



LES ENFANTS NE DOIVENT PAS ETRE VACCINES CONTRE LA COVID-19

A retenir

- La littérature pédiatrique s'accorde quant au risque très faible ou extrêmement rare (proche de zéro) pour les enfants.
- Les enfants ont un risque très faible de contracter une maladie, en particulier une maladie grave due au COVID-19.
- Les enfants ne propagent pas la maladie. Cela a été démontré en milieu scolaire.



Par Dr Paul Elias Alexander, Howard Tenenbaum et Parvez Dara.
The Epoch Times.

Quelle est la justification de la vaccination des enfants contre le COVID-19 ? Où sont les données, la science qui soutiennent cette décision ? Nous n'en voyons aucune, et nous pensons que c'est dangereux.

Pourquoi faire pression pour vacciner des bébés de 6 mois ou des enfants de 10 ans avec un vaccin expérimental qui délivre un code génétique dans vos cellules pour leur donner l'ordre de produire une partie du virus (la protéine "S" ou "Spike"), mais sans aucune donnée de sécurité et sur la base d'essais qui n'ont pas duré assez longtemps pour évaluer correctement la sécurité du vaccin ?

Pourquoi faire courir un risque excessif à nos enfants alors qu'ils peuvent être infectés naturellement et sans danger dans le cadre de la vie quotidienne, en se mêlant aux autres ?

Cette position est illogique, irrationnelle, bancal et, selon nous, absurde de la part d'experts qui devraient être mieux informés.

Quel est le risque ?

Il n'y a aucune raison de vacciner les enfants contre le COVID-19 comme le suggère le Dr Fauci (de 6 mois à 11 ans). **Les enfants ont un risque très faible de contracter une maladie, en particulier une maladie grave due au COVID-19, et les enfants ne propagent pas la maladie.** Les données les plus récentes de l'Académie américaine de pédiatrie montrent que "les enfants représentaient 0,00 % à 0,19 % de tous les décès dus au COVID-19 (1), et 10 États américains n'ont signalé aucun décès d'enfant. Dans les États qui ont déclaré des cas, 0,00 % à 0,03 % de tous les cas de COVID-19 chez les enfants ont entraîné la mort. "

Autre exemple, une étude robuste de haute qualité menée dans les Alpes françaises a examiné la propagation du virus SAR-CoV-2 via un groupe de cas de COVID-19. Les chercheurs ont suivi un enfant infecté qui s'est rendu dans trois écoles différentes et a interagi avec d'autres enfants, des enseignants et divers adultes. Ils n'ont signalé aucun cas de transmission secondaire malgré des interactions étroites (2). Ces données sont à la disposition du CDC et d'autres experts de la santé depuis plus d'un an.

En janvier 2021, des chercheurs suédois ont publié dans le New England Journal of Medicine un article sur le COVID-19 chez les enfants âgés de 1 à 16 ans et leurs enseignants en Suède. **Sur les près de 2 millions d'enfants scolarisés en Suède, il a été rapporté qu'en l'absence d'obligation de porter un masque, il y a eu zéro décès dû au COVID-19 et quelques cas de transmission et d'hospitalisation minimale** (3).

Une étude publiée dans Nature n'a trouvé **aucun cas de propagation asymptomatique à partir de cas positifs asymptomatiques parmi les 1 174 contacts proches des cas**, sur la base d'un échantillon de base de 10 millions de personnes (4). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a également affirmé que la propagation/transmission asymptomatique était rare (5). **Cette question de la propagation asymptomatique est le principal argument utilisé pour imposer la vaccination des enfants. La science, cependant, reste contraire à ce mandat politique proposé.**



Non seulement il n'y a pas de preuves soutenant l'idée que les enfants propagent le virus de manière significative et qu'il est donc nécessaire de les vacciner, mais il existe également des preuves directes montrant qu'ils ne propagent tout simplement pas ce virus/maladie. Cela a été démontré en milieu scolaire (6, 7).

En général, les enfants, s'ils sont infectés, présentent une maladie asymptomatique. Il est bien connu que les cas asymptomatiques ne sont pas les moteurs de la pandémie (7, 8). À cet égard, il est évident que les enfants ne sont pas les principaux moteurs de l'infection par le SRAS-CoV-2, contrairement à ce qu'ils sont pour la grippe saisonnière.

Dans les rares cas où un enfant est infecté par le SRAS-CoV-2, il est exceptionnellement rare que l'enfant tombe gravement malade ou meure. Et pour réitérer, les enseignants ne sont pas à risque de transmission par les enfants (c'est l'inverse) (9).

La littérature pédiatrique suggère qu'il s'agit désormais d'une science établie quant au risque très faible ou extrêmement rare (proche de zéro) pour les enfants.

Risques et avantages

Les enfants ne devraient pas avoir carte blanche et être soumis aux mêmes politiques que les adultes sans un examen minutieux des avantages par rapport aux risques. Bien sûr, le risque zéro n'est pas atteignable - avec ou sans mandat de masquage, verrouillage, vaccins, thérapies, distanciation, ou tout ce que la médecine peut développer ou que les agences gouvernementales peuvent imposer.

Pour la quasi-totalité des enfants de moins de 20 ans, les risques de contracter le COVID-19 sont extrêmement faibles, et pour les enfants, le risque de décès est fondamentalement proche de zéro (10) - c'est le plus proche de zéro que nous puissions atteindre. L'argument coût-bénéfice contre l'utilisation d'un vaccin qui n'a pratiquement pas été testé penche donc fortement en faveur du risque et d'un bénéfice quasi nul.

Le risque potentiel d'effets secondaires inconnus et graves de ces vaccins tout neufs et à peine testés est en réalité totalement inconnu. Cela s'explique par le fait qu'il est pratiquement impossible qu'un vaccin soit mis à la disposition du public aussi rapidement. Cela ne signifie pas que vous ne devez pas vous faire vacciner.

Nous ne sommes certainement pas des anti-vaxx et il est certain que les enfants devraient recevoir leurs vaccins contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, entre autres, car ceux-ci ont eu un effet spectaculaire sur la morbidité et la mortalité depuis des décennies. Pour les populations pour lesquelles le risque de décès ou de maladie grave lié au COVID-19 est substantiel - adultes d'âge moyen et âgés ou personnes présentant d'autres vulnérabilités médicales chroniques telles que des problèmes respiratoires, cardiaques ou immunologiques graves - l'utilisation d'un nouveau vaccin à peine testé n'est pas seulement raisonnable, elle peut être la chose la plus prudente et la plus responsable à faire.

De manière inexplicable, on a assisté récemment à une avalanche de déclarations en faveur de la vaccination des enfants. Bien entendu, cela signifie également que les vaccins expérimentaux doivent être testés sur des enfants avant d'être introduits et utilisés en masse.



Moderna Inc. a récemment annoncé le lancement d'une étude sur le vaccin à ARNm chez les enfants de 6 mois à 11 ans aux États-Unis et au Canada, dans le cadre des derniers efforts déployés pour élargir la campagne de vaccination de masse au-delà des adultes.

"Cette étude pédiatrique nous aidera à évaluer la sécurité et l'immunogénicité potentielles de notre candidat vaccin Covid-19 dans cette importante population d'âge plus jeune", a déclaré Stéphane Bancel, directeur général de Moderna. Sur la base de la littérature que nous avons examinée ici, il est clair que cette déclaration est manifestement fautive. De manière alarmante, nous avons appris que Moderna a déjà commencé à administrer le médicament.

C'est vraiment une question de gestion du risque, et **les parents doivent sérieusement considérer que le COVID-19 est une maladie bien moins dangereuse pour les enfants que la grippe**. Les parents doivent faire preuve de courage et être prêts à évaluer cette question sous l'angle des avantages et des risques et à se demander : "Si mon enfant ne court que peu ou pas de risques, que le risque de séquelles graves ou de décès est quasi nul et qu'il n'y a donc aucun avantage à recevoir ce vaccin, alors qu'il pourrait présenter des inconvénients potentiels et des inconvénients encore inconnus (comme cela a déjà été signalé chez les adultes qui ont reçu ces vaccins), pourquoi devrais-je soumettre mon enfant à un tel vaccin ?

Un appel à la prudence

Nous écrivons également ceci comme un appel à la prudence. Il s'agit en fait de décisions de gestion des risques que nous sommes autorisés à prendre en tant que personnes libres, et en tant que parents, aux États-Unis. N'oubliez pas non plus que les jeunes enfants ne peuvent pas donner un consentement éclairé adéquat. Il s'agit d'une question éthique importante.

Le taux de mortalité chez les enfants de moins de 12 ans est aussi proche de zéro qu'il peut l'être. Nous avons masqué nos enfants, fermé les écoles, les avons enfermées, et avons provoqué des poussées de suicides chez les adultes ainsi que chez nos enfants en raison de ces politiques, et maintenant nous cherchons à vacciner les enfants avec un vaccin expérimental pour lequel nous n'avons aucune donnée sur les dommages à long terme. C'est très dangereux à notre avis.

La question n'est même pas de savoir s'ils montrent que le vaccin est sûr pour les enfants ; le problème est qu'il n'y a aucune base pour cela. Le CDC et les experts comme le Dr Fauci, à notre avis, se sont trompés sur les confinements, les fermetures d'écoles, les mandats de masques et autres restrictions. Ils ont tous créé un désordre total pour nos sociétés alors que nous commençons à émerger de la douleur des confinements et des fermetures d'écoles punitifs et non fondés.

Les parents doivent maintenant se mobiliser et exiger que les responsables de la santé et les développeurs de vaccins (et toute entité ayant des intérêts dans le développement de ces vaccins) défendent la vaccination de leurs enfants. Ne vous contentez pas d'accepter cela, car il n'y a aucune raison crédible à cela. Forcez ces personnes à présenter leurs arguments et, si elles n'y parviennent pas, si votre propre évaluation de la gestion des risques ne vous paraît pas logique, alors ne le faites pas. Ce n'est pas comme acheter une paire de chaussures pour eux. Si quelque chose ne va pas, ils risquent de souffrir d'une maladie grave, d'un handicap ou même de mourir pendant toute leur vie.

Nous n'avons pas effectué les tests de sécurité et aucune étude proposée ne sera en mesure de recueillir ces données pendant la période nécessaire. La taille de l'échantillon ne peut jamais compenser le temps. Rappelez-vous le désastre du vaccin contre la polio en 1955 et l'incident Cutter ; rappelez-vous le vaccin contre la dengue en 2017 (Dengvaxia) et le dangereux syndrome de fuite



plasmatique où le vaccin présentait un risque pour les enfants sans infection préalable ; rappelez-vous le vaccin H1N1 2009 et la narcolepsie ; rappelez-vous le vaccin contre le VRS dans les années 1960 ; rappelez-vous le vaccin contre la rougeole dans les années 1960 et l'impact sur les enfants ; rappelez-vous le vaccin DTC 1977, etc.

En outre, il est absurde de suggérer que les "variants" du virus peuvent provoquer l'infection chez les enfants et leur nuire, et cette affirmation n'a aucun fondement. Pour ceux qui tentent d'effrayer les parents avec des déclarations illogiques et absurdes selon lesquelles une souche létale pourrait émerger parmi les variantes, nous soutenons que vous utilisez des termes comme "peut", "pourrait" et "pourrait". Nous ne trouvons aucune preuve à l'appui de telles affirmations. C'est tout simplement de la spéculation effrénée !

Faire de telles affirmations n'est pas de la science, et les décisions basées sur de telles affirmations ne sont pas basées sur des preuves. Nous avons besoin de voir la science réelle et pas seulement les spéculations effrénées d'experts médicaux médiatiques souvent absurdes.

De manière alarmante, les preuves s'accumulent que la protéine spike elle-même peut être pathogène et mortelle en soi (11), et nous sommes préoccupés par l'implication de ceci étant donné que nous injectons la spike complète ou l'ARNm qui la code.

Le Dr Patrick Whelan, pédiatre à l'UCLA, partage nos graves inquiétudes et écrit : "Je suis préoccupé par la possibilité que les nouveaux vaccins visant à créer une immunité contre la protéine spike du SRAS-CoV-2 (y compris les vaccins ARNm de Moderna et Pfizer) aient le potentiel de provoquer des lésions microvasculaires au cerveau, au cœur, au foie et aux reins d'une manière qui n'est pas actuellement évaluée dans les essais de sécurité de ces médicaments."

Dans sa lettre de décembre 2020 adressée à la Food and Drug Administration américaine, M. Whelan déclare : "Avant que l'un de ces vaccins ne soit approuvé pour une utilisation généralisée chez l'homme, il est important d'évaluer chez les sujets vaccinés les effets de la vaccination sur le cœur. ... Les patients vaccinés pourraient également être testés pour des dommages tissulaires à distance dans des biopsies de la peau de la région deltoïde. ... Aussi important qu'il soit d'arrêter rapidement la propagation du virus en immunisant la population, il serait pire si des centaines de millions de personnes devaient subir des dommages durables à leur microvasculature cérébrale ou cardiaque parce qu'on n'a pas su apprécier à court terme un effet involontaire des vaccins à base de protéine de pointe pleine longueur sur ces autres organes." (12)

La voie à suivre

Les enfants devraient vivre normalement et, s'ils sont exposés au SRAS-CoV-2, nous pouvons être assurés que, dans la grande majorité des cas, ils ne présenteront aucun symptôme ou seulement des symptômes légers tout en développant une immunité acquise naturellement - une immunité qui est définitivement supérieure à celle qui pourrait être provoquée par un vaccin. Cette approche accélérerait également le développement de l'indispensable immunité collective sur laquelle on a beaucoup écrit.

Permettre une interaction quotidienne entre enfants. Une exposition inoffensive et naturelle. Non seulement cela renforcera l'immunité adaptative, mais cela donnera aux enfants une défense plus solide contre toute variante mutante du virus lui-même. Cela permettra également au système immunitaire de nos enfants d'être mis à l'épreuve et de s'améliorer chaque jour, au lieu de l'affaiblir comme nous le faisons avec les fermetures d'écoles et de locaux pendant toute l'année.



Nous le faisons tout en protégeant fortement les personnes âgées fragiles, les personnes âgées en général, celles qui souffrent de maladies comorbides et les personnes obèses. Nous devons utiliser des protections rigoureuses de nos maisons de retraite et autres lieux de rassemblement similaires (y compris le personnel, qui reste souvent la source de l'infection). Il est préférable, d'un point de vue scientifique, d'utiliser une protection plus "ciblée" et un ciblage basé sur l'âge et les facteurs de risque connus, notamment en ce qui concerne les enfants.

Nous demandons aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et aux porte-parole des autres agences gouvernementales de faire la lumière sur ce risque sociétal en pleine expansion. Nous demandons que les tests des vaccins sur les enfants soient arrêtés au plus vite. Cette demande est fondée non seulement sur les risques putatifs associés à la vaccination de masse, mais plus spécifiquement parce que, comme nous l'avons dit, les enfants n'ont tout simplement pas besoin d'un vaccin contre le COVID-19.

De plus, nous demandons aux agences gouvernementales d'élucider les risques-bénéfices de tels vaccins pour les enfants avant de procéder à une autre " autorisation d'utilisation d'urgence " de vaccins dans cette population.

Pour conclure, nous restons sceptiques quant à la sécurité des vaccins actuellement administrés en général, puisque la FDA a délivré une autorisation d'utilisation d'urgence et n'a pas appliqué l'approbation réglementaire complète des demandes de licence de produits biologiques. Cela continue de nous préoccuper grandement, car la composante sécurité n'a pas été entièrement évaluée et signifie essentiellement que toutes les personnes qui prennent des vaccins COVID-19 à l'heure actuelle sont dans un vaste essai de phase III.

Les résultats en matière d'efficacité et de sécurité seront connus dans deux ou trois ans, et peut-être plus longtemps pour les effets indésirables à plus long terme qui seront connus ultérieurement.

Exposer des enfants à un médicament d'urgence non testé implique que les enfants qui n'en bénéficient pas courent un risque grave. Il n'existe aucune donnée permettant d'étayer un tel risque potentiel, et il est fallacieux pour un expert médical de laisser entendre le contraire. Il est temps que les agences gouvernementales et leurs experts médicaux cessent de déformer l'information et soient honnêtes avec le public, surtout lorsqu'il s'agit de nos enfants.

S'il y a une base crédible, s'il y a des preuves, alors apportez-les et laissez-nous les examiner, mais jusque-là, s'il vous plaît, nous vous demandons de laisser nos enfants tranquilles.

Le Dr Paul Elias Alexander, docteur en médecine, a suivi une formation approfondie en médecine factuelle et en épidémiologie clinique, ainsi qu'en méthodologie de la recherche. Il a suivi des études supérieures à Oxford au Royaume-Uni, à l'Université de Toronto, à McMaster à Hamilton, en Ontario, et une formation en épidémiologie du bioterrorisme à Johns Hopkins sous la direction du Dr Donald Henderson (qui a éradiqué la variole).

Howard Tenenbaum, DDS, Ph.D., est le dentiste en chef du Mount Sinai, ainsi que le chef de la division de la recherche au département de dentisterie de l'hôpital.

Parvez Dara, M.D., MBA, est oncologue à Toms River, New Jersey. Il a obtenu son diplôme de médecine à l'Université médicale King Edward et exerce depuis plus de 20 ans.

Les opinions exprimées dans cet article sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de The Epoch Times.



RÉFÉRENCES

1. <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/children-and-covid-19-state-level-data-report/>
2. Danis K, Epaulard O, Bénet T, Gaymard A, Campoy S, Botelho-Nevers E, Bouscambert-Duchamp M, Spaccaferri G, Ader F, Mailles A, Boudalaa Z, Tolsma V, Berra J, Vaux S, Forestier E, Landelle C, Fougere E, Thabuis A, Berthelot P, Veil R, Levy-Bruhl D, Chidiac C, Lina B, Coignard B, Saura C; Investigation Team. Cluster of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the French Alps, February 2020. *Clin Infect Dis*. 2020 Jul 28;71(15):825-832. doi: 10.1093/cid/ciaa424. PMID: 32277759; PMCID: PMC7184384. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32277759/>
3. Ludvigsson JF, Engerström L, Nordenhäll C, Larsson E. Open Schools, Covid-19, and Child and Teacher Morbidity in Sweden. *N Engl J Med*. 2021;384(7):669-671. doi:10.1056/NEJMc2026670 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7821981/>
4. Cao, S., Gan, Y., Wang, C. *et al.* Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China. *Nat Commun* **11**, 5917 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19802-w> <https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>
5. <https://www.youtube.com/watch?v=NQTBlbx1Xjs>
6. Heavey L, Casey G, Kelly C, Kelly D, McDarby G. No evidence of secondary transmission of COVID-19 from children attending school in Ireland, 2020. *Euro Surveill*. 2020 May;25(21):2000903. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.21.2000903. PMID: 32489179; PMCID: PMC7268273. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32489179/>
7. Ehrhardt J, Ekinci A, Krehl H, Meincke M, Finci I, Klein J, Geisel B, Wagner-Wiening C, Eichner M, Brockmann SO. Transmission of SARS-CoV-2 in children aged 0 to 19 years in childcare facilities and schools after their reopening in May 2020, Baden-Württemberg, Germany. *Euro Surveill*. 2020 Sep;25(36):2001587. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.36.2001587. PMID: 32914746; PMCID: PMC7502898. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32914746/>
8. Ludvigsson JF. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic - A systematic review. *Acta Paediatr*. 2020 Aug;109(8):1525-1530. doi: 10.1111/apa.15371. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32430964; PMCID: PMC7280674. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32430964/>
9. Macartney K, Quinn HE, Pillsbury AJ, Koirala A, Deng L, Winkler N, Katelaris AL, O'Sullivan MVN, Dalton C, Wood N; NSW COVID-19 Schools Study Team. Transmission of SARS-CoV-2 in Australian educational settings: a prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Nov;4(11):807-816. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30251-0. Epub 2020 Aug 3. PMID: 32758454; PMCID: PMC7398658. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32758454/>
10. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochran KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy

Les dossiers thématiques pour
Mieux comprendre les enjeux de la covid-19 en France
<https://reinfocovid.fr>



- implications. Eur J Epidemiol. 2020 Dec;35(12):1123-1138. doi: 10.1007/s10654-020-00698-1. Epub 2020 Dec 8. PMID: 33289900; PMCID: PMC7721859.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33289900/>
11. Nuovo GJ, Magro C, Shaffer T, Awad H, Suster D, Mikhail S, He B, Michaille JJ, Liechty B, Tili E. Endothelial cell damage is the central part of COVID-19 and a mouse model induced by injection of the S1 subunit of the spike protein. Ann Diagn Pathol. 2021 Apr;51:151682. doi: 10.1016/j.anndiagpath.2020.151682. Epub 2020 Dec 24. PMID: 33360731; PMCID: PMC7758180.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33360731/>
 12. <https://www.regulations.gov/document/FDA-2020-N-1898-0246>