ARNm: le bilan interdit.

La plus grande catastrophe de l'histoire de la médecine ?

Stocco, Debrieux, Chaillot, Stalder, Saegesser, Cailler, Esfeld

Table des matières

Note éditoriale préliminaire: de la légitimité de ce livre *(Stocco)* **5**
Préface *(Chaillot)* **8**

CHAPITRE 1: ÉLÉMENTS DE VIROLOGIE

(Stocco, Debrieux, Chaillot)

1.1 Origine du SARS-CoV-2 10
1.1.1 L'hypothèse zoonotique qui ne tient pas 10
1.1.2 L'hypothèse d'une fabrication artificielle et d'une fuite de laboratoire 12
1.1.3 La question des brevets: quand l'arme préexiste à la guerre 13

1.2 Structure du SARS-CoV-2 16

1.3 Toxicité intrinsèque de la protéine Spike 19
1.3.1 La Spike lèse directement l'endothélium vasculaire 19
1.3.2 Neuro-invasivité et toxicité cérébrale 19
1.3.3 Activation de la coagulation et thromboses 20
1.3.4 Persistance: la Spike ne disparaît pas 20

1.4 Toxicité des composants «vaccinaux» hors Spike 21
1.4.1 Les nanoparticules lipidiques (LNP): un vecteur loin d'être inerte 22
1.4.2 Le polyéthylène glycol (PEG): allergies et réactions anaphylactiques 22
1.4.3 L'ARNm modifié et la pseudo-uridine: immunosuppression et stabilité anormale 23
1.4.4 Contamination par l'ADN plasmidique bactérien 23

1.5 Synthèse et labilité de l'ARNm «vaccinal»: stabilité, dégradation et chaîne du froid 25
1.5.1 Fragilité intrinsèque: pourquoi l'ARN se dégrade si facilement 26
1.5.2 Stabilité déclarée et stabilité réelle: un écart documenté 26
1.5.3 ARNm dégradé: une impureté active aux effets imprévisibles 27
1.5.4 La chaîne du froid dans les pays à ressources limitées: une fiction 27

1.6 Procédés industriels de production et purification défaillante 29
1.6.1 Christine Cotton: l'ARNm fragmenté et les lots hétérogènes 30
1.6.2 Dr Helmut Sterz: le changement de procédé non déclaré 30
1.6.3 Dr Sona Pekova: la contamination analytiquement prouvée 31

1.7 ADN plasmidique résiduel: origine, proportions et risque génomique 32
1.7.1 Origine: le prix du passage à l'échelle industrielle 32
1.7.2 Proportions mesurées: McKernan, Pekova et la réalité des chiffres 32
1.7.3 Le promoteur SV40: un passager clandestin aux propriétés nucléaires 33
1.7.4 Intégration génomique et risque carcinogène 33

1.8 Rétrotranscription, silencing et intégration génomique de l'ARNm «vaccinal» 34
1.8.1 La rétrotranscription de l'ARNm «vaccinal»: la preuve expérimentale 34
1.8.2 Silencing génique: quand l'ARNm «vaccinal» perturbe la régulation endogène 35
1.8.3 De la rétrotranscription à l'intégration: le scénario complet 35
1.8.4 Une évaluation des risques qui n'a pas eu lieu 36

1.9 Méthylation de l'ARNm, décalage du cadre de lecture et protéines fantômes 36
1.9.1 La N1-méthylpseudo-uridine: une modification aux effets non maîtrisés 37
1.9.2 Nature, décembre 2023: la preuve publiée du décalage du cadre de lecture 37
1.9.3 Des protéines fantômes sans identité ni évaluation toxicologique 38
1.9.4 L'évaluation qui n'a pas eu lieu, et ne peut plus avoir lieu 38

1.10 Synthèse du Pr Martin Zizi: cinq raisons d'imposer un moratoire 39

1.11 Mise en garde: l'ARNm auto-amplifiant, ou quand on injecte un virus synthétique 41

1.12 Comment l'arnaque des tests PCR fonctionne-t-elle encore ? 46
1.12.1 Le cycle de seuil: la variable que tout le monde a tue 48
1.12.2 Un Ct de 40 à 45: la fabrique industrielle de «cas» 49
1.12.3 La preuve par Chaillot: la «pandémie» pilotée par le Ct 50

Conclusions 51
Bibliographie 57

CHAPITRE 2: CHRONIQUE BAROQUE DES ANNÉES FOLLES 2020-2024

(Stocco)

Préambule 64
Le 25 février 2020: une leçon de proportions 65

2.1 Les prophètes de l'exponentielle et ce que les données en ont fait 66
2.1.1 Le modèle Ferguson et la panique institutionnelle 66
2.1.2 La mécanique de la terreur virale 67
2.1.3 La mortalité suisse réelle et ce que l'OFS enregistrait 67

2.1.4 Genève: 295 décès Covid vs 900 décès par tumeurs 68
2.1.5 La mesure rétrospective: Ioannidis, le biais «mort avec» et la létalité réelle des moins de 70 ans 69

2.2 Ce que l'on savait cliniquement et quand on le savait 74
2.2.1 Le Covid comme maladie vasculaire 74
2.2.2 La question de l'immunité croisée 75
2.2.3 Pourquoi l'Afrique sub-saharienne était-elle épargnée ? 75

2.3 Les traitements précoces: une interdiction injustifiable 76
2.3.1 Ce que la Chine savait en février 2020 76
2.3.2 Le décret Rivotril: l'interdiction de soigner 77
2.3.3 Raoult, l'IHU et les 30'423 patients 78
2.3.4 Les données du Dr Smith: 72 patients, zéro assistance respiratoire 79
2.3.5 La méta-analyse des 143 études HCQ et la tribune Risch 80
2.3.6 L'affaire Surgisphere ou comment fabriquer une contre-preuve 82
2.3.7 L'ivermectine, second acte du même scénario 83
2.3.8 Fluvoxamine, Remdesivir et la géographie des autorisations 84

2.4 Compléments sur les traitements (2020-2024) 85
2.4.1 McCullough et al. Le premier protocole publié dans une revue à fort impact 85
2.4.2 Le protocole français, quatre niveaux, une logique 86
2.4.3 Le Tocilizumab: le bon outil, au bon stade 86
2.4.4 Le CoV-X2, ou la belle endormie de Bellinzone 87
2.4.5 Tableau récapitulatif des traitements documentés 88

2.5 Données épidémiologiques comparatives 88
2.5.1 Suisse et France: les données OFSP et la charge hospitalière réelle 88
2.5.2 L'inutilité du masque: ce que dit la carte, ce que confirme la science 91
2.5.3 Confinements: l'effondrement d'un paradigme 92

2.6 Témoignages cliniques: la même maladie, deux destins 95

2.7 Quelques voix discordantes 96
2.7.1 Le Dr Hodkinson et le scandale des tests 96
2.7.2 Great Barrington et la stratégie de protection ciblée 97
2.7.3 Les voix suisses 98
Comprendre l'ampleur réelle de l'épidémie: Aigle et le Covid-19 99

2.8 L'économie de la crise: dommages collatéraux documentés 103
2.8.1 Le coût du confinement 103

2.8.2 La comparaison France/Allemagne: un écart qui tue 104
2.8.3 La santé mentale, l'impensé de la gestion de crise 104

2.9 Les confirmations tardives: ce que les institutions ont finalement admis 105
2.9.1 Robert Redfield devant le Sénat américain 105
2.9.2 La fuite RKI: quand l'institution se trahit elle-même 105
2.9.3 Le jugement de Weimar, un précédent judiciaire 109
2.9.4 Ce que ce document dit de la «vaccination» et ce qu'il ne dit pas 110

Bibliographie 115

CHAPITRE 3: LA SUISSE, PRISE POUR ELLE-MÊME

(Stocco)

Note préliminaire sur la posture épistémologique
Données post-Covid en Suisse 120
1) Sources des codes diagnostiques 120
2) Hausses démographiques vs hausses diagnostiques: incommensurables 121
3) Note méthodologique: la moyenne et son incertitude 121

3.1 Pathologies cardiovasculaires 121
3.1.1 Mineurs: un signal anormal vient de là où on ne l'attendait pas 122
3.1.2 Adultes (20 ans et plus) 123
3.1.3 Ce que disent ces chiffres. Un seul message 126

3.2 Quelques hausses anormales chez les 0-14 ans 127
3.2.1 Appareil circulatoire 127
3.2.2 Oncologie pédiatrique 127
3.2.3 Psychiatrie et neurologie 128
3.2.4 Maladies infectieuses et parasitaires 128
3.2.5 Appareils respiratoire et digestif 128
3.2.6 Symptômes et signes non classés ailleurs 129
3.2.7 Lecture transversale et convergence des signaux 129
3.2.8 Conclusions pour les 0-14 ans 131

3.3 Quelques hausses anormales chez les 15-39 ans 132
3.3.1 Portée et méthode de lecture 132
3.3.2 Tableau de synthèse des hausses observées 132
3.3.3 Pathologies à signal ARNm établi: analyse détaillée 133
3.3.4 Convergence des signaux: ce que disent les données 136

3.4 Cancers en Suisse, 2003-2023 137
Vingt entités tumorales (sein, prostate, colorectal, urinaires, leucémies, cerveau, surrénales,etc.) 137
Synthèse et conclusions oncologiques 142

3.5 Pathologies diverses 143

3.5.1 Préambule 143
3.5.2 Complications post-injection codées comme telles dans la nomenclature CIM-10 143
3.5.3 Pathologies cardiovasculaires et syndrome de fatigue post-virale 143
3.5.4 Pathologies obstétricales et impact sur la reproduction 144
3.5.5 Pathologies respiratoires: adultes et enfants 145
3.5.6 Mastoïdite aiguë, 0-14 ans 146
3.5.7 Conclusions pour les données suisses 146

CHAPITRE 4: ARNm, COMPTONS LES MORTS ET LES BLESSÉS, VOULEZ-VOUS ?

(Stocco)

Note préliminaire: une injection génique expérimentale d'ARNm n'est pas un vrai vaccin 150
Tableau Bridle & Risch — Vrai vaccin vs «vaccin» ARNm 150
Préambule 151

Ce que plusieurs données disaient déjà dès 2021 151
1. Aux USA 151
2. France, novembre-décembre 2021: la DREES et les graphiques qu'il ne fallait pas voir 152
3. Subramanian et Kumar (septembre 2021): l'absence totale de corrélation entre couverture «vaccinale» et cas Covid 153
4. L'ignorance organisée: éléments d'une chronologie 155

4.1 La biologie du désastre: pourquoi la plateforme à ARNm ne pouvait pas fonctionner 156
4.1.1 Une technologie non maîtrisée déployée à l'échelle mondiale 156
4.1.2 Ce que savait Pfizer et quand il le savait 157
4.1.3 Témoignage du Dr Helmut Sterz, ancien toxicologue en chef de Pfizer Europe 158

4.2 Comptons les morts, pays par pays, chiffre par chiffre 162
4.2.1 La pharmacovigilance américaine: un tsunami sans précédent 162
4.2.2 L'Allemagne: le groupe KBV dissipe le mensonge 174
4.2.3 La France et l'INSEE 181
4.2.4 Le Royaume-Uni: les statistiques qui s'accusent elles-mêmes 183
Le Yellow Card Vaccine Monitor britannique: une auto-évaluation qui en dit long 183
4.2.5 Le Québec: la convergence transatlantique 185
4.2.6 La Suisse: la natalité s'effondre 185
4.2.7 Japon & USA: vers une interdiction mondiale de la plateforme à ARNm 186
4.2.8 L'Europe des 27 187
4.2.9 Les 17 pays de l'hémisphère Sud: le signal global 188

4.2.10 L'étude mondiale de Rancourt et al. (juillet 2024): 16,9 millions de morts 188

4.3 La galerie des pathologies: ce que font les injections à ARNm au corps humain 189
4.3.1 Pathologies cardiovasculaires: myocardites, thromboses, mort subite 189
4.3.2 Cancers: l'épidémie dans l'épidémie 190
4.3.3 Reproduction et naissances: le signal démographique 196

4.4 L'anatomopathologie: la preuve par la lame 196
4.4.1 La méthode: la signature Spike+ / Nucléocapside– 198
4.4.2 Les cas peer-reviewed isolés 199
4.4.3 Les séries cliniques avec corrélation moléculaire 199
4.4.4 Le corpus Burkhardt-Reutlingen: la première systématisation 200
4.4.5 Les revues systématiques 201
4.4.6 Persistance: la fenêtre causale est plus large qu'on ne disait 202
4.4.7 Synthèse: ce que la lame nous dit, en 2026 203

4.5 Le décalage statistique organisé: comment les données ont été présentées 204
4.5.1 Le biais des 14 jours: le tour de passe-passe officiel 204
4.5.2 La pharmacovigilance muselée: l'omerta sur la mortalité toutes causes selon le statut «vaccinal» 205
4.5.3 La censure scientifique organisée 210

4.6 La résistance scientifique: quand les experts exigent l'arrêt 211
4.6.1 Chronologie des appels au moratoire (extrait) 211
4.6.2 La position américaine: le tournant de 2025 212

4.7 Responsabilités et complicités 212
4.7.1 La preuve par la lame: ce qu'elle exige du droit 212
4.7.2 Trois explications au silence 213

4.8 Conclusions 214
4.8.1 Ce que les données suisses établissent, à elles seules 215
4.8.2 La décomposition pédiatrique: deux signatures, un verdict aggravé 216
4.8.3 Ce que les données internationales confirment 217
4.8.4 Ce que la confrontation Suisse/international interdit de nier 219
4.8.5 La preuve anatomopathologique: ce que la lame ferme définitivement 220
4.8.6 La mécanique du mensonge institutionnel 222
4.8.7 Bilan chiffré consolidé 223
4.8.8 Indicateurs annexes: la signature pharmacologique en valeurs absolues 226
Une hypothèse alternative à examiner 227

4.8.9 Calcul du ratio final:
morts réels du Covid/morts injections 228

**4.9 Implications juridiques
et recommandations immédiates 233**

Bibliographie 236

CHAPITRE 5: ANALYSE CRITIQUE DES MODÈLES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

(Stalder, Stocco)

5.1 Introduction 242

5.2 Définitions 242

5.3 Description des modèles compartimentaux homogènes 243

**5.4 Des modèles à la réalité: ce que les postulats
homogènes ignorent 246**

5.5 Limites révélées par la modélisation elle-même 247
5.5.1 Structure du réseau de contacts 247
5.5.2 Hétérogénéité 249

5.6 Confrontation aux données observées 250
5.6.1 Données d'épidémies historiques:
taux de croissance épidémique sous-exponentiel 250
5.6.2 Mesure du temps de doublement
des épidémies de Covid-19 251
5.6.3 Caractère chaotique des épidémies de Covid-19 251
5.6.4 Saisonnalité 254
5.6.5 Immunité innée, infections abortives, conséquences
pour la modélisation 255
5.6.6 Analyse rétrospective des scénarios
de modélisation en France 258
5.6.7 Fragilité des données épidémiologiques 260

**5.7 Influence des modèles compartimentaux
dans l'interprétation de la crise de Covid-19 ..... 262**
5.7.1 Les rapports de l'équipe de Ferguson 262
5.7.2 Les scénarios suisses 265
5.7.3 Mauvaise évaluation de l'efficacité des mesures
non pharmaceutiques 267
5.7.4 Mauvaise évaluation de l'efficacité
de la vaccination de masse 274
5.7.5 À la recherche de l'immunité collective 275
5.7.6 Immunité binaire: compartimenter
la population jusqu'au certificat Covid 276

5.8 Synthèse analytique: ce que dix modèles ont en commun 277

5.9 Conséquence pour la modélisation épidémiologique 280

5.10 Conclusions 282

Bibliographie 286

CHAPITRE 6: POLITIQUE SANITAIRE DES AUTORITÉS SUISSES, DE L'HÉMISPHÈRE NORD ET DE L'OMS

(Saegesser)

Préambule 291

6.1 Introduction: une bascule dans le silence 291
6.1.1 De l'art médical individualisé aux standards thérapeutiques tarifés 293
6.1.2 Périmètre de l'analyse et sources 294
6.1.3 Méthode: la synthèse documentée contre le consensus imposé 294
6.1.4 Les fondements: morale, éthique, déontologie, droit 295
6.1.5 Les textes fondateurs: l'humanité avait pourtant tiré les leçons de ses crimes 295
6.1.6 Les quatre piliers de la bioéthique: ce que l'on a piétiné 297
6.1.7 Le principe de proportionnalité: la règle d'or que personne n'a appliquée 297

6.2 Les fondements scientifiques des décisions: une autorité confisquée 298
6.2.1 Qualité des données: des fondements inconsistants pour des décisions massives 298
6.2.2 L'expertise confisquée: la task force comme instrument de contrôle 302
6.2.3 Les conflits d'intérêts: quand la science sert le marché. 303
6.2.4 La censure scientifique: quand le débat devient dangereux 304
6.2.5 Science et institutions scientifiques: une distinction cardinale 304

6.3 Autopsie d'une dérive: évaluation médicale des mesures 305
6.3.1 Phase initiale: la peur comme instrument de gouvernement 305
6.3.2 Phase «vaccinale»: la triple violation 306
6.3.3 La vérité différée: signaux de pharmacovigilance et omerta institutionnelle 310
6.3.4 La répression institutionnelle des voix médicales dissidentes 310
6.3.5 Les mensonges d'État documentés 311

6.4 Jugement éthique 312
6.4.1 «Un cas d'école»: chronologie d'une répression institutionnelle 313
6.4.2 Erreur de raisonnement: juger 2021 sur la base de certitudes qui se sont révélées infondées 314
6.4.3 L'absence des «règles de l'art»: un standard inexistant érigé en norme.. 316

6.4.4 Le renversement de la déontologie: la conscience réduite au silence 317
6.4.5 Le «deux poids deux mesures»: une justice à sens unique 318
6.4.6 Argument de clôture: ce que cette affaire démontre 318

6.5 Analyse de la politique sanitaire: de l'OMS aux institutions suisses... 319
6.5.1 L'OMS: d'une organisation intergouvernementale à une entité privée philanthrocapitaliste 319
6.5.2 L'hémisphère Nord: l'uniformisme sanitaire comme démarche antiscientifique 321
6.5.3 La Suisse face à l'OMS: une souveraineté sanitaire silencieusement sacrifiée 324
6.5.4 Le Conseil fédéral et l'OFSP: quand l'exécutif s'est affranchi du devoir de délibérer 326
6.5.5 Swissmedic: l'autorité de surveillance sous influence 327
6.5.6 Direction hospitalière et médecins cantonaux: quand l'administration s'approprie la décision médicale 329
6.5.7 La FMH et les sociétés médicales cantonales: le silence organisé des organes représentatifs des pairs 330
6.5.8 La task force suisse: entre expertise et allégeance 330
6.5.9 La démocratie sous pression: contrôle de l'information et infantilisation 331
6.5.10 La chaîne de responsabilité: État, fabricants, médecins 331

6.6 Conclusion et recommandations 332

Épilogue: ne jamais oublier, ne jamais recommencer 335

Bibliographie 336

CHAPITRE 7: ANALYSE JURIDIQUE DE LA CRISE COVID SUISSE — RÉVÉLATEUR D'UNE DÉRIVE DE L'ÉTAT DE DROIT

(Cailler)

7.1 Introduction et thèse 339

7.2 La situation extraordinaire de la LEp: un cadre légal défaillant 340
7.2.1 L'article 7 LEp et son déclenchement du 16 mars 2020 340
7.2.2 Base légale, proportionnalité, contrôle constitutionnel 341
7.2.3 L'examen par la CEDH (CGAS c. Suisse) 341

7.3 La rupture de paradigme médico-juridique de la plateforme ARNm 343
7.3.1 Vaccin classique vs plateforme ARNm 343
7.3.2 Spike, biodistribution, persistance: ce que le médecin ne peut maîtriser 343
7.3.3 L'essai clinique de phase III: un suivi médian de deux mois 344

7.3.4 La qualification juridique: thérapie génique ou «vaccin» ? 344
7.3.5 Code de Nuremberg et consentement structurellement vicié.....345

7.4 L'instrumentalisation de l'urgence: Swissmedic, contrats et marginalisation des alternatives 345
7.4.1 L'autorisation temporaire de Swissmedic en 63 jours.....345
7.4.2 La stratégie «tout ARNm» et les contrats d'achat anticipé 347
7.4.3 Le blocage des alternatives thérapeutiques.....348
7.4.4 La mise sous pression du corps médical 350

7.5 La liberté thérapeutique du praticien: pierre angulaire de la médecine 351
7.5.1 Définition juridique en droit suisse 351
7.5.2 Ce que la crise Covid a révélé: du médecin au relais administratif 352
7.5.3 Sanctions, autocensure, peur: une liberté vidée de sa substance.....352
7.5.4 Vers une protection légale explicite 353

7.6 Voies d'action concrètes: refuser, recourir, réformer 354
7.6.1 Pour le médecin praticien: refuser, protéger, témoigner, signaler ...354
7.6.2 La plainte pénale Kruse contre Swissmedic.....355
7.6.3 Les recours civils et internationaux.....357
7.6.4 Réformes institutionnelles nécessaires.....358
7.6.5 L'initiative populaire comme instrument de souveraineté sanitaire 358

7.7 La résistance à la normalisation internationale: OMS, RSI, traité pandémique, LEp révisée 358
7.7.1 Genèse et chronologie de la gouvernance sanitaire mondialisée.....359
7.7.2 Le RSI 2024: du statut consultatif au statut directeur.....359
7.7.3 L'Accord pandémique CA+: architecture, PABS et clauses financières 360
7.7.4 La révision de la LEp: une transposition étroite de la logique internationale.....362
7.7.5 Surveillance, certificat numérique et contrôle de l'information 363
7.7.6 Articulation des menaces: une triple atteinte à la souveraineté, aux droits et à la démocratie 364

7.8 Mémoire et promesse: ce que la médecine doit à elle-même 364
7.8.1 Nommer ce qui s'est passé 364
7.8.2 Primum non nocere: restaurer la priorité du patient.....365
7.8.3 Transparence des données et conflits d'intérêts.....365
7.8.4 La question de la légitimité démocratique 366

7.9 Conclusions 367

Bibliographie 371

CHAPITRE 8: LE RÉGIME DU COVID, ASPECTS PHILOSOPHIQUES

(Esfeld)

8.1 À la recherche d'une explication 373

8.2 Le postmodernisme intellectuel 375

8.3 Le postmarxisme 378

8.4 L'erreur de la fin de l'histoire 381

8.5 Un récit positif et constructif de l'autodétermination 386

8.6 L'histoire de la civilisation occidentale comme source d'inspiration 388

8.7 La maturité 390

Bibliographie 394

LE BILAN INTERDIT

(Stocco)

1. Ce que l'on a réellement injecté 396

2. Quand les institutions s'avouent vaincues 397

3. Les chiffres suisses et l'écho qui leur répond 398

4. Les six verrous qui ferment le dossier 399

5. Combien de morts, et combien d'années de vie perdues 404

6. Des formules pour tous 405

7. Trois mécanismes qui rendent les morts invisibles 411

8. Comment des ordinateurs ont fabriqué la peur 412

9. Ce que la médecine se doit à elle-même 413

10. Trois recommandations immédiates 414

11. Coda: ce que nous devons aux morts et aux blessés 416

Remerciements 417