière vivante. Deuxièmement, puisque le virus réel est complètement détruit, avant que vous mettiez cet écouvillon dans la machine. La seule façon dont vous pouvez avoir une infection est par un virus complet entrant dans les cellules et commençant à se répliquer. Est-il exact qu'il est totalement impossible, quelle que soit la manière dont on applique un test PCR, que ce test PCR puisse nous apprendre quoi que ce soit sur les infections ?

---

**01:06:49 Ulrike Kämmerer**

---

Eh bien, c'est une question de définition, je pense que nous devrions... C'est possible que si la PCR est correctement réalisée et que le seuil est très bas, alors il pourrait y avoir un grand nombre de virus dans cette personne. Si vous le comparez à une référence, qui est une culture cellulaire, alors vous le comparez à une infection.

Mais vous ne pouvez jamais juger si la personne est infectieuse, donc si elle peut transférer, à une autre personne, le virus apte à la réplication. La PCR n'est pas capable d'identifier les personnes qui, en tant que super propagateurs, transfèrent le virus. C'est un point important dans une pandémie. Vous devez identifier les personnes qui infectent les autres. La PCR n'est certes pas la technique pour cet aspect.

J'ai oublié la première question.

---

**01:07:59 Reiner Fuellmich**

---

Donc, ce que cela signifie, c'est que nous devons être très clairs à propos de ce dont nous parlons. L'OMS avait besoin de cas pour pouvoir déclarer l'urgence de santé publique de portée internationale. Maintenant, tout le monde pense qu'un cas signifie quelqu'un qui est infecté, c'est-à-dire contagieux pour d'autres personnes. Mais ce n'est pas ce que ce test peut mettre en évidence. Quelle que soit la façon dont on l'applique, il peut montrer qu'il y a peut-être une certaine probabilité qu'une personne ait une charge importante de ce virus.

Mais même si cette personne est, je vais dire contaminée [parce que c'est ce que le test trouve], cela ne signifie toujours pas que ce virus a pénétré dans les cellules et qu'il se réplique de sorte que la personne devient infectieuse, c'est-à-dire contagieuse pour d'autres personnes. Si telle est la définition, la contagiosité ne pourra jamais être détectée par ce test.

---

**01:09:08 Ulrike Kämmerer**

---

Exactement. Le test ne peut pas déterminer la maladie, donc les symptômes. Parce que, surtout dans le cas des virus respiratoires, il s'agit normalement d'une combinaison de différents virus. Si vous recherchez uniquement le virus de la grippe, par exemple, la grippe s'appelle Influenza. Si vous recherchez rhinovirus, c'est une maladie à rhinovirus. Et si vous recherchez coronavirus, alors c'est une maladie à coronavirus. Donc normalement, le médecin doit concevoir que la personne a une maladie et s'il veut savoir quel

pathogène produit les symptômes alors vous pouvez faire un test comme une PCR. Mais normalement le médecin doit commencer par les symptômes et ensuite si vous faites, par exemple, une PCR multiplexe, vous pouvez voir qu'il y a beaucoup de virus.

Même si la PCR peut montrer que vous avez une charge élevée de cet ARN spécial provenant de ce virus spécial, ça ne vous dit pas que la maladie ne peut pas provenir d'un autre virus. En particulier par exemple, à Wuhan, ils ont publié que les cas les plus graves étaient toujours une double infection du virus SARS-CoV-2 et de la grippe B. C'est déjà connu. Donc vous avez trois à quatre virus souvent en parallèle. La PCR ne peut pas dire que votre maladie est causée par ce virus ni que vous pouvez transférer ce virus à une autre personne.

---

**01:10:48 Reiner Fuellmich**

---

Ok. Donc, quand une personne est testée positive, cela signifie seulement qu'elle est contaminée. Il peut y avoir une charge énorme même de ce coronavirus en particulier parce que c'est la seule chose qu'il teste. Il recherche les coronavirus, donc c'est la seule chose qu'il trouve. Cependant, il ne peut pas nous dire si cette personne particulière est infectieuse au sens de contagieuse pour d'autres personnes. C'est une possibilité, mais il ne peut pas dire si ce test positif particulier signifie que la personne est infectieuse par le covid-19.

La seule façon de trouver ce qui a causé les symptômes, je suppose que cela n'a aucun sens de tester des personnes sans symptômes, la seule façon de trouver ce qui a causé les symptômes est de faire des diagnostics différentiels. Est-ce exact ?

---

**01:11:49 Ulrike Kämmerer**

---

C'est exact. C'est ce que doit être le travail habituel des médecins. Je pense donc que c'est la première fois dans l'histoire qu'un test de laboratoire moléculaire établit un diagnostic et que tous les médecins ne font pas leur travail normal pour établir ce diagnostic. Ce test ne peut pas faire ça.

---

**01:12:15 Reiner Fuellmich**

---

Voici la dernière question que j'ai. Vous avez dit que le protocole Corman-Drosten est très peu scientifique. J'essaie vraiment de retenir la colère que j'ai. Est-il si mal conçu ? Parce que toutes les personnes qui ont travaillé sur ce protocole ne savent pas ce qu'elles font, ou...? Qu'est-ce que cela signifie ?

---

**01:12:48 Ulrike Kämmerer**

---

C'est une bonne question. J'ai donc pensé qu'ils ne savaient vraiment pas ce qu'ils faisaient. Mais ce n'est pas possible parce que c'est une technique très courante et très simple. Ils devraient donc savoir ce qu'ils font. Surtout en tant qu'experts scientifiques de haut niveau et les grandes pontes. Ce n'est pas seulement Corman-Drosten ; même Olfer Landt dans sa publication et son travail consiste à produire la RT-PCR pour les kits commerciaux. Donc ils savent tous exactement ce qu'ils font, parce que tous les gens dans cette position ne peuvent pas ignorer qu'il y a énormément de problèmes avec la conception de ce test. Donc ça doit être intentionnel.

---

**01:13:30 Reiner Fuellmich**

---

Donc vous êtes d'accord. Puisque ce test est si mal conçu... Si vous regardez la totalité des preuves, nous avons un test très mal conçu, nous n'avons aucun cas avant la publication du test. Puis, après la publication du test, nous avons tout à coup des cas sur lesquels l'OMS se base pour déclarer une urgence de santé publique de portée internationale, qui servira ensuite de base à l'utilisation de médicaments non testés sur des humains. Seriez-vous d'accord pour dire qu'il s'agit là d'une très forte preuve que cela a été utilisé pour créer des cas, pour créer artificiellement des cas à partir de rien ? C'est ce que je crois. Êtes-vous d'accord avec cela, ou est-ce que cela n'a pas de sens ?

---

**01:14:27 Ulrike Kämmerer**

---

Non, c'est tout à fait logique, parce qu'il n'y a pas d'autre façon de voir.

---

**01:14:34 Viviana Fischer**

---

Est-ce que je peux ajouter quelque chose ? Drosten a été témoin ou expert, il a été interrogé lors d'une audience dans le comté allemand de Brandebourg l'été de l'année dernière. On lui a demandé quel type de seuil il considérerait comme fiable en ce qui concerne le test PCR. Il a dit que c'est autour de 26 [nous avons cela par écrit parce que nous avons un témoin à l'audience]. Pourtant, dans son document, il avait suggéré que le seuil devait être de 43.

Alors pourquoi n'a-t-il jamais corrigé son article ? Ou n'a-t-il pas rendu cela public en insistant, en tant que conseiller du gouvernement, sur le fait que le seuil devait être modifié ? Car nous pouvons voir que de nombreux tests PCR effectués se situaient toujours dans une fourchette très élevée. Jusqu'à 40 amplifications. Tout cela a causé tous ces faux

résultats, ces faux positifs et a conduit à beaucoup de souffrance et de dommages, avec des personnes mises en quarantaine sans aucune raison. Que pouvez-vous répondre à cela ?

---

**01:15:53 Reiner Fuellmich**

---

En tant que scientifique, est-ce que vous vous corrigeriez une fois que vous auriez compris que vous avez fait une erreur ?

---

**01:15:59 Ulrike Kämmerer**

---

Normalement, oui ! Surtout dans ce cas, nous avons d'abord écrit une première lettre, puis une très longue critique dans une revue spécialisée où se trouvait cette publication frauduleuse. Nous avons demandé la rétractation de cette publication, ce qui est normalement une procédure scientifique. Même là, la rétractation du protocole a été refusée.

Donc oui, les raisons derrière cela, personne ne sait. Nous ne pouvons que spéculer. Mais normalement, nous devrions demander à Christian Drosten pourquoi il travaille de manière si peu scientifique, ne corrigeant pas son protocole PCR frauduleux.

---

**01:16:48 Viviana Fischer**

---

Je ne sais pas. Je pense que vous ne l'avez pas encore mentionné, mais l'article a été soumis à la procédure d'examen par les pairs dans un délai très court. Pouvez-vous peut-être commenter cela ?

---

**01:17:05 Ulrike Kämmerer**

---

Oui, nous l'avons analysé en détail, cela n'a pas pu durer plus de 24 heures, ce qui est très inhabituel pour un processus d'examen scientifique d'un article de recherche complet. En cas d'urgence ou pour leurs excellentes publications, il se pourrait que le rédacteur en chef d'une revue ait obtenu le manuscrit, soit d'accord et dise : « *Oh, c'est un excellent manuscrit.* » Mais même dans ce cas, ce délai très court de 24 heures entre la soumission de la publication au processus de révision et la publication de l'article. C'est, disons, plutôt unique au monde.

---

**01:17:51 Viviana Fischer**

---

Je me souviens que vous avez identifié un grand nombre, je crois que c'était neuf grosses erreurs à peu près, dans cet article. Certaines d'entre elles, comme par exemple la question du seuil, auraient été, j'imagine, si évidentes que les pairs examinateurs auraient immédiatement, même dans les 24 heures, dû sauter dessus et dire : « *Eh bien, ce n'est peut-être pas une approche vraiment scientifique ou pertinente dans cet essai.* », est-ce exact ?

---

**01:18:26 Ulrike Kämmerer**

---

Oui, en outre, l'un des principaux points est qu'ils ont mentionné qu'ils avaient besoin de concevoir rapidement un outil de diagnostic robuste, la PCR, parce que c'était un cas d'urgence, sans avoir d'informations sur le virus. Mais ils avaient le virus, parce qu'ils avaient les séquences de Wuhan. S'il était si nécessaire d'avoir une bonne PCR, ces contrôles et le séquençage, ils auraient dû demander aux collègues chinois. Parce qu'ils avaient tout et donc il n'y avait certainement pas besoin de cette publication et de ce protocole.

---

**01:19:11 Reiner Fuellmich**

---

Mike. Y a-t-il quelque chose que vous voudriez ajouter à cela ? Je veux dire, c'est très troublant de voir quelqu'un travailler d'une manière non seulement non scientifique, mais presque criminelle. Êtes-vous également d'accord pour dire que cela ressemble à un test conçu pour produire des cas signifiant des faux positifs ?

---

**01:19:45 Mike Yeadon**

---

Oui, le Dr Kämmerer a fait un meilleur travail que je ne pourrais faire. Mais je pense qu'elle n'a pas approché certains aspects lors de son introduction. Ce test a été mis en place très rapidement en utilisant la séquence qui a été fournie par Wuhan à leur laboratoire. Ils ont dû travailler, nuit et jour.

Donc, ostensiblement, ils devaient envisager : voici un virus potentiel qui peut causer une pandémie grave. Mettons en place un test pour aider le monde à identifier qui est infecté et, en conséquence malade, qui pourrait être infectieux et devrait se mettre en quarantaine. Ils savaient exactement quel était le contexte. Ce n'était pas une idée académique ou ésotérique. Ils savaient qu'ils étaient confrontés à une pandémie potentielle et ils ont mis au point, dans la mesure du possible et aussi rapidement que possible, un test qui pourrait être appliqué.

Si j'étais à leur place, je saurais que les personnes qui vont utiliser ces tests dans le monde entier, seront au mieux capables de manipuler des pipettes et de suivre des formules. Ce ne sera pas des laboratoires comme le mien, si j'étais le professeur Drosten. Je me dirais donc qu'il faut que ce système soit impeccable, pour éviter qu'il ne produise beaucoup de faux positifs. Mais ce n'est pas ce qu'ils ont fait.

Il me semble qu'ils ont établi des conditions telles que même si un laboratoire comme le sien appliquait cette recette, il aurait une forte probabilité d'obtenir

des résultats positifs à partir d'échantillons cliniques. Cela ne signifierait pas que la personne était malade à cause de ce virus ni qu'elle était infectieuse en raison du matériel détecté.

De plus, en tant que conseiller principal du gouvernement allemand pendant de nombreuses années et en tant que scientifique intelligent, il savait toutes ces choses. Il a donc diffusé dans le monde une technique qui, utilisée comme elle l'était par des personnes à peine formées, ne pouvait, comme l'a dit le Dr Kämmerer, que produire des résultats que je dirais au mieux, ininterprétables.

---

**01:22:14 Reiner Fuellmich**

---

Dexter, vous vouliez poser une question ?

---

**01:22:18 Dexter Ryneveldt**

---

Oui, merci beaucoup. Merci pour votre témoignage, Professeur Kämmerer. Avec votre témoignage, vous avez soulevé un point très important. Ce point est que tous ceux qui utilisent la PCR, c'est dans chaque pays, spécifiquement, nous regardons les autorités de réglementation sanitaire qui l'ont approuvé et qui ont confiné chaque pays. Votre preuve est qu'ils étaient supposés savoir qu'il n'y avait aucun moyen que cela puisse être utilisé comme un outil de diagnostic. Je voudrais juste que vous répondiez par oui ou par non, juste pour confirmer cela et pouvoir l'inscrire.

---

**01:23:01 Ulrike Kämmerer**

---

Il ne peut pas être utilisé comme un outil de diagnostic pour évaluer la contagiosité. Oui.

---

**01:22:18 Dexter Ryneveldt**

---

D'accord. Donc la contagiosité, à la lumière des preuves qui ont été présentées hier par le Dr Behrendt et même par le Dr Stuckelberger, la seule façon pour eux, pour l'OMS, de déclarer une urgence de santé publique de portée internationale était de remplir les conditions de transmission et la transmission revient à la contagion. Est-ce exact ? Trois intervenants opinent de la tête : Dr Kämmerer, Shankara Chetty et xxx.

Ok, je vais vous lire ce qui suit que je souhaiterais que vous commentiez. Ce que je vais lire est une déclaration du professeur Christian Drosten dans un article de 2014. Je le tiens de votre revue par les pairs que vous avez co-écrite. C'est la revue par les pairs Corman-Drosten. Je lis ce qui suit pour pouvoir l'inclure dans ce jury. C'est ce qu'il a dit dans l'article en 2014.

« La méthode est si sensible qu'elle ne peut pas détecter une seule molécule génétique du virus. Si, par exemple, un tel agent pathogène survole la muqueuse nasale d'une infirmière pendant une journée, sans tomber malade, ou sans rien remarquer, il s'agit soudainement d'un cas de MERS. Alors qu'auparavant des malades en phase terminale étaient signalés, des cas soudainement bénins et des personnes qui sont en fait en très bonne santé sont maintenant inclus dans les statistiques de déclaration. » Je veux que nous nous concentrons sur le mot statistique. « Cela pourrait également expliquer l'explosion du nombre de cas en Arabie saoudite » Article 2014.

Avez-vous un commentaire à ce sujet, en relation spécifiquement, avec les preuves que vous avez effectivement présentées jusqu'à présent ?

**01:25:25 Ulrike Kämmerer**

Oui, en 2014, il a exactement décrit que le problème est le PCR. Par conséquent, il sait exactement qu'il y a une mauvaise utilisation de cette technique dans la situation du SARS-CoV-2. Dans la situation actuelle, cela produit exactement les mêmes problèmes qu'il a décrits en 2014. Donc il devait certainement savoir qu'il promouvait une technique au monde qui produit beaucoup de faux positifs, beaucoup de problèmes et beaucoup de faux cas statistiques. Donc il devait le savoir et il a dû le prononcer contre sa propre connaissance. Pour quelle raison, je ne sais pas !

**01:26:20 Dexter Ryneveldt**

Bien. La question suivante est : vous avez mentionné très clairement les preuves. C'est essentiellement basé sur ce que vous avez dit, à partir de 2014, jusqu'en 2020, entre la période du 22 janvier 2020 et, en fin de compte, la deuxième réunion de l'oms du 30 janvier 2020. Est-il exact de dire que rien n'a changé en ce qui concerne les bases mêmes du test PCR ? Il pourrait peut-être dire : « **vous savez quoi, c'est une déclaration que j'ai faite en 2014, nous parlons de 2020, voilà ce qui a changé et je justifie donc qu'on puisse l'utiliser.** » Quelque chose a-t-il changé sur le plan scientifique, professeur ?

**01:27:17 Ulrike Kämmerer**

Non, comme je vous l'ai montré, cette technique est une technique de base, il n'y a que des combinaisons mineures qui changent, comme les amorces, mais la technique de base et tout ce que vous pouvez dire, c'est exactement la même depuis qu'elle a été

inventée par Kary Mullis et ensuite améliorée en ajoutant cette version quantitative. C'est donc le même problème qui était en 2014 qui se retrouve maintenant dans la situation où nous nous trouvons.

**01:27:49 Dexter Ryneveldt**

Donc maintenant nous allons revenir avant 2014, nous allons revenir en arrière en 2007 avec cet article du New York Times. Encore une fois, je le lis à partir de votre revue par les pairs, la revue par les pairs Corman-Drosten. Je vais rapidement citer ce qu'il a dit. Je cite :

« J'avais le sentiment à l'époque que cela nous donnait l'ombre d'un indice de ce que pourrait être une épidémie de grippe. Pourtant, selon les épidémiologistes, l'un des aspects les plus troublants de cette pseudo-épidémie est que toutes les décisions semblaient si judicieuses à l'époque. »

Nous sommes en 2007. Il s'agit d'un article du New York Times qui faisait essentiellement référence à une pseudo-épidémie, également basée sur le test PCR. Nous avons 2014, nous avons 2020, 2021, 2022 où nous sommes actuellement.

Vous conviendrez que rien n'a changé. Donc ce qui est applicable en 2007, 2014 et 2020, 21, 22, c'est exactement la même chose, êtes-vous d'accord avec cela ?

**01:29:12 Ulrike Kämmerer**

Exactement. Parce que c'est une technique qui produit des problèmes.

**01:29:18 Dexter Ryneveldt**

D'accord, merci beaucoup, professeur.

**01:29:21 Reiner Fuellmich**

Professeur Dolores Cahill. Nous avons déjà parlé ensemble. Y a-t-il quelque chose que... Voyez-vous cela différemment ? Ou êtes-vous d'accord Dolores ?

**01:29:32 Dolores Cahill**



Je suis tout à fait d'accord. J'ai fait des centaines de milliers de PCR dans les années 80 et 90 à l'Institut Max Planck de génétique moléculaire de Berlin, c'est une technique très similaire.

La seule chose que j'ajouterais peut-être est que nous devrions demander, dans tous nos pays, nous avons des laboratoires de virologie et des laboratoires de réglementation. Nous avons des autorités de réglementation qui devraient également superviser les entreprises qui produisent ces tests en tant que produits commerciaux et leur demander leurs contrôles positifs et négatifs.

Aussi, les médecins d'une certaine manière, juste pour suivre ce qui a été dit, doivent faire un diagnostic différentiel. Ils doivent donc et devraient utiliser une technique appelée séquençage ou séquençage Sanger de ces tests soi-disant positifs pour confirmer qu'il s'agit bien de SARS-CoV-2. Car si ce n'est pas le cas, les médecins ont l'obligation de rechercher d'autres agents infectieux ou agents susceptibles de provoquer les symptômes. Si c'est un agent infectieux qui appelle la pneumonie, ou si c'est le virus de la grippe, ou le rhinovirus.

Comme vous le savez tous, j'étudie la loi depuis peut-être 20 ans, il faut immédiatement se demander quelle est la base légale d'un diagnostic précis et ensuite qui est responsable. Je dirais que les personnes responsables sont celles qui donnent ces approbations pour ces tests.

Ils devraient rechercher des contrôles positifs, des contrôles négatifs et également vérifier les échantillons des patients pour valider la présence des agents infectieux par d'autres méthodes, y compris directement à partir de la salive ou des muqueuses. Ils doivent également séquencer les tests et examiner les contrôles positifs et négatifs pour confirmer le diagnostic.

Ensuite, les médecins devraient dire : si le test est négatif et que mon patient présente des symptômes, il devrait y avoir une série de tests, une enquête de suivi pour identifier l'agent causal, afin de pouvoir donner des antibiotiques ou d'autres préventions et traitements au patient.

#### 01:31:44 Reiner Fuellmich

Merci, Dolores. Cela nous amène directement à la question du séquençage. À cette fin, je voudrais demander à la Dr Sonia Pekova, parce que nous avons fait une interview il y a quelques jours. Dans cette interview, vous nous avez dit que vous avez trouvé quelque chose de très étrange, qui semble à mon avis, confirmer que quelque chose ne va pas avec le test de Drosten, qui tend à confirmer qu'une activité criminelle a eu lieu.

Vous n'avez pas fait de séquençage Sanger, Sonia. Vous avez fait un séquençage de nouvelle génération, est-ce exact ?

#### 01:32:27 Sonia Pekova



Oui, c'est exact. Je vais d'abord répondre à votre question. Puis, j'aimerais revenir également aux questions abordées précédemment, parce que j'aimerais, à ce sujet, proposer quelques commentaires.

En ce qui concerne le séquençage, lorsque la première vague a commencé en République tchèque, en mars 2020, il s'agissait d'une petite vague. Elle serait passée inaperçue si les médias et les journalistes n'avaient pas fait de battage autour de tout cela. Puis l'été a été complètement exempt du virus. Il a recommencé brusquement en septembre 2020. Il a été suivi d'une autre vague en novembre 2020. Enfin, elle a été suivie d'une vague qui a commencé en décembre 2020 et qui s'est poursuivie jusqu'en mars 2021. Chacune de ces vagues se comporte différemment sur le plan clinique.

La première, en mars, était bénigne. La deuxième, en septembre 2020, était également bénigne. La suivante en novembre et décembre a été vraiment très grave, beaucoup de gens étaient malades et beaucoup de gens, malheureusement, sont morts. Mais peut-être pas tout le temps à cause du virus, aussi à cause de la mauvaise gestion de la prise en soins par les médecins généralistes, car il n'y avait presque aucun contact à cette époque. Tout le monde avait peur du virus et les médecins ont simplement fermé leurs services, les services de consultation externe. Les gens n'ont pas reçu les soins appropriés.

Lorsque nous avons commencé à caractériser les vagues individuellement, nous avons découvert le virus original, en provenance de Wuhan : nous avons la séquence de référence, donnée par les scientifiques chinois, fin janvier 2020. C'était la vague de mars 2020. La deuxième vague, en septembre, était légèrement différente sur le plan génomique. Elle contenait de nombreuses mutations dans tout le génome. Il n'a été possible d'identifier ces mutations qu'en utilisant le séquençage de nouvelle génération, car il permet de séquencer l'ensemble du génome, du début à la fin.

Nous avons séquencé tous nos échantillons positifs et il faut dire que nous avons analysé près de 30 000 individus. Tous les positifs ont été séquencés par notre laboratoire, soit par séquençage Sanger, soit par séquençage de nouvelle génération. Le séquençage de nouvelle génération a été utilisé pour une caractérisation complète des vagues individuelles et des virus individuels, qui constituent les vagues individuellement. Nous avons découvert que non seulement chaque vague, du moins en République tchèque, était créée par une souche différente, mais aussi que les souches n'étaient pas directement liées entre elles.

Ainsi, la vague qui a commencé en septembre 2020 portait ou avait un certain schéma de mutation. Nous utilisons ce modèle de mutation pour suivre la circulation du virus dans le pays. À certains moments, à partir de novembre 2020, le schéma de mutation a changé. La vague qui a circulé dans notre pays en novembre et décembre 2020 était génomiquement différente. Fait intéressant, elle a perdu de nombreuses mutations de la vague précédente, ce qui n'est pas possible. Ce n'est donc pas possible du point de vue de l'évolution.

Donc, si vous avez une zone confinée, comme l'était notre pays, à ce moment-là, parce que le pays était confiné, tout le monde portait un masque facial, les distanciations sociales étaient en place dans la société. Nous n'avons pas vu de maladies respiratoires, à l'exception du SARS-CoV-2, qui a vraiment créé trois vagues importantes, tout au long de l'automne 2020. Donc la vague suivante n'était pas la descendance directe de la précédente, ce qui n'est pas possible dans une population confinée.

Ce qui nous pose cette question. Quelle était la source ? Où se trouve la source des souches individuelles ? Sans séquençage de nouvelle génération, vous ne seriez pas en mesure d'identifier la diversité, la diversité génétique entre les vagues individuelles.

Au début, le narratif était constamment : c'est le virus de Wuhan, il apparaît et disparaît. Tout le monde a été surpris, c'était vraiment ahurissant, parce qu'il s'agissait de susciter la peur de la population par un virus, qui apparaît et disparaît et personne ne sait quand. Ensuite, nous avons découvert que ce n'était pas le même virus. À chaque fois c'était quelque chose de différent. Même si c'était différent dans le sens où vous avez une vague et qu'elle a un certain schéma de mutation,

parce que le virus accumule des mutations dans le temps, ce serait parfaitement logique et possible. Ensuite vous vous attendriez à la vague suivante, qui porterait les mutations de la vague précédente et pourrait seulement ajouter quelques mutations supplémentaires, parce que c'est l'évolution normale.

Mais ce n'était pas le cas. La vague précédente était porteuse de mutations et la vague immédiate qui a suivi n'a fait qu'effacer un grand nombre de ces mutations. Le virus n'est pas capable d'effacer les mutations et de revenir au plan initial, il ne sait pas quelle était la séquence originale de Wuhan.

Donc, à mes yeux, cela implique que toutes les vagues individuelles ne sont pas directement interdépendantes. Comme je l'ai dit, je ne savais pas où la source de cela pouvait être. C'est une sorte de chaos orchestré qui a été créé. En utilisant le séquençage de nouvelle génération, nous sommes en mesure d'identifier cette astuce.

Omicron, par exemple, est le virus qui circule en ce moment. Il est vraiment bénin. Omicron, je l'ai trouvé dans les médias grand public, ça veut dire ce que ça veut dire si vous trouvez des infos dans les médias grand public. Ils ont dit qu'il n'y a pas de prédécesseur direct de l'Omicron parce qu'il est tellement différent de tout ce que nous avons vu jusqu'à présent, qu'ils ne savent pas quelle est l'origine de l'Omicron.

Encore une fois, on peut spéculer que cela provient d'un laboratoire parce qu'à mes yeux, ça vient bien d'un laboratoire et c'est fait exprès.

À l'origine, je pensais que c'était peut-être intentionnel ou une espèce de danger ou je ne sais pas quoi. Mais maintenant, il semble que tous les indices montrent que c'est volontaire et que les vagues individuelles ne ressemblent pas à une évolution normale dans une zone fermée confinée, car vous verriez une vague avec un certain modèle de mutation, puis une autre s'élevant de la précédente, contenant le même modèle de mutation plus quelques autres mutations, jusqu'à ce qu'elle meure.

Avec Omicron, parce qu'elle est si fortement mutée, je m'attends à ce que les créateurs de cette pandémie sachent déjà que nous sommes capables de séquencer les souches et de caractériser les vagues sur le plan génomique.

Ils savent donc qu'après Omicron, si une autre souche apparaît, elle sera plus mutée qu'Omicron. Parce que c'est l'évolution normale du virus, jusqu'à ce qu'il meure, jusqu'à ce qu'il soit plein de mutations, il est aussi infesté de mutations et les mutations finissent par tuer le virus.

Donc, soit Omicron est le dernier. Ou si quelque chose arrive, il doit être plus muté qu'Omicron. Si Omicron est bénin, le prochain, s'il arrive, devra être encore plus bénin, presque méconnaissable. Si nous ne sommes plus obligés de faire des tests PCR comme des malades tout le temps, parce que c'est exactement ce que nos gouvernements veulent que nous fassions.

#### **01:41:50 Viviana Fischer**

Lorsque vous dites qu'il est si distinctif, comment se fait-il que le test PCR, d'après ce que j'ai compris, n'ait pas été adapté aux versions qui circulent, alors comment se fait-il qu'il puisse détecter ce genre de variété de versions du virus tout en restant fondamentalement l'ancien SARS-CoV-2 ? Je veux dire, a-t-il été conçu de cette façon dès le début, en quelque sorte, quelle est votre opinion ?

#### **01:42:26 Sonia Pekova**

C'est une question fantastique. Je vous en remercie. Comme nous en avons discuté vendredi, lorsque nous nous sommes rencontrés pour la première fois, j'ai souligné une chose intéressante et étrange dans la conception de Drosten, qui a ciblé dès le début trois parties du génome de SARS-CoV-2.

Depuis 2006, mon travail consiste à concevoir des essais de PCR en temps réel et des essais de PCR quantitative en temps réel pour n'importe quel pathogène, car notre laboratoire est un grand laboratoire de diagnostic. Nous nous concentrons sur la microbiologie moléculaire humaine et vétérinaire et 99% des tests que nous avons, c'est un test PCR quantitative en temps réel, qu'il soit simple ou en duplex buccal, c'est mon travail.

Je suis conceptrice de ces tests. Je le fais depuis 2006. C'est mon travail régulier. Toujours, lorsque je conçois un nouveau test pour un nouvel agent pathogène, j'utilise des outils bio-informatiques et j'aligne le génome de l'agent pathogène pour lequel je m'apprête à faire un essai et j'aligne le génome sur tous les génomes de la base de données, la base de données mondiale du Centre National d'information de Biotechnologie. Je recherche la partie la plus spécifique du génome de l'agent pathogène, si

spécifique et si unique, qu'aucun autre germe ou agent pathogène dans le monde, chien, chat, humain ou autre organisme, ne possède ce brin d'ADN ou d'ARN. Je ne me souviens pas d'un seul essai dans notre laboratoire et nous en avons des centaines, couvrant à la fois les pathogènes vétérinaires et humains, où nous aurions utilisé plus d'une seule cible unique dans le génome d'un pathogène donné.

Ainsi, lorsque j'ai vu le projet de Drosten au tout début de la pandémie en mars 2020, je n'ai pas compris pourquoi il avait choisi trois cibles. Parce qu'il ne pouvait en choisir qu'une seule dans le cadre de son travail normal. Si vous voulez enquêter sur, je ne sais pas, l'hépatite C, vous n'avez qu'une seule PCR ciblant une partie spécifique du virus de l'hépatite C. Si vous étudiez le VIH, la même chose, une seule question spécifique, parce que la PCR doit être spécifique et doit pouvoir extraire uniquement la cible que vous recherchez.

Drosten a décidé d'opter pour trois cibles individuelles, ce qui n'avait aucun sens pour moi à ce moment-là. Mais maintenant, je comprends pourquoi il l'a probablement fait, parce que comme nous voyons que chaque vague individuelle a été créée par une souche différente du virus. Il me semble qu'il aurait pu, au tout début, s'attendre à cette hétérogénéité, dans la famille SARS-CoV-2 - nous savons que le coronavirus a muté, la vitesse à laquelle le SARS-CoV-2 mute, ne s'est sans précédent, jamais vue, jamais entendue.

Si vous ne ciblez qu'une partie du gène N ou E ou du gène de la polymérase, vous pouvez facilement manquer une souche qui pourrait survenir à un moment donné, lors d'une vague dans un pays donné. Donc, il faut plus de sécurité...

Si votre tâche au début était de créer ou de concevoir un test qui ne manquera rien, même s'il mute, faites-le de cette façon, vous ne manquerez rien. Nous avons besoin de chiffres et nous devons suivre chaque vague individuelle dans chaque pays individuel. Si on me demandait de rédiger un essai pour cette tâche, je choisirais certainement trois cibles individuelles dans le génome, peut-être quatre et je rendrais les choses très compliquées. Pour ne rien manquer.

Par exemple, dans notre pays, parce que nous faisons beaucoup de microbiologie vétérinaire, nous étudions les coronavirus chez les chats, les chiens, les perroquets, les chevaux et chaque espèce

individuelle a son propre coronavirus. Nous avons fait des essais pendant des années. Nous n'avons jamais eu l'idée de les changer ou de les redessiner parce qu'ils sont parfaits... Bien que le coronavirus mute, il n'est pas si particulier, ce n'est pas plus compliqué, quoi que ce soit qui pourrait interférer avec les diagnostics.

Donc normalement, même si vous enquêtez sur le coronavirus du perroquet, vous avez le même essai depuis 20 ans vous êtes parfaitement satisfait avec. Mais pour le sars cov-2, vous aviez besoin de nombreux essais différents pour être en mesure d'attraper toutes les souches individuelles du virus.

De plus, je me souviens d'un avis de notre gouvernement disant que lorsque la souche britannique est apparue, ils ont dit : « N'utilisez pas tel ou tel kit commercial parce que celui-ci n'est pas capable d'identifier le variant britannique ou alpha ».

Lorsque Drosten a conçu son test de manière aussi compliquée, à mes yeux, cela implique pour moi, car je suis moi-même conceptrice et je le fais depuis près de 20 ans, à mes yeux, cela signifie que sa tâche était de le rendre totalement applicable à tout, peu importe que vous identifiez quelque chose qui n'est pas le SARS-CoV-2, que vous ayez une énorme expérience, il y a beaucoup de faux positifs et ainsi de suite. Parce que la question ou la tâche n'était pas de faire un test PCR qui soit spécifique. Il s'agissait de faire un test PCR qui produise des chiffres. Telle était la question et la tâche.

si je peux développer cette idée. Je pense que l'avocat Dexter a peut-être posé une question à ce sujet. Quelle était la différence entre le SARS-CoV-1 et le SARS-CoV-2 en termes de réglementation officielle ? En Europe et aux États-Unis, car j'ai voyagé ou passé beaucoup de temps aux États-Unis et je connais le type de réglementation en vigueur dans ce pays. Nous avons quelque chose de similaire ici en Europe. En 2008 environ, un processus appelé « accréditation des laboratoires » a été lancé. L'accréditation signifie que vous avez en Europe, ce qu'on appelle la norme ISO 15 189 et qu'elle doit montrer la qualité du traitement des échantillons dans le laboratoire et la qualité de l'ensemble de la gestion du laboratoire.

Mais cela signifie également que le laboratoire doit de préférence utiliser des kits certifiés CIBD et non des kits dits de laboratoire, comme certains kits internes.

Lorsque nous avons commencé à travailler sur cette pandémie en mars 2020, nous avons développé notre propre test PCR, car je n'étais absolument pas satisfaite de la conception de Drosten.

Je l'ai dit ouvertement à notre gouvernement : nous n'utiliserons pas le test de Drosten parce qu'il semble dangereux. Il produira probablement beaucoup de faux positifs, qu'il aura probablement une intensité de fluorescence élevée et nous avons développé notre propre test, nous ciblons et faisons toujours cinq UTR primaires d'un virus, ce qui, je pense, est si unique que cela signifie qu'il vient d'un laboratoire.

La majorité des hôpitaux universitaires dans notre pays et aussi en Europe, parce qu'ils appliquent le système d'accréditation ISO 15 189, ont toujours tendance à choisir un kit accrédité ISO. Là je peux vous montrer, c'est une boîte. Elle arrive dans votre laboratoire, elle porte une étiquette indiquant CIBD, c'est comme un mantra pour vous, disant que quelqu'un a minutieusement validé le test devant des centaines d'échantillons, car pour obtenir le label CIBD, vous devez suivre la norme ISO 13 485, qui est une norme ISO pour la production de kits de diagnostic. Vous devez valider la sensibilité, la spécificité, la variabilité autour de centaines d'échantillons pour la réactivité croisée et bla, bla, bla. Une fois que vous avez une boîte, qui porte la marque CIBD, cela signifie pour le laboratoire que s'il utilise les produits chimiques contenus dans la boîte, même s'il y a des erreurs de diagnostic, la faute revient au producteur du kit et non au laboratoire.

Cet argument est massivement invoqué dans les facultés, les hôpitaux, les grands centres hospitaliers de notre pays et d'Europe plus largement. Mais imaginez une sorte de boîte noire, vous ne savez pas ce qu'elle contient, vous la recevez juste du fabricant.

Dans ce cas précis, celle-ci provient de Life River, basé à Shanghai, en Chine. S'il y a un problème avec une de ces boîtes, porterez-vous réclamation contre quelqu'un en Chine ? Serez-vous en mesure de demander des comptes et de négocier quoi que ce soit ? Vous recevez une boîte qui contient un tout nouveau mélange d'enzymes dédiées au SARS-COV2, qui a passé un contrôle interne, un contrôle négatif et un contrôle positif, accompagnée d'une notice expliquant comment mélanger les composants entre eux et comment mener le test. Comme vous ne connaissez pas les composants du kit de diagnostic, vous n'avez pas d'autre choix que de vous fier à sa fiabilité.

S'il contenait des produits chimiques frauduleux, tous les kits ou leur écrasante majorité étant basés sur le modèle Drosten, tout du moins au début. Donc vous achetez tout de même ce kit, parce que vous voulez protéger votre entreprise, vous êtes certifié ISO et vous ne souhaitez utiliser que des kits certifiés CIPD pour être parfaitement en règle vis-à-vis de votre gouvernement. Alors si vous générez des faux positifs, premièrement, vous n'en êtes pas responsable. Deuxièmement, vous n'êtes pas en mesure d'affirmer que vous générez des faux positifs de manière prévisible, car vous êtes incapable de vérifier si la positivité obtenue est correcte ou incorrecte. Vous ne pouvez pas la séquencer, parce que vous ne connaissez pas les séquences des amorces et des récepteurs utilisés.

Donc, comme la plupart des salariés sont enfermés dans leur routine, ils prennent juste la boîte, les échantillons et ils font le test. Par conséquent, je pense qu'ils abusent de cela, ils abusent de la situation dans les pays développés en Europe et aux États-Unis, où tout le monde s'appuie sur des kits certifiés par la CLIA, la CIBD ou la FDA, dans tous les cas. Ils ne vérifient pas la qualité des diagnostics, ils regardent juste s'il y a le logo CIPD, ou la mention « Approuvé par la fda ». Si les instigateurs de cette pandémie avaient voulu confondre tout le monde dans les grandes largeurs, ils n'auraient pas fait autre chose que de produire des kits de diagnostic dans des pays comme la Chine. Dans la province du Wuhan Wuhan Wuhan, vous seriez incapable de dénoncer les problèmes rencontrés avec vos diagnostics, à cause de la barrière de la langue ou de je ne sais quoi d'autre. Mais cela permettrait de produire des cas.

Lorsque nous avons lancé notre propre test 5'-UTR dans notre pays, nous avons subi une pression terrible, avec des menaces de fermeture de notre laboratoire. Ils ont émis tellement d'objections à notre encontre, mis en doute notre honnêteté, ils m'ont discrédité. Je n'ai pas compris ce qu'il se passait, parce que les tests 5'-UTR sont parfaitement spécifiques, ils sont hors de tout doute et ne produisent pas de faux positifs. J'ai proposé le test gratuitement à quiconque en avait besoin. Des centaines d'autorités compétentes à travers le monde étaient en demande de cela, alors j'ai publié le principe du test sur Internet, gratuitement. Le gouvernement nous a fait un cinéma, ils nous ont enjoint d'utiliser le protocole Drosten, j'ai répondu « hors de question, nous ne l'utilisons pas, car il produit des faux positifs ». En Europe et aux USA.

---

**01:55:54 Reiner Fuellmich**

Juste une seconde, Sonia, on vous a dit de ne pas utiliser ce test que vous avez conçu, mais plutôt celui de Drosten Corman ?

---

**01:56:03 Dr Sona Pekova**

Tout à fait, dès le début, la recommandation absolue de nos autorités était d'utiliser l'excellent test Drosten, hautement recommandé par le CDC et l'OMS. Donc dans un premier temps, nous avons acheté les réactifs, nous avons acheté un kit. Nous l'avons fait parce que je ne voulais pas devenir une hérétique dans mon pays. J'ai réalisé que le test Drosten est tellement... puis-je prononcer le mot « merdique » ?

---

**01:56:34 Reiner Fuellmich**

Je suppose que c'est ce qui le décrit le mieux, après avoir entendu tous les témoignages de vos collègues...

---

**01:56:41 Dr Sona Pekova**

Ce test est tellement mauvais, pour rester dans l'euphémisme. J'ai donc totalement refusé de l'utiliser. Nous l'avons immédiatement remplacé par le test 5'-UTR que nous avons conçu, qui a été par la suite certifié par un contrôle qualité externe, d'abord à l'échelon national, puis international.

Une fois qu'il a reçu la validation de ce contrôle qualité externe, nos autorités ont cessé de nous dénigrer, pour rester dans l'euphémisme encore une fois. Depuis... excusez-moi, c'est Omicron... depuis ce moment-là, nous avons continué à utiliser notre test 5'-UTR. Nous avons dépisté près de 30 000 personnes, sans aucune équivoque. Ce test fonctionne, il est excellent, fiable et satisfait toutes les exigences de la norme ISO 13 485, car nous l'avons conçu pour être évalué selon cette procédure européenne. Donc je n'ai pas compris et je ne comprends toujours pas pourquoi les autorités privilégient toujours un test qui n'est pas fiable. Sauf si vous acceptez l'hypothèse selon laquelle l'objectif principal n'est pas d'être fiable et précis, mais de continuer à générer des cas.

---

**01:58:18 Reiner Fuellmich**

Pour conclure, après avoir écouté vos collègues et compte tenu des conclusions auxquelles vous êtes vous-même parvenue via vos propres recherches, valideriez-vous l'affirmation selon laquelle il semble n'y avoir absolument aucun fondement justifiant la moindre mesure corona et en particulier les vaccinations ?

---

**01:58:43 Dr Sona Pekova**

Absolument. Les toutes premières mesures corona, que ce soit dans notre pays, dans les autres pays européens, en Amérique et partout dans le monde, ont été d'introduire des mesures anti-épidémie draconiennes, comme le port du masque, la distanciation sociale, la quarantaine, les enfants qui ne peuvent plus aller à l'école, etc. En dépit de toutes ces mesures draconiennes, alors que les autres maladies respiratoires ont disparu, plus personne n'a croisé la grippe A, la grippe B ou le virus respiratoire syncytial, qui sont normalement présents en automne ou au début du printemps...

Malgré toutes ces mesures draconiennes, le fait d'avoir enfermé tout le monde chez soi, etc., trois vagues de coronavirus sont quand même apparues, disparues, apparues, disparues, apparues, disparues, en dépit de toutes les mesures.

Selon moi, si l'objectif était de combattre la grippe A, alors en effet c'était le meilleur moyen, cela avait vraiment du sens d'introduire des respirateurs ou des masques faciaux. Mais en ce qui concerne le SARS-CoV-2, rien n'a fonctionné. Quelles que soient les mesures, les vagues ont toujours submergé le pays, d'une manière visiblement orchestrée. En effet, elles ont été annoncées plusieurs mois avant de se produire. Ceci est un élément extrêmement troublant.

Comment un membre du gouvernement pouvait-il savoir cela, alors même que le virus avait complètement disparu pendant l'été 2020 ? Comment était-il en mesure de le savoir, sur base de quelques données, des données inexistantes d'ailleurs. Comment prédire qu'il y aurait une vague fulgurante en septembre ?

Mon expertise en tant que microbiologiste [je suis médecin et j'ai été formée à la biologie moléculaire, à la génétique et à la microbiologie], compte tenu de mes connaissances, me conduisent à dire que contracter une maladie respiratoire, qu'elle soit grave, normale, commune, naturelle, d'origine naturelle, à la fin du mois d'août, c'est impossible, nous n'avons jamais vu ça. Nous observons l'arrivée des maladies respiratoires typiquement en octobre ou en novembre, quand il pleut, quand la météo est mauvaise, mais jamais au cours d'un bel été ensoleillé. Cela aussi était troublant. Non seulement ç'avait été annoncé à l'avance, mais en plus ça s'est produit à un moment inhabituel. Les vagues sont apparues conformément aux prédictions.

---

**02:01:34 Reiner Fuellmich**

Nous pouvons donc en conclure, si je comprends bien, qu'il n'y a pas de pandémie de corona, mais plutôt une pandémie de tests PCR...

---

**02:01:45 Dr Sonia Pekova**

Absolument. Reiner, vous parliez de la vaccination. Il ne faut pas l'oublier, c'est un point vraiment important. Lorsque nous avons commencé à analyser ces vagues, nous avons identifié que chacune d'elles correspondait à quelque chose de différent. Je n'ai pas hésité à annoncer ouvertement à nos autorités, à notre gouvernement, ce qui était en train de se passer. En ce qui concerne les soi-disant experts, ceux qui conseillent nos gouvernements, ils ne sont pas de bon conseil. Ces experts vivent dans un monde à part, ces experts en immunologie, en vaccino-logie, etc.

N'importe quel immunologiste ou spécialiste des vaccins devrait pourtant savoir, par ses études, par la littérature, que si votre cible, le virus, mute très fréquemment, alors ce n'est pas possible, c'est même contre-indiqué, de s'en remettre à un vaccin conçu contre le virus qui s'est échappé de Wuhan et qui ne circule plus. Vous vous retrouvez avec un vaccin hétérologique [différent des tissus environnant], face à des virus eux-mêmes hétérologiques. Si vous créez des vaccins hétérologiques pour des virus hétérologiques, alors vous pouvez vous retrouver avec une amélioration dépendante des anticorps, ce qui peut réellement aboutir à la mort de l'individu qui a été vacciné avec ce vaccin hétérologique.

Jusqu'à présent, nous ne disposons pas de données de suivi à long terme sur les vaccins. Ils ont été introduits depuis un an. Nous ne disposons pas de 5 ans, 8 ans ou 10 ans de suivi de ces vaccins. Nous avons des modèles de prédiction informatiques sur les dégâts que pourrait causer un vaccin et à quel point il pourrait se révéler dangereux. Même s'il ne s'agit que de prédictions informatiques, même si l'on peut douter du laboratoire qui les fait, même si l'on n'y croit pas, vous avez un vaccin qui ne correspond pas aux variants qui circulent. Ceci est un fait établi qu'ils ne peuvent absolument pas ignorer. Si ce n'est pas le cas, alors je ne sais pas quelle sorte d'experts ils sont. Sachant que chaque variant est différent et que le vaccin est hétérologique, hétérogène, ils auraient dû immédiatement arrêter la vaccination, pour des raisons de sécurité, au lieu de la rendre obligatoire, de l'encourager, de proposer de l'argent pour se faire vacciner, ou même des iPhones, des paires de baskets...

**02:04:44 Reiner Fuellmich**

Je suis désolé de vous interrompre, mais nous aborderons la question des soi-disant vaxxins avec un autre groupe d'experts. Donc pour conclure encore une fois, rien ne justifie les vaxxinations, car les mesures corona ne reposent sur rien, parce les tests PCR ne reflètent absolument pas les infections. Est-ce exact ?

**02:05:10 Dr Sonia Pekova**

Les tests PCR réalisés de manière quantitative peuvent vous donner des indications quand le patient est réellement atteint d'une maladie liée au SARS-CoV-2.

**02:05:28 Reiner Fuellmich**

Vous dites que ça peut vous donner une indication, mais ça ne peut pas vous dire si le patient est réellement contagieux, parce que même si le virus a infecté ses cellules. Parce que comme nous l'a expliqué Ulrike, il n'existe plus sous sa forme complète quand l'écouvillon entre dans la machine, n'est-ce pas ?

**02:05:48 Dr Sona Pekova**

Oui, absolument. Quelles que soient les analyses de laboratoire, les données ne sont qu'indicatives. Elles doivent fournir une aide et il n'y a que l'état clinique du patient qui doit faire foi...

**02:06:06 Reiner Fuellmich**

En d'autres termes, en lui-même, le test PCR ne suffit pas pour affirmer si oui ou non quelqu'un est infecté et contagieux à la covid-19.

**02:06:21 Dr Sona Pekova**

Absolument.

**02:06:23 Reiner Fuellmich**

Très bien, merci beaucoup Sonia. Nous sommes un peu pris par le temps. Je ne veux pas couper la parole à qui que ce soit. Donc si l'un d'entre vous, Ana, Dexter, Virginie, Dipali, avez des questions, je vous en prie, allez-y.

**02:06:41 Dexter L-J Ryneveldt**

Dr Sonia, merci beaucoup pour votre témoignage. Je pense que ce qui est très important à retenir pour le jury est que comme cela a été le cas depuis le début de cette pandémie [nous l'appelons « **plandémie** »], il faut continuer à être attentif aux statistiques.

À présent, nous avons dépisté un si grand nombre de cas positifs, qu'au bout du compte, cela finit par

modeler l'esprit des gens, à leur faire penser que tout compte fait, leur gouvernement semble bien travailler pour la défense de leurs intérêts. Par conséquent les confinements sont nécessaires, il faut s'y conformer, il faut porter des masques et il faut par-dessus tout consentir au cirque de la distanciation sociale.

La question que je souhaiterais vous poser, qui est relativement cruciale, concerne les données statistiques issues de ces tests PCR de Drosten. Devant cette commission, Dr Sonia, diriez-vous que toutes ces données statistiques qui ont été fournies au public et dont le jury a été bombardé quotidiennement, « **cas positifs, cas positifs, cas positifs** », ces données statistiques sont-elles erronées ? Est-il possible qu'une instance de régulation publique d'un pays ait pu les utiliser pour justifier un confinement ? Merci.

**02:08:10 Dr Sonia Pekova**

En effet nous avons été abreuvés de chiffres. Tous les jours dans les journaux, on pouvait lire que les laboratoires ont dépisté tel nombre de cas positifs, que c'est davantage qu'hier, etc. Une véritable campagne de terreur continue sur la population. De plus, étant donné qu'un PCR positif représentait un bonus pour les hôpitaux.

S'ils avaient un patient susceptible d'être positif, même une simple suspicion, alors ils bénéficiaient d'un remboursement bien plus élevé de la part de l'assurance. Que ce soit les hôpitaux ou les médecins, il y a un tel niveau de corruption, c'est terrible ! Il n'y a eu aucune pression, que ce soit des hôpitaux ou des médecins, pour obtenir des résultats précis. Quand ils avaient un individu PCR positif, [ne l'appelons pas patient], alors ils recevaient trois fois plus d'argent pour lui que si l'individu était négatif au SARS-CoV-2. Au final, ils étaient plutôt contents, parce qu'ils gagnaient plus d'argent. Les patients étaient plus rentables pour eux. Ils étaient mieux remboursés par les assurances. Il n'y a eu aucune pression de la part du personnel médical pour réclamer des données fiables, car ils ont profité de l'afflux de cas positifs au SARS-CoV-2. Peu importe qu'ils soient faussement ou réellement positifs. À partir du moment où le patient était positif au SARS-CoV-2, peu importe le nombre de CT, ils étaient bien mieux remboursés par les assurances. Cette situation n'était pas spécifique à notre pays, elle s'est répétée dans de très nombreux pays à travers le monde. Donc... mais peut-être ai-je un peu digressé par rapport à votre question...

---

**02:10:13 Dexter L-J Ryneveldt**

---

Le plus important avec ces statistiques publiées quotidiennement, dont le jury a été bombardé chaque jour, c'est qu'en réalité elles ne sont pas dignes de confiance. Je dirais même que les instances de santé publique, les décideurs en matière de santé publique dans les pays, n'auraient en aucun cas dû s'en servir pour justifier tous les confinements. Pour résumer, premièrement, ces statistiques ne sont pas fiables. Deuxièmement, les décideurs en matière de santé publique n'auraient jamais dû les utiliser pour justifier tout ce qu'ils ont mis en place. Vrai ou faux, Dr Sonia ?

---

**02:10:56 Dr Sonia Pekova**

---

En effet, les statistiques issues des tests PCR ne sont absolument pas fiables. Car même dans le cas d'un patient écrasé par un camion, s'il était positif au SARS-CoV-2, il était comptabilisé dans les statistiques comme positif au SARS-CoV-2. Il y a eu un grand débat en République Tchèque, pour savoir s'il s'agissait d'un patient mort avec le covid, ou mort du covid. Toute personne qui était positive au SARS-CoV-2, était comptabilisée dans les statistiques comme un cas.

Il est absolument impossible de faire confiance à ces statistiques. Elles n'ont servi que de prétexte au gouvernement pour mettre en place de puissants outils de contrôle de la société et pour instaurer des mesures draconiennes, des confinements, des lois draconiennes et au final restreindre les droits des populations. Tout cela grâce à ces outils, à ces faux chiffres et à ces fausses statistiques, complètement trafiquées et frauduleuses. Ils les utilisent pour contrôler la société. Par exemple pour fermer les petites et moyennes entreprises, pour fermer les écoles.

Ils ont causé des dommages à de très nombreuses personnes dans la société. Selon moi et personne ne m'a fait changer d'avis, le virus du SARS-CoV-2 n'est rien d'autre qu'un outil de contrôle de la société, pour l'amener dans une direction souhaitée, ou planifiée. Le premier objectif était d'imposer les vaccins, d'injecter tout le monde, quels que soient ces vaccins ou ces produits, en vue de mettre en œuvre des mesures encore plus draconiennes. Toute cette énergie...

---

**02:12:47 Reiner Fuellmich**

---

Une seconde, il vous a posé une question précise : nous ne pouvons pas faire confiance aux chiffres issus des tests PCR...

---

**02:12:53 Dr Sonia Pekova**

---

Non, nous ne pouvons pas nous fier à ces chiffres. La plupart de ces statistiques ont été trafiquées à dessein.

---

**02:13:02 Reiner Fuellmich**

---

D'accord, merci beaucoup.

---

**02:13:03 Dexter L-J Ryneveldt**

---

Une dernière question rapide. Vous pouvez juste répondre par oui ou par non, cela sera plus que suffisant, étant donné la consistance des preuves que vous avez fournies. L'ultime question à propos de cette pandémie de tests PCR dont nous parlons, est-ce qu'il s'agit de science, oui ou non, docteur ?

---

**02:13:23 Dr Sonia Pekova**

---

Oui, c'est une pandémie de tests PCR.

---

**02:13:24 Dexter L-J Ryneveldt**

---

Merci beaucoup. Pas d'autres questions.

---

**02:13:29 Reiner Fuellmich**

---

Merci beaucoup, Sonia. Regardons maintenant de plus près comment dans les faits, le monde gère cette pandémie, qui ne repose sur aucun fondement. Je souhaiterais en premier lieu attirer l'attention sur ceux qui prétendent que beaucoup de gens meurent, à Bergame, à New York... Commençons d'abord par en examiner les causes. Puis nous nous demanderons comment cela aurait-il pu être traité autrement. Nous savons tous qu'il y a un virus qui traîne dehors, mais comment cela peut-il être traité ? Intéressons-nous d'abord à la question : pourquoi cela se produit-il ? Bryan Ardis nous a rejoints. Dr Bryan Ardis, du Texas. Comment expliquez-vous le fait que de si nombreuses personnes semblent être mortes, à New York notamment, du coronavirus ?

---

**02:14:31 Dr Bryan Ardis**

---



C'est une excellente question. Dès le début de mai 2020, je me la suis moi-même posée, car en mars et en avril 2020, il y avait des témoignages incessants dans les médias de la part de médecins et d'administrateurs d'hôpitaux à New York, qui se lamentaient et rapportaient le même scénario. Chaque fois qu'ils étaient interrogés par les médias : « Qu'observez-vous chez les patients que vous traitez pour le covid-19 dans les hôpitaux de New York ? »

Ils répondaient tous la même chose. Tous sans exception. **« Nous n'avons jamais vu un virus respiratoire faire cela auparavant. À partir du moment où nous commençons à traiter ce virus respiratoire, vers les jours 3, 4 et 5 du traitement, le virus quitte les poumons et il commence à attaquer les reins et à provoquer une insuffisance rénale aiguë, chose que nous n'avons jamais observée auparavant. »** Ils n'arrêtaient pas de répéter : **« Nous ne manquons pas seulement de respirateurs, ici à New York, mais nous manquons également de machines de dialyse. »**

Cela m'a fortement intrigué. J'ai justement vécu un scénario similaire à peine trois mois plus tôt, par rapport à mai 2020 où je voyais toutes ces interventions dans les médias. Mon propre beau-père est décédé à l'hôpital, suite à un mauvais protocole de soins début février 2020. Ma femme et moi avons reçu un appel téléphonique le troisième jour de son traitement contre la grippe, nous annonçant qu'il souffrait d'insuffisance rénale aiguë, avant de se rendre compte que c'était dû à un médicament qu'on lui avait prescrit, non recommandé pour la grippe, car reconnu pour provoquer une insuffisance rénale aiguë.

Indépendamment du covid, trois mois plus tard, je lis un mémo d'Anthony Fauci du nih<sup>20</sup>, car je cherchais à comprendre pourquoi tous ces médecins, infirmières, administrateurs d'hôpitaux à New York continuaient de rapporter la même chose que j'avais vécue : aux jours 3, 4 et 5 du traitement contre le soi-disant virus à New York, le covid-19, ils constataient de nombreux cas d'insuffisance rénale aiguë. Je suis allé sur le site cdc.gov.

Il n'y avait pas de protocole concernant le traitement des patients hospitalisés pour la covid-19, mais un renvoi vers un protocole du nih pour la covid-19. Dans ce mémo, attaché au site nih.gov, Anthony Fauci a publié ses consignes à l'adresse du monde entier. C'était à la mi-mai 2020. Il a annoncé qu'il n'y avait qu'un seul et unique médicament autorisé dans tous les hôpitaux d'Amérique, pour les Américains hospitalisés à cause du covid-19 et ce médicament antiviral expérimental s'appelle le

Remdesivir. Dans les deux études promouvant son utilisation, il a été jugé sûr et efficace contre le virus Ebola, un an auparavant en Afrique. Puis il a dit qu'il avait été jugé sûr et efficace lors d'un essai en mars 2020, à peine deux mois plus tôt, essai mené par le fabricant du Remdesivir, Gilead Sciences.

Dans ce même mémo, Fauci déclarait qu'il y avait deux médicaments interdits. Il avait été découvert qu'ils avaient des effets toxiques sur le cœur, entraînant la mort des patients traités pour le covid. Ces deux médicaments étaient l'Hcq et la chloroquine. Je ne m'y suis pas intéressé à ce moment-là. J'ai plutôt investigué du côté du Remdesivir, car je n'en avais jamais entendu parler.

J'ai appris qu'il était encore expérimental à ce stade et qu'il n'avait jamais été approuvé par la fda<sup>21</sup>. J'ai donc creusé ce que le Dr Anthony Fauci déclarait sur le site nih.gov. Quel était sa raison de sélectionner ce seul et unique médicament. Le premier lien pointait vers l'étude du New England Journal of Medicine à propos d'Ebola. Puis j'ai lu également la deuxième étude. Je n'arrivais pas à croire ce que j'avais découvert.

J'ai appris que le Remdesivir n'avait pas démontré son innocuité et son efficacité contre le virus Ebola. En fait, il s'est avéré être le médicament le moins efficace et le plus meurtrier de l'essai. Le comité de surveillance de cet essai a suspendu son utilisation pour le reste de l'étude. Plus personne ne pouvait en recevoir, car il était le seul médicament sur les quatre de l'essai publié, à avoir un taux de mortalité supérieur à 50%. Seul le Remdesivir était dans ce cas, raison du retrait par le comité de surveillance.

Ce genre d'information m'a fait réaliser qu'Anthony Fauci mentait à propos de ce médicament. Dans la deuxième étude menée par Gilead Sciences, ils ont donné du Remdesivir pendant 10 jours aux patients covid-19, à 53 personnes en mars 2020. Les conclusions rapportaient que pour 31% des participants ayant reçu ce médicament, entre les jours 5 et 10 du traitement et cela se limitait à 10 jours, 31% des personnes ayant reçu ce médicament et qui étaient positifs au covid-19, avaient en fait souffert de diverses défaillances d'organes, dont des

20 nih : les national institutes of health sont des institutions gouvernementales des États-Unis qui s'occupent de la recherche médicale et biomédicale. Ils dépendent du département de la santé et des services sociaux des États-Unis. Comme beaucoup d'autres organismes, nous leur rendons les minuscules qu'ils méritent jusqu'à ce qu'ils prennent enfin soin des gens !

21 fda : La food and drug administration est l'administration américaine des denrées alimentaires et des médicaments. Cet organisme a, entre autres, le mandat d'autoriser la commercialisation des médicaments sur le territoire des USA.

insuffisances rénales aiguës, ce qui correspondait à ce que tous les médias relataient. J'ai tout de suite compris que les médecins étaient honnêtes dans leurs déclarations, selon lesquelles ils n'avaient jamais vu de virus respiratoire à New York qui, lorsque l'on commençait à traiter les patients covid-19, provoquait de si nombreuses insuffisances rénales aiguës. C'était tout simplement parce qu'ils n'avaient jamais utilisé le médicament Remdesivir auparavant. Ils ne se rendaient pas compte que le médicament qu'ils injectaient provoquait une insuffisance rénale aiguë, une insuffisance hépatique et une insuffisance cardiaque, qui sont désormais tous des effets secondaires reconnus du Remdesivir.

Le plus navrant dans tout cela... Je voudrais que le monde entier soit au courant. Anthony Fauci a demandé en mai 2020 à notre gouvernement fédéral des États-Unis d'acheter l'ensemble du stock de ce médicament expérimental, raté, mortel et il a demandé au gouvernement fédéral des États-Unis de l'exporter vers les autres pays jusqu'à la fin 2020.

Ce n'est pas anodin ! Que ce soit à la fin 2020, ou aujourd'hui, février 2022, l'Amérique a le taux de mortalité le plus élevé de tous les pays du monde, concernant le traitement covid-19. À tous les citoyens américains affectés par la covid-19, aucun autre pays n'a enregistré plus de décès que nous.

J'attribue cette situation aux protocoles hospitaliers initiés dès le début par le Dr Anthony Fauci. Si vous me le permettez, je vous montrerai toutes les preuves qui étayaient mes soupçons concernant ce médicament. Car à présent, non seulement les États-Unis d'Amérique sont le seul pays avec plus de 900 000 morts du covid-19, mais le Brésil est en deuxième position, avec plus de 630 000 morts. Le Brésil, depuis début mars 2021, utilise exclusivement le Remdesivir dans tous ses hôpitaux.

La corrélation des effets secondaires mortels publiés, des effets secondaires mortels du Remdesivir selon moi, sur la base des données que je peux vous montrer, démontre que les protocoles hospitaliers qui incluent le Remdesivir, depuis deux ans, avec ses effets secondaires combinés reconnus, sont la première cause de décès chez toutes les personnes

hospitalisées pour la covid-19, dans le monde entier. Ainsi il apparaît désormais [tout le monde doit le savoir] que depuis le début, j'ai même entendu le terme évoqué par le juge, qu'il s'agit bien d'une « **plandémie** ».

Dès le début, avant même mars et avril 2020, la ville de New York a été autorisée à expérimenter sur tous les patients new-yorkais un médicament appelé Remdesivir, dans le but de tuer une partie d'entre eux en provoquant des insuffisances rénales aiguës, des décès suite à des œdèmes pulmonaires, qui se produisent lorsque vous provoquez des insuffisances rénales aiguës.

De l'autre côté de l'océan Atlantique, au Royaume-Uni, il y a une organisation du nom de nice<sup>22</sup> qui, conjointement avec le parlement britannique et la mhra<sup>23</sup>, faisait la promotion de ce qui était appelé les soins de fin de vie. Ils ont mis en place ce protocole pour introduire de la morphine et du [Midazolam](#), dans les maisons de retraite à travers tout le Royaume-Uni. En mars 2020, ils ont administré ce médicament dans les maisons de retraite et ont tué 18 000 personnes en mars 2020, 25 000 en avril 2020 : tous comptabilisés comme décès covid-19.

Je crois que tant pour le Remdesivir ici aux États-Unis que pour les protocoles Midazolam/morphine ou soins de fin de vie au Royaume-Uni, tout le monde devrait se référer aux travaux de Claire Wills Harrison, avocate au Royaume-Uni, qui a fait un grand travail pour relier ces éléments ainsi qu'à John O'Looney dans son groupe de témoins. Il peut témoigner, en tant que directeur de pompes funèbres, de ces si nombreux décès en mars et avril 2020 attribués à la covid-19, alors même qu'aucune de ces personnes n'avait eu le covid-19 en mars et avril 2020 au Royaume-Uni.

Je crois qu'il y a eu une énorme opération, pour assassiner en masse de nombreuses personnes, en utilisant des médicaments et des protocoles de soins recommandés et sélectionnés par les autorités de santé et par nos gouvernements, pour générer un grand nombre de morts, puis faire croire au monde que c'était un virus qui avait tué tous ces gens. J'ai dit dès le début de mai 2020 qu'ils allaient utiliser ces

---

22 Le nice, institut national d'excellence clinique au Royaume-uni, est l'organisme indépendant chargé de fournir des conseils nationaux sur les traitements et les soins aux personnes utilisant le nhs en Angleterre et au Pays de Galles. Ses conseils sont destinés aux professionnels de la santé, aux patients et à leur carrière pour les aider à prendre des décisions concernant le traitement et les soins de santé.

23 Le mhra (agence de réglementation des médicaments et des produits de santé) est une agence gouvernementale qui délivre des licences pour tous les médicaments et dispositifs médicaux au Royaume-Uni.

chiffres de mortalité dans les hôpitaux et dans les maisons de retraite, qu'ils allaient les désigner comme des morts d'un virus nommé covid-19, qu'ils allaient prendre ces chiffres pour les vendre aux médias et à toutes les entreprises d'Amérique et du Royaume-Uni, prétendant qu'il y a un virus mortel qui circule tout autour du monde et que vous devez vous inscrire à notre futur programme de vaccination à venir, dont nous parlerons plus tard au cours de ce procès.

Les vaccins étaient dès le début l'objectif final. Ils devaient assassiner de nombreuses personnes pour convaincre les autres qu'il s'agissait d'un virus mortel. Souhaitez-vous que je présente les preuves ?

**02:23:44 Reiner Fuellmich**

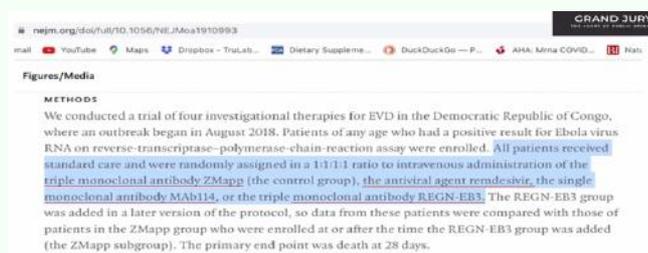
Oui, s'il vous plaît.

**02:23:45 Bryan Ardis**

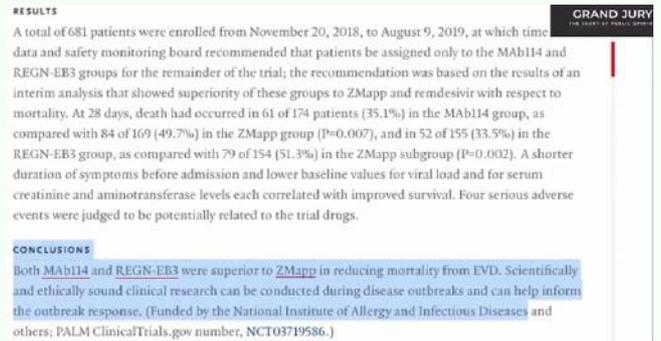
Anthony Fauci a déclaré qu'en mai 2020, un essai sur le virus Ebola avait établi que le Remdesivir était sûr et efficace contre Ebola. Vraiment ?



C'est l'essai réel qui se trouve encore dans le New England Journal of Medicine. Vous pouvez voir sur le côté droit de la page, il a été publié le 12 décembre 2019. Cette étude avait commencé en novembre 2018.



Voici ce qu'ils ont fait, ils ont pris quatre médicaments expérimentaux. Tous les patients ont été traités. Voyez les noms **ZMapp**, un triple anticorps monoclonal, un agent antiviral appelé **remdesivir**, un anticorps monoclonal simple, le **MAb114**, puis un anticorps monoclonal triple que le monde connaît maintenant, le **Regeneron**, en abrégé REGN-EB3. C'était la véritable étude. Nous allons nous rendre dans quatre régions d'Afrique et administrer quatre médicaments différents à des patients atteints d'Ebola.



Les conclusions, d'emblée, quand vous regardez n'importe quelle étude, ils vous donnent un résumé et ensuite ils vous montrent les conclusions. C'est vraiment abominable. Tout le monde doit voir ça.

Dès le départ, les conclusions sont que MAb114 et Regeneron sont supérieurs au ZMapp pour la réduction de la mortalité due au virus Ebola. Point.

Bon, je tiens à attirer votre attention sur ceci. C'est publié dans le New England Journal of Medicine. Remarquez que la conclusion ne cite que trois médicaments. L'étude en comportait quatre. Intéressant ! Ils ont mentionné le remdesivir. Voyons pourquoi ils n'ont pas voulu le montrer dans les conclusions du début de l'étude. Pour attirer l'attention, regardons entre parenthèses sous les conclusions : l'étude est financée par l'institut national des allergies et des maladies infectieuses (niaid). C'est lui qui a financé cette étude sur Ebola en Afrique en 2018 et 19. Qui est le chef des instituts nationaux des allergies et des maladies infectieuses ?



Je veux juste m'assurer que c'est enregistré. Le directeur du département du nih qui a financé l'essai Ebola, niaid, est le Dr Anthony Fauci. La première déclaration est, « **le Dr Anthony Fauci est directeur depuis 1984** ». C'était donc le même directeur pendant cette étude de 2018 à 2019. Comment ont-ils dépisté Ebola chez ces personnes ? Il suffit d'écouter le Dr Sonia. « **Pour tous les patients de l'essai Ebola, ils ont utilisé le test PCR pour déterminer s'ils avaient Ebola. De manière dégoûtante, ils ont accepté les femmes enceintes avec un test PCR positif pour Ebola, ils ont autorisé les femmes enceintes.** »

**SCREENING AND RANDOMIZATION**

Patients were assessed for eligibility on the basis of a reverse-transcriptase-polymerase-chain-reaction (RT-PCR) assay to detect the RNA of the nucleoprotein of Ebola virus (EBOV). Patients of any age, including pregnant women, were eligible if they had a positive result on RT-PCR within 3 days before screening and if they had not received other investigational agents (except experimental vaccines) within the previous 30 days. Neonates who were 7 days of age or younger were eligible if the mother had documented EVD. Randomization was stratified according to baseline nucleoprotein cycle-threshold (Ct) value ( $\leq 22.0$  or  $> 22.0$ , corresponding to higher and lower viral loads, respectively, as determined by quantitative RT-PCR) and Ebola treatment center. Trial-group assignments were placed in sequentially numbered envelopes, which were distributed to trial sites to be opened at the time of enrollment. Data were recorded on bar-coded paper case-report forms that were transmitted from the site to a server, where they were digitally sorted into electronic patient folders with the use of software developed by the University of Minnesota and were then entered by trial staff at the Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) Coordinating Center (Kinshasa, DRC) and NIAID (Bethesda, MD) into the Web-based REDCap database.

Regardez le dernier passage surligné. Même des nouveau-nés âgés de sept jours ou moins ont été inclus dans cet essai de médicament expérimental en Afrique, si la mère était étiquetée positive, Ebola.

Je trouve ça assez dégoûtant qu'un essai de médicament expérimental inclue des enfants de sept jours et moins, sans symptôme, juste parce que la mère a été testée positive.

Dans la section mortalité de cette étude sur Ebola en Afrique, « ...le 9 août 2019, alors que 681 patients avaient été enrôlés, le conseil de surveillance des données et de la sécurité a effectué une analyse intermédiaire des données de 499 patients. Sur base de deux observations, en août 2019, ils ont recommandé de mettre fin à l'assignation aléatoire de ZMapp et de Remdesivir. »

Le conseil de sécurité a constaté deux problèmes avec ZMapp et Remdesivir et a mis fin à leur utilisation pour la suite de cet essai. Qu'est-ce qui était si inquiétant ?

Voici le tableau 2 de cette étude. Regardons le titre de la table 2 : « **Comparaison des décès à 28 jours en fonction du groupe de traitement** », vous avez la colonne de la population à la gauche, puis les quatre médicaments énumérés ZMapp, Remdesivir, MAb114. Le Regeneron est noté REGN-EB3. La première statistique listée sous chacun d'entre eux est le taux de mortalité, quel est le pourcentage de personnes ayant reçu ce médicament au cours de cet essai qui sont décédées ?

**Table 2. Comparison of Death at 28 Days According to Treatment Group.**

Population	ZMapp	Remdesivir	Difference, Remdesivir vs. ZMapp	MA114	Difference, MA114 vs. ZMapp	REGN-EB3	ZMapp Subgroup	Difference, REGN-EB3 vs. ZMapp Subgroup
	no. of deaths/ total no. (%)	no. of deaths/ total no. (%)	percentage points (95% CI)	no. of deaths/ total no. (%)	percentage points (95% CI)	no. of deaths/ total no. (%)	no. of deaths/ total no. (%)	percentage points (95% CI)
Overall	84/196 (42.7)	51/176 (28.7)	3.4 (-2.2 to 14.0)	51/114 (45.1)	-14.4 (-25.2 to -2.7)*	52/103 (50.5)	79/124 (63.7)	-17.8 (-28.9 to -6.9)*
Patients with high viral load†	40/71 (56.3)	44/75 (58.7)	0.8 (-13.3 to 17.3)	51/79 (64.6)	-14.4 (-33.0 to -5.8)	42/66 (63.6)	56/65 (86.2)	-22.5 (-41.8 to -3.1)
Patients with low viral load‡	24/98 (24.5)	29/100 (29.0)	4.5 (-9.1 to 18.1)	10/101 (9.9)	-14.6 (-32.8 to -2.8)	10/89 (11.2)	23/89 (25.8)	-14.6 (-32.4 to -6.8)

\* The result is significant according to the interim stopping boundaries of P=0.03 for the MA114 group and P=0.03 for the REGN-EB3 group.  
 † Patients with a high viral load had an EBOV nucleoprotein Ct value of 22.0 or less. Patients with a low viral load had an EBOV nucleoprotein Ct value of more than 22.0. The total number is the total number of patients in this category for each group.

ZMapp avait un taux de mortalité de 49,7%, vous le verrez entre parenthèses, juste en dessous du nom ZMapp, dans la zone en surbrillance intitulée « overall (global) », donc de tous ceux qui ont reçu le ZMapp 49,7% sont décédés, le Remdesivir avec un pourcentage de perte de 53,1%. MAb114 35,1% de décès, Regeneron 33,5%.

Sur base de ces informations, le conseil de sécurité a constaté que le remdesivir avait le taux de mortalité le plus élevé et était le moins efficace dans l'essai. Il a donc décidé de le retirer de l'essai ainsi que le ZMapp. Je voudrais proposer ceci au jury.

Si vous étiez Anthony Fauci et que vous possédiez cette étude que vous avez financée et que vous deviez choisir un médicament, un seul qui sera le seul médicament injecté contre le covid-19 à tous les citoyens américains innocents... Sachant ce que le conseil de sécurité avait retiré le remdesivir en voyant que c'était le seul médicament qui avait un taux de mortalité de 53,1% ? Ce sont les quatre seuls médicaments au monde que vous pouviez choisir. Lequel des quatre auriez-vous choisi ?

Puis j'aimerais que vous vous demandiez pourquoi Anthony Fauci a choisi le remdesivir ? Alors que le conseil de sécurité avait lui-même des doutes ? J'espérerais et je pense qu'en tant qu'administrateur de soins de santé ou responsable d'un département pour l'ensemble du pays, vous décideriez de choisir celui qui a le taux de mortalité le plus faible, comme le Regeneron, dans ce cas. Juste pour attirer votre attention, à la fin de l'étude, sont listés le niaid et les auteurs qui ont contribué à l'étude.

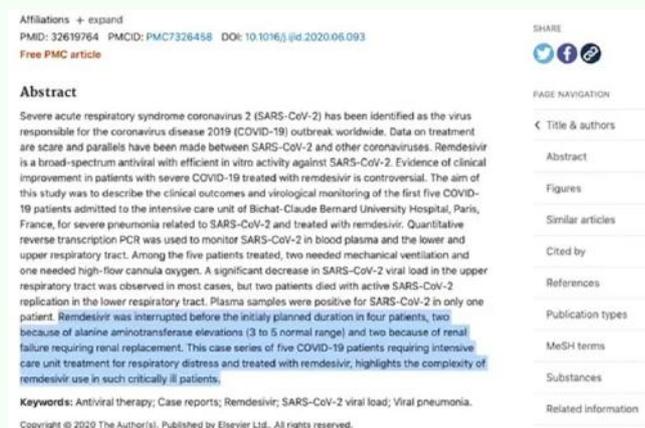
Après avoir vu cette étude sur l'essai Ebola, j'ai su qu'Anthony Fauci mentait grossièrement, qu'il n'avait pas été prouvé que c'était sûr et efficace contre le virus Ebola. Pourtant, c'est ce qu'il a affirmé. L'essai Ebola avait lui été publié en décembre 2019. Juste un mois plus tard, en janvier 2020, on donne à Gilead l'opportunité de conduire une étude avec le Remdesivir sur des patients covid-19. L'étude de Gilead s'est déroulée entre janvier et mars 2020. Elle a été publiée le 11 juin. C'était leur propre étude.

L'essai sur Ebola était de 28 jours de traitement par patient. En janvier 2020, Gilead a été malin et a annoncé qu'on n'administrerait le médicament aux patients covid-19 que pendant 10 jours.

Voici les résultats publiés par Gilead de leurs 10 jours d'empoisonnement au remdesivir chez les patients covid-19. 23% d'entre eux ont présenté des effets indésirables graves entre le cinquième et le dixième jour. Les effets indésirables graves les plus courants sont la défaillance de plusieurs organes, le choc septique, des lésions rénales aiguës et de l'hypotension. Juste en dessous, 8% ont interrompu le traitement prématurément à cause des risques, ils n'ont même pas tenu toute la période.

Un en raison de l'aggravation d'une insuffisance rénale préexistante, un d'une défaillance d'organes multiples et deux ont dû subir une transplantation rénale parce que le médicament a détruit leurs reins. Nous n'avons jamais vu un virus causer des lésions rénales aiguës.

Une étude est menée exactement au même moment en France, à Paris, avec cinq patients positifs au covid-19, dont un de Wuhan. Ils avaient établi une durée de traitement au Remdesivir de 14 jours. Qu'ont-ils découvert ?



Le Remdesivir a été interrompu avant la durée initialement prévue chez quatre des cinq patients en raison d'élévations de l'alanine aminotransférase, une augmentation des enzymes de toxicité hépatique dans le sang, abrégée en ALT dans la plupart des analyses de sang. La toxicité hépatique était de trois à cinq fois supérieure à la normale au cours de ces 14 jours. Deux cas ont dû subir une transplantation rénale. Un seul a survécu aux 14 jours de traitement. Deux des cinq patients sont morts des suites du traitement au remdesivir. Cette étude a été menée et finalisée en mars 2020.



Avançons jusqu'en novembre 2020. Le remdesivir est déconseillé par l'oms : « **L'antiviral Remdesivir ne devrait pas être utilisé comme traitement pour les patients hospitalisés covid-19** », a déclaré l'oms, un mois seulement après que la fda

l'ait approuvé (22 octobre) pour traiter les patients de plus de 12 ans hospitalisés pour covid-19. Gilead a fait état de ces informations et de la collecte de données par l'oms et a même déclaré que le remdesivir avait des effets secondaires potentiels sur les reins, ce qu'ils ont signalé à l'agence européenne des médicaments (novembre 2020).

Pour le jury et pour le juge, j'aimerais présenter une information qui est probablement la plus troublante de ces deux années d'étude de ces protocoles hospitaliers. Elle a été publiée dans Nature Medicine le 10 juillet 2020.

J'aimerais que vous lisiez le début de ce résumé. C'est deux mois après qu'Anthony Fauci ait obtenu que Gilead, le fabricant du remdesivir, soit la seule société pharmaceutique à avoir obtenu le seul contrat pour le seul médicament destiné à traiter tous les patients hospitalisés pour covid-19 dans tous les États-Unis.

Le titre de cette étude est « **Manifestations extra-pulmonaires du covid-19** ». Ce qui signifie, ce que le virus provoque dans le corps, ailleurs que dans les poumons. Quels autres organes rend-il malades. Lisons la toute première phrase ici. « **Le covid-19 est surtout connu pour provoquer une pathologie ou une maladie respiratoire conséquent, il peut également entraîner plusieurs manifestations extra-pulmonaires ou processus pathologiques en dehors des poumons. Ces pathologies comprennent des complications thrombotiques, c'est-à-dire des troubles de la coagulation sanguine, un dysfonctionnement du myocarde, des maladies cardiaques et des arythmies. Le syndrome coronarien aigu, c'est-à-dire les accidents vasculaires cérébraux, les crises cardiaques, des lésions rénales aiguës, des symptômes gastro-intestinaux et des lésions hépatocellulaires**<sup>24</sup>. »

J'ai reçu cet article deux mois après que Gilead Sciences ait été autorisé à être le seul fabricant de médicaments à fournir une solution à tous les patients hospitalisés pour le covid-19. En lisant l'article, je savais déjà que le virus lui-même n'était pas la cause principale des lésions rénales aiguës. Il s'agissait bien du Remdesivir. La toxicité pour le foie, selon Nature Medicine en juillet 2020, provient exclusivement de ce nouveau virus qui provoque ces problèmes dans le corps.

24 Hépatocellulaire : toxique pour le foie.

En Chine, l'incidence des lésions rénales aiguës chez les patients hospitalisés pour covid varie de 0,5 à 29%. Ces lésions sont survenues en moyenne dans les 7 à 14 jours suivant l'admission à l'hôpital.

Des études américaines ont rapporté des taux beaucoup plus élevés de lésions rénales aiguës. Dans une étude portant sur près de 5 500 patients admis pour le covid-19 dans un système hospitalier de la ville de New York, 37% des patients ont présenté des lésions rénales aiguës. 14% d'entre eux nécessitant une dialyse. Souvenons-nous, ils ont tous dit qu'ils n'avaient pas assez de places en dialyse... Environ un patient sur trois de l'étude a été diagnostiqué pour lésion rénale aiguë dans les 24 heures suivant leur admission. Le seul médicament utilisé dans cette étude dans les hôpitaux de la ville de New York en mars et avril 2020 était le Remdesivir. C'est la seule différence entre ce que la Chine faisait et ce que nous faisons.

02:38:12

Je n'arrivais pas à y croire. Dans la déclaration d'éthique de la publication de Nature Medecine pour le monde entier sur ce que le virus fait et comment les médecins devraient le traiter partout.

Nous voulons que vous reconnaissiez que le virus du SARS-COV-2, le covid-19 provoque tous ces problèmes dans d'autres organes du corps. Dans les déclarations d'éthique, vous devez énumérer ceux qui contribuent aux données de l'étude. Vous devez répondre à « **Avez-vous peut-être un conflit d'intérêts pour être autorisé à participer à la contribution des données ?** » Pour le jury, une femme nommée Joan, J. M. B rapporte des honoraires pour sa participation à un comité d'examen des subventions pour Gilead Biosciences.

Pourquoi quelqu'un payé par Gilead serait-il autorisé à contribuer ? Alors qu'ils sont la seule compagnie pharmaceutique à fournir le seul médicament aux patients hospitalisés pour le covid-19 ? Pourquoi un employé de Gilead serait-il autorisé à contribuer à définir les effets secondaires du virus que vous traitez, alors qu'en fait, je vais vous le montrer. C'est en fait tous les effets secondaires, tous ceux-là [ici](#) et [ici](#). Ces effets secondaires qui sont listés ici sont en fait des effets secondaires du Remdesivir. Nous pouvons le prouver.

Donc le Remdesivir, en avril 2021. Il existe une analyse de la base de données de la sécurité sanitaire mondiale. Ils veulent comparer ce qui se passe dans le monde entier. Quatre médicaments principaux sont utilisés pour traiter tous les patients atteints de covid-19, nous sommes en avril 2021. Ils veulent voir s'il est vrai que le virus responsable du covid-19 provoque une lésion rénale aiguë chez la majorité des gens, que c'est un effet secondaire du virus. Nous consultons la base de données de Poms et nous comparons quatre médicaments qui traitent les patients covid-19 dans le monde entier : le remdesivir, l'Hcq (Hcq), le lopinavir et un médicament qui est un anticorps monoclonal appelé Tocilizumab. Voilà ce qu'ils ont trouvé.



Lisez la partie surlignée « **L'odds ratio<sup>25</sup> compare le nombre de cas d'insuffisance rénale aiguë rapportés avec le remdesivir, avec ceux rapportés avec d'autres médicaments prescrits dans des situations comparables de covid-19.** » C'est la partie la plus importante de toute cette affaire. Ils ont prescrit ces quatre médicaments dans des situations comparables de covid-19. Dans la publication de Nature Medicine, ils ont dit que le virus provoque des lésions rénales aiguës. Ils comparent et regardent si c'est vrai. Tous ces patients positifs au covid-19 dans le monde développent-ils tous une insuffisance rénale aiguë à la même échelle ? Quatre médicaments différents : Remdesivir, Hcq, Tocilizumab et Lopinavir. Qu'ont-ils trouvé ?

Tout d'abord, l'odds ratio de l'insuffisance rénale aiguë avec le remdesivir était 20 fois supérieure à celui des médicaments comparés. Vingt fois plus. Le Remdesivir est connu pour causer une insuffisance rénale aiguë, absolument. Maintenant, bouclons la boucle en octobre 2021, cinq mois après avril, dans le journal de toxicologie cardiovasculaire.

25 L'odds ratio, également appelé rapport des chances, rapport des cotes ou risque relatif rapproché, est une mesure statistique, souvent utilisée en épidémiologie, exprimant le degré de dépendance entre des variables aléatoires qualitatives. Il est utilisé en inférence bayésienne et en régression logistique et permet de mesurer l'effet d'un facteur.

Le titre : « **Effets cardiotoxiques potentiels du Remdesivir sur le système cardiovasculaire.** »  
Lisons en bas. « **Le remdesivir peut également induire des effets cytotoxiques ou toxiques cellulaires significatifs sur les cardiomyocytes, les cellules cardiaques, ce qui est bien plus grave que les effets cardiotoxiques de la Chloroquine. La toxicité induite par le Remdesivir est due à sa liaison avec les mitochondries et l'ARN polymérase.** »

En mai 2020, Anthony Fauci a dit : « **Vous ne pouvez pas utiliser la Chloroquine. Vous ne pouvez pas utiliser l'Hcq avec ces patients covid-19 parce qu'on a constaté que la Chloroquine provoque des maladies cardiaques et des décès chez les patients traités pour covid-19. On ne va donc utiliser que le Remdesivir.** »

Review > Cardiovasc Toxicol. 2021 Oct 13;1-5. doi: 10.1007/s12012-021-09703-9. Online ahead of print.

### Potential Cardiotoxic Effects of Remdesivir on Cardiovascular System: A Literature Review

Maryam Nabati<sup>1</sup>, Horna Parsaee<sup>2</sup>

Affiliations + expand  
PMID: 34643857 PMID: PMC8511861 DOI: 10.1007/s12012-021-09703-9  
Free PMC article

#### Abstract

Corona disease 2019 (COVID-19) pandemic continues to spread around the world with no efficacious treatment. Intravenous remdesivir is the only authorized drug for treatment of COVID-19 disease under an Emergency Use Authorization. Remdesivir is a 1'-cyano-substituted adenosine nucleotide prodrug which inhibits viral RNA synthesis. This metabolite is an adenosine analog but with a significantly longer half-life than adenosine. Adenosine is a powerful vasodilator that can cause profound hypotension which is followed by the compensatory release of catecholamines. It can also shorten atrial action potential and refractoriness and lead to atrial fibrillation (AF). These effects may also occur in ventricular cells and predispose patients to ventricular fibrillation. **Remdesivir can also induce significant cytotoxic effects in cardiomyocytes that is considerably worse than chloroquine cardiotoxic effects. Remdesivir-induced cardiotoxicity is due to its binding to human mitochondrial RNA polymerase.** On the other hand, remdesivir can increase field potential

En octobre 2021. Vous pouvez voir les données en haut, le journal est à gauche. Dans la partie surlignée, « **Le Remdesivir peut aussi induire des effets cytotoxiques significatifs sur les cardiomyocytes, ce qui est bien pire que les effets cardiotoxiques de la chloroquine.** »

NCBI Resources How To

PMC  
Advanced Journal list

Journal List > Nature Public Health Emergency Collection > PMC7256923

### Nature Public Health Emergency Collection

Public Health Emergency COVID-19 Initiative

Reactions Weekly, 2020; 1806(1): 1. PMID: PMC7256923  
Published online 2020 May 30. doi: 10.1007/s40278-020-79019-x

### Chloroquine and hydroxychloroquine increase risk of death in COVID-19

Copyright and License information Disclaimer

Treatment with chloroquine or hydroxychloroquine, with or without a macrolide, appears to increase the risk of death in patients with COVID-19, according to findings of a multinational registry analysis published in *The Lancet*.<sup>1</sup>

Registry data from 671 hospitals in six continents were used to evaluate the safety and benefit of chloroquine or hydroxychloroquine, with or without a macrolide, in a total of 96 032 patients hospitalised with COVID-19 between December 2019 and April 2020. Patients received chloroquine (n=1868), hydroxychloroquine (3016), chloroquine plus a macrolide (3783), hydroxychloroquine plus a macrolide (6221), or none of these treatment regimens (81 144; controls).

Overall, 11.1% of patients died during hospitalisation.

Il s'agit d'une étude datant de 2020, citée par Anthony Fauci qui disait : « **La Chloroquine et l'Hydroxychloroquine augmentent le risque de décès chez les patients atteints de covid-19.** »

Dans cette étude ils disent que « **les quatre traitements étaient aussi indépendamment associés à un risque accru de tachycardie ou de fibrillation ventriculaire nouvellement apparue.** » Cette étude a donc révélé des effets cardiaques toxiques dus à la Chloroquine et à l'Hcq, qui augmentent [lisez le titre], le risque de décès de covid-19. Cependant, le journal de toxicologie cardiovasculaire, il y a à peine quelques mois prétendait : « **le Remdesivir cause des effets cardiotoxiques bien pires que ceux de la Chloroquine.** »

Bien ! Quels sont les autres effets cardiotoxiques publiés ? Il y a des rapports de bradycardie sinusale, d'hypotension, d'anomalies de l'onde T, de fibrillation auriculaire, qui sont des problèmes arythmiques. Rappelez-vous que Nature Medicine a dit que « **les arythmies sont un effet secondaire du virus** ». C'est un effet secondaire inédit du seul et unique médicament perfusé dans vos veines. Un allongement de l'intervalle QT qui crée cette léthargie et cette fatigue et quelques cas d'arrêt cardiaque après la perfusion de Remdesivir. Pourquoi est-ce important ?

En 2005, Anthony Fauci savait que la Chloroquine s'était révélée être un puissant inhibiteur du coronavirus du SARS-CoV-1. Pourquoi avions-nous publié cela ? La conclusion de l'étude en 2005 : « **La chloroquine, un médicament relativement sûr, efficace et bon marché utilisé pour traiter de nombreuses maladies humaines, dont le paludisme, l'amibiase et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), est efficace pour inhiber l'infection et la propagation du SARS-COV-1 en culture cellulaire.** » Nous le savons depuis 15 ans maintenant. C'est important.

Le nih vient de mettre à jour ces tableaux. Il s'agit en fait du tableau 2e. sur nih.gov. Dernière mise à jour le 8 juillet 2021. Remarquons que les effets indésirables du Remdesivir sont listés. Dans la deuxième colonne, le cinquième point sous les effets indésirables du Remdesivir est on ne peut plus clair. Il est indiqué que l'excipient du médicament, le SBECD en abrégé, a été associé à une toxicité rénale et hépatique.

**Table 2e. Characteristics of Antiviral Agents That Are Approved or Under Evaluation for the Treatment of COVID-19**  
Last updated: December 2021

Dosing Regimens	Adverse Events	Monitoring Parameters	Drug-Drug Interaction Potential	Comments and Links to Clinical Trials
<b>Remdesivir</b> The doses and indications listed below come from the FDA product information. Please see the <a href="#">Therapeutic Management of Hospitalized Adults With COVID-19</a> for the Panel's recommendations on when to use RDV for hospitalized adults and children (aged ≥12 years and weighing ≥40 kg). For Patients Also Requiring Mechanical Ventilation and/or on ECMO: • RDV 200 mg IV on Day 1, then RDV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nausea</li> <li>• ALT and AST elevations</li> <li>• Hypersensitivity</li> <li>• Increases in prothrombin time</li> <li>• Drug volume is 500 mL, which has been associated with overall and lower toxicity. <b>NCT04515013</b> recommendation may occur in patients with moderate or severe renal impairment.</li> <li>• Each 100 mg vial of RDV (lyophilized powder) contains 5 g</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusion reactions</li> <li>• Serum lactate and hepatic function should be monitored before and during treatment as clinically indicated.</li> <li>• In the FDA product information, RDV is not recommended when eGFR is &lt;30 mL/min. See the <a href="#">Remdesivir</a> section for a discussion on using RDV in people with renal insufficiency.</li> <li>• RDV may need to be</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinical drug-drug interaction studies of RDV have not been conducted.</li> <li>• In vitro, RDV is a substrate of CYP3A4, GAT7B19, and P-gp and an inhibitor of CYP3A4, GAT7B19, and MATE1.</li> <li>• Minimal to no reduction in RDV exposure is expected when RDV is coadministered with dexamethasone (dexam).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RDV should be administered in a hospital or a healthcare setting that can provide a similar level of care to an inpatient hospital.</li> <li>• RDV is approved by the FDA for the treatment of COVID-19 in hospitalized adult and pediatric patients aged ≥12 years and weighing ≥40 kg.</li> </ul>
<b>Ivermectin</b> The dose most commonly used in clinical trials is 0.6 mg/kg PO given as a single dose or as a once-daily dose for up to 5 days.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generally well tolerated</li> <li>• Diarrhea</li> <li>• Pruritus</li> <li>• GI effects (e.g., nausea, diarrhea)</li> <li>• Neurological AEs have been reported when ivermectin has been used to treat parasitic diseases, but it is not clear whether these AEs were caused by ivermectin or the underlying conditions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor for potential AEs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minor CYP3A4 substrate</li> <li>• P-gp substrate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generally given on an empty stomach with water; however, administering ivermectin with food increases its bioavailability.<sup>2</sup></li> <li>• A list of clinical trials is available from <a href="#">ClinicalTrials.gov</a>.</li> </ul>
<b>Nirmesivir</b> Doses reported in COVID-19 studies range from 150 mg PO 3 times daily to 4 times daily. <sup>13</sup> Higher doses are being studied. <a href="#">ClinicalTrials.gov</a> identifier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generally well tolerated</li> <li>• Abdominal pain</li> <li>• Diarrhea</li> <li>• Headache</li> <li>• Nausea</li> <li>• Vomiting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor for potential AEs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drug-drug interactions may occur if NTZ is administered concurrently with other highly plasma protein bound drugs due to competition for binding sites.<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NTZ should be taken with food.</li> <li>• The oral suspension is not discontinued to the tablet formulation.</li> <li>• A list of clinical trials is available from <a href="#">ClinicalTrials.gov</a>.</li> </ul>

On le sait, puisque c'est même publié comme effet secondaire connu du médicament. Sur ce tableau daté de juillet 2021, intitulé « **Caractéristiques des agents antiviraux approuvés ou en cours d'évaluation pour le traitement du covid-19.** »

Dans ce tableau, trois médicaments sont listés comme approuvés ou en cours d'évaluation par le nih. Le deuxième était l'ivermectine. Il vous donne les doses à utiliser chez les patients hospitalisés. Le tout premier point de la deuxième colonne sous les événements indésirables ou les effets secondaires, « **généralement bien toléré** ».

**Table 2f. Characteristics of Antiviral Agents**  
Last updated: December 16, 2021

RDV is the only antiviral drug that is approved by the FDA for the treatment of COVID-19. Some medications that are currently being evaluated in clinical trials for the treatment of COVID-19 are also included in this table. The inclusion of these drugs does not imply that the Panel approves of their use.

Dosing Regimens	Adverse Events	Monitoring Parameters	Drug-Drug Interaction Potential	Comments and Links to Clinical Trials
<b>Remdesivir</b> RDV is the only antiviral drug that is approved by the FDA for the treatment of COVID-19. Some medications that are currently being evaluated in clinical trials for the treatment of COVID-19 are also included in this table. The inclusion of these drugs does not imply that the Panel approves of their use.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nausea</li> <li>• ALT and AST elevations</li> <li>• Hypersensitivity</li> <li>• Increases in prothrombin time</li> <li>• Drug volume is 500 mL, which has been associated with overall and lower toxicity. <b>NCT04515013</b> recommendation may occur in patients with moderate or severe renal impairment.</li> <li>• Each 100 mg vial of RDV (lyophilized powder) contains 5 g</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusion reactions</li> <li>• Serum lactate and hepatic function should be monitored before and during treatment as clinically indicated.</li> <li>• In the FDA product information, RDV is not recommended when eGFR is &lt;30 mL/min. See the <a href="#">Remdesivir</a> section for a discussion on using RDV in people with renal insufficiency.</li> <li>• RDV may need to be</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinical drug-drug interaction studies of RDV have not been conducted.</li> <li>• In vitro, RDV is a substrate of CYP3A4, GAT7B19, and P-gp and an inhibitor of CYP3A4, GAT7B19, and MATE1.</li> <li>• Minimal to no reduction in RDV exposure is expected when RDV is coadministered with dexamethasone (dexam).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RDV should be administered in a hospital or a healthcare setting that can provide a similar level of care to an inpatient hospital.</li> <li>• RDV is approved by the FDA for the treatment of COVID-19 in hospitalized adult and pediatric patients aged ≥12 years and weighing ≥40 kg.</li> </ul>
<b>Ivermectin</b> The dose most commonly used in clinical trials is 0.6 mg/kg PO given as a single dose or as a once-daily dose for up to 5 days.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generally well tolerated</li> <li>• Diarrhea</li> <li>• Pruritus</li> <li>• GI effects (e.g., nausea, diarrhea)</li> <li>• Neurological AEs have been reported when ivermectin has been used to treat parasitic diseases, but it is not clear whether these AEs were caused by ivermectin or the underlying conditions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor for potential AEs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minor CYP3A4 substrate</li> <li>• P-gp substrate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generally given on an empty stomach with water; however, administering ivermectin with food increases its bioavailability.<sup>2</sup></li> <li>• A list of clinical trials is available from <a href="#">ClinicalTrials.gov</a>.</li> </ul>
<b>Nirmesivir</b> Doses reported in COVID-19 studies range from 150 mg PO 3 times daily to 4 times daily. <sup>13</sup> Higher doses are being studied. <a href="#">ClinicalTrials.gov</a> identifier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generally well tolerated</li> <li>• Abdominal pain</li> <li>• Diarrhea</li> <li>• Headache</li> <li>• Nausea</li> <li>• Vomiting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor for potential AEs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drug-drug interactions may occur if NTZ is administered concurrently with other highly plasma protein bound drugs due to competition for binding sites.<sup>2</sup></li> <li>• NTZ is coadministered with other highly protein bound drugs with narrow therapeutic indices, monitor the patient for AEs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NTZ should be taken with food.</li> <li>• The oral suspension is not discontinued to the tablet formulation.</li> <li>• A list of clinical trials is available from <a href="#">ClinicalTrials.gov</a>.</li> </ul>

J'attire l'attention sur ce point : ils ont mis ce tableau à jour le 16 décembre 2021 : le tableau 2f. Ils y listent le Remdesivir comme seul médicament approuvé par la fda figurant dans cette liste.

J'attire l'attention sur l'Ivermectine qui n'est pas approuvée par la fda et elle n'est pas recommandée par le groupe d'experts. Dans la case des effets secondaires de l'ivermectine [je l'ai fait remarquer aux législateurs du pays et du monde entier], ils ont supprimé la première phrase qui disait « **généralement bien toléré** ». Ils ne veulent pas que vous sachiez que c'est généralement bien toléré.

Ok, donc je veux que vous sachiez que ce tableau du nih comporte 6 ou 7 médicaments, le Remdesivir est le seul à avoir été approuvé en décembre 2021. C'est toujours le seul médicament approuvé par la fda pour traiter, le Remdesivir. Après qu'il a été publié qu'il provoque une insuffisance hépatique, une insuffisance rénale aiguë et maintenant l'insuffisance cardiaque que nous connaissons et des malformations cardiaques.

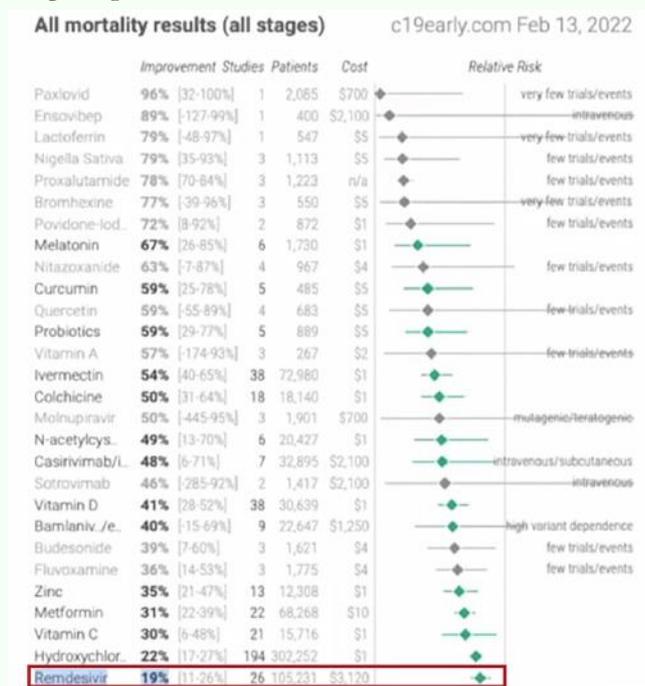
Les Centers for Medicare Medicaid Services aux États-Unis, Medicare couvre toutes les personnes âgées, les pauvres et les handicapés. Medicaid offre actuellement des paiements supplémentaires pour les traitements covid-19, selon la loi Cares. Le jury devrait en discuter.

S'il est vrai que le Remdesivir provoque une insuffisance rénale aiguë, une insuffisance hépatique et une insuffisance cardiaque, tout le monde devrait débattre du fait que le CMS de Medicare soudoie tous les hôpitaux avec un bonus de 20% s'ils utilisent le Remdesivir. Ce bonus s'applique à la totalité de la facture des patients traités pour covid-19. Vous pouvez lire ici, dans la partie surlignée, que « **les demandes de remboursement du NCTAP (New covid-19 Treatments Add-On Payment) sont celles qui sont éligibles pour le paiement de 20% de bonus supplémentaires en vertu de la section 3710 de la loi CARES** ».

Des bonus de 20% sont distribués à tous les hôpitaux d'Amérique dans 2 cas pour les patients âgés de 65 ans et plus. Premièrement, le code de diagnostic ICD-10-CM U07 correspond au covid-19 positif, c'est le code de diagnostic pour lequel ils reçoivent un bonus de 20%. Deuxièmement, le code ICD-10-PCS pour le Remdesivir.

Ensuite, en dessous, vous verrez le tableau où ils disent aux hôpitaux, si vous inscrivez ces deux codes, ces deux premiers codes du tableau vous donneront un bonus de 20% si vous choisissez le Remdesivir, un médicament connu pour être toxique et mortel, prouvé comme tel.

À présent, j'attire votre attention sur ceci. Pourquoi Medicare continue-t-il à soudoyer les hôpitaux ? Alors qu'en fait, regardez ce tableau, regardez la date en haut à droite. C'est via c19early.com. Aujourd'hui 13 février 2022. Remarquez qu'il s'agit de tous les résultats sur la mortalité. Ils prennent des études de recherche du monde entier utilisées pour traiter les patients hospitalisés atteints de covid-19 et ils veulent savoir lequel de ces médicaments produit les plus grands taux d'amélioration et de survie.



Ce tableau date de ce matin. Regardez le bas du graphique. C'est là que se trouve le Remdesivir. La deuxième colonne est la section sur l'amélioration. Les pourcentages de toutes les personnes dans les études de recherche qui voient des améliorations et ne meurent pas. Le Remdesivir est à 19% d'amélioration et regardez le nombre d'études et le nombre de patients dans ces études, puis regardez le coût de ce médicament qui est un échec. C'est plus de 3 100 \$ par traitement, ce qui correspond à une période de traitement de cinq jours. Presque tout ce qui est au-dessus donne de meilleurs résultats que le Remdesivir. il s'agit d'études mondiales.

Ma question est la suivante : deux ans plus tard, pour quelle raison continuons-nous à soutenir un médicament dont l'échec est manifeste vis-à-vis de plus de 30 autres produits, dont des nutriments ? L'ivermectine à elle seule a un taux de réussite de 54%. C'est facilement le double de l'efficacité du Remdesivir sur la mortalité et l'amélioration des résultats de mortalité. La quercétine... La povidone iodée à 72%. C'est un lavage nasal et un gargarisme pour la gorge qui coûte 1 \$.

Pourquoi promouvoir le Remdesivir ? C'est le médicament le plus cher de toute cette liste et c'est l'un de ceux qui échouent le plus.

La fda vient de faire une mise à jour le 24 janvier, il y a quelques semaines à peine, à cause du variant Omicron. Nous cessons d'autoriser l'utilisation de Regeneron dans toutes les cliniques du pays, dans tous les états, tous les territoires, toutes les juridictions. Ils affirment en fait qu'Omicron ne réagit pas aux traitements par ces anticorps monoclonaux qui étaient utilisés.

À cause de ces données, ils suspendent maintenant son utilisation. Il est important de noter que plusieurs autres traitements, le Paxlovid, le Sotrovimab, le remdesivir, appelé Veklury et le Molnupiravir, un médicament de Merck, sont censés agir contre le variant Omicron. Ce sont les seuls qui sont autorisés ou approuvés pour traiter les patients atteints de covid-19 léger à modéré, dans et en dehors des hôpitaux, avec le variant Omicron.

Ils ont listé quatre médicaments : Paxlovid, Sotrovimab, Veklury (*Remdesivir*) et Molnupiravir. Dans le tableau du 13 février, Paxlovid est en haut [médicament créé par Pfizer], qui n'a fait l'objet que d'une seule étude sur 2 000 patients et dont le coût moyen est de 700 \$. Le Sotrovimab [le dixième médicament depuis la fin, juste au-dessus de la vitamine D], efficace à 46%, est le deuxième médicament qu'ils suggèrent. Deux études avec 1 400 cas à 2 100 \$. Le Molnupiravir est trois lignes au-dessus du Sotrovimab avec un taux de réussite de 50%, trois études de 1 900 personnes à 700 \$. Ce sont les plus chers, y compris le Remdesivir qui était le quatrième médicament. Tellement d'autres sont moins chers et plus efficaces. Les gens devraient s'y référer.

Trois jours avant que la fda ne dise que l'on doit utiliser le Remdesivir, le Sotrovimab, le Paxlovid et cet autre médicament coûteux, le Molnupiravir, la fda vient d'élargir, le 21 janvier, l'usage du Remdesivir. La « **Fiche d'information pour les prestataires de soins de santé (EUA)** » autorise l'utilisation en urgence du Veklury (Remdesivir) pour le traitement du covid-19 chez les patients pédiatriques pesant au moins 3,5 kilogrammes ».

Ils autorisent maintenant l'injection de Remdesivir dans les veines de tous les nouveau-nés pesant 3,5kg ou plus et de tous ceux qui se situent entre les deux. Ils font des tests PCR aux bébés dans les hôpitaux dès leur naissance pour voir s'ils sont positifs.

Ils les prendront et leur injecteront du Remdesivir en intraveineuse, un médicament connu pour détruire les cellules cardiaques, causant des cardiomyocytes, pour provoquer une insuffisance hépatique et une insuffisance rénale.

J'attire l'attention du jury, des juges dans le monde sur ce document. Il stipule les tests positifs dans les hôpitaux ou hors des hôpitaux. En vertu de l'autorisation d'utilisation d'urgence délivrée par la fda pour la pédiatrie, le parent et le soignant ont la possibilité d'accepter ou de refuser le Veklury. Comme noté sur l'EUA, tous les parents ont le droit de refuser. Selon le troisième point de l'autorisation d'utilisation d'urgence, les professionnels de la santé doivent fournir des informations sur les traitements alternatifs disponibles et sur les risques et les avantages de ces alternatives. Ils doivent vous informer sur les traitements alternatifs disponibles pour votre enfant ou votre bébé. Mais...

Mais la suite du document parle « **des alternatives approuvées et disponibles** ». Page 10 du même document, il est écrit qu'il n'y a pas de produit alternatif approuvé et disponible pour le traitement du covid-19 des patients pédiatriques.

Attendez ! Ils viennent de dire au point trois que les médecins et les prestataires de soins de santé doivent fournir des informations sur les traitements alternatifs disponibles et plus loin, le document vous dit qu'il n'y a pas d'alternative approuvées : seulement le Remdesivir. Le document indique ce que les prestataires de services doivent faire si jamais ils vous donnent du Remdesivir. Regardons-la déclaration 7. Elle dit que dans les sept jours civils, un fournisseur de soins de santé doit fournir, sur le formulaire 3500 de la fda, tous les événements indésirables graves signalés chez les bébés recevant du Remdesivir. Quels sont les événements indésirables graves qui pourraient se produire avec le Remdesivir, qu'ils veulent que vous signaliez et pour lesquels ils vous tiennent responsables ?

Au numéro 8, les événements indésirables graves définis sont la mort, un événement indésirable mettant la vie en danger, l'hospitalisation ou la prolongation d'une hospitalisation existante, une anomalie congénitale ou une malformation congénitale, une incapacité persistante ou significative ou une perturbation substantielle de la capacité à mener des fonctions vitales normales, une intervention médicale ou chirurgicale pour éviter la mort, un événement mettant la vie en danger.

Que devez-vous savoir d'autre ? La fda a délivré une EUA pour le remdesivir chez les bébés. Il est écrit que la fda l'a délivrée à la demande de Gilead, le fabricant du Remdesivir. Sur base des données soumises.

Pourquoi n'avons-nous pas les autres sociétés qui fabriquent l'ivermectine, l'Hcq, le budésone ? Elles doivent approcher la fda et demander une autorisation d'urgence. Il semble que Gilead puisse le faire. Sur base des données qu'ils ont soumises, je vais vous montrer les données fournies par Gilead à la fda pour dire que l'on peut maintenant l'utiliser chez les patients pédiatriques.

#### **11.3 Pediatric Use**

The safety and effectiveness of VEKLURY have not been established in pediatric patients weighing 3.5 kg to less than 40 kg or pediatric patients less than 12 years of age weighing at least 3.5 kg, with positive results of direct SARS-CoV-2 viral testing, and who are:

- Hospitalized, or
- Not hospitalized and have mild-to-moderate COVID-19, and are at high risk for progression to severe COVID-19, including hospitalization or death.

VEKLURY for injection (supplied as 100 mg lyophilized powder in vial) [see Dosage and Administration (2.2, 2.3, 2.4, 2.5)] is the only authorized dosage form of VEKLURY for pediatric patients in this age group.

Use in this age group is based on extrapolation of pediatric efficacy from adequate and well-controlled studies in adults [see Overall Safety Summary (6), Clinical Pharmacology (14), Clinical Trial Results and Supporting Data for EUA (18)].

« **11.3. Toutes les données pour l'usage pédiatrique. La sécurité et l'efficacité de VEKLURY (remdesivir) n'ont pas été établies chez les patients pédiatriques pesant de 3,5 kg à moins de 40 kg** ». En dessous il y a 2 puces : hospitalisés ou non. J'aimerais donc savoir quelles sont les données dont dispose la fda si l'innocuité et l'efficacité du produit n'ont pas été prouvées chez les patients pédiatriques. Quelles données Gilead vous a-t-il données ?

Alors qu'en fait, le Remdesivir s'est toujours avéré être le moins efficace et le plus dangereux de presque tous les médicaments de cette liste. Je confie au jury le soin de découvrir pourquoi ils utilisent ce médicament et continuent à l'utiliser alors qu'il a été prouvé qu'il provoque plus de décès et d'effets secondaires que beaucoup d'autres médicaments.

#### **32:52 Viviana Fisher**

Pourriez-vous juste présenter à nouveau la diapositive parce que je pense que dans la note en bas, il est dit que l'on extrapole à partir des informations reçues des études sur les adultes. Mais, elles étaient négatives. Donc...

#### **02:57:02 Bryan Ardis**

Oui, c'est juste là. Je vais le partager avec vous à nouveau, attendez.

Ce qui m'étonne, c'est toute la documentation sur le Remdesivir et ses publications et études qui ont échoué. Vous pouvez le voir à l'écran.

**« L'utilisation dans ce groupe d'âge est basée sur l'extrapolation de l'efficacité pédiatrique à partir d'études adéquates et bien contrôlées chez les adultes. »** Je partage un document avec vous pour que le monde puisse voir cela, car il doit le voir. C'est le tableau 2f. du nih qui vient d'être mis à jour en décembre. Je le fais défiler. Il liste le Remdesivir approuvé par la fda pour le traitement des patients hospitalisés pour covid-19 : **« Approuvé par la fda »**, je vais faire défiler ici pour que vous puissiez voir la liste. L'interféron alpha y est maintenant ajouté **« non approuvé »**. Interféron bêta **« non approuvé »**. Interféron lambda **« non approuvé »**. Ivermectine **« non approuvé »**. Nitazoxanide, **« non approuvé »** et vous arrivez à la fin.

Il n'y a aucun autre médicament dont le nih et Anthony Fauci disent qu'il est autorisé ou approuvé pour le traitement. Pourtant, il est indiqué ici que le Remdesivir provoque une insuffisance rénale aiguë. Je ne sais pas si vous avez remarqué que dans les paramètres de surveillance du Remdesivir, il est dit **« Voir la section sur le Remdesivir pour des informations sur l'utilisation du Remdesivir chez les personnes souffrant d'insuffisance rénale »**.

Les paramètres de surveillance indiquent que si on donne du Remdesivir à quelqu'un en Amérique, on peut surveiller les activités des enzymes hépatiques, ici même, les élévations de l'ALT et de l'AST. On dit que si on voit l'ALT augmenter, comme on l'a trouvé dans l'étude française. Pour l'étude française, on a retiré le Remdesivir quand le taux d'ALT dans le foie a augmenté de trois à cinq fois la normale, on a considéré que c'était toxique et mortel.

L'Amérique et le nih considèrent comme des niveaux acceptables d'élévation des ALT, c'est dans l'EUA du Remdesivir ; ils autorisent l'élévation des enzymes hépatiques toxiques ALT à 10 fois la normale. Est-ce acceptable ?

Pour ceux d'entre vous qui veulent le voir, je vais vous le montrer parce que ça me dégoûte. Je vous montre. Ça a dérangé la France qui l'a retiré. Risque accru -page 7 de l'EUA pour le Remdesivir. Risque accru d'élévation des transaminases. je veux que vous regardiez le premier point en bas de page.

C'est écrit juste au-dessus : **« Effectuer des tests de laboratoire du foie pour tous les patients avant de commencer le Remdesivir et pendant le traitement. »** Premier point, **« envisager d'arrêter le Remdesivir si les taux d'ALT augmentent à plus de 10 fois la limite supérieure de la normale »**. J'aimerais savoir pourquoi notre nih est d'accord pour intoxiquer le foie alors que les médecins scientifiques français ont retiré le médicament en sachant qu'il était mortel et toxique et qu'il enflammait le foie avec des niveaux d'ALT trois à cinq fois supérieurs à la normale qu'ils considéraient comme mettant la vie en danger ? Pour quelle raison notre NIH, Anthony Fauci et ces protocoles, pourquoi sont-ils d'accord pour leur donner ce médicament ? Juste en dessous de ce niveau accepté de 10 fois pour les élévations d'ALT, toxicité du foie. Juste en dessous, il est dit : **« Risque de réduction de l'activité antivirale en cas de co-administration avec du phosphate de chloroquine ou du sulfate d'hcq »**. Il faut que vous sachiez... oh, je sais ce que je voulais vous montrer. Attendez.

Numéro quatre, comme déjà mentionné, **« vous devez effectuer des tests hépatiques de laboratoire chez tous les patients avant de commencer le Veklury. »**

Numéro cinq, **« vous devez déterminer le temps de prothrombine chez tous les patients avant de commencer le Veklury et le surveiller pendant le traitement si c'est approprié du point de vue clinique »**. Par définition, le temps de prothrombine est un facteur de coagulation du sang. S'il augmente, cela signifie que votre sang met plus de temps à coaguler, vous risquez une hémorragie interne. Si le temps de prothrombine est raccourci, cela signifie que vous avez des problèmes de coagulation du sang. Donc pour ce médicament, ils savent qu'il faut vérifier deux choses : les fonctions hépatiques avant et pendant le traitement. Selon l'EUA, vous devez déterminer le temps de coagulation du sang avant et pendant le traitement. J'aimerais savoir si tous le font dans le monde. J'exigerais que tous les professionnels de la santé le fassent parce qu'il est prouvé que ce médicament provoque des effets toxiques cardiovasculaires, y compris, comme nous vous l'avons montré dans Nature Medicine, des incidents thrombotiques, des incidents de coagulation du sang dus au virus, alors qu'en fait, rappelez-vous, Gilead a été autorisé à participer à la publication des effets secondaires du médicament.

Ce médicament doit être retiré de la circulation. Il existe de nombreuses autres informations à propos de ce médicament. Je crois que ce médicament a été utilisé comme les sédatifs et ce n'est pas le seul.

Le Remdesivir cible et tue les personnes âgées. Il complique les problèmes d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale et d'insuffisance cardiaque. Mais il y a des médicaments sédatifs utilisés dans le monde entier, comme la morphine, le midazolam, actuellement en Amérique et au Canada... Ils utilisent de tels médicaments pour intuber ces personnes amenées à subir une défaillance de plusieurs organes, ce qui les oblige à être placées sous ventilateur parce qu'elles ne peuvent pas respirer. Ces drogues sont le midazolam, la morphine, le lorazepam, le precedex. Ces médicaments suppriment la capacité du système nerveux à contrôler votre capacité à respirer. Elles inhibent la respiration. Elles sont aussi connues pour paralyser le système nerveux central et empêcher le cœur de battre. C'est mon opinion.

Ils les utilisent comme agents et protocoles d'euthanasie pour accélérer la mort dans les hôpitaux. Ils ciblent les personnes âgées dans le monde entier et ce depuis le début. Nous voyons bien qu'ils ciblent maintenant les jeunes, tout le monde. Si cela ne vous dérange pas, je vous montre une autre chose : ils ciblent les cœurs de toutes ces personnes avec ces médicaments pour la sédation, avec le Remdesivir comme prouvé dans ces études.

Il y a une autre chose que j'aimerais montrer au monde avant même qu'elle ne paraisse, je n'en ferai peut-être même pas partie. Dans son journal Circulation du 8 novembre 2021, l'American Heart Association déclare qu'il y a une attaque affirmée sur le muscle cardiaque en utilisant le Remdesivir, des protéines spike et les vaxxins. Ça va dans le sens des effets prouvés du Remdesivir. L'article est intitulé « **Les vaxxins ARNm covid augmentent de façon spectaculaire les marqueurs d'inflammation endothéliale et le risque de syndrome coronarien aigu tel que mesuré par le test cardiaque PULS** ». C'est un avertissement.

Au bas de l'article : « **Au moment de la rédaction de ce rapport, les modifications du cœur persistent pendant au moins 2,5 mois après la deuxième dose de vaxxin ARNm. Nous en concluons que les vaxxins ARNm augmentent considérablement l'inflammation de l'endothélium et l'infiltration de cellules T dans le**

**muscle cardiaque et peuvent expliquer les observations d'augmentation de thromboses, de troubles de la coagulation sanguine, de cardiomyopathies et d'autres incidents vasculaires suite au vaxxin.** »

J'en parle seulement maintenant parce que c'est la partie du procès du jury où l'on vous parle des effets secondaires des vaxxins. Ils découvrent maintenant que les ingrédients des vaxxins ciblent les muscles cardiaques, les problèmes de coagulation du sang dans le cœur. Ils provoquent des accidents vasculaires cérébraux, des crises cardiaques.

L'American Heart Association publie ces résultats en novembre. Un mois après que le journal de toxicologie cardiovasculaire ait publié que le Remdesivir provoque des problèmes thrombotiques, une cardiomyopathie et la mort de cellules cardiaques. Je crois qu'il y a un assaut technologique pour créer des thérapies médicamenteuses ciblées, des poisons qui visent directement le cœur des personnes innocentes dans le monde entier.

Ils appellent cela les morts du covid-19 en utilisant des tests falsifiés, comme le PCR dont nous avons déjà entendu parler. C'est mon raisonnement. Alors qu'en fait, nous savons qu'il y a actuellement 150 études qui promeuvent l'immunité naturelle et qui montrent que l'immunité naturelle, suite à des infections covid ou autre, procure en fait une immunité robuste et plus durable que n'importe lequel des vaxxins actuels qui sont actuellement imposés au grand public.

#### **03:06:41 Viviane Fisher**

Puis-je vous demander s'il y a des preuves de conflits d'intérêts ou d'intérêts financiers de Fauci dans ce qui se passe ?

#### **03:06:51 Bryan Ardis**

Oui, il y a eu une réunion où Anthony Fauci a discuté des médicaments qu'ils allaient utiliser comme solution à la pandémie. C'était en mars ; le Dr Peter Breggin a fait un excellent travail dans son livre sous-titré « **Nous sommes la proie** ».

Anthony Fauci a tenu une réunion avec 17 autres représentants, neuf d'entre-eux travaillaient chez Gilead Sciences. C'est incroyable ? Ce livre est une excellente référence : 2 000 citations à ce sujet dans son livre qui vous dira aussi qu'il y a des liens entre Anthony Fauci et Gilead Sciences. J'ai déjà entendu des références dans ce procès aujourd'hui.

Examinons les liens de Gilead Sciences avec Genentech et Roche et Pacbio avec le test PCR. Il y a beaucoup de collusion derrière une grande partie de ce qu'ils ont fait depuis le début. C'est orchestré depuis 2014-2015. C'est une partie de toute cette pandémie. Oui, avec Anthony Fauci et avec les sociétés qui possèdent Gilead, [principalement Vanguard et BlackRock]. Il y a des tonnes de liens avec Gilead, Anthony Fauci et d'autres.

Le choix, le soutien de l'utilisation du Remdesivir dans mon esprit est toujours de cibler le cœur, le foie, les reins des individus, ils savent que c'est toxique. La raison pour laquelle je crois qu'ils sont en train de mettre le Remdesivir à partir du 21 janvier, avec l'EUA, comme seul médicament autorisé à être injecté dans les veines des enfants, sans autres alternatives, est qu'ils ont besoin que des bébés commencent à mourir.

Parce que le 15 février, c'était la réunion de la fda censée avoir lieu pour voter pour donner ces vaccins depuis les nouveau-nés jusqu'aux enfants de cinq ans, ces vaccins Pfizer. Donc je crois qu'ils sont en train de tout mettre en place, étape après étape, pour créer plus de carnage, plus de morts, plus de traumatismes, en accusant un virus comme ce variant Omicron qui est presque le rhume.

Mais ils veulent vraiment mettre ce virus en avant c'est mortel même dans la démographie pédiatrique. Ainsi ils peuvent vendre aux parents, aux grands-parents qu'ils doivent aussi se faire vacciner. C'est la seule raison pour laquelle ils le feraient. Je n'arrive pas à trouver d'autres raisons pour lesquelles vous le feriez. Même le document des résultats de mortalité de c19early.com mis à jour quotidiennement, montre l'efficacité du Remdesivir pour préserver réellement la vie des personnes atteintes du covid-19. C'est 19%, d'après des études de recherche dans le monde entier, deux ans après, 19%.

J'aimerais demander au jury pourquoi on continue à promouvoir ce seul et unique médicament. Son utilisation est désormais autorisée dans toutes les maisons de retraite d'Amérique, en dehors des hôpitaux, depuis la mise à jour de la fda du 24 janvier. Donc, tout comme le midazolam et la morphine sont utilisés au Royaume-Uni pour tuer des personnes âgées innocentes, en incriminant le covid-19, ils préparent maintenant le terrain pour le faire ici avec le Remdesivir. Avec la documentation publiée que je vous ai donnée, il n'y a aucune raison au monde de considérer que le Remdesivir est sûr

pour être administré aux personnes âgées. Alors qu'en fait, en ce moment même, le 13 février 2022, moins de 1% de la population mondiale qui a contracté ce virus et été infectée qui est décédée, moins de 1%.

Nous avons extrait les données des lanceurs d'alerte de la CMS avec l'avocat Thomas Renz, pour tout l'état de New York. Quand je dis qu'ils ciblent les personnes âgées, ils savent que ces médicaments vont être toxiques pour elles. Pourquoi utiliseriez-vous un médicament qui a échoué à ce point, le continuer deux ans plus tard, à moins qu'il n'y ait une tentative de génocide, pour ensuite vendre au monde entier qu'ils ont besoin de vaccins qui sont manifestement un échec ?

### **03:10:56 Viviane Fisher**

Est-ce seulement... un médicament délivré sur ordonnance ? Ou peut-on l'utiliser... peut-on aussi se l'administrer soi-même. Est-ce que les gens le font ?

### **03:11:06 Bryan Ardis**

Le Remdesivir n'est approuvé que pour être administré par voie intraveineuse, soit à l'hôpital, soit dans une maison de retraite. Ils l'administrent à l'aide d'une aiguille à perfusion, ce n'est pas un comprimé. Cela dit, il a également été approuvé pour être utilisé dans les centres de perfusion en dehors des hôpitaux pour les patients externes, là où ils utilisaient des anticorps monoclonaux comme le Regeneron, qui ont eu beaucoup de succès. Ils autorisent maintenant l'utilisation du Remdesivir dans ces établissements. Ces médicaments étaient également administrés par voie intraveineuse.

### **03:11:34 Reiner Fuellmich**

Maintenant, au risque de me ridiculiser, est-ce une conclusion juste, après avoir tout examiné, toutes les preuves que nous avons entendues ce soir, y compris les vôtres.

Est-ce une conclusion juste de dire que,

- un : nous avons seulement une illusion de pandémie créée par un test PCR défectueux.
- deux : ils se servent de cette illusion pour utiliser des médicaments qui tuent des gens, ce qui est alors,
- trois : la raison pour laquelle on fait croire aux gens que c'est causé par le virus, l'illusion et enfin
- quatre : utiliser des vaccins qui sont tout aussi mortels que le Remdesivir et les autres médicaments ?

### **03:12:18 Bryan Ardis**

---

C'est l'illusion, absolument. Cependant, on ne saurait sous-estimer la corruption. Le Dr Pierre Kory continue de dire qu'il s'agit d'une tentative évidente et continuelle de provoquer la mort et de nuire. Le test PCR ne détermine pas si vous avez le SARS-CoV-2 ou le covid-19, ou tout autre virus respiratoire, d'ailleurs. C'est un test défectueux, un mauvais cycle mis en place pour créer une exagération des cas de covid-19.

En mars 2020, notre CDC a publié des documents pour les hôpitaux du pays. Thomas Renz a intenté un procès. Ils ont dit qu'en mars 2020, tous les hôpitaux qui recevaient un patient testé positif pour la grippe A ou B, mais négatif pour la pneumonie et négatif pour le test PCR covid-19 [cela figure dans leurs propres documents, si vous regardez le formulaire d'admission et l'adresse de leur domicile], ou si vous avez entendu parler d'un cas positif de covid-19, vous pouvez qualifier ce cas de cas positif de covid-19 documenté comme tel, cela vous donnera un bonus supplémentaire de 20% pour ce diagnostic au lieu du diagnostic de confirmation de grippe réellement testée.

Ils ont fait la même chose pour la pneumonie. Ainsi, à partir de mars 2020, ils ont commencé à inciter les hôpitaux et les cliniciens à poser de faux diagnostics de covid-19, même s'ils n'étaient pas positifs au test PCR. Ils les ont tous incités à le faire. Donc oui, c'est une illusion orchestrée par nos agences fédérales de santé pour exagérer les cas de covid, pour exagérer les causes de décès dus au covid. Ils les qualifient de complications du covid.

Je ferais certainement appel au plus grand nombre possible de plaignants dont les proches sont morts dans des hôpitaux du monde entier après avoir été traités au Remdesivir. Je leur demande de regarder leurs certificats de décès. Ils sont morts de complications du covid-19.

Ils ont diagnostiqué, en second lieu, une insuffisance rénale aiguë et ils sont morts de complications de la pneumonie secondaire au covid. Ce n'est pas une pneumonie secondaire au covid, quand vous bloquez les reins et que vous mettez une poche intraveineuse qui inonde d'eau les veines de quelqu'un et qu'il ne peut pas excréter l'eau de ses reins bloqués. Vous inondez son abdomen d'eau, elle inonde ensuite le cœur puis s'infiltré dans les poumons et vous les noyez. C'est ce qu'on appelle un œdème pulmonaire.

J'appelle donc à pousser le plus de monde possible à communiquer cette information. Nous savons que c'est ce que font les médicaments. Oui, on a l'illusion qu'ils meurent d'un virus. Ils sont empoisonnés à mort par des protocoles inappropriés. Absolument.

On les incite aussi à exagérer artificiellement les cas positifs et à donner des diagnostics pour cela. Je viens de vous montrer que Medicaid en Amérique incite les hôpitaux avec un bonus de 20% et le code si vous nous donnez un diagnostic positif covid-19 à tous les patients âgés de 65 ans et plus, vraiment.

Je voudrais vous demander, jury, juge, si comme je vous l'ai montré sur le tableau du NIH, il n'y a qu'un seul médicament, au 16 décembre, qui soit approuvé par la fda pour traiter les patients hospitalisés pour le covid-19, pourquoi Medicaid soudoie-t-il tous les hôpitaux pour qu'ils utilisent ce seul et unique médicament s'il n'y en a qu'un seul d'approuvé utilisable de toute façon? Pourquoi Medicaid devrait-il les soudoyer avec un bonus de 20% pour qu'ils utilisent ce seul et unique médicament?

Seule une raison infâme peut expliquer pourquoi ils soudoient tous les hôpitaux pour qu'ils utilisent ce seul médicament dont il est prouvé qu'il provoque une insuffisance rénale aiguë, une insuffisance hépatique et une insuffisance cardiaque. Depuis le début, nous savions que c'était le cas. On vous a tous menti.

### **03:16:12 Reiner Fuellmich**

---

[Ça y ressemble.](#)

### **03:12:14 Dexter Ryneveldt**

---

Dr Ardis, merci beaucoup pour votre témoignage, je dois dire que vous avez donné au jury une idée exacte de ce à quoi nous avons affaire. Nous avons affaire à un scénario exemplaire en matière d'erreur médicale. Nous le voyons aux États-Unis et aussi dans tous les pays du monde.

En ce qui concerne ce grand jury également, pouvez-vous confirmer que chaque hôpital, chaque médecin qui prescrit le Remdesivir, qui prescrit tous les autres médicaments que vous avez mentionnés, le Midozalam, commettent une faute professionnelle mortelle, une faute professionnelle médicale, sans l'ombre d'un doute? Êtes-vous d'accord avec cela?

Cela va dans le sens de votre déclaration et du témoignage que vous venez de présenter, à savoir

que vous motivez chaque citoyen, le jury en fait, dans le monde entier, pour qu'une fois qu'ils ont compris que ces médicaments ont été prescrits, ils prennent les mesures nécessaires.

Donc, vraiment et pour moi, sur la base des preuves que vous avez données, c'est un scénario de manuel de faute professionnelle médicale. Au cœur de cette faute professionnelle médicale, sans l'ombre d'un doute, se trouve un jeu financier. Les parties que vous avez mentionnées lorsqu'il s'agit de gains financiers sont BlackRock et aussi tous les autres investisseurs, je crois.

Êtes-vous donc d'accord pour dire que oui, nous parlons maintenant d'un scénario en ce qui concerne ce médicament prescrit ? Il est également utilisé à la fois pour augmenter les statistiques et pour inculquer ou insuffler la peur à la population mondiale. Êtes-vous d'accord avec cela ?

---

**03:18:23 Bryan Ardis**

Absolument. À 100%. Je confirme, je voudrais aussi juste dire que c'est en fait un manuel d'eugénisme.

---

**03:18:32 Dexter Ryneveldt**

Je pense que vous avez tout à fait raison, parce que lorsque l'on regarde l'intention et vous avez rendu l'intention très claire, de la façon dont vous avez effectivement amené le jury à examiner chacun des documents. Pour moi, ça se résume aussi à de l'eugénisme. Il s'agit d'une intention criminelle claire et je ne vois pas comment l'un de ces coupables pourra s'en sortir. Je vous remercie donc de l'avoir précisé. Merci beaucoup pour vos preuves.

Merci d'avoir pris le temps, étape par étape, de montrer au jury, à chaque citoyen du monde, ce à quoi nous avons affaire. Merci, Dr Ardis.

---

**03:19:15 Bryan Ardis**

Je vous en prie. Je ne saurais trop remercier le Dr Reiner Fuellmich et votre équipe. Merci à vous tous qui êtes ici de défendre l'humanité alors que tant de gens s'en fichent et ne veulent pas faire ce qu'il faut. Alors merci à chacun d'entre vous.

Dès le début, mon intention était d'essayer d'éduquer, d'avertir, d'inspirer autant de personnes que possible sur ce qui se passe. Vous avez fait un excellent travail en rassemblant un grand groupe de personnes que je continue à appeler mes collègues et mes amis, merci au nom de l'humanité.

---

**03:19:43 Reiner Fuellmich**

Merci Brian.

---

**03:19:45 Dexter Ryneveldt**

Merci beaucoup, Dr.

---

**03:19:47 Reiner Fuellmich**

On s'en soucie, on s'en soucie tous. Pffff...

S'il vous plaît, John O'Looney, même si c'est extrêmement troublant, je pense que c'est le bon moment pour vous d'expliquer ce qui s'est passé au Royaume-Uni parce que cela reflète en quelque sorte ce que le Dr Bryan Ardis vient de nous dire. Que s'est-il passé au Royaume-Uni ? comment l'avez-vous découvert ?

---

**03:20:32 John O'Looney**



En tant que directeur de pompes funèbres, au départ, bien sûr, lorsque le covid est apparu, j'étais convaincu, je n'avais aucune raison de ne pas l'être et je ne me doutais absolument pas que l'affaire allait être aussi

grave. Vous savez, plandémique, c'est le mot qui a été utilisé pour la décrire. Un certain nombre de choses m'ont alarmé, la première était le taux de mortalité en 2020. Malgré tous les efforts déployés dans les maisons de soins entre mars et avril, le taux de mortalité n'a pas augmenté ...

Ce que nous avons vu aux informations, on nous parlait de cette pandémie mortelle, des gens qui tombaient à gauche, à droite et au centre. Ce n'était pas le cas. Le taux de mortalité n'était pas présent. J'ai lavé et habillé des victimes présumées du covid tout au long de l'année 2020. C'est très intéressant d'entendre le médecin parler de l'œdème des poumons. Parce que lorsque nous embaumons quelqu'un, le processus est assez invasif. Nous avons un instrument qui s'appelle un trocart. On l'insère dans l'abdomen et dans les poumons. On rencontrait beaucoup d'œdèmes chez les patients qui nous étaient confiés. C'était tellement évident, comme un liquide jaune clair quand on vidait les poumons, c'était toujours plein.

J'ai aussi eu un gars de la pandémie qui s'est présenté sous le nom de John. Il m'a appelé au début de 2020. Il s'est dit parrainé par le gouvernement pour appeler tous les directeurs de pompes funèbres de la région.

Sa tâche était de rassembler les décès et les chiffres du covid. Il m'a demandé quelle était ma capacité en tant que directeur de pompes funèbres, combien de défunts je pouvais accueillir dans mon établissement, combien de défunts j'avais collectés cette semaine-là, combien étaient morts du covid et d'où ils venaient. Ce n'était pas très long.

Tout de suite, il a commencé à me regarder fixement. Je lui disais, par exemple, « **je suis allé chercher un monsieur dans une maison de retraite, il avait un début de démence, j'ai parlé à la famille, il était là depuis des années. Aucun médecin n'était présent au moment de son décès. Aucun test covid effectué au moment de sa mort.** »

Pourtant, ce type insistait sur le fait que tous les décès étaient dus au covid. Quand je l'ai questionné, il m'a dit : « **on nous a dit qu'il y avait le covid dans cet établissement, dans cette maison de retraite. On nous a dit que nous devons tous les étiqueter comme des décès dus au covid.** » Ces personnes n'avaient pas le covid.

Même scénario avec les patients atteints de cancer. En gros, tous ceux qu'ils pouvaient étiqueter comme morts du covid... Même un gars qui était mort écrasé, avec des traces de pneus de la hanche à la poitrine, c'était un mort du covid. Cela s'est produit tout au long de 2020. Au prix de grands efforts.

Puis, peu avant la fin de l'année 2020, quand on a annoncé que les vaccins allaient arriver et que tout le monde en voulait un, parce qu'il y avait tellement de décès dus au covid, il a téléphoné pour me dire qu'il n'appellerait plus. Il est donc clair que ce type de la pandémie n'avait plus besoin de m'appeler.

C'était évident, ce qu'il faisait et c'est vers la fin de 2020 que j'ai réalisé ce qui se passait. Évidemment, c'est très troublant. J'ai vu ces gens venir et c'est de toute façon toujours difficile d'être directeur de pompes funèbres, quand vous avez affaire à un certain nombre de morts tragiques, mais quand vous avez affaire à des gens qui sont tués illégalement, c'est encore plus déchirant. Certaines familles sont béatement inconscientes, d'autres sont très conscientes et personne ne les écoute. Depuis que je me suis exprimé en public, un grand nombre de personnes m'ont contacté.

Des personnes de l'environnement du nhs, m'ont soufflé des informations et des victimes m'ont raconté leur histoire. Je me suis également trouvé

dans la position unique d'être à l'hôpital en tant que patient covid, pour voir les choses en direct. J'ai considéré cela comme une opportunité d'obtenir autant d'informations et de rassembler autant de preuves que possible pendant que j'étais là-bas et cela a été très productif, je peux vous le dire.

L'année 2020 est donc passée et ils ont annoncé qu'ils allaient commencer à vacciner le 6 janvier 2021. J'ai eu une idée à ce moment-là, en fait, j'ai mentionné à un certain nombre de personnes que je soupçonnais que le taux de mortalité allait finalement augmenter parce que cela n'avait pas été le cas auparavant, au moment où ils ont planté des aiguilles dans les bras et c'est ce qui s'est passé.

Cela a explosé je dirais d'environ 300% du taux de mortalité normal, à partir du moment où ils se sont mis à vacciner. C'était horrible. Horrible. C'est la seule fois de toute cette période de deux ans que j'appelle ça un taux de mortalité pandémique en tant que croque-mort. Cela a duré plus ou moins 12 semaines avant de quasiment s'arrêter et que le lot soit épuisé ; cela s'est arrêté complètement et c'est devenu très, très calme.

Ce que nous constatons maintenant, c'est le nombre de morts de thromboses, c'est-à-dire d'un anévrisme, d'une attaque ou d'une crise cardiaque. Le plus troublant, ce sont des gens de tous âges. Les plus jeunes dont je me suis occupée ont 23, 28, 32, 33 ans, un âge où on ne meurt pas de thrombose d'habitude ni en grand nombre.

Parmi les appels clés que j'ai pris de ceux qui m'ont contacté, l'un était un directeur de morgue, Nick qui travaille dans un grand hôpital depuis près de 30 ans. Il devait perdre son emploi en avril, parce qu'ils faisaient chanter les gens, s'ils ne faisaient pas l'injection, plus de travail, avec un peu de chance il a fait annuler cela. Ils ont fait marche arrière.

Ils ne veulent pas 80 000 témoins clés, n'est-ce pas ? Il m'a dit qu'il rassemblait les chiffres. Cela dit, il devait faire attention à cause du RGPD (règlement général sur la protection des données]. Ces lois qu'ils ont votées récemment, il ne pouvait conserver qu'un nombre limité d'informations. Mais en tant que directeur de morgue, il collectait ces informations. Il m'a dit avoir vu une augmentation de 600% des décès par thrombose exclusivement chez les vaccinés cette année. Ça correspond tout à fait à ce que j'ai vu. J'ai vu plus de décès par thrombose cette année.

Lorsque je travaillais pour une grande coopérative qui détient 60% de parts de marché de l'industrie funéraire au Royaume-Uni, un très grand groupe, je voyais rarement des jeunes de 20 ans nous être confiés ; j'en ai vu plus cette année que je n'en ai jamais vu dans toute ma carrière. Tous sont morts subitement. Remémorez-vous le nombre de footballeurs, de sportifs en pleine forme qui sont morts subitement à la télévision nationale, à cause de problèmes cardiaques. C'est sans précédent et personne ne semble vouloir le reconnaître.

J'étais tellement inquiet que j'ai écrit au coroner en chef d'Angleterre, parce que mon travail de directeur de pompes funèbres est de soulever des questions si j'ai des inquiétudes sur un décès ou des décès en tant que tels. J'ai écrit à de nombreuses personnes, dont certaines sont présentes dans cette salle, y compris Dolorès et je leur ai dit : « Écoutez, je sais que vous êtes au courant de ces décès, de cette forte augmentation des décès par thrombose. Que se passe-t-il ? » Je n'ai jamais eu de réponse.

J'ai laissé passer trois ou quatre semaines, puis j'ai envoyé un nouvel e-mail et j'ai finalement reçu une réponse du secrétaire qui m'a dit « **nous suivons la politique du gouvernement.** » Donc ils diagnostiquent correctement ces décès comme des décès par thrombose et assez souvent ces personnes arrivent et sont coupées de la cheville à la hanche, là où ils ont cherché la thrombose dans l'artère fémorale et des endroits comme ça, je suppose.

Mais ils ne vont pas plus loin que ça pour établir un lien avec une vaccination effectuée peut-être deux semaines auparavant. Dans un cas, une femme de 28 ans est morte 90 minutes après avoir été vaccinée dans le lit d'hôpital où elle se trouvait : ses parents sont évidemment furieux. Personne ne veut savoir, ils ont dit que c'était une mort par thrombose.

C'est du jamais vu, non ? Mais est-ce aussi fréquent que ce qui se passe ? Est-ce que ça arrive juste après une injection de thérapie génique ? Non... Donc l'histoire de cette fille... sa famille ne m'en voudra pas de vous le dire. Elle a été admise à l'hôpital pour une procédure mineure. Ils l'ont forcée à le faire en lui disant qu'elle courait un grand risque parce qu'il y avait des patients covid là-bas. Elle a accepté un vaccin à contrecœur pour décéder d'une thrombose 90 minutes plus tard dans son lit d'hôpital. La cause de la mort est donc assez évidente. En effet, elle est arrivée coupée de la cheville à la hanche, là où ils ont cherché ces thromboses.

Juste avant Noël 2022, j'étais sorti ; j'ai eu un rhume qui a empiré. Ma femme l'avait aussi. On est tous les deux allés se coucher parce qu'on se sentait mal. J'ai commencé à être un peu essoufflé. Alors j'ai fait venir une ambulance. Elle était composée de trois membres du personnel, deux grands gars qui étaient vraiment gentils. Une femme qui a commencé à me réprimander presque instantanément en disant que j'étais égoïste. C'est une histoire que j'ai entendue de la part de plusieurs personnes.

Ils font ça, ils commencent à vous réprimander pour vos choix médicaux. Quoi qu'il en soit, ils m'ont emmené à l'hôpital, je suis allé au triage au départ. Ils ont fait trois tests rapides là-bas. Tous négatifs. J'ai été transféré dans une des salles où tôt le matin, un consultant est venu me voir. Il s'est assis sur le lit et a dit : « **Bien, nous allons vous mettre sous Remdesivir.** » J'ai dit : « **Merci, mais non, merci.** ». Lui : « **Eh bien, pourquoi ?** » et j'ai dit quelque chose comme : « **Eh bien, parce que nous allons jeter un coup d'œil au raisonnement clinique derrière cela alors** » et il est parti. Il ne voulait même pas s'engager avec moi à un quelconque niveau. Il savait de quoi je parlais. Deux membres du personnel sont venus vers moi et m'ont remercié discrètement pour ce que je faisais.

Vous savez, ce n'est pas un échange de plaisanteries. Ces gens savent ce qui se passe. Cet après-midi-là, une jeune femme s'est approchée de mon chevet, elle s'est assise sur le bord du lit et m'a dit : « **Je suis, peu importe son nom, de l'Université d'Oxford** », ok, c'est inhabituel, ce n'est pas une pratique normale dans un hôpital. Elle m'a dit : « **Je suis ici pour vous offrir quelques médicaments à l'essai, nous essayons de sauver des vies, je pense que vous pourriez mourir sans eux.** » Elle m'a dit ça et l'un d'entre eux était le baricitinib. L'autre le tocilizumab. Donc une fois encore, j'ai relevé les noms de ces médicaments. j'ai dit : « **Eh bien, réfléchissons à tout ça. Pouvez-vous me donner ce bilan ?** » une recherche basique sur Google pour les effets secondaires vous dit ce que vous avez besoin de savoir. J'ai dit : « **Pourquoi voudriez-vous donner ce produit à quelqu'un qui souffre de problèmes respiratoires ?** » une fois de plus, elle ne pouvait pas me regarder dans les yeux, elle regardait tout sauf moi, comme un enfant pris la main dans la boîte à biscuits. Elle a quitté le lit en disant : « **Je reviendrai demain, alors.** » Les deux gars qui étaient en face de moi étaient des patients covid qui avaient tous deux accepté ces traitements.

Je suis resté éveillé toute la nuit à écouter ces gars sous CPAP [appareil à pression positive continue], ventilation à haute pression, tousser et hoqueter. De temps en temps, l'infirmière sortait et donnait de la morphine à l'un d'entre eux. Ce qui, une fois encore, était vraiment, vraiment mauvais. Vous savez, je suis croque-mort. Je ne suis pas médecin. Mais je suis assez sensé et instruit pour savoir que ce n'est pas un traitement propice à la guérison. J'ai entendu ces gars tousser, hoqueter et mourir et c'est devenu évident, alors, je savais qu'il fallait que je sorte. Parce qu'ils savaient qui j'étais et qu'ils m'ont proposé trois des médicaments les plus toxiques, alors que mes stats étaient à 78%. J'ai été sous antibiotiques et stéroïdes pendant quelques jours. J'ai suffisamment récupéré pour essayer de sortir.

Il s'en est suivi une bataille de trois heures, ils ne voulaient pas me laisser sortir, ils ont même appelé la sécurité et ont dit qu'ils me feraient arrêter comme menace pour la santé publique. Trois heures ridicules de dispute. À la fin, ils savaient que je n'allais pas céder, j'allais m'obstiner. Ils ont appelé ma femme, un type a appelé, j'ai son nom et un enregistrement de la conversation. C'était un consultant en pneumologie et il a dit à ma femme « **John mourra en quelques minutes s'il quitte le service** », pour essayer de me garder et de m'achever. Je sais que c'était ça. Je ne suis pas stupide. Donc c'était vraiment glaçant.

Quand j'ai quitté l'hôpital, en fait, j'ai eu beaucoup de chance et je me suis fait de très bons amis. J'allais dire des contacts, mais ils sont plus que ça, maintenant. Des amis, ils sont venus à l'hôpital, Mark Sexton est venu et un gars, le Dr Chan. Ils m'ont sauvé, ils ont aidé à faciliter ma libération, c'était vraiment cela.

Je n'avais pas besoin d'oxygène, ils me donnaient de l'oxygène dont je n'avais pas besoin, ils essayaient désespérément de me mettre sous CPAP même dans l'ambulance sur le chemin de l'hôpital, ils essayaient de me ventiler pour me persuader que la ventilation était la solution quand je suis arrivé à l'hôpital. J'ai en quelque sorte dit, non, non et j'ai été traumatisé parce que je savais ce qui se passait. Il n'y a rien de pire que d'aller à l'hôpital et vous n'êtes pas bien. Là-bas des gens en qui vous êtes censé pouvoir avoir confiance essaient de vous tuer. Voilà la réalité.

J'ai une très bonne amie, je me suis occupé de sa mère. Cette amie a vécu exactement la même expérience presque mot pour mot, où elle était

surveillée, ils étaient agressifs dans l'ambulance, son test était négatif à ce moment-là, ils essayaient ensuite de cacher quelque chose pour lui faire prendre les mêmes médicaments et elle a fini par se libérer. Ils sont assez rapides à vous libérer quand ils réalisent que vous n'allez pas prendre ces médicaments.

Avec moi, ils ont essayé de me retenir, ils étaient en fait assez intimidants et agressifs et c'est seulement parce que je suis en fait un homme solide et que je suis bien au courant de ce que font ces médicaments et de leur but que j'ai survécu parce que j'ai regardé ces deux gars en face de moi mourir, eux qui leur avaient fait confiance.

Oui, c'était glaçant, tout ça était horrible. Je n'ai absolument aucune envie d'y retourner, je peux vous dire que je préférerais mourir à la maison, je pense. Voilà où nous en sommes. Je suis de retour au travail depuis environ quatre semaines maintenant. J'ai plutôt bien récupéré, les avocats que j'avais, ou que j'ai, m'ont en quelque sorte guidé avec l'ivermectine et différents comprimés. En vérité., l'une des choses les plus difficiles à supporter était le brouillard cérébral. Ce Dr Chan m'a préparé une liste de tout ce que je devais prendre, ma femme a tout mis dans des petits pots pour le matin, le midi et le soir. J'ai été soigné, j'ai beaucoup de chance.

Quand j'ai quitté l'hôpital, j'ai ressenti une sorte de culpabilité du survivant, parce que c'est un peu comme quitter une maison en feu, des gens sont encore là et vont mourir. Je n'ai rien pu faire pour eux. Ça va me hanter pour toujours, de ne pas avoir pu les sauver. Voilà à peu près où j'en suis.

### **03:36:41 Reiner Fuellmich**

**Ce que vous décrivez ressemble à un film d'horreur, mais c'est la réalité.**

### **03:36:46 John O'Looney**

C'était un film d'horreur. C'était horrible, sans aucun doute. J'ai une volonté assez forte. Mais je pense que cela m'a affecté mentalement, j'étais stressé et je suis resté éveillé 72 heures, j'avais trop peur de m'endormir, juste au cas où l'un d'entre eux m'aurait injecté quelque chose. Vous ne comprendrez jamais à moins d'être dans cette position et d'être isolé. Ils ne laissent ni la famille ni des défenseurs vous soutenir. Puis j'ai dû me battre trois heures en haletant pour sortir. En sachant que si je ne le faisais pas, je mourrais probablement. Oui, c'était horrible. Vraiment horrible.

**03:37:26 Reiner Fuellmich**

Mon Dieu. De ce que vous avez vu, la conclusion que vous pouvez tirer après avoir entendu tous ces témoignages, est-ce que vous croyez vous aussi qu'il s'agit d'un meurtre de masse commis intentionnellement ?

**03:37:46 John O'Looney**

À 100%. Certainement pas au niveau du personnel, certains membres du personnel et moi-même avons considéré que c'était une occasion de rassembler des preuves pendant que j'étais là. Une partie du personnel s'est désolidarisée, une autre partie du personnel est consciente de ce qui se passe et ils y ont adhéré en pensant que c'est bien, parce qu'ils font ce qu'on leur dit de faire. D'autres membres du personnel sont brisés.

J'ai parlé à des infirmières qui m'ont dit qu'elles allaient travailler pour essayer de minimiser les dommages causés par les décisions cliniques prises. Elles pleuraient au téléphone. L'une en particulier, du nom de Michelle. Infirmière depuis 30 ans c'est vraiment éloquent. C'était un témoignage glaçant. Je l'ai écoutée pendant environ 14 minutes lors d'un appel téléphonique qu'elle m'a passé juste avant que je tombe malade. Elle m'a expliqué comment ils procédaient. Ils emmenaient les gens à l'hôpital, leur faisaient passer une radio de la poitrine dans leur lit avec une machine mobile qu'ils emmenaient partout. J'ai moi-même passé une radio avec cette machine. Donc je comprends un peu ce qu'elle veut dire. Sur base de cette radiographie, ils les plaçaient en soins palliatifs. Ils ne procédaient à aucun test.

Dans certains cas, ils les enfermaient dans une pièce annexe. Quand il s'agit de cas gériatrique, assez âgé, assez vieux, ils n'ont aucun espoir de survivre à cela. Elle m'a dit qu'elle sera à jamais hantée par un vieil homme frappant à la porte de sa pièce annexe, enfermée à clé, suppliante pour une tasse de thé qu'elle était incapable de lui donner parce que les médecins ne laisseraient pas, non. Ce gars-là est tout simplement mort de faim.

Cette histoire, j'ai eu un nombre incalculable de personnes similaires, pas seulement une infirmière, des dizaines de personnes m'ont contacté, parce que je suis évidemment très connu, ils m'ont vu comme un point central à atteindre. C'était déchirant !

Certaines des histoires que vous entendez, certaines des histoires qu'on m'a racontées, resteront en moi pour toujours.

**03:39:45 Dexter Ryneveldt**

Mr. O'Looney, merci pour votre témoignage. Vous avez mentionné quelque chose de très intéressant. Vous avez fait en quelque sorte une séparation ou une distinction entre le personnel qui sait exactement ce qui se passe...

**03:40:03 John O'Looney**

Oui

**03:40:04 Dexter Ryneveldt**

Ils sont simplement en train de suivre les ordres.

**03:40:06 John O'Looney**

Oui

**03:40:07 Dexter Ryneveldt**

Puis vous avez mentionné le personnel qui sait ce qui se passe. Ce sont ces individus, en un sens, qui poussent cette version du récit.

**03:40:16 John O'Looney**

Oui

**03:40:17 Dexter Ryneveldt**

Donc dans le premier groupe, c'est : « Oh, eh bien, c'est ce que je dois faire. Je sais que c'est mal. Mais je dois juste le faire. Je n'ai pas le choix. »

**03:40:24 John O'Looney**

Oui.

**03:40:25 Dexter Ryneveldt**

La question que je souhaite donc vous poser, Monsieur, étant donné que nous parlons de droit naturel et en termes de droit positif de référence pour ce grand jury, tout se résume au fait que chacun d'entre nous, chaque être humain peut différencier le bien du mal.

Diriez-vous donc que la seule raison pour laquelle l'humanité est si impliquée dans ce parcours eugénique est que les membres de notre personnel savent que c'est mal. Pourtant ils se contentent de suivre le mouvement. Êtes-vous d'accord avec cette affirmation ?

Est-il temps pour ces membres du personnel de dire : « **Vous savez quoi, je sais que c'est mal, je ne vais pas continuer à faire ce que je sais être mal.** » Parce qu'ici et maintenant, s'ils peuvent aller jusqu'au bout, l'humanité sera capable de s'opposer à ces forces qui veulent détruire l'humanité. Pensez-vous pas qu'il est temps maintenant ?

Je veux vous mettre en référence aussi, quand il s'agissait des procès de Nuremberg. L'une des excuses utilisées était : « **Je ne faisais que suivre les ordres.** » Alors, est-il temps pour ces membres spécifiques du personnel, dans n'importe quel hôpital du monde de dire : « **Il est temps de dire non, c'est ici que nous tirons un trait.** »

**03:41:50 John O'Looney**

---

À 100%! Je pense que c'est intéressant que vous l'ayez mentionné, parce que je pense que beaucoup des 80 à 100 000 employés britanniques, je l'ai dit par inadvertance, sont en première ligne de cette pandémie mortelle. Pourtant ils préfèrent gâcher leur carrière plutôt que de se protéger.

Est-ce que ça ne colle pas avec ce que vous venez de dire? Ils nous l'ont dit, sans vraiment le dire. Ils préféreraient perdre leur emploi plutôt que de prendre cette protection parce qu'ils voient de leurs propres yeux des personnes mourir devant eux.

Pourquoi ne voudrait-on pas prendre cette protection? 80 000 employés du NHS auraient préféré abandonner leur carrière, à tel point que le gouvernement a fait marche arrière, parce qu'ils savaient qu'ils auraient eu 80 000 témoins. Aucune salle Zoom n'est assez grande pour ça.

**03:42:38 Dexter L-J Ryneveldt**

---

Alors que pensez-vous qu'il faille faire? Je comprends parfaitement que vous parlez maintenant des 82 000 personnes qui disent « **Non, nous ne voulons pas cela.** » Ce sont en fait elles qui sont du bon côté de l'histoire. Puis, il y a ceux que vous avez mentionnés, ils savent ce qui cloche, mais ils continuent de faire ce qu'ils font. Que doit-il leur arriver?

**03:43:02 John O'Looney**

---

Ils seront responsables. Quand ils seront tenus pour responsables de leurs actions et traduits devant les tribunaux, si certains d'entre eux vont craquer et commencer à pointer du doigt les autres... Parce que c'est la nature humaine. C'est ce que font les gens, non?

Peut-être que vu que l'histoire se répète, comme au procès de Nuremberg, leur seule défense sera de dire « **J'ai fait ce qu'on m'a dit de faire.** » C'est la réalité, les temps changent, mais pas les gens.

**03:43:32 Dexter L-J Ryneveldt**

---

Merci beaucoup.

**03:43:34 John O'Looney**

---

De rien et merci à vous tous également. Je me sens privilégié d'être parmi vous.

**03:43:42 Reiner Fullmich**

---

Merci John. C'était un témoignage très puissant.

**03:43:42 John O'Looney**

---

Merci.

**03:43:43 Reiner Fullmich**

---

Cela va émouvoir beaucoup de gens. Je suis sûr que ça va leur ouvrir les yeux.

**03:43:50 John O'Looney**

---

Pour être honnête, mon témoignage est probablement la plus grande preuve que j'ai à offrir.

**03:43:57 Reiner Fullmich**

---

Vous ne pouvez pas faire mieux que ça. Merci.

**03:44:02 John O'Looney**

---

Que Dieu vous bénisse tous, je vais devoir y aller, car j'ai des engagements. Merci à tous. Que Dieu vous bénisse. Je suis sûr que nous allons gagner. Espérons que justice soit faite. Que Dieu vous bénisse.

**03:44:13 Reiner Fullmich**

---

Nous gagnerons.

**03:44:13 Dexter Ryneveldt**

---

Merci beaucoup, Monsieur.

**03:44:14 Reiner Fullmich**

---

Merci beaucoup.

Maintenant, les bonnes nouvelles.

Il y a de bonnes nouvelles dans ce que le Dr Shankara Chetty va nous dire, car, comme nous l'avons appris, c'est une illusion.

Nous n'avons pas affaire à une pandémie de Corona, mais à une pandémie de tests PCR. Il existe des moyens de traiter ce virus, qui, comme les chiffres le montrent, n'est pas plus dangereux que la grippe ordinaire.

Dr Chetty? Quelles sont les bonnes nouvelles que vous pouvez nous donner?



Je vous remercie, Reiner. merci à tous mes collègues de cette plateforme. Cette période qui dure depuis deux ans est déchirante. Je pense que notre travail est très important. Je pense que ce que j'ai vécu au cours

de ces deux dernières années permettra de comprendre ce que les personnes qui m'ont précédé ont présenté et de comprendre ce qui s'est réellement passé. Je pense donc que le simple fait de raconter mon parcours et ma compréhension de cette pandémie, peut apporter beaucoup à ce que nous essayons d'accomplir.

J'aimerais donc commencer par ce qui s'est passé avant l'arrivée du covid en Afrique du Sud. J'ai une formation en génétique, en biologie avancée, en microbiologie et en biochimie, en plus de mon travail de médecin généraliste. Je suis donc un médecin très méfiant. J'enquête sur tout. Je m'assure de m'appuyer sur les connaissances que j'ai acquises au cours de mes années d'études supérieures. Je ne crois pas les choses facilement.

Avant que cette pandémie n'arrive en Afrique du Sud, on nous avait dit qu'il y avait un virus à Wuhan, qu'il s'était propagé d'une personne à l'autre, que c'était un virus respiratoire, qu'il semblait très contagieux. Bien sûr, nous ne savions pas comment ce nouveau virus tuait, comment il provoquait des maladies graves et des décès. Mais on nous a dit qu'il était très contagieux et qu'il pourrait être le début d'une nouvelle pandémie. La première chose que j'ai trouvée très étrange, c'est que les Chinois ont bouclé Wuhan et que le virus ne s'est jamais propagé à aucune autre ville de ce pays. Pourtant, les frontières internationales sont restées ouvertes. Le virus s'est répandu dans le monde entier.

C'est donc la première chose que j'ai trouvée très suspecte : nous avons affaire à un virus hautement contagieux. Alors pourquoi n'a-t-il pas été complètement maîtrisé ? Nous ne recevions pas beaucoup d'informations de Chine, ce à quoi je m'attendais. En tant que médecin, je devais prévoir l'arrivée du virus dans mon pays, m'y préparer. La première chose qui posait problème était ce test PCR, développé pour tester le virus lui-même. De ma formation scientifique, je sais qu'un test PCR n'est jamais utilisé comme outil de diagnostic.

Je me suis donc demandé pourquoi c'était devenu la norme. De plus, nous avons commencé à recevoir des rapports sur la propagation asymptomatique, du jamais vu en science médicale. Donc, quand ces choses inhabituelles sont sorties, je savais qu'un test PCR n'avait absolument aucun rapport avec l'infectiosité. Comme l'ont souligné les précédents intervenants, un test PCR ne teste que les fragments d'un virus. Il ne teste pas un agent infectieux complet. Il ne permet pas de savoir si une personne est réellement infectée ou infectieuse. La seule chose qui vous dit qu'un virus existe est une culture cellulaire du virus qui prouve que le virus peut se développer, se répliquer et se propager. J'ai donc regardé ce test PCR avec suspicion.

Puis, ce test PCR a été utilisé pour évaluer ou déterminer les mesures de santé publique, les mesures sanitaires que nous avons vues. Nous recevions des rapports indiquant que ce virus vivait sur des surfaces pendant cinq, dix ou quinze jours sur différents types de matériaux. Cela n'avait aucun sens. Les virus ne vivent pas aussi longtemps. Ils ont besoin d'un hôte pour se répliquer et se propager. Il n'y a absolument aucune preuve scientifique de virus vivant sur ces surfaces pendant une telle durée.

J'ai donc commencé à beaucoup me méfier de ce genre d'informations. Puis, le masque est arrivé et je m'en suis aussi méfié. En tant que médecin, je sais que le masque a des limites. La science nous dit qu'un masque ne nous empêchera jamais de contracter un virus respiratoire. C'est comme si on mettait une clôture autour de sa maison en pensant être protégé des moustiques. La science ne tient pas la route.

J'ai donc commencé à examiner toutes ces preuves. Puis, bien sûr, ils ont pensé aux mesures d'isolement. Ils voulaient que les gens s'isolent 14 jours. J'ai analysé cela et j'ai pensé : **« Vous voulez que les gens s'isolent pendant 14 jours, mais vous n'avez pas vraiment établi la durée de vie de la maladie virale : 14 jours, c'est une mesure arbitraire. »** J'avais donc besoin de comprendre pourquoi ils avaient choisi 14 jours et pas autre chose. Je me posais donc des questions.

De plus, avec mes études en génétique, j'étais au courant de la recherche sur le gain de fonction effectuée à l'époque. Je connaissais la virologie et, bien sûr, la guerre génétique, la manipulation des virus. J'étais au courant des recherches menées au

laboratoire de Wuhan sur les coronavirus et sur la protéine spike, bien avant la création du covid. Je savais donc que nous avions affaire au coronavirus et il semblait très étrange et suspect qu'une pandémie éclate après ces recherches en cours sur les coronavirus. J'avais donc de bonnes raisons de penser qu'il s'agissait d'une fuite de laboratoire.

En allant un peu plus loin, il aurait pu s'agir d'un virus fabriqué. C'est donc quelque chose que j'avais à l'esprit dès le début de cette pandémie. Puis, les éléments inhabituels, le test PCR, la propagation asymptomatique, les mesures sanitaires, les confinements, l'isolement, tout ce genre de choses n'avaient aucun fondement scientifique pour moi.

J'avais face à moi une population terrifiée, à qui l'on avait dit de ne pas chercher à se faire soigner. On leur avait dit de ne pas aller voir leur médecin. Nous, en tant que médecins, on nous a dit de ne pas traiter, qu'il n'y avait pas de traitement pour ça. Que nous devions simplement faire de la télé-médecine. Si l'état d'un patient se détériorait, on l'envoyait à l'hôpital. Je ne suis pas le genre de personne à capituler aussi facilement.

Donc, avec les connaissances que j'avais, j'ai décidé de vérifier tout ça. J'avais besoin d'informations sur cette maladie. Sans ces informations sur la pathologie de cette maladie, nous ne pourrions jamais résoudre le problème. Je savais qu'une fois le virus arrivé en Italie, j'obtiendrais des informations sur ses symptômes. Les éléments qui sont ressortis étaient inhabituels : ils m'ont permis de poser un diagnostic sans avoir à utiliser de test PCR, car en tant que médecins, nous devons diagnostiquer les maladies en fonction des symptômes.

Les symptômes propres à une maladie vous indiquent que vous avez affaire à ce type de maladie. Les symptômes que j'ai trouvés inhabituels étaient la perte d'odorat et de goût, ce qui ne se produit pas habituellement avec les virus respiratoires. Bien sûr, l'essoufflement dont souffraient les patients. Cet essoufflement apparaissait très soudainement et nécessitait une ventilation très rapide. La dyspnée et la perte d'odorat et de goût sont donc devenues mon outil de diagnostic pour confirmer si un patient était infecté par le coronavirus ou non.

J'ai observé. J'avais besoin d'une panoplie thérapeutique pour me préparer à ça. Nous avions affaire à un virus respiratoire et donc, le premier médicament qui m'est venu à l'esprit était l'Hcq.

L'Hcq, ou plaquenil, est bien connue. On l'utilise depuis des décennies et elle a des effets antiviraux à large spectre. Donc, si je devais chercher un produit capable de freiner la propagation d'un virus, ce serait mon traitement de base. L'Hcq a été utilisée pour de nombreuses autres maladies comme le traitement de la polyarthrite rhumatoïde du poignet.

Je savais donc que j'avais affaire à un médicament très sûr que je pouvais éthiquement donner à mes patients en évaluant son efficacité. J'ai donc décidé de me procurer de l'Hcq. Très vite, the Lancet a publié un article sur la toxicité de l'Hcq et ses effets secondaires sur le cœur. J'ai pensé que c'était absurde. Je traite des patients avec l'Hcq depuis des années, en leur donnant parfois des doses plus élevées et je n'ai jamais eu d'effets secondaires avec ce produit.

J'ai donc adopté des médicaments connus depuis longtemps, car j'ai confiance en leur efficacité et sécurité à long terme. J'ai acheté autant d'Hcq possible et, deux jours plus tard, le président du gouvernement sud-africain l'a retirée des rayons. Heureusement, j'en avais un stock que j'avais préparé pour mes patients.

Les patients sont venus me voir, très inquiets à l'idée que je puisse fermer et que je ne sois pas là pour eux. Je les ai tous rassurés en leur disant que j'allais résoudre ce problème et que j'examinerais chacun d'entre eux. J'avais besoin de comprendre ce à quoi nous avions réellement affaire.

Quand le premier cas de coronavirus a été signalé en Afrique du Sud, j'ai décidé de puiser dans mes connaissances. J'ai quitté ma maison pour m'isoler afin de protéger ma famille, ma maison et mon cabinet se trouvent dans le même bâtiment. J'ai monté une tente, une vraie tente sanitaire à l'extérieur de mon cabinet, dans le parking, car pour moi, l'aération et la lumière du soleil étaient les meilleurs moyens de me protéger de ce virus. Je savais que si je me désinfectais les mains et que je ne me touchais pas le visage, je serais raisonnablement bien protégé. Je pourrais ainsi voir tous les patients.

C'était mon plan initial pour cette pandémie. Mais avec la controverse autour de l'Hcq, le test PCR utilisé comme outil de diagnostic, l'annonce d'une propagation asymptomatique, j'ai eu des soupçons fondés sur ce qu'on nous disait et les soi-disant experts n'ont pas semblé remettre ça en question.

Il n'y avait aucune preuve de tout cela. Pourtant, les experts du gouvernement nous racontaient cette histoire. J'ai donc commencé à voir mes patients. Je me suis assuré d'examiner chaque patient qui entraît dans mon cabinet. Je voulais comprendre deux choses : d'abord, la symptomatologie. Je suspectais aussi une infection à coronavirus pour chaque patient qui venait avec une perte soudaine d'odorat et de goût, ce qui était inhabituel.

Donc je ne voulais pas utiliser ce test PCR. Je ne voulais pas me fier à ce test PCR. Je savais que cela allait fausser les chiffres dès le départ et je voyais le monde entier sombrer dans la confusion et la peur.

Lorsque mes patients venaient me voir, je commençais par examiner les symptômes et je supposais que ceux qui présentaient une perte d'odorat et de goût étaient positifs au coronavirus. J'en ai testé quelques-uns, seulement ceux qui avaient une perte d'odorat et de goût et j'ai constaté qu'ils étaient positifs. J'avais donc la preuve que la perte d'odorat et de goût était un symptôme d'infection à coronavirus. Je n'ai donc pas ressenti le besoin de tester chaque patient. Quand un membre de la famille souffrait d'une perte d'odorat et de goût, que je le testais et qu'il était positif et que le reste de la famille commençait à tomber malade à peu près au même moment et présentait le même type de symptômes, je pouvais supposer sans risque qu'ils avaient contracté la même infection et les traiter de la même manière.

En tant que médecins, nous sommes censés poser un diagnostic en examinant nos patients. On ne m'a jamais appris à utiliser les tests comme outils de diagnostic. Je n'utilise les tests que si j'ai un doute dans mon diagnostic clinique. Un test s'utilise pour clarifier. Il ne s'utilise jamais en guise d'outil de diagnostic. Je ne teste donc pas les patients pour savoir ce qui ne va pas chez eux. C'est une mauvaise pratique médicale.

On n'est pas formé pendant des années en pratique clinique pour utiliser un écouvillon afin de savoir ce qui ne va pas chez le patient. J'ai commencé à voir tous ces patients atteints d'infections au covid. La deuxième chose qui m'a beaucoup intéressé, c'est l'essoufflement. C'est ce qui causait la mort des gens. Les premiers patients qui sont venus me voir avaient une grippe commune, une infection respiratoire qui ressemblait à toutes les autres infections respiratoires que j'avais vues. Ils avaient des courbatures, de la fièvre, un peu de mal de gorge

et, bien sûr, une perte d'odorat et de goût, un symptôme inhabituel qui me faisait penser à une infection à coronavirus. J'ai dit à tous les patients qui venaient me voir que s'ils étaient essoufflés de quelque manière que ce soit, je voulais qu'ils me le signalent immédiatement. Je devais comprendre exactement d'où venait cet essoufflement et pourquoi les patients finissaient à l'hôpital.

Nous savions qu'à l'hôpital, les patients étaient essoufflés, que leur saturation en oxygène diminuait, qu'ils étaient placés sous ventilateur. D'après les informations fournies par l'Italie, nous savions que la progression de cet essoufflement pouvait être très variable. Certains patients présentaient un essoufflement léger qui n'évoluait pas et semblait disparaître. D'autres avaient un essoufflement un peu plus grave qui durait très longtemps. Puis, bien sûr, il y avait ceux qui développaient un essoufflement très soudain, qui évoluait très rapidement. En un jour ou deux, ils se retrouvaient sous respirateur. J'ai donc remarqué qu'il y avait une différence étrange dans la vitesse d'évolution de cet essoufflement. J'avais besoin de comprendre ça et aussi, comment nous en étions arrivés là.

Parmi mes 20 premiers patients, j'ai eu le premier qui était essoufflé et bien sûr, j'ai informé mes patients en leur expliquant la gravité de la situation. Il y avait assez d'alarmisme dans le monde : j'étais sûr qu'ils reviendraient vers moi rapidement. Tous les patients souffrant d'essoufflement sont revenus me voir le jour même où ils avaient remarqué que quelque chose n'allait pas. J'ai trouvé des choses très étranges dans ce petit échantillon de patients qui sont revenus me voir sans souffle.

Rappelez-vous, la majorité des patients se rétablissaient sans problème, comme pour une infection respiratoire normale. Ils avaient très peu de symptômes pulmonaires. La plupart avaient juste un mal de gorge, qui partait au bout de deux ou trois jours et ils n'avaient absolument aucune séquelle. Donc, lorsque les patients revenaient vers moi essoufflés, je devais les ausculter et comprendre exactement ce qui se passait. Or, j'ai remarqué des choses très étranges.

Bon nombre de ces patients qui revenaient me voir allaient parfaitement bien la veille du début de leur essoufflement. Ils pensaient s'être complètement remis de la maladie. Certains patients ont eu mal à la gorge pendant une journée, ils se sont rétablis, ils ont passé le reste de la semaine en parfaite santé, ils

ont pratiqué des activités sportives, puis ont soudainement développé un essoufflement. Cet essoufflement est donc apparu très vite. Il semblait toujours apparaître exactement une semaine après le premier symptôme.

Donc, quand un patient venait me voir un lundi, je l'interrogeais et si le mal de gorge avait commencé ce lundi-là, je le notais comme l'apparition des symptômes. Nous savons qu'en cas d'infection virale, certains virus suivent une évolution très précise : ils se répliquent pendant un certain nombre de jours, votre immunité se met en place, puis vous éliminez le virus.

Donc, comme la varicelle, la rougeole et ce genre de virus, ils suivent une évolution spécifique et durent un certain temps. Quand les patients revenaient, je remarquais que c'était toujours le huitième jour, exactement une semaine après l'apparition des symptômes, je me disais que j'avais affaire à un virus qui a cette durée de vie et qui, exactement un jour plus tard, commence à faire autre chose. Il y a un nouveau symptôme qui se présente à ce moment-là. Ça ne concerne pas tous les patients, mais seulement un très petit échantillon de patients.

Je voyais ce qu'on rapportait d'Italie : certains patients se présentaient à moi avec un léger essoufflement le huitième jour, d'autres avaient un essoufflement plus modéré et d'autres très sévère. L'Hcq faisait partie de ma panoplie de soins. Je la réservais aux patients qui, dans les premiers jours, avaient ce que je pensais être une charge virale plus élevée. Je donnais donc de l'Hcq à ceux qui avaient de fortes douleurs, courbatures et fièvres et je voyais qu'en un jour ou deux, je réussissais à faire tomber la fièvre et à les mettre sur la voie de la guérison.

Tous les patients que j'ai vus dans cette première phase ont montré des signes de guérison au cinquième ou sixième jour. Certains au bout d'un jour ou deux. La majorité, au cinquième ou sixième jour, avaient des signes d'amélioration, avaient retrouvé l'appétit, se sentaient beaucoup mieux.

Toutefois, cela n'influçait en rien ce qui pouvait se passer au huitième jour. Quand j'ai remarqué que les gens revenaient le huitième jour avec de nouveaux symptômes, j'ai informé ma communauté de cette étrange différence que j'observais. J'ai donc interrogé chaque patient qui venait me voir. J'ai demandé le jour précis où ils avaient remarqué qu'ils ne se sentaient pas bien. J'utilisais ce jour pour

déterminer le huitième jour et je les informais de tout nouveau symptôme survenant le huitième pour qu'ils reviennent me voir à temps.

Deuxièmement, je savais de l'Italie qu'on avait affaire à une maladie qui répondait aux stéroïdes. Médecins, nous savons que nous ne devrions pas utiliser de stéroïdes dans une infection. Il faut les utiliser très prudemment, car ils suppriment votre immunité et vous empêchent de développer une réponse immunitaire solide face à une infection. Si vous supprimez l'immunité, vous courez le risque de laisser cette infection se propager sans contrôle. Je devais donc choisir un moment précis de la maladie où il serait pertinent d'utiliser des stéroïdes.

Il était évident qu'une détérioration se produisait au huitième jour. C'est donc à ce moment-là que les stéroïdes étaient appropriés. Grâce aux patients montrant des signes de guérison avant, j'étais presque sûr que notre immunité réussissait d'une manière ou d'une autre à atteindre le système nerveux central et à le contrôler.

#### **04:04:05**

J'ai donc rapidement mis les patients sous stéroïdes quand ils revenaient au huitième jour avec un essoufflement. Au troisième ou quatrième jour de stéroïdes, ils ont tous montré de bons signes de rétablissement. En tant que médecin, c'est la rapidité de la guérison qui m'indique que quelque chose fonctionne. Je ne suppose pas qu'un comprimé de paracétamol a fonctionné si votre mal de tête met cinq jours à disparaître par exemple.

La vitesse de guérison me donne une indication de l'efficacité de mon traitement. Les deux me donnent une indication du mécanisme sous-jacent de cette maladie. Donc si je traite la mauvaise chose, je n'obtiendrai pas cette vitesse de guérison. En examinant les quatre ou cinq premiers patients qui s'étaient présentés avec cet essoufflement et avaient été mis sous stéroïdes, j'ai remarqué cette différence dans l'apparition, c'est-à-dire la vitesse à laquelle la deuxième phase avait commencé. Je me suis appuyé sur ma compréhension de la pathologie et j'ai essayé de comprendre pourquoi nous avions cette variabilité. La première partie de la maladie n'avait aucun rapport avec la seconde. Le fait d'être gravement malade au cours des cinq premiers jours n'avait aucune incidence sur l'éventuelle détérioration de la santé au huitième jour, car j'ai vu des patients gravement malades au cours des cinq premiers jours se rétablir et n'avoir aucune séquelle.

J'ai eu des patients dont la maladie était très légère et qui, au huitième jour, déclenchaient une maladie très grave. Donc je savais que j'avais affaire à une maladie non linéaire, qui marchait par phases. Les deux phases n'avaient aucun lien entre elles. J'avais affaire à deux pathologies. Je devais cerner la deuxième pathologie. J'avais eu des patients qui étaient diabétiques, hypertendus, avec beaucoup de comorbidités et qui n'avaient jamais connu la deuxième phase de cette maladie. J'avais eu des patients qui étaient en parfaite santé, sans comorbidités et qui avaient eu la deuxième phase de la maladie. Il ne semblait donc pas y avoir de lien avec une quelconque prédisposition de santé.

Donc, en observant la pathologie, vous devez essayer de comprendre ce à quoi vous avez affaire, observer les faits qui sont devant vous et ce qui a du sens. La seule chose qui avait du sens pour moi, c'était que ces personnes, le huitième jour, avaient une sorte de réaction allergique à quelque chose. Il fallait découvrir de quelle réaction allergique il s'agissait. La majorité des gens ne sont pas allergiques à certaines choses et n'ont aucune réaction après une piqûre d'abeille par exemple. D'autres sont légèrement allergiques, d'autres modérément et d'autres sévèrement allergiques. Donc, voilà la différence en matière de vitesse d'apparition et de sévérité.

Bien sûr, si vous êtes allergique à une piqûre d'abeille, vous ressentirez une légère démangeaison au niveau de la piqûre. Au bout de quelques jours, l'allergie guérira spontanément et semblera partir d'elle-même. Cependant, si vous êtes plus modérément allergique, cette piqûre peut provoquer une éruption cutanée sur tout le corps. Si je ne la traite pas, il faudra beaucoup de temps pour que cette éruption disparaisse, même si elle ne mettra jamais votre vie en danger. Puis, enfin, si vous êtes très allergique aux piqûres d'abeilles et que je ne vous traite pas dans un délai d'un jour ou deux, vous allez subir de graves lésions organiques et vous retrouver aux soins intensifs et probablement en mourir.

Je me suis donc dit que si j'avais affaire à ce type de pathologie, une réaction d'hypersensibilité induite de type 1, alors un essai thérapeutique s'imposait. Un essai thérapeutique est quelque chose que chaque médecin fait avec presque tous ses patients. Quand un patient vient me voir, j'ai une idée de diagnostic. Puis, je lui donne des médicaments en fonction du diagnostic, ce qui est un essai thérapeutique. Si le médicament que je lui donne est bénéfique et que

son état s'améliore, alors cela confirme mon diagnostic et je ne dois rien faire d'autre. Je n'ai pas besoin de leur faire passer un test pour prouver que j'avais raison. Ils se rétablissent complètement.

Le fait d'avoir compris que j'avais affaire à une réaction d'hypersensibilité de type 1 m'a donc poussé à améliorer et à affiner la panoplie thérapeutique que j'utilisais. À ce moment-là, c'était uniquement de l'Hcq, un traitement symptomatique et, bien sûr, un stéroïde à partir du 8e jour.

Le sixième patient qui est venu me voir était une femme de 40 ans, qui avait développé un essoufflement le jour même, alors que, comme beaucoup d'autres, elle allait parfaitement bien la veille. C'était en fait son huitième jour de maladie et sa saturation avait chuté à 80% en un seul jour. La veille, elle allait bien. Étant diabétique, hypertendue et obèse, j'étais un peu inquiet. Je savais que je devais lui donner des stéroïdes, mais j'avais affaire à une patiente gravement malade. Je me suis donc dit que s'il s'agissait d'une réaction allergique, quelques autres médicaments seraient pertinents et que je devais les ajouter, les tester et surveiller la vitesse de guérison. La première chose que j'ai ajoutée à son traitement a donc été de la prométhazine, un antihistaminique d'ancienne génération utilisé pour traiter les réactions allergiques graves. C'est un médicament essentiel approuvé par l'oms. Chaque médecin devrait avoir dans sa trousse d'urgence.

Donc, quand un patient vient me voir pour une piqûre d'abeille, rien de tel qu'un stéroïde et de la prométhazine. J'ai ajouté une dose de prométhazine à son traitement. Prudent, je lui ai donné une dose pour enfant de 10 milligrammes. Normalement, on utilise 25 milligrammes chez les adultes trois à quatre fois par jour. Je lui ai donné un comprimé de 10 milligrammes et je lui ai dit de le prendre trois fois par jour. C'était juste pour un jour, celui où elle est venue me voir. J'ai demandé à mon équipe de la contacter le lendemain pour examiner sa vitesse de guérison et demander si elle voyait une amélioration. Le lendemain, quand nous l'avons contactée, elle était occupée à faire la vaisselle et allait parfaitement bien. L'essoufflement avait complètement disparu. Je lui avais donné une seule dose. Je m'attendais à une rechute. Je lui ai donc conseillé d'être prudente, je m'attendais à ce que l'essoufflement réapparaisse si c'était une allergie et nous devions inhiber ça un certain temps. Bien sûr, dès le lendemain, elle était de nouveau essoufflée. Je lui ai redonné l'antihistaminique et elle s'est remise rapidement.

C'est à ce moment-là que j'ai compris que j'avais affaire à un déclencheur allergique grave. Avec une réaction allergique, certains médiateurs chimiques se libèrent : l'histamine, les leucotriènes, les prostaglandines, les prostacyclines et le facteur d'activation des plaquettes. Pour traiter une réaction allergique, on utilise une dose suffisamment élevée de stéroïdes pour éteindre ce flot immunitaire inapproprié qui a été activé. La deuxième chose à faire est d'éliminer tous les médiateurs qui se sont déjà répandus.

C'est là qu'il faut agir vite. Plus vous laissez traîner, plus les médiateurs sont nombreux et les dégâts importants. Pour éliminer ces médiateurs, l'histamine est traitée par des antihistaminiques, les leucotriènes par du montélukast, l'activation des plaquettes par des anticoagulants ou de l'aspirine. Quant aux prostaglandines et aux prostacyclines, ce sont deux types de médiateurs qui sont bénéfiques et qui n'ont donc pas besoin d'être traités. J'ai donc ajouté le montélukast et l'aspirine à mon protocole très tôt. Cela a été ma façon de traiter.

J'étais au courant de l'inflammation, de la tempête de cytokines, des accidents thrombotiques qui étaient observés chez les patients. Cependant, j'étais d'avis qu'il s'agissait d'une hypersensibilité déclenchée par une sorte de débris viraux le huitième jour et que ce déclencheur d'hypersensibilité, s'il n'était pas contrôlé, conduirait à une hyper inflammation, comme nous l'avons vu dans les hôpitaux. Si cette hyper inflammation provoquant une tempête de cytokines n'était pas traitée de manière appropriée, elle entraînerait une thrombose et donc la formation de caillots. Cela a été ma façon de traiter tout au long de la pandémie.

La première chose que j'ai trouvée très étrange avec ce type de traitement, c'est que l'oms avait recommandé d'isoler les patients pendant 14 jours. J'ai trouvé que c'était le conseil le plus désastreux que l'on puisse donner à quelqu'un, surtout en cas de réaction allergique sévère le huitième jour ne pouvant être prévue. Il fallait que je leur en parle.

C'est comme pour une piqûre d'abeille : si vous vous faites piquer et que vous venez me voir le huitième jour, je vous dis que je ne peux rien faire. Il faut attendre et voir ce qui se passe. Le temps que vous réalisiez que vous êtes gravement malade, vous subirez des lésions au niveau de plusieurs de vos organes. Alors, vous vous présenterez à l'hôpital, mais le médecin de l'hôpital ignorera que vous avez été piqué par une abeille. Il ne saura absolument pas

par où commencer votre traitement. Il essaiera simplement de vous garder en vie. Donc, j'ai eu des guérisons remarquables dès le début. J'ai eu des patients qui sont venus me voir avec des saturations à 70%. à la première dose du traitement, ce taux de 70% s'est amélioré pour atteindre 85% en une heure à une heure et demie.

Il n'y a aucun autre médicament, à part l'antihistaminique, qui a montré une telle vitesse de guérison. Parce que j'ai réussi à inverser l'hypoxie si rapidement chez ces patients, je n'ai pas eu besoin d'oxygène à mon cabinet. Je suis bien conscient des soi-disant experts et pairs qui sont là pour nous dicter ce que nous devrions faire. C'est la raison pour laquelle j'ai été un médecin controversé toute ma vie. Je n'ai pas tendance à suivre les règles. J'ai tendance à suivre les signes et cela fait l'objet de controverses à mon égard. Mon personnel a remarqué ces améliorations remarquables.

#### **04:13:54**

Ils étaient bien conscients du fait que la population rurale mourait à domicile et connaissaient la mortalité et la morbidité liées à l'absence de traitement. Nous étions également conscients que les patients mouraient à l'hôpital. Je savais aussi que le Remdesivir était montré du doigt, qu'il était toxique, qu'il provoquait une insuffisance rénale, des problèmes cardiaques. J'ai vu toutes ces choses, comme les intervenants avant moi l'ont dit.

Aucun de mes patients n'a eu de problèmes rénaux, de problèmes cardiaques. À l'examen clinique de ces patients, ce n'était pas la pneumonie covid, ce n'était pas progressif. Les patients allaient parfaitement bien la veille. Quand ils venaient me voir essoufflés, ils n'étaient pas gravement malades. Ils étaient fatigués. Ils étaient essoufflés, mais ils allaient de loin parfaitement bien. Quand je les examinai cliniquement, ils n'avaient pas de crépitations. Ils n'avaient aucun des symptômes que l'on associe à une pneumonie. Mais ils étaient essoufflés.

J'avais l'impression d'avoir affaire à une hypersensibilité déclenchée au huitième jour dans cet échantillon de patients allergiques à quelque chose dans ce virus. Cette hypersensibilité provoquait une pneumopathie allergique, qui se développait à différentes vitesses, selon la propension du patient à l'allergie. Je l'ai donc traitée comme telle. Mon équipe m'a conseillé d'écrire un article, de l'envoyer à d'autres médecins. Je soupçonnais dès le début que nous avions affaire à un virus fabriqué en laboratoire

et bien sûr, on nous avait dit qu'il y avait un dangereux coronavirus qui se transmettait aux êtres humains. La seule chose qui change dans un virus qui passe d'une espèce à une autre est son récepteur.

La protéine spike étant le récepteur de ce virus, elle était dans mon viseur dès le début en tant qu'allergène possible parce qu'elle était nouvelle. Nous avons été exposés à des coronavirus avant ça et nous n'avons jamais vu ce type d'allergie pathologique. Lorsque vous vous exposez à un nouvel environnement, il se peut que vous soyez allergique à quelque chose auquel vous n'avez jamais été exposé auparavant. Je soupçonnais donc que la protéine spike libre était le déclencheur de ces problèmes au huitième jour. J'ai donc publié cet article, en espérant informer les médecins et les patients et utiliser les découvertes que j'avais faites pour sauver des vies.

C'est là que les ennuis ont commencé. J'ai partagé l'article avec tous les hôpitaux de ma région. Avant qu'il ne soit publié, j'ai veillé à ce que toutes les personnes susceptibles d'avoir un impact sur cette pandémie soient au courant de ce que j'avais découvert. Les hôpitaux utilisaient des antiviraux, je trouvais cela absolument illogique. J'étais d'avis que le virus disparaissait au bout de cinq à six jours. J'ai donc commencé à regarder les études du monde entier. Il n'y avait aucune étude au monde qui était parvenue à faire de culture virale au-delà de 7 jours.

Oui, le test PCR restait positif pendant un mois chez certains patients. Mais ça n'indique pas qu'un virus est vivant. J'ai donc fait très attention à ce à quoi je devais croire. J'ai regardé les données et les résultats des cultures. Beaucoup de résultats montraient une culture positive dans les sept premiers jours. Ça correspondait à ce que je voyais : les gens avaient une infection virale. Au bout de sept jours, il y avait très peu, voire aucun résultat de culture positive chez les patients hospitalisés. Je savais donc que le virus était parti. Cela m'a confirmé que nous avions clairement affaire à une pathologie distincte dix jours plus tard.

J'ai donc écrit cet article et je l'ai partagé gratuitement avec notre ministre de la santé ici en Afrique du Sud, avec le président de mon pays, avec toutes les parties prenantes auxquelles je pouvais penser, avec tous les médecins que je connaissais, mais j'ai été très prudent. Parce que j'étais bien conscient, avec la controverse autour de l'Hcq, avec la désinformation autour des mesures sanitaires, l'isolement, les tests PCR, les masques, la

propagation asymptomatique, qu'il y avait des enjeux plus importants derrière tout ça. J'ai donc été très prudent avant de m'impliquer au sein des organismes de réglementation gouvernementaux. Je ne voulais pas que mes découvertes passent à la trappe. J'ai pensé partager l'article gratuitement auprès des médecins et patients. Si je pouvais enseigner aux médecins à traiter le covid, à indiquer aux patients quand consulter, alors je n'aurais besoin de la permission de personne pour sauver des vies.

C'est donc ce que j'ai fait. Je l'ai envoyé à toutes les revues auxquelles je pouvais penser pour voir qui serait prêt à le publier. Ma femme m'a aidé à soumettre mon article à chaque revue. La réponse que j'ai reçue de ces dernières, dont Nature, était soit « **Nous avons besoin des droits d'auteur de votre travail.** », soit « **Nous ne publions que les articles de nos abonnés.** » Je ne suis pas abonné à toutes les revues médicales. J'ai donc trouvé très étrange de la part de revues prétendant être les dépositaires du savoir de trier leurs sources.

J'ai donc immédiatement su que j'avais affaire à une sorte de collusion médicale. Après tout, j'avais trouvé quelque chose qui pouvait nous sauver de cette pandémie. Personne ne semblait vouloir m'écouter. J'en ai également fait part à mon professeur et directeur de l'université où j'ai étudié en Inde, ainsi qu'à mes collègues de ce groupe. J'ai reçu une réponse immédiate de leur part. Mon directeur m'a immédiatement écrit pour me remercier de mon travail, tout comme mes collègues. L'Inde a été informée de ma découverte très tôt dans la pandémie. Ils ont compris mon travail sur l'Hcq et le déclenchement de l'hypersensibilité.

J'avais aussi essayé l'ivermectine. La raison pour laquelle j'ai utilisé l'ivermectine était que j'avais affaire à une hypersensibilité pulmonaire et l'ivermectine est utilisée pour éliminer les éosinophiles des poumons. C'était la raison pour laquelle je l'ai essayée. Ça a marché. J'en ai parlé à mes collègues en Inde. L'ivermectine est devenue importante lors de la première vague. L'Inde a donc été le seul pays à me soutenir pendant la première vague de la pandémie. Les autres pays m'ont complètement ignoré.

En août de cette année-là, Modern Medicine, revue académique en Afrique du Sud, m'a contacté pour publier mon article. J'avais insisté pour qu'il soit publié dans son intégralité et sans être édité, car il contenait des éléments qui auraient eu un grand

impact et une grande influence sur la pandémie. Vu que nous avons affaire à une réaction d'hyper-sensibilité, cela avait de graves conséquences et implications sur notre manière de gérer la pandémie.

Premièrement, lors de la première vague, nous avons vu des personnes de plus de 55 ans mourir. N'oubliez pas que tous les décès de cette pandémie sont dus à la deuxième partie de la maladie et non à la première. La deuxième partie est une réaction allergique. J'étais donc d'avis que les personnes de plus de 55 ans avaient déjà été exposées à une sorte de coronavirus très similaire à celui-ci et qu'elles avaient développé les anticorps nécessaires.

N'oubliez pas que si vous êtes allergique à quelque chose, votre première exposition ne vous rend pas malade. Vous devez d'abord être sensibilisé et c'est donc votre deuxième exposition qui crée le problème. J'ai donc pensé que les personnes de plus de 55 ans étaient sensibilisées. Elles avaient donc une réaction allergique sévère, pour celles qui étaient allergiques. C'est la raison pour laquelle les décès touchaient les plus de 55 ans. Cependant, les moins de 55 ans avaient été sensibilisées lors de la première vague et à partir de la deuxième vague, je m'attendais à ce qu'elles meurent, à ce qu'elles aient cette réaction allergique, parce qu'elles étaient désormais sensibilisées. Je m'attendais à voir mourir des personnes plus jeunes. C'était l'une des prédictions les plus graves de l'article que j'avais écrit.

Deuxièmement, il fallait comprendre le risque : qui était vraiment à risque dans cette pandémie ? Parce que nous avons confiné la planète tout entière sans discernement. Tout le monde devait rester chez soi. Mais en sachant qui était à risque, nous aurions pu alors stratifier la population plus efficacement.

Pour ce faire, nous devions trouver ce sous-type précis d'IgE [Immunoglobuline E] pour l'allergène et voir qui était allergique. Cela aurait indiqué les personnes ayant le plus de risques de développer la deuxième phase et avec un risque plus élevé de mortalité et de morbidité. Mon article couvrait donc ces différents aspects de la pandémie. Ce qui a rendu mon article très controversé, c'est que j'ai exprimé une opinion, en disant que si un traitement précoce, comme je l'avais vu de mes propres yeux, pouvait réduire la mortalité et la morbidité liées au covid, cela rendrait un vaccin contre un virus à ARN mutagène mis sur le marché à la hâte totalement inutile. Je pense que c'est là toute la controverse que mon article a provoquée.

Quand nous sommes entrés dans la deuxième vague, j'avais besoin de preuves quant au huitième jour. J'avais besoin de preuves de ce qui se passait. Aucun des laboratoires locaux n'était prêt à tester les patients atteints de covid. Vous ne pouviez obtenir de soins tertiaires que si vous étiez hospitalisé. Je devais donc me fier à l'amélioration clinique de mes patients pour ajuster leurs médicaments et les faire guérir. J'ai réussi à le faire. J'ai donc contacté le laboratoire local pour lui dire que j'avais besoin d'aide pour ce travail. Une fois l'article publié dans *Modern Medicine*, un journal universitaire, le laboratoire local m'a alors proposé ses services.

#### 04:23:56

---

Ils étaient prêts à m'accorder une bourse de recherche pour approfondir la question, mais comme il s'agit d'un laboratoire commercial, ils n'avaient pas la capacité de mettre au point des tests pour un sous-type spécifique d'IgE afin de déterminer qui est le plus à risque. Le même test permet de dire si vous êtes allergique au lait ou au blé. Ce n'est pas sorcier, il suffit de comprendre quel est l'allergène, puis de voir qui est allergique à cet allergène particulier.

J'ai commencé à vérifier les niveaux d'IgE et à effectuer des tests sanguins lorsque la deuxième vague est revenue. Lors de la première vague, un autre point que je dois mentionner est que de tous les patients que j'ai traités, environ 800, je n'ai jamais eu un seul cas de covid long. J'étais donc d'avis que les cas légers se résolvaient spontanément, en parlant des personnes allergiques qui se présentaient le 8<sup>e</sup> jour. Les cas modérés n'étaient pas traités.

Ce sont les cas covid longs qui étaient là avec une allergie modérée non traitée sur le long terme. Bien sûr, ces cas très sévères nécessitaient un traitement rapide et agressif. Sinon ils finissaient sous respirateur. Bien sûr, le diagnostic d'hyper-sensibilité pulmonaire plutôt que celui de pneumonie covid peut donner une mauvaise image du respirateur. C'est vraiment le mauvais moyen de traiter une pneumonie d'hyper-sensibilité. J'étais donc d'avis que le monde avait mal diagnostiqué la pandémie, en la qualifiant de pneumonie covid plutôt que de pneumopathie d'hyper-sensibilité. Toute la mortalité et la morbidité résidaient dans la deuxième partie causée par analogie, pas à cause du virus.

Lors de la deuxième vague, nous avons eu le variant sud-africain. Bon, juste pour que je sois d'accord sur le taux plus tard, à la première vague, nous avons eu

principalement des patients noirs, je n'ai pas eu un seul patient indien, pas un seul de couleur, ni de patient blanc dans la première semaine, ils étaient tous noirs. J'ai supposé que c'était dû à leur incapacité à s'isoler. Ils vivent en communauté, très proches les uns des autres. Je pensais que c'était pour cette raison que je voyais la maladie se répandre dans cette communauté.

Cependant, la deuxième semaine, nous avons eu ce que nous appelons le fameux variant sud-africain. En regardant la génétique autour de ce variant, la seule chose qui avait vraiment changé était la protéine spike, la mutation a causé le changement de la protéine spike. Lorsque nous avons reçu des cas, j'ai dû à nouveau examiner les symptômes et la pathologie pour comprendre ce qui se passait.

C'était bien sûr très étrange que seule la protéine spike ait muté, sans que rien d'autre ne change dans le virus. Ce n'est pas ainsi que les mutations se produisent naturellement. Cela a donc renforcé ma compréhension que j'avais là affaire à un virus fabriqué en laboratoire. Quand vous regardez la manipulation génétique, en plus de l'ingénierie d'un virus, vous pouvez également modifier les mutations qui se produisent tous les cycles, de sorte que vous pouvez modifier la mutagenicité d'un virus.

Ainsi, à la deuxième vague, nous avons eu le variant sud-africain avec la nouvelle protéine spike. Sur le plan des symptômes, nous avons un virus plus contagieux. Il s'est propagé très rapidement dans les familles, dans les communautés et, bien sûr, c'est lié à la modification de la protéine spike qui a une plus grande affinité pour une source.

Bien sûr, la symptomatologie a changé, je voyais beaucoup plus de symptômes gastro-intestinaux, je ne voyais pas de symptômes respiratoires, les patients présentaient un très léger mal de gorge qui disparaissait en un jour, mais ils avaient de la diarrhée, des brûlures d'estomac, des reflux, beaucoup de symptômes gastro-intestinaux et cela m'a dit que le changement dans la protéine spike avait donné une affinité pour les récepteurs ACE de l'intestin, encore une fois, un changement dans la protéine spike, un changement dans l'affinité pour le récepteur. Puis le huitième jour est resté pareil. Les patients, le sous-ensemble subsidiaire de patients qui se détérioraient le huitième jour, mais cette détérioration avait changé. Les patients dont l'état se détériorait le huitième jour présentaient des symptômes gastro-intestinaux.

Je savais donc que le huitième jour, c'était à nouveau une réaction allergique, elle ne se déclenchait pas dans les poumons comme à la première vague, mais dans les intestins et cette progression conduisait à une hyper inflammation, à une coagulation et finalement à un essoufflement. Je voyais donc à nouveau un essoufflement, mais plus le huitième jour, il y avait par contre une aggravation des symptômes gastro-intestinaux, mais l'essoufflement mettait deux ou trois jours de plus à se développer. Ça, c'est l'allergie qui progresse.

J'ai traité ces patients à peu près de la même manière, en les repérant le huitième jour, en les traitant rapidement et agressivement et tous les cas se sont résolus. Mais ce qui a attiré mon attention ou a confirmé ce que je pensais à la deuxième vague, je soupçonnais que la protéine spike était la coupable, car au huitième jour de la deuxième vague, je voyais des réactions allergiques bien plus graves qui nécessitaient une intervention beaucoup plus agressive pour les juguler. Une fois de plus, la rapidité de la guérison était la mesure de ce que je devais faire. La dose de stéroïdes qui avait fonctionné pendant la première semaine prenait beaucoup plus de temps pour agir à la deuxième vague et devait être augmentée, car plus le robinet restait ouvert, plus le problème s'aggravait. Ainsi, lors de la deuxième vague, j'ai utilisé une dose beaucoup plus élevée de stéroïdes, mais le reste de mon traitement est resté pratiquement le même. Bien sûr, cela impliquait la protéine spike.

C'était à la fin de 2020, pendant la deuxième vague, au moment où les vaccins allaient être distribués dans le monde. À ce stade, j'ai précisé que le principal agent pathogène de la maladie covid n'était pas du tout le coronavirus. Le coronavirus était un vecteur. Il cause une maladie respiratoire transitoire et notre immunité est assez forte pour y faire face. Mais une fois que notre immunité a traité le virus, les débris laissés ont provoqué au huitième jour une réaction allergique chez les personnes sensibles aux protéines spike.

Donc, les gens qui étaient allergiques à la protéine spike présentaient cette réaction. Ainsi, la protéine spike est devenue le principal agent pathogène de la maladie du covid, la spike était la raison de toute la mortalité et de toute la morbidité. Je n'avais pas eu un seul décès de patient dans les sept premiers jours de cette maladie. La spike était donc maintenant clairement l'agent pathogène. Bien sûr, étant un agent pathogène, il causait une allergie.

Les vaccins qui étaient développés à l'époque, les vaccins à ARN messenger, étaient tous conçus pour amener votre corps à fabriquer la protéine spike. Or, la protéine spike étant l'agent pathogène primaire de la maladie de covid, c'était jouer un jeu dangereux. Nous aurions pu choisir bien d'autres parties de ce virus qui étaient plus stables, qui auraient pu être utilisées pour fabriquer un vaccin. Pour une raison quelconque, on a choisi la protéine spike. J'espérais donc que mon travail attirerait l'attention sur le danger d'utiliser la spike pour fabriquer un vaccin.

J'ai porté cela à l'attention des gens, mais encore une fois, j'ai été ignoré. Je savais donc qu'il y avait une autre motivation en jeu. Sachant cela, que l'on ne stopperait pas les vaccins, mes recherches, ma compréhension et mes efforts se sont concentrés sur la protéine spike, sans être distrait par le virus, j'ai essayé de comprendre ce qu'elle provoquait dans le corps humain. Rappelez-vous, lorsque vous avez une infection à coronavirus et que vous êtes exposé à la protéine spike libre au huitième jour, il s'agit d'une dose courte de protéine spike. Elle ne vous fera du mal que si vous y êtes allergique. Mais si vous ne l'êtes pas, votre corps l'éliminera.

Par contre, si on vous administre un vaccin qui amène votre corps à mélanger la protéine, vous serez alors exposé à la protéine spike pendant une période prolongée. Donc, non seulement la protéine spike a maintenant un potentiel allergène, mais elle aura à présent aussi un effet biologique sur votre corps.

Pour mettre cela en perspective, un médicament comme la pénicilline, son effet biologique sur votre corps est que c'est un antibiotique. Mais pour qu'il ait cet effet biologique, vous devez prendre le traitement complet. Cela dit, si je donnais une seule dose de pénicilline à chaque personne sur cette planète, elle n'aurait pas cet effet biologique d'antibiotique. Mais si je donnais à chaque personne sur terre, juste une dose de pénicilline et que je les privais de soins médicaux pendant 14 jours, chaque personne gravement allergique à la pénicilline mourrait d'une réaction allergique, c'est ce qui s'est passé avec l'infection covid.

Les gens étaient privés de traitement pour une simple réaction allergique. Avec le vaccin, ils sont exposés à la protéine spike pendant une période prolongée, de même que l'exposition prolongée à la pénicilline provoque une action biologique antibiotique. J'avais donc besoin de comprendre les effets d'une exposition prolongée à la protéine spike

sur le corps humain. C'est ce qui s'est trouvé au centre de mes recherches et de ma compréhension depuis que la protéine spike a été impliquée.

**04:34:00**

Lors de la troisième vague, la même chose s'est reproduite. Nous avons constaté que les patients présentaient à nouveau des symptômes, la gastro-entérite avait disparu. Nous avons donc de nouveau eu des patients avec des maux de gorge, les symptômes avaient changé et bien sûr, la protéine spike avait changé. Le huitième jour, les patients n'étaient pas essoufflés, ils n'avaient pas de gastro-entérite. Mais ils présentaient un début de fatigue soudaine et accablante. J'ai commencé à conseiller les patients sur ce symptôme le huitième jour.

Nous avons vu que la réaction allergique de la troisième vague semblait surtout affecter les vaisseaux. Les patients développaient des caillots, des embolies. Cela semblait en être le déclencheur. Il nous semblait avoir à nouveau une réaction allergique le huitième jour, mais concentrée sur le système circulatoire.

Donc encore une fois, le même traitement a été mis en place avec les mêmes résultats. Tous les patients arrivés le huitième jour avec un sentiment de fatigue accablant ont commencé à suivre le protocole de traitement pour réaction allergique sévère. Ils se sont tous améliorés rapidement. Tout cela a été confirmé maintenant que j'avais accès aux trois derniers résultats en mesurant les valeurs d'interleukine-6, les CRP et les D-dimères.

J'ai pu clairement montrer l'augmentation exponentielle de ces valeurs à partir du huitième jour chez les patients qui présentaient des symptômes, ainsi que le retour à la normale une fois que je les avais traités. Le retour à la normale ne prenait pas de temps. Tous mes patients se sont presque complètement rétablis en une semaine, quelle que soit la gravité des symptômes. J'ai eu des patients, arrivés en ambulance avec des saturations de 40%, sous oxygène, sous perfusion. En une semaine, je les ai traités à domicile avec une saturation de 98% à l'air ambiant. L'inversion intemporelle de l'hypoxie annule le besoin d'oxygène supplémentaire.

Donc, à la troisième vague, j'ai réalisé que le changement de la protéine spike changeait le système qui était affecté par l'allergie. Bien sûr, j'ai remarqué autre chose d'inhabituel. Dans la deuxième vague, c'était surtout des patients d'origine

indienne qui venaient me voir, il n'y avait plus de patients noirs dans la seconde vague. Ils étaient tous d'origine indienne. Puis dans la troisième vague, il y avait très peu de patients noirs ou d'origine indienne. C'était surtout la population blanche et la population musulmane qui étaient touchées par cette vague. J'ai trouvé cela très étrange, car j'avais supposé que la population noire avait été touchée lors de la première vague en raison de sa situation sociale.

Puis j'ai regardé le monde qui m'entoure. j'ai constaté que la même chose s'était produite en Amérique. La première vague a surtout touché la population afro-américaine, la deuxième vague a ravagé l'Inde et je n'ai eu aucun patient indien ici en Afrique du Sud. Puis, lors de la troisième vague, elle a touché la population caucasienne dans son ensemble et l'ensemble de la population musulmane.

Cela a donc attiré mon attention sur quelque chose de bien plus sinistre. Je savais que j'avais affaire à un virus fabriqué, je supposais qu'il s'agissait d'une fuite de laboratoire. Mais j'avais aussi dans un coin de ma tête, l'idée que cela aurait pu être planifié. Si vous aviez un virus, des variants différents qui semblaient affecter différents systèmes, une propension pour différents systèmes, respiratoire pour le premier variant, gastro-intestinal pour le deuxième et circulatoire pour le troisième, avec une prédisposition pour certaines ethnies. C'est un très mauvais signe. Parce que si c'était planifié, alors c'est un préambule au nettoyage ethnique. C'est une compréhension de la façon d'affecter différents systèmes et de la façon d'affecter différents groupes de population avec les mutations fabriquées dans un virus. j'ai donc su à ce moment-là que j'avais probablement affaire à une arme biologique.

Mes recherches se sont toutes dirigées dans cette direction. J'ai poussé les chercheurs à arrêter de regarder le virus et à commencer à regarder la protéine spike. Nous devons comprendre ce qu'elle provoquait, parce que je savais que Pfizer et ses semblables allaient exposer la planète entière à cet agent biologique. Nous avons alors commencé à examiner le covid long, les dommages suite aux vaccins. Avec le covid long, quand j'ai commencé à voir des patients atteints de covid long, j'ai commencé à tester les niveaux d'IgE pour essayer de prouver que j'avais affaire à une hypersensibilité. Chacun d'entre eux avait des niveaux élevés. Cela m'a confirmé l'hypersensibilité.

Par la suite, Kenneth Day et Marcos Sanchez ont publié un article<sup>26</sup> sur la létalité du covid, en spéculant que les décès étaient dus à une pneumonie d'hypersensibilité et non à une pneumonie covid. Je l'ai prouvé cliniquement. Récemment, un article a été publié en Chine sur l'utilisation des stéroïdes et aussi sur le sous-type spécifique d'IgE pour la protéine spike, ce qui signifie que je veux rechercher ceux qui sont allergiques à la protéine spike. Ils ont trouvé une corrélation directe entre la gravité de la maladie et les niveaux d'IgG spécifiques à la protéine spike. Ce qui prouve de manière concluante qu'au huitième jour, nous avons affaire à un déclencheur d'hypersensibilité.

Une réaction allergique incontrôlée causait toutes les pertes et tous les dommages. Grâce au covid et à la compréhension des effets secondaires des vaccins, les chercheurs ont étudié la structure de la protéine spike et ses effets à long terme sur le corps humain. Nous savons qu'elle provoque des lésions endothéliales et qu'elle va endommager vos vaisseaux sanguins. Si elle endommage ces vaisseaux sanguins, elle provoque la formation de caillots dans diverses parties du corps. Les personnes prédisposées aux lésions des vaisseaux, comme les diabétiques et les hypertendus, sont les plus susceptibles de voir ces lésions devenir cliniquement significatives.

La deuxième chose que nous avons remarquée, c'est qu'elle provoque des dommages à médiation immunitaire dans le myocarde du cœur. Nous avons vu des myocardites chez de jeunes enfants, des caillots, nous avons remarqué ces choses avec le vaccin. Une autre découverte, c'est que la protéine spike du vaccin présente des similitudes avec d'autres protéines pathogènes que nous connaissons, l'une d'entre elles étant celle fabriquée au cours du VIH, qui provoque une immunosuppression. Si la protéine spike provoquait une immunosuppression, on s'attendrait à voir réapparaître des infections latentes comme Epstein Barr ou l'herpès zoster, ainsi que des cancers en rémission. Nous nous attendrions à une baisse de l'immunité au fil du temps et les personnes exposées à la protéine spike deviendraient plus sujettes à la maladie. Nous l'avons constaté avec les vaccins. avec le covid, nous avons vu des personnes vaccinées être plus enclines à développer des maladies graves. Les fabricants de vaccins prétendent que les vaccins préviennent les maladies graves, mais je trouve étonnant qu'ils puissent affirmer cela.

---

<sup>26</sup> Article de Kenneth Day et Marcos Sanchez : [ici](#)

**04:42:19**

Ils ont refusé d'accepter mon travail sur la pathogenèse du covid. Je pense que c'est parce que j'ai prouvé que la protéine spike est le pathogène primaire. Si vous acceptez que la protéine spike est le pathogène primaire, cela montre les vaccins sous un jour très dangereux.

Cela dit, quand vous ne reconnaissez pas ce qui cause des maladies graves et la mort, comment pouvez-vous prétendre que votre produit peut les prévenir ? Ils n'ont donc absolument aucune preuve pathologique ou pathophysiologique du fonctionnement du vaccin. Nous savons que ce n'est pas un vaccin, car il ne prévient ni l'infection, ni la transmission. Il vous expose à la protéine spike.

Clairement, si vous y êtes allergique, le vaccin fonctionne aussi comme une désensibilisation. On fait de la désensibilisation pour les patients qui sont allergiques à certains allergènes. Nous les exposons à de faibles doses de ces allergènes et ils deviennent alors plus tolérants. Le vaccin donne donc aux personnes prédisposées à une maladie grave et à la mort par exposition à la protéine spike, qui est l'allergène, un peu de tolérance pendant une période limitée. Une fois que le vaccin cesse de produire la protéine spike, nous redevenons intolérants à cette protéine et cela n'a plus la capacité de prévenir les maladies graves et les décès. Nous l'avons constaté dans le monde entier.

De même, la protéine spike est une protéine membranaire. Nous avons vu avec les études japonaises qu'elle circule dans tout le corps. Chaque tissu qui est exposé à la protéine spike et qui commence à la fabriquer va l'exprimer à sa surface, elle sera reconnue comme étrangère. Cela va déclencher une foule de conditions auto-immunes, ce que nous avons aussi observé.

Nous avons également vu que la protéine spike traverse le noyau de la cellule, elle inhibe la protéine BRCA qui est utilisée pour réparer les cassures de l'ADN double brin. Elle aura par conséquent un impact sur la capacité de l'ADN à se réparer. Cela provoquerait une explosion de cancers. Les cellules qui restent viables après avoir subi des dommages à l'ADN sont les plus susceptibles de devenir cancéreuses. Tout cela se confirme avec le covid long et les effets secondaires indésirables du vaccin que nous avons observés, l'augmentation de la mortalité toutes causes confondues que nous avons constatée dans le monde entier depuis le vaccin.

Si vous regardez la tendance de cette mortalité toutes causes confondues, c'est exactement ce que nous avons prédit que le vaccin ferait. Nous avons vu la neuropathie, les caillots sanguins, la myocardite, l'émergence d'infections latentes, la réémergence de cancers, la maladie d'Alzheimer, les démences, les neuropathies... Nous constatons tout cela.

Maintenant, quand nous arrivons à Omicron qui a commencé ici, en Afrique du Sud et tout le monde a immédiatement fermé ses frontières. J'ai pensé que c'était absolument inutile. C'était presque un vaccin que nous pouvions utiliser comme un vaccin atténué.

Je me suis également demandé si Omicron, avec toutes les modifications observées, n'était pas un nouveau virus vaccinal modifié. Parce que nous avons soudain 30 nouvelles mutations dans la protéine spike. Comme les invités précédents y ont fait allusion, ce n'est pas naturel.

J'avais donc en tête que c'était peut-être le cadeau de Noël que nous souhaitions tous, mais qu'il y avait peut-être un hic. J'ai donc observé Omicron très attentivement. Le seul système qui n'était pas affecté par l'infection covid était le système neurologique. Mais nous avons vu la neuropathie parmi les effets secondaires du vaccin. Je savais donc que la protéine spike avait le potentiel d'endommager les nerfs.

J'ai donc considéré Omicron sous cet angle et avec Omicron, la neurotoxicité est devenue clairement évidente. Beaucoup de patients que j'ai vus présentaient une neuropathie, des brûlures aux mains et aux pieds, des sensations étranges dans le corps. Des maux de tête semblables à des migraines, des douleurs irradiant du cou, cela semblait affecter les vertèbres C6 et C7, des neuropathies du plexus brachial. Cela semblait affecter les vertèbres T10 et 11, donc le diaphragme. Les gens ont des symptômes étranges. Oui.

**04:46:59 Dexter L-J. Ryneveldt**

Merci beaucoup d'avoir fourni toutes ces informations de manière si élaborée. En fait, je regarde également si nous avons encore quelques témoins avec des preuves.

**04:47:13 Shankara Chetty**

Oui, oui. En fait, j'ai terminé. C'était le dernier, Omicron, c'est là où nous en sommes.

---

**04:47:17 Dexter L-J. Ryneveldt**

Ok, formidable. Mais les questions sont en fait sur le point de se conclure aussi. Les essais thérapeutiques, c'est essentiellement ce dont vous parliez, la modalité de traitement et l'hypersensibilité. Vous avez tout couvert par rapport à ces trois points ?

---

**04:47:33 Shankara Chetty**

Oui.

---

**04:47:34 Dexter L-J. Ryneveldt**

D'accord. Donc, ce que je veux vous demander, c'est que même le jury et les citoyens du monde ont vu que le SRAS-CoV-2 n'est pas une condamnation à mort, sans l'ombre d'un doute, on peut le traiter et vous avez très brillamment exposé votre plan de traitement. Ma question, donc, ce qui se passe actuellement dans le monde entier, dans chaque pays, êtes-vous d'accord avec moi pour dire que le gouvernement pratique la médecine sur la population et qu'en conséquence, il empêche des médecins comme vous de fournir des traitements appropriés pour sauver des vies ? Êtes-vous d'accord avec cette affirmation, Monsieur ?

---

**04:48:25 Shankara Chetty**

Je suis tout à fait d'accord avec cette affirmation. On ne laisse pas les médecins prendre les décisions pour lesquelles ils sont formés. Elles sont prises par des personnes qui n'ont aucune formation.

---

**04:48:37 Dexter L-J. Ryneveldt**

Par conséquent oui, nous sommes d'accord que le gouvernement doit se retirer et qu'il doit faire confiance aux médecins. Je veux dire, pouvez-vous aussi dans le même temps nous dire quel est votre taux de réussite en pourcentage ?

---

**04:48:54 Shankara Chetty**

J'ai moi-même, physiquement vu plus de 10 000 patients. Je n'ai pas eu un seul décès. Je n'ai pas hospitalisé un seul patient. Je n'en ai pas mis un seul sous oxygène. Ils peuvent se le permettre dans mon cabinet. Mais quatre décès sont survenus à cause d'un excès de prudence de la part des membres de la famille qui voulaient que ces patients soient hospitalisés. Une fois ces patients placés à l'hôpital, les médecins ont refusé de collaborer avec moi. Mon traitement a été interrompu, on les a mis sous protocole hospitalier. Ce sont les quatre seuls décès que j'ai eus dans ma pratique.

---

**04:49:35 Dexter L-J. Ryneveldt**

Vous avez déclaré qu'en ce qui concerne votre plan pour les patients, le taux de réussite est de 100%.

---

**04:49:41 Shankara Chetty**

Je le dirais sans l'ombre d'un doute et des médecins du monde entier formés avec le même protocole ont traité avec exactement le même succès.

---

**04:49:51 Dexter L-J. Ryneveldt**

Merci beaucoup, Docteur.

---

**04:49:55 Reiner Fuellmich**

Oui, merci beaucoup, Shankara. C'est la bonne nouvelle de la fin de la journée, pour ainsi dire.

---

**04:50:01 Shankara Chetty**

J'espère que ça va nous éclairer sur ce qui se passe autour de nous et sur le plan qui nous attend, qu'il y a plus qu'il n'y paraît.

---

**04:50:09 Reiner Fuellmich**

Je suis d'accord. Maintenant, puisqu'il est très tard. Est-ce qu'il y a des commentaires que vous Mike, ou Thomas ou, Sonia, aimeriez ajouter à cela ? Est-ce que cela change l'une des opinions exprimées précédemment ? Cela confirme-t-il ce que vous avez établi ? Dolorès, bien sûr. Il semble donc que...

---

**04:50:48 Mike Yeadon**

Oui. Je vais juste dire en détail que je pense que le Dr Chetty a illustré certains éléments, je pense qu'ils valent la peine d'être dits. Je dis souvent ceci aux gens, n'ayez pas peur du virus. C'est un virus de gravité moyenne, nous savons maintenant que le ratio de létalité de l'infection, de la souche actuelle est certainement proche de la grippe. Si c'est proche de la grippe, s'il vous plaît, membres du jury, dans ce cas nous ne devrions pas prendre des mesures déraisonnables, oppressives, totalitaires. Non seulement le taux de mortalité est similaire à celui de la grippe, mais c'est tout à fait traitable. Il existe toute une variété de protocoles de traitement, de traitements précoces. Mais ce qui m'a attiré dans ce jeu en tant que professionnel expérimenté de la recherche et du développement et cela très tôt, au Royaume-Uni, c'est que j'ai remarqué que le gouvernement et ses conseillers nous mentaient.

En fait, je pense que j'ai donné de nombreuses interviews célèbres où je présentais des mensonges covid et ils nous disaient que ce virus était beaucoup plus grave qu'il ne l'est en réalité. Ils nous disaient ensuite ce que nous devions faire et ce n'était pas

vrai, comme se masquer, le confinement, la fermeture des frontières, des écoles, les tests de masse. J'aimerais juste faire remarquer aux gens que jusqu'en 2019, tous les pays possédaient un plan de préparation à la pandémie qui n'implique aucun de ces éléments. Le plan de préparation à la pandémie sur le site de l'oms et sur le site du Royaume-Uni disait simplement, si vous êtes symptomatique, restez chez vous et lavez-vous les mains plus souvent. Rien d'autre, rien d'autre n'a jamais été utilisé. Pourtant, j'ai fait remarquer aux gens qu'en mars 2020, tous les pays ont écarté ces plans simples et éprouvés. Ils ont tous adopté les mêmes mesures oppressives et insensées qui, dans une large mesure, se poursuivent jusqu'à aujourd'hui et sont en quelque sorte ancrées dans la conscience mondiale.

Mais laissez-moi vous dire qu'aucune d'entre elles n'a été validée. La plupart ont été analysées en 2019 par des scientifiques de l'oms, vous pouvez trouver cette étude. Ils les testent, ils ont montré qu'on a testé les masques qui n'apportent aucun bénéfice quel qu'il soit sur la transmission des virus respiratoires et que les fermetures d'écoles, les fermetures de frontières, d'entreprises n'ont pas non plus affecté la transmission. C'est parce que les seules personnes qui sont de bonne source de transmission sont symptomatiques. Lorsque les gens sont symptomatiques, ils restent généralement chez eux et ne circulent pas.

C'est pourquoi j'attire l'attention des gens sur ce point, car pour que des dizaines et des dizaines de pays se débarrassent en même temps des plans qu'ils utilisent depuis des décennies et adoptent d'un seul coup un ensemble de mesures insensées qui ne fonctionnent pas et dont il a été prouvé l'année précédente qu'elles ne fonctionnaient pas, la seule raison concevable à cela, j'ai bien peur que la seule raison pour laquelle cela a pu se produire soit un plan supranational à cet effet.

N'ayez pas peur du virus qui est traitable, ayez peur des mesures du gouvernement qui sont des preuves et qui sont toutes adoptées en même temps. Ce sont donc des mensonges. Nous n'allons pas en parler aujourd'hui.

Mais le deuxième risque qui devrait vous faire peur, ce n'est pas le virus, ce sont les vaccins.

Je crains que le troisième qui m'effraie autant que les deux autres soit notre passivité générale, en tant que citoyens de pays libres. Nous acceptons ces mesures

alors que nous ne devrions pas. Je suis heureux de voir les gens, au Canada en particulier, dire qu'ils en ont assez, à juste titre, jusqu'à ce que nous montrions tous que nous en avons assez.

Les gens qui ont créé les mensonges mondiaux dont j'ai parlé au début vont continuer à pousser. Si vous attendez simplement que ça passe, ça ne passera jamais.

Très brièvement, j'ai fait d'excellentes présentations plus tôt sur la PCR. Je souhaite vraiment souligner quelques points. Le premier est qu'il existe de très nombreux virus respiratoires, les gens peuvent présenter une variété de symptômes souvent assez similaires. Alors, les gens me disent, si ces tests covid, les tests PCR ne sont pas fiables, comment se fait-il que mon grand-père soit mort? Je leur réponds qu'ils étaient symptomatiques, presque certainement à cause d'autre chose. Vous pouvez avoir un faux positif chez des personnes qui ne sont pas du tout symptomatiques et certainement pas malades de ce virus particulier. Il faut être conscient que les infections virales respiratoires normales que nous avons connues au cours de notre vie existent toujours. Ainsi, l'insertion de ce test PCR imprécis, lorsqu'il est positif, ne signifie pas soudainement que vous avez contracté le covid, on peut probablement encore avoir la grippe, les rhinovirus, les virus ADN et les coronavirus, d'ailleurs.

Puis, pour poursuivre très brièvement sur le thème des mauvais tests de masse, il se trouve que je suis spécialisé dans le système britannique, parce que c'est là que je vivais. J'ai lutté encore et encore et je n'ai pas réussi à faire admettre aux personnes impliquées dans les tests de masse que tous les tests avaient un taux de faux positifs.

Dans les laboratoires hospitaliers, vous voulez toujours savoir le taux de faux positifs, les taux opérationnels de faux positifs, vous devez les connaître, dans le contexte où vous le pratiquez. Certains des grands laboratoires britanniques qui effectuent un très grand nombre de tests, voire des centaines de milliers de tests par jour, n'ont jamais admis qu'une fraction de ces tests positifs était fausse. Ils déclaraient tous les résultats positifs comme étant le bon nombre. C'est le nombre de cas qu'il y avait. Cela signifie que, si vous avez un taux de faux positifs de 1% et que vous avez testé un million de personnes, vous obtiendrez 10 000 faux positifs, mais dans la réalité, le nombre net de faux positifs admis est zéro.

Parmi la mauvaise technique du laboratoire britannique et des laboratoires de masse, ils vont également recruter et cela doit être vrai dans le monde entier. Pour effectuer ces tests, ils recrutaient des personnes qui n'étaient pas correctement formées en tant que diagnosticiens. Elles avaient généralement un diplôme scientifique et n'avaient jamais travaillé dans un laboratoire ; on leur a appris à utiliser une pipette, comme le professeur Kämmerer l'a dit, avec une mauvaise technique de pipetage, vous pouvez facilement contaminer votre zone de travail, même s'il y avait un petit nombre de vrais positifs dans ces échantillons cliniques.

Une mauvaise technique contaminera votre zone de travail. Je pense que c'est la raison pour laquelle ils ont délibérément embauché des personnes qui ne savaient pas très bien ce qu'elles faisaient, à qui il fallait montrer quoi faire, sachant que cette mauvaise technique augmenterait le nombre de faux positifs.

Un de mes amis a même travaillé dans l'un de ces laboratoires, un scientifique très expérimenté en PCR. Je lui ai demandé : « **D'après les techniques que vous avez observées, quel serait, à votre avis, le taux de faux positifs pour une seule mauvaise technique ?** » Il m'a regardé et m'a dit : « **N'importe quel chiffre, 0,1, 1, 15... Je ne sais pas. C'est mauvais à ce point-là. Vous devriez totalement ignorer les statistiques qui sortent de ce laboratoire.** » C'était le plus grand laboratoire d'Angleterre à l'époque. Je n'ai probablement rien d'autre à dire, mais j'espère que si les gens ont écouté tout ce que j'ai dit dans le passé et qu'on le relie à aujourd'hui, ils vont réaliser que l'on nous ment, que les mesures sont imposées, inappropriées, qu'elles nuisent à l'économie ou à la société.

Que nous devrions avoir peur de cela et non du virus qui est tout à fait traitable, parce que si nous ne finissons pas par, pacifiquement, mais en masse, par nous soulever et rejeter ce régime oppressif, je ne pense que nous ne retrouverons jamais notre liberté.

---

#### 04:58:43 Reiner Fuellmich

Merci. Merci à vous, Mike. Je pense que cela aura un grand impact sur beaucoup de gens. Comme c'est un jury du peuple, nous pensons que cela aura un impact dans le sens où ils commenceront à se soulever, parce que cela semble être la seule solution à ce à quoi nous sommes confrontés actuellement, après tout ce que j'ai entendu aujourd'hui, nous devons faire appel au peuple, au jury du peuple, pour arrêter cela.

Maintenant, comme il est déjà très tard, je voudrais vous demander, Thomas, de garder votre conclusion pour après la séance de vaccination, parce que c'est une autre chose importante. Après cela, je pense que cela aura encore plus de sens que ce soir de résumer ce dont nous sommes témoins, en fonction de ce que nous avons entendu ce soir en particulier. Est-ce que cela vous convient, Thomas ?

---

#### 04:59:42 Thomas Binder



Oui, je serai là.

---

#### 04:59:44 Reiner Fuellmich

Merci beaucoup. Maintenant, à moins qu'il n'y ait autre chose que nous devons demander à nos experts, je suggère que nous ajournions cette audience jusqu'à samedi prochain, quand nous continuerons avec les vaccinations. Est-ce que cela convient à tout le monde ?

---

#### 05:00:08 Dexter Ryneveldt

C'est bon pour moi, merci beaucoup.

---

#### 05:00:11 Reiner Fuellmich

Merci beaucoup. Merci à vous tous de vous être joints à nous et d'avoir contribué à cet effort pour arrêter la pandémie et faire en sorte que tous les acteurs responsables de cette pandémie soient traduits devant les tribunaux. Merci infiniment.

---

#### Participants divers

Merci. Merci beaucoup. Merci beaucoup. Merci beaucoup. Merci à vous. Merci à vous.

---

#### Reiner Fuellmich

Merci. Nous vous verrons tous samedi prochain. Merci, Dolores.

---

#### Dolores Cahill

Merci.

---

#### Reiner Fuellmich

Au revoir.