

REQUETE INTRODUCTIVE

A Madame ou Monsieur le Président du Tribunal Administratif de...

POUR : Madame..... née le..... à....., de nationalité française, infirmière, domiciliée.....

CONTRE : M. le Directeur du Centre Hospitalier de.....

Madame..... sollicite la suspension de l'exécution de l'arrêté de suspension sans traitement en date du... septembre 2021 pris par M. le directeur de l'hôpital de... en application de l'article 14 de la loi du 5 août 2021 créant une obligation vaccinale pour certaines catégories de personnel.

FAITS :

Depuis plusieurs semaines, la Direction du Centre Hospitalier de envoie des notes indiquant qu'à partir du 15 septembre 2021, tous les agents hospitaliers devraient être vaccinés contre le Covid-19, et devraient en justifier.

Madame.... ayant eu connaissance d'éléments extrêmement préoccupants concernant ces vaccinations, n'a reçu aucune injection, et se trouve d'ailleurs en excellente santé.

le... septembre 2021, le directeur de l'hôpital de.... a suspendu sans traitement Madame..... infirmière, pour défaut de présentation d'un schéma vaccinal complet, en application des articles 12 et 14 de la loi du 5 août 2021 sur le passe sanitaire.

DISCUSSION :

– sur le bien-fondé du référé :

Il ressort de l'art 521-1 du Code de Justice administrative que le prononcé du référé est subordonné à la réunion de deux conditions :

– d'une part, une condition d'urgence;

– d'autre part une condition tenant à l'existence d'un doute sérieux quant à la légalité de la décision attaquée.

En l'espèce, ces deux conditions sont à l'évidence réunies.

Concernant l'urgence, l'arrêté du directeur du Centre Hospitalier de... prive Madame.... de son traitement

La privation de ressources décidée du jour au lendemain constitue à l'évidence une situation d'urgence.

S'agissant du doute sérieux concernant la légalité de la décision attaquée, cette condition est satisfaite pour les raisons suivantes :

I- Non respect de la procédure :

La décision de suspension sans traitement est prise en application de la loi du 5 août 2021. Dans la mesure où elle crée le grief d'une interruption de traitement, elle constitue indéniablement une sanction disciplinaire grave et lourde.

Pour mémoire, l'article 30 de la loi du 13 juillet 1983 rappelle que, durant la suspension : *“Le fonctionnaire suspendu conserve son traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement et les prestations familiales obligatoires. Sa situation doit être définitivement réglée dans le délai de quatre mois.”* La loi de 1983 a entendu exclure la suspension du champ de la sanction disciplinaire dans la mesure où elle s'accompagne d'un maintien du salaire.

Dès lors que la suspension entraîne une interruption du traitement, elle constitue donc forcément un grief entraînant un dommage financier évident pour le fonctionnaire suspendu. Ce dommage est caractéristique d'une sanction disciplinaire.

Or, il est de jurisprudence constitutionnelle et conventionnelle constante qu'une sanction disciplinaire ne peut être prise sans le respect des garanties disciplinaires d'usage : communication du dossier, respect du principe du contradictoire, convocation d'un conseil de discipline en bonne et due forme.

- rappel du principe constitutionnel des garanties disciplinaires

L'article 16 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen stipule que : *“Toute Société dans laquelle la garantie des Droits n'est pas assurée, ni la séparation des Pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution.”*

Il est de jurisprudence constante du Conseil Constitutionnel d'interpréter cette disposition comme une cause de nullité sans qu'il soit besoin d'examiner d'autres motifs pour toute sanction disciplinaire qui serait prise sans le respect des garanties disciplinaires.

Ce principe général du droit a été rappelé dans la décision 2019-781 QPC:

“En application de l'article 3 de l'ordonnance du 6 août 1958, peut être sanctionné disciplinairement l'agent des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire qui prend part à une cessation concertée du service ou à tout acte collectif d'indiscipline caractérisée, lorsque ces faits sont susceptibles de porter atteinte à l'ordre public. Toutefois, en prévoyant que cette sanction peut être prononcée « en dehors des garanties disciplinaires », le législateur a méconnu le principe du contradictoire.”

Il est donc constant que le Conseil Constitutionnel annule toute disposition prévoyant une sanction disciplinaire sans respect du principe du contradictoire.

- sur les effets de sa décision du 5 août 2021

Dans sa décision sur la loi de gestion de la crise sanitaire, le Conseil Constitutionnel a pris soin de préciser (considérant 125) : *“Le Conseil constitutionnel n’a soulevé d’office aucune question de conformité à la Constitution et ne s’est donc pas prononcé sur la constitutionnalité des autres dispositions que celles examinées dans la présente décision.”*

Autrement dit, n’ayant pas été saisi sur la légalité de la suspension sans garantie disciplinaire, le Conseil Constitutionnel a laissé libre le champ jurisprudentiel sur cette question.

Selon sa jurisprudence classique, il ne peut en aucun cas valider une différence de traitement entre le droit privé où la suspension du contrat de travail avec interruption de traitement est sans ambiguïté considérée comme une sanction disciplinaire, et le droit public où l’analyse inverse serait faite.

- sur le respect de la Convention Européenne des Droits de l’Homme

L’article 6 de la Convention Européenne des Droits de l’Homme prévoit le droit à un procès équitable. Il est de jurisprudence constante que ce droit est entendu, s’agissant des fonctionnaires, comme incluant les conflits professionnels. Dans son arrêt Vilho Eskelinen et autres c. Finlande [GC], 2007, §§ 50-62, la Cour a conclu qu’il y a présomption que l’article 6 trouve à s’appliquer, et il appartiendra à l’État défendeur de démontrer,

1°) que d’après le droit interne un requérant fonctionnaire n’a pas le droit d’accéder à un tribunal, et :

2°) que l’exclusion des droits garantis à l’article 6 est fondée s’agissant de ce fonctionnaire.

Au titre de cet arrêt, il est donc manifeste qu’un conflit du travail, dans le cadre de la fonction publique, conduisant à suspendre unilatéralement un traitement, ne peut être mené sans respect du contradictoire.

II- Obligation vaccinale non encore en vigueur :

L’article 12 de la Loi du 5 août 2021, après avoir défini quelles professions étaient soumises à l’obligation vaccinale dans un paragraphe I- précise dans un paragraphe II-

“Un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé, détermine les conditions de vaccination contre la covid-19 des personnes mentionnées au I du présent article. Il précise les différents schémas vaccinaux et, pour chacun d’entre eux, le nombre de doses requises...”

Or, Aucun avis de la H.A.S. postérieur à la loi n’est intervenu, ce qui fait qu’aucun décret d’application précisant les différents schémas vaccinaux, et les doses requises pour chaque catégorie de professionnels n’est intervenu : Les détails mentionnés dans ce texte ne figurent malheureusement pas dans le Décret du 7 août 2021.

III- IMPOSSIBILITE MATERIELLE DE SE VACCINER :

Quand la requérante a voulu se faire vacciner contre le Covid 19, elle a découvert qu'il n'existait en pharmacie que 4 produits :

- Pfizer,
- Astrazeneca,
- Moderna
- Johnson et Johnson.

Or,

A- ces produits ne sont pas des vaccins :

Il y a lieu de rappeler

que la technique traditionnelle des vaccins consiste à injecter une substance d'origine microbienne (microbes vivants inactivés, atténués ou tués) qui, administrée à un individu, lui confère l'immunité à l'égard de l'infection déterminée par les microbes mêmes dont elle provient et parfois à l'égard d'autres infections.

Un vaccin est donc un germe microbien auquel on a fait perdre artificiellement son pouvoir pathogène pour n'en garder que le pouvoir immunisant : **les vaccins ne provoquent pas de maladie**, mais ils induisent la production de lymphocytes mémoire identiques à ceux qu'auraient générés le germe pathogène.

Or, le seul vaccin anti-covid à virus entier inactivé en phase 3 des essais cliniques, qui est développé par le laboratoire français VALNEVA n'est précommandé ni par l'Union européenne, ni par la France mais uniquement par le Royaume-Uni :

<https://www.leprogres.fr/sante/2021/08/04/pourquoi-le-vaccin-francais-de-valneva-sera-d-abord-disponible-au-royaume-uni>

Par conséquent, M./Mme /Docteur... n'a rien contre la vaccination mais force est de constater qu'il n'existe tout simplement aucun vaccin anti-covid actuellement disponible en France.

1- Seules des substances géniques injectables sont disponibles en France :

a) Composition des substances géniques injectables anti-covid :

Il y a lieu de rappeler que la thérapie génique est une méthode consistant à introduire des acides nucléiques (ADN ou ARN) dans les cellules d'un organisme pour y corriger une anomalie, comme une mutation, à l'origine d'une pathologie.

Les acides nucléiques sont introduits dans les cellules du patient grâce à un vecteur viral ou injectés directement dans les cellules sous forme d'ADN nu. Les

nouvelles méthodes d'édition génomique (CRISPR-Cas9) peuvent aussi servir à modifier le génome.

Or, les substances géniques injectables proposées actuellement sont les suivantes :

- Comirnaty du Groupement Pfizer-BioNtech
- Spikevax de Moderna
- Vaxzevria d'AstraZeneca
- Janssen de Johnson & Johnson

Ces produits pharmaceutiques sont de deux sortes:

- **Suspension génique injectable composée notamment d'ARN messager : Moderna et Pfizer/Biontech,**

Composition Comirnaty :

Antigène

« Le médicament est fourni dans un flacon multidose et doit être dilué avant utilisation.

Un flacon (0,45 mL) contient 6 doses de 0,3 mL après dilution (voir rubriques 4.2 et 6.6).

1 dose (0,3 mL) contient 30 microgrammes de vaccin à ARNm contre la COVID-19 (encapsulé dans des nanoparticules lipidiques).

L'ARN messager (ARNm) simple brin à coiffe en 5' est produit à l'aide d'une transcription in vitro sans cellule à partir des matrices d'ADN correspondantes et codant pour la protéine Spike (S) virale du SARS-CoV-2.

Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. »

6.1 Liste des excipients

((4-hydroxybutyl)azanediyl)bis(hexane-6,1-diyl)bis(2-hexyldécanoate) (ALC-0315) 2-[(polyéthylène glycol)-2000]-N,N-ditétradécylacétamide (ALC-0159) 1,2-Distéaroyl-sn-glycéro-3-phosphocholine (DSPC)

Cholestérol

Chlorure de potassium Phosphate monopotassique Chlorure de sodium Phosphate disodique dihydraté Saccharose

Eau pour préparations injectables »

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_fr.pdf

L'ARN messager à nucléoside modifié contenu dans la suspension injectable est formulé dans des nanoparticules lipidiques, permettant de délivrer l'ARN non répliquatif dans les cellules-hôtes et l'expression directe et transitoire de l'antigène S du SARS-CoV-2. L'ARNm code pour la protéine S de pleine longueur, à ancrage membranaire, avec deux mutations ponctuelles au sein de l'hélice centrale. La mutation de ces deux acides aminés en proline permet de stabiliser la protéine S dans sa conformation de préfusion pour une meilleure antigénicité.

*La suspension injectable, d'après la notice Comirnaty notamment, « induirait à la fois la production d'anticorps neutralisants et une immunité cellulaire en réponse à l'**antigène Spike (S)**, **pouvant contribuer** à la protection contre la COVID-19. »*

Une étude du Francis Crick Institute au Royaume-Uni a révélé que le vaccin Pfizer-BioNTech contre le coronavirus détruit les cellules T et affaiblit le système immunitaire.

Les cellules T sont des cellules immunitaires qui peuvent se concentrer sur le ciblage de particules étrangères spécifiques. Ils sont le plus souvent étudiés en fonction de leur capacité à lutter contre le cancer et les maladies infectieuses, mais ils sont également essentiels pour d'autres aspects de la réponse immunitaire de l'organisme.

Composition Spikevax :

« Une dose (0,5 mL) contient :

1. Antigène

100 microgrammes d'ARN messenger (ARNm) encapsulé dans les nanoparticules lipidiques SM-102

*ARN messenger (ARNm) monocaténaire, avec addition d'une coiffe en 5', produit par transcription in vitro sans cellule à partir des matrices d'ADN correspondantes, codant la **protéine de spicule (protéine spike ou protéine S)** du coronavirus SARS-CoV-2. »*

« 6.1 Liste des excipients

Lipide SM-102 (8-*{(2-hydroxyéthyl)[6-oxo-6-(undécyloxy)hexyl]amino}*octanoate d'heptadécane-9-yl) Cholestérol

1,2-Distéaroyl-sn-glycéro-3-phosphocholine (DSPC) 1,2-Dimyristoyl-rac-glycéro-3-méthoxypolyéthylène glycol-2000 (PEG2000 DMG)

Trométamol

Chlorhydrate de Trométamol Acide acétique

Acétate de sodium trihydraté Saccharose

Eau pour injections »

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information_en.pdf

Ces deux suspensions injectables contiennent la protéine Spike. De nombreux médecins et chercheurs ont démontré qu'il s'agit d'une toxine qui se propage dans tout le corps du patient et non pas seulement au seul point d'injection, comme l'avaient assuré les laboratoires au départ. Cette toxine est responsable de nombreux troubles cardio-vasculaires, notamment de la coagulation du sang des patients injectés et de la destruction irréversible de tissus de nombreux organes vitaux.

- **Suspension génique injectable composée notamment d'ADN combinés (à vecteurs adénoviraux recombinants) : AstraZeneca et Jonhson & Johnson**

Composition Vaxzevria :

« Une dose (0,5 mL) contient :

1. Antigène

Au moins $2,5 \times 10^8$ particules virales (U.I.) de l'**Adénovirus de chimpanzé**, codant la glycoprotéine Spike du SARS-CoV-2 (ChAdOx1-S) *

* : produit dans des cellules rénales embryonnaires humaines (Human Embryonic Kidney, HEK) **293 génétiquement modifiées et par la technologie de l'ADN recombinant.**

Ce produit contient des organismes génétiquement modifiés (OGM). »

« **6.1 Liste des excipients**

L-histidine

Chlorhydrate de L-histidine monohydraté Chlorure de magnésium hexahydraté

Polysorbate 80 (E 433)

Éthanol

Saccharose

Chlorure de sodium

Édétate disodique (dihydraté)

Eau pour préparations injectables »

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca-epar-product-information_fr.pdf

Composition Janssen:

Antigène

« Il s'agit d'un flacon multidose qui contient 5 doses de 0,5 mL.

Une dose (0,5 mL) contient :

Adénovirus de type 26 codant pour la glycoprotéine de pointe du SRAS-CoV-2* (Ad26.COVS-2), pas moins de $8,92 \log_{10}$ unités infectieuses (U.I.).

* Produit dans la lignée cellulaire PER.C6 TetR et par la technologie de l'ADN recombinant.

Le produit contient des organismes génétiquement modifiés (OGM). »

« **6.1 Liste des excipients**

Emballage de 10 flacons

2-hydroxypropyl- β -cyclodextrine (HBCD) Acide citrique monohydraté

Éthanol

Acide chlorhydrique

Polysorbate-80

Chlorure de sodium

Hydroxyde de sodium Citrate trisodique dihydraté

Eau pour injections

Emballage de 20 flacons

2-hydroxypropyl- β -cyclodextrine (HBCD) Acide citrique monohydraté

Éthanol

Acide chlorhydrique

Polysorbate-80 Chlorure de sodium Hydroxyde de sodium

Eau pour injections »

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccine-janssen-epar-product-information_en.pdf

Ces deux types de produits pharmaceutiques font appel à des technologies qui consistent à transférer du matériel génétique étranger dans les cellules de l'individu et à faire en sorte, que ces cellules deviennent essentiellement des usines miniatures de fabrication d'antigènes à l'intérieur du corps.

Alors qu'un vaccin est une injection d'un échantillon « inoffensif » du virus isolé, ces suspensions injectables s'appuient sur l'émission de message ARN/ADN ordonnant à la machinerie de l'expression génique cellulaire de synthétiser massivement la protéine spike.

De ce fait, la protéine spike se répand dans les cellules de l'individu et cause bien trop souvent des dommages irréversibles.

Ces suspensions injectables n'ont pas pour autant empêché l'émergence de nouveaux cas ni la contamination puisque des phases épidémiques tardives ont été observées dans les quinze pays les plus vaccinés.

De surcroît, une directive du Parlement Européen du 6 novembre 2001 "*instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain*" (J.O. des Communautés Européennes 28/11/2001) nous donne des définitions :

"Aux fins de la présente directive, on entend par:

1) spécialité pharmaceutique:

tout médicament préparé à l'avance, mis sur le marché sous une dénomination spéciale et sous un conditionnement particulier;

2) médicament:

toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines.

toute substance ou composition pouvant être administrée à l'homme en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier des fonctions physiologiques chez l'homme est également considérée comme médicament;

3) substance:

toute matière quelle qu'en soit l'origine, celle-ci pouvant être:

- humaine, telle que le sang humain et les produits dérivés du sang humain,

- animale, telle que: les micro-organismes, animaux entiers, parties d'organes, sécrétions animales, toxines, substances obtenues par extraction, produits dérivés du sang,

- végétale, telle que les micro-organismes, plantes, parties de plantes, sécrétions végétales, substances obtenues par extraction,

- chimique, telle que les éléments, matières chimiques naturelles et les produits chimiques de transformation et de synthèse;

4) médicament immunologique:

Tout médicament consistant en vaccins, toxines, sérums ou allergènes:

a) les vaccins, toxines ou sérums recouvrant notamment:

i) les agents utilisés en vue de provoquer une immunité active tels que le vaccin anticholérique, le BCG, le vaccin antipoliomyélitique, le vaccin antivariolique;

ii) les agents utilisés en vue de diagnostiquer l'état d'immunité, comprenant notamment la tuberculine ainsi que la tuberculine PPD, les toxines utilisées pour les tests de Schick et de Dick, la brucelline;

iii) les agents utilisés en vue de provoquer une immunité passive tels que l'antitoxine diphtérique, la globuline antivariolique, la globuline antilymphocytaire;

b) les produits allergènes étant tout médicament destiné à identifier ou provoquer une modification spécifique et acquise de la réponse immunologique à un agent allergisant

5) Médicament homéopathique etc..."

Ainsi, les produits actuellement proposés pour satisfaire à l'obligation vaccinale, correspondent à des substances qui posséderaient des propriétés préventives à l'égard des maladies humaines, et surtout dans la mesure où l'ARN messager va corriger ou modifier des fonctions physiologiques chez l'être humain, il s'agit bien de médicaments. On ne devrait plus les qualifier de "vaccins" mais de S.G.I. : Solutions géniques injectables.

Dans une vidéo récente le Dr. David MARTIN nous donne une explication claire : (<https://crowdbunker.com/v/AwaWDwgmxxh>) :

"...Il ne s'agit pas d'un vaccin mais d'un ARNm encapsulé dans une enveloppe de graisse qui est livrée à une cellule.

Il s'agit d'un dispositif médical conçu pour **amener la cellule humaine à devenir un créateur d'agents pathogènes.**

"Vaccin" est en fait un terme légalement défini en vertu du droit de la santé publique.

Il s'agit d'un terme légalement défini selon les normes du CDC et de la FDA et **un vaccin doit spécifiquement, à la fois, stimuler une immunité chez la personne qui le reçoit, mais il doit aussi perturber la transmission du virus.**

Ce n'est pas de cela qu'il s'agit, et ils ont été très clairs en disant que le brin d'ARNm n'est pas là pour arrêter la transmission, c'est un traitement.

Mais si ça avait été envisagé comme un traitement cela n'aurait pas reçu l'attention favorable des autorités de santé publique, car les gens auraient alors demandé "Quels sont les autres traitements ?"

L'utilisation du terme "vaccin" est inadmissible à la fois pour sa définition légale, mais aussi parce que c'est effectivement un coup en traître pour clore la possibilité d'avoir, un débat ouvert et libre, parce qu'en utilisant le terme de "vaccin" vous le placez dans une situation où vous pourriez être "anti" ou "pro" thérapie.

Mais si vous en aviez réellement parlé comme d'une thérapie, souvenez vous, et les gens l'oublient, MODERNA a été créée comme une entreprise de chimiothérapie contre le cancer, et non comme un fabricant de vaccins contre le SRAS.

Si nous disions que nous allions donner aux gens une chimiothérapie prophylactique pour un cancer qu'ils n'ont pas, on vous rirait au nez, parce que c'est une idée stupide et c'est exactement le cas dans lequel nous sommes.

Il s'agit d'un dispositif mécanique sous la forme d'un très petit paquet de technologie qui est inséré dans le système humain pour activer la cellule afin qu'elle devienne un site de fabrication d'agents pathogènes...

C'est un dispositif chimique pathogène qui est en fait destiné à déclencher une action de production d'un agent pathogène chimique dans une cellule.

Il s'agit d'un dispositif médical, et non d'un médicament, car il répond à la définition du CDRH.

Ce n'est pas un système vivant, ce n'est pas un système biologique, c'est une technologie physique, et il se trouve qu'elle a la taille d'un paquet moléculaire.

De leur propre aveu, ce n'est pas un vaccin.

C'est un pathogène synthétique, ils ont littéralement injecté quelque chose de synthétique, la partie très contagieuse du virus dans les cellules du corps.

Un agent pathogène qui n'est que pour moi va me contaminer et me rendre malade.

Rappelez vous que 80% des personnes soi-disant exposées au SARS CoV 2, ne présentent aucun symptôme.

80% des personnes qui se font injecter cette substance subissent un évènement clinique indésirable.

On vous injecte une substance chimique pour induire une maladie et non pour induire une réponse immunitaire contre la transmission.

Rien de tout ça ne vous empêchera de transmettre quoi que ce soit. Il s'agit de vous rendre malade et que vos propres cellules soit la chose qui vous rende malade.

Donc cela va déclencher une réponse auto immune, et cela peut directement causer la sclérose en plaques, la maladie d'Alzheimer, car c'est ce que l'expression de cette enveloppe pathogène, cela peut provoquer un cancer accéléré.

C'est le résultat de l'expression de ce morceau de virus, ce seul incident, c'est connu depuis des décennies.

On injecte directement la maladie...

b). Qualification juridique des produits pharmaceutiques anti-covid :

Afin de déterminer précisément la qualification juridique du produit pharmaceutique, il est nécessaire de se référer au droit de l'Union européenne.

D'une part, un **règlement (CE) n°1394/2007** du Parlement européen et du Conseil du **13 novembre 2007 concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) no 726/2004**, apporte une précision concernant la classification juridique de la thérapie génique :

« Des progrès scientifiques récents en biotechnologie cellulaire et moléculaire ont conduit à la **mise au point de thérapies innovantes, telles que la thérapie génique**, la thérapie cellulaire somatique ou l'ingénierie tissulaire. Cette discipline naissante, la biomédecine, offre de nouvelles possibilités de traitement des maladies et des dysfonctionnements du corps humain.

Dans la mesure où les produits de thérapie innovante sont présentés comme ayant des propriétés curatives ou **préventives** à l'égard des maladies humaines, ou comme pouvant être utilisés chez l'homme ou administrés à celui-ci en vue de restaurer, corriger ou modifier des fonctions physiologiques en exerçant une action principalement pharmacologique, **immunologique** ou métabolique, **ils constituent des médicaments biologiques au sens de l'annexe I de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain (3), lue conjointement avec la définition des médicaments** reprise à l'article 1er, point 2, de ladite directive. En conséquence, toute réglementation régissant leur production, leur distribution ou leur utilisation doit avoir comme objectif essentiel la sauvegarde de la santé publique. (...) »

La thérapie génique est donc juridiquement qualifiée de « médicament biologique ».

D'autre part, la **Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain** (Annexe I p. 41) opère la distinction entre les médicaments biologiques et les vaccins classiques de la manière suivante :

- « **Pour les médicaments biologiques, tels que les médicaments immunologiques** et les médicaments dérivés du sang ou du plasma humains, les procédures et les critères d'acceptabilité publiés comme recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (Normes pour les produits biologiques) servent de lignes directrices pour tous les contrôles en cours de fabrication qui ne sont pas spécifiés dans la Pharmacopée européenne, ou à défaut dans la pharmacopée nationale d'un État membre.
- **Pour les vaccins inactivés ou détoxifiés**, l'efficacité du procédé d'inactivation ou de détoxification est vérifiée au cours de chaque cycle de production, à moins que cette vérification implique un essai pour lequel la disponibilité d'animaux sensibles est restreinte. Dans ce cas, l'essai est réalisé jusqu'à ce que la constance de la production et la corrélation avec des procédés appropriés de contrôle en cours de fabrication aient été établies; cet essai peut être ensuite compensé par des procédés de contrôle appropriés en cours de fabrication. »

La directive fait donc une distinction entre médicaments biologiques et vaccins inactivés ou détoxifiés.

Un médicament biologique n'est donc pas un vaccin en droit européen.

2-. LES SUBSTANCES GÉNIQUES INJECTABLES DISPONIBLES SONT EN ESSAI CLINIQUE :

a) Des médicaments biologiques en essai de phase 3 :

Sur le plan médical, il existe quatre phases d'essais cliniques :

1°) Les essais de phase 1 concernent un petit groupe de volontaires en bonne santé, hébergés dans des centres spécialisés, sur lesquels on vérifie que le médicament ne comporte pas de risque majeur par l'étude de sa toxicité et de sa cinétique, c'est-à-dire de son devenir dans l'organisme ;

2°) Les essais de phase 2 testent en milieu hospitalier la tolérance et l'efficacité du traitement sur des dizaines de personnes – des malades lorsqu'il s'agit d'un médicament thérapeutique – afin notamment d'en évaluer le dosage ;

3°) Les essais de phase 3 visent à mesurer l'efficacité et la sécurité du produit. Comme le rappelle l'INSERM, ils comparent le traitement à un autre traitement ou à un placebo en l'administrant à des centaines, voire des milliers de volontaires répartis en deux groupes au hasard, par «randomisation». C'est seulement une fois que les essais cliniques de phase 3 sont terminés que peut éventuellement être délivrée une autorisation de mise sur le marché (AMM).

4°) Les études de phase 4 (post marketing) visent à évaluer les effets du médicament à long terme sur toute la population dans le cadre d'une utilisation habituelle par les prescripteurs médicaux. C'est le stade de la pharmacovigilance.

Pour les thérapies innovants, ou contenant une nouvelle substance active, ou luttant contre les maladies virales et dans les cas d'urgence, une procédure communautaire centralisée d'autorisation obligatoire a été instaurée sur le plan européen.

Par ailleurs, le droit de l'Union européenne donne une définition claire des essais cliniques.

Selon la directive n° 2001/20/CE du 4 avril 2001, il s'agit de « toute investigation menée chez l'homme, afin de déterminer ou de confirmer les effets cliniques, pharmacologiques et/ou les autres effets pharmacodynamiques d'un ou de plusieurs médicaments expérimentaux, et/ou de mettre en évidence tout effet indésirable d'un ou de plusieurs médicaments expérimentaux, et/ou d'étudier l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'élimination d'un ou de plusieurs médicaments expérimentaux, dans le but de s'assurer de leur innocuité et/ou efficacité » (art. 2, a).

Ce texte ne distingue pas selon les phases, mais considère que toutes les investigations menées sur des personnes afin d'évaluer un médicament sont des essais.

Il n'y a donc pas, dans les essais cliniques, une phase qui pourrait cesser d'être expérimentale, puisque, par définition, un essai clinique porte sur un médicament expérimental.

La notion d'essai clinique repose, en effet, sur trois critères :

- une intervention sur l'organisme humain (à la différence de l'essai pré-clinique qui a lieu sur l'animal),
- un médicament expérimental utilisé pour cette intervention et
- une finalité qui est de mesurer les effets de ce médicament.

C'est la combinaison de ces trois éléments (l'intervention, le médicament expérimental, la mesure des effets) qui confère aux essais le caractère d'une investigation. Dès lors, le droit de l'Union européenne prévoit que toute demande d'autorisation d'un médicament à usage humain doit comporter « spécifiquement et exhaustivement » un certain nombre de renseignements et de documents (Règlement CE n°726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004, art. 6).

Parmi ceux-ci, figurent le « résultat des essais physico-chimiques, biologiques ou microbiologiques, toxicologiques et pharmacologiques, cliniques » (Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001, art. 8).

Les substances géniques anti-covid Pfizer, Moderna, Astrazeneca et Janssen ont ainsi bénéficié d'une autorisation dérogatoire de mise sur le marché délivrée par l'Agence européenne des médicaments (« AEM »), bien qu'ils se trouvent encore au stade des essais cliniques de phase 3, mais à la condition de terminer ces essais :

- rapport d'évaluation de l'AEM du 23 décembre 2020, mis à jour le 19 février 2021, pour la suspension injectable Comirnaty de Pfizer-BioNTech (AMM conditionnelle européenne 21/12/2020),
- rapport d'évaluation de l'AEM du 20 janvier 2021, mis à jour le 11 mars 2021, pour la suspension injectable Spikevax de Moderna (AMM conditionnelle européenne 06/01/2021),
- rapport d'évaluation de l'AEM du 29 janvier 2021, mis à jour en avril 2021 pour la suspension injectable Vaxzevria d'Astrazeneca (AMM conditionnelle européenne 29/01/2021),
- rapport d'évaluation de l'AEM du 11 mars 2021 pour la suspension injectable Janssen de Johnson & Johnson (AMM conditionnelle européenne 11/03/2021).

Les essais cliniques s'achèveront le 27 octobre 2022 pour Moderna, le 14 février 2023 pour Astrazeneca, le 2 mai 2023 pour Pfizer.

Une étude en date du 2 avril 2021 publiée par le Docteur en pharmacie et ancienne directrice des affaires réglementaires internationales dans l'industrie pharmaceutique, Madame Catherine FRADE rappelle que les études concernant ces « vaccins » ne sont pas terminées puisqu'elles s'étalent de « 2021 à au moins 2024 »

Quelques extraits de cette étude permettent de se convaincre :

« En l'espèce, dans le cas de ces vaccins contre la Covid-19, les 4 AMM délivrées sont des AMM dites « conditionnelles ». Elles sont temporaires. Leur durée de validité n'excède pas 1 an ; car elles sont obtenues sur la base de « données allégées incomplètes ». Pour obtenir une AMM standard de 5 ans, les laboratoires concernés doivent fournir des dossiers complétés « d'études en cours et d'études planifiées dans les années à venir ». Tout au long de « ce développement », une surveillance étroite et coordonnée entre les laboratoires fabricants et les autorités de santé est organisée au travers de discussions régulières. L'AMM « conditionnelle » est « réévaluée chaque année » en fonction de l'apport et de l'analyse critique des données supplémentaires fournies et recueillies durant une année complète. »

Cette étude permet également de confirmer qu'il y a notamment des incertitudes sur la qualité intrinsèque des produits et sur leurs procédés de fabrication suite à l'analyse des autorisations conditionnelles de mise sur le marché :

« L'insuffisance d'évaluation ne concerne donc pas seulement les essais cliniques (études menées chez l'Homme (femme et homme)), mais également la qualité même de la substance active, des excipients dont certains sont nouveaux, du procédé de fabrication, des lots libérés et administrés à des personnes humaines dans plusieurs pays du monde.

D'ailleurs, ces excipients nouveaux doivent être considérés comme des principes actifs nouveaux ; et ainsi faire l'objet d'un dossier d'évaluation complet et similaire à celui qui est exigé pour un principe actif nouveau.

À notre avis, ces études cliniques n'auraient jamais dû commencer avant, au moins, la totale maîtrise de la qualité intrinsèque du produit fini et de son procédé de fabrication ; avant la stabilisation des formules de ces vaccins.

Comment pourrait-on comparer les résultats de ces essais cliniques, menés à l'échelle mondiale, si le vaccin administré peut varier d'une fabrication à l'autre, d'un lot à l'autre, d'une région à l'autre... ?

Ces variabilités, qui impactent même le cœur du produit, pourrait même invalider tous les essais cliniques effectués.

Même en cas d'urgence sanitaire, il nous est donc difficile de comprendre les fondements de ces AMM (autorisation de mise sur le marché) qui ont été octroyées à ces vaccins contre la Covid-19.

Aux incertitudes liées à la Covid-19, se sont ajoutées les approximations liées à l'utilisation, et à la qualité intrinsèque même, de ces vaccins. Désormais, il faudrait gérer deux problèmes au lieu d'un.

La manœuvre semble subtile. Les informations utiles sont bien disponibles dans les documents officiels publiés dans le cadre de l'AMM ; mais, ces données ne sont pas rendues visibles par le discours officiel. Ce dernier n'aurait cherché qu'à présenter ces produits comme étant efficaces et sûrs, et sans réserves ; alors même que les formules et les procédés de fabrication de ces vaccins ne semblent même pas encore totalement stabilisés.

Ces nouvelles révélations, sans doute inédites et exclusives, sèment davantage le doute sur la validité du consentement (une liberté fondamentale) qui est censé être libre et éclairé ; et qui aurait été donné par les personnes aujourd'hui vaccinées.

Toute personne a le droit à une information claire, loyale et appropriée. Cette information est également pérenne : en cas de révélation de nouvelles données, les personnes déjà vaccinées doivent être informées a posteriori (après l'administration de tel ou tel vaccin).

La vulnérabilité ne jaillit pas uniquement de l'âge et de l'état de santé des personnes notamment. Ne pas pouvoir accéder à une information indépendante sur les médicaments (dont les vaccins) est la première des pauvretés et des inégalités. »

« D'ailleurs, concernant les incertitudes sur l'efficacité de ces vaccins, le Conseil d'État relevait, le 3 mars 2021, notamment l'aveu du Ministère des solidarités et de la santé, lui-même, et les contradictions de l'« administration » française. Dans cette décision, et contre l'avis de ce Ministère, le Conseil d'État avait pris une décision qui semblait tendre vers la reconnaissance de cette efficacité. **Mais, quelques jours plus tard, dans une nouvelle décision (n°450413) rendue le 11 mars 2021, le Conseil d'État change de position et admet « l'incertitude qui demeure sur l'efficacité réelle du vaccin quant à la propagation du virus ». Il y a lieu de rappeler aussi que, le 18 février 2021, Monsieur le Ministre des solidarités et de la santé a reconnu également, et publiquement, qu'aucun pays européen n'a pu apporter, non plus, la preuve que ces vaccins permettent de prévenir les formes « graves » de la Covid-19 (cf. conférence de presse à partir de 34min 44s).** »

« Dans son dernier « Point de situation sur la surveillance des vaccins contre la COVID-19 – Période du 12/03/2021 au 18/03/2021 » publié le 26 mars 2021 - mis à jour le 29 mars 2021 -, l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) fait état de notamment le nombre de décès survenus en France après l'administration de ces vaccins. Des décès qui sont notifiés (signalés) en pharmacovigilance (indépendamment de la certitude du « lien de causalité » entre ces vaccins et ces décès) : « 311 décès » après l'administration du vaccin BioNTech/Pfizer ; « 4 décès » après l'administration du vaccin Moderna ; « 20 décès » après l'administration du

vaccin Astra Zeneca ; (pas de données pour l'instant concernant le dernier vaccin (Janssen) autorisé). En sachant, qu'en général pour tous les médicaments, il existe une forte sous-notification en pharmacovigilance malgré le caractère obligatoire de ces déclarations.

Par conséquent, la prudence notamment voudrait même que, dans tous les pays où ces vaccins contre la Covid-19 ont été commercialisés, tous les lots ainsi « libérés » soient retirés immédiatement ; et que ces AMM qui ont été octroyées soient suspendues, voire annulées, en urgence jusqu'à nouvel ordre. C'est en tout cas le sens des recommandations que nous pourrions suggérer aux autorités ad hoc, et notamment françaises. Et, a minima, ces informations doivent être portées à la connaissance de toute personne de façon claire, loyale et appropriée.

D'autant plus qu'en cas d'effets indésirables graves, dont des décès, et pour établir ledit « lien de causalité » avec certitude, les victimes et leurs familles se trouvent souvent démunies face à l'exigence de la « preuve diabolique ».

b). Les essais cliniques en cours sont des recherches interventionnelles impliquant la personne humaine :

Le droit français utilise les termes « recherche impliquant la personne humaine » depuis la loi Jardé de 2012 en lieu et place du terme expérimentation.

Les recherches impliquant la personne humaine sont des recherches pratiquées sur des personnes saines ou malades en vue d'évaluer l'« efficacité et la sécurité de la réalisation d'actes ou de l'utilisation ou de l'administration de produits dans un but de diagnostic, de traitement ou de prévention d'états pathologiques » (art. R1121-1 du Code de la santé publique).

On distingue alors trois catégories de recherches :

- Les « recherches non interventionnelles » qui ne comportent aucun risque et dans lesquelles les produits sont prescrits et utilisés de manière habituelle, c'est-à-dire sans procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic, de traitement ou de surveillance. À l'évidence, les essais pratiqués avec les vaccins anti-covid n'entrent pas dans cette catégorie.
- les « recherches interventionnelles à risques et contraintes minimales » qui ne portent pas sur un médicament à usage humain. Les vaccins ne peuvent pas non plus entrer dans cette catégorie.
- les « recherches interventionnelles qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle », c'est-à-dire par des soins normaux, et qui sont à risque (art. 1121-1, 1° du Code de la santé publique).

Il ne fait aucun doute que **les essais cliniques en cours pour les vaccins sont des recherches interventionnelles impliquant la personne humaine qui supposent le niveau de sécurité le plus élevé.**

c). Les substances géniques injectables anti-covid sont des médicaments expérimentaux :

Selon le droit de l'Union européenne, un médicament expérimental est un « principe actif sous forme pharmaceutique ou placebo expérimenté ou utilisé comme référence dans un essai clinique » (Directive 2001/20/CE du Parlement et du Conseil du 4 avril 2001, déjà citée, art. 2, d). Le droit français reprend encore cette définition (article L5121-1-1 du Code de la santé publique).

On en conclut que du seul fait qu'ils sont en phase d'essais cliniques, les substances géniques anti-covid sont bien des médicaments expérimentaux.

d. La comparaison avec les « vaccins » obligatoires classiques et éprouvés :

L'arrêt du Conseil d'Etat, du 6 mai 2019, n°419242, Ligue nationale pour la liberté des vaccinations rappelle les critères permettant de rendre un vaccin obligatoire :

*« Une vaccination obligatoire constitue une ingérence dans ce droit (ndlr: au respect de la vie privée garanti par l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales), qui peut être admise si elle remplit les conditions du paragraphe 2 de l'article 8 et, notamment, si elle est justifiée par des considérations de santé publique et proportionnée à l'objectif poursuivi. Il doit ainsi exister un **rapport suffisamment favorable entre, d'une part, la contrainte et le risque présentés par la vaccination pour chaque personne vaccinée et, d'autre part, le bénéfice qui en est attendu tant pour cet individu que pour la collectivité dans son entier, y compris ceux de ses membres qui ne peuvent être vaccinés en raison d'une contre-indication médicale, compte tenu à la fois de la gravité de la maladie, de son caractère plus ou moins contagieux, de l'efficacité du vaccin et des risques ou effets indésirables qu'il peut présenter.** »*

Or, la comparaison avec les autres vaccins obligatoires prévus pour les soignants, les militaires, les thanatopracteurs et les enfants n'est pas recevable, car ce sont là des vaccins éprouvés, dont les effets secondaires semblent mineurs ou rares.

Les substances géniques injectables anti-covid sont dans une configuration différente : ce sont des produits récents à propos desquels les données demeurent incomplètes, les effets secondaires et les décès sont importants.

D'une part, en ce qui concerne l'examen du bénéfice découlant de ces substances géniques injectables, la Direction des affaires juridiques du ministère des solidarités et de la santé a fourni des informations éclairantes dans le cadre d'un mémoire déposé devant le président de la Section contentieux du Conseil d'Etat en date du 28 mars 2021 (Annexe ...):

*« même lorsqu'il a une efficacité sur les personnes concernées, en l'état des connaissances scientifiques, **le vaccin ne les empêche pas de transmettre le virus aux tiers.** L'Agence européenne du médicament a rendu publiques les données relatives à l'efficacité et la sécurité des différents vaccins. Elle précise notamment*

pour le vaccin Pfizer-BioNTech, le vaccin AstraZeneca, le vaccin Janssen ou encore le vaccin Moderna que l'impact de la vaccination sur la propagation du virus n'est pas encore connu. Ce point a d'ailleurs été rappelé par la HAS dans ses analyses sur la place des vaccins dans la stratégie vaccinale.

*Dans ces conditions, les personnes vaccinées **peuvent développer des formes peu graves voire ne pas être symptomatiques et diffuser tout de même le virus à l'ensemble des personnes avec lesquelles elles entrent en contact, par les mêmes voies que si elles étaient plus visiblement plus atteintes : gouttelettes respiratoires, contacts directs ou indirects via des objets (poignées de porte, surface de meubles, objets passant d'une main à une autre, etc.) ainsi bien sûr que par voie aéroportée/aérosolisation.***

Il n'y a donc pas de justification à exempter les personnes vaccinées de l'application des restrictions de circulation actuelles destinées à les protéger comme à protéger leur proche ainsi que l'ensemble de la population. Aucune recommandation du conseil scientifique ne va d'ailleurs dans le sens de telles exemptions. »

Les substances génériques injectables anti-covid sont dans une configuration différente : ce sont des produits récents à propos desquels les données demeurent incomplètes, les effets secondaires sont très importants (thromboses, arrêts cardiaques, myocardites, paralysies, accidents vasculaires cérébraux, maladie à prions, cancers et rechutes, modification du génome humain et transmission à la descendance, stérilité, fausses couches etc.).

Il est rappelé que le site Européen de pharmacovigilance EudraVigilance, fait part de 19.791 décès au 24 juillet 2021 et de 2.080.235 effets indésirables parmi lesquels 22 336 handicaps irréversibles (comptabilisation hors Suisse et UK notamment) attribués aux quatre injections expérimentales, ce qui est extrêmement alarmant par rapport à toutes les campagnes de « vaccination classique » que nous avons connues par le passé.

Il est à noter que d'après de nombreux scientifiques les données de pharmacovigilance ne représentent en général que 5% en moyenne des cas réels et que des essais cliniques sont normalement arrêtés immédiatement si des décès sont constatés (exemple parmi de nombreux : en juillet 2020, la Food and Drug Administration (FDA) américaine a stoppé les essais cliniques de la société Collectis pour le produit UCARTCS1 pour seulement un décès).

Le professeur Peter A. McCullough, cardiologue, vice-chef de médecine interne à la Baylor University Medical Center à Dallas au Texas ainsi que professeur principal en médecine interne à l'Université A&M du Texas Health Sciences Center, a précisé dans une interview que : « *La limite pour arrêter un programme de vaccin est de 25 à 50 morts. Grippe porcine, 1976, 26 décès, ils ont arrêté.* » - COVID : « Le vaccin est l'agent biologique le plus mortel, le plus toxique jamais injecté dans un corps humain ».

Concernant l'efficacité d'un produit pharmaceutique, le droit européen définit la **notion d'« usage médical bien établi »** pour un médicament et renseigne sans ambiguïté sur ce qu'il faut entendre par cette expression.

D'après la Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001, art. 10. 1. a ii cette expression suppose que le produit ou ses composants aient « **une efficacité reconnue ainsi qu'un niveau acceptable de sécurité** ».

D'après ladite directive (annexe I, part. 3, II, I a):

«En tout état de cause, le laps de temps nécessaire pour démontrer que l'usage médical d'un composant d'un médicament est bien établi ne peut cependant pas être inférieur à dix ans comptés à partir de la première application systématique et documentée de cette substance en tant que médicament à l'intérieur de la Communauté ».

Force est de constater que les quatre substances génériques injectables anti-covid ne peuvent être considérées comme ayant une efficacité reconnue ainsi qu'un niveau acceptable de sécurité sachant que ces quatre substances génériques ne sont pas utilisées depuis au moins dix ans.

B- Non seulement ces produits ne sont pas des vaccins, mais en plus, ils génèrent une quantité impressionnante d'effets indésirables :

Sur le site européen de pharmacovigilance "EUDRAVigilance", il est mentionné 25.000 décès à la mi-août 2021 et plus de 3.000.000 d'effets indésirables dont 800.000 graves voire irréversibles (hors notamment Suisse et UK), ce qui est **extrêmement alarmant** par rapport à toutes les campagnes de vaccinations que nous avons connues par le passé.

Même le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) nous indique qu'au 1er juillet 2021, sur 62.000 déclarations, 31.000 cas ont reçu la qualification officiels d'effets indésirables, dont 8.689 graves, et 900 décès! Et 11.200 cas graves en fin juillet.

N.B. Il est à noter que d'après de nombreux scientifiques, et l'ANSM elle même, les données de pharmacovigilance ne représentent en général que 5% en moyenne des cas réels et que des essais cliniques sont normalement arrêtés immédiatement si des décès sont constatés.

(exemple parmi de nombreux : en juillet 2020, la Food and Drug Administration (FDA) américaine a stoppé les essais cliniques de la société Collectis pour le produit UCARTCS1 pour seulement **un décès**).

Le professeur Peter A. McCullough, cardiologue, vice-chef de médecine interne à la Baylor University Medical Center à Dallas au Texas ainsi que professeur principal en médecine interne à l'Université A&M du Texas Health Sciences Center, a précisé dans une interview que : « **La limite pour arrêter un programme de vaccin est 25 à 50 morts. Grippe porcine, 1976, 26 décès, ils ont arrêté** ». -

À ce stade, force est de constater un véritable empoisonnement collectif. Ce n'est pas parce que ce scandale sanitaire n'est pas mentionné par les médias « grand public » qu'il n'existe pas. En réalité, dans plusieurs coins d'Europe, des scientifiques ont analysé les produits mis sur le marché, et sont très inquiets de ce qu'ils ont trouvé !

1- Les "vaccins" contiennent de l'oxyde de graphène.

Interpellés par le nombre important d'effets indésirables graves, plusieurs équipes de scientifiques se sont demandés quels composants des produits qualifiés de "vaccins" pouvaient générer autant d'effets. Ils ont identifié d'importantes quantités de nanoparticules d'oxyde de graphène : Il s'agit d'un matériau utilisé en électronique, ayant la faculté d'être un excellent conducteur de l'électricité et des ondes électromagnétiques.

Vraisemblablement, cet élément faisant partie des secrets de fabrication, n'a aucun intérêt sur la protection du sujet par rapport à la maladie.

La requérante est en droit de se demander :

-Pourquoi trouve-t-on des nanoparticules d'oxyde de graphène dans les produits ?

-Pourquoi cet élément a-t-il été caché à ceux qui recevaient les injections ?

Ainsi, non seulement le procédé consistant à injecter une substance chimique destinée à induire une maladie, et non une réponse immunitaire, est déjà facteur d'effets indésirables, mais en plus, la présence d'oxyde de graphène, élément connu pour sa toxicité, permet de comprendre le nombre impressionnant d'effets indésirables (thromboses, AVC, myocardites, etc...)

Plusieurs études démontrent la présence d'oxyde de graphène (un allotrope du carbone) dans chacun de ces produits pharmaceutiques alors que celui-ci n'est pas mentionné dans leur composition, ce qui empêche de fait le recueil du consentement éclairé du patient qui n'a pas connaissance de la nature précise du produit pharmaceutique.

Le graphène est un matériau extrêmement fin, avec une épaisseur d'un atome, et il est également incroyablement résistant - environ deux-cents fois plus résistant que l'acier. Il s'agit d'un excellent conducteur de chaleur et d'électricité et possède des capacités d'absorption de la lumière. Il possède un potentiel d'intégration illimité dans presque toutes les industries.

Le graphène est un matériau extrêmement diversifié, qui peut être combiné avec d'autres éléments (notamment des gaz et des métaux) pour produire différents matériaux aux propriétés supérieures variées. Les chercheurs du monde entier poursuivent leurs recherches et déposent des brevets sur le graphène afin d'en connaître les diverses propriétés et les applications possibles, dont les suivantes :

- les batteries
- transistors
- les puces d'ordinateur
- la production d'énergie

- supercondensateurs
- **séquençage de l'ADN**
- filtres à eau
- antennes
- écrans tactiles (pour les écrans LCD ou OLED)
- les cellules solaires
- Produits liés à la spintronique
- Rendu du matériau graphène 2D

Le graphène est un matériau qui suscite énormément d'attention depuis que le prix Nobel de physique 2010 a été attribué à André GEIM et Konstantin NOVOSELOV, lesquels ont isolé le graphène pour la première fois en 2004.

Dans le domaine de la biotechnologie ce matériau est désormais utilisé dans des « vaccins » à l'insu de l'injecté comme le démontre l'analyse du Docteur Robert O. YOUNG CPC, MSc, DSc, PhD, Naturopathic Practitioner (www.drrobertyoung.com) (*Annexe ...*) :

<https://www.drrobertyoung.com/post/transmission-electron-microscopy-reveals-graphene-oxide-in-cov-19-vaccines>

Traduction de cette étude:

<https://regnummariaeregnumgalliae.wordpress.com/2021/08/29/composition-des-pseudo-vaccins/>

Une autre étude observationnelle de microscopie optique et électronique a été réalisée à partir d'un échantillon de suspension injectable Comirnaty Pfizer BioNTech, par le Professeur et Docteur Pablo Campra Madrid, Université d'Almería, Espagne, qui en arrive aux mêmes conclusions (*Annexe ...*).

Un brevet n° CN112220919A NANOTECHNOLOGY CO LTD intitulé «*Nano coronavirus recombinant vaccine taking graphene oxide as carrier*» (traduction libre : Nano-vaccin recombinant contre le coronavirus avec l'oxyde de graphène comme support) vient encore confirmer cette information :

<https://worldwide.espacenet.com/patent/search/family/074107128/publication/CN112220919A?q=GRAPHENE%20VACCINES>

Les laboratoires pharmaceutiques utiliseraient donc l'oxyde de graphène comme wagonnets de livraison sur lesquels ils déposeraient leurs matériels de modification génétique :

<https://jnanobiotechnology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12951-018-0400-z> .

Toutes ces informations laissent à penser que les laboratoires pharmaceutiques sont désormais capables de fixer n'importe quel matériel génétique sur les nanoplaques d'oxyde de graphène qui, après injection, se propagent dans le sang et

pénètrent dans les cellules spécifiques sélectionnées (voire même dans le noyau de la cellule) afin de modifier l'ADN de l'injecté :

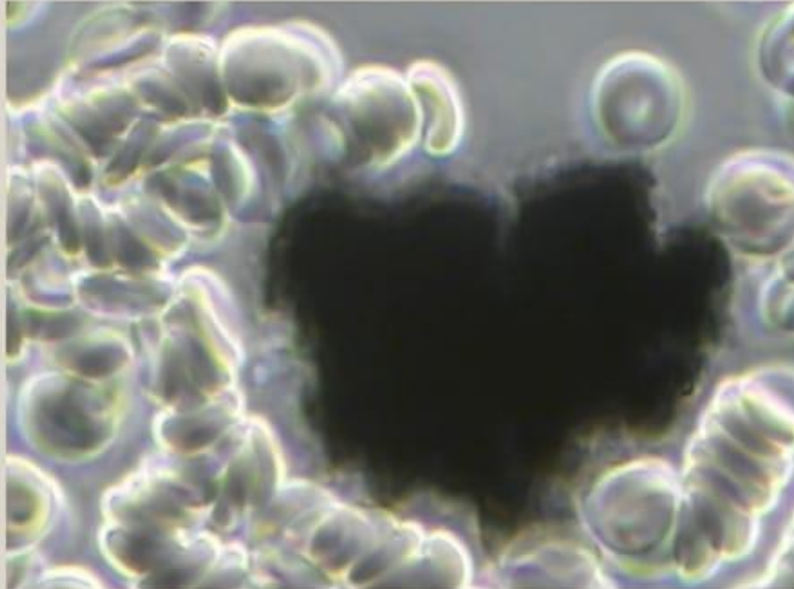
« Délivrance de Cas9/sgRNA médiée par l'oxyde de graphène pour une édition efficace du génome.

La délivrance cellulaire directe de complexes CRISPR/Cas9 revêt une grande importance pour l'édition du génome et d'autres applications récemment développées, telles que la régulation de l'expression génique et l'imagerie ARN/ADN. Ici, nous avons d'abord construit un nanocarrier d'oxyde de graphène (GO)-polyéthylène glycol (PEG)-polyéthylèneimine (PEI) pour la livraison de complexes Cas9/ARN à guide unique (sgRNA) de poids moléculaire élevé pour l'endocytose, l'échappement endosomal, l'entrée nucléaire et l'édition de gènes.

I) Microscopie à contraste de phase et à champ sombre du sang vivant

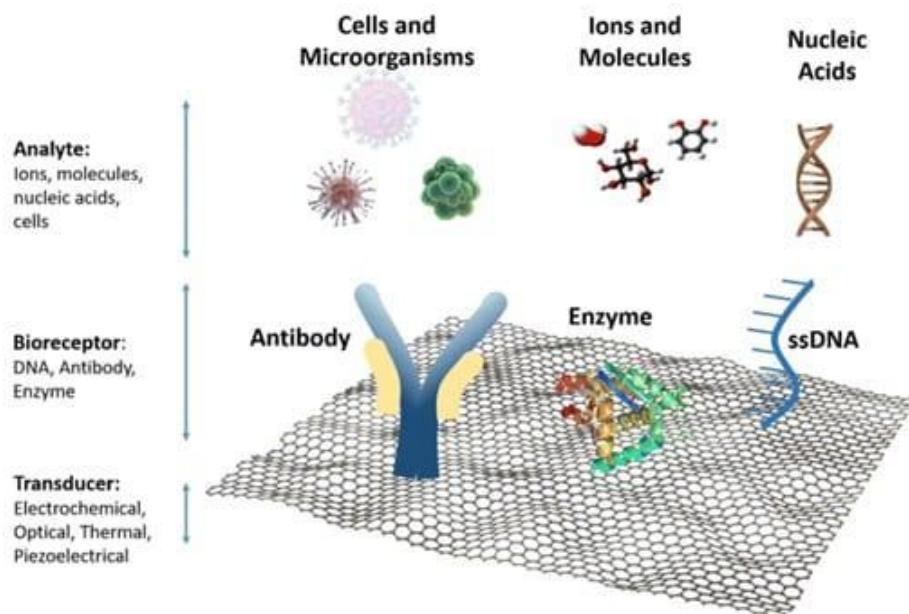
Dr Robert Young – Le 20 août 2021 <https://www.drrobertyoung.com/post/transmission-electron-microscopy-reveals-graphene-oxide-in-cov-19-vaccines>

Figure 1, vous pouvez voir à quoi ressemble une bombe à fragmentation d'oxyde de graphène réduit (rGO) dans le sang humain vivant non taché après une inoculation de CoV-19 provoquant une coagulation sanguine pathologique ! [1][2][55][56][57]



La figure 1 est une micrographie d'un amas de carbone d'oxyde de graphène réduit (rGO) visualisé dans le sang humain vivant non coloré avec une microscopie à contraste de phase à 1500x. Notez que les globules rouges s'agglomèrent dans et autour du cristal rGO dans une condition connue sous le nom de Rouleau ! Un mot français qui signifie "empiler".

II) Utilisation des plaques de graphène ou d'oxyde de graphène notamment pour les « vaccins » anti COVID



Examples of biosensors and components on a graphene platform

Les résultats démontrent que le nanocarrier peut être utilisé avec succès pour une édition de gènes efficace dans les cellules AGS humaines avec une efficacité de ~39%. Les résultats montrent également que ce nanocarrier peut protéger le sgRNA de la dégradation enzymatique, présentant ainsi une stabilité extrêmement élevée, ce qui est essentiel pour les futures applications in vivo. Ainsi, ce système de livraison Cas9/sgRNA médié par GO a le potentiel d'être une nouvelle approche pour la recherche biomédicale et les applications de génie génétique ciblé. »

Les applications notamment militaires qui découlent de ce matériau sont notamment décrites par le Docteur Charles MORGAN, intervention à l'Académie militaire de West Point :

<https://guyboulianne.com/2021/04/26/conference-du-dr-charles-morgan-a-lacademie-militaire-de-west-point-controler-a-distance-le-cerveau-humain-via-des-vaccins-arm/>

<https://fr.news-front.info/2020/12/08/les-soldats-francais-pourraient-recevoir-des-implants-et-des-puces-pour-etre-modifies/>

Par ailleurs, de nombreuses études démontrent que les « wagonnets » de graphène ou d'oxyde de graphène sont réellement toxiques pour l'organisme humain en tant que tels.

- L'oxyde de graphène impacte le sang : interactions in vivo de matériaux 2D

<https://pubs.rsc.org/en/content/articlelanding/2019/nh/c8nh00318a/unauth>

« L'oxyde de graphène est le sujet brûlant de la recherche biomédicale et pharmaceutique de la décennie actuelle. Cependant, ses interactions complexes avec les composants du sang humain compliquent la transition des résultats in vitro prometteurs aux paramètres cliniques. Même si l'oxyde de graphène est composé des mêmes atomes que nos organes, tissus et cellules, sa nature bidimensionnelle provoque des interactions uniques avec les protéines sanguines et les membranes [...] »

- Toxicité des nanoparticules de la famille du graphène : une revue générale des origines et des mécanismes

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5088662/>

« En raison de leurs propriétés physico-chimiques uniques, les nanomatériaux de la famille du graphène (GFN) sont largement utilisés dans de nombreux domaines, en particulier dans les applications biomédicales. Actuellement, de nombreuses études ont étudié la biocompatibilité et la toxicité des GFN in vivo et in vitro. En général, les GFN peuvent exercer différents degrés de toxicité chez les animaux ou les modèles cellulaires en suivant différentes voies d'administration et en pénétrant à travers les barrières physiologiques, pour ensuite être distribués dans les tissus ou localisés dans les cellules, pour finalement être excrétés hors du corps. Cette revue rassemble des études sur les effets toxiques des GFN dans plusieurs organes et modèles cellulaires. Nous soulignons également que divers facteurs déterminent la toxicité des GFN, notamment la taille latérale, la structure de surface, la fonctionnalisation, la

charge, les impuretés, les agrégats et l'effet corona, etc. **En outre, plusieurs mécanismes typiques sous-jacents à la toxicité du GFN ont été révélés, par exemple, la destruction physique, le stress oxydatif, les dommages à l'ADN, la réponse inflammatoire, l'apoptose, l'autophagie et la nécrose.** Dans ces mécanismes, les voies dépendantes du TLR (TLR-), du facteur de croissance transformant β - (TGF- β -) et du facteur de nécrose tumorale-alpha (TNF- α) sont impliquées dans le réseau de voies de signalisation et le stress oxydatif. joue un rôle crucial dans ces voies. Dans cette revue, nous résumons les informations disponibles sur les facteurs de régulation et les mécanismes de la toxicité des GFN, et proposons quelques défis et suggestions pour des investigations plus approfondies sur les GFN, dans le but de compléter les mécanismes toxicologiques et de fournir des suggestions pour améliorer la sécurité biologique des GFN. et faciliter leur large application. [...] »

« De nombreux résultats ont montré que les matériaux de graphène provoquent une toxicité dose-dépendante chez les animaux et les cellules, comme des lésions hépatiques et rénales, la formation de granulomes pulmonaires, une diminution de la viabilité cellulaire et l'apoptose cellulaire [130-134]. »

- La toxicité du graphène comme épée à double tranchant de risques et d'opportunités exploitables : une analyse critique des tendances et développements les plus récents

<https://iopscience.iop.org/article/10.1088/2053-1583/aa5476>

« Von Y Volkov · 2017 · Zitiert von: 44 — Il a été démontré que l'oxyde de graphène induisait des effets néfastes sur les globules rouges humains, comme en témoigne l'efflux d'hémoglobine des érythrocytes [...] »

- L'oxyde de graphène induit des lésions pulmonaires dose-dépendantes chez le rat en régulant l'autophagie

<https://www.spandidos-publications.com/10.3892/etm.2021.9893>

« Le graphène est un matériau structuré en deux dimensions avec un réseau hexagonal en nid d'abeille composé d'atomes de carbone. Les effets biologiques de l'oxyde de graphène (GO) ont été largement étudiés, car il a été largement utilisé dans la recherche biologique en raison de son hydrophilie/biocompatibilité accrue. Cependant, les mécanismes exacts sous-jacents à la toxicité pulmonaire associée aux GO n'ont pas encore été complètement élucidés. Le but de la présente étude était de déterminer le rôle de GO dans l'induction de lésions pulmonaires, ainsi que son implication dans le stress oxydatif, l'inflammation et l'autophagie. Les résultats ont révélé que des concentrations plus faibles de GO (5 et 10 mg/kg) n'ont pas causé de lésions pulmonaires significatives, mais l'administration de GO à des concentrations plus élevées (50 et 100 mg/kg) a induit un œdème pulmonaire et une augmentation de la perméabilité pulmonaire et de l'histopathologie pulmonaire.. Des concentrations élevées de GO ont également induit des lésions oxydatives et des réactions inflammatoires dans les poumons, démontrées par des niveaux accrus de produits oxydants [malondialdéhyde (MDA) et 8-hydroxydésoxyguanosine (8-OHdG)] et de facteurs inflammatoires (TNF- α , IL-6, IL-1 β et IL-8). [...] »

- L'oxyde de graphène impacte l'appareil reproducteur :

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bcpt.12782>

« L'oxyde de graphène à l'échelle nanométrique (ONG) présente un grand potentiel dans le domaine de la biomédecine en raison de sa facilité de fonctionnalisation et de ses caractéristiques ajustables. Les évaluations de la toxicité sont donc devenues essentielles avant ses applications biomédicales. Cette étude a examiné les effets de l'exposition à l'ONG sur la fonction reproductive mâle de rats Wistar adultes. Les rats ont été exposés par voie intrapéritonéale à trois doses croissantes, à savoir une faible dose (0,4 mg/kg BW), une dose moyenne (2,0 mg/kg BW) et une forte dose (10,0 mg/kg BW) de NGO. L'exposition répétée à l'ONG pendant 15 et 30 jours a entraîné une diminution du nombre de spermatozoïdes épидидymaires et une augmentation des anomalies des spermatozoïdes. Le pourcentage de spermatozoïdes mobiles a également été réduit de manière significative en raison de l'exposition. Les activités de SOD, GPx et la concentration de malondialdéhyde dans les testicules ont augmenté de manière spécifique à la dose. Les résultats de l'étude ont démontré que la dose élevée d'ONG a entraîné des dommages histologiques considérables au tissu testiculaire, notamment une atrophie des tubules séminifères avec une réduction de l'épithélium germinale, une perte de cellules germinales et une vacuolisation. Les doses faibles et moyennes d'ONG n'ont pas été associées à un dysfonctionnement des spermatozoïdes ou à des lésions testiculaires. L'arrêt du traitement pendant 30 jours a démontré un potentiel de récupération significatif. L'histologie de l'épididyme et le potentiel de fertilité masculine n'ont pas été affectés par l'exposition aux ONG. Ces résultats sont importants pour l'évaluation des risques liés à la fabrication, l'utilisation et le traitement des matériaux à base d'oxyde de graphène pour la fonction reproductive masculine. »

Par conséquent, nous soumettons cette information au Tribunal étant donné qu'il est légitime de s'interroger quand à la présence de ce matériau en très forte quantité dans les quatre substances injectables anti-covid proposées par les laboratoires pharmaceutiques ayant signé des contrats avec l'Etat français, sans que ce matériau potentiellement toxique voire modificateur de l'ADN du patient, ne soit cité dans la composition des produits.

La composition des produits portée à la connaissance de l'Agence européenne du médicament n'est probablement pas exhaustive et entraîne un défaut complémentaire d'information à l'égard du patient

2- Plus on vaccine, et plus il y a de malades :

Dans un article récent, intitulé "Covid 19 : injection chimérique transgénique-l'hécatombe vaccinale s'étend dans le monde" le Dr Gérard Delépine, chirurgien, oncologue et statisticien, montre que les courbes des décès montent en flèche, dans tous les pays **dès le début de la vaccination de masse.**

Le cas des Anglais qui ont été les premiers en Europe à vacciner est caractéristique: dès le début de ces injections de masse, est apparu... le variant anglais... Puis la courbe des décès a remonté de manière spectaculaire.

Actuellement des médecins israéliens, résidant dans l'un des pays les plus vaccinés au monde, nous indiquent que chez eux, plus de 51% des hospitalisés avec le diagnostic de covid-19, sont vaccinés, et que la courbe de mortalité chez les jeunes a augmenté de 20% entre 2020 et aujourd'hui.

Ainsi la requérante a de bonnes raisons de refuser de se faire injecter de tels produits.

C. TOUTE INTERVENTION MÉDICALE NÉCESSITE DE RECHERCHER LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DU PATIENT

Toute intervention médicale de caractère préventif, diagnostique ou thérapeutique, toute expérimentation médicale effectuée sans le consentement libre et éclairé de la personne (i.e. intervention forcée) est contraire à l'article 55 de la Constitution française du 4 octobre 1958 car elle viole les conventions et traités signés par la France.

1. Le droit international:

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques adopté à New York et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966 (entrée en vigueur: le 23 mars 1976):¹

Article 7

*« Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. **En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique.** »*

La Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, signée à Oviedo le 4 avril 1997 et son Protocole additionnel relatif à la recherche biomédicale (STCE no 195):

¹ <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>

<https://www.assemblee-nationale.fr/histoire/peinedemort/pacte-international-droits-civils-et-politiques.asp>

« Article 5
Règle générale

*Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être **effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé.***

Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques.

La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement. »

« Article 13
Interventions sur le génome humain

Une intervention ayant pour objet de modifier le génome humain ne peut être entreprise que pour des raisons préventives, diagnostiques ou thérapeutiques et seulement si elle n'a pas pour but d'introduire une modification dans le génome de la descendance. »

La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme adoptée le 19 octobre 2005 à l'unanimité des Etats membres de l'UNESCO :

« Article 3 – Dignité humaine et droits de l'homme

1. *La dignité humaine, les droits de l'homme et les libertés fondamentales doivent être pleinement respectés.*

2. *Les intérêts et le bien-être de l'individu devraient l'emporter sur le seul intérêt de la science ou de la société. »*

« Article 6 – Consentement

1. ***Toute intervention médicale de caractère préventif, diagnostique ou thérapeutique ne doit être mise en œuvre qu'avec le consentement préalable, libre et éclairé de la personne concernée, fondé sur des informations suffisantes. Le cas échéant, le consentement devrait être exprès et la personne concernée peut le retirer à tout moment et pour toute raison sans qu'il en résulte pour elle aucun désavantage ni préjudice.***

2. *Des recherches scientifiques ne devraient être menées qu'avec le consentement préalable, libre, exprès et éclairé de la personne concernée. L'information devrait être suffisante, fournie sous une forme compréhensible et indiquer les modalités de retrait du consentement. La personne concernée peut retirer son consentement à tout moment et pour toute raison sans qu'il en résulte pour elle aucun désavantage ni préjudice. Des exceptions à ce principe devraient n'être faites qu'en accord avec les normes éthiques et juridiques adoptées par les États et être compatibles avec les principes et dispositions énoncés dans la présente Déclaration, en particulier à l'article 27, et avec le droit international des droits de l'homme.*

3. *Dans les cas pertinents de recherches menées sur un groupe de personnes ou une communauté, l'accord des représentants légaux du groupe ou de la communauté concerné peut devoir aussi être sollicité. **En aucun cas, l'accord collectif ou le consentement d'un dirigeant de la communauté ou d'une***

autre autorité ne devrait se substituer au consentement éclairé de l'individu. »

Par ailleurs, il est indispensable de rappeler les textes internationaux appartenant au domaine de la « conscience individuelle » du médecin ou chercheur:

La déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale - Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains adoptée par la 18ème AG de l'AMM, Helsinki, Finlande, Juin 1964 et amendée:

« Consentement éclairé

25. *La participation de personnes capables de donner un consentement éclairé à une recherche médicale doit être un acte volontaire. Bien qu'il puisse être opportun de consulter les membres de la famille ou les responsables de la communauté, aucune personne capable de donner un consentement éclairé ne peut être impliquée dans une recherche sans avoir donné son consentement libre et éclairé.*

26. *Dans la recherche médicale impliquant des personnes capables de donner un consentement éclairé, toute personne pouvant potentiellement être impliquée doit être correctement informée des objectifs, des méthodes, des sources de financement, de tout éventuel conflit d'intérêts, des affiliations institutionnelles du chercheur, des bénéfices escomptés et des risques potentiels de la recherche, des désagréments qu'elle peut engendrer, des mesures qui seront prises après à l'essai clinique et de tout autre aspect pertinent de la recherche. La personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche doit être informée de son droit de refuser d'y participer ou de s'en retirer à tout moment sans mesure de rétorsion. Une attention particulière devrait être accordée aux besoins d'informations spécifiques de chaque personne pouvant potentiellement être impliquée dans la recherche ainsi qu'aux méthodes adoptées pour fournir les informations. Lorsque le médecin ou une autre personne qualifiée en la matière a la certitude que la personne concernée a compris les informations, il doit alors solliciter son consentement libre et éclairé, de préférence par écrit. Si le consentement ne peut pas être donné par écrit, le consentement non écrit doit être formellement documenté en présence d'un témoin.*

Toutes les personnes impliquées dans des recherches médicales devraient avoir le choix d'être informées des conclusions générales et des résultats de celles-ci.

(...)

31. *Le médecin doit fournir des informations complètes au patient sur la nature des soins liés à la recherche. Le refus d'un patient de participer à une recherche ou sa décision de s'en retirer ne doit jamais nuire à la relation patient-médecin.*

- Le Code de Nuremberg concernant les expériences médicales acceptables est utilisé par le Comité consultatif national d'éthique à l'appui et en annexe de son avis n° 2 du 9 octobre 1984 sur les essais de nouveaux traitements chez l'homme².

Il est également repris sans source par le rapport du Conseil d'État qui préfigura le contenu de la loi du 20 décembre 1988 (loi « Huriet-Sérusclat ») et celui des lois de bioéthique de 1994³.

² <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis002.pdf>

³ Conseil d'Etat, *Sciences de la vie. De l'éthique au droit*, op. cit., p. 167

En matière internationale, le « Code de Nuremberg » concerne les expériences médicales acceptables (jugement du procès des médecins de Nuremberg - décembre 1946 - août 1947) .

Cette liste a rapidement circulé de manière autonome sous la dénomination de « Nuremberg Code/code de Nuremberg » ; elle a été lue dans les milieux politiques et médicaux comme un corpus de préceptes déontologiques et de maximes morales s'imposant aux expérimentateurs⁴.

Le Code de Nuremberg issu de la jurisprudence pénale internationale présente une liste de dix critères, dont les suivants⁵:

« 1. Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne concernée doit avoir la capacité légale de consentir ; qu'elle doit être placée en situation d'exercer un libre pouvoir de choix, sans intervention de quelque élément de force, de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes sournoises de contrainte ou de coercition ; et qu'elle doit avoir une connaissance et une compréhension suffisantes de ce que cela implique, de façon à lui permettre de prendre une décision éclairée. Ce dernier point demande que, avant d'accepter une décision positive par le sujet d'expérience, il lui soit fait connaître : la nature, la durée, et le but de l'expérience ; les méthodes et moyens par lesquels elle sera conduite ; tous les désagréments et risques qui peuvent être raisonnablement envisagés ; et les conséquences pour sa santé ou sa personne, qui pourraient possiblement advenir du fait de sa participation à l'expérience. L'obligation et la responsabilité d'apprécier la qualité du consentement incombent à chaque personne qui prend l'initiative de, dirige ou travaille à l'expérience. Il s'agit d'une obligation et d'une responsabilité personnelles qui ne peuvent pas être déléguées impunément.

2. L'expérience doit être telle qu'elle produise des résultats avantageux pour le bien de la société, impossibles à obtenir par d'autres méthodes ou moyens d'étude, et pas aléatoires ou superflus par nature.

3. L'expérience doit être conduite de façon telle que soient évitées toute souffrance et toute atteinte, physiques et mentales, non nécessaires.

4. Aucune expérience ne doit être conduite lorsqu'il y a une raison a priori de croire que la mort ou des blessures invalidantes surviendront ; sauf, peut-être, dans ces expériences où les médecins expérimentateurs servent aussi de sujets.

5. Le niveau des risques devant être pris ne doit jamais excéder celui de l'importance humanitaire du problème que doit résoudre l'expérience.

6. Les dispositions doivent être prises et les moyens fournis pour protéger le sujet d'expérience contre les éventualités, même ténues, de blessure, infirmité ou décès. »

⁴ https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_CodeNuremberg_TradAmiel.pdf

⁵ Philippe Amiel, François Vialla, La vérité perdue du « code de Nuremberg » : réception et déformations du «code de Nuremberg» en France (1947-2007), Rev. dr. sanit. et soc. RDSS 2009;4:673-687

2. Le droit européen:

Du moment qu'elles sont qualifiables de médicaments expérimentaux, les substances génériques injectables anti-covid sont soumises à des règles éthiques particulières dont la finalité est de protéger les individus. Au premier rang de ces règles, se trouve le principe du consentement libre et éclairé.

La directive européenne n°2001/20/CE du 4 avril 2001 actuellement en vigueur prévoit qu'un essai clinique ne peut être entrepris que si le sujet participant « a donné son consentement par écrit » et s'il peut, à tout moment et sans subir de préjudice de ce fait, révoquer « son consentement éclairé ».

La Directive 2001/20/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 avril 2001 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres relatives à l'application de bonnes pratiques cliniques dans la conduite d'essais cliniques de médicaments à usage humain (article 2, j) et article 3, d) et e)):

Article 2, j) « consentement éclairé»: décision, qui doit être écrite, datée et signée, de participer à un essai clinique, prise de plein gré après avoir été dûment informé de la nature, de la portée, des conséquences et des risques et avoir reçu une documentation appropriée, par une personne capable de donner son consentement ou, s'il s'agit d'une personne qui n'est pas en mesure de le faire, par son représentant légal; si la personne concernée n'est pas en mesure d'écrire, elle peut donner, dans des cas exceptionnels prévus par la législation nationale, son consentement oral en présence d'au moins un témoin »

« Article 3, d) le sujet participant à l'essai ou, lorsque cette personne n'est pas en mesure de donner son consentement éclairé, son représentant légal a donné son consentement écrit après avoir été informé de la nature, de la portée, des conséquences et des risques de l'essai clinique; si la personne concernée n'est pas en mesure d'écrire, elle peut, dans des cas exceptionnels prévus par la législation nationale, donner son consentement oral en présence d'au moins un témoin;

e) le participant peut, à tout moment et sans qu'il n'encoure aucun préjudice de ce fait, se retirer de l'essai clinique du fait de la révocation de son consentement éclairé; (...)

A fortiori, dans le cadre de la mise en place du certificat digital covid-19, il est rappelé que les Etats membres doivent empêcher toute discrimination directe ou indirecte à l'encontre des personnes non « vaccinées » dans le cas où ces personnes n'ont pas consenti à la « vaccination ».

Le Règlement (UE) 2021/953 du Parlement européen et du Conseil du 14 juin 2021, relatif à un cadre pour la délivrance, la vérification et l'acceptation de certificats COVID-19 interopérables de vaccination, de test et de rétablissement (certificat COVID numérique de l'UE) afin de faciliter la libre circulation pendant la pandémie de COVID-19

« Considérant ce qui suit: (...)»

(36) **Il y a lieu d'empêcher toute discrimination directe ou indirecte à l'encontre des personnes qui ne sont pas vaccinées**, par exemple pour des raisons médicales, parce qu'elles ne font pas partie du groupe cible auquel le vaccin contre la COVID-19 est actuellement administré ou pour lequel il est actuellement autorisé, comme les enfants, ou **parce qu'elles** n'ont pas encore eu la possibilité de se faire vacciner ou **ne souhaitent pas le faire**. Par conséquent, la possession d'un certificat de vaccination, ou la possession d'un certificat de vaccination mentionnant un vaccin contre la COVID-19, ne devrait pas constituer une condition préalable à l'exercice du droit à la libre circulation ou à l'utilisation de services de transport de voyageurs transfrontaliers tels que les avions, les trains, les autocars ou les transbordeurs ou tout autre moyen de transport. En outre, le présent règlement ne peut être interprété comme établissant un droit ou une obligation d'être vacciné. (...)

(62) **Le présent règlement respecte les droits fondamentaux et observe les principes reconnus notamment par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne** (ci-après dénommée "Charte"), en particulier le droit au respect de la vie privée et familiale, le droit à la protection des données à caractère personnel, le droit à l'égalité devant la loi et le droit à la non-discrimination, la liberté de circulation et le droit à un recours effectif. Les États membres sont tenus de respecter la Charte lorsqu'ils mettent en œuvre le présent règlement. » (*ajout gras et souligné dans le texte*)

- Article 1 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 7 juin 2016:

« *Dignité humaine*

La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée. »

- Article 3 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 7 juin 2016:

« *Article 3*

Droit à l'intégrité de la personne

1. Toute personne a droit à son intégrité physique et mentale.

2. Dans le cadre de la médecine et de la biologie, doivent notamment être respectés:

a) le consentement libre et éclairé de la personne concernée, selon les modalités définies par la loi;

b) l'interdiction des pratiques eugéniques, notamment celles qui ont pour but la sélection des personnes;

c) l'interdiction de faire du corps humain et de ses parties, en tant que tels, une source de profit;

d) l'interdiction du clonage reproductif des êtres humains. »

- Article 21 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 7 juin 2016.

« *Non-discrimination*

1. Est interdite toute discrimination fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, les origines ethniques ou sociales, les caractéristiques génétiques, la langue, la religion ou les convictions, les opinions politiques ou toute autre opinion, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle. (...) »

La jurisprudence constante de la Cour européenne des droits de l'homme rappelle qu'un traitement médical non volontaire constitue une ingérence dans le droit au respect de la vie privée des individus, a fortiori lorsqu'il s'agit d'essais cliniques de médicament biologique.

En effet, d'après l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, Rome, 4 novembre 1950.

«1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale,

2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

Un arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme rendu le 9 juillet 2002, a précisé concernant les vaccins classiques « qu'en tant que traitement médical non volontaire, la vaccination obligatoire constitue une ingérence dans le droit au respect de la vie privée, garanti par l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales » (Arrêt SALVETTI c/Italie – CEDH Décision du 9 juillet 2002 ; n° 42197/98)

« La Cour estime que les inoculations obligatoires en tant que traitements médicaux non volontaires constituent une ingérence dans le droit au respect de la vie privée tel que garanti par l'article 8 § 1 (arrêt Matter c. Slovaquie du 5 juillet 1999, § 64, non publié). »

La Cour européenne des droits de l'homme juge que la vaccination obligatoire, en tant qu'intervention médicale non volontaire, constitue une ingérence dans l'exercice du droit au respect de la vie privée au sens de l'article 8 de la Convention (CEDH, décision n° 24429/03 du 15 mars 2012, Solomakhin c. Ukraine, paragr. 33).

L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a également rappelé que les citoyens et citoyennes des Etats membres devaient être informés que la « vaccination » n'est pas obligatoire.

En effet, la **résolution n°2361 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe adoptée le 27 janvier 2021**, qui fait office de recommandation a enjoint les Etats membres :

« 7.3.1 de s'assurer que les citoyens et citoyennes sont informés que la vaccination n'est pas obligatoire et que personne ne subit de pressions politiques, sociales ou autres pour se faire vacciner, s'il ou elle ne souhaite pas le faire personnellement;

7.3.2 de veiller à ce que personne ne soit victime de discrimination pour ne pas avoir été vacciné, en raison de risques potentiels pour la santé ou pour ne pas vouloir se faire vacciner;

7.3.4 de diffuser en toute transparence des informations sur la sécurité et les éventuels effets indésirables des vaccins, de travailler avec et réglementer les plateformes de médias sociaux pour empêcher la propagation des fausses informations;

7.4 en ce qui concerne la vaccination des enfants contre la covid-19:

7.4.1 de veiller à un juste équilibre entre le déploiement rapide de la vaccination chez les enfants et l'examen justifié des préoccupations concernant la sécurité et l'efficacité des vaccins, et d'assurer la sécurité et l'efficacité complètes de tous les vaccins pour les enfants en mettant l'accent sur l'intérêt supérieur de l'enfant, conformément à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant;

7.5 en ce qui concerne la surveillance des effets à long terme des vaccins contre la covid-19 et de leur innocuité:

7.5.1 d'assurer la coopération internationale pour la détection et l'élucidation en temps opportun de tout signal de sécurité au moyen d'un échange mondial, en temps réel, de données sur les manifestations postvaccinales indésirables (MAPI);

7.5.2 d'utiliser les certificats de vaccination uniquement dans le but désigné de surveiller l'efficacité du vaccin, les effets secondaires potentiels et les effets indésirables; »

3. Le droit national :

a. Principes applicables à tout acte médical :

Le Conseil constitutionnel fonde la « sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation » sur le premier alinéa du préambule de la Constitution de 1946 (CC 94-343/344 DC⁶):

« Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés. »

⁶https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1994/94343_344DC.htm

Le principe de respect de la dignité de la personne humaine fait donc partie du bloc constitutionnel (i.e. ensemble des principes et dispositions que doivent respecter les lois, cet ensemble prime sur les Traités, les Conventions et le Droit européen dans la hiérarchie des normes).

Concrètement, le principe de dignité exige, pour reprendre la formule du Conseil constitutionnel, de sauvegarder la personne humaine « contre toute forme d'asservissement ou de dégradation ».

La dignité implique que la personne reste maître de son corps et d'elle-même, ce qui suppose qu'elle ne se trouve pas aliénée ou asservie à des fins étrangères à elle-même.

L'article 16 du Code civil :

« La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le **respect de l'être humain** dès le commencement de sa vie. »

L'article 16-3 du Code civil :

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »

Conformément à **l'article L1111-2 du code de la santé publique :**

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, **traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.** Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. (...)

II. - Les droits des mineurs mentionnés au présent article sont exercés par les personnes titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, qui reçoivent

l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité. (...)

IV. - Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. (...) »

L'article R4127-2 du Code la santé publique :

« Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort. »

Dispositions combinées de l'article R4127-34 du code de la santé publique et de l'article 35 du Code de Déontologie des médecins:

*« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une **information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose.** Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.»*

L'article L1111-4 alinéa 4 du code de la santé publique :

*« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le **consentement libre et éclairé** de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »*

Dispositions combinées de l'article R4127-36 du code de la santé publique et de l'article 36 du Code de Déontologie des médecins :

*« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché **dans tous les cas.***

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article R. 4127-42. »

L'article R. 4127-42 du Code de la Santé Publique :

*« Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit **s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.***

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. »

b. Concernant précisément les essais cliniques :

Le droit français affirme qu'aucune recherche interventionnelle « ne peut être pratiquée sur une personne sans son consentement libre et éclairé »

Article L1121-1 du Code de la Santé Publique :

« Les recherches organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales sont autorisées dans les conditions prévues au présent livre et sont désignées ci-après par les termes " recherche impliquant la personne humaine ".

Il existe trois catégories de recherches impliquant la personne humaine :

1° Les recherches interventionnelles qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle ; (...) »

Article L1121-2 du Code de la Santé Publique :

« Aucune recherche impliquant la personne humaine ne peut être effectuée :
- si elle ne se fonde pas sur le dernier état des connaissances scientifiques et sur une expérimentation préclinique suffisante ;

*- si le **risque prévisible encouru par les personnes qui se prêtent à la recherche est hors de proportion avec le bénéfice escompté pour ces personnes** ou l'intérêt de cette recherche ;*

si elle ne vise pas à étendre la connaissance scientifique de l'être humain et les moyens susceptibles d'améliorer sa condition ;

si la recherche impliquant la personne humaine n'a pas été conçue de telle façon que soient réduits au minimum la douleur, les désagréments, la peur et tout autre inconvénient prévisible lié à la maladie ou à la recherche, en tenant compte particulièrement du degré de maturité pour les mineurs et de la capacité de compréhension pour les majeurs hors d'état d'exprimer leur consentement.

L'intérêt des personnes qui se prêtent à une recherche impliquant la personne humaine prime toujours sur les seuls intérêts de la science et de la société. »

Conformément à l'**article 1122-1-1 du Code de la santé publique :**

« Aucune recherche mentionnée au 1° de l'article L. 1121-1 **ne peut être pratiquée sur une personne sans son consentement libre et éclairé, recueilli par écrit, après que lui a été délivrée l'information prévue à l'article L. 1122-1.** Lorsqu'il est impossible à la personne concernée d'exprimer son consentement par écrit, celui-ci peut être attesté par la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, par un membre de la famille ou, à défaut, par un des proches de la personne concernée, à condition que cette personne de confiance, ce membre ou ce proche soit indépendant de l'investigateur et du promoteur.

Aucune recherche mentionnée au 2° de l'article L. 1121-1 ne peut être pratiquée sur une personne sans son consentement libre, éclairé et exprès.

Aucune recherche mentionnée au 3° du même article L. 1121-1 ne peut être pratiquée sur une personne lorsqu'elle s'y est opposée.

Dans le cas où la personne se prêtant à une recherche a retiré son consentement, ce retrait n'a pas d'incidence sur les activités menées et sur l'utilisation des données obtenues sur la base du consentement éclairé exprimé avant que celui-ci n'ait été retiré. »

Cette obligation est assortie d'une sanction pénale, car le fait de pratiquer sur une personne une recherche ou un essai clinique sans avoir recueilli le consentement libre, éclairé et, en l'occurrence, écrit est passible de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende (art. L1126-1 du Code de la santé publique et art. 223-8 du Code pénal).

L'article L1126-1 du code de santé publique :

Comme il est dit à l'article 223-8 du code pénal ci-après reproduit :

" **Le fait de pratiquer ou de faire pratiquer sur une personne** une recherche mentionnée aux 1° ou 2° de l'article L. 1121-1 ou sur **un essai clinique mentionné à l'article L. 1124-1 du code de la santé publique sans avoir recueilli le consentement libre, éclairé et, le cas échéant, écrit de l'intéressé, des titulaires de l'autorité parentale** ou du tuteur ou d'autres personnes, autorités ou organes désignés pour consentir à la recherche **ou pour l'autoriser, dans les cas prévus par le code de la santé publique ou par les articles 28 à 31 du règlement (UE) n° 536/2014 du Parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014 relatif aux essais cliniques de médicaments, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende. (...)** »

(POUR LES FEMMES ENCEINTES, PARTURIENTES, ALLAITANTES)

Article L1121-5 du Code de la Santé Publique :

Les femmes enceintes, les parturientes et les mères qui allaitent ne peuvent être sollicitées pour se prêter à des recherches mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 1121-1 que dans les conditions suivantes :

-soit **l'importance du bénéfice escompté pour elles-mêmes ou pour l'enfant est de nature à justifier le risque** prévisible encouru ;

-**soit** ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres femmes se trouvant dans la même situation ou pour leur enfant et **à la condition que des recherches d'une efficacité comparable ne puissent être effectuées sur une autre catégorie de la population.** Dans ce cas, les risques prévisibles et les contraintes que comporte la recherche doivent présenter un caractère minimal.

(POUR LES MINEURS)

Article L1121-7 du Code de la Santé Publique :

Les mineurs peuvent être sollicités pour se prêter à des recherches mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 1121-1 **seulement si des recherches d'une efficacité comparable ne peuvent être effectuées sur des personnes majeures et dans les conditions suivantes :**

-soit l'importance du bénéfice escompté pour ces personnes est de nature à justifier le risque prévisible encouru ;

-soit ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres mineurs. Dans ce cas, les risques prévisibles et les contraintes que comporte la recherche doivent présenter un caractère minimal.

Un article de doctrine vient apporter des précisions très importantes (*Pourquoi la vaccination obligatoire anti-covid viole l'Etat de droit*, 23 juillet 2021, par le professeur d'Université, M. Philippe SEGUR) :

« Une objection ici ne manquera pas de surgir. Ceux qui se verront imposer la vaccination obligatoire n'appartiennent pas aux groupes de participants spécifiquement recrutés à chacune des phases des essais cliniques. Peut-on encore les considérer comme des « participants » ?

La réponse ne peut être que positive. Bien qu'elles n'aient pas été « recrutées » par les promoteurs des essais ou par les investigateurs, les personnes soumises à une obligation vaccinale seront des participants de fait aux essais cliniques.

Car si le droit européen (Directive 2001/20/CE du Parlement et du Conseil du 4 avril 2001, déjà citée, art. 2, i) indique, de façon tautologique, qu'un participant à un essai clinique est une « personne qui participe à un essai clinique », il précise aussitôt que l'un des critères suffisants de cette participation est de recevoir le médicament expérimental.

Cette solution est, du reste, logique : la règle du consentement libre et éclairé serait dépourvue de sens si elle n'était destinée qu'à protéger les participants volontaires et cessait de s'appliquer quand les recherches interventionnelles sont pratiquées à l'insu des personnes ou lorsqu'elles les subissent sous contrainte.

Par ailleurs, il ne serait pas acceptable que les participants à l'essai clinique soient soumis à un régime juridique plus favorable, en termes de droit à l'information durant

les essais, droit de retrait à tout moment, droit à une assurance, etc., que les personnes non volontaires alors que la même substance leur est inoculée.

À cet égard, il est spécieux de prétendre que la vaccination, pour l'instant limitée à certaines catégories professionnelles, ne serait pas absolument obligatoire au motif que les intéressés auraient toujours le choix de changer de métier soit par démission, soit du fait d'un licenciement.

En réalité, ce « choix » serait évidemment coercitif, puisqu'il impliquerait des pertes sévères pour qui refuserait de se conformer. Comme l'a expliqué le politologue Robert Dahl (*L'analyse politique contemporaine*, 1973), la coercition est « une forme de pouvoir qui existe chaque fois que A contraint B à acquiescer à sa demande en le confrontant uniquement à des alternatives impliquant de sérieuses privations ».

« Or, l'éthique de la recherche médicale impliquant la personne humaine interdit tout recours à la coercition, même indirecte. La déclaration d'Helsinki à laquelle renvoie la directive européenne N°2001/20/CE du 4 avril 2001 (considérant 2) affirme que le médecin doit s'entourer de précautions si le sujet de l'essai clinique « doit donner son consentement sous la contrainte », car « le droit du sujet de sauvegarder son intégrité et sa vie privée doit toujours être respecté ».

Le règlement européen N°536/2014 du 16 avril 2014 est encore plus explicite : « aucune contrainte, y compris de nature financière, n'est exercée sur les participants pour qu'ils participent à l'essai clinique » (article 28, h).

Le préambule de ce texte apporte une autre précision intéressante : pour que le consentement éclairé puisse être donné librement il faut tenir compte « de toutes les circonstances pertinentes qui pourraient influencer la décision de participer à un essai clinique, notamment lorsque le participant potentiel appartient à une catégorie défavorisée sur le plan économique ou social ou lorsqu'il est dans une situation de dépendance institutionnelle ou hiérarchique susceptible d'influer de façon inopportune sur sa décision de participer ou non » (considérant 31). »

« En conclusion, les principes juridiques paraissent solidement établis pour considérer que la « vaccination » obligatoire porterait atteinte à des garanties fondamentales pour la protection des individus. Reste que ce que le législateur a fait, il peut toujours le défaire et cela vaut aussi en matière de recherche médicale. Cela demanderait néanmoins de détricoter un écheveau complexe de règles juridiques, un empilement de normes dont la loi Jardé de 2012 n'est qu'un élément et auquel il faudrait ajouter de nombreuses règles de droit du travail, de droit civil, de droit pénal, etc.

Or, la loi relative à la gestion de la crise sanitaire qui instaure la vaccination obligatoire dans une précipitation organisée, ne le fait pas. En l'état, la nouvelle loi prévoit donc l'inoculation obligatoire d'un médicament immunologique expérimental, ce qu'une autre loi, au moins, interdit.

Par ailleurs, la France se met en contradiction avec le droit supranational, car cette loi est contraire non seulement au droit de l'Union européenne, mais aussi à la Convention d'Oviedo du 4 avril 1997 sur les droits de l'homme et la biomédecine qui

affirme le principe du consentement libre et éclairé et qui a force obligatoire depuis 2011 sur le sol français. »

« Il a fallu près d'un siècle pour que s'impose sur ce point un droit protecteur des personnes à tous les étages de l'ordre juridique – international, européen et national. Il paraît inconcevable et inquiétant que des règles éthiques prévues non seulement pour des situations ordinaires, mais aussi pour des situations exceptionnelles – comme en atteste le Code de Nuremberg qui fut, en 1947, un temps fort de cette élaboration juridique – soient écartées à l'occasion d'une crise, fût-elle sanitaire. » (*Pourquoi la vaccination obligatoire anti-covid viole l'Etat de droit*, 23 juillet 2021, par le professeur d'Université, M. Philippe SEGUR)

Le procès de Nuremberg n'aurait-t-il donc servi à rien ?

<https://lesgeneralistes-csmf.fr/2015/02/06/histoire-le-proces-des-medecins-de-nuremberg/>

Le procès des médecins de Nuremberg, qui a eu lieu en 1946-1947, était dirigé contre 23 médecins et administratifs accusés d'avoir participé à des crimes de guerre et des crimes contre l'humanité à travers les expérimentations médicales infligées aux déportés dans les camps de concentration. Le procès a abouti à la rédaction du Code de Nuremberg destiné à contrôler les futurs essais thérapeutiques réalisés sur des êtres humains.

« L'une des caractéristiques de l'État de droit est la soumission de l'État aux règles qu'il a lui-même énoncées. Si les gouvernants ne tiennent plus compte de ces dernières et leur portent atteinte, cela ne peut signifier qu'une chose : l'État de droit cède la place à l'arbitraire.

Il faut alors espérer que les juges sauront ramener les gouvernants à la raison juridique. Car en matière d'éthique médicale, nous avons derrière nous un siècle de réflexion fondée sur un certain nombre de drames et trente ans de législation éclairée qui ont posé des garde-fous pour la sauvegarde de tous. » (*Pourquoi la vaccination obligatoire anti-covid viole l'Etat de droit*, 23 juillet 2021, par le professeur d'Université, M. Philippe SEGUR)

SUR LE RETABLISSEMENT DU SALAIRE :

Compte tenu de l'inconstitutionnalité et de l'inconventionnalité d'une suspension sans traitement décidée sans respect du principe du contradictoire, il est évident que la mesure de suspension ne peut intervenir qu'en application de l'article 30 de la loi du 13 juillet 1983, c'est-à-dire avec maintien de salaire. Sans qu'il soit besoin d'examiner d'autre motif, il vous est donc demandé de procéder à cette mesure sans délai.

EN CONSEQUENCE, IL PLAIRA A Madame ou Monsieur le Président,

Vu l'article L.521.1 du code de justice administrative :

- Constater l'urgence, et le doute sérieux sur la légalité de la décision attaquée,
- Ordonner la suspension de la décision attaquée;
- Rétablir le versement du traitement de Madame....
- Condamner le directeur de l'hôpital de... à verser à la requérante la somme de 2.000 euros en application de l'article L.761-1 du code de justice administrative, le tout sous astreinte de 100 euros par jour de retard dans un délai de 8 jours à compter de la notification de l'ordonnance à intervenir.

Fait à..... le.....

Me.....

Avocat au Barreau de.....

**DE LA DANGEROUSITE DE L'ESSAI CLINIQUE
ET DU « VACCIN EXPERIMENTAL » COVID-19**

&

**DE LA NON JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE
DES MESURES AUTOUR DES « VACCINS EXPERIMENTAUX »**

Dr Astrid Stuckelberger

**Privat-docent de médecine, PhD et Master de Science
Scientifique, experte pour l'OMS et l'UE**

Pour

Me Jean-Pierre Joseph

16 septembre 2021

I. Sources officielles : Mortalité et effets secondaires alarmants

Selon la base de données européenne de pharmacovigilance EudraVigilance¹ qui publie régulièrement les rapports sur les décès et effets indésirables liés au « vaccin expérimental », on peut relever des chiffres alarmants *après 8 mois d'un « essai clinique »* :

- 23'924 décès,
- 2'478'978 effets secondaires (dont, 8'539 adolescents âgés de 12-17 ans)
- 27'715 handicaps irréversibles.

Les décès sont liés en grande partie à des désordres vasculaires et respiratoires. A souligner que le nombre d'adolescents rapportant via leurs médecins des effets indésirables est extrêmement élevé alors que ce sont des événements en principe rarissime.

Ces atteintes à la vie sont également relevées aux Etats-Unis dans les système officiel de rapport d'effets indésirables (VAERS²) au 27 août 2021 pour les mêmes produits : après 8 mois, 13'911 décès ce qui représente pratiquement le double de décès qu'en 35 ans de relevés du système VAERS avec un total de 6'204 décès dus à un vaccin homologué. De plus, 18'098 cas de handicap permanent. Dans les deux cas, le produit Pfizer et Moderna sont les plus dévastateurs. Une analyse publiée le 8 septembre 2021 par Tracy Hoeg et al.³ à partir de cette banque de données montre que les jeunes de 12 à 17 ans sont exposés à un risque cardiaque (de type myocardite) plus élevé que le risque d'hospitalisation pour COVID-19. Le groupe avec le risque le plus sévère de problèmes cardiaques post-vaccination expérimentale est le groupe le plus jeune des 12-15 ans.

Primum Non Nocere

Ces faits ne peuvent pas être contesté, les conséquences de ce produit sont extrêmement létales et continuer un « essai clinique » en omettant de considérer sérieusement ces données tend à démontrer une véritable « intention de nuire » à la vie d'autrui, au « *Primum nocere* » et non au premier principe d'éthique « *Primum non nocere* ».

Or, le principe éthique classique des « essais cliniques » est de stopper les recherches expérimentales thérapeutiques dès lors que l'essai atteint la vie d'autrui et sa santé. Certaines études ont arrêté l'essai thérapeutique autorisé par la FDA déjà après un seul décès comme c'est le cas pour un laboratoire pharmaceutique français⁴, alors que d'autres experts estiment à un maximum 20 à 50 décès sont amplement nécessaires pour établir une « dangerosité » du produit utilisé dans une

¹ Europe : EudraVigilance qui couvre 27 pays en Europe (pays non inclus : Albanie, Bosnie-Herzégovine, Suisse, Kosovo, Macédoine, Serbie et Grand-Bretagne)

² USA : VAERS - <https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php> système de relevé des événements indésirables liés aux vaccins aux Etats-Unis, appelé VAERS2 (Vaccine Adverse Event Reporting System) tenu par la CDC et la FDA

³ Tracy Beth Hoeg T.B., Krug A., Stevenson J. and Mandrola J. (2021). SARS-CoV-2 mRNA Vaccination-Associated Myocarditis in Children Ages 12-17: A Stratified National Database Analysis, medRxiv 2021.08.30.21262866; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.08.30.21262866>

⁴ <https://investir.lesechos.fr/actions/actualites/collectis-chute-en-bourse-apres-un-deces-1917293.php>

recherche comme relevé en mai 2021 par le Professeur de médecine McCullough⁵, cardiologue à l'Institut de Baylor et scientifique réputé aux Etats-Unis.

"La limite pour arrêter un programme de vaccin est de 25 à 50 morts : grippe porcine en 1976, 25 décès, ils ont arrêté. On a 200 rapports de décès en moyenne par an aux US tous vaccins confondus. Nous avons plus de 4.000 rapports de morts aux Etats-Unis!

***C'est de loin l'agent biologique le plus mortel,
le plus toxique jamais injecté dans un corps humain."***

La recherche devrait immédiatement mettre fin aux injections de « vaccins expérimentaux » causant autant de morts déclarés par formulaires officiels. Soulignons que, selon le principe de précaution, non seulement la campagne de « vaccination expérimentale » doit être immédiatement stoppée, mais les « vaccins expérimentaux » devraient être retirés du marché et interdits avec fermeture du centre, car elle portent atteintes à la santé des sujets qui ont accepté cette expérimentation.

Prof. Robert Malone, le concepteur de la technologie ARNm, explique qu'après avoir étudié l'effet des « vaccins expérimentaux » durant les 48 heures après l'injection, il a pu mettre en évidence que les protéines Spike se sont non seulement répliquées hors du champ de la zone d'injection des « vaccins expérimentaux » traditionnels en migrant vers les organes, tissus, parois du système vasculaire et artériels, mais il a de surcroît pu observer que la Spike protéine se propageait vers des récepteurs particulièrement sensibles de l'organisme telles que la moelle épinière (avec risque de cancer) et les récepteurs ovariens (avec risque accru de stérilité)⁶. Il affirme par ailleurs que la Spike protéine est dangereuse, biologiquement active et cytotoxique (dès 13'50). Même après avoir alerté la FDA (Food and Drug Administration, agence fédérale des médicaments et des aliments aux Etats-Unis). Il souligne que sous la loi d'urgence les procédures d'évaluations n'ont pas été suivies avec rigueur dans le test animal, puis humain (16'00), c'est un vaccin recombinant qui utilise une thérapie génique appliquée à un « vaccin expérimental » dangereux et cytotoxique (17'45).

A noter que si le risque à court terme est déjà suffisant pour mettre un terme à l'essai « clinique », le risque à moyen et long terme de ces produits peut s'avérer dramatique, comme relevé par de nombreux scientifiques mondiaux spécialisés, dans les réactions d'un système immunitaire surchargé de Spike protéine dans tous les organes, tissus et système vasculaire.

Les scientifiques suivant soulignent que la Spike protéine distribuée dans tout l'organisme est non seulement vouée à des effets gravissimes sur le système métabolique, en particulier vasculaire, mais que des décès conséquents sont attendus d'ici 1 à 3 ans au plus : le prix Nobel Prof. Luc

⁵<https://envahis.com/covid-selon-un-cardiologue-americain-le-vaccin-est-lagent-biologique-le-plus-mortel-le-plus-toxique-jamais-injecte-dans-un-corps-humain/>

⁶ Dr Robert Malone (19 June 2021). Discussion about vaccine technology, safety and policy. with Steve Kirsch - Executive Director of Covid-19 Early Treatment and Bret Weinstein from DarkHorse Podcast. <https://trialsitenews.com/how-to-save-the-world-in-three-easy-steps/>

Montagnier, Prof. Christian Perronne⁷, Prof. Sucharit Bhakdi, Prof. Ryan Cole⁸, Dr Van Bosschen et Prof Byram Bridle⁹ pour n'en citer que quelques-uns.

Prof. Luc Montagnier, biologiste et Prix Nobel de médecine en 2008 pour avoir co-découvert le VIH en 1983, affirme même une situation fatale¹⁰ :

« [...] Il n'existe aucune chance de survie pour les personnes ayant reçu une quelconque forme de « vaccin » contre le Covid-19. Il n'y a aucun espoir et aucun traitement possible pour ceux qui ont déjà été vaccinés. Nous devons être prêts à incinérer les corps [...] »

« [...] ils (les vaccinés par vaccin ARNm: Pfizer et Moderna) mourront tous d'une amélioration dépendante des anticorps. Rien de plus ne peut être dit. C'est une énorme erreur, non ? Une énorme erreur scientifique ainsi qu'une erreur médicale. C'est une erreur inacceptable. Les livres d'histoire le montreront, car c'est la vaccination qui crée les variants, de nombreux épidémiologistes le savent et observent le silence sur le problème connu sous le nom du « renforcement dépendant des anticorps ». (31 juillet 2021) »

Prof. Sucharit Bhakdi est microbiologiste et ancien professeur de l'université Johannes Gutenberg de Mayence en Allemagne, où il a travaillé au sein du département de microbiologie et d'hygiène médicale. Ces nombreuses vidéos pédagogiques expliquent et démontrent la dangerosité du « vaccin expérimental »¹¹ et les risques d'effets indésirables gravissimes inéluctables par sur-réaction des Spike protéines à l'apparition du moindre virus futur¹².

En effet les recherches indépendantes ont relevé des conséquences qui s'avèrent déjà inquiétantes avec des cas de décès immédiats ou dans les 3 jours – ces études doivent se mettre en place.

Enfin une étude israélienne a démontré que le vaccin est inefficace et que *l'immunité naturelle est 13 fois plus efficace pour stopper le variant Delta que les vaccins expérimentaux*

tout en ajoutant que que les vaccins sont inutiles vu que la mortalité n'est pas surnuméraire en France et dans le monde et que les traitement existent

⁷ Prof. Christian Perronne (5 mai 2021). Rapport d'expert à propos du COVID-19 pour le Pourvoi judiciaire de la FDDL pour Me Dominic Desjarlais (Québec) Montréal.

⁸ Dr .Ryan Cole is a board-certified dermatopathologist (AP & CP) and the CEO/Medical Director of Cole Diagnostics. Scientific lecture on COVID-19 vaccine, July 27, 2021, "White Coat Summit" of America's Frontline Doctors. San Antonio, Texas. <https://www.idahostatesman.com/opinion/from-the-opinion-editor/article253889428.html>

⁹ Prof. Bridle B. (juin 2021). Children and Vaccine

¹⁰ <https://www.profession-gendarmerie.com/les-predictions-mortelles-du-professeur-luc-montagnier-sur-les-vaccines-cest-une-bombe-a-lire-durgence/comment-page-2/>

https://www.lifesitenews.com/news/nobel-prize-winner-mass-covid-vaccination-an-unacceptable-mistake-that-is-creating-the-variants?fbclid=IwAR1cV4dTHJsegF7F3DpsWomleiP6_bfNxMMx-zdx0wsy7rvsqWee83URUPY

¹¹ Prof. Sucharit Bhakdi est un microbiologiste retraité et ancien professeur de l'université Johannes Gutenberg de Mayence en Allemagne, où il a travaillé au sein du département de microbiologie et d'hygiène médicale. Ces nombreuses vidéos pédagogiques expliquent et démontrent la dangerosité du « vaccin expérimental » <https://factuel.afp.com/http%253A%252F%252Fdoc.afp.com%252F9FC7L4> – ou alertent sur les risques élevés de problèmes vasculaires tels que les thromboses, AVC, myocardites etc : <https://www.youtube.com/watch?v=pyPjAfnNA-U>

¹² Reiss K. and Bhakdi S. (2020). Corona, False Alarm?: Facts and Figures. Chelsea Green Publishing

De nombreuses recherches ont démontré qu'il n'y avait aucune utilité ni justification à un « vaccin expérimental » et une « campagne de vaccination mondiale » bien au contraire, 18 raisons sont données pour refuser cette injection¹³ :

- I. Les « faiseurs » du « vaccins expérimentaux » ne prennent aucune responsabilité dans un produit testé et standardisé, alors que le principe même de la recherche est que les résultats ne seront pas les mêmes chez chacun
- II. Le passé sulfureux des compagnies de « vaccins » qui ont payés des sommes phénoménales dans les dommages et intérêts dus au produits par décès ou effets indésirables irréversibles. Ces compagnies ne peuvent être fiables.
- III. Les nombreux échecs jusqu'à ce jour du développement d'un vaccin Coronarvirus, basé sur le fait que les virus de la famille des Coronavirus sont instables et mutent facilement
- IV. Le manque de données complètes soumis à la FDA par les faiseurs de vaccins
- V. Pas d'accès aux données de base de l'essai clinique
- VI. Aucune sécurité à long terme des « vaccins expérimentaux » vus la temporalité des essais cliniques
- VII. Pas de consentement éclairé éthique et rigoureux, voir pas de consentement du tout car l'imposition d'un « vaccin expérimental » est obligatoire quasi partout alors que ce n'est qu'une enquête à laquelle à tout loisir, le droit de ne pas consentir est au cœur de la rigueur éthique.
- VIII. Sous estimation des décès et effets secondaires, faible nombre de relevés des effets indésirables et censure sur les relevés et sur les chiffres prouvant les décès dus au « vaccin expérimental. Selon une étude réalisée par l'Université de Harvard, **moins de 1% de toutes les réactions indésirables aux vaccins sont en fait soumises au National Vaccine Adverse Events Reports System (VAERS)** – lisez la page 6 au lien ci-dessus.¹⁴
- IX. Le « vaccin expérimental » ne stop pas la transmission ou l'infection¹⁵.
- X. La population contracte le COVID-19 après avoir été pleinement vaccinés. Dans une étude menée dans une communauté de religieuses, 80% des 35 religieuses qui ont reçu le vaccin dans un couvent du Kentucky ont contracté la COVID 2 jours après le vaccin¹⁶
- XI. Le taux de décès général moyen est minime. En effet la CDC compte 99.74% de taux de survie, ce qui fait que 0.026% sont décédés. Ce chiffre ne justifie en aucun cas une énorme investissement dans un « vaccin expérimental » et une campagne massive de vaccination¹⁷
- XII. Modification dans la collecte de données des décès. L'obsession avec le label diagnostic « COVID-19 » et des tests qui ne sont pas valables, plutôt que de relever les co-morbidités. La directive elle-même de l'OMS et de la CDC qui recommande de mettre les cas suspects et probable comme étant décédés du COVID-19¹⁸.

¹³ <https://thewallwillfall.org/2021/09/05/18-reasons-i-wont-be-getting-the-covid-shot/>

¹⁴ <https://www.icandecide.org/wp-content/uploads/2020/12/Lazarus-report.pdf>

¹⁵ <https://www.fda.gov/drugs/types-applications/investigational-new-drug-ind-application#Introduction>

¹⁶ <https://www.lifesitenews.com/news/several-nuns-die-after-taking-first-shot-of-covid-vaccine/>

¹⁷ <https://www.nbc26.com/news/coronavirus/cdc-estimates-covid-19-fatality-rate-including-asymptomatic-cases>

¹⁸ <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases/emergency-use-icd-codes-for-covid-19-disease-outbreak>

XIII. Fauci et six autres personnes au NIAID possèdent des brevets dans le vaccin Moderna

XIV. Fauci est sur le banc des accusés pour recherche illégale sur la fonction de gain

XV. Non seulement le coronavirus (comme tous les virus) continue de muter, mais selon le développeur de vaccins de renommée mondiale Geert Vanden Bossche¹⁹, il mute environ toutes les 10 heures.

XVI. Censure et absence complète de débat scientifique

XVII. Les virologues les plus connus dans le monde tirent la sonnette d'alarme²⁰

XVIII. Immunité naturelle et Anti-corps : « j'ai déjà eu le COVID-19.

L'étude Israélienne l'efficacité de l'immunité naturelle à long terme. Citée comme « la plus grande analyse du monde réel comparant l'immunité naturelle - acquise lors d'une infection antérieure - à la protection fournie par l'un des vaccins les plus puissants actuellement utilisés ». Cette étude remet en outre en question la crédibilité de s'appuyer sur les vaccins, étant donné que l'étude a montré que les vaccinés étaient finalement 13 fois plus susceptibles d'être infectés que ceux qui avaient été infectés précédemment, et 27 fois plus susceptibles d'être symptomatiques.²¹

Les « vaccins expérimentaux » sont des thérapies géniques, de nombreuses études ont été conduites avec des résultats sérieux qui remettent en question la fiabilité et sécurité du vaccin.

- Les données suggèrent que la vaccination avec la rMVA exprimant la protéine SARS-CoV S est associée à une hépatite accrue²², à une thrombocytopénie avec Pfizer et Moderna²³
- Les vaccins à ARNm contre la COVID-19 (Pfizer et Moderna) ont des risques sérieux de myocardite et de péricardite, survenus dans les 14 jours suivant la vaccination, plus souvent après la deuxième dose et chez des hommes jeunes^{24, 25}. Les myocardites associées aux vaccins RNAm sont bien plus fréquentes et sévères chez les garçons plus jeunes de 12 à 15 ans que chez les plus âgés (12 à 17 ans)²⁶
- Transmissions après « vaccination »²⁷
- Problèmes avec le système immunitaire après « vaccination »^{28, 29, 30, 31, 32, 33}
- Transcriptase pollution du génome après « vaccination »^{34, 35, 36}

¹⁹ <https://www.linkedin.com/in/geertvandenbossche/>

²⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=ZJZxiNXLpc&t=2128s>

²¹ <https://www.zerohedge.com/covid-19/ends-debate-israeli-study-shows-natural-immunity-13x-more-effective-vaccines-stopping>

²² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC525089/>

²³ Lee, E. et al. (2021) Thrombocytopenia following Pfizer and Moderna SARS-CoV-2 vaccination. Am. J. Hematol. (preprint)

²⁴ <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/medicaments-a-usage-humain/surveillance-du-marche/health-professional-communication--hpc-/dhpc-mrna-impfstoffe-gegen-covid-19.html>

²⁵ <https://swprs.org/covid-vaccine-adverse-events/>

²⁶ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.30.21262866v1>

²⁷ https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3897733

²⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK233000/>

²⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7833091/>

³⁰ <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/medicaments-a-usage-humain/surveillance-du-marche/health-professional-communication--hpc-/dhpc-mrna-impfstoffe-gegen-covid-19.htm>

³¹ [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(03\)02687-3/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(03)02687-3/fulltext)

³² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7873987/>

³³ <https://worldwide.espacenet.com/patent/search/family/045442489/publication/AU2011253592A1?>

³⁴ <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.12.12.422516v1>

³⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33330870/>

³⁶ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33958444/>

- MMA peut modifier votre ADN^{37, 38, 39}

II. Composition du contenu des « vaccins expérimentaux » : alerte internationale de substance illégales

Présence de nanoparticules de graphène dans les « vaccins expérimentaux » : cytotoxique, génomotoxique

Le graphène est un nanomatériau basé sur le carbone qui est dérivé du graphite cristallin⁴⁰. Le graphène est considéré comme un matériau révolutionnaire; c'est le matériau le plus solide de la planète, super-élastique, magnétique et conducteur. Il a d'énormes applications en médecine, ainsi que dans des domaines non médicaux, une industrie prometteuse de plusieurs milliards de dollars. Les applications médicales comprennent les livraisons de médicaments et de gènes, le traitement du cancer et le développement d'organes ou de biomarqueurs⁴¹. Cependant, les nanoplaques d'oxyde de graphène sont toxiques sans fonctionnalisation⁴².

L'oxyde de graphène n'a jamais été utilisé sur les humains auparavant, mais il a fait l'objet de recherches approfondies pour une utilisation prévue sur les humains. Il existe plus de 2000 études sur la toxicité de l'oxyde de graphène et 500 d'entre elles ont été publiées en 2017.

On trouve par ailleurs le brevet chinois du *Shanghai NAT Engineering Research Center* pour le « nano-vaccin recombinant utilisant l'oxyde de graphène comme support » publié sur le site de l'OEB⁴³ [Publication CN112220919A-2021-01-15]

Découverte choquante de graphène, confirmée au niveau international⁴⁴

L'Espagne a été la première à tirer la sonnette d'alarme sur la composition des fioles du « vaccin expérimental » Pfizer BioNtech mRNA « COMIRNATY™ ». Dr Ricardo Delgado Martín a sollicité une évaluation auprès du Professeur Pablo Campra Madrid, docteur en Chimie et licencié en biologie de l'Université d'Almería. Le Prof. Campra produit un rapport préliminaire de 54 pages le 28 juin 2021 et **conclut, après son observation et analyse au microscope optique et électronique à la détection d'oxyde de graphène en suspension aqueuse.**

Il présente une série d'images à microscope électronique à transmission (TEM)^{45, 46}

³⁷<https://theexpose.uk/2021/08/15/scientific-study-finds-mrna-can-alter-your-dna/>

³⁸<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/atvbaha.117.310552>

³⁹<https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/ATVBAHA.117.310552>

⁴⁰Novoselov KS, Geim AK, Morozov SV, Jiang D, Zhang Y, Dubonos SV, Grigorieva IV, Firsov AA Electric field effect in atomically thin carbon films. *Science*. 2004 Oct 22; 306(5696):666-9.

⁴¹Nezakati T, Seifalian A, Tan A, Seifalian AM. Conductive Polymers: Opportunities and Challenges in Biomedical Applications, *Chem Rev*. 2018 Jul 25; 118(14):6766-6843.

⁴²Amrollahi-Sharifabadi M, Koohi MK, Zayerzadeh E, Hablolvarid MH, Hassan J, Seifalian AM. In vivo toxicological evaluation of graphene oxide nanoplatelets for clinical application. *Int J Nanomedicine*. 2018;13:4757-4769. Published 2018 Aug 22. doi:10.2147/IJN.S168731

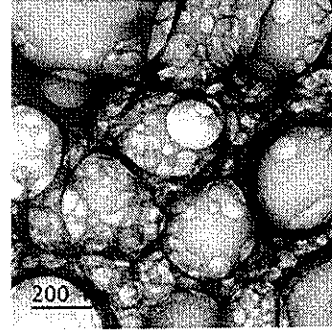
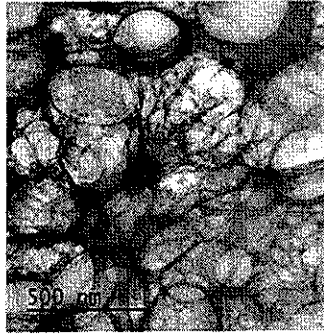
⁴³<https://worldwide.espacenet.com/patent/search/family/074107128/publication/CN112220919A?q=pn%3DCN112220919A>

⁴⁴<https://regnummariaeregnumgalliae.wordpress.com/2021/08/29/composition-des-pseudo-vaccins/>

⁴⁵ Le microscope électronique (TEM) est habituellement utilisé pour obtenir des images de nanoparticules de graphène. Il est devenu un instrument relativement standard et facile d'utilisation, capable de produire des images de lamelles de graphène en couches individuelles.

Image 1 : description des images de microscopie électronique à transmission (TEM) de Pfizer

Les images TEM de l'échantillon RD1 PRÉSENTENT UNE FORTE SIMILITUDE générale avec des images d'oxyde de graphène de la littérature obtenues avec la même technique TEM, avec un grossissement similaire. On observe une matrice intriquée ou une maille de lamelles flexibles translucides repliées sur elles-mêmes, avec un mélange d'agglomérations multicouches plus foncées et de monocouches non pliées de couleur plus claire. Des zones linéaires plus foncées à cause de la superposition locale de lamelles apparaissent, ainsi que des lamelles individuelles parallèles au rayon d'électrons. À travers la maille on voit apparaître une densité élevée de formes claires arrondies et elliptiques non identifiées, qui correspondent peut-être à l'orifice généré par la déformation mécanique de la maille durant le traitement. Ci-dessous, 3 images avec un grossissement progressif :



Selon Delgado, La Quinta Columna en a obtenu une douzaine d'autres analyses de différents laboratoires et continuera à les analyser avec l'Université d'Almeria sans repos. L'onde de choc créé par les analyses de laboratoires ont créé un véritable séisme dans l'analyse scientifique de produit injectés dans les sujets de recherche de l'essai thérapeutique d'un « vaccin expérimental » qui ne décrit pas le contenu de l'injection en toute transparence, ce qui est pourtant la base de toute essai clinique.

Le résultat a démontré qu'entre 98% et 99% du contenu des flacons de vaccination expérimentale correspond à de l'oxyde de graphène.

Comme ils l'ont dit, il ne s'agit pas d'un vaccin, mais d'une dose d'oxyde de graphène pur dans la veine

Le Dr Delgado affirme que l'oxyde de nanographène crée une thrombogénicité ou une coagulation du sang dans les veines, compromet le système immunitaire, provoque une pneumonie bilatérale, provoque une perte d'odorat et de goût, provoque une inflammation multiviscérale et crée essentiellement tous les symptômes attribués au début du déploiement de la « pandémie » à la COVID-19.⁴⁷

« Le graphène est toxique, c'est un produit chimique, un agent chimique toxique.

Introduit dans l'organisme en grande quantité, il provoque des thromboses. Il provoque des caillots sanguins. Nous avons tous les articles scientifiques pour l'étayer. Il provoque un syndrome post-inflammatoire, il provoque une altération du système immunitaire.

Et lorsque l'équilibre redox est rompu, dans le sens où il y a moins de glutathion de réserve dans le corps qu'un toxique introduit tel que l'oxyde de graphène, cela génère un effondrement du système immunitaire et une tempête de cytokines.

En d'autres termes, quelque chose de très similaire à la maladie à la mode, n'est-ce pas? »

⁴⁶ <https://everydayconcerned.net/2021/07/05/shocking-news-spanish-researchers-find-98-99-of-pfizer-vaccine-vial-is-comprised-of-toxic-blood-clotting-nano-graphene-oxide-also-found-in-flu-vaccines-now-seen-to-be-true-cause-of-covid-19/>

⁴⁷ <https://everydayconcerned.net/2021/07/05/shocking-news-spanish-researchers-find-98-99-of-pfizer-vaccine-vial-is-comprised-of-toxic-blood-clotting-nano-graphene-oxide-also-found-in-flu-vaccines-now-seen-to-be-true-cause-of-covid-19/>

Autres éléments toxiques que le graphène dans les « vaccins expérimentaux »

Suite à cette découverte, plusieurs groupes de recherches ont confirmé la même présence de graphène dans tous les « vaccins expérimentaux ».

- confirmation stupéfiante des récentes découvertes de microscopie électronique et de spectroscopie des chercheurs médicaux en Espagne et en Argentine rapportées par La Quinta Columna
- le Dr Robert Young, biochimiste, microbiologiste et nutritionniste clinique, auteur de la série *The pH Miracle*, de la série *Reverse Cancer Now* et de plusieurs autres livres, avec 40 ans de recherche clinique et médicale en microbiologie, d'érudition et d'enseignement derrière lui, rapporte que lui et une équipe de chercheurs scientifiques ont utilisé la microscopie électronique à transmission et à balayage, la microscopie à contraste de phase et la spectroscopie à rayons X pour identifier la toxine oxyde de graphène dans les 4 vaccins: Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Johnson & Johnson. Au-delà du graphène, les analyses ont mis en évidence d'autres substances, tels que des métaux, parasites et éléments pouvant nuire à la santé: **l'aluminium, l'acier inoxydable, le bismuth, les capsides de nanoparticules lipidiques parsemées d'oxyde de graphène et un parasite dangereux, Trypanosoma cruzi, diversement dans certains de ces vaccins.**

Oxyde de graphène dans les masques, dans les PCR/écouvillons naseaux⁴⁹⁵⁰

L'oxyde de graphène – sous forme de nanotubes de carbone d'hydrogel – et le dioxyde d'éthylène cancérigène, ont été trouvés sur les **MASQUES** et les **ÉCOUVILLONS NASAUX** qui peuvent maintenant être considérés comme des vecteurs de transmission de l'oxyde de graphène anti-encéphalique, une seule couche monoatomique de graphite fonctionnant dans la réalité quantique avec une conductivité électrique élevée et une capacité à pénétrer dans les membranes cellulaires humaines.

Les études slovaques montrent que les tests COVID déposent du lithium et de l'hydrogel DARPA (oxyde de graphène avec des nanoparticules lipidiques) au niveau de la barrière hémato-encéphalique près de la glande pinéale; les cristaux de GO se développent dans la salive et créent des nano-antennes fractales. Les écouvillons d'essai sont également contaminés par du lithium et des fibres de nylon brisées.

Récolte d'ADN via le test COVID-19

Bill Evanina a démissionné de son poste de haut responsable du contre-espionnage au sein du gouvernement américain en janvier 2021, pour autoriser un avertissement public rare et urgent:

⁴⁸ <https://www.orwell.city/2021/07/graphene-oxide.html>

⁴⁹ https://odysee.com/@thenewamericanvideo:7/210429_Carrie_Export1:8?r=DnuPWTfMhfCoEdTPpxtnU4eUyBaiTL5V

⁵⁰ <https://ambassadorlove.wordpress.com/2021/05/21/slovakia-report-covid-tests-contaminated-with-nanotech-hydrogels-and-lithium/>

**« Les puissances étrangères peuvent collecter, stocker et exploiter
les informations biométriques via les tests covid. »**

Il existe des preuves que l'écouvillon nasopharyngé pour le « test » Covid est utilisé pour récolter de l'ADN par le Parti communiste chinois (PCC) et Bill Gates qui utilisent des « tests » Covid pour collecter, stocker et exploiter les informations biométriques des citoyens américains.

- Des recherches scientifiques menées en laboratoire par Mike Adams de Natural News ont produit des preuves photographiques que les « kits de test » COVID-19 et les masques fabriqués en Chine infestent les poumons de minuscules particules. M. Adams a publié plus de 40 photos de laboratoire d'écouvillons et de masques COVID-19 et a prouvé qu'ils contenaient effectivement de mystérieuses fibres rouges et bleues. Certaines de ces fibres ont des crochets ou des « pinces » et semblent être conçues pour s'accrocher aux tissus mous, ce que l'on ne trouve pas dans les fibres naturelles. Les pinces sont compatibles avec les hydrogels nanotechnologiques et les nanotubes de carbone (nanovers) qui sont conçus pour s'attacher aux tissus à l'intérieur du corps et attendre une commande externe par fréquence EMF classée.
- L'ancienne employée de la FEMA devenue lanceuse d'alerte Celeste Solum, a révélé dans des documents du gouvernement américain que les « tests » COVID-19 insèrent une balise magnétique qui permet le suivi. Le brevet du « kit de test » COVID-19 est détenu et exploité par Richard A. Rothschild, qui est le brevet #US2020279585 (A1).

En fait, les nano-masques et les « tests » COVID-19 délivrent des injections de nanobots au cerveau.

Outre les dispositifs médicaux Nanotech et le génie génétique forcé, les scientifiques ont trouvé des preuves d'un cocktail chimique dans les masques faciaux des poisons les plus fortement restreints réglementés par les autorités en Europe et aux États-Unis. L'oxyde d'éthylène, un poison anti-gaz non approuvé par les régulateurs européens ou américains, est également pulvérisé sur les masques et les écouvillons covid. Encore une fois, nous devons aller au fond des choses pour savoir qui est responsable de cela.. Les experts disent que les masques sont comparables à la respiration de déchets dangereux⁵¹.

La Dr Carrie Madej a été la première experte à ouvrir un débat public sur les hydrogels nanotechnologiques. Dans sa plus récente interview, elle nous fait une présentation sur les produits pharmaceutiques à ARNm, les hydrogels pour l'administration de gènes, la mutation de l'ADN, la santé immunitaire, le codage synthétique et les potentiels à long terme de modification génétique de l'espèce humaine grâce aux injections, aux écouvillons et aux masques Covid-19. Dans l'interview de Brighteon avec The New American, le Dr Madej explique en détail comment les nanobots sont testés sur des humains comme des rats de laboratoire, délivrant des charges utiles de médicaments et de produits chimiques, des explosifs, des toxines et des technologies d'édition de gènes sans consentement éclairé. **La DARPA a un rôle énorme dans le développement de ces armes biotechnologiques qui modifient de manière permanente le génome humain et modifient**

⁵¹ <https://ambassadorlove.wordpress.com/2021/05/21/slovakia-report-covid-tests-contaminated-with-nanotech-hydrogels-and-lithium/>

génétiqnement l'espèce humaine en hybrides, en partie artificiels et en partie humains, ce qui permet l'image de marque, la propriété et le contrôle externe du corps, de l'esprit et des émotions.

A quoi peut donc servir le graphène dans un « vaccin expérimental » ?

Dans un articles scientifique paru en 2018, Peña-Bahamonde⁵² et son équipe de chercheurs dans le département de génie civil et environnemental de l'Université de Houston au Texas, décrivent les progrès récents dans la technologie des biocapteurs avec le graphène et les nanomatériaux à base de graphène avec des applications dans les sciences de la vie. développements récents sur la technologie des biocapteurs:

« La structure physique unique du graphène, ainsi que ses propriétés chimiques et électriques, le rendent idéal pour une utilisation dans les technologies de capteurs. Au cours des dernières années, de nouvelles plates-formes de détection ont été proposées avec du graphène vierge et modifié avec des nanoparticules et des polymères. Plusieurs de ces plateformes ont été utilisées pour immobiliser des biomolécules, telles que des anticorps, de l'ADN et des enzymes afin de créer des biocapteurs hautement sensibles et sélectifs. Des stratégies pour attacher ces biomolécules à la surface du graphène ont été utilisées en fonction de sa composition chimique. Ces méthodes comprennent la liaison covalente, comme le couplage des biomolécules via les réactions de chlorhydrate de carbodiimide de 1-éthyl-3-(3-diméthylaminopropyle) et de N-hydroxysuccinimide, et la physisorption. »

Dans la littérature, plusieurs méthodes de détection sont utilisées; cependant, le plus commun est électrochimique, utilisé par les chercheurs, car simple, rapide avec une bonne sensibilité. Ces biocapteurs sont reconnues pour être *« particulièrement utiles dans les sciences de la vie et la médecine, car dans la pratique clinique, les biocapteurs à haute sensibilité et spécificité peuvent améliorer considérablement les soins aux patients, le diagnostic précoce des maladies et la détection des agents pathogènes. »* Ainsi, de nombreux biomatériaux dont les anticorps, les molécules d'ADN et les enzymes utilisent le graphène et ses dérivés comme échafaudages pour produire des biocapteurs efficaces capables de détecter et d'identifier une variété de maladies, d'agents pathogènes et de biomolécules liées à des maladies (Figure 1).

Les chercheurs concluent leur revue en soulignant l'utilité des plateforme de graphène en particulier pour la détection et le management des virus : *« en raison de la grande variété de molécules présentes dans le corps, l'utilisation d'anticorps ou d'enzymes dans les biocapteurs peut être plus efficace dans la détection ou la surveillance de certaines maladies. Par exemple, les anticorps peuvent être utilisés pour la détection spécifique de virus, tels que le virus Zika, le VIH, le virus de la grippe A, entre autres »* (voir tableau en annexe avec la liste des virus et pathologies déjà considérées don l'adénovirus et le rétrovirus.

Des capteurs en médecine et en sciences de la vie ont été utilisés pour surveiller les signes vitaux, diagnostiquer les patients et améliorer les soins intensifs des patients [7,8,9,10]. En raison de la nécessité d'une détection mini-invasives et d'un diagnostic précoces des maladies, de nombreux nouveaux capteurs, en particulier des nanocapteurs ont été développés et miniaturisé via

⁵²Peña-Bahamonde, J., Nguyen, H.N., Fanourakis, S.K. *et al.* Recent advances in graphene-based biosensor technology with applications in life sciences. *J Nanobiotechnol* 16, 75 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12951-018-0400-z>

l'application de nanomatériaux qui grâce à leur leurs propriétés chimiques et électriques uniques peuvent améliorer le management des patients en rendant les capteurs peu invasifs et extrêmement sensibles⁵³

Parmi les nanomatériaux utilisés pour la fabrication de nanocapteurs, le graphène et les nanomatériaux à base de graphène se sont montrés les plus efficaces et prometteurs puisqu'ils présentent une réponse améliorée (un « signal ») dans diverses applications de détection^{54,55}, possèdent une surface élevée et offrent une excellente biocompatibilité avec une variété de biomolécules, comme les anticorps, les enzymes, l'ADN, les cellules et les protéines⁵⁶. L'incorporation de telles molécules biologiques dans le schéma de détection du graphène (Figure 1) a permis le développement de ce que l'on appelle des biocapteurs. Ces biocapteurs peuvent détecter plusieurs molécules, biomolécules et même des cellules^{57,58}.

Figure 1. Exemple de plateforme de graphene avec des biosenseurs et autres composants

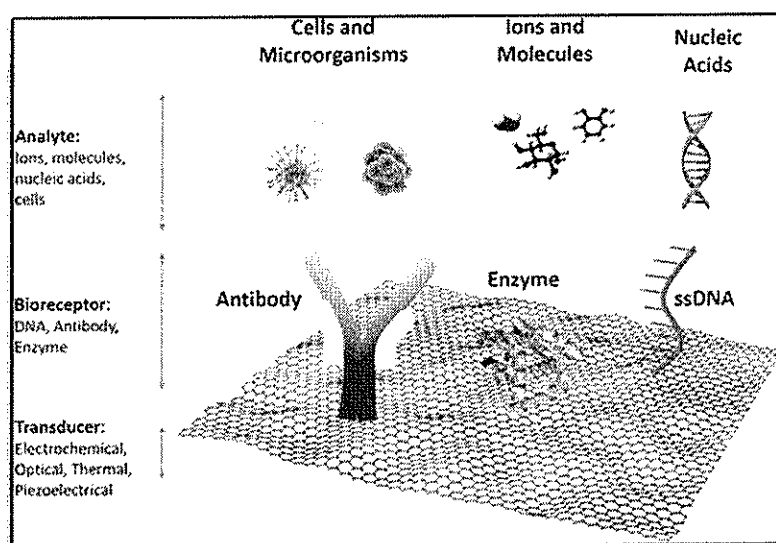


Figure 2. Schéma de graphène modifié avec des anticorps pour la reconnaissance des agents pathogènes notamment dans le développement des vaccins expérimentaux composants (Peña-Bahamonde et al., 2018).

⁵³Zhu Y, Murali S, Cai W, Li X, Suk JW, Potts JR, et al. Graphene and graphene oxide: synthesis, properties, and applications. *Adv Mater*. 2010;22:3906–24.

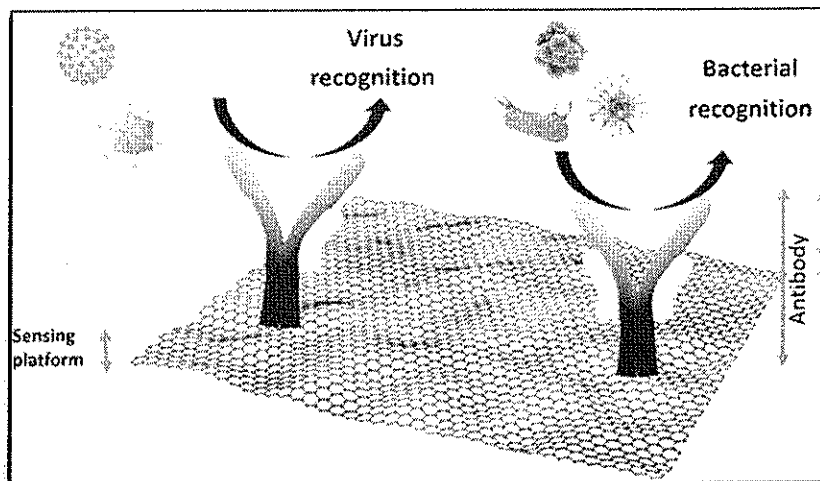
⁵⁴Morales-Narváez E, Baptista-Pires L, Zamora-Gálvez A, Merkoçi A. Graphene-based biosensors: going simple. *Adv Mater*. 2017;29:1604905.

⁵⁵Chauhan N, Maekawa T, Kumar DNS. Graphene based biosensors—accelerating medical diagnostics to new-dimensions. *J Mater Res*. 2017;32:2860–82.

⁵⁶Janegitz BC, Silva TA, Wong A, Ribovski L, Vicentini FC, Taboada Sotomayor MDP, et al. The application of graphene for in vitro and in vivo electrochemical biosensing. *Biosens Bioelectron*. 2017;89:224–33.

⁵⁷Wang Y, Li Z, Wang J, Li J, Lin Y. Graphene and graphene oxide: biofunctionalization and applications in biotechnology. *Trends Biotechnol*. 2011;29:205–12.

⁵⁸Liu J, Tang J, Gooding JJ. Strategies for chemical modification of graphene and applications of chemically modified graphene. *J Mater Chem*. 2012;22:12435.



Les plateformes de détection analytique qui mesurent la réaction de conjugaison spécifique entre l'anticorps et l'antigène sont appelées « immunosenseurs ». La biocompatibilité et la liaison à haute affinité des anticorps aux antigènes rendent cette molécule attrayante pour une utilisation dans plusieurs domaines, en particulier dans le domaine clinique, tant diagnostique que pour des interventions. La structure de l'anticorps (Ab) est composée de quatre chaînes polypeptidiques avec une forme caractéristique en « Y » comme décrit dans la figure ci-dessus.

Cependant, en raison de la grande variété de molécules présentes dans le corps, l'utilisation d'anticorps ou d'enzymes dans les biocapteurs peut être plus efficace dans la détection ou la surveillance de certaines maladies. Par exemple, les anticorps peuvent être utilisés pour la détection spécifique de virus, tels que le virus Zika, le VIH, le virus de la grippe A, entre autres. Les enzymes, d'autre part, se sont révélées prometteuses dans la détection des niveaux de glucose avec seulement de petites quantités d'échantillon. Dans l'ensemble, l'incorporation de graphène et de nanomatériaux à base de graphène dans les technologies de biocapteurs s'est révélée très prometteuse en raison de sa surface élevée, de sa conductivité électrique, de son taux de transfert d'électrons et de sa capacité à immobiliser une variété de biomolécules différentes. Le développement de biocapteurs sensibles, stables et spécifiques à leur molécule cible et pouvant être traités rapidement pour une utilisation en milieu clinique est évident à tous les spécialistes travaillant sur le graphène.

Conclusion :

L'incorporation de graphène et de nanomatériaux à base de graphène dans les « vaccins expérimentaux » utilisés pour combattre le COVID-19 sont loin d'être anodins.

Ces technologies de biocapteurs sensibles, stables et spécifiques à leur molécule cible et pouvant être traités rapidement sont depuis une dizaine d'années en développement et considérées comme très prometteuse pour une utilisation clinique en raison de sa surface élevée, de sa conductivité électrique, de son taux de transfert d'électrons et de sa capacité à immobiliser une variété de biomolécules différentes.

Comme le montre le tableau 1 en annexe, la vue d'ensemble des applications liées à des virus est extensive et impressionnante, et contient notamment des références à de nombreux virus, dont les

adénovirus (via un concept d'immunosenseur à points quantiques de graphène)⁵⁹, à diverses virus à immunosenseurs basés sur l'oxyde de graphène qui se trouve précisément dans les expertises menées par les chercheurs, tels que le rotavirus⁶⁰, le virus de la dengue⁶¹, le virus de la grippe Influenza A⁶² ainsi que sur des cibles métaboliques tel le système cardiovasculaire⁶³, les hormones liées à l'obésité⁶⁴ ou les cancers⁶⁵.

Cependant, comme le soulève la plupart des articles cités durant ces dernières années, pour obtenir des résultats uniformes et fiables et produire des biocapteurs capables d'être utilisés dans le domaine médical, de nombreuses autres études doivent être menées pour examiner la sécurité et la fiabilité des capteurs.

On peut donc scientifiquement se demander pourquoi les « vaccins expérimentaux » contiennent des nanoparticules d'oxyde de graphène et cela en quantité aussi élevée et quel est l'objectif recherché ?

Non seulement, le graphène n'a jamais été mentionné dans les descriptions par les compagnies « candidates au vaccin validé », et de surcroît jamais mentionné dans le « consentement éclairé » principe éthique fondamental de toute recherche envers le sujet participant à un essai clinique⁶⁶, mais on ne connaît ni le mécanismes mis en place avec des nanomatériaux dont des nanocapteurs et les implication de leurs fonctions cellulaires, génétiques et électro-magnétique dans le corps humain des personnes ayant subi le « vaccin expérimental ».

Progrès scientifiques et technologiques et applications possibles

L'interface entre la technologie et les recherches sur le cerveau a pris son essor depuis plus de 20 ans dès lors que le génome a été décodé au début du siècle, l'objectif a été de « décoder le cerveau » avec un investissement de recherche conséquent sur le sujet⁶⁷. Interface cerveau – robot rapporté par *Dr Charles Morgan*, psychiatre légiste et neuroscientifique, professeur au département de sécurité national de l'Université de New Haven, ancien agent de renseignement de la DARPA et de la CIA, lors de plusieurs interviews⁶⁸ dont une conférence devant les étudiants de l'Académie

⁵⁹ Ahmed SR, Mogus J, Chand R, Nagy E, Neethirajan S. Optoelectronic fowl adenovirus detection based on local electric field enhancement on graphene quantum dots and gold nanobundle hybrid. *Biosens Bioelectron.* 2018;103:45–53.

⁶⁰ Jung JH, Cheon DS, Liu F, Lee KB, Seo TS. A graphene oxide based immuno-biosensor for pathogen detection. *Angew Chemie.* 2010;49:5708–11.

⁶¹ Navakul K, Warakulwit C, Yenchitsomanus PT, Panya A, Lieberzeit PA, Sangma C. A novel method for dengue virus detection and antibody screening using a graphene-polymer based electrochemical biosensor. *Nanomed Nanotechnol Biol Med.* 2017;13:549–57.

⁶² Veerapandian M, Hunter R, Neethirajan S. Dual immunosensor based on methylene blue-electroadsorbed graphene oxide for rapid detection of the influenza A virus antigen. *Talanta.* 2016;155:250–7.

⁶³ Kailashiya J, Singh N, Singh SK, Agrawal V, Dash D. Graphene oxide-based biosensor for detection of platelet-derived microparticles: a potential tool for thrombus risk identification. *Biosens Bioelectron.* 2015;65:274–80.

⁶⁴ Martínez-García G, Agüí L, Yáñez-Sedeño P, Pingarrón JM. Multiplexed electrochemical immunosensor for obesity-related hormones using grafted graphene-modified electrodes as platforms for antibodies immobilization. *Procedia Technol.* 2017;27:187–9.

⁶⁵ Elshafey R, Sijaj M, Tavares AC. Au nanoparticle decorated graphene nanosheets for electrochemical immunosensing of p53 antibodies for cancer prognosis. *Analyst.* 2016;141:2733–40.

⁶⁶ World Health Organization with the collaboration of Cash, Richard, Wikler, Daniel, Saxena, Abha, Capron, Alexander M. and Stuckelberger Astrid (2009). Casebook on ethical issues in international health research. WHO: Geneva Switzerland. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44118> [translated in 4 languages]

⁶⁷ Stuckelberger A. (2012). Médecine anti-âge, de la prévention au traitement : Partie III : Modèle anti-âge du cerveau, neurogenèse et neuroplasticité. Booster et stimuler le cerveau (p.425-450) . Editions Favre : Suisse.

⁶⁸ Charles Morgan (2020). Remotely controlling the Human. West Point Brain via Vaccines <https://www.mixcloud.com/podcastpage-broadcastingonnoli/remotely-controlling-the-human-brain-via-vaccines-dr-charles-morgan-at-west-point/>

militaire de West Point (USMA)⁶⁹,⁷⁰. Il rapporte quelques points cruciaux sur le développement des recherches et leurs applications, en particulier de la capacité de modifier l'ADN à des fins de contrôle du corps et du mental humain via par exemple la technique dite CRISPR⁷¹, qui a révolutionné l'édition génomique qui consiste à « modifier le génome d'une cellule avec une grande précision. Il est possible d'inactiver un gène, d'introduire une mutation ciblée, de corriger une mutation particulière ou d'insérer un nouveau gène ». Une autre technique tout aussi innovante, dite DREADDS (« Designer Receptor Exclusively Activated ») peuvent être « infusé » dans l'ADN des êtres humains afin de modifier leurs perceptions, leurs mémoires et leurs comportements humains.

:

Dr Morgan rapporte déjà en 2018 que l'évolution du contrôle par biofeedback entre le cerveau et un robot ou neurobot est déjà une réalité. Les recherches ont évolué rapidement : dès 2008, les chercheurs ont réussi à transformer le schéma des signaux biologiques d'un chimpanzé pour se nourrir en signal électrique actionnant un bras robotique. Dès 2012, le développement de ces découvertes appliquées aux personnes qui ne peuvent utiliser leurs membres (paralysie, tétraplégie), a permis de créer une interface entre le cerveau pensant, le décodage de ces signaux bio-électriques émis par le cerveau et la reproduction de ces schémas pour actionner un objet ou un bras ou des jambes contrôlé par les impulsions électriques du cerveau. Les signaux des pensées peuvent agir sur des senseurs et objets robotiques (11 min 30)

L'interconnexion par wifi du cerveau et de la biologie avec des systèmes robotiques existe⁷² :

Dr Andrea Stocco, professeur de recherche à l'Université de Washington déclarait en juin 2018 sur RT tv tech report « la communication de cerveau à cerveau via wifi n'est pas de la science fiction ! on utilise une technologie pour lire des schéma spécifiques du cerveau et de les transmettre à un autre cerveau avec un système très simple, par exemple pour saisir une main robotique. C'était de la science-fiction mais c'est aujourd'hui tout à fait possible ». Il explique que c'est relativement simple : une personne assise sur une chaise avec son cerveau câblé avec les capteurs d'un EEG (électro-encéphalogramme) est relié à un ordinateur et peut aisément reconnaître le schéma des signaux électromagnétique du cerveau produit par une personne qui pense actionner ou qui actionne tel ou tel mouvement comme bouger la main droite. Ce schéma est reproduit par un deuxième ordinateur avec ce schéma et le reproduire pour simplement stimuler avec le même signal électrique la commande d'une partie du cerveau qui contrôle la main – l'interaction peut être faite entre deux ordinateurs dans la même chambre ou avec des ordinateurs à distance. Il est donc possible, tel un jeu vidéo, qu'un ordinateur qui connaîtrait les schéma d'activation neurobiologique d'une personne,

⁶⁹ Charles Morgan (Video 17 April 2018). Psycho-neurobiology and War. United States Military Academy West Point, <https://www.youtube.com/watch?v=cTtIPBPSv0U>

⁷⁰ Conférence du Dr Charles Morgan à l'Académie militaire de West Point : Contrôler à distance le cerveau humain via des vaccins ARNm, 18 juin 2018. <https://www.profession-gendarme.com/controler-le-cerveau-via-des-vaccins-arnm/>

⁷¹ CRISPR (acronyme de Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats, soit en français courtes répétitions en palindrome regroupées et régulièrement espacées). Selon l'INSERM, L'édition génomique permet d'effectuer des modifications génétiques ciblées dans tout type de cellule, grâce à des ciseaux moléculaires spécifiques. Disponibles depuis les années 80, ces outils ont gagné en efficacité et en spécificité au cours du temps. En 2012, l'avènement du système CRISPR-Cas9, caractérisé par sa très grande simplicité et son coût modeste, a révolutionné cette approche : l'édition génomique a désormais gagné tous les domaines de la science et de la médecine. Elle permet aux chercheurs d'effectuer les modifications génétiques de leur choix, afin de développer des modèles cellulaires et animaux sur mesure, pour progresser dans la connaissance du développement des organismes vivants, des maladies, ou encore pour tester des molécules thérapeutiques. Des premiers essais cliniques se fondant sur cette approche ont débuté, visant à à traiter des maladies monogéniques, certains cancers ou encore des maladies infectieuses. <https://www.inserm.fr/dossier/edition-genomique/>

⁷² appelé « 1^{er} cerveau » ou « cerveau émetteur »

de prendre les commandes de cette personne à distance (12'30'' à 16'). En 2018, l'expérience devait permettre aux chirurgiens expérimentés de prendre les commandes à distance des mains d'une personne pour faire l'opération à travers les schémas et les mains d'un non chirurgien. Prof. Morgan commente en soulignant que l'expérience a été conduite et le receveur s'est vu faire des gestes télécommandés pour une chirurgie comme si ce n'était pas lui/elle. Il conclut que l'on peut ainsi : prendre les commandes d'un bras robotique, des bras d'une personne ou carrément de prendre les commandes d'une personne entièrement. Donc on peut prendre les commandes du cerveau d'un autre être humain avec un système de capteurs neurologiques.

Les programmes de recherche avancée de la défense militaire, tels le DARPA⁷³ (« *The Defense Advanced Research Projects Agency* ») ont reçu à l'époque 500 opérations pour mettre en place des implants d'électrode cérébrale profonde. De nombreuses recherches ont été développées dans le domaine clinique et le domaine militaire de sécurité/défense de plusieurs pays, en particulier les Etats-Unis, la Chine, la France.

Conclusion

Il est évident que les développements de la recherche et développement de solutions thérapeutiques et biologiques sur l'humain peuvent avoir des visées nobles pour la santé, la régénération ou le management des maladies, mais les programmes militaires peuvent aussi les utiliser pour un programme de « human enhancement » qui sortent du cadre éthique avec des dérives que nous voyons aujourd'hui dans l'utilisation du graphène et de ses possibilités de contrôle et modification tant de l'ADN, que des mémoires cellulaires ou des comportements, à l'insu de la personnes, par des nanotechniques et nanomatériaux incontrôlable par la médecine et les comités d'éthique, voir législatifs actuels. La technologie a donc une avance significative sur les moyens de détection des nanotechnologies utilisées.

Mentionnons quelques exemples potentiellement liés aux nanotechnologies et reprogrammation des cellules à l'ADN, des gains de fonctions diverses à des modifications humaines qui sont possibles sur des plateformes et « wagonnets » de graphènes selon la cible donnée.:

Dans le domaine médical et biologique, les applications sont sans précédent :

- Edition et reprogrammation de l'ADN
- Modification des mémoires et souvenirs d'une personne : effacer et modifier d'anciennes mémoires
- Induction d'images dans des bactéries programmées pour modifier le génome
- Production de nouveaux comportements chez leurs sujets humains
- Conception qui peut bénéficier ou nuire à la vie, la santé ou le comportement d'une personne ou d'une typologie de personnes ou de certaines races de personnes via l'édition d'ADN, notamment via la technique CRISPR
- Via l'implantation de plasmides dans des cellules permet ensuite d'envoyer un signal qui indique quelle partie de l'ADN doit se dérouler, se déplier et produire un résultat. C'est l'avenir de la médecine.

⁷³ Le DARPA est une agence de recherche et développement du département de la Défense des États-Unis responsable du développement de technologies émergentes à l'usage de l'armée.

Dans le domaine sécuritaire et militaire, les applications sont multiples et inquiétantes

« les cellules peuvent être conçues pour des activités et des objectifs spécifiques. Les cellules peuvent être placées stratégiquement. Elles peuvent être contrôlées à distance, voire elles. peuvent avoir des éléments activés dans le cerveau des autres » Ainsi, les « vaccins expérimentaux » ARNm de Pfizer et Moderna mais également de AstraZeneca et Janssens contiennent du graphène avec des propriétés magnétiques et de nombreux autres matériaux et substances identifiées (comme démontré par Prof. Campra et Dr Robert Young). Or ces combinaisons, basées sur les avancées technologiques et scientifiques peuvent, à partir de cellules diverses présentes et l'ADN, potentiellement nuire ou éliminer l'être humain, voire créer une véritable main mise sur le patrimoine génomique, par conséquent sur le libre-arbitres des peuples du monde.

Dr Morgan rapporte les progrès de la Chine continentale dans la manipulation de l'ADN, qui, combinée avec l'informatique quantique, pourrait être un désastre pour l'Humanité⁷⁴, voir la fin de notre civilisation si « *La fusion des systèmes d'ADN avec l'informatique quantique sera vraiment une menace incroyable et à la fois mortelle* ». La course vers la domination de l'être humain via ces technologies seront utilisées dans les guerres futures et sont déjà en cours de développement par la Chine continentale^{75, 76} qui a collecté l'ADN des personnes depuis des années⁷⁷. avec des expérimentations génomique sans limites éthiques^{78,79}, Ainsi voit-on émerger dans certaines nations, dont la France, le développement de soldats d'un autre type, le « soldat augmenté »⁸⁰: opérations chirurgicales, implants, injection et absorption de substances, mais aussi vision nocturne bionique, super force, exosquelette, esprits de ruche, contrôle de l'esprit, super mémoire (hypermnésie, hyperthymésie), suppression de mémoire, faux souvenirs, cryptage ADN, animaux et insectes espions secrets ...

III. Ethique, conflits d'intérêts et responsabilités de l'essai clinique d'un « vaccin expérimental »

Un des aspects très peu abordé, mais qui pourtant est au cœur de la validité d'obligation du passe sanitaire ou de toute obligation d'un « vaccin expérimental » est bien le fait que toutes les règles éthiques et déontologique de la pratique scientifique sont obliérée, au profit de modifications de définitions et concepts et de fraude dans la présentation de la recherche.

⁷⁴I Saw The Light Ministries : « The Assyrian Invasion of The Nations ». This article was first published in 2008. Last updated/edited: Dec. 8, 2020. <http://isawthelightministries.com/chinese.html>

⁷⁵Alex Kcown : « Is China Using CRISPR to Create Super Soldiers? ». BioSpace, December 04, 2020 <https://www.biospace.com/article/is-china-using-crispr-to-create-super-soldiers/>

⁷⁶Amelia Wynne : « Army of the biologically enhanced 'super soldiers': China is using 'gene editing' to make the military 'stronger and more powerful', Director of National Intelligence John Ratcliffe has warned ». Daily Mail, 8 December 2020. <https://www.mixcloud.com/podcastpage-broadcastingonnoli/remotely-controlling-the-human-brain-via-vaccines-dr-charles-morgan-at-west-point/>

⁷⁷Teny Sahakian : « China is collecting the world's DNA and the reason is sinister: Gordon Chang ». Fox News, 4 December, 2020. <https://www.foxnews.com/world/china-collecting-worlds-dna-sinister>

⁷⁸Antonio Regalado : « China's CRISPR twins might have had their brains inadvertently enhanced ». MIT Technology Review, February 21, 2019. <https://www.technologyreview.com/2019/02/21/137309/the-crispr-twins-had-their-brains-altered/>

⁷⁹Marc Prosser : « Inside China's Play to Become the World's CRISPR Superpower ». SingularityHub, August 18, 2019. <https://singularityhub.com/2019/08/18/inside-chinas-play-to-become-the-worlds-crispr-superpower/>

⁸⁰Les soldats français pourraient recevoir des implants et des puces pour être modifiés (8 décembre 2020).

<https://fr.news-front.info/2020/12/08/les-soldats-francais-pourraient-recevoir-des-implants-et-des-puces-pour-etre-modifies/>

D'une part, l'éthique veut qu'une recherche soit le garde-fou du comportement irresponsable des chercheurs. Or, ces principes éthiques de bases sont floués. Quelques points centraux des règles internationales⁸¹

1. Non justification du besoin d'un « vaccin expérimental » et de la recherche :

Cette injection proposée, n'est pas un vaccin mais une « injection génique expérimentale » adoptée rapidement sous une loi d'urgence qui a prouvé qu'elle n'en est pas une car aucune surmortalité dans le monde en 2020 qui puisse attester d'une épidémie ou pandémie. Le COVID-19 n'est pas un risque pour la population qui a été très peu touchée (99.997% de la population n'est pas malade ou a été rétablie) et dont la gestion est maîtrisable. Le « vaccin expérimental » est inutile. La justification basée sur le manque de traitement n'est pas recevable, vu que l'Ivermectine a montré une efficacité sans faille et sans effets secondaires pour combattre les symptômes COVID-19. dans de nombreuses études, revues systématiques et méta-analyse de 63 études⁸².

2. Ce n'est pas un « essai clinique » puisque le design de l'étude et sa méthodologie n'ont rien d'un essai clinique contrôlé randomisé (et en double aveugle) sur un groupe bien ciblé. La définition du design est tout au plus une expérimentation sauvage avec aucun protocole de randomisation de la population et du contrôle des variables confondantes, ni de groupes comparables
3. Consentement éclairé sans fiche élaborée et à disposition de tous, ne suivant aucune des procédures habituellement mise en place et exigée au niveau internationale : soumission d'un papier élaboré de consentement éclairé, bien informé sur les droits et liberté de refuser ou de se retirer à n'importe quel moment de l'essai clinique. Le Consentement éclairé doit être lu et signé
4. Engagement et responsabilité des chercheurs sur les effets indésirables sur les sujets de l'étude Lors des études cliniques, le responsable s'engage à venir en aide à la personne affectée par la recherche. Le design éthique et la méthode éthique de la recherche est de subvenir à toute décompensation ou effets secondaires dû à l'expérimentation
5. Conflit d'intérêt majeur les chefs de projets et chercheurs ne doivent pas avoir de biais scientifiques car il y a de haut risque de biais dans les résultats de l'étude. Dès lors, les conflits d'intérêts doivent être présentés, également au sujet d'étude, et traité en toute transparence et convivialité.
6. Suivi et information continue : le sujet d'étude peut à tout moment se renseigner sur les résultats de l'étude
7. Le contenu du « vaccin expérimental est hautement toxique, tant cytotoxique que génotoxique ». Or ce contenu a non seulement pas été déclaré, mais la haute sophistication de l'appareil des « wagonnets » de graphène et du matériel génétique, biologique et

⁸¹ World Health Organization with the collaboration of Cash, Richard, Wikler, Daniel, Saxena, Abha, Capron, Alexander M. and, Stuckelberger Astrid (2009). Casebook on ethical issues in international health research., WHO: Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44113> [translated in 4 languages

⁸² <https://c19ivermectin.com/>

métallique laisse à penser qu'une intention de cacher ses ingrédients et de nuire est présente. En effet, ce « cocktail est hautement toxique », un poison industriel non approuvé est « présenté » systématiquement comme « vaccins » alors qu'il n'est encore qu'à un stade d'essai.

8. De surcroît, on administre cette injection à tous les groupes qui éthiquement sont « à éviter à tout prix » vu qu'ils comportent des risques de problématiques développementales à long terme comme les enfants, les adolescents ou les femmes enceintes. Ces groupes sont justement ceux qui doivent être étudiés et considérés à long terme sur plusieurs années afin d'en évaluer les dégâts et les risques.

Mis à part le conflit d'intérêt majeur de cet « Essai clinique », à savoir le « marchand » organise lui-même la preuve que ce qu'il vend est bénéfique pour l'acheteur, le produit testé n'a pas été contrôlé avant l'autorisation de cette recherche.

De ce fait, de nombreux chercheurs de laboratoires indépendants ont mis en évidence la présence de substances non compatibles avec les objectifs de création d'anticorps classiques, tels que la présence d'oxyde de graphène par le Prof. l'Université d'Almeira, de diverses substances par un expert des analyses microscopiques, Dr Robert Young, puis la détection de particules métalliques par les laboratoires de gouvernements eux-mêmes tel que le Japon.

*Arrêt de la « Campagne vaccinale expérimentale
Le cas du Japon et de contrôle du contenu suspect des « vaccins expérimentaux »⁸³*

Tous ces cas démontrent la présence de particules toxiques pour le corps humains et en particulier pour le sang et appellent à fermer immédiatement l'utilisation de vaccin dans les centres d'injection comme au Japon. Le 26 août, le ministère de la santé du Japon a annoncé avoir trouvé des particules de métal (qui sont attirées à un aimant) dans les fioles du « vaccin expérimental » Moderna (distribué par Takeda et fabriqué en Espagne) sur huit sites d'injection depuis le 16 août. L'ordre a été donné à 863 « centres de vaccination » dans tout le Japon d'arrêter l'utilisation des 1.63 millions de doses de « vaccin expérimental ». Les particules sont actuellement en train d'être analysées pour être identifiées plus spécifiquement. LE gouvernement exige que tous les centres contrôlent dorénavant chaque fiole.^{84 85}

D'autres suspicions graves concernant ces injections expérimentales résident dans la détection récente par le gouvernement japonais de composante de métal dans le contenu des fioles du « vaccin expérimental ». Le Japon a décidé d'alerter toutes personnes injectées avec le « vaccin expérimental » pour évaluer les problèmes de santé relevés suite à l'injection.

Le Japon est un des rares pays qui officiellement met en place des mesures pour protéger la population, et se base sur l'évidence d'une analyse pour prendre des décisions, comme le voudrait les principes de santé publique éthiques..

⁸³ NHK World-Japan (26 août 2021). Substance in Moderna vaccine believed to be metal.
https://www3.nhk.or.jp/nhkworld/en/news/20210826_24/

⁸⁴ <https://apnews.com/article/business-health-coronavirus-pandemic-taiwan-32bcb3cdf38e417237a7ca4a9feb818e>

⁸⁵ https://www3.nhk.or.jp/nhkworld/en/news/20210826_24

Conclusion

Toute l'évidence scientifique, technique et éthique converge vers la non justification des mesures sur la population, tant les tests que les passe sanitaires et surtout du « vaccin expérimental » qui en réalité est un « **empoisonnement du corps humain** » hautement toxique, cytotoxique et génotoxique et demande un arrêt immédiat, voire une interdiction d'administrer cette injection admise sous une loi d'urgence qui n'en est pas une⁸⁶.

Même avec le moindre doute, au vu d'une mortalité en augmentation constante de tous les âges, le principe de précaution veut un arrêt immédiat et une mie à l'enquête pour empêcher de nouveaux décès et conditions irréversibles.

16 septembre 2021, Dr Astrid Stuckelberger, Genève, Suisse

⁸⁶ Stuckelberger Astrid (21 mai 2021). Rapport d'expertise de santé publique pour le procès en pourvoi judiciaire au Québec mené par plusieurs avocats dans le cadre de la Fondation pour le Droit et Libertés des Peuples (157 pages)

Tableau 1. Overview of discussed graphene antibody-based nanosensors (Peña-Bahamonde et al., 2018)⁸⁷

Target	Immunosensor design	Detection methods	Antibody	Antibody binding	Detection limit
<i>Escherichia coli</i>	Graphene oxide cellulose nanopaper	Photoluminescence	Antihuman IgG Ab	Conjugation process	1.60 ng/mL
	Graphene/PMMA	Electrical	Anti <i>E. coli</i> O157:H7 antibody	-	10 CFU/mL
	Graphene	Electrical	Anti- <i>E. coli</i> antibody	Via PASE linker	10 CFU/mL
	Graphene	Electrical	Anti- <i>E. coli</i> O157:H7 antibodies	Via PASE linker	10–10 ⁷ cells/mL
<i>Salmonella typhimurium</i>	Reduced graphene oxide	Electrical	Generic anti- <i>E. coli</i> antibody	EDC–NHS chemistry	10 ⁵ CFU/mL
	GO–AgNPs nano composite	Cyclic voltammetry	Anti- <i>S. typhimurium</i>	EDC–NHS chemistry	10 CFU/mL
Zika virus	Graphene	Electrical	Anti-Zika NS1	NHS surface chemistry	0.45 nM
Dengue virus	Graphene oxide	Electrochemical impedance spectroscopy	4G2 monoclonal antibody	Electrostatic bond	0.12 PFU /mL
Adenovirus	Graphene quantum dots	Optoelectronic	Anti-adenovirus, Group II (HEV) polyclonal antibody	Electrostatic bond	8.75 PFU/mL
Avian influenza virus H7	Gold nanoparticle–graphene nano composites (AuNPs–G)	Electrochemical immunosensor	H7-polyclonal antibodies and H7-monoclonal antibodies	EDC/NHS chemistry	1.6 pg/mL
Influenza A virus	Graphene oxide-MB–chitosan	Electrochemical	Monoclonal antibodies (H5N1 or H1N1)	Covalent and crosslinked via chitosan	9.4 pM and 8.3 pM
Cholera toxin	Graphene–polypyrrole	Surface plasmon resonance	Anti-CT	T–T interactions	4 pg/mL
Rotavirus	Graphene oxide	Photoluminescence	Rotavirus antibodies	Carbodiimide-assisted amidation reaction	10 ⁵ PFU/mL
Hepatitis C virus	Graphene quantum dots with silver nanoparticles	Electrochemical immunosensing	Anti-HCV antibody	NH ₂ group of antibody was covalent attachment to the AgNPs	3 fg/mL

⁸⁷Peña-Bahamonde, J., Nguyen, H.N., Fanourakis, S.K. et al. Recent advances in graphene-based biosensor technology with applications in life sciences. *J Nanobiotechnol* 16, 75 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12951-018-0400-z>

Target	Immunesensor design	Detection methods	Antibody	Antibody binding	Detection limit
HIV	Peptide- functionalized UCNPs to graphene oxide	Fluorescence	Anti-HIV-1 gp120 antibody	π - π interactions	2 nM
Celiac disease	Polyamidoamine dendrimer with GQDs on AuNP embedded in MWCNT	Electrochemical	Anti-TTG antibody	EDC/NHS chemistry	0.1 fg per 6 μ L
Alzheimer disease	Magnetic core-plasmonic shell nanoparticle attached hybrid graphene oxide	Surface-enhanced Raman spectroscopy	Cy3 antibody	Amine functionalization	100 fg/mL
Cardiovascular diseases	Graphene oxide	Electrochemical	PAC1 antibody	EDC/NHS chemistry	-
Hormones	Reduced graphene oxide	Electrochemical	Anti-GHRL and anti-PYY	EDC-NHS chemistry	1.0 pg/mL GHRL and 0.02 pg/mL PYY
Cancer	Magnetic Fe ₃ O ₄ @GO composites	Electrochemical	RAB0331 for PSA and Lifeome Biolabs/Cusabio EL008782HU-96 for PSMA	EDC-NHSS	15 fg/mL for PSA and 4.8 fg/mL for PSMA
	Graphene-PYR-NHS	Electrochemical impedance spectroscopy	Monoclonal antibody anti-carcinoembryonic antigen	Non-covalent modification	less than 100 pg/mL
	Reduced graphene and gold nano particle	Electrochemical	Anti-estradiol antibody (curve)	EDC-NHS	0.1 fmol
	Reduced graphene oxide gold nano particle	Electrochemical	p53 antibodies	Electrostatic interactions	0.088 pg/mL
	β -cyclodextrin functionalized graphene nanosheet	Electrochemical	CEA primary antibody (Ab1), and CEA secondary antibody (Ab2)	EDC-NHS	20 fg/mL

CURRICULUM VITAE

ASTRID STUCKELBERGER, PRIVAT-DOCENT, PHD, MSc



Professional and personal data at a glance

Interdisciplinary Scientist
University of Geneva and Lausanne (+25 years), Switzerland
Invited Professor in European Universities
Author and international public speaker
Expertise in Medical and Public Health Science, especially
in the field of International Health, Innovation and Ethics
High Level International Expert:
for the United Nations agencies, bilateral institutions
for the European Commission and governments

Living in Geneva, Switzerland
Born and raised in an international environment
with a Swiss German Father and Norwegian mother
Bilingual French-English with German, Norwegian skills
Loves creativity, writing, sports especially skiing
Professional International Ski Teacher
after competing in the Junior Swiss Ski Team
Swiss Junior Basket-ball team

Resume

Unique research and training experience

- **Interdisciplinary Research and policy experience**
in primary, secondary and tertiary research bringing a unique expertise and reputation to serve the assessment and transfer of scientific findings to policy-makers, health professionals as well as the population
- **Translational research and expertise ability**
ease to analyse and synthesize the different levels of evidence and innovation (from lab, to clinic RCT, from networks and big data to engineers, community and population studies) in cutting-edge scientific findings from different disciplines and research methodologies
- **Creative interactive teaching and curriculum design** applying principles of adult learning and learning by doing
- **Communication of research and scientific data analysis to the public** through events, public journals, books and the media

Expert network coordination and knowledge transfer skills

- the National Research Programme of 12 million Swiss Francs as Deputy Director for a decade (FNRS)
- the Geneva International Network on Ageing with WHO as co-founder and current president
- the NGO Committee on the Status of Women at the United Nations as vice-president 2010 - 2014
- the representative of academic networks at the UN since 15 years (eg: US-based: Society for Psychological Studies of Social Issues)
- the International Association of Gerontology and Geriatrics of the European Region, as Secretary General for 8 years

Ability to work with the multiple stakeholders in public health: Science, Civil Society, Politics and the Media

- *Knowledge of the United Nations system and mechanisms, such as participation in the Sustainable Development Goals 2015 - 2030.* More than 20 years of collaboration with different UN agencies for publications, training and events
- *Advisor and organiser of activities between science, state and city* in view of enhancing scientific collaboration and input in the UN agenda and bilateral agencies such as the World Bank and WEF (e.g. PNR32, GINA, etc)
- *Know how in writing, publishing process and activities around vulnerable groups; i.e. 2 official statement* on the Rights of Older Persons at the UN Human Rights Council that were effective in triggering an ongoing working group and integrating older men in CEDAW
- *Influencing policy and public dialogue through adjusted and adapted tools and instruments (Health in All Policies, Innov8, etc)*
→ see *List of publications*

CV Structure:

Part I

1. Professional experience
2. Education
3. Research experience
4. Teaching experience
5. Leadership experience
6. Expert-related expertise:

Part II

- 7 Conferences & Talks
a) lectures b) invited talks
c) scientific conferences
8 Publications

Part III

- 9 Media

1 PROFESSIONAL EXPERIENCE - KEY POSITIONS

Academic positions

Privat-Dozent (research and teaching), Institute of Global Health, Faculty of Medicine, University of Geneva	2001-2020
Programme co-director, population health & ageing, Faculty of Biology & Medicine, University of Lausanne	since 2010
Deputy Director, Swiss National Research Programme on Ageing, Swiss National Science Foundation	1992 – 2000
Deputy Director, Interdisciplinary Centre of Gerontology, University of Geneva	1991 – 1997
Scientific Researcher, University Geriatric Hospital and University Hospital, Geneva	1986 – 1990

Ministry of Health Geneva - Consultancy for Politician

Office of the President, Department of Health and Social Affairs, State Councillor of Geneva State	1998 – 2000
--	-------------

United Nations Organisation and the World Health Organisation (WHO)

President, Head of research, Geneva International Network on Aging (GINA) – funded in 1996 with WHO	since 2008
WHO expert with several mandates as expert reviewer, author, rapporteur, trainer, instructional designer	since 1995
Junior scientific researcher (MSc) and editor assistant, WHO Mental Health Division, WHO Geneva	1984 – 1986

European Union Expert and Evaluator for different international and research programmes

	since 2003
--	------------

Non-Governmental Organisation (volunteer unpaid)

United Nations representative of 2 academic professional non-governmental organisations (NGOs):	
. The Society for Psychological Study for Social Issues (USA/APA)	since 2000
. International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG-World)	2002 - 2010
Secretary-General, Association of Geriatrics & Gerontology European Region (IAGG-ER)	2007 - 2015
Chair, NGO committee on Ageing, United Nations, Geneva	2004 - 2012
Vice president, NGO committee on the Status of Women, United Nations Geneva	2010-2014

Business - Consultancy

Consultant on innovation development and prevention for private clinics in Switzerland	
Development of protocols for metabolic medicine and cutting edge innovative preventative treatments	
Boston Scientific (USA) consultation of international agencies, academics/medical doctors to find out how BS Innovative technologies can optimize delivery for the aged and adjust to culture to optimize product internationally	

2 EDUCATION

ACADEMIC TITLES

Privat-Dozent, Faculty of Medicine, University of Geneva	2014
Phd in Population Health (interdisciplinary/inter-faculty study), University of Geneva. <i>Cross-sectional population study (n=900) on the determinants and mechanisms of subjective/objective health assessment from a gender and age perspective (PNR32/SNSF)</i>	2000
Advanced Master of Science (MAS), University of Geneva. <i>Mental Health diagnosis in 8 primary health care centres in the world conducted with WHO</i>	1987
Master of Science (MSc), Faculty of Psychology and Educational Sciences <i>Cross-cultural analysis of punctual observations of the Kpouébo children, Ivory Coast, Africa (SNSF)</i>	1983
Certificate “International Human Rights”, Faculty of Law, University of Geneva	1983

PROFESSIONAL TRAINING / CONTINUOUS EDUCATION

Harvard Medical School, Boston, USA: Courses and workshop, “Achieving Healthcare Leadership and Impact through Writing, Publishing and Social Media”	2015
WHO: HiAP Training Workshop for Latin America “Intersectoral Action and Social Equity”, Rio, Brasil	2015
WHO: selected for the Train the Trainer workshop “Health in All Policies (HiAP) Trainer’s Meeting”, Geneva	2015
International Human Rights World Education Programme Expert Training, OHCHR, United Nations	2011
Swiss School of Public Health ‘Teach the Teacher’ training and certification	2007 - 2010
United Nations “Policy course and Director course in Safe Work” Certificate Safe Work Programme, ILO, Geneva	2009
Venture LAB Certificate “Start up” training, University of Geneva	2009
World Bank Seminars on International Development at the United Nations, Geneva	2001 -2005
Swiss Summer School in the Social Science Methodology, University of Geneva	1997

3 TEACHING EXPERIENCE

FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF GENEVA AND UNIVERSITY OF LAUSANNE

Master of Advanced Studies in Public Health 2001 -2017

Modules on Population Health in other Swiss academic institutions: University of Lausanne and Master ès Science for Nursing School at the University of Applied Sciences Switzerland 2010 - 2020

International Summer School on Global Health and Human Rights (Organiser and Academic director) 2013 -2015

- Pre- and Post-Grade: International Summer School Global Health and Human Rights
- Pre-grade Global International Studies: week programme on health and human rights

Regular teaching and/or supervision in other departments/institutions of Geneva University over the years:

- Certificate of Advanced Studies in Community Health
- Certificate of Advanced Studies in Health, Discrimination and Human Rights
- Undergraduate Community Health Programme “Community Experiential Immersion” :
- Undergraduate teaching (2-3rd year of medical school):
“Strategies for Successful Ageing”, “Global Ageing, Longevity and Policies” “Innovation & Ageing”

INTERNATIONAL TEACHING & TRAINING WORKSHOPS 2009 - 2014

WHO “International Health Regulation Implementation (IHR)” on-the-job training

210 hours over a 6 month period online and residential to selected participants from WHO or Ministry of Health:
3 courses fully delivered to Ministries of Health, WHO country offices, National Epidemiology Centres. etc
Academic Instructor and co-developer for WHO with Georgetown University and Praetoria University
Teaching: emergency management, health communication, health systems, surveillance, training

WHO Training on “Pandemic Preparedness Plan” with Ministries of Eastern and former Russian Countries

Professor of Global Health and Policy, US School of International Training, Geneva Switzerland(www.sit.edu)

4 RESEARCH EXPERIENCE

Research domain

- Bio-psycho-social, environmental and political determinants and mechanisms of health vs pathological ageing
- Evidence-based prevention and interventions for healthy and active longevity
- From individual to population health: health policies strategies and innovations
- International evidence-based decision-making, education and training material development (R&D)

Current project R&D submitted or in development

- European Union Research Project “ASTAHG” with 5 other Countries on Active and Healthy Ageing in the Alpine Space

United Nations and European Union

European Union (FP7): “SDH-Net: Building sustainable research capacity for health and its social determinants in low- and middle-income countries” 11 partners Africa – Latin/Central America – Europe 3 million € 2011- 15

WHO: Instructional designer review of INNOV8 : innovative health national programme review to include gender, social determinants, human rights. Gender Equity and Human Rights Unit (GER) 2015

WHO Training Material for Geneva University Students: Casebook on Research Ethics (WHO-UNIGE) 2009 - 2010

WHO Development and review of the new WHO Guidance on ‘Pandemic Management Strategies for the European Region’ with the organisation of a learning-based Workshop for 24 member states collaboration with Programme manager and team for Influenza other Respiratory Pathogens, WHO Office Europe, Copenhagen, Denmark 2012

WHO: Training Development Project: “International Research Ethics Training Project”
Developing, implementing and evaluating a training module on ethics in public health research, granted by the Geneva International Academic Network (RUIG) for a WHO and Harvard University collaborative project 2006-08

European research project EUROFAMCARE : Family Care for Older Persons in Switzerland 2003

European and International Research Agenda priorities for the UN Assembly on Ageing, Valencia Forum group 2002

European Research Area on Population Ageing Research: European Research Priorities (FP6) 2001 – 2006

Switzerland

Swiss National Science Foundation (SNSF): Agequake in prisons in the world: Reality, policies and practical solutions concerning custody and care for ageing prisoners	2011 – 15
TA-Swiss: International Study on “Anti-Ageing Medicine” and Policy recommendations, Granted by TA-Swiss the Swiss Federal Office of Education and Innovation and the Swiss Academy of Medical Science	2006-2009
Secondary Study of the Swiss Household Panel (OBSAN): Effects of Cumulative Disadvantages on Physical and mental health in Switzerland. Analysis of the 5 surveys of the Swiss Household Panel 1999-2004 for the Swiss Health Observatory and the Swiss Household Survey	2005-06
Swiss Health Survey (OBSAN): secondary Analysis of the for the Swiss Health Observatory (OBSAN) and Swiss Federal Statistical Office (OFS)	2004-06
Health Promotion Policies for Switzerland: scientific Review of with the 50+ (Health Promotion Switzerland) for the federal office Health Promotion Switzerland	2003
Swiss Mental Health Policy: International: International and European Review of Mental Health Policy for building the Swiss National Mental Health Plan for the Swiss Federal Minister of Health and Social Affairs	2001-2003
Swiss National Research Programme on Aging	1993 – 2000
SNSF Cross-sectional, longitudinal and cohort studies on the aging population in Geneva and Valais	1991 – 1997
SNSF –Geriatric Hospital WHO international research on Community Intervention in the Elderly widowed	1986 - 1990

5 LEADERSHIP EXPERIENCE

FELLOWSHIP

President, Geneva International Network on Ageing	2010 - now
UN representative and Intl Board, The Society for Psychological Studies of Social Issues, Washington, USA	2001 - now
Secretary-General, European Association of Gerontology and Geriatrics	2007 - 2015
President, Swiss Society of Gerontology and Geriatrics (SGG)	2000 –2002

Training development and Instructional Designer 2008 - now

Conceptualization, development, evaluation and co-management of different academic training programs and thesis supervision

- WHO: International: WHO Ethics Casebook Training (2006–09), International Health Regulation (IHR) (2009–12), Health in All Policies (2014-15), INNOV8 (2015), Evidence-informed policy (2008-09), Mental Health Policies (2009)
- United Nations co-organization and editing of Science Forum and publication: UNECE, WHO, Ministerial conferences
- UNIGE: Certificate of advanced studies in health, discrimination and human rights, Summer School on Global Health and Human Rights, Global International Studies in Health,
- UNIL-HES: Modules on ageing and health for Master nursing students

Organiser/Programme Manager for UN and International events Total funds managed - 3 million \$ since 1996

Administrator and manager of several international events and conferences with the United Nations, with the Canton of Geneva, and/or with the Swiss authorities, total ~ 3 million \$ funding

- **Major events organised for the Geneva International Network on Ageing, Geneva State and WHO** programme with 40 local events and a yearly 2 days event with WHO and the UN
Budget WHO-State of Geneva collaboration with over 1'000'000.- CHF in 3 years
- Co-organisor, International Day of Older Persons at the United Nations, WHO or ILO yearly since 1996
- **United Nations Open Day in 1999 and in 2001**
Number of participants: 4'000 and 12'000; Budget > 1'000'000.- CHF
- Co-coordination of the **UN Summit of Religious and Spiritual Leaders, United Nations 2000 and WEF 2001**
- **International Symposium for Volunteers** (with United Nations)
Number of participants: 300 national representatives, Budget of 600'000.- CHF
- **International Conference on Sport and Development**, Magglingen (*Adolf Ogi and Walter Fust*)
Number of experts and sportswomen/men participating: 400, Budget 600'000.- CHF
- **UN World Summit for Information Society, ICT4D Platform**, Palexpo, Geneva (*Swiss Government*)
Number of participants: more than 10'000 from 175 countries Budget > 1'000'000.- CHF
- **Research Forum , United Nations European Ministerial Conference on Ageing in Spain**
for UNECE and the Spanish Government – co-editor of the UN publication with Proceedings

AWARDS & HONOURS

Honorary Professor, St Petersburg Institute of Bioregulation, Russian Academy of Medical Sciences	2014
Honorary Member of the Swiss Society of Gerontology and Geriatrics (President 2000-2002)	2013
Honorary member, Prevention Alzheimer International Foundation	2012
Award nomination in the "100 Swiss Personalities"	2009
United Nations Award by the Secretary-General Kofi Annan for outstanding achievement	1999

HONOURS & OUTSTANDING STATEMENTS (available upon request)

United Nations: World Health Organisation

Dr Margaret Chan, WHO Director-General 2006-2017
Dr Lee Jong-wook, WHO Director-General 2003-2006
Dr Isabel Nuttall, WHO Director, Global Capacities, Alert and Response, WHO Geneva
Dr Caroline Brown, WHO Programme Manager for influenza and other respiratory pathogens, Department of communicable diseases, health security and environment for the European Region, Copenhagen
Dr Eugenio Montesimos-Villar, Head of the Department of Social Determinants and Environment

World Bank

Sir James Wolfensohn, World Bank President 1995 - 2005

Governments:

His Excellency Maître Abdoulaye Wade, President of Senegal 2000 - 2012
Spanish Minister of Labour and Social Affairs during the UN Ministerial Conference on Ageing, Spain in 2008
Dr Said Hajem, Head of Aging Unit, National Institute of Public Health, Ministry of Health, Tunis, Tunisia

Switzerland:

Adolf Ogi, President of Switzerland (1993-2000), Special Adviser to the United Nations Secretary-General 2001 - 2008
Walter Fust, Director, Swiss Agency for Development and Cooperation
Guy-Olivier Segond, President of the Geneva State Council, head of the Ministry of Health and Social Affairs
Bernard Gruson, Director of the Geneva University Hospital, Geneva

6 EXPERT-RELATED POSITIONS

European Union

Since 1999

Expert advisor for EUGenMed Project on sex and gender in public health and prevention
Expert evaluator for Horizon 2020 priority issue "Demography, Well-Being and Health" "Innovation" "Ethics" "Policy"
Expert evaluator for EU AAL: Ambient Assisted Living Programme on Technology and Wellbeing
Swiss National Science Foundation: expert evaluator (international projects public health issues)
Swiss federal expert ad hoc judge for social security and policies

United Nations Agencies

since 1995

Expert consultation for the Special Rapporteur on the Right to Health on physical and mental activity, United Nations
Expert member and evaluator, Human Rights Education World Program, Office High Commissioner for Human Rights
Expert, evaluator and instructional designer WHO, UNEP, ILO, UNECE (Economic Commission for Europe)
WHO: expert for several units and topics: Life Course, Gender, Ethics, Social Determinants of Health, Health in All Policies, INNOV8, Mental Health. Health Systems, International Health Regulation training, and Instructional Designer
World Bank president adviser on questions of health policies linked to women's health, generations and social issues.

Private Sector

Expert consultant for Lawsuits on Covid-19 (currently)
Consultant for Bioacoustics and Health diagnostics research team
Scientific Board for products: Vitafoods Europe, BASF Nutrition and Innovation, Nutraingredients, Alternatif Bien-être
Scientific Board for different Consortium/Events: NutraIngredients, Nutrition and Sports, AgeingFit, Innovation
Consultant and scientific adviser for Boston Scientific, USA
Consultant for private hospitals: Hôpital de La Tour (for Prevention and Innovation), Hôpital Valère, La Colline

PART II

LIST OF PUBLICATIONS (*selection*)

I. UNITED NATIONS OR EU OFFICIAL PUBLICATIONS

UN Official Publication (author or co-author or expert)

1. WHO (2016) . INNOV8 Technical Handbook to review National health programmes in order to leave no one behind. Innov 8 is a 8-step analytic process undertaken by a multidisciplinary team. Expert to review and reshape the document with an adult learning approach to mainstream.
2. UN OHCHR (2016). Report of the Special Rapporteur (Dainius Pūras) and invited expert and speaker on « Sport and Healthy Lifestyles », following the Expert consultation on sport and healthy lifestyles as contributing factors to the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, United Nations High Commission for Human Rights, Geneva. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/067/39/PDF/G1606739.pdf?OpenElement>
3. UN OHCHR (2014). Report of the 2014 Social Forum (1-3 April 2014) on the Rights of Older Persons. Human Rights Council 26th session, with contributions from panelists (Stuckelberger A.: Right to Health for Older Persons). UN: Geneva
4. Expert group OSCE-UN ODIHR (2013). Guidelines on Human Rights Education for Health Workers. Office of Security and Cooperation of the European Region, Office for Democratic Institutions and Human Rights. Warsaw: Poland. Downloadable brochure <http://www.osce.org/odihr/105053?download=true>**Rapporteur Dublin**
5. *Stuckelberger A.* (2012). Human Rights of Older Persons in the United Nations, State of the Art, Process and Challenges (pp. 16-35), Steering Committee for Human Rights (CDDH(2012)005), Council of Europe, Strasbourg (France).
6. HUMAN RIGHTS OF OLDER PERSONS IN THE UNITED NATIONS, STATE OF THE ART, PROCESS AND CHALLENGES
7. *Stuckelberger A.* (2011). Long Life Development for Older Persons : How are we advancing with UN Global Strategies, AAFI Bulletin, no 1. United Nations Geneva. (AAFI = Associations des Anciens Fonctionnaires Internationaux) [article in English and French]
8. Stuckelberger A. (2010). Why the Life Course Approach to Gender Empowerment is Important? In UNOSAGI and Qatar Foundation (Eds), Promoting Empowerment of Women in Arab countries (pp.40-58). United Nations Office of Special Adviser on Gender Issues (UNOSAGI): New York.
9. *Stuckelberger A and Jeff J.* (2010). Report on Non-communicable Disease Recommendations. NGO Forum on Public Health Report to the High-Level Segment of ECOSOC on Public Health. Geneva: United Nations.
10. *Stuckelberger A.* (January 2010). Droits de l'homme et éthique aux Nations Unies: les droits des personnes âgées, AAFI-FAFICS Bulletin, no 1. United Nations Geneva. [article en français et en anglais]
11. *Stuckelberger A.* (2008). Ageing: Human Rights and Ethics at the United Nations, in Civil Society Forum on ageing, publication of the Ministry of Family and Social Affairs IMSERSO: Spain.
12. WHO – GIAN (2008). Final report of The Research Ethics Training Project: developing, implementing and evaluating a training module on ethics in public health research, joint project with WHO and Harvard University and Geneva University (Geneva International Academic Network (GIAN) funded project. Report coordinated by A. Saxena (WHO) and A. *Stuckelberger* (University of Geneva) <http://www.ruig-gian.org/research/projects/project.php?ID=146>
13. *Stuckelberger A.* (2008). Human Rights and Ethics at the United Nations, Civil Society Forum on Ageing (pp. 175-181). United Nations and Ministry of Education, Social Policy and Sports, Secretary of State for Social Services, Family and Disabled People (IMSERSO), Government of Spain Publication.
14. *Stuckelberger A., Diaz Carmen, Sidorenko Sasha, Zahid E., Troisi Joseph and Botev Nikolai* (2007). Main conclusions and recommendations of the Research Forum on Ageing, UNECE Ministerial Conference, 8 November 2007, Leon, Spain.
15. *Stuckelberger A.* (June 2007). Missing Voices: Abuse of Older Persons in the World", *United Nations Special*, no 663: .26-29. United Nations: Geneva [French and English]
16. *Stuckelberger Astrid* (2006). Improving the Quality of Life for Older Persons: Advancing UN Global Strategies : the European Perspective. Proceedings of Conference for the Department of Public Information United Nations New York.
17. *Stuckelberger Astrid* (2006). Exercising rights against discrimination, Report of the Technical meeting to follow up on the international plan of action on ageing in Madrid (MIIPA) "Older persons faced with loneliness and insufficient economic resources", Segovia, 15-16 November 2006.
18. *Stuckelberger A.* (2005). Water, Public Health and Right to Development. In Jeannine de Bocard and Corinne Wacker (Eds.). Water: Key to Development (pp. 25-38]. Conference of NGOs to the UN: Geneva. [invited to publish in the Journal of Humanitarian Medicine in 2008]
19. Stuckelberger A (2005). Public Health Assessment Report 2004-2005: analysing the consequence of the 2nd Gulf War on Kuwait and the United Kingdom of Saudi Arabia. UN Compensation Commission, Post-Conflict Unit, United Nations Environment Programme (UNEP) office Geneva. [confidential report]
20. Gold, D., Caborn J., Murthy P., *Stuckelberger A.* et al. (2005). Minimizing Stress. Education material for Module on Management and Leadership Development Programme. Publication: International Labour Office. United Nations, Geneva.
21. GINA (2002). The Future of Pensions and Retirement: 10 Key Questions - International and European Perspective. [French version: La retraite en 10 questions : perspectives européennes et internationales sur la retraite.]
22. FNUJAP, SSG, IFPD, AIESEC (2000) [*co-editor*]. Dynamics of Generations in Social Development. Booklet and CD-Rom, following the World Summit on Social Development, Geneva 2000 Forum 27-28 June. Geneva.
23. Stuckelberger A. (septembre 1999). Mutations des liens entre générations. *United Nations Special*, United Nations Geneva.

24. Kalache A and Stuckelberger A. (January 1999). Population ageing: Geneva International Network on Ageing, *United Nations Special*, United Nations Geneva.
25. United Nations (1999) [Editor]. Human Rights and Older Persons. Booklet published with the United Nations Geneva.

EU Official Publication (author or co-author)

26. *Stuckelberger A.* (2012). Human Rights of Older persons in the United Nations: State of the Art, Process and Challenges. Council of Europe Publication. Strasbourg..
27. *Stuckelberger A. et Wanner Ph.* (2005). European Family Care – EUROFAMCARE, National Background Report for Switzerland, European Commission: Bruxelles. <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/>
28. *Stuckelberger A.* (2002). Review of European and International Mental Health Policies. Report for the Swiss National Health Policy, OFAS, Bern.
29. *Stuckelberger A.* (2002). Health Promotion for Older People in the European Union: From Proven Strategies to Guidelines for Policy Makers, Report on Health and Care Management for Older People (p. 11-16). ERA European Forum on Population Ageing Research: WHO and European Commission Project.
30. Walter R., Cattani M., Speller V. and *Stuckelberger A.* (1999). Proven Strategies to improve Older People's Health. A EuroLink Age Report. European Commission: Bruxelles
31. Walter R., Cattani M., Speller V. and *Stuckelberger A.* (1999). Stratégies éprouvées pour l'amélioration de la santé des personnes âgées. A EuroLink Age Report. European Commission: Bruxelles.
32. Walter R., Cattani M., Speller V. and *Stuckelberger A.* (1999). Wissenschaftlich fundierte Strategien zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen. Ein Bericht von EuroLinkAge für die Europäische Kommission: Bruxelles.
33. Walter R., Cattani M., Speller V. and *Stuckelberger A.* (1999). Estrategias probadas para mejorar la salud de las personas mayores. Un informe de EuroLink Age para la Comisión Europea: Bruxelles.
34. UNHCR and GINA (1999) [Editor and writer]. Older Refugees. Selection of texts including older persons and extract of UNHCR photo exhibition. Booklet produced with the Republic and Canton of Geneva.
35. OHCHR and GINA (1999) [Editor and writer]. Older Persons and Human Rights, including key texts related to the UN human rights of older persons. Booklet produced with the Republic and Canton of Geneva.
36. *Stuckelberger A.* (1997). Men and women age differently, *World Health*. 4:8-9. WHO: Geneva.
37. World Health Organization (1999) [author]. Guidelines for Organizing Walk Events for Active Ageing. WHO: Geneva.

UN Official Statements (author)

38. *Stuckelberger A.* (2009) author of an official Statement on the Rights of older women for the 10th Human Rights Council: "Urgent Call to Protect Older Women and their Human Rights" under item 3 'Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development' (in English-French and Spanish)
39. *Stuckelberger Astrid et al.* (2006). Official written Statement on Ageing and the Rights of Older Persons. 62nd Session of the Commission on Human Rights, United Nations, Geneva – supported by 24 NGOs accredited to the UN.
40. *Stuckelberger Astrid et al.* (2005). Statement on Ageing and the Rights of Older Persons. 61st Session of the Commission on Human Rights, United Nations, Geneva, 13 April 2005 – supported by 20 NGOs.
41. *Stuckelberger Astrid* (2004). Statement on International Migration and Ageing. UNECE Population Forum, UN Geneva.
42. NGO Forum on Ageing (2002). Final Declaration and Recommendations on the Rights and Development of Older Persons, UN Assembly on Ageing, Madrid, Spain.

II. UNITED NATIONS OR EU EXPERT REPORTS

Expert Panel or Rapporteur

1. *Stuckelberger A.* (March 2014). Rapporteur/Evaluator for European Commission Research Executive Agency, Horizon 2020 Call.
2. *Stuckelberger A.* (June 2013). [Rapporteur] AAL6: Assisted Ambient Living Programme, Call 6: focus on "ICT based Solutions for Supporting Occupation in Life of Older Adults". European Union [Rapporteurs Meeting in Bruxelles.]
3. *Stuckelberger A.* (2012). Case scenarios expert evaluation report, Value Ageing: Incorporating European fundamental values into ICT for ageing: a vital political, ethical, technological, and industrial challenge. Marie Curie Industry Academia Partnerships and Pathways (IAPP) Action, EU FP7 project.
4. *Stuckelberger A., Chang N.H. and Chastonay Ph* (2012). Mapping of Social Determinants in the National Research System: for Switzerland. SDH-Net EU project report.
5. *Stuckelberger A.* (2011). Evaluator and Rapporteur, Quadriennial Report on 2 Quadriennial programmes (Food for Life and Live for Promise HIV/AIDS campaign), Evaluatory Discussion for The Ecumenical Advocacy Alliance, World Council of Churches, Geneva.
6. *Stuckelberger A.* (July 2012). [Rapporteur] AAL5: Assisted Ambient Living Programme, Call 5: focus on "ICT based solutions which enable and sustain older adults to continue managing their daily life activities in their home and which support informal carers in their assistance". European Union [Rapporteurs Meeting in Bruxelles.]
7. *Stuckelberger A.* (January/March 2012) [Rapporteur]. AAL3: Assisted Ambient Living – Technology for an ageing population mobility, autonomy and sociability. Follow up project Assessment of Projects on Ageing and ICT: Technology for active living. European Union. [Meeting in Bruxelles and in Tampere, Finland].
8. *Stuckelberger A.* (2011) [Rapporteur]. Bridging Research in Ageing and ICT Development, EU meeting FP7, Copenhagen.

9. *Stuckelberger A.* (2010) [Rapporteur]. AAL3: Assisted Ambient Living Programme, Call 3: focus on ICT based Solutions for Advancement of Older Person's Independence and Participation in the Self-Serve Society". European Union, Bruxelles.
10. *Stuckelberger A.* (2009) [Rapporteur]. AAL2: Assisted Ambient Living Programme, Call 2: focus on: "ICT based Solutions for Advancement of Social Interaction of Elderly People". European Union, Bruxelles.
11. *Stuckelberger A.* (2005). Evidence-based and value-based approach to the spiritual dimension, in Health, Spirituality, Religion and Social Health, 58th World Health Assembly, United Nations, Geneva, Switzerland.
12. *Stuckelberger A.* (2003). Access to Services and E-Health/E-Care, in Report organized in partnership with the Institute for postgraduate medical education, Czech Republic. ERA European Forum on Population Ageing Research - European Commission Project.
13. *Stuckelberger A.* (1999). Report on the International Year of Older Persons for the Geneva Intl Network on Ageing. Programme on Ageing, UN Division for Social Policy and Development, Department of Economic and Social Affairs, United Nations: New York.
14. UNECE (1998) [co-author]. Survey of Ageing Research Projects in Europe. Research review conducted by the University Center for Interdisciplinary Gerontology, Geneva University.
15. WHO (1998) [Rapporteur]. Geriatric Care at the Crossroads, What kind of practitioner to be trained for the 21st Century?, WHO Ageing and Health Programme Meeting, Adelaide, Australia (19-23 August 1997).
16. WHO (1997) [Rapporteur]. Prioritizing the Ageing and Health Research Agenda, Joint report of the WHO Ageing and Health Programme (AHE) Consultative Meetings, New York (30 April - 1 May 1996) and Brasilia (4 July 1996).

Panel Report (author and/or contributor)

17. *Stuckelberger A.* (2014). "Older Persons and the Right to Health", Participation and contribution to the UN Report of the 2014 United Nations Social Forum – on Ageing issues, organised by the OHCHR (Geneva, 1-3 April 2014).
18. *Stuckelberger A.* (2013). Panel Report on "Reproductive Health and Rights: Exploring Gaps and New Paths" with UNFPA during the 20th session of the Human Rights Council, United Nations
19. *Moulias R.* and *Stuckelberger A.* (2012). "Plea for the active participation of older persons in development and globalization", Participation and contribution to the UN Report of the 2012 United Nations Human Rights Council on participatory development (Geneva, 1-3 October 2012)
20. *Stuckelberger A.* (2012). Human Rights in the Public Health Sector, Human Rights Education and Training Panels (NGO WG HREL). In Fuji K. & al. Human rights Education in Formal Settings in Practice. UN NGO panel report. Geneva.
21. *Stuckelberger A.* and *Jett J.* (2010). Report on Non-communicable Disease Recommendations. NGO Forum on Public Health Report to the High-Level Segment of ECOSOC on Public Health. Geneva: United Nations.
22. *Stuckelberger A.* (2003). Older Persons and Human Rights: Life Long Human Rights – Generation and Ageing Perspective. Report for the NGO Committee on Ageing during the Human Right Commission in April 2003. United Nations Geneva.

Video UN (contribution)

23. *Stuckelberger A.* (2002). Report from the European Region, 2nd Global Videoconference on Ageing with country reports from around the world in celebration of the 2nd World Assembly on Ageing in Madrid. Published jointly by the NGO Committee on Ageing and the United Nations: New York. [Video available].
24. *Stuckelberger A.* (1999). Report from Switzerland, 1st Global videoconference on Ageing for the International Year of Older Persons. Published jointly by the NGO Committee on Ageing and United Nations: New York.
25. World Health Organization (1999) [author]. World Global Walk on Active Ageing (video in 4 languages) with the World Health Organisation and the Canton and Republic of Geneva. WHO: Geneva

III. REPORTS FOR GOVERNMENTS OR MANDATES FOR FEDERAL AGENCIES

1. *Stuckelberger A.* (2015). Final report on research ethics on research on social determinants of health in LMIC with proposal of check list and guideline. In SDH-Net Consortium Final Research Report (2011-2015): "Building sustainable capacity for research for health and its social determinants in low and middle income countries (SDH-Net)" by 12 countries co-applicants. Final Research Report for the EU-FP7.
2. *Stuckelberger A.* (2014). Social Determinants of Health and Anti-Ageing Medicine. Contribution of selected Experts to a Position Document and Recommendations for the Mexican Government Policy on Social Determinants of Health in Mexico. Second Symposium on Social Determinants of Health for Health Equity, Sustainable Development and the Millennium Development Goals Post 2015. National Academy of Medicine of Mexico.
3. Rapport d'experts (2013) « Genève et la Dépendance à l'Horizon 2040 » pour le Canton et République de Genève [Mme Rochat, Conseillère d'Etat].
4. *Stuckelberger A.* (2012). Promotion de la santé psychique des personnes âgées en Suisse. Analyse et évaluation de l'étude VIA, Promotion suisse santé, Berne.
5. *Stuckelberger A.* (2012). Report and contribution to the « OSCE/ODIHR Human Rights Education Guidelines for Public Health Professionals ». Centre of Human Rights Education, University of Teacher Education Central Switzerland Lucerne (Switzerland)
6. *Stuckelberger A.* (2012). [Rapporteur] Panel Report on Health and Human Rights Research: Impact on Health Policy Coimbra Summer School 2011, University of Geneva.
7. *Société Suisse de Gérontologie* (2011). Liberté et sécurité -Directives relatives aux mesures d'entrave à la liberté (MEL). Contribution au groupe de travail. SGG-SSG. Berne.
8. *Stuckelberger A.*, *Wanner Ph.* and *So-Barazetti B.* (2008). Mettons notre vieillesse de côté pour plus tard/Das Altern sparen wir uns für später auf/Lets save old age for later, Synthetic publication of the « Anti-Ageing Study » conducted for TA-Swiss, Technological Assessment Switzerland, TA52A/2008. Bern. [Download: www.ta-swiss.ch/e/them_biot_anti.html]

9. *Stuckelberger A., Klohn M., Roessli D., Scherly D., Duperrex O. and Chastonay Ph. (2006). GEMPH: Geneva E-module in public health, an interactive distance learning tool based on a Delphi study on public health priorities in Switzerland. Institute of Social and Preventive Medicine of the University of Geneva & Swiss School of Public Health, Switzerland.*
10. *Stuckelberger A. et Wanner Ph. (2006). Enquête suisse sur la santé: exploitation intercantonale des données pour la Suisse romande et le Tessin. Observatoire suisse de la santé, Office fédéral de la statistique : Berne. www.obsan.ch*
11. *Stuckelberger A., Zimmermann E. and Meyer P. (2005). Effects of Cumulative Disadvantage and Disruptive Life Events on Physical and Mental Health in the 50 – 74 years old: Analysis from the Swiss Household Panel (SHP). Report done for the Swiss Health Observatory, Swiss Office of Statistics: Neuchâtel, Switzerland.*
12. *Stuckelberger A. et Arzel B. (2005). Diversification de l'offre de restauration pour les personnes âgées : Enquête auprès des prestataires repas FSASD et développement d'un projet pilote, Rapport établi pour la Fondation des services d'aide et de soins à domicile. Université de Genève, IMSP : Genève*
13. *Wanner Ph., Stuckelberger A. et Gabadinho A. (2003). Facteurs individuels motivant le calendrier du départ à la retraite des hommes âgés de plus de 50 ans en Suisse. Rapport dans le cadre du « Programme de recherche interdépartemental sur l'avenir à long terme de la prévoyance vieillesse » (IDA ForAlt), no 8/03. Aspects de la sécurité sociale, Office fédéral des assurances sociales : Berne.*
14. *Wanner Ph., Stuckelberger A. et Gabadinho A. (2003). Individuelle Faktoren, die den Zeitpunkt der Pensionierung der über 50-jährigen Männer in der Schweiz beeinflussen. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 8/03. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung: Bern.
Rapport disponible en français sur le web : http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/petersinsel/f/8_03_eRapport.pdf*
15. *Stuckelberger A. (2003). Promotion de la santé des personnes de 50 et plus. Mandat d'analyse menée pour la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS).*
16. *OFAS (2002). Longévité – défi de société et chance culturelle – Contribution de la Suisse aux débats de la 2ème assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid 2002.*
17. *BSV (2002). Langlebigkeit – gesellschaftliche Herausforderung und kulturelle Chance – Ein Diskussionsbeitrag aus der Schweiz zur Zweiten Weltversammlung zur Frage des Alterns 2002. Mitglied der Arbeitsgruppe.*
18. *Stuckelberger A. and Höpfinger F. (June 2000). Ageing in Switzerland at the dawn of the XX1st Century. Main results and perspectives from the Swiss Research Programme on Ageing (PNR32): Bern.*
19. *Health Canada – Santé Canada (2000). A Guide to End-of-Life Care for Seniors (collaborative work)*
20. *Höpfinger F. et Stuckelberger A. (1999). Vieillesse – Alter – Anziani: Principaux résultats et perspectives – Synthèse politique du Programme National de Recherche. FNRS: Berne (aussi disponible en allemand et en italien).
Sur site web : http://www.snf.ch/NFP/NFP32/Alter_f.pdf*
21. *Höpfinger F. und Stuckelberger A. (1999). Alter – Anziani – Vieillesse: Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP32. Bern. Auf dem Web : http://www.snf.ch/NFP/NFP32/Alter_d.pdf*
22. *Höpfinger F. et Stuckelberger A. (1999).. Anziani – Alter – Vieillesse : Principali risultati e prospettive del Programma Nazionale di Ricerca PNR32. Berna. Web: http://www.snf.ch/NFP/NFP32/Alter_i.pdf*
23. *Stuckelberger A. (1999). Des vieux mythes aux nouvelles données scientifiques sur le vieillissement. Dynamique des aspects démographiques et socio-politiques, Conseil économique et social de Genève, Genève.*
24. *Stuckelberger A. (1998). Lignes directrices pour un vieillissement réussi à tout âge et modèles de bonne pratiques en Europe. Rapport établi pour le Conseiller d'Etat et président du Département de l'action et de la santé du Canton de Genève : Genève.*
25. *Stuckelberger A. (1998). Etat des recherches sur la population du canton de Genève dans le cadre du Programme national de recherche sur le vieillissement du Fond national de recherche scientifique (FNRS). Rapport pour le Conseiller d'Etat et président du Département de l'action et de la santé du Canton de Genève, Genève.*
26. *Höpfinger F. et Stuckelberger A. (1994). Changements structurels de la vieillesse, in Bulletin II, Programme de recherche suisse sur le vieillissement (pp. 2-7). FNRS/PNR32: Berne.*
27. *Tecklenburg U., Stuckelberger A. et Grab B. (1990). Développement et évaluation d'une intervention au niveau de la communauté pour atténuer l'impact du deuil sur la santé des personnes âgées. Rapport final de projet de recherche pour le FNRS dans le cadre d'une étude multicentrique de l'OMS avec les Hôpitaux universitaires de Genève (Dr Hovaguimian). Fonds National de la Recherche Scientifique Projet de recherche no. 3.891 - 0.85.*

IV. BOOKS

In preparation

- Stuckelberger A. (in preparation 2021-2022). Prevention and Wellness, US publisher - 3 books.
 - Stuckelberger A. (in preparation) . Public Health and COVID19 : analyzing, understanding, lessons learned
1. *Stuckelberger A. (mid-2021, ebook). Prevention de la Vejez y Recurso para la Longevidad. Media ofr Health.*
 2. *Stuckelberger A. (mid-2021). Longévité et Santé: entre Population, Individu et Politique - Approche multidimensionnelle et interdisciplinaire basée sur les évidences scientifiques et politiques. Editions Médecine et Hygiène : Genève. (expanded privat-docent)*
 3. *Stuckelberger A. (2019). Mini-Handbook for student on international research ethics case book. Based on a WHO Book published with the University of Geneva. .Petit manuel basé sur des études de cas d'un projet de collaboration OMS-UNIGE.*
 4. *Stuckelberger A. (2012). Guide des Médecines Anti-Age. Editions Favre: Paris et Lausanne. [Traduction française vulgarisée et mise à jour du livre/rapport pour TA-Swiss sur demande des Editions Favre]*

5. *Stuckelberger A. (2008). Anti-Ageing Medicine : Myths and Chances, results of an global and national study for the Swiss confederation innovation and technology Department, the Swiss Medical Academy of Science and the Center for Technological Assessment (www.ta-swiss.ch). ETH Verlag, Zurich, Switzerland.*
See book <http://www.vdf.ethz.ch/vdf.asp?showArtDetail=3195> and report http://www.ta-swiss.ch/e/them_biot_anti.html
6. WHO (2009). Casebook on Ethical Issues in International Health Research. In R Cash, D Wikler, A Saxena, A Capron (Eds.) with the collaboration of A Stuckelberger and Ph Chastonay. Joint University of Geneva and WHO publication with the support of RUIG-GIAN. Publication WHO: Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547727_eng.pdf
7. *Stuckelberger A. and Vikat A. (Eds) (2008). A Society for all Ages: Challenges and Opportunities. United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). United Nations: Geneva and New York. <http://www.unece.org/pau/pub/mipaa.htm>*
8. *Stuckelberger A. and Höpflinger F. (2000). Ageing in the XXIst Century. Results of the Swiss Programme on Ageing. FNRS:Bern.*
9. *Höpflinger F. et Stuckelberger A. (1999). Demographishes Alterung und individuelles Altern. Seismo, Zürich.*
10. *Stuckelberger A. et Höpflinger F. (1996). Vieillissement différentiel : hommes et femmes. Editions Seismo, Zürich.*
11. *Höpflinger F. et Stuckelberger A. (1992). Vieillesse et recherche sur la vieillesse en Suisse. Ed. Réalités Sociales, Lausanne.*
12. *Höpflinger F. et Stuckelberger A. (1992). Alter und Altersforschung in der Schweiz. Seismo Verlag, Zürich.*

Self-publishing e-book on website (www.astridstuckelberger.com)

13. *Stuckelberger A. (2018). A 1000 Noses....The Science of Smell, Scientific Review and recommendations for business development. E-book, self-publishing. www.astridstuckelberger.com*
14. *Privat-Docent Thesis: Stuckelberger A. (2014). Vieillissement et Santé : entre Population, Individu et Politiques. Thèse de Privat-Docent de la Faculté de Médecine de l'Université de Genève. Genève, Suisse.*
15. *PHD Thesis : Stuckelberger A. (2000). Vieillissement et état de santé subjectif: déterminants et mécanismes différentiels hommes femmes à partir d'une étude transversale de la population genevoise. Etude menée dans le cadre d'un projet du FNRS. Rapport de thèse de doctorat no 286, Université de Genève, Faculté de Psychologie : Genève.*
16. *Master of Science Thesis (with WHO): Stuckelberger A. (1987). Evaluation of the capacity to identify psycho-social factors in the diseases of a primary health centres in 5 countries. Comparative Study of 5 countries on the basis of an « Attitude Scale » and “Case-Vignettes” exercise. Study conducted during an internship at the World Health Organisation Mental Health Division (Dr Norman Sartorius, Prof. John Beck and Prof. Pierre Dasen).*

V. CHAPTERS IN BOOK

1. *Stuckelberger A. (2016). Social determinants of health and its impact on anti-ageing medicine. In Urbina M. et al.: The Importance of Social Determinants for Health Equity achieving the MDGs and SDGs. National Academy of Medical Sciences, Mexico. Publisher.*
2. *Stuckelberger A. (2012). Human Rights of Older persons in the United Nations: State of the Art, Process and Challenges. The 5th Warsaw Seminar on Human Rights. Published by the Ministry of Foreign Affairs and the National School of Public Administration KSAP for the EU Presidency of Poland. Kontrast: Warsaw: Poland.*
3. *Stuckelberger A. (2012). Transgenerational Violence and Abuse: The Need for a New Paradigm integrating a Structural and Personal Framework. In Angela Browne-Miller (Ed.), Violence and Abuse in Society. ABC-CLIO and Praeger, Cal.*
4. *Stuckelberger A. (2012). Transgenerational Plans of Action”: Models for Violence and Abuse Eradication. In Angela Browne-Miller (Ed.), Violence and Abuse in Society. ABC-CLIO and Praeger, Cal.*
5. *Stuckelberger A. and Chastonay P. (2012). “The Invisible Old”: Age discrimination and Social Neglect of Older Persons: The urgent need for an international human rights and ethics framework for old age. In Angela Browne-Miller (Ed.), Violence and Abuse in Society. ABC-CLIO and Praeger, Cal.*
6. *Stuckelberger A. (2012). Anti-ageing or anti-ageing medicine: state of the art and recommendations. In: Marie-Jo Thiel (Ed.), Ethical Challenges of Ageing. Royal Society of Medicine: London.*
7. *Stuckelberger A. (2012). Anti-ageing ou médecine anti-âge : état des lieux et recommandations, Marie-Jo Thiel (Ed.), *L'Automne de la vie : enjeux éthiques du vieillissement*, Presses universitaires de Strasbourg, Coll. Chemins d'éthique.*
8. *Stuckelberger A., Abraham D. and Chastonay P. (2011). Age discrimination as a source of exclusion in Europe: State of the art and need for a human rights plan for older persons. In N. Keating (Eds.) Exclusion - Inclusion in later life. The Policy Press: UK*
9. *Stuckelberger A. (2011). Anti-Aging als eine neue Medizin- und Alterns-Kultur: Die TA-Swiss Studie zur Anti-Aging Medizin. In Silke Schicktanz und Schweda Mark (Hg.), Pro-Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin, (pp. 251-269). Kultur und Medizin, Campus Verlags: Frankfurt – New York.*
10. *Stuckelberger A. (2009). Optimiser son vieillissement: comment améliorer les compétences en santé avec l'âge? In Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), Gesundheitskompetenz, zwischen Anspruch & Umsetzung (126-140). Seismo Vlg, Zürich.*
11. *Klohn Axel Max, Jeannot Emilien, Stuckelberger Astrid., Duperrex Olivier, Brenner Eric et Chastonay Philippe (2009). De l'atelier micro-informatique au e-module: l'expérience du diplôme de santé publique et Master en santé publique avec les info-compétences. In Chastonay Ph. et Bastard B. (Eds).*

Apprendre la santé publique. L'expérience pédagogique d'un programme de formation en santé publique de l'université de Genève (pp. 91-102). Editions Médecine et Hygiène : Genève.

12. *Stuckelberger A.* (2008). Transgenerational and Demographic Powers shaping our World. In Mario Raich and Simon L. Dolan. "Beyond! Business and Society in Transformation", Chapter 2. Identifying key issues towards a sustainable future (p. 36-38). Palgrave MacMillan: New York.
13. *Stuckelberger A.* (2008). Los poderes demográficos y transgeneracionales que dan forma a nuestro mundo: efectos de la vejez y el papel y la responsabilidad de los ancianos en la de cohesión social y la paz, In M. Raich & S. Dolan (Eds), *Màsallà – empresa y sociedad en transformación* (p. 56-71). Tecsup: Lima, Perú.
14. *Stuckelberger A.* (2007). Human and Family Development: the Importance and Value of Older Persons for the Family and Future Generations, in Scott Loveless et al. (Eds.). *The Family in the New Millennium: Protecting the Natural and Fundamental Group Unit of Society*, Vol. 2. Praeger Publishing.
15. *Stuckelberger A.* (2006). Vieillissement de la population : Défi de société, défi de santé publique. In Peter van Eeuwijk, Brigit Obrist, Vulnerabilität, Migration und Altern. *Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis* (pp. 241-261). Zürich: Seismo-Verlag.
16. *Stuckelberger A.* (2005). Transgenerational Perspective on Conflict and Violence Prevention. In F. L. Denmark, U. Gielen, H. H. Krauss, E. Midlarsky and R. Wesner (Eds.) *Violence in Schools: Cross-National and Cross-Cultural Perspectives* (pp. 119-169). Springer: New York.
17. *Stuckelberger A.* (2001). Polymédication et automédication chez la personne âgée : Résultats du programme national de recherche "Vieillesse". In Buclin Th. et Ammon C. (Eds), *L'automédication, pratique banale, motifs complexes*. Cahiers socio-médicaux (pp. 47-69). Médecine et Hygiène, Genève.
18. *Stuckelberger A.* (1999). Des indicateurs aux états de santé: différences femme-homme au cours du vieillissement. In Maeder T., Burton-Jeangros C. et Haour-Knippe M. (Eds.), *Santé, Médecine et Société: contributions à la sociologie de la santé* (pp.384-419). Seismo: Zürich.
19. *Stuckelberger A.* (1999). Networking in the XXIst Century: the Geneva International Network on Ageing - GINA. In J.-P. Michel and J.-P. Hof (Eds.), *Management of Ageing: The University of Geneva Experience. Interdisciplinary Topics in Gerontology*, Vol. 30 235-245. Karger: Basel.
20. *Stuckelberger A.* (1998). Effet du parcours de vie sur le vieillissement différentiel homme-femme. In *Alter, Psychotherapie, Beratung und Begleitung älterer Menschen*, Heft 5 (pp. 29-44). Szondi Institut: Zürich. [Monographie]
21. Proust J. et *Stuckelberger A.* (1995). L'état des théories en biologie du vieillissement. In: *Vieillir en Suisse, Rapport de la Commission Vieillir en Suisse*, Partie 6, Chapitre 14 (pp. 646-651), Office fédéral, Berne.
22. *Stuckelberger A.*, Unger P.-F. and Michel J.-P. (1993). Transfer of elderly patients from the emergency department: general hospital or geriatric hospital? A Swiss experience. In *Albarède & Vellas (Eds.), Facts and Research in Gerontology*, 7: 511-520.
23. Michel J.-P., *Stuckelberger A.* and Grab B. (1993). Developments and Research on Aging: Switzerland. In: E. B. Palmore, *An International Handbook of Aging*. Greenwood Press: Westport, Connecticut.

VI. ORIGINAL ARTICLES (PEER-REVIEWED) [IF = IMPACT FACTOR]

1. West E, *Stuckelberger A*, Pautex S, Staaks J, Gysels M. (2017, 18 Jan). Operationalising ethical challenges in dementia research-a systematic review of current evidence, *Journal of Age and Ageing* – published online. [IF = 3.107]
2. Hasler T., *Stückelberger A.*, Ott E. and Blum J. (2017). Diplopia and ptosis after diarrhea – A Diagnostic Challenge. *Travel Medicine and Infectious Disease*, Vol 17: 76. [IF = 3.055]
3. Lascano J. and *Stuckelberger A.* (2017). Are we missing a target group? Expanding the role of co-trimoxazole to the ageing population, *Journal of Public Health*, 144:120-121. [IF = 1.4]
4. Wangmo, T., Meyer, A., Handtke, V., Bretschneider, W., Biller-Andorno, N., Page, J., Sommer, J., *Stuckelberger, A.*, Aebi, M., & Elger, B. (2015). Prisoners' access to healthcare in Switzerland: Analysis by age group and type of sentencing, *Journal of Ageing and Health* 28(3). [IF = 3.107]
5. Bediang G., Stoll B., Geissbuhler A., Klohn A.M., *Stuckelberger A.*, Nko'o S. And Chastonay P. (2013). Computer Literacy and E-learning Perception in Cameroon: The Case of Yaounde Faculty of Medicine and Biomedical Sciences. *Biomed Central Medical Education*.
6. *Stuckelberger A.* (2011). Is human ageing setting the stage for prejudices or transhuman medicine? *Bioethics Forum, Swiss Journal of Biomedical Ethics*, Volume 2, pp. 57-59.
7. *Stuckelberger A.* (2011). A global ethical and human rights perspective on old age: eradicating stigma, exclusion and inequality, *Bioethics Caribe for the Caribbean Region*, 5(1): 7-10.
8. *Stuckelberger A.* (2011). Vieillissement et Cerveau: Quelles évidences et stratégies pour prévenir et améliorer le fonctionnement du cerveau?, *PhysioActive, Journal de l'Association Suisse de Physiothérapie*, no 5/11.
9. *Stuckelberger A.* (2009). Etude TA-Swiss sur la médecine anti-âge, *Revue Médicale Suisse*, Vol. 5 :2219-2226.
10. *Stuckelberger A.*, Saxena A. et Chastonay P. (2009). Ethique de la recherche et santé publique internationale: des études de cas au développement de matériel de formation global, *Revue Médicale Suisse*, Vol. 5 (Suppl.) :S21-S23.
11. *Stuckelberger A.*, Tellier S. et Vikat A. (2009). Succès et défi du vieillissement global de la population : un plan d'action unique entre Nations Unies, scientifiques et organisations non gouvernementales, *Revue Médicale Suisse*, Vol. 5 (Suppl.) : S63-S67.
12. Chastonay P. et al. (2009). Enseignement de la santé publique, de la santé communautaire et des droits de l'homme à la Faculté de médecine de Genève : plus de 20 ans de partenariat avec les organisations internationales, *Rev Méd Suisse*, Vol. 5 (Suppl.) : S8-S11.
13. *Stuckelberger A.* (2008). Water, Public Health and the Right to Development: The Imperatives of the United Nations Millennium Development Goal, *Journal of Humanitarian Medicine*, January-March, Vol. VIII, 1:2-7.
14. *Stuckelberger A.* (2008). An introduction to Anti-Ageing Medicine, *Bulletin de la Société Suisse d'Ethique Biomedicale SSEB*, No 56 :12-15.

15. Andrews G.R., Sidorenko A.V., Gutman G., Gray J.E., Anisimov V.N., Bezrukov V.V., Botev N., Davidovich M., Fernandez-Ballesteros R., Hoskins I., Goodwin J., Kirkwood T.B.L., Knipscheer K., Lomranz J., Nies H., Nizamuddin M., *Stuckelberger A.*, Topinkova E., Troisi J., Walker A. (2006). Research on Ageing: Priorities for the European Region: Report on the UN Research Agenda on Ageing for the 21st Century for Europe, *Advances in Gerontology*, Vol. 18: 7-14. [IF=0, 03]
16. Zimmermann E., *Stuckelberger A.* and Meyer P.C. (2006). Effects of Cumulative Disadvantage and Disruptive Life Events on the Physical and Mental Health of individuals between the ages of 50 – 74 years: Analysis from the Swiss Household Panel (SHP), *Swiss Journal of Sociology*, 32 (3), 2006, 527-555.
17. *Stuckelberger A.* (2006). Réseau international sur le vieillissement basé à Genève – Geneva international network on ageing (GINA). Filières et Réseaux 2 Santé, no 11: 44-45.
18. *Stuckelberger A.* (2002). Population Ageing & World Peace. Empowering Future Generations. Older Persons Role and Responsibility. *Journal of Psycho-Social Intervention*, Special Issue for the United Nations World Assembly on Ageing in Madrid (pp. 29-75). Madrid, Spain.
19. *Stuckelberger A.* (2002). El envejecimiento de la población y la paz mundial. La capacitación de las generaciones futuras: el rol y responsabilidad de las personas mayores. *Revista Intervención Psicosocial - Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, Vol. 10, no 3: 295 – 342. [RESH= 0.143 ou RESH valeur intégrée = 51.73]
20. *Stuckelberger A.* (2001). Participation des Aînés à la vie politiques en Europe et en Suisse. *Gérontologie*, 120 : 32-37.
21. *Stuckelberger A.* (2000). Participation des Aînés à la vie politique en Europe et en Suisse, Rapport pour Conférence CH-Vieillesse publié dans *Gérontologie et Information : Revue de la Société suisse de Gérontologie : 4/2000*. Berne. [Version allemande: "Die Partizipation von Seniorinnen und Senioren im politischen Bereich"]
22. *Stuckelberger A.* (2000). Des transitions démographiques à une société pour toutes les générations. Actes du Congrès Suisse de Gérontologie 1999. SGG-SSG : Berne.
23. *Stuckelberger, A* (1999), The Geneva International Network on Ageing (GINA), *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Vol. 32(2 Suppl.) : 43.
24. *Stuckelberger A.* (1999). Mutations et continuités : agenda de la gérontologie du XXI^{ème} siècle, In Graf P (Ed.) *Vieillir au 21^{ème} siècle Continuités et Mutations* (pp. 201-211). Société Suisse de Gérontologie : Berne.
25. *Stuckelberger A.* (1998). Les aspects de genre des solidarités familiales intergénérationnelles/Geschlechtsspezifische Aspekte der familiären solidarität zwischen den Generationen, *Questions familiales*, 1:59-66, Office Fédéral des Assurances Sociales, Berne.
26. *Stuckelberger A.* et Höpflinger F. (1998). Transitions socio-démographiques et dynamique du logement, *Sécurité Sociale*, 6:322-326.
27. *Stuckelberger A.* et Höpflinger F. (1998). Soziodemografischer und dynamischer Wandel der Wohnsituation älterer menschen in der Schweiz, *Soziale Sicherheit*, 6:322-326.
28. *Stuckelberger A. and Höpflinger F.* (1998). Dynamics of ageing in Switzerland from a gender perspective. *Ageing International*: 62-84.
29. Michel J.-P. et *Stuckelberger A.* (1997). But 6 de l'OMS : Vieillir en bonne santé. Buts de la politique sanitaire pour la Suisse: la Santé pour tous, *Sozial-Und Preventivmedizin -Médecine Sociale et Préventive*, Vol.42 Suppl. 1 (pp. 15-18), Office fédéral de santé publique , Berne. . [IF= 0.238]
30. *Stuckelberger A.* (1997). Men and women age differently, *World Healthr.* 4: 8-9. WHO: Geneva.
31. *Stuckelberger A.* (1997). Hommes et femmes vieillissement différemment, *Bulletin OMS: Santé du Monde : 4: 8-9. OMS: Genève.*
32. *Stuckelberger A.* (1997). Las mujeres no envejecen como los hombres, *Salud Mundial*: 4: 8-9. WHO: Ginebra.
33. *Stuckelberger A.* (1995). Aspects sociologiques de la vieillesse en Suisse, *Gérontologie* (4) 96:3-10. [IF=0,04]
34. Lalive d'Epinau C.J., Michel J.-P., Maystre C., Riand J.-F. et *Stuckelberger A.* (1996). Santé de la population âgée à Genève: une comparaison de l'état de santé fonctionnelle, psychique et auto-évaluée en 1979 et en 1994. *Médecine & Hygiène*, 54:2145-52.
35. *Stuckelberger A.* et Höpflinger F. (1995). Editorial, Programme national suisse de recherche "Vieillesse" du Fond National de la Recherche Scientifique, *Médecine & Hygiène*, 2094: 2355-2357.
36. Stuck A.E., *Stuckelberger A.*, Gafner Zwahlen H., Beck J.C. (1995). Visites préventives à domicile avec évaluations gériatriques multidimensionnelles chez les 75 ans et plus: Projet EIGER. *Médecine et Hygiène*, 53 (2094):2385-2397.
37. Unger P.-F., *Stuckelberger A.* and Michel J.-P. (1993). Orientation des patients âgés à partir du service d'accueil et d'urgence, Hôpital général ou Hôpital gériatrique? *Réanimation Urgences*, 2(3): 273-278.
38. *Stuckelberger A.*, Michel J.-P., Grab B., Meyer P. et Rohner A. (1992). De l'information à la décision. Etude de la communication médecin-patient âgé en milieu géronto-chirurgical. *Médecine & Hygiène*, 1995(50):2998-3005.
39. Michel J.-P., Unger P.-Y., Arroyo J. and *Stuckelberger A.* (1992). Réseau de soins aux personnes âgées de Geneva. *Urgences Médicales*, 11:229-232.
40. Loew F., Seiler W.O., Schwed P., *Stuckelberger A.*, Michel J.-P. and Stähelin H.B. (1992). La recherche en gériatrie et en psychogériatrie en Suisse. *Année Gérontologique*: 479-487.
41. *Stuckelberger A.*, Michel J.-P., Grab B., Meyer P. et Rohner A. (1991). Comunicación entre el cirujano y el paciente de edad avanzada: Relación entre la información y la decisión médica - Communication entre chirurgien et patient âgé: relation entre information et décision médicale. *Revista de Geriatria et Gerontologia*, 1(1):21-28. [IF=0,035]
42. Michel J.-P., Meyer P., *Stuckelberger A.* and Robine J.-M. (1991). Progrès et réalités en chirurgie du grand âge: le point de vue du gériatre. *Journal de Médecine de Lyon*, 1469:171-173.
43. Cusin C., *Stuckelberger A.*, Vuilleumier J. et Michel J.-P. (1991). Sortie d'un hôpital gériatrique: retour à domicile ou placement en pension? Etude prospective des facteurs prédictifs de destination. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 111:257-265.
44. *Stuckelberger A.*, Unger P.-Y. et Michel J.-P. (1991a). Milieu gériatrique ou hôpital général? Critères décisionnels d'orientation du médecin des urgences, *Réanimation Soins Intensifs Médecine d'Urgence*, 7(2):104. [IF=0.669]

45. *Stuckelberger A., Unger P.-Y. et Michel J.-P. (1991b). "Jamais je n'irai dans un hôpital de vieux": Analyse des motifs de refus d'hospitalisation en milieu gériatrique, Réanimation Soins Intensifs Médecine d'Urgence, 7(2):104. [IF=0.669]*
46. *Stuckelberger A., Tecklenburg U. et Grab B. (1989). Enquête de santé chez les personnes âgées par interview à domicile: étude de quelques indicateurs. Sozial-Und Praventivmedizin -Médecine Sociale et Préventive, 6:260-264. [IF= 0.238]*
47. *Tecklenburg U., Stuckelberger A. et Grab B. (1989). Deuil et santé chez les personnes âgées. Revue Suisse de Médecine, 10:251-253.*
48. *Hovaguimian T., Grab B., Hirsch E. and Stuckelberger A. (1988). Psychosocial Problems and the Health of the Elderly with Special Reference to Social Isolation. Danish Medical Bulletin, Suppl.: 6:2-6. [IF= 0.914]*



Tel. direct: +41 22 791 4571
Fax direct: +41 22 791 1388
E-mail : rodierg@who.int

In reply please
refer to:

Your reference:

10 February 2017

TO WHOM IT MAY CONCERN

From 2009 to 2012, Dr Stuckelberger worked with the World Health Organization (WHO) to develop and ensure the International Health Regulation Implementation Course (IHR i-Course) as instructional coordinator for the University of Geneva, along with the University of Georgetown (USA) and the University of Pretoria (South Africa). The IHR implementation course is a 210 hours adult learning courses over a 5-month online period followed by a 2-week residential session including online interactive conferences, discussion forum, group and individual work, simulation exercises .The IHR implementation course has taken place 3 times with each time 30 to 40 participants from all regions of the world. Participants were from different expertises related to IHR either from the Ministry of health or from WHO regional offices (please see http://www.who.int/ihr/training/IHR_i-course_leaflet.pdf).

Dr Stuckelberger has collaborated with WHO in the development of key aspects of global health in the development of the course and the coordination of the teaching and support of participants learning activities. She ensured in particular the modules on: emergency management, communication and risk communication, preparedness and planning, health systems, human rights and the development of 4 case studies which were at the core of the course. Through those years, we can only praise her work and commitment.

.../2

Dr Stuckelberger has played a key role in the success of the 3 courses and showed excellent expertise in the many dimensions required by a complex task: management and organizational skills, expertise in different topics of global health, ability to develop training with international experts and WHO, teaching and tutoring excellence, creativity for designing new exercises and the 4 case studies (infectious, foodborne disease, chemical hazards and radionuclear). She was highly appreciated and respected by participants and WHO staff. Thanks to an excellent collaboration and file submitted to WHO official call for future courses, Geneva University was selected among many universities and we look forward to future collaboration.

For all the above reasons, I can only strongly recommend Dr Stuckelberger for future positions related to IHR and/or global health.



Dr Guenael Rodier
Director
Country Health Preparedness and IHR (CPI)
WHO Health Emergency Programme (WHE)



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Head office:

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01
Email: contact@euro.who.int
Website: <http://www.euro.who.int>

Date: 7 June 2013

TO WHOM IT MAY CONCERN

Our reference: Your reference:
Notre référence: Votre référence:
Unser Zeichen: Ihr Zeichen:
См. наш номер: На Ваш номер:

Dear Madam/Sir,

I am writing this letter of recommendation upon the request of Dr Astrid Stuckelberger, who is applying for the position of Professor and Director of the Institute of Global Health (Faculty of Medicine, University of Geneva).

Based on the work that Dr Stuckelberger has conducted for WHO, I consider her to be an excellent candidate for this position. Dr Stuckelberger has assisted WHO in the development of two crucial areas in global health. Firstly, the development and teaching of the WHO International Health Regulations (2005) course, which is considered by many stakeholders as one of the most successful WHO projects (please see <http://www.who.int/ihr/en/>). Secondly, Dr Stuckelberger developed together with the WHO Regional Office for Europe guidance on pandemic preparedness as well as the curriculum for a workshop on pandemic preparedness conducted for 24 Member States of eastern and south-eastern Europe, Israel and Switzerland, in December, 2012 (please see <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/news/news/2012/11/revising-pandemic-influenza-preparedness-strategies>).

During these activities, Dr Stuckelberger has demonstrated in the arena of global health excellent organizational skills, adult-teaching skills, and a broad knowledge of the different sectors and stakeholders that must work together to achieve system-wide solutions to improving health. She would be very well placed to partner with global agencies and networks and to fundraise at the international level. WHO would be happy to continue to collaborate with Dr Stuckelberger in future.

Yours sincerely,

Dr Caroline S. Brown
Programme Manager
Influenza and other Respiratory Pathogens



Tel. direct: +41 22 791 2616
Fax direct: +41 22 791
E-mail :

In reply please
refer to:

Your reference:

19 October 2017

TO WHOM IT MAY CONCERN

Dr Stuckelberger has assisted WHO in the development of crucial areas of global health and social determinants of health (SDH) which support the operationalization of the Sustainable Development Goal (SDGs) commitment to “leave no one behind”.

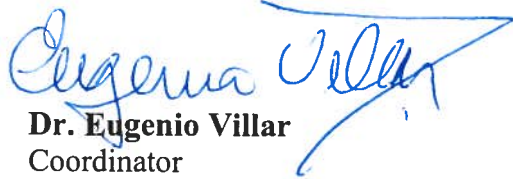
My experience working with her covered different levels. First, she played a crucial role bridging research with policy through enabling the collaboration of WHO with international researchers and governmental institutions on social determinants of health through a 4 year EU-funded research network (SDH-Net) working on “*Building Sustainable Research capacity for Health and its Social Determinants in Low- and Middle-Income Countries*”. She facilitated the collaboration and actions on the ground both in Geneva and in the regions. In May 2015, she co-organised with WHO an international event on SDH at the University of Geneva with great ease and success and further worked with our department on international projects to support a monitoring projects and coordinating platform on research on SDH.

She also has been invited as an expert teacher in global health to our *Health in All Policies (HiAP) Trainers’ course* for conducting trainings on improving skills in working across sectors using WHO Health in All Policies Training Manual both at the international level in Geneva in March 2015 and for the Latin American region in Rio de Janeiro in November 2016.

To note that she has also contributed substantially in the WHO INNOV8 Handbook and facilitator manual for reviewing national health programmes in an 8-step analytic multidisciplinary and intersectoral process aiming at improving programme performance to address health inequities and human rights, gender equality, universal health coverage and address social determinants of health.

I can only praise the personality and the scientific expertise of Dr Stuckelberger. Very at ease in the international world and considerate to everyone whatever their origin or approach, she brings the best out to make everyone work together and has always been ready to constructively collaborate to initiatives and projects with an open and generous approach. Her multidisciplinary and UN expertise is an asset for anyone working on international health thematic and brings exceptional expertise on social determinants of health with her grasp of human characteristics as well as emerging topics in the field like ageing, ethics or technology

For all the above reasons, I can only strongly recommend Dr Stuckelberger to any academic institutions or programme working on global health and SDH. Without doubt she will bring a unique multidisciplinary perspective and enrich the teaching to students and to institutions not only by her work on human rights, equity and social determinants of health but also by her knowledge of how it plays out in the UN institutions and global agenda. We will always welcome cooperating with her and look forward to our continuous collaboration.



Dr. Eugenio Villar

Coordinator

Social Determinants of Health Team

Department of Public Health, Environmental and
Social Determinants of Health (PHE)

World Health Organization

20 Avenue Appia

Tel. (41-22) 791 2616/4278

Fax (41-22) 791 4292

CH-1211 Geneva 27

e-mail: villare@who.int

mobile: +41(0)79 254 6809



**World Health
Organization**

20, AVENUE APPIA – CH-1211 GENEVA 27 – SWITZERLAND – TEL CENTRAL +41 22 791 2111 – FAX CENTRAL +41 22 791 3111 – WWW.WHO.INT

Tel. direct: +41 22 791 2406
Fax direct: +41 22 791 4169
E-mail : saxenaa@who.int

In reply please
refer to: RPC/B9-83-3

Your reference:

Dr Astrid Stuckelberger
Faculty of Medicine
Department of Social and Community
Health
IMSP/CMU/BP
CH-1211 Genève 4

7 July 2008

Dear Dr Stuckelberger,

I understand that you have completed three-year terms with the Research Ethics Review Committee (ERC) of the World Health Organization.

I would like to take this opportunity to thank you for your contribution to the work of the ERC since you joined in July 2005. Your input and contribution to the work of the ERC have been greatly appreciated.

With best wishes,

Yours sincerely,

Dr Margaret Chan
Director-General

منظمة الصحة العالمية • 世界卫生组织

Organisation mondiale de la Santé • Всемирная организация здравоохранения • Organización Mundial de la Salud



Téléphone Central/Exchange: (+41 22) 791.21.11
Direct: (+41 22) 791.35.48
Email: vercammenl@who.int

In reply please refer to: RPC/ERC/lv
Prière de rappeler la référence:

Dr Astrid Stuckelberger, Ph.D.
University of Geneva
Department of Social & Community Health
IMSP/CMU/BP
CH - 1211 Geneva 4

Your reference:
Votre référence:

07 July 2005

Dear Dr Stuckelberger,

It is my pleasure to formally invite you to become a member of the WHO Research Ethics Review Committee (ERC).

As a lecturer, master of public health and researcher at the university of Geneva you are ideally suited to contribute to the debates and decision-making process carried out by ERC which has the responsibility for reviewing the ethical aspects of proposals for research involving human subjects that are funded or otherwise supported through WHO.

I would be most grateful if you could agree to join the Committee

Yours sincerely,

A handwritten signature in blue ink that reads "Jong-wook Lee".

LEE Jong-wook
Director-General

WOLFENSOHN & COMPANY

WOLFENSOHN & COMPANY, L.L.C.
1350 AVENUE OF THE AMERICAS, SUITE 2900
NEW YORK, NEW YORK 10019
PHONE (212) 974-2111 FAX (212) 974-1437
WWW.WOLFENSOHN.COM

JAMES D. WOLFENSOHN
CHAIRMAN & CEO

To Whom It May Concern

August 21, 2017

Re: Dr. Astrid Stuckelberger

It is with great pleasure that I write this letter of recommendation for Dr. Astrid Stuckelberger.

I do so based on my experiences working with Dr. Stuckelberger during my decade as President of the World Bank from 1995 to 2005. I had the opportunity of meeting Dr. Stuckelberger early in my term when I visited Geneva to meet with some of the international agencies headquartered there. It was a meeting to discuss the issue of aging in which I discovered that she was an outstanding expert.

My experience in working with her covered a variety of subjects, the first being the very important matter of the aging process which is so significant in all the world but is a particularly crucial issue in developing countries. The issue of the support of older people, indeed their very survival, becomes a key concern of anyone associated with the field. Very few people that I have encountered had the depth of knowledge or the interest and insight that was shown by Dr. Stuckelberger.

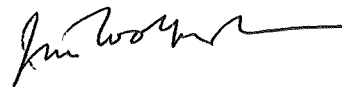
Of particular impact to me was the breadth of her interests which ranged from work with non-governmental organizations to the United Nations to collaboration with a variety of experts in Geneva from numerous institutions based there. I was impressed by the way in which she was treated with respect for her knowledge and indeed, I also learned that she did work for the World Bank as an advisor.

I believe that the post for which she is applying involves teaching and research and while I have not had any association with her teaching career, I must say that I feel strongly that her research experience and capabilities are at a very high level. I have reviewed drafts of her recent book and am very impressed by the scope of her knowledge and incisiveness of her mind.

I am more than happy to support her and recommend her capacities in the field of aging, the role of women and especially the gender differentiation in the aging process. She has an amazing grasp of the social determinants of health and encompasses both ethics and technology in her approach to her work.

With best wishes and very kind regards.

Sincerely yours,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jim Wolfensohn', with a long horizontal flourish extending to the right.

Sir James Wolfensohn

Klaus Niederländer
Director
AAL Programme Central Management Unit
Rue du Luxembourg 3
BE-1000 Brussels

Brussels, March 11th 2020

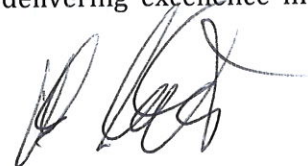
To Whom it May Concern

Recommendation Letter for Dr Astrid Stuckelberger

We hereby certify that Dr Astrid Stuckelberger has been actively involved in the **AAL Programme*** since 2010 until now.

She has acted both as *expert evaluator and reviewer in the scope of the AAL Call evaluation process* as well as in the *project review process* and on *ad hoc missions* where her expertise in end users' involvement as well as in regulation, privacy and ethical issues has always been greatly appreciated.

We are very pleased with her performance and professional attitude. Therefore, we highly recommend her abilities and expertise for managing and delivering excellence in any similar assignments.



Klaus Niederländer, Director
AAL Central Management Unit

***AAL Programme:** *The Active and Assisted Living (AAL) Programme is a funding programme that aims to create better quality of life for older people and to strengthen industrial opportunities in the field of healthy ageing technology and innovation. AAL is co-financed by the European Commission (through Horizon 2020) and 17 countries.*

More information is available on the AAL website: <http://www.aal-europe.eu/>



Canadian Institutes
of Health Research

160 Elgin Street, 9th Floor
Address Locator 4809A
Ottawa, Ontario K1A 0W9

Instituts de recherche
en santé du Canada

160, rue Elgin, 9^e étage
Indice de l'adresse 4809A
Ottawa (Ontario) K1A 0W9

Institute of Indigenous
Peoples' Health

Institute of Aging

Institute of Cancer
Research

Institute of Circulatory
and Respiratory Health

Institute of Gender and
Health

Institute of Genetics

Institute of Health Services
and Policy Research

Institute of Human
Development and Child
and Youth Health

Institute of Infection
and Immunity

Institute of Musculoskeletal
Health and Arthritis

Institute of Neurosciences,
Mental Health and Addiction

Institute of Nutrition,
Metabolism and Diabetes

Institute of Population and
Public Health

Institut de la santé
des Autochtones

Institut du vieillissement

Institut du cancer

Institut de la santé
circulatoire et respiratoire

Institut de la santé des
femmes et des hommes

Institut de génétique

Institut des services et
des politiques de la santé

Institut du développement
et de la santé des enfants
et des adolescents

Institut des maladies
infectieuses et immunitaires

Institut de l'appareil
locomoteur et de l'arthrite

Institut des neurosciences,
de la santé mentale et
des toxicomanies

Institut de la nutrition,
du métabolisme et du diabète

Institut de la santé publique
et des populations

May 8, 2018

Dr. Astrid Stuckelberger
16 rue Butini
1202 Geneva
Switzerland

Dear Dr. Stuckelberger:

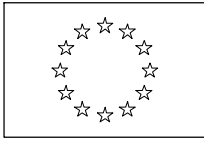
On behalf of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), I would like to thank you for serving as an external reviewer for the Healthy and Productive Work – Partnership Grants competition.

Your international expertise and French language ability was invaluable, and your willingness to participate in this peer review activity was highly appreciated. The written evaluation you provided was fulsome, was well received by our final panel, and helped inform the final outcome. The success of peer review is made possible because of dedicated people like you who generously give of their time and expertise to review grant applications.

CIHR would certainly welcome any future opportunity to collaborate with you.

Sincerely,

Linda McKenzie
Manager, Program Design and Delivery
Research, Knowledge Translation Portfolio and Ethics Portfolio



EUROPEAN COMMISSION

Bureau of European Policy Advisers

Analysis Team

Brussels, 20 May 2011

ARES 2011

Prof Astrid Stuckelberger
Université de Genève

Dear Prof Stuckelberger,

Subject: Hearing to the EGE Members during their 45th meeting of May 17, 2011 in Brussels.

On behalf of the European Group on Ethics in Science and New Technologies, I would like to thank you for the excellent presentation given on May 17, 2011. Your presentation and participation in the ensuing discussion provided a significant input to the development of our Opinion on this subject.

We particularly appreciated the efforts you had made to answer in a clear and comprehensive way the questions during the meeting.

Thanks to your participation the meeting was a considerable success.

Yours sincerely,

Julian Kinderlerer
President of the European Group of
Ethics in Science and New Technologies (EGE)