## Mordons les chiens de garde!

### Revue de presse n°27

juillet-septembre 2022

Covid-19

### Table des matières

Mars 2022, tableau de Sciensano repris dans le film de Crutzen, La loi, la liberté (youtube)	3
« Vaccination : traverser le mur de propagande »	
« Toute vaccination sert à produire des anticorps. Vacciner quelqu'un qui a 2 000 anticorps ? » D. Boui	
Plus nécessaire que jamais de s'opposer à toute obligation vaccinale Covid !!	
« Nous avons été effrayés, infantilisés, hypnotisés par des fake news officiels »	
Vaccins Covid : l'histoire était belle	
Vacciner les femmes enceintes est une folie absolue	
Vacciner son enfant contre la Covid-19 : vous êtes sûrs ?	17
Balance bénéfice/risque défavorable pour les ados et jeunes adultes : trop de myocardites !	20
Vaccination contre le Sars-CoV-2 : l'abus des mathématiques nuit à la complexité du vivant	
Tests – vaccins – pass : fabrique de la panique, braquage des comptes publics	
Absence d'impact de la vaccination sur le taux de décès Covid-19 aux USAUSA	
Coup de théâtre : l'OMS reconnaît officiellement que ses gros chiffres sur la mortalité Covid étaient fau	
Péril imminent : vax obligatoire si E. Macron est reconduit	34
Covid-19 : forte hausse des problèmes cardiaques en Israël, pendant la campagne vaccinale	37
Préface de J.D. Michel au livre « Le débat interdit »	
La réponse salée de l'IHU au rapport de l'ANSM, suite à la mise en cause de ses recherches	42
« Expérimentation sauvage » contre la tuberculose : fin de partie pour Mediapart	45
Comparaison inquiétante entre les évènements indésirables des vaccins anticovid et antigrippaux	49
Effets secondaires : une étude allemande très (trop) gênante	5 1
Effets graves des vaccins : des chiffres aveuglants qui restent dans l'ombre	53
Baisse des performances sportives après vaccination par un vaccin Covid-mRNA	58
Notre santé est politisée	60
Deux semaines pour aplanir le monde	61
La FDA autorise le remdesivir pour traiter le covid chez les enfants, sur la base d'un essai controversé	64
Le Scandale du Rivotril	
L'utilisation du paracétamol dans le Covid : une erreur/obstination préjudiciable pour la santé ?	74
De la grippe A(HINI) à la Covid-19 : l'OMS ne répond plus qu'aux industriels	93

## Mars 2022, tableau de Sciensano repris dans le film de Crutzen, La loi, la liberté (youtube)

Le tableau ci-dessous montre l'estimation non-ajustée de la réduction du risque d'infection (symptomatique et asymptomatique) entre les personnes non vaccinées, entièrement vaccinées et les personnes ayant reçu une dose de rappel.

Catégorie d'âge	Réduction relative du risque d'infection (non ajustée)			
	Entièrement vacciné (+14 jours) vs. non vacciné	Dose de rappel (+14 jours) vs. Non vacciné	Dose de rappel (+14 jours) vs. entièrement vacciné (+14 jours)	
05-11	Non détectable	Non détectable	29 %	
12-17	Non détectable	Non détectable	Non détectable	
18-64	15 %	Non détectable	Non détectable	
65+	Non détectable	Non détectable	27 %	

L'administration d'une dose de rappel n'étant pas recommandée chez les personnes âgées de 5 à 11 ans et de 12 à 17 ans, cette information n'est pas rapportée dans le tableau ci-dessus.

« Non détectable » signifie en réalité que les vaccinés sont beaucoup plus malades que les non vaccinés !

### « Vaccination : traverser le mur de propagande »



Un collectif de résistants bruxellois a récemment lancé une campagne d'information « low-tech » pour permettre à la population d'exprimer un choix éclairé devant la possibilité de se faire vacciner contre le covid. Le consentement éclairé est inscrit dans la législation belge [1], mais sur le terrain, les campagnes médiatiques, politiques et médicales qui ont jalonné la crise covid l'ont bafoué.

« On voulait informer sur les vaccins, rester neutre, et poser des questions. On a déjà eu deux années très alarmistes, de peur et d'exagération. Ici, l'idée était de traverser le mur de propagande et de rejoindre le citoyen ». Ce petit groupe de Bruxellois soucieux de partager « un autre son de cloche » sur la campagne (mondiale) de vaccination contre le covid a récemment lancé une première initiative dans ce sens.

Comment ? Avec un site internet [2]- imitant le site officiel Jemevaccine.be — et surtout deux flyers, tous titrés par l'interrogation « Est-ce que je me vaccine ? ». « On s'est rendu compte que sur Internet on reste toujours dans le même circuit, et on finit par prêcher aux convertis... On voulait toucher le grand public. Or, tout est filtré dans les médias classiques. Finalement, les boîtes aux lettres restent encore le moyen le plus simple ».

#### Par et pour des vaccinés et non vaccinés

Parmi les auteurs de cette initiative citoyenne, des vaccinés qui s'interrogent : « Ce n'est pas une question de vax contre les non-vax, c'est un mouvement de résistance qui veut fédérer les deux et refuse de tomber dans le piège des dérives totalitaires ».

Début 2022, tandis que les instances politiques, relayées par les médias, invitaient les citoyens à prendre leur troisième dose (le fameux « *booster* »), 200 000 *flyers* ont ainsi été imprimés sur fonds propres, à destination des foyers bruxellois. Pour les distribuer dans les boîtes aux lettres, une cinquantaine de personnes se sont portées volontaires.

#### Retours

Quant aux réactions, « certains nous ont traités d'égoïstes, de salauds, d'antivax, et d'autres disaient tout le contraire... ça nous a permis aussi de faire de chouettes rencontres, comme dans ce parc où j'ai sympathisé avec une femme. Elle m'a dit, j'ai quelque chose à vous montrer, vous devez lire ça! Elle a sorti notre flyer de sa poche. Le lendemain, je lui en ai apporté I 500 qu'elle a elle-même distribués », raconte un instigateur. « Il y a même une taupe qui a investi l'équipe », ajoute un autre.

#### Le rôle des médias

« Je trouve ça aberrant et triste qu'on doive faire cela, amener les gens à réfléchir sur le bien-fondé du vaccin, et que le vrai débat soit totalement absent des médias mainstream. Il n'y a aucune remise en question dans les grands médias comme la RTBF, qui a d'ailleurs fait un long article sur nous [3]... c'est pareil à l'étranger. Il y a quelques jours, la BBC comparait les antivax aux gens qui croient que la Terre est plate », se lamente un des membres du collectif.

#### Comme sous l'occupation

Et de conclure, désolé : « Ce genre d'initiative c'est comme si on était sous l'occupation. Il n'y a pas d'autres possibilités de dire la vérité, on est obligé de passer par là pour faire entendre le débat ». L'AVIQ, agence de la santé wallonne, a d'ailleurs décidé de porter plainte [4] contre les auteurs du site. « Mais ils ne l'ont jamais fait. C'était surtout une intimidation de leur part. Nous n'avons commis aucune infraction par rapport au copyright ou aux propos tenus ».

Thérèse LEBLANC, journaliste chez BAM!, 4 mai 2022

Lisez l'article original dans son intégralité ici : https://estcequejemevaccine.eu/

[1] Article 8§1erde la loi du 22 aout 2002 relative aux droits du patient https://wallex.wallonie.be/eli/loi-decret/2002/08/22/2002022737/2002/10/06?doc=8558

[2]https://estcequejemevaccine.eu/

[3]https://www.rtbf.be/article/estcequejemevaccineeu-un-site-imitant-la-plateforme-officielle-wallonne-diffuse-de-la-desinformation-10936511

[4]https://www.rtbf.be/article/vaccination-covid-l-aviq-porte-plainte-contre-un-site-qui-imite-l-officiel-pour-repandre-de-la-desinformation-10938109

https://bam.news/societe/liberte-democratie/vaccination-traverser-le-mur-de-propagande

### « Toute vaccination sert à produire des anticorps. Pourquoi vacciner quelqu'un qui a 2 000 anticorps ? » David Bouillon



Neyer Valeriano / France Soir

Dans cet entretien essentiel, nous avons reçu le Dr David Bouillon, médecin généraliste belge. À la tête d'un centre médical ouvert cinq ans plus tôt avec son épouse infirmière dans la région de Mons, près de Maubeuge, celui-ci nous explique le protocole médical qu'il a développé pour traiter les patients atteints du Covid-19. « Quand un patient Covid a été pris à Mons, pas une seule hospitalisation et pas un seul décès ». Pourtant, au lieu d'être écouté par les autorités, le Dr Bouillon, à l'instar de nombreux scientifiques en France, s'est retrouvé confronté à une censure féroce.

Le Dr Bouillon déclare avoir traité plus de 20 000 patients depuis mars 2020. Il estime que, grâce à son diagnostic individualisé, « le risque d'hospitalisation, le risque d'aller en soins intensifs et le risque des décès, est quasiment nul ». Ce diagnostic peut se faire par une prise de sang, qui permet d'identifier le type d'affection et le traitement correspondant. S'il y a un risque de thrombose, alors le docteur prescrit un anticoagulant. Si c'est une pneumonie, un antibiotique. Il l'assure : « Ce sont des résultats positifs et efficaces sans passer par l'ivermectine et de la chloroquine ». C'est pourquoi il déplore ne pas avoir été écouté par les autorités, certain que son protocole aurait permis d'éviter des morts et le confinement. « On a mis la médecine générale en prison », assène-t-il. Et de s'émouvoir : « Je n'ai jamais vu ça en tant que médecin généraliste, c'est historique. Comment est-ce qu'on doit dire aux personnes qui font 40 degrés de température, qui ont des difficultés respiratoires, d'attendre 10 jours à la maison et d'attendre du paracétamol ? C'est exposer les patients à l'hospitalisation, aux soins intensifs et au décès. »

Par ailleurs, le médecin belge exprime son incompréhension sur le terrain de la vaccination anti-Covid. Dès lors qu'un patient a développé des anticorps, pourquoi prendre un vaccin qui vise à développer des anticorps ? Dès lors qu'une personne dispose d'une bonne immunité naturelle, pourquoi prendre un vaccin expérimental avec de possibles effets secondaires ? « Plus de 98% des personnes ayant eu le Covid s'en sont sortis grâce à l'immunité naturelle. Ceux dont l'immunité a été dépassée, il suffisait de les prendre en charge en leur faisant une prise de sang, le diagnostic et le traitement. Je peux le prouver », affirme le médecin.

FRANCESOIR, 5 avril 2022

## Plus nécessaire que jamais de s'opposer à toute obligation vaccinale Covid!

#### Chers signataires,

Veuillez nous excuser pour le silence et le retard d'ajout des nouvelles informations depuis le dépôt de la pétition au parlement fédéral. (Vous trouverez ICI le lien pour signer sur le site du parlement la pétition fédérale : https://dekamer.mijnopinie.belgium.be/initiatives/i-650?locale=fr, étant donné les chicaneries de forme et de procédure qui ont été de mise dans ce dossier gênant/encombrant pour les officiels...)

Ces nouvelles informations vont d'ailleurs toutes dans le sens du bienfondé évident de cette pétition qui reste plus que jamais d'actualité car... que nous réservent nos décideurs à l'automne et au-delà ? À quels remakes du Covid devons-nous nous attendre ? D'autant que la Commission Européenne, ne l'oublions pas, a embarqué ses États-membres dans des contrats-carcans pour des centaines de millions de doses de vaccins, ce qui embarrasse des pays, dont la Pologne. Voir plus précisément ici, ce qui est suffisamment explicite, sur le site de la Commission Européenne :

« La Commission européenne a déjà réservé jusqu'à 4,2 milliards de doses de vaccins contre la COVID-19, et des négociations sont en cours pour obtenir des doses supplémentaires. Les livraisons de vaccins aux pays de l'UE augmentent régulièrement et la vaccination s'accélère. »

Tant l'inefficacité criante que les risques exorbitants de cette vaccination sont de plus en plus mis en lumière. Et il est évidemment CRUCIAL que chacun ait connaissance de ces informations, y compris bien entendu les personnes déjà vaccinées qui gardent encore un choix, puisque diverses autorités ne sont même pas gênées d'encore préconiser une 4e dose à toute une série de publics...

Ce cercle vicieux mortifère ne pourra, très clairement, que conduire à une détérioration croissante et sans précédent de la santé des populations, avec des conséquences sur la fragilisation du génome que nous ne mesurons certainement pas encore à sa juste mesure, à l'heure actuelle. Sujets âgés, malades chroniques, personnes handicapées, jeunes enfants, femmes enceintes, les officiels ne reculent devant rien pour abuser de la faiblesse accrue de ces publics en ayant agité la prétendue carotte de la « protection » et après avoir diabolisé de façon scandaleuse la gravité statistique de la maladie, tout en ayant également entravé les traitements naturels et alternatifs sûrs et efficaces.



Voyez [...] plusieurs liens d'information non exhaustifs sur l'aberration de ces vaccins, et ne parlons même pas de l'ignominie d'une obligation, que le Ministre Vandenbroucke a fait approuver par le parlement fédéral pour les soignants, et qu'il pourra donc rendre effective selon son bon vouloir et celui des « experts » sur base de simples arrêtés d'exécution....

En Inde, les juges de la Cour Suprême ont, à très juste titre, conclu à l'inconstitutionnalité d'une obligation vaccinale Covid (lire ici, excellent article : https://www.lexpress.mu/article/408558/cour-supreme-indienne-vaccination-obligatoire-anti-covid-jugee-anticonstitutionnelle)

Un tribunal administratif italien a saisi la Cour Constitutionnelle concernant l'obligation vaccinale (des soignants).

Les effets secondaires graves des vaccins Covid moins rares qu'on ne pense!

8 vaccinés sur 1 000 souffrent d'effets secondaires graves selon une étude allemande.

L'avocate française, Maître Diane Protat, a déclaré, au sujet de cette vaccination : « 137 000 effets indésirables "recensés" en France, dont 25% de graves. Je n'ai jamais vu ça, les chiffres sur les effets secondaires sont stratosphériques ».

Les données issues de documents confidentiels de Pfizer réclamés en justice, aux USA, en vertu du Freedom of Information Act (Loi sur le Droit d'accès à l'Information) ne sont absolument pas rassurantes, comme le commente le Pr Michel Chossudovsky, qui rappelle que cette vaccination devrait immédiatement être arrêtée dans tous les pays du monde. Comme il le rappelle, il s'agit d'un CRIME CONTRE L'HUMANITÉ.

Les chiffres d'effets graves et de décès liés aux vaccins anti-covid sont édifiants. Dans un récent article publié par le Pr Chossudovsky, on peut ainsi lire : « Il y a une tendance mondiale à la hausse des décès et des blessures liés aux vaccins. Les derniers chiffres officiels (3 avril 2022) indiquent environ :

69 053 décès liés à l'injection de Covid-19 et 10 997 085 blessés pour l'UE, les États-Unis et le Royaume-Uni combinés pour une population de 830 millions de personnes. »

Déjà en septembre 2021, le Pr Christophe de Brouwer, médecin, ancien président de l'École de Santé publique de l'ULB, s'était alarmé sur son mur Facebook de la sous-notification grave des effets secondaires des vaccins Covid en Belgique, pointant alors que selon les chiffres d'Eudravigilance, quand on standardise le nombre de doses de vaccins administrées, on pouvait remarquer que par tranche de 100 effets secondaires recensés aux Pays-Bas, la Belgique, par exemple, n'en rapportait que 13....

Le Pr de Brouwer qualifiait alors la situation de « honte », nécessitant une enquête de la part des autorités. Divers articles ont été publiés sur le florilège possible de complications après vaccination : vascularites, syndrome de Parsonage-Turner (maladie neurologique rare, mais grave et invalidante), troubles de l'audition... où cela s'arrêtera-t-il ?

De nombreux troubles du cycle féminin ont également été recensés après ces vaccins, et un collectif « Où est mon cycle » a vu le jour pour traiter de ces problèmes, tant ils sont nombreux...

De plus en plus, les effets secondaires des vaccins anti-Covid inquiètent. Et pour cause, puisque la médecine officielle n'a évidemment rien de constructif et de concret à proposer à ceux qui en sont atteints pour réparer et inverser les lésions survenues.

Et si encore tous ces risques servaient à la moindre protection, mais il n'en est rien !! Ainsi, le 13 avril 2022, on pouvait lire sur le site du média mainstream SudInfo : « Un constat alarmant dans la lutte contre le coronavirus : à Bruxelles, les communes les plus vaccinées... sont aussi les plus contaminées ! »

17 000 médecins et scientifiques de réputation internationale accusent Big Pharma – et dénoncent dans une vidéo l'escroquerie, le coup d'État du corona et les nombreux mensonges émaillant tout ce dossier.

Plusieurs documentaires ont aussi été réalisés sur les victimes de ces « vaccins » covid (pseudo-vaccins devrait-on plutôt dire...) ou thérapie génique expérimentale, à haut risque.

Un nouveau documentaire du réalisateur Bernard Crutzen est en préparation pour juin 2022, intitulé « Ceci n'est pas une crise sanitaire ». Vous pouvez soutenir son projet par des contributions, n'hésitez pas à visiter le mur Facebook du réalisateur Bernard Crutzen.

En conclusion, merci de signer et de diffuser le lien vers la page du Parlement fédéral où signer cette pétition, afin de vous opposer fermement à toute obligation, qu'il s'agisse des soignants ou de toute autre catégorie. https://dekamer.mijnopinie.belgium.be/initiatives/i-650?locale=fr

L'équipe du collectif INITIATIVE CITOYENNE, 21 mai 2022

#### Le nouveau film de Bernard Crutzen

## « Nous avons été effrayés, infantilisés, hypnotisés par des fake news officiels »

Dans son 2e film (voir Youtube), le réalisateur belge Bernard Crutzen répond tranquillement à son père médecin qui approuve les autorités. En faisant parler de nombreux experts qui expliquent comment la crise dite sanitaire est devenue politique.

**Trois fake news en 30 secondes** prononcées par le ministre-président de Wallonie Elio di Ruppo en septembre 2021 :

- 1) 98% des malades du Covid à l'hôpital ne sont pas vaccinés ou n'ont eu qu'une dose ;
- 2) Le vaccin est l'unique solution pour ne pas attraper ni transmettre la maladie ;
- 3) C'est le seul moyen d'éradiquer le virus.

Mais là, aucun fact checking n'a mis en doute les propos du dirigeant wallon.

#### Chiffres officiels démentis par les faits, mais ça ne change rien

Comme le démontrent les nombreux experts interrogés par le cinéaste, ces chiffres et affirmations sont démentis par les faits mesurés un peu partout dans le monde. Le vaccin n'est pas la solution, n'empêche pas l'infection, ni la transmission, ni les hospitalisations massives, ni les décès. Il stimule les variants, prolonge l'épidémie et engendre une proportion jamais vue d'effets secondaires graves.

Effets très largement sous-déclarés, comme le souligne le Dr Colignon. Le Dr Philippe Broxho, membre de l'Ordre des médecins, redoute le caractère « totalitaire » du plan vaccinal des autorités. Le Pr de Brouwer, ex-président de l'École de santé publique à l'Université libre de Bruxelles décortique la manière dont les chiffres sont orientés, voire cachés. Ainsi les vaccinés trop nombreux dans les hôpitaux tombent dans la catégorie « non détectable ».

#### Sondages orientés

Après les statistiques trompeuses, les « sondages » influencent à leur tour l'opinion publique : « 68% des Belges approuvent l'idée de limiter la liberté des non-vaccinés », titre le quotidien Le Soir. Sans dire que seuls les vaccinés ont participé au sondage. Ni mentionner que les opposants dans la rue se comptent par dizaines de milliers.

Le premier ministre belge Alexander de Croo, « face aux jeunes » sur RTL le 28 octobre 2021, affirme qu'il n'y a qu'un seul cas d'effet secondaire signalé sur dix millions de vaccins administrés dans le pays... alors que même les données sous-évaluées de pharmacovigilance enregistraient à mi-octobre 14 645 notifications dont 9 847 cas graves et 227 décès (seuls 4 étant reconnus par le gouvernement).

#### Négation de la souffrance des gens

Ce déni officiel, alors que les politiciens ne peuvent ignorer les données réelles, apparaît à Bernard Crutzen comme une « négation des réalités et des souffrances de beaucoup de gens ». L'avocat Arnaud Jansen, de Lawyers for Democracy, parle de « dérapages autoritaires » sans qu'on puisse encore parler d'État policier. Pourtant les autorités se gardent de communiquer que ces suspensions des libertés sont exceptionnelles et provisoires – et c'est cela qui l'inquiète dans cette démocratie vacillante.

Mais le Pr Mathias Desmet, spécialiste de la psychologie des masses à l'Université de Gand, plus pessimiste, parle de « l'émergence d'un État totalitaire », alimenté par les 30% de la population qui adhèrent totalement au narratif officiel basé sur la peur et stigmatisent ceux qui n'y croient pas.

#### Les milliards ramassés par les pharmas

Un seul aspect fait l'unanimité : l'immense pactole ramassé par les fabricants de vaccins. Qui ne remboursent même pas les 7,5 milliards d'euros d'argent public versés pour le développement de leur produit. Et Pfizer, condamné dans le passé pour 10 milliards de dollars de fraudes, fausses déclarations, corruption, essais

illégaux, remporte haut la main les contrats juteux de l'UE. Avec la bénédiction de sa présidente Ursula von der Leyen dont le mari a collaboré avec Pfizer. Au total, 9,4 doses par habitant ont été commandées.

« Nous avons été infantilisés par cette crise », résume le réalisateur qui analyse aussi le rôle du Forum de Davos dans le formatage technocratique des *Young Global Leaders* qui dirigent aujourd'hui nos pays. La vision de son fondateur Klaus Schwab nous mène, selon Crutzen, droit vers une société de surveillance permettant de tracer numériquement les gens et même la « désinformation » complotiste.

#### OMS: une « gouvernance mondiale de la santé non élue »

Le film se termine sur le projet de l'OMS d'un accord mondial contraignant sur la lutte contre les pandémies. « L'OMS pourra imposer chez nous sa façon de gérer la 'pandémie' par d'incessantes restrictions de nos libertés fondamentales ». Elle sera le siège d'une « gouvernance mondiale de la santé non élue », en partenariat avec des grandes firmes privées et des fondations « philanthropiques » comme celle du milliardaire Bill Gates.

Avons-nous encore le choix, demande le cinéaste, de refuser cette société de contrôle ? L'humanité sera-telle poussée vers un avenir sur lequel nous n'avons plus prise ? Pour Mathias Desmet, un tel système contrôlé par une technologie transhumaniste ne peut que s'auto-détruire. En attendant, il s'agit de préserver un espace de liberté pour tous ceux qui n'en veulent pas.

Avec en exergue cette citation de Mark Twain: « Il est plus facile de tromper les gens que de les convaincre qu'ils ont été trompés ».

15 juin 2022 (Site de Jean-Dominique Michel)

### Vaccins Covid: l'histoire était belle

Cet article percutant et rythmé relate l'histoire des vaccins Covid, de leur fabrication quasi merveilleuse ... à la réalité.

#### À RETENIR :

- Fin 2020 : les vaccins sont sûrs et efficaces à 95% affirment PFIZER et MODERNA, après une mise au point aussi rapide que parfaite.
- Début 2022, PFIZER et MODERNA préviennent bizarrement qu'ils ne vont pas être capables de prouver l'efficacité (les 95%) de leurs vaccins et que les effets indésirables sont en définitive très nombreux.

#### L'histoire commence en janvier 2020.

À ce moment, le virus responsable du Covid-19 (SARS-CoV-2) est connu depuis plusieurs semaines. Le 11 janvier 2020, la séquence génomique du virus de la souche dite « Wuhan » est mise à disposition par les laboratoires chinois qui en ont fait le séquençage.

À cette date, il n'y a pas encore la « pandémie » mais les laboratoires, dans leur grande bienveillance, travaillent pourtant déjà sur la mise au point d'un vaccin. Ils ont raison de s'y mettre rapidement car cela fait 17 ans qu'ils essaient sans succès de produire un vaccin contre le coronavirus de 2003, le SARS-CoV-I. Visiblement, produire un vaccin semble bien difficile. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30261226/

Mais l'histoire est belle, car le 13 janvier 2020, les fabricants, et notamment MODERNA, sont prêts à lancer la production du vaccin. En moins de 48 h, avec seulement un ordinateur, sans laboratoire, sans même un échantillon de virus, ils réussissent à finaliser la formule du vaccin. Le PDG de MODERNA est fier de nous raconter cette prouesse. https://www.ladepeche.fr/2020/12/09/covid-19-le-vaccin-de-moderna-existe-depuis-le-13-janvier-et-il-a-ete-mis-au-point-en-un-week-end-9247981.php

On peut s'émerveiller de cette rapidité. Bien sûr.

Mais on peut aussi se poser des questions :

- Rien pour le SARS-CovI en 17 ans ?
- Rien pour le VIH en 40 ans ?
- Et pourquoi 30 ans d'échec sur la technologie des vaccins ARNm ?
- Et pourtant, il suffit de 2 jours pour le SARS-CoV-2 ?

Qui peut croire que cela est crédible (avec en plus une technologie jamais utilisée pour produire des vaccins)?

Vous accepteriez de vous faire vacciner avec un produit fabriqué en 2 jours ?

L'histoire se poursuit toujours sous les meilleurs auspices, toujours aussi belle puisque les tests de phase I et 2 sont réalisés en un temps record. La phase 3 est lancée en mai 2020.

Le 9 novembre 2020, PFIZER annonce que son vaccin, avec seulement 2 doses, est efficace à 95%. Et qu'il n'a pas d'effets secondaires.

En effet, après 6 mois de tests, les résultats donnés par PFIZER sont exceptionnels.

L'histoire est belle. Le virus va être vaincu.

On peut s'émerveiller de cette efficacité. Bien sûr.

Mais on peut aussi se poser des questions :

- Est-ce que toutes les étapes ont été respectées ?
- Est-ce que toutes les étapes ont été faites ?
- Si non, qui a autorisé à ne pas faire toutes les étapes ?

Les fabricants eux-mêmes reconnaissent que, sur autorisation des autorités sanitaires, ils ont pu « sauter » certaines étapes de tests, de contrôles. Ils ne cachent pas qu'ils n'ont pas testés : http://ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan en.pdf

- Les plus de 75 ans
- Les femmes enceintes
- Les immunodéprimés
- Les effets à long terme

Alors, on peut simplement s'émerveiller et accepter ces résultats. Bien sûr.

Mais on peut aussi se poser des questions :

- 95%, est-ce crédible avec autant d'étapes de tests qui n'ont pas été faites et un délai aussi court ?
- Pourquoi commencer par vacciner les plus âgés alors qu'ils n'ont pas été inclus dans les essais ?
- Pourquoi PFIZER refuse de fournir les informations sur ses essais https://www.reuters.com/world/india/exclusive-pfizer-withdraws-application-emergency-use-its-covid-19-vaccine-india-2021-02-05/

Vous accepteriez de vous faire vacciner avec un produit qui parait aussi miraculeux et secret ?

Traditionnellement, il faut entre 9 et 15 ans pour s'assurer de l'efficacité et de l'innocuité d'un vaccin et le mettre à la vente. Pourtant, en décembre 2020, les campagnes de vaccination débutent dans de nombreux pays, en commençant par les gens les plus âgés malgré l'absence de tests sur cette catégorie d'âge.

Puis toutes les autres catégories. Jusqu'aux enfants.

C'est une première dans l'histoire. Jamais une vaccination de masse n'avait commencé avant que les essais cliniques de phase 3 ne soient finis.

Vous accepteriez de vous faire vacciner avec un vaccin qui est toujours en phase de tests ? Finalement, l'histoire était trop belle.

Nous voilà désormais en mai 2022. Seulement 18 mois plus tard.

Les informations disponibles, données par les fabricants, n'ont pas changé puisque les essais ne seront pas finis avant I an ou 2 voire 3 pour les essais cliniques sur les femmes enceintes par exemple.

Pourtant, le son de cloche a déjà changé.

Il faut maintenant une 3ème dose après 6 mois : le « booster ».

Et même une 4ème dose encore 3 mois après : le « rappel du booster ».

Le vaccin efficace à 95 % avec 2 doses nécessite maintenant 4 doses en 1 an seulement.

On peut trouver cela normal.

Mais on peut aussi se poser des questions :

- S'il est si efficace, pourquoi 4 doses par an ?
- Pourquoi est-ce le seul vaccin qui nécessite 4 doses par an ?

Les fabricants ne cachent plus vraiment ce qu'ils savent. Mais ils préfèrent le dire discrètement à leurs actionnaires plutôt qu'à leurs clients.

Voici ce qu'ils expliquent.

Commençons par MODERNA qui écrit dans son rapport du 25 février 2022 (page 59) que : https://d18rn0p25nwr6d.cloudfront.net/CIK-0001682852/ffa50947-bd8a-4758-890d-cccbbfee7648.pdf

- Les futurs résultats des études cliniques sur l'ARNm-1273 pourraient ne pas être aussi positifs.
- Une protection réduite par rapport aux résultats publiés à ce jour.

Si nous n'avons pas les résultats des essais cliniques encore en cours en 2022, MODERNA les a. Et ils ne doivent pas être bons pour que MODERNA soupçonne une protection plus faible que les chiffres de 2020. MODERNA annonce donc en toute simplicité que les futurs résultats des essais cliniques commencés en 2020 et finissant en 2023-24 ne seront pas bons. Elle prévient une future baisse des bénéfices.

- De nouveaux événements indésirables plus fréquents ou plus graves.
- Des problèmes de sécurité inattendus pourraient nuire considérablement à notre réputation.

Alors que les vaccins étaient totalement sûrs en 2020, MODERNA annonce maintenant que les effets indésirables sont bien présents et que leur nombre augmente. À tel point que, une fois les clients au courant, sa réputation sera touchée.

Donc ses ventes et par conséquent ses bénéfices aussi.

- Les doses de rappel de notre vaccin pourraient ne pas protéger contre les variants.
- Un marché pour les vaccins et les rappels contre ces variants peut ne pas se développer.

MODERNA annonce, alors que les 4ème doses sont en cours, notamment en France, que son vaccin est inefficace contre les variants et va même plus loin en annonçant un échec possible sur les vaccins pour les futurs variants.

Donc ses ventes et par conséquent ses bénéfices vont s'effondrer.

Poursuivons par PFIZER qui émet des réserves tout aussi importantes dans son rapport de début 2022 (page 6-7) : https://investors.biontech.de/static-files/50d0cafc-b2c1-4392-a495-d252f84be105

• Il se peut que nous ne soyons pas en mesure de démontrer l'efficacité ou l'innocuité suffisante de notre vaccin COVID-19.

Alors que PFIZER assure depuis novembre 2020, un vaccin sûr et efficace à 95%, elle prévient maintenant, en toute simplicité à ses investisseurs, qu'en fait, elle ne va pas pouvoir prouver l'efficacité et l'innocuité de son formidable vaccin.

Rien que ça!

• Le développement de médicaments à base d'ARNm présente des risques... en raison d'une expérience limitée avec les immunothérapies à base d'ARNm.

PFIZER reconnaît que les vaccins ARNm présentent des risques notamment car c'est une technologie qui n'a jamais été utilisée auparavant. On est loin du discours de certitude de 2020.

• Des événements indésirables importants peuvent survenir au cours de nos essais cliniques ou même après avoir reçu l'approbation réglementaire.

PFIZER reconnaît que les effets indésirables sont bien présents, y compris à moyen et long terme.

• Nos produits pourraient ne pas être acceptés parmi les médecins, les patients, les hôpitaux.

PFIZER conclut que, comme ils ne pourront prouver l'efficacité et la sûreté de leurs vaccins, les gens ne les accepteront plus.

Et que ses bénéfices vont s'effondrer.

L'histoire était belle mais elle ne l'est plus. Au point que, 2 mois après la publication de ces rapports, le 25 avril 2022, les directeurs financiers de PFIZER et MODERNA démissionnent. https://www.wsj.com/articles/vaccine-makers-pfizer-moderna-hire-new-cfos-11649709243

#### En résumé:

Même les fabricants ne peuvent plus faire semblant d'y croire.

Les questions qui restent sont simples :

Si même les fabricants n'ont pas la capacité de prouver l'efficacité et l'innocuité de leur vaccin, vous accepteriez de vous faire vacciner 4 fois par 1 an ?

Et si vous étiez Ministre ou médecin, vous recommanderiez la vaccination de tous ?

COLLECTIF REINFOCOVID reinfocovid.fr/science 18 juin 2022

https://fr.sott.net/article/40240-Vaccins-Covid-L-histoire-etait-belle

### Vacciner les femmes enceintes est une folie absolue

Réponse à une lettre envoyée par le Conseil de l'Ordre, encourageant la vaccination Covid des femmes enceintes.

Article original: https://www.aimsib.org/2022/05/08/vacciner-les-femmes-enceintes-est-une-folie-absolue/

#### À RETENIR :

- Les femmes enceintes bien portantes sont à très faible risque de Covid grave, le risque de les vacciner apparait supérieur au bénéfice.
- Les essais cliniques des vaccins sont en cours et aucun résultat n'est encore divulgué à ce jour
- Les laboratoires ne recommandent pas la vaccination des femmes enceintes
- Il n'existe pas de rationnel scientifique à la vaccination des femmes enceintes

#### Vacciner les femmes enceintes est une folie absolue

Chez les médecins français, il existe un exercice périlleux qui consiste à montrer son désaccord médical à un élu de son Conseil de l'Ordre car cela se solde par des poursuites à l'encontre de l'écervelé qui croyait que la confraternité pouvait autoriser... les échanges confraternels (1). Nous évoquerons ici les tentatives menées par un président de Conseil Départemental pour exhorter ses confrères à vacciner les femmes enceintes contre la Covid à partir d'un bagage scientifique et éthique plutôt fragile. Mal lui en prit car quelques-uns de ses « administrés », qui n'ont à vendre que leurs compétences, en connaissent un énorme rayon sur le sujet : voici leurs réponses. Nous conclurons sur quelques évidences énoncées par une biostatisticienne de grand talent (2), par une réflexion intéressante autour des « hépatites incompréhensibles du nourrisson » et par une action juridique belge de protection des soignants qui s'annonce d'ampleur et que nous soutenons absolument (3). Bonne lecture.

Conseil départemental de l'ordre des médecins de XXX Monsieur le Docteur XXX 6 XXXXX XX000 XXXXX

Monsieur le Docteur XXXX,

Nous nous permettons de vous écrire suite à la position que vous avez émise, en tant que président de l'ordre des médecins de XXXX, à l'intention de vos confrères et consœurs, en janvier dernier.

Vous avez souhaité attirer leur attention sur le fait que, selon vous, « Covid et Grossesse : la vaccination s'impose ». Nous voudrions, à notre tour, attirer votre attention sur certains éléments qu'il nous semble important de rappeler.

Il est connu de tous, et encore plus sûrement des médecins attentifs aux données scientifiques que :

- La durée des tests sur les vaccins n'a été que de 6 mois au lieu de 9-15 ans habituels,
- Certaines étapes cruciales des tests ont été absentes (dont les tests sur animaux),
- Jamais aucun vaccin ARNm n'a été mis sur le marché à cause de 30 ans d'essais ratés. https://drive.google.com/file/d/12WK0z0TPYclaXnkGo2ks9Z6QGqZxGb-S/view?usp=sharing
- Quasiment tous les médicaments sont interdits aux femmes enceintes, même les plus courants et les plus éprouvés.
- Pfizer n'a pas testé son produit sur les femmes enceintes et n'a même pas fini les tests de phase 3 qui précèdent normalement la mise sur le marché.
- Pfizer ne recommande pas la vaccination des femmes enceintes.

Concernant directement le cas particulier des femmes enceintes et de la gestation, il faut préciser que :

- Les études de tératogénicité n'ont pas été faites et la FDA demande une étude à Pfizer pour 2025.
- Pfizer reconnait ne pas connaitre les effets sur les femmes enceintes (p. 72). https://ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan\_en.pdf
- Pfizer a commencé ses tests en juin 2021 pour une fin décembre 2025 https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04705116
- Moderna confirme ne pas avoir testé sur les femmes enceintes https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-ii-0030-epar-assessment-report-variation en.pdf

• Moderna a commencé ses tests en juillet 2021 pour une fin en janvier 2024. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04958304

Encore le 25/11/2021, dans un rapport remis aux autorités de santé Européennes, *Pfizer indique que la sécurité* est non connue chez les femmes enceintes (p. 99), ainsi que pour les EFFETS à long terme. http://ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan en.pdf

Il est donc cohérent, au regard des données scientifiques disponibles à ce jour, que Pfizer, directement sur son site internet, rappelle qu'il ne recommande pas la vaccination lors de la grossesse. Ainsi la prudence devrait, semble-t-il, s'imposer à tous et à vous en particulier en tant que président de l'ordre des médecins de XXX.

Il nous apparaît très troublant que vous recommandiez (« imposer » selon vos termes) cette vaccination car cela va clairement à l'encontre de Article R.4127-39 CSP

 – « Les médecins ne peuvent proposer aux malades ... comme ... sans danger, un remède ... insuffisamment éprouvé. »

Dans la suite de votre courrier, vous étayez votre propos en citant des publications scientifiques. Nous nous demandons pourquoi vous ne faites pas l'effort de donner les liens précis pour permettre à vos confrères et consœurs de pouvoir lire les documents que vous citez.

Dans le premier point que vous abordez, vous affirmez que la grossesse est un facteur de risque. Vous ne donnez malheureusement aucun chiffre pour évaluer ce risque. De plus, il a été impossible de trouver l'article que vous citez car il n'y a eu aucun rapport du CDC le 12 septembre. Et rien dans les rapports du 10 ou 17 septembre 2021. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/journals/2817/

Il n'est donc pas possible de connaître la valeur de ce risque que constitue la grossesse et donc de discuter sa significativité.

Mais surtout, vous ne citez aucune des nombreuses publications indépendantes qui montrent le contraire. En voici quelques exemples.

Selon les données anglaises, les femmes enceintes étaient moins susceptibles

- D'avoir besoin d'oxygène.
- D'être admises en soins intensifs.
- De mourir.

Avec les chiffres donnés, on peut calculer que les femmes enceintes n'ont pas plus de risque que les autres. Le risque est réduit de 41,5% chez les femmes enceintes. (24 décès sur 1 million de grossesse versus 319 pour 7,7 millions de femmes de 20-39 ans).

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\_data/file/977287/s1171-ukoss-isaric-co-cin-covid-19-young-females-pregnancy-report.pdf

Une étude danoise sur 82 682 cas d'infection au Covid-19 chez les femmes enceintes n'a montré aucune différence dans les résultats obstétricaux ou néonataux. Le COVID n'a pas d'impact. Le rapport bénéfice/risque est alors forcément en défaveur du vaccin.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34467518/

C'est confirmé, même par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). https://www.france-assos-sante.org/2020/06/05/femmes-enceintes-covid-19/

Et d'autres encore. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32513659

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33971101/

Il n'y a donc pas de raisons objectives ou scientifiques pour promouvoir la vaccination de cette population particulière.

Vous continuez en exposant un article du CMAJ du 19 mai 2021 sur les risques de l'infection pendant la grossesse. Pour ne pas faire du COVID une exception médicale, il faut rappeler que les infections sont dangereuses pour le fœtus. Ce risque est bien connu pour la grippe... https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32958663/

Pour autant, il n'y a jamais eu de volonté d'imposer cette vaccination anti-grippale pour les femmes enceintes.

Il n'a pas été possible de trouver un article du 19, mais on trouve un article du 17 mai.

https://www.cmaj.ca/content/193/20/E750

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34001557/

L'article prend les positions suivantes :

- « Les données d'essais cliniques actuellement disponibles ne prouvent pas que le vaccin contre le SRAS-CoV-2 est sûr pour les personnes enceintes ou qui allaitent »
- « Au Canada, on recommande d'éviter l'administration systématique du vaccin contre le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2) aux personnes enceintes ou qui allaitent tant que les données seront insuffisantes ; »
- « L'administration systématique du vaccin contre le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) aux personnes enceintes ou qui allaitent devrait être évitée jusqu'à ce qu'on dispose de suffisamment de données, mais que la vaccination de ces dernières pouvait être envisagée dans certaines situations où les avantages surpassent les risques »
- L'article répète plusieurs fois « attendre que plus de données soient disponibles avant de procéder à la vaccination. »

Les positions prises par le Comité consultatif national de l'immunisation du Canada sont vraiment opposées à la vôtre : « la vaccination s'impose ». La prudence du Comité consultatif national de l'immunisation du Canada semble plus cohérente avec l'absence de données scientifique sur le sujet et l'absence d'un risque important pour les femmes enceintes.

Dans la suite, vous discutez le risque d'avortement spontané en vous appuyant sur 2 articles : NEJM, 21 avril 2021 et JAMA, 8 sept 2021.

L'article du NEJM du 21 avril 2021 est le suivant : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33882218/

Cet article est bien connu et ses auteurs concluent qu'il n'y a pas d'augmentation du risque de fausses couches. Sauf que l'article donne des chiffres qui permettent de calculer un taux de 82% de fausses couches chez les femmes enceintes vaccinées lors des 2 premiers trimestres.

En effet, sur les 827 femmes suivies, 700 ont eu l'injection au 3ème trimestre et sont donc exclues des fausses couches. Il reste donc 127 femmes qui ont eu l'injection au 1 er et 2ème trimestre et chez qui on observe 104 fausses couches.

Table 4. Pregnancy Loss and Neonatal Outcomes in Published Studies and V-safe Pregnancy Registry Participants.			
Participant-Reported Outcome	Published Incidence*	V-safe Pregnancy Registry†	
	%	no./total no. (%)	
Pregnancy loss among participants with a completed pregnancy			
Spontaneous abortion: <20 wk <sup>15-17</sup>	10–26	104 827 (12.6)‡	

- Data on pregnancy loss are based on 827 participants in the v-safe pregnancy registry who received an mRNA Covid-19 vaccine (BNT162b2 [Pfizer-BioNTech] or mRNA-1273 [Moderna]) from December 14, 2020, to February 28, 2021, and who reported a completed pregnancy. A total of 700 participants (84.6%) received their first eligible dose in the third trimester. Data on neonatal outcomes are based on 724 live-born infants, including 12 sets of multiples.
- † A total of 96 of 104 spontaneous abortions (92.3%) occurred before 13 weeks of gestation.

On est alors à 82% (104 fausses couches / 127 femmes injectées au 1er et 2ème trimestre).

Ces calculs sont repris et confirmés par plusieurs équipes de médecins et chercheurs. https://americasfrontlinedoctors.org/2/frontlinenews/study-concludes-womens-fertility-harmed-in-vaccinating-countries/

https://cf5e727d-d02d-4d71-89ff-

9fe2d3ad957f.filesusr.com/ugd/adf864 2bd97450072f4364a65e5cf1d7384dd4.pdf

Mais il vous a visiblement échappé que les auteurs ont écrit un correctif le 8 septembre 2021. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34496193/

Ce correctif vient annuler purement et simplement la conclusion de l'article initial qui disait qu'il n'y avait pas de risque à vacciner les femmes enceintes.

Dans la suite, vous discutez la protection par immunisation passive naturelle du nourrisson à partir d'un article qui n'est pas encore publié.

Il ne nous a pas été possible de prendre connaissance de l'article.

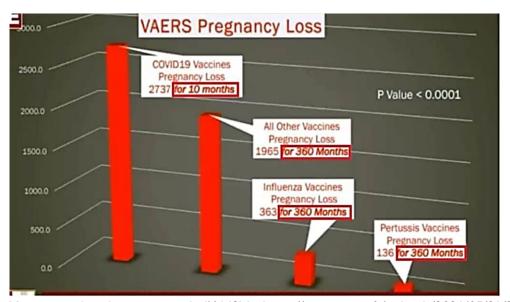
Quoiqu'il en soit, il est connu que les Ac maternels de type IgG passent à travers le placenta et dans le lait. Pas besoin de nouvelles études pour cela.

Concernant la protection, c'est plus compliqué.

- D'une part, car les enfants ne sont pas touchés par le COVID (dans le sens où la grippe est bien plus dangereuse pour les jeunes).
- D'autre part, il est acquis que la protection diminue très rapidement chez les adultes alors avec une immunisation passive, c'est sûrement encore plus rapide.

Et surtout, la vaccination, depuis le début, mais encore plus maintenant, se fait contre une souche qui n'existe plus. Il est avéré que la protection contre OMICRON est très faible.

Pour finir, il est dommage que vous ayez choisi de ne pas évoquer les données concernant les effets indésirables. La base des effets indésirables européenne et américaine donne des chiffres préoccupants comme jamais auparavant.



 $Y\ compris\ dans\ les\ rapports\ de\ l'ANSM: https://ansm.sante.fr/uploads/2021/05/21/20210521-covid-vaccins-rapport-grossesse.pdf$ 

En résumé de l'ensemble de ces données, il apparait que votre conclusion est fausse :

— « Ne pas être vaccinées expose les femmes enceintes à des complications graves tant pour elles-mêmes que pour leur enfant en cas d'infection par le virus de la covid 19 ».

Si elle était étayée par des faits scientifiques, la société Pfizer le saurait et ne déconseillerait pas la vaccination des femmes enceintes.

Au regard des informations disponibles que nous nous sommes permis de vous soumettre, il semble que recommander la vaccination des femmes enceintes soit une erreur et nous vous invitons, par souci de transparence scientifique, à transmettre les informations que nous venons de vous donner à vos confrères et consœurs.

Croyez, Monsieur, en notre impartialité scientifique et sachez que nous restons à votre disposition à l'adresse suivante (...) pour échanger sur les points précédents.

Pour l'union de collectifs citoyens Référents des différents collectifs Mars 2022

LA RÉDACTION DE l'AIMSIB, 17/05/2022

#### Références

- (1) Revoir le précédent avec l'affaire Reliquet au « 6- Autre implications judiciaires », ici : https://www.aimsib.org/2022/05/01/aimsib-le-rapport-moral-pour-lannee-2021/
- (2) Michele Rivasi interviewe Christine Cotton, biostatisticienne, la partie afférente à la vaccination des femmes enceinte se trouve à 30 min. https://youtu.be/Jn-2b0fUsrk
- (3) Dépôt de plainte collective en Belgique

## Vacciner son enfant contre la Covid-19 : vous êtes sûrs ?

Cet article a pour but de lister de façon non-exhaustive quelques éléments de prudence quant à la vaccination des enfants par les vaccins Pfizer et Moderna et notamment d'estimer le bénéfice/risque de ces injections.

#### Vacciner son enfant contre la Covid-19 : vous êtes sûrs ?

#### À Retenir

- La sécurité et l'efficacité de Comirnaty chez les enfants âgés de moins de 5 ans n'ont pas encore été établies de l'aveu même du fabricant
- Les tableaux d'effets indésirables enregistrés lors de l'essai clinique sur les 5-1 l sont caviardés sur le site de l'agence européenne du médicament
- L'efficacité de la vaccination contre l'infection serait seulement de 11 % en janvier 2022 chez les 5 11 ans.
- L'efficacité vaccinale deviendrait nulle puis négative à partir du 35 ème jour après vaccination.

#### Introduction

Depuis le 20 décembre 2021, la Haute Autorité de Santé (HAS) a ouvert la vaccination anti-covid à tous les enfants de 5 à 11 ans.

Pour l'instant cette vaccination n'est ni obligatoire ni requise pour l'accès à certains lieux ou certaines activités sociales.

Suite à l'obtention d'une extension d'autorisation de mise sur le marché (AMM) conditionnelle du vaccin Pfizer pour les enfants de 5 à 11 ans depuis le 25 novembre 2021 [1], la HAS a d'abord recommandé cette vaccination à partir du 30 novembre aux enfants fragiles ayant des comorbidités ou vivant dans l'entourage de personnes fragiles. La vaccination a été ouverte à tous les enfants moins d'un mois plus tard [2].

Ces décisions sont pour le moins déroutantes et contradictoires si on lit en détail le résumé des caractéristiques du produit de Pfizer qui nous apprend que les autorités sanitaires ont donné la permission au laboratoire Pfizer de donner les résultats de l'étude pédiatrique de leur vaccin plus tard. Nous ne savons pas à quelle date, Pfizer donnera donc l'intégralité des données de l'étude pédiatrique.

« L'Agence européenne des médicaments a différé l'obligation de soumettre les résultats d'études réalisées avec Comirnaty dans la population pédiatrique pour la prévention de la Covid-19 (voir rubrique 4.2 pour les informations concernant l'usage pédiatrique). » [3]

Plus récemment, le vaccin Moderna a été à son tour approuvé chez les enfants par l'Agence Européenne du médicament le 24 février 2022. Cependant, de manière totalement contradictoire, ce même vaccin a été déconseillé par la HAS pour les moins de 30 ans en novembre 2021 en raison d'un sur-risque de myocardite [4] [5].

Les autorités de santé, l'ANSM et l'Agence Européenne du médicament, basent-elles leurs recommandations sur la science en autorisant l'injection de ces produits à des enfants ?

### Les données quant à la faible sévérité de la maladie chez les enfants sans facteur de risque sont très rassurantes.

La Covid-19 n'est heureusement pas une maladie pédiatrique. Seuls 3 décès d'enfants de 5 à 11 ans ont été déplorés en France depuis le début de la Covid dont 1 avait de lourdes comorbidités ; cela représente donc 2 décès d'enfants sans facteurs de risque sur 5,77 millions d'enfants dans cette classe d'âge.

Les enfants ont 25 fois moins de risque de développer une forme grave que les adultes.

Le spectre souvent agité par les médias du Covid long ne concerne que très peu les enfants et ne persiste pas chez eux plus de 12 semaines [6].

La Covid-19 a donc un impact très négligeable sur la morbi-mortalité des enfants de 5 à 11 ans [6] [7] [8].

Dans un article en pré-print (qui doit donc encore être validé par les pairs), rapportant l'efficacité des vaccins anticovid-19 chez 365 502 enfants de 5 à 11 ans, celle-ci ne serait seulement que de 11 % contre le risque d'infection en janvier 2022, avec la prédominance du variant Omicron [9].

De façon inquiétante, l'efficacité vaccinale deviendrait nulle puis négative à partir du 35e jour après vaccination. [9]

La vaccination contre la Covid-19 des enfants sans facteur de risque n'a qu'un très faible impact sur la santé publique. Le JVCI (sorte de conseil scientifique vaccinal britannique) a estimé qu'il faudrait vacciner entre 340 000 et 1 900 000 enfants pour potentiellement éviter l'entrée en soin intensif d'un seul enfant à cause de la Covid-19 selon le degré de sévérité du variant en cours de circulation.

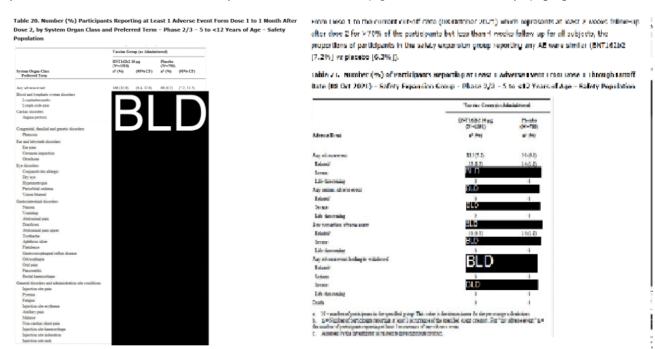
Cependant, selon les données préliminaires (cf. Infra), le vaccin engendrerait 1,16 évènements indésirables graves pour 100 000 vaccinations. La balance bénéfice/risque semble donc défavorable. [11]

En l'état actuel des connaissances, on peut conclure qu'il n'y a quasiment aucun bénéfice collectif ou individuel à faire vacciner son enfant en bonne santé.

#### Doutes sérieux sur la qualité de l'essai clinique du vaccin Pfizer

On peut émettre des doutes sérieux quant à la qualité de l'évaluation de ces vaccins chez les enfants, étant donné la taille très réduite de l'essai clinique du vaccin Pfizer dont les données les plus importantes sont étonnamment masquées !

En détail, le vaccin Pfizer a été autorisé après les résultats préliminaires d'un essai clinique ne portant que sur *I 305* enfants dans le groupe vaccin et 663 dans le groupe placebo alors même que plus de 18 000 adultes avaient été enrôlés dans chacun des bras de l'essai clinique adulte. Dans le document d'extension d'AMM permettant la mise sur le marché de la formulation pédiatrique, il est inadmissible que certaines données soit masquées alors même que ces données sont réglementairement publiques. En particulier, les données détaillées sur les effets indésirables chez les enfants ont été masquées comme on peut le constater avec la présence de ces carrés noirs sur lesquels sont affichés BLD (signifiant blinded = masqué). [12]



#### Une composition modifiée avec un nouvel excipient pour le vaccin Pfizer pédiatrique!

Un autre fait important est la modification de la composition du vaccin. La forme pédiatrique contient du tromethamol contrairement à la formulation adulte qui n'en contient pas. Nous doutons que les essais précliniques aient également été réalisés sur cette formulation. [13]

#### Des Effets indésirables très peu connus mais qui commencent à se dessiner

Comment pourrait-on connaître correctement les effets indésirables du vaccin Pfizer chez les enfants de 5 à 11 ans alors même que ces données sont « caviardées » sur le site de l'agence européenne du médicament ? La vaccination des enfants de 5-11 ans est récente. Les données françaises tant sur le bénéfice que sur les effets indésirables sont donc encore limitées à ce jour. Aux États Unis, 8 à 10 % des enfants ont manqué un

jour d'école au moins suite à la vaccination et 5 à 8 % étaient en incapacité d'assurer leurs activités quotidiennes habituelles. [14]

Le CDC signale 1,25 évènements indésirables graves pour 100 000 vaccinations notifiés au VAERS (100 pour 8 millions environ d'enfants vaccinés).

Parmi ces effets indésirables graves, on note :

- 15 enfants avec troponine élevée (analyse biologique signant une atteinte cardiaque)
- 10 enfants avec crise d'épilepsie
- 15 suspicions de myocardites dont 11 ont été confirmées
- 2 décès ont été enregistrés chez des enfants ayant des comorbidités associées et qui sont en cours d'étude.
- Le nouveau point de pharmacovigilance de l'ANSM sur l'injection du vaccin Pfizer pour les 5 11 ans au 5 novembre indique 48 évènements indésirables dont 4 cas graves notifiés pour 351 056 injections soit 13,67 évènements indésirables pour 100 000 injections dont 1,13 graves. [15]

#### **Conclusion**

En conclusion, au regard des données techniques et scientifiques disponibles, la vaccination des enfants de 5 à 11 ans en bonne santé contre la Covid-19, n'apporte aucun bénéfice. Actuellement les effets indésirables du vaccin dans cette tranche d'âge sont très peu connus : l'essai clinique ayant porté sur un très faible nombre d'enfants, les effets indésirables rares et moyennent rares n'ont pas pu être détectés. Comme pour l'adulte, les effets indésirables à moyen et long terme de cette nouvelle technologie vaccinale ne sont absolument pas connus.

Il apparaît inadmissible que les tableaux d'effets indésirables soient masqués dans les données publiques de l'agence européenne du médicament. Il devient impératif d'exiger une divulgation publique de ces données. D'autant que cette maladie est pour une écrasante majorité bénigne chez les enfants en bonne santé.

Collectif REINFOCOVID, 14 mars 2022

#### Références

- [1] https://www.has-sante.fr/jcms/p\_3302411/fr/covid-19-la-has-recommande-la-vaccination-des-enfants-fragiles
- [2] https://www.has-sante.fr/jcms/p\_3306399/fr/covid-19-la-has-favorable-a-l-ouverture-de-la-vaccination-sans-obligation-aux-enfants-de-5-a-11-ans
- [3] https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information\_fr.pdf; consulté le 5 mars 2022)
- [4] https://www.has-sante.fr/jcms/p\_3297260/fr/covid-19-la-has-precise-la-place-de-spikevax-dans-la-strategie-vaccinale
- [5] https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-approval-spikevax-children-aged-6-11
- [6] https://www.has-sante.fr/jcms/p\_3302411/fr/covid-19-la-has-recommande-la-vaccination-des-enfants-fragiles
- [7] https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/evolution-des-indicateurs-epidemiques-chez-les-5-11-ans-et-comparaison-avec-les-12-17-ans.-point-au-31-octobre-2021
- [8] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-
- 11/avis\_n\_2021.0084.ac.sespev\_du\_25\_novembre\_2021\_du\_college\_de\_la\_has\_relatif\_a\_la\_vaccination\_des\_en fants\_de\_5\_a\_11\_ans\_a\_ris.pdf
- [9] https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.25.22271454v1#:~:text=Among%20children%20newly%20fully%2Dvaccinated,%3A%2043%25%2C%2063%25
- [10] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8736274/pdf/mm705152a1.pdf
- [11] https://www.gov.uk/government/publications/jcvi-update-on-advice-for-covid-19-vaccination-of-children-aged-5-to-11/jcvi-statement-on-vaccination-of-children-aged-5-to-11-years-old
- [12] https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-x-0077-epar-assessment-report-extension\_en.pdf
- [13] https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information\_fr.pdf; consulté le 5 mars 2022)
- [14] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8736274/pdf/mm705152a1.pdf
- [15] https://ansm.sante.fr/uploads/2022/02/18/20220218-covid-19-focus-pv-pfizer-5-2.pdf

## Balance bénéfice/risque défavorable pour les ados et jeunes adultes : trop de myocardites !

La vaccination par les vaccins à ARN messager présente plus de risque que de bénéfice chez les adolescents en bonne santé dont la plupart sont déjà immunisés contre la Covid-19 suite à une infection naturelle conférant une immunité durable et protectrice contrairement à celle que peut apporter la vaccination par ARN messager.

#### Balance bénéfice/risque défavorable pour les ados et jeunes adultes : trop de myocardites !

#### À Retenir

- Risque de myocardite avec les vaccins ARNm chez les personnes de 12 à 50 ans.
- Jusqu'à 1 myocardite toutes les 2 649 vaccinations deux doses chez les hommes jeunes selon les études
- Chez les garçons ayant déjà eu la Covid-19, *une dose de vaccin comporte plus de risques que de bénéfices*
- Seules les filles, non immunisées, avec au moins une comorbidité, ont encore un bénéfice à la vaccination par un schéma vaccinal complet à 2 doses.
- Les myocardites post-vaccinales seraient dues à un syndrome adrénergique provoqué soit par l'ARNm du vaccin ou la protéine spike résultante.

#### Introduction

Depuis juillet 2021, les myocardites et les péricardites ont été ajoutées à la liste des effets indésirables des vaccins à ARN messager. Ces effets indésirables ont donc été détectés environ 6 mois après la mise sur le marché de ces vaccins. La myocardite post-vaccinale atteint préférentiellement les individus jeunes et en bonne santé, de sexe masculin, c'est-à-dire la population n'ayant aucun risque de forme grave de la Covid-19, particulièrement avec le variant Omicron. Ainsi, aucun décès de moins de 40 ans n'a été déploré chez les individus infectés par Omicron.

Suite aux résultats de l'étude EPI-PHARE, la HAS a déconseillé le vaccin Moderna chez les moins de 30 ans en raison de ce surrisque de myocardite. Pourtant l'agence européenne du médicament (EMA) vient d'autoriser ce vaccin chez les 5-11 ans ; c'est à se demander s'il y a un pilote dans l'avion. [1, 2]

#### Qu'est-ce qu'une myocardite ?

Selon la SRLF (Société de réanimation de langue française), la myocardite se définissait en 2017 comme une inflammation du muscle cardiaque associée à une nécrose des cellules cardiaques (nécrose=destruction des cellules). Les lésions peuvent être pour certaines réversibles, mais d'autres resteront irréversibles en raison de la nécrose cellulaire et de la fibrose due à la réaction immunitaire. Après guérison de l'épisode aigu, la maladie peut évoluer de façon lente et progressive vers une insuffisance cardiaque. Ainsi, l'évolution en cardiomyopathie dilatée se produit dans environ 30 % des cas et jusqu'à plus de la moitié des patients nécessitent une greffe de cœur dans les 10 années suivantes [3].

#### Quelles sont les conclusions de l'étude EPI-PHARE [4]

L'étude EPI-PHARE « confirme l'existence d'un risque de myocardite et péricardite dans les 7 jours suivant une vaccination contre la Covid-19 avec un vaccin ARNm (Pfizer BioNTech et Moderna) chez les personnes âgées de 12 à 50 ans, particulièrement les jeunes de moins de 30 ans. Ce risque est plus élevé avec le vaccin Moderna. »

Le sur-risque était évalué à 132 cas surnuméraires de myocardites par millions chez les moins de 30 ans pour Moderna.

Le vaccin Pfizer a lui aussi été associé à un sur-risque de myocardite de l'ordre de 3 par million après la lère dose et de 27 cas par million après la seconde dose.

Un sur-risque de myocardite existe chez les 12-50 ans pour les vaccins à ARNm, pourquoi seul le vaccin Moderna est déconseillé et uniquement chez les moins de 30 ans ?

#### Que disent les études internationales ?

Plusieurs études réalisées dans différents pays ont également confirmé le sur-risque de myocardite qui est constamment plus élevé après la deuxième dose de vaccin qu'après la l'ère.

Selon les études et les pays, le taux oscillerait, chez les hommes jeunes, entre I myocardite toutes les 2649 vaccinations et I myocardite toutes les 141 000 environ après la deuxième dose du vaccin Pfizer (cf. Table I). Concernant les femmes jeunes, ce risque, moindre que chez les hommes, varie entre I myocardite toutes les 20 964 vaccinations et I myocardite toutes les 263 148 vaccinations après la deuxième dose du vaccin (cf. Table 2).

Table I : Taux de myocardites chez les individus masculins après vaccination par le vaccin Pfizer (adapté de Krug et al.)

Référence	Groupe d'âge	Taux après la dose I	Taux après la dose 2
Buchan et al. Ontario	12-17 ans	1/ 29 240	1/10 277
Public Health Ontario	12-17 ans	1/13 850	1/13 850
Chua et al, Hong Kong	12-17 ans	1/17 953	1/2 679
Sharff et al, US Kaiser Permanente	12-17 ans		1/2 649
US CDC VAERS	12-15 ans	1/208 333	1/21 881
US CDC VAERS	16-17 ans	1/163 934	1/14 245
Krug et al, VAERS	12-15 ans	1/87 719	1/6 165
Krug et al, VAERS	16-17 ans	1/12 1951	1/10 752
Krug et al, VAERS	12-17 ans	1/100 000	1/8 424
Oster et al, VAERS	12-15 ans	1/141 643	1/141 643
Oster et al, VAERS	16-17 ans	1/137 741	1/9 523
US FDA Optum	12-15 ans		1/5 555
US FDA Optum	16-17 ans		1/5 000
Mevorach et al, Israel	16-19 ans	1/74 626	1/6 635

#### Comment les vaccins à ARN messager provoquent-ils des myocardites ?

À l'heure actuelle, le mécanisme par lequel les vaccins à ARN messager provoquent des myocardites est mal connu.

Un article récent en préprint (nécessitant encore d'être validé par les pairs) a émis des hypothèses quant à l'origine physiopathologique des myocardites post-vaccinales [5].

Cela fait suite à l'observation histopathologique de cœurs de personnes décédées d'une myocardite post-vaccinale qui présentaient des similitudes avec des myocardites induites par le phéochromocytome (une tumeur surrénalienne produisant trop de catécholamines provoquant notamment hypertension, palpitation, angor, céphalée). L'ARNm du vaccin ou la protéine spike résultante pourrait alors provoquer un syndrome adrénergique. Les réponses aux catécholamines sont physiologiquement plus élevées chez les jeunes et les hommes. Elles sont également plus élevées chez les athlètes masculins que chez les non-athlètes, et favorisées par la présence d'hormones androgènes. Enfin, les réponses aux catécholamines, qui sont déjà élevées chez les jeunes athlètes masculins, sont surexprimées chez les athlètes vaccinés, par rapport aux niveaux de prévaccination et aux athlètes non vaccinés.

Ceci pourrait expliquer le risque plus important de myocardites post-vaccinales chez les hommes jeunes en bonne santé et sportifs.

Table 2 : Taux de myocardites chez les individus féminins après vaccination par le vaccin Pfizer (adapté de Krug et al. )

Référence	Groupe d'âge	Taux après la dose I	Taux après la dose 2
Neier effec	Groupe d'age	raux apres la dose r	raux apres la dose 2
Buchan et al . Ontario	12-17 ans	1/49 751	1/103 093
Public Health Ontario	12-17 ans	1/30 488	1/342 466
Chua et al, Hong Kong	12-17 ans	1/88 496	1/20 964
Sharff et al, US Kaiser Permanente	12-17 ans	1	1
US CDC VAERS	12-15 ans	1/1 000 000	1/263 158
US CDC VAERS	16-17 ans	0	1/131 579
Krug et al, VAERS	12-15 ans	0	1/76 923
Krug et al, VAERS	16-17 ans	1/714 286	1/80 000
Krug et al, VAERS	12-17 ans	1/1 666 667	1/78 740
Oster et al, VAERS	12-15 ans	1/2 500 000	1/157 480
Oster et al, VAERS	16-17 ans	1/1 910 476	1/91 075
US FDA Optum	12-15 ans	1	1
US FDA Optum	16-17 ans	1	1
Mevorach et al, Israel	16-19 ans	0	1/91 743

#### La balance bénéfice / risque des vaccins à ARN messager est-elle toujours positive ?

Au vu du nombre important de sur-risque de myocardites chez les individus jeunes et en bonne santé, c'està-dire ceux-là même qui ne risquent quasiment rien de la Covid-19, il est plus que légitime de se poser la question de la balance bénéfice/risque des vaccins chez les adolescents et jeunes adultes.

L'article de Krug et al. [6] a évalué une balance bénéfice / risque parcellaire en se basant sur les données de la pharmacovigilance américaine. Nous disons parcellaire car le seul risque inclus dans l'étude est celui de la myocardite et de la péricardite, alors même que les vaccins ARNm ont de nombreux autres effets indésirables. En mettant en balance la myo/péricardite post-vaccinale et l'hospitalisation due au Covid-19 pendant la période épidémique au variant Delta, l'analyse risques-bénéfices suggère que chez les 12-17 ans, la balance bénéfice / risque d'un schéma vaccinal complet est positive UNIQUEMENT chez les filles NON IMMUNISEES par une infection naturelle présentant UNE COMORBIDITE.

Chez les garçons avec une infection antérieure et sans comorbidité, même une seule dose de vaccin ARNm comporterait plus de risques que de bénéfices selon les estimations internationales.

Depuis que le variant circulant majoritaire est Omicron, beaucoup moins sévère que le variant Delta, il est possible que la vaccination des jeunes ne présente aucun bénéfice et seulement des risques. Rappelons encore que le seul risque pris en compte dans cette étude est celui de la myo-péricardite.

#### Conclusion

La vaccination par les vaccins à ARN messager présente plus de risque que de bénéfice chez les adolescents en bonne santé dont la plupart sont déjà immunisés contre la Covid-19 suite à une infection naturelle

conférant une immunité durable et protectrice contrairement à celle que peut apporter la vaccination par ARN messager.

#### Collectif REINFOCOVID, 13 mars 2022

#### Références

- [1] https://www.has-sante.fr/jcms/p\_3297260/fr/covid-19-la-has-precise-la-place-de-spikevax-dans-la-strategie-vaccinale
- [2] https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-approval-spikevax-children-aged-6-11
- [3] https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2019/01/1705-MIR-Vol26-N3-196\_206.pdf
- [4] https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/myocardite-pericardite-vaccination-covid19/ [5]
- https://www.researchgate.net/publication/358834540\_Catecholamines\_are\_the\_key\_trigger\_of\_mRNA\_SARS-CoV-2\_and\_mRNA\_COVID-19\_vaccine-
- $induced\_myocarditis\_and\_sudden\_deaths\_a\_compelling\_hypothesis\_supported\_by\_epidemiological\_anatomopa \ thological\_molecular$
- [6] https://www.researchgate.net/publication/358834540\_Catecholamines\_are\_the\_key\_trigger\_of\_mRNA\_SA RS-CoV-2\_and\_mRNA\_COVID-19\_vaccine-
- induced\_myocarditis\_and\_sudden\_deaths\_a\_compelling\_hypothesis\_supported\_by\_epidemiological\_anatomopa thological\_molecular

## Vaccination contre le Sars-CoV-2 : l'abus des mathématiques nuit à la complexité du vivant



L'abus des mathématiques nuit à la complexité du vivant. Pixabay

**TRIBUNE** - Comment faire pour convaincre les non-vaccinés que les vaccins fonctionnent... et en même temps expliquer aux vaccinés de ne pas approcher un non-vacciné parce que les vaccins ne fonctionnent pas ? Tel pourrait être l'intitulé de l'article paru le 25 avril 2022, dans le Canadian Medical Association journal. Mais, pour honorer le travail des chercheurs, nous allons nous efforcer de rester sérieux, ce qui ne va pas être simple.

L'article intitulé Impact du mélange de populations entre les sous-populations vaccinées et non vaccinées sur la dynamique des maladies infectieuses : implications pour la transmission du SARS-CoV-2 affirme que la mise au point du vaccin a été une réussite, « réussite qui ne peut être entravée selon les chercheurs que par les non-vaccinés qui feraient courir un risque d'infection aux vaccinés si ces derniers se mélangeaient à eux ».

À partir de cette affirmation, un scientifique objectif ne peut-il pas en déduire que « le vaccin ne protège pas de la contamination » ?

Pour étayer leur démonstration, les chercheurs écrivent avoir constaté « qu'à mesure que le mélange de personnes semblables augmentait, les taux d'attaque chez les personnes vaccinées diminuaient de 15 % à 10 % (et augmentaient de 62 % à 79 % chez les personnes non vaccinées) ».

Une telle affirmation et son raisonnement associé, ne peuvent qu'amener à comprendre l'utilité du passe sanitaire !!

#### Des modèles mathématiques à l'apparence scientiste

De prime abord, les mathématiques constituent une science puissante pour résoudre les problèmes. Noblesse des courbes, beauté des équations, splendeur des axiomes, semblent assurer la logique du raisonnement. La discipline donne de l'assurance et impressionne ceux qui n'y comprennent rien et qui, de fait, se retrouvent réduits à acquiescer à un raisonnement logico-déductif qui leur est proposé, voire imposé. Toutefois, l'utilisation des mathématiques peut tomber dans le giron d'idéologues qui vont utiliser cet outil pour appréhender des phénomènes biologiques complexes comme l'apparition d'une nouvelle maladie, pour affirmer à la fois le caractère scientifique de leur démonstration, l'exactitude de leurs affirmations et le caractère intangible des lois qui découlent de leur raisonnement.

Ainsi, l'utilisation des mathématiques a déjà largement été dénoncée par le mathématicien Vincent Pavan, qui avait produit un violent réquisitoire contre une étude non revue par les pairs (Preprint), intitulée « Estiming the burden of Sars-CoV-2 in France ». Il estimait être de la fausse science épidémiologique. C'est pourtant cette base contestable, qui a servi de justification à la mise en place du passe sanitaire, après l'avis favorable du Conseil scientifique.

Le phénomène n'est pas nouveau. Depuis le début de la pandémie, on entend parler de modèles mathématiques appliquées à des phénomènes biologiques complexes. Or, la notion de modèle peut se révéler très vite stérile, surtout lorsqu'il s'agit d'une nouvelle maladie ; en niant la nature de la complexité du vivant, un modèle mathématique est une coquille vide.

Cet usage des mathématiques afin de démontrer une hypothèse qui restera à l'état de modélisation, car non observable de manière empirique, est fort pernicieux parce qu'elle mène le commun des mortels à perdre confiance dans la science. De la même manière, s'il s'avérait que les vaccins n'étaient pas efficaces, méfiance et scepticisme grandiraient au sein de la population. Rappelons que la science doit faire usage de principe de

réplicabilité dans le réel et qu'un modèle n'est qu'un outil de conceptualisation pour assister à une décision. Il ne se passe d'une étape de calibration qui amène à valider le modèle au réel.

#### Des interprétations qui nient tous les phénomènes biologiques, biochimiques et physiologiques Prenons quelques-unes des affirmations pour les commenter.

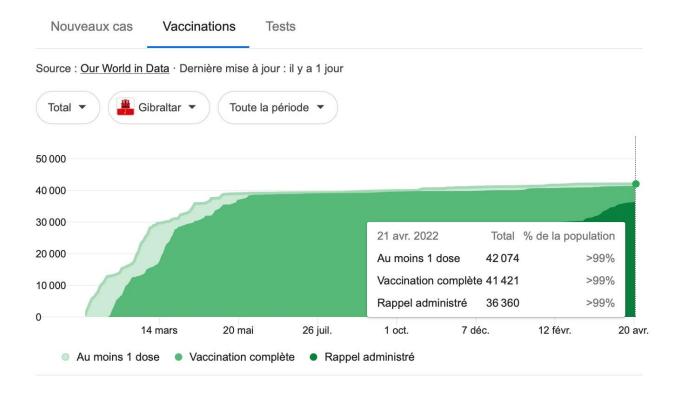
« On s'attend à ce que la non-vaccination entraîne une amplification de la transmission des maladies dans les souspopulations non vaccinées, mais la nature transmissible des maladies infectieuses signifie que cela augmente également le risque pour les populations vaccinées, lorsque les vaccins confèrent une immunité imparfaite qui reconnaissent que l'immunité collective ne peut plus être atteinte depuis l'apparition des nouveaux variants. »

Parler d'immunité collective à une époque où plus personne n'y croit fait déjà sourire. Partir du réel, de l'observation des faits, devrait être le fondement préalable à toute réflexion. Et, lorsqu'on prend le cas de Gibraltar dont la population est vaccinée à 99 %, on s'aperçoit que les injections n'ont pas prévenu des rebonds épidémiques. Une simple observation de la courbe épidémiologique suffit, pour être convaincu, de l'échec de la politique vaccinale. Et, à moins d'attribuer la reprise épidémique aux 1% de personnes non vaccinées, on ne peut que constater l'échec de ces injections à répétitions.

#### courbe\_des\_contaminations\_de\_gibraltar.jpg



Courbe\_de\_la\_vaccination\_à\_Gibraltar.jpg



Lorsque ces chercheurs en mathématiques parlent de la nature transmissible des maladies infectieuses, il aurait été judicieux d'apporter quelques précisions, par exemple, sur les différences qui peuvent exister entre les variants. Ils auraient pu apprendre des analyses moléculaires du professeur Jacques Fantini et ses équipes, dont l'analyse du T-index (index de transmissibilité) « qui étudie l'interaction du domaine NTD de la protéine Spike avec les rafts de la cellule hôte, l'interaction du domaine RBD avec le récepteur ECA-2, et le potentiel électrostatique de surface qui révèle la vitesse d'attraction du virus à la cellule cible ». Des caractéristiques qui lui permettent de comprendre les caractères de contagiosité des protéines Spike pour chaque variant.

« L'émergence de la variante Omicron, très envahissante sur le plan immunitaire, pourrait compromettre certains de ces progrès, bien que l'administration de doses de rappel du vaccin puisse rétablir un haut niveau d'efficacité. » Là encore une meilleure connaissance de la biologie moléculaire et de l'existence de plusieurs sortes d'anticorps, pourrait éviter des affirmations qu'aucun scientifique sérieux ne peut plus ignorer. En effet, depuis Delta, ce sont les anticorps facilitants qui dominent. Les données suggèrent que l'équilibre entre les anticorps neutralisants et facilitants chez les individus vaccinés est en faveur de la neutralisation pour la souche originale de Wuhan. Cependant, il en va différemment pour le variant Delta et plus encore depuis l'apparition d'Omicron, où les anticorps neutralisants ont une affinité réduite pour la protéine Spike, tandis que les anticorps facilitants présentent une affinité accrue frappante.

« L'efficacité des vaccins contre le SRAS-CoV-2 pour ce qui est de réduire la gravité de la maladie et de perturber la transmission ultérieure, même en cas de percée de l'infection, a probablement sauvé de nombreuses vies. »

Enfin, si les auteurs avaient eu connaissance des travaux du biologiste cellulaire et microbiologiste Jean-Marc Sabatier, ils auraient certainement été plus prudents. Apprendre qu'une vaccination avec de multiples rappels, peut induire chez les vaccinés un syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), parfois appelé syndrome d'immunodéficience induite (SIDI) donne à réfléchir. Et, comprendre que « la protéine Spike vaccinale, qui interagit avec le récepteur ECA2 des cellules, va produire les mêmes effets « délétères » que le virus, c'est-à-dire un dysfonctionnement du système rénine-angiotensine (avec la suractivation de son récepteur ATTR), dysfonctionnement qui peut aboutir à un dérèglement de l'immunité innée qu'il pilote, devrait interpeler ces chercheurs sur les dommages d'une vaccination devenue obsolète depuis l'apparition des nouveaux variants.

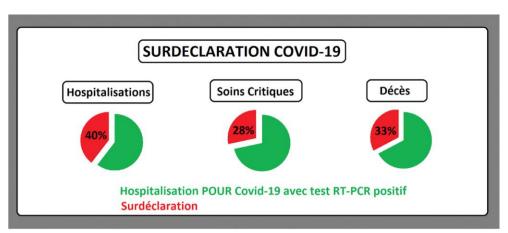
Si la valeur de cette étude pose question, c'est parce qu'elle consiste en des élucubrations et des hypothèses originelles imprécises et douteuses, faisant perdre à leurs auteurs les complexités du système physiologique humain, en s'enfonçant dans un dédale d'affirmations aussi dérisoires qu'inutiles.

## Tests – vaccins – pass : fabrique de la panique, braquage des comptes publics

Cela fait 2 ans que la crise du coronavirus a démarré. Nous avons montré sur cette chaîne de différentes manières que la mortalité depuis 2020 en France et en Europe est finalement dans la norme de la décennie, et que les hôpitaux sont finalement loin d'avoir été saturés en 2020, services de réanimation compris.

La psychose depuis 2 ans n'est donc pas maintenue à cause d'une surmortalité, ou d'un surnombre d'arrivées à l'hôpital, mais uniquement en faisant le compte de « cas Covid ». Ces « cas Covid » sont des personnes déclarées porteuses du virus de la Covid, dans l'ensemble de la population, dans l'ensemble des hospitalisations et dans l'ensemble des décès. Ce n'est qu'une fraction de l'ensemble des habitants, de l'ensemble des hospitalisations et de l'ensemble des décès. Nous avons d'ailleurs montré que l'ensemble des hausses de mortalité que nous observons depuis 2 ans ont lieu soit pendant les périodes de hausse de mortalité habituelles, soit après la mise en place de mesures qui ont eu pour impact d'arrêter de soigner correctement les français. Nous avons, grâce aux différents rapports de Santé Publique France ou de l'ATIH, de plus en plus de données officielles donnant le nombre de décès à imputer à ces mesures.

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), les statisticiens du ministère de la Santé a d'ailleurs publié un nouveau tableau de données distinguant les patients arrivés à l'hôpital pour Covid, et ceux arrivés à l'hôpital pour complètement autre chose, mais déclarés Covid à la faveur d'un test positif ou d'une simple déclaration. Nous apprenons qu'un patient sur 3 déclaré en soin critique Covid ou décédé du Covid était en fait sur-déclaré.



Toute la psychose tient donc du simple fait de fixer le regard sur un virus au lieu de s'occuper de la mortalité en général ou des hospitalisations en général. Cela permet de ne pas du tout remettre en question la qualité de vie des français, ou le système de santé en général, mais de tout focaliser sur un seul produit censé résoudre le problème : le vaccin.

Pour conserver le regard fixé sur le virus, plusieurs éléments sont essentiels :

- Les tests RT-PCR qui permettent de continuer à déclarer « malade » toute personne qui a un test positif et donc maintiennent les statistiques
- La campagne vaccinale qui permet au gouvernement de dire qu'il a une solution au problème du virus mortel
- Le pass sanitaire, de façon à asséner à la population que les vaccins fonctionnent, puisqu'ils leur offre la sécurité en leur « permettant » d'accéder à des lieux publics
- En bonus : les masques qui permettent de rappeler en permanence de façon visible à tous les Français, le danger du virus. Ils permettent également de faire croire que les autres humains sont dangereux

Dans cet article (et sa vidéo), nous allons voir que si on imagine un pays au sein duquel on met en place le même schéma tests-vaccins-pass avec n'importe quelle excuse, on obtiendra exactement les mêmes résultats statistiques. Les biais statistiques introduits par le schéma tests-vaccins-pass permettent de faire croire que n'importe quel vaccin sera efficace contre n'importe quelle maladie. Pour bien montrer l'absurdité du schéma, nous allons prendre un exemple absurde dans lequel l'État ne voudrait pas lutter contre un virus, mais contre la malchance.

#### L'épidémie de malchance

Pour comprendre comment est complètement dévoyée l'utilisation des tests, imaginons que le gouvernement décide de lutter contre les malchanceux.

Les Français seraient obligés de prouver qu'ils ne sont pas malchanceux avant de pouvoir participer à des activités. En effet, d'après le gouvernement, les malchanceux sont responsables de toutes les catastrophes qui arrivent en France et mobilisent les personnels soignants qui doivent les sauver en permanence. Ainsi, avant de participer à une activité, chaque Français doit lancer un dé. S'il fait le chiffre I, il est alors considéré malchanceux et doit s'isoler avant de contaminer les autres de sa malchance et de provoquer une catastrophe. Le gouvernement propose cependant de s'immuniser contre la malchance grâce à 4 porte-bonheurs différents. Il suffit d'accepter de prendre un porte-bonheur pour ne plus être obligé de se tester.

Le 12 juillet, le gouvernement met en place le pass-anti-malchance. Tout Français qui souhaite voyager ou participer à une activité doit avoir son porte-bonheur, ou bien prouver qu'il n'est pas malchanceux en lançant un dé. Chaque Français malchanceux oblige tous ses proches à faire un test également. Ils doivent tous lancer un dé. On observe alors une explosion du nombre de tests en France, de la part de tous les Français qui participent à des activités ou vont à l'hôpital. Parmi eux, environ I sur 6 est déclaré malchanceux. Une majorité de Français choisit alors de prendre un des 4 porte-bonheurs officiels. Les Français qui ont été déclarés malchanceux une première fois, refont un test au bout de 14 jours et sont alors majoritairement considérés « guéris » de la malchance. La vague redescend donc assez vite.

C'est exactement ce qu'il s'est passé en France à l'été 2021. La mise en place du pass sanitaire a déclenché une vague de tests sans précédents. Pour la première fois de l'histoire, de manière complètement artificielle, on a fait croire à une épidémie de rhume en plein été.



Tous les Français ayant fait un test et obtenu un « I » en rentrant à l'hôpital sont codés par cet hôpital en tant que « malchanceux ». La « malchance » devient alors une « cause » de leur maladie. Cela fait donc une vague de malchanceux chez les personnes malades entrant à l'hôpital. Cela tombe assez bien, les remboursements des séjours hospitaliers des « malchanceux » sont plus élevés. Les hôpitaux ont tout intérêt à organiser ces tests. Ceux qui ont un porte-bonheur ne sont pas testés, ou alors une seule fois, alors que ceux qui n'ont pas de porte-bonheur sont testés tous les jours. On observe alors une grosse différence de chance entre ceux qui ont un porte-bonheur et ceux qui n'en ont pas. En effet, ceux qui ont un porte-bonheur ont une probabilité de 17 % (1/6) d'être déclarés malchanceux, alors que ceux qui n'ont pas de porte-bonheur ont 42 % de chance d'être déclarés « malchanceux » au bout de 3 tests. En effet, 42 % c'est la probabilité de faire un 1 en lançant trois fois le dé (1-5×5×56×6×6).

C'est ainsi qu'en plein été, en testant tout le monde, les hôpitaux ont déclaré un vague d'hospitalisations Covid. C'est du jamais vu, et est directement la conséquence du pass sanitaire et des tests.



Le pass sanitaire permet également de moins tester les vaccinés, et d'introduire des biais dans les déclarations. Depuis cette date, la DREES et EPi-PHARE ont pu faire des études sans corriger ces biais, vantant l'efficacité vaccinale. Nous en avons analysé plusieurs sur la chaîne.

Il arrive même que l'on change la règle entre ceux qui ont des porte-bonheurs et ceux qui n'en ont pas : on choisit que ceux qui n'ont pas de porte bonheur sont positifs lorsqu'ils obtiennent un « I » ou un « 2 » alors que ceux qui ont un porte-bonheur ne sont toujours positifs qu'avec un « I ». C'est ce qu'il se passe lorsque le nombre de cycles permettant de conclure à la positivité d'un test RT-PCR change selon le statut vaccinal. On trouve alors une « efficacité » des porte-bonheurs puisqu'ils protègent d'avoir un test positif.

Le gouvernement propose également des protocoles pour accueillir différemment ceux qui n'ont pas de porte-bonheur, car ils sont considérés « à risque ». Le protocole veut qu'un patient avec porte-bonheur est renvoyé chez lui s'il n'est pas très malade, même s'il obtient un « l » sur son lancer de dé. À l'inverse un patient sans porte-bonheur est systématique gardé s'il obtient un « l », car chacun sait que la malchance va aggraver son état.

Cette situation est exactement ce que les Français ont vécu cet hiver pour la Covid-19. Elle est pleinement assumée par le Ministre de la Santé qui l'a annoncé fin décembre. Ce biais n'a pourtant été pris en compte par aucun organisme de statistiques.

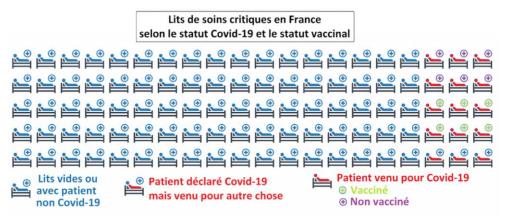
### Faux pass sanitaire : Olivier Véran demande aux malades de le dire





Le gouvernement décide de mener une grande campagne de communication pour blâmer ceux qui n'ont pas de portebonheur. Ils sont désignés comme étant responsables de l'engorgement des hôpitaux et de la maladie de ceux qui ont des porte-bonheur. En conséquence, certains médecins refusent de les recevoir et de les soigner. Beaucoup ont honte et restent seuls chez eux même lorsqu'ils tombent malades, contrairement à ceux qui ont des porte-bonheur qui eux, reçoivent toujours des soins. Résultats, ceux qui n'ont pas de porte-bonheur tombent gravement malades et finissent à l'hôpital. Ils sont alors en effet plus nombreux que ceux avec porte-bonheur à cause du non-soin.

C'est exactement ce que nous avons vécu cet hiver. Le gouvernement et la DREES ont tenté de faire croire à la saturation des hôpitaux par les non-vaccinés en publiant un communiqué de presse au titre volontairement trompeur « Neuf fois plus d'entrées en soins critiques parmi les personnes non vaccinées que parmi celles qui sont complètement vaccinées de 20 ans et plus ». Ce titre a été repris par toute la presse qui pensait y lire qu'en soins critiques, 9 patients sur 10 étaient non vaccinés. Il suffisait de lire plus en détail le communiqué pour savoir que les non-vaccinées représentaient 51 % des admissions en soins critiques et 44 % des admissions en hospitalisation conventionnelle, soit environ 1 sur 2. Au final, nous avions montré qu'en prenant en compte les 20 000 lits disponibles de soins critiques en France, les seulement 3 000 déclarés Covid, mais certains sans tests positifs ou venus pour autre chose, et le statut vaccinal des patients, tout cela diffusé dans les bases de données officielles de la DREES, les non-vaccinés malades de la Covid-19 représentaient en fait 6% des patients en soins critiques. Juste en choisissant les bonnes statistiques et en focalisant sur la Covid, il a été possible de faire peur avec rien.



Ainsi, avec toutes ces règles, parmi tous les malades venus à l'hôpital, beaucoup plus de personnes sans portebonheur sont déclarées « malades de malchance » que de personnes avec porte-bonheur. Les autorités concluent à la grande protection des porte-bonheurs contre le fait d'être « malade de malchance ». Ceux qui refusent les porte-bonheurs sont déclarés irresponsables d'engorger les hôpitaux. Personne ne regarde s'il y a plus de personnes malades ou de décédés parmi ceux qui n'ont pas de porte-bonheur. On ne regarde que ceux déclarés « malchanceux » parmi les malades ou les décédés.

Toutes les règles que je viens de citer sont des règles mises en application actuellement en France et dans tous les pays qui suivent les directives des cabinets de conseils. Toutes les données françaises enregistrées par le Ministère de la Santé sur les patients Covid-19 sont donc biaisées par le protocole mis en place. À l'heure actuelle, il n'existe aucune étude qui s'affranchisse de l'ensemble des biais cités. Statistiquement, il n'est donc pas possible d'affirmer, ni que les « tests malchances » ont le moindre rapport avec le fait d'être malade, ni que la « maladie malchance » est responsable d'une situation plus grave que d'habitude, ni que les porte-bonheurs qui sont obligatoires ont le moindre effet sur la santé. En revanche, les 3 ont un intérêt certain pour la prise de pouvoir totalitaire en cours et le plus grand braquage d'argent public jamais réalisé, et tout cela au profit des mêmes personnes.

Pierre LÉCOT Mondialisation.ca, 07 avril 2022

(Une version préliminaire avait été publiée sur Mondialisation.ca le 23 février 2022) La source originale de cet article est Décoder l'éco Copyright © Pierre Lécot, Décoder l'éco, 2022

## Absence d'impact de la vaccination sur le taux de décès Covid-19 aux USA

Cet article questionne l'efficacité de la vaccination sur la protection contre l'infection par le SARS-CoV-2, et démontre la supériorité de la protection offerte par un état de bonne santé générale. [Les deux graphiques manquent]

#### À RETENIR :

- Dans les 5 l États des USA, l'évolution de la Covid-19 en 202 l est mieux prédite par la dynamique des décès au cours de l'année 2020, où les vaccins n'étaient pas disponibles, que par les vagues de vaccination anticovid la même année
- Le taux et la dynamique de la vaccination ne permettent pas du tout de prédire les évolutions de la maladie
- Plusieurs facteurs de risque (ou de protection) sont plus importants que la dynamique de vaccination dans les États américains pour prédire l'évolution du taux de décès Covid-19
- La consommation de fruits et l'exercice sont 10 fois plus efficaces que la vaccination dans la protection contre le décès dû à la Covid-19

### Absence d'impact de la vaccination sur le taux de décès Covid-19 aux USA Objet de l'étude

L'article de V. Keddis, publié en preprint (i. e., pas encore relu par les pairs) au 1er mars 2022 [1], s'intéresse à déterminer l'impact de la vaccination anti-Covid-19 aux USA sur la mortalité Covid-19 et à comparer cet impact à celui de l'état de santé des populations exposées au virus. Cette approche est intéressante puisqu'elle vient compléter les données sur l'absence d'effet de la vaccination sur les taux de contamination d'une part (déjà présenté sur Réinfocovid [...]), et sur la sensibilité à la maladie liée à l'état de santé général des populations d'autre part (également présenté sur Réinfocovid ici).

#### Résultats de l'étude

Pour chacun des 51 États américains, l'auteur a utilisé les chiffres officiels caractérisant la diversité des populations de chaque État (State Population by Characteristics : 2010-2020) et le Behavioural Risk Factor Surveillance System (BRFSS) qui concerne l'état de santé des populations des différents États, les différentes pathologies présentes, l'utilisation des services de prévention, etc. Les données vaccinales sont celles fournies par le CDC (Center for Disease Control), organisme public qui gère le suivi des maladies aux USA. L'auteur a utilisé l'ensemble de ces données pour calculer les taux de mortalité en fonction de différentes causes, par classes d'âges, ainsi qu'en fonction des taux de vaccination associés à la dynamique de vaccination. La notion de dynamique de vaccination vient compléter le taux de vaccination habituellement utilisé. La dynamique de vaccination est la somme du « poids » des injections par jour (que ce soit l'ère dose, 2nde dose, booster...), le « poids » de la vaccination journalière étant le pourcentage de la population vaccinée ce jour multiplié par le nombre de jours restant jusqu'au 31 décembre 2021. En effet, on comprend facilement que si un vaccin est efficace et si une population se fait vacciner très rapidement, par exemple en I mois, l'effet protecteur du vaccin sera plus rapidement atteint que si la population met I an pour arriver à ce même taux. Pour illustrer ce point, on peut comparer les deux États ou les dynamiques sont les plus différentes : l'Alabama, avec une dynamique de 281, et le Vermont, avec une dynamique de 481, soit 70 % de plus. Leurs taux de vaccinations au 31 décembre 2021 sont en revanche similaires : 53,3 % et 56,9 %, soit une différence de 3,6 %. On s'attend donc à ce que la population du Vermont soit mieux protégée que celle de l'Alabama

Le tableau suivant présente les corrélations entre les taux de décès pour plusieurs pathologies en fonction des facteurs de risque ou de bonne santé pour les trois derniers : exercice physique, consommation de légumes, consommation de fruits pour l'année 2021. Une corrélation de I (ou de -I) est le maximum (minimum) possible. Une corrélation de 0 indique qu'il n'y a aucun rapport entre la maladie et l'état de santé indiqué. Un chiffre élevé et positif indique ici un facteur facilitant la pathologie d'autant plus qu'il est éloigné de zéro, alors qu'un chiffre négatif indique ici un effet protecteur d'autant plus marqué que le chiffre est éloigné de zéro. Les chiffres en rouge indiquent que la corrélation est statistiquement significative (p<0,05).

On voit comme attendu que quelqu'un à la santé déjà fragile pour plus de 2 semaines (Physical Heath not Well 14+ Days) ou qu'une personne obèse (BMI 30+) ont des corrélations élevées (0,73 et 0,64

respectivement) avec les taux de décès Covid-19 (colonne I : décès impliquant Covid-19 et possiblement pneumonie). Inversement, consommer des fruits protège de façon notable contre le risque de décès Covid-19 (-0,75).

L'auteur s'intéresse également à l'association taux et dynamique de vaccination d'une part et évolution du taux de mortalité Covid-19 d'autre part. Après ajustement des données en fonction des classes d'âge, il sépare les 51 États américains en deux groupes : les 31 États pour lesquels le taux de décès Covid-19 a augmenté, et les 20 autres pour lesquels le taux de décès Covid-19 a diminué pendant la période couverte par cette étude, du 14 décembre 2020 au 31 janvier 2022.

Pour les 31 États ayant eu un taux de décès en augmentation, les analyses statistiques démontrent que cette augmentation de mortalité est sans rapport avec la dynamique de vaccination. On considère un lien statistique significatif lorsque le facteur p est inférieur à 0,05. Ici, p=0,88.

Pour les 20 États ayant eu un taux de décès en baisse, les analyses statistiques démontrent que cette baisse de mortalité est sans rapport avec la dynamique de vaccination. Ici, p=0,05, avec un coefficient de corrélation de 0,15, très loin du 1 indiquant une corrélation parfaite.

Enfin, l'auteur établit pour les USA l'importance relative de la vaccination par rapport aux différents facteurs de santé en ce qui concerne les taux de décès Covid-19 :

Il apparaît que l'importance relative de la vaccination est dans le meilleur des cas comparable à l'importance du facteur de santé considéré (Mauvaise santé générale >14j), et généralement moindre, voire écrasée, par l'importance du facteur de santé considéré : « Obésité », avec une importance relative dans le taux de décès 9,66 fois plus forte que la protection amenée par la vaccination, et la protection due à « Exercice et fruits » qui est 10,14 fois plus importante que celle de la vaccination.

#### Conclusion

Ces travaux, grâce à une nouvelle approche de calcul, confirment les résultats précédemment obtenus et déjà présentés sur Réinfocovid ici (https://reinfocovid.fr/science/la-vaccination-na-aucun-effet-sur-les-taux-dincidence-en-france/), [...], qui questionnent l'efficacité de la vaccination sur la protection contre l'infection par le SARS-CoV-2, et qui démontrent la supériorité de la protection offerte par un état de bonne santé générale. Ceci est particulièrement important pour différentes raisons :

- I- Il est clair aujourd'hui que l'efficacité des injections vaccinales disparaît au fil du temps ainsi qu'au fil de l'évolution des séquences du SARS-CoV-2. Ceci questionne de plus en plus le bien fondé des dérives sanitaires observées dans de nombreux pays, dérives autoritaires présentées comme nécessaires au bien-être des populations. En effet, la seule solution sanitaire aurait été ces injections vaccinales coûteuses tant financièrement qu'en ressources humaines et qu'en confiance d'une partie non négligeable de la population pour ses gouvernants ;
- 2- La notion du « quoi qu'il en coûte » sanitaire est fort généreuse. La bonne nouvelle est que nous savons désormais que ces efforts financiers seront beaucoup plus efficaces en les ciblant sur la prévention sanitaire générale de la population afin de limiter la sédentarité et la malbouffe [2]. Les traitements médicamenteux expérimentaux, s'ils s'avéraient encore nécessaires en compléments des molécules repositionnées dont l'efficacité est de plus en plus démontrée [3], seraient restreints aux populations à risques : personnes porteuses de comorbidités et/ou âgées.

REINFOCOVID, 03/04/2022

#### Références

[1] V. Keddis, «The relative impact of vaccination momentum on Covid-19 rates of death in the USA in 2020/2021. The forgotten role of population wellness», Public and Global Health, preprint, Mar. 2022. doi: 10.1101/2022.03.01.22271721.

[2] https://reinfocovid.fr/science/peut-on-se-donner-plus-de-moyens-pour-resister-aux-virus/

[3] I. Efimenko, S. Nackeeran, S. Jabori, J. A. G. Zamora, S. Danker, and D. Singh, «Treatment with Ivermectin Is Associated with Decreased Mortality in Covid-19 Patients: Analysis of a National Federated Database», *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 116, p. S40, Mar. 2022, doi: 10.1016/j.ijid.2021.12.096.

https://reinfocovid.fr/science/absence-dimpact-de-la-vaccination-sur-le-taux-de-deces-covid-19-aux-usa/

# Coup de théâtre : l'OMS reconnaît officiellement que ses gros chiffres sur la mortalité Covid étaient faux



© Denis Balibouse | Reuters

Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), s'exprime lors d'une conférence de presse à Genève, en Suisse, le 20 décembre 2021.

Interrogés par la revue scientifique *Nature*, des experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaissent officiellement s'être trompés dans leurs chiffres liés à la mortalité Covid

L'OMS reconnaît s'être plantée dans ses chiffres sur la mortalité liée au Covid. En effet, en mai dernier, l'Organisation Mondiale de la Santé avait publié de nouveaux chiffres estimant que près de 15 millions de personnes avaient été tuées par le virus lors de la pandémie à Coronavirus.

Plus de trois semaines plus tard, un article de la revue scientifique *Nature* révèle que l'organisation reconnaît s'être trompée sur plusieurs pays, dont l'Allemagne et l'Inde. Concernant l'Allemagne, par exemple, l'OMS estimait le nombre de morts dans ce pays à 233 sur 100 000 habitants, soit plus que la France qui, d'après l'OMS, n'a enregistré que 125 décès sur 100 000 habitants. Des chiffres totalement faux qui ont immédiatement été contestés par les scientifiques de l'organisation.

« Immédiatement, nous nous sommes rendus compte qu'il y avait un problème », réagit Jon Wakefield, expert en statistiques à l'Université de Washington aux États-Unis et cadre chez l'OMS. L'Inde respire. Il faut dire que tout juste après la publication des données de l'OMS, le gouvernement indien avait fait part de sa grosse déception, qualifiant les chiffres de l'OMS faux.

Et pour cause. L'OMS comptabilisait 4,7 millions de morts dus au Covid dans ce pays (Inde), soit 10 fois plus que les chiffres officiels présentés par le gouvernement de Modi. Plus de deux semaines plus tard, l'Inde est soulagé. Car, l'OMS reconnaît en effet que ses estimations étaient erronées. « Nous voulons supprimer rapidement parce que c'est faux. Nous devons le corriger », reconnaît Wakefield interrogé par la revue scientifique Nature.

L'affaire est d'autant plus embarrassante que la revue Nature souligne que les chiffres concernant plusieurs autres pays étaient erronés.

Sur les réseaux sociaux, les réactions à ce mea-culpa ont été nombreuses

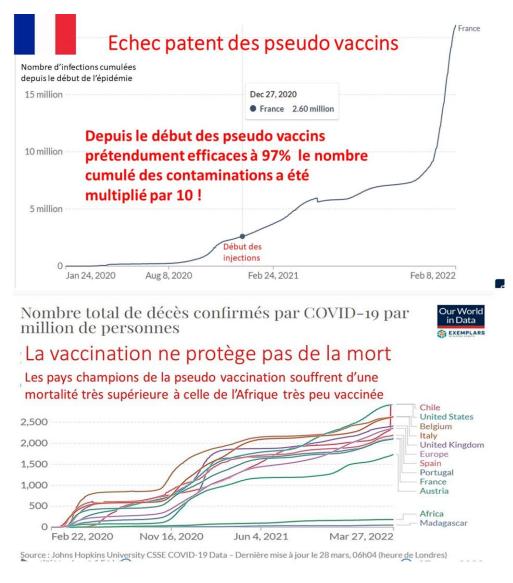
Cheikh DIENG (lecourrier-du-soir.com), 8 juin 2022 (Sott.net)

## Péril imminent : vax obligatoire si E. Macron est reconduit

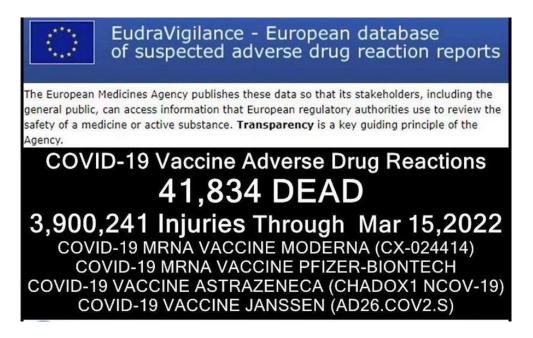
Attention le bilan sanitaire d'E. M. est désastreux [1], mais s'il repasse, il veut tous nous « vacciner »! Et il le dit, de même que V. Pécresse.

Il est urgent de sauver notre avenir et particulièrement nos enfants que le président et son clone V. Pécresse mettraient en danger par leur projet persistant de vouloir élargir l'obligation vaccinale à tous, y compris aux petits.

Nous avons déjà démontré, ainsi que de célèbres collègues à nouveau lors du sommet international de Marseille et de Massy[2], que l'injection expérimentale est inefficace et ne protège ni des contaminations, ni de la mort [3],



Nous avons avec tant d'autres tenté de sensibiliser les citoyens contre les dangers précoces, à moyen terme et inconnus à long terme des injections expérimentales dont les essais ne seront pas terminés avant 2023.



Nous tenons ici à quelques jours du vote crucial à attirer une nouvelle fois votre attention sur le risque d'un renouvellement de l'équipe actuelle ou de son clone avec V. Pécresse. Le pass n'a été suspendu que le temps des élections, mais le processus d'obligation vaccinale se poursuit dans le même temps à l'Union Européenne par la tentative d'imposer un pass européen à court terme. [4]

IL FAUT PROTÉGER VOS ENFANTS QUI NE RISQUENT RIEN DU SARS COV2 ET ILS VEULENT LES VACCINER AVEC DES TRACTS MENSONGERS ET DES RÉCOMPENSES !



Quelle honte de diffuser ces flyers en accès libre à tous pour convaincre les enfants de se laisser transformer en cobayes à vie en osant écrire que les vaccins sont sûrs et efficaces et adaptés aux enfants par exemple. Et ils seraient évacués en quelques jours comme tous les vaccins. Quel toupet d'écrire sur des documents officiels de telles contre-vérités.

Une nouvelle fois nous découvrons à quoi sert l'argent de nos impôts et à quoi servent les ARS, ces bras armés du pouvoir pour faire accepter la dictature sanitaire, agences régionales de santé mises en place par R. Bachelot en 2008, élargissant le périmètre de pouvoir des agences régionales de l'hospitalisation instituées par A Juppé en 1998 avec le début de la fin de notre système de santé déjà bien attaqué depuis Giscard et Mitterrand.

Il faudra informer les candidats députés de l'impérative nécessité de supprimer cette bureaucratie autoritaire et ruineuse. [5]

REFUSONS L'UKASE DES VAX OBLIGATOIRES ET VOTONS CONTRE TOUS LES CANDIDATS QUI NE SERAIENT PAS ASSEZ CLAIRS SUR CE SUJET!







Dre Nicole DELÉPINE Mondialisation.ca, 06 avril 2022

#### Notes:

- [1] https://nouveau-monde.ca/le-bilan-de-la-politique-sanitaire-du-quinquennat-de-macron-est-desastreux/
- [2] L'International covid summit à l'IHU de Marseille : « C'était important de se rassembler » (francesoir.fr)
- [3] https://nouveau-monde.ca/les-vaccins-augmentent-ils-le-risque-de-contamination-et-de-mort-par-covid19-confirmation-un-an-plus-tard/
- [4] L'ancienne diplomate européenne Iveta Sulca met en garde contre l'agenda de vaccination de Bruxelles 29/03/2022

Projet de loi sur le laissez-passer de vaccination qui sera adopté début avril ou mai Dans toute l'UE, plus de 100 000 personnes ont déjà signé une pétition contre le projet de loi. Mais selon Sulca, il y en a encore trop peu de signataires À l'avenir, seuls ceux qui ont été vaccinés plusieurs fois devraient pouvoir vivre normalement dans toute l'UE. La folie de la vaccination ne s'arrêtera probablement jamais à moins que cet agenda de l'oligarchie bruxelloise ne soit arrêté. Sulca rend également compte du régime de vaccination brutal en Lettonie. Les personnes non vaccinées sont licenciées en masse et discriminées partout. En Lettonie également, le virus corona relativement inoffensif n'a jamais conduit à une véritable urgence.

Vous pouvez commenter le projet de loi ici :

https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/13375-extension-of-the-regulation-about-the-digital -certificat-COVID-der-EU\_de

[5] https://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/la-bureaucratie-etouffe-le-systeme-205363 Et

Santé et argent magique. Le Hold up de la médecine par la bureaucratie au service de la finance. Le rôle des ARS – AgoraVox le média citoyen

La source originale de cet article est nouveau-monde.ca Copyright © Dre Nicole Delépine, nouveau-monde.ca, 2022

#### À propos :

Nicole Delépine : pédiatre, cancérologue, ancienne chef de service de cancérologie pédiatrique à l'hôpital R Poincaré Garches APHP France. Site www.docteurnicoledelepine.fr et site ametist.org pour la défense des enfants atteints de cancer

## Covid-19: forte hausse des problèmes cardiaques en Israël, pendant la campagne vaccinale

Une étude publiée dans la prestigieuse revue scientifique Nature fait état d'une augmentation de 25 % des appels médicaux d'urgence passés suite à des arrêts cardiaques ou des syndromes coronariens aigus, survenus dans la population israélienne âgée de 16 à 39 ans. Cette hausse, détectée entre janvier et mai 2021, ne serait pas associée aux seuls taux d'infection par le Covid-19, mais pourrait être liée aux deux doses de vaccins administrées à ce groupe d'âge.

#### Évolution des appels médicaux d'urgence suite à des problèmes cardiaques

Pour mettre en évidence les facteurs de l'augmentation des problèmes cardiaques, les auteurs de cette étude rétrospective, basée sur la population israélienne, exploitent le système de données IEMS (Israel Emergency Medical Service) et analysent tous les appels liés à des arrêts cardiaques ou à des syndromes coronariens aigus sur deux ans et demi, du ler janvier 2019 au 20 juin 2021.

La période de l'étude s'étend sur 14 mois de « période normale » avant la crise du Covid-19 (du 1er janvier 2019 au 28 février 2020), sur dix mois de « période de pandémie » avec les deux vagues successives (du 1er mars 2020 au 31 décembre 2020), et enfin sur six mois de « période pandémique et de vaccination » (du 1er janvier 2021 au 20 juin 2021).

Dans le détail, les résultats mettent en évidence une augmentation de plus de 25 % des appels pour des arrêts cardiaques (25,7 %) et des syndromes coronariens aigus (26,0 %) pour les patients âgés de 16 à 39 ans entre janvier et mai 2021, par rapport à la même période en 2020. Il est intéressant de noter que pour les arrêts cardiaques, aucune différence statistiquement significative n'existe dans le volume d'appels respectif sur l'ensemble de l'année (de janvier à décembre) de 2019 à 2020 (diminution relative de 2,4 %), avant le déploiement de la vaccination, qui a eu lieu en même temps que la troisième vague de Covid-19, c'est-à-dire entre janvier et juin 2021.

#### Les facteurs associés à la hausse des problèmes cardiaques

Des effets indésirables cardiovasculaires tels que la coagulation sanguine (par exemple, la thrombose coronaire), le syndrome coronarien aigu, l'arrêt cardiaque et la myocardite ont été identifiés comme des conséquences de l'infection par Covid-19.

Cependant, l'infection pourrait ne pas être la seule cause de ces événements indésirables. En effet, lorsqu'on reprend les données issues des systèmes de surveillance réglementaire et d'auto-déclaration, notamment celles du Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) aux États-Unis, du Yellow Card System au Royaume-Uni ou encore de EudraVigilance en Europe, on constate que ces systèmes associent des effets secondaires cardiovasculaires similaires à un certain nombre de vaccins contre le Covid-19 actuellement utilisés.

Il est néanmoins important de ne jamais oublier que lorsqu'un effet secondaire est reporté dans une base de données comme le VAERS ou EudraVigilance, cela signifie qu'il existe un soupçon d'événement indésirable sur lequel il faudrait faire toute la lumière pour établir si oui ou non il existe un lien de causalité entre les deux événements.

Plus récemment, plusieurs études ont établi une relation causale probable entre les vaccins à ARN messager ainsi que les vaccins à adénovirus et la myocardite, principalement chez les enfants, les jeunes et les adultes d'âge moyen. L'étude du ministère de la Santé d'Israël, pays dont le taux de vaccination est l'un des plus élevés au monde, évalue le risque de myocardite après l'administration de la 2e dose de vaccin, comprise entre I sur 3 000 à I sur 6 000 chez les hommes âgés de I6 à 24 ans et comprise entre I sur I20 000 chez les hommes de moins de 30 ans. Une étude de suivi menée par le Centre américain de contrôle des maladies (CDC) sur la base du système d'autodéclaration VAERS, confirme également ces résultats. Le CDC a récemment publié un avertissement concernant un risque de myocardite lié à la vaccination, mais a maintenu sa recommandation de vacciner les jeunes individus et les enfants de plus de I2 ans. Des préoccupations similaires sont reflétées pour le vaccin Pfizer dans la récente approbation par la Food and Drug Administration, qui exige plusieurs études de suivi sur les effets à court et à long terme de la myocardite chez les jeunes individus.

L'étude ne remet pas pour autant en question les avantages de la vaccination contre le Covid-19, en particulier pour les populations à haut risque de développer des maladies graves et possiblement mortelles, mais souligne l'importance d'en comprendre les risques potentiels.

Pour le syndrome coronarien aigu, les auteurs notent une augmentation pendant l'année 2020 de 15,8 %, suivie d'une augmentation plus importante encore durant les six premiers mois de l'année 2021, marqués par la troisième vague de Covid-19 et le déploiement de la vaccination.

#### L'évaluation du lien entre les maladies cardiovasculaires et les vaccins

L'évaluation du lien entre une vaccination et un événement indésirable est toujours compliquée. Tout d'abord, les systèmes d'auto-déclaration des événements indésirables sont connus pour présenter un biais d'auto-déclaration et des problèmes de sous-déclaration et de sur-déclaration. Même l'étude israélienne, qui repose sur une collecte de données plus proactive, mentionne que certains des cas potentiellement pertinents n'ont pas fait l'objet d'une enquête complète.

Si l'on prend le cas des lésions myocardiques, elles peuvent être prévalentes chez les patients infectés par le Covid-19. Or dans la plupart des pays, le déploiement des vaccins s'est fait dans un contexte épidémique ; en Israël, au moment de la troisième vague. À partir de là, il devient plus compliqué de déterminer si l'augmentation de l'incidence de la myocardite et des affections cardiovasculaires connexes comme les arrêts cardiaques et le syndrome coronarien aigu, sont dues aux infections par le Covid-19 ou induites par les vaccins contre le Covid-19.

L'étude évoque également la possibilité d'autres raisons, plus indirectes, comme le retard dans la prise en charge des patients à aller consulter par crainte de la pandémie.

L'autre raison tient à la nature de la myocardite, qui reste une pathologie particulièrement insidieuse. Selon les auteurs de l'étude, une vaste littérature met en évidence des cas asymptomatiques de myocardite, souvent sous-diagnostiqués, ainsi que des cas dans lesquels la myocardite peut éventuellement être diagnostiquée à tort comme un syndrome coronarien aigu. De plus, plusieurs études exhaustives démontrent que la myocardite est une cause majeure de décès soudains et inattendus chez les adultes de moins de 40 ans, et évaluent qu'elle est responsable de 12 à 20 % de ces décès. Il est donc plausible de craindre que l'augmentation des taux de myocardite chez les jeunes entraîne une augmentation d'autres événements cardiovasculaires indésirables graves, tels que les arrêts cardiaques et les syndromes coronariens aigus.

Si le lien entre un événement indésirable et une vaccination reste toujours difficile à prouver sur un individu particulier, l'augmentation significative du nombre de personnes jeunes souffrant de problèmes cardiaques depuis la campagne de vaccination, apporte des éléments de preuves qui ne peuvent plus être ignorés. Du fait de leur administration à des personnes majoritairement en bonne santé, l'innocuité des vaccins devrait être un impératif majeur. La multiplication des études sur les événements indésirables potentiellement liés à la vaccination devrait amener de plus en plus de chercheurs à s'interroger dans l'implication de ces vaccins dans toutes les réactions secondaires.

FRANCESOIR, publié le 17/05/2022

## Préface de J.D. Michel au livre « Le débat interdit »

Il est des enthousiasmes qu'il importe de ne pas voiler, que ce soit par fausse pudeur ou par posture. Le livre que vous tenez entre les mains m'a procuré l'éclairement le plus magistral et le plus délectable que j'aie vécu depuis le début de la « pandémie ». À partir de mon propre domaine (qui étudie la santé dans ses différentes dimensions), j'avais d'emblée repéré, avec bien d'autres, une somme suspecte d'anomalies dans les réponses « sanitaires » à ce qui était – et aurait dû rester – une épidémie relativement banale, et somme toute peu compliquée à gérer.



Le ou la Covid s'est révélé d'une létalité relative, ne présentant un danger (sauf exception) que pour les personnes en toute fin de vie ou atteintes de comorbidités graves. On sait par ailleurs que la règle de base pour faire face à une épidémie est de laisser la société fonctionner le plus normalement possible, tout en protégeant les groupes de personnes à risque et en confiant au « premier rideau » des médecins généralistes le soin de traiter et d'accompagner les malades – fût-ce avec les moyens du bord.

Il apparut assez rapidement que les anomalies constatées ne pouvaient trouver leur seule explication dans la médiocrité ambiante. Celle-ci alterne en effet le « pas mal » et le « pas bien » avec une morne constance. Ce n'est pas son registre que de faire systématiquement faux ni de produire de monstrueux contresens. Les réponses sanitaires face au Covid ont constitué le parfait « contraire » des connaissances accumulées, ainsi que des bonnes stratégies en santé publique. Avec un autre motif stupéfiant : celui d'un simulacre collectif au sein duquel les élites (politique, médicale, scientifique, médiatique) ont continuellement rationalisé des décisions délirantes, allant jusqu'à faire croire qu'un fiasco sanitaire et sociétal constituait en réalité une réussite.

Parvenir à faire passer un fatras d'absurdités abusives et délétères pour une politique utile, nécessaire et raisonnable était en effet intriguant... Si la gravité de la corruption systémique en santé est une évidence connue de longue date (sans que l'on ait cherché à corriger cet état de fait qui s'est aggravé au cours des dernières décennies), il faut voir plus loin que ce motif pourtant aussi saillant que hideux.

Comme elle le fait régulièrement, l'industrie pharmaco-vaccinale a bel et bien œuvré au long de cette crise pour torpiller sans états d'âme les traitements précoces peu onéreux, issus du repositionnement de remèdes connus, qui étaient prometteurs ou – pire – efficaces. En isolant les malades, en les privant de soins, en laissant ceux qui étaient à risque s'aggraver jusqu'à ce qu'il soit, le cas échéant, nécessaire de les hospitaliser en catastrophe, cette politique sanitaire « contraire » a optimisé les perspectives lucratives de remèdes inefficaces – au prix de nombreuses vies. Et surtout celles d'une campagne de « vaccination » mondiale professée d'emblée comme étant la seule « planche de salut » face au « mal absolu » du « virus tueur ». Avec au passage un drôle de vaccin, radicalement différent de ceux employés jusqu'à ce jour, en réalité injection génique expérimentale à visée immunogène aux risques inévitablement inconnus.

Dans cette course au salut génique, on observa de bien troubles motifs. Comme celui d'une science non seulement achetée (comme c'est souvent le cas), mais devenue même franchement délirante puisque découplée du réel. Que l'épidémiologiste-fou, multirécidiviste dans l'erreur outrancière, le Pr Neil Ferguson soit tenu pour autorité ultime avec ses modélisations abracadabrantesques avait déjà de quoi choquer. Un peu comme si l'on confiait le pilotage de l'économie à un homme d'affaires qui aurait fait faillite sur faillite

tout au long de sa vie sans jamais connaître le succès. Ou qu'on considérât comme le plus grand athlète de tous les temps un sportif n'ayant jamais rien gagné.

La comparaison peut sembler cruelle, c'est pourtant exactement ce qui s'est passé. Avec, dans le rôle de prophète de malheur, ce « titan » du ratage tenu pour oracle par les gouvernants. Il entraîna dans son sillage l'émergence d'une cohorte de suiveurs révérés eux aussi aveuglément, malgré la semblable fausseté systématique de leurs élucubrations. Ce délire au long cours n'a jamais été altéré ni ralenti par la confrontation avec la réalité. Les vaccins géniques, présentés *ab initio* comme « sûrs et efficaces », se sont-ils révélés progressivement inefficaces et franchement dangereux ? L'analyse des confinements confirmait-elle leur radicale inutilité, accessoirement connue depuis deux siècles ? Les recherches menées prétendument pour évaluer objectivement l'effet de remèdes prometteurs étaient-elles systématiquement conçues ou conduites de manière malhonnête ? Les pays préconisant les traitements précoces obtenaient-ils systématiquement une extinction rapide des poussées épidémiques ?

Les « études » et « données » brandies par les « conseils scientifiques » autorisés étaient-elles au mieux des malfaçons et au pire des falsifications (comme l'un des auteurs de cet ouvrage l'a démontré avec *brio*) ? Les arguments en faveur du « pass sanitaire » (éthiquement irrecevables) se dissolvaient-ils devant la contagiosité intacte des injectés ?

Rien de tout cela ne signifia jamais quoi que ce soit aux yeux des décideurs. Il devenait de plus en plus évident que nous étions confrontés à bien autre chose qu'une crise sanitaire, avec les apparences d'un phénomène totalitaire, c'est-à-dire envahissant et reconfigurant toutes les facettes et dimensions de nos sociétés vers une domination totale de la vie des citoyens. Accompagné d'un effondrement, observable, et généralisé, de nos principaux repères civilisationnels – qu'ils soient médicaux, scientifiques, épistémologiques, médiatiques, politiques, juridiques, éducatifs, économiques, éthiques, philosophiques ou même spirituels : « se soumettre à une injection génique expérimentale aux risques inconnus, imposée par le chantage et la contrainte et ne prévenant aucunement la contagion, est un acte d'amour ».

On constata aussi une prise en otage du langage, novlanguisé avec une intensité rendant un somptueux hommage posthume à George Orwell : la science malhonnête et falsifiée devenue « vérité », le fait de priver les malades de soins défini comme une « médecine scientifique basée sur les preuves », la contestation critique et étayée des politiques insensées qualifiée de « complotisme », les meilleurs spécialistes dans leurs domaines traités de « charlatans », des inconnus n'ayant à peu près rien accompli d'intéressant et ânonnant de malveillantes inepties sur les plateaux télé transformés en « experts scientifiques ». Enfin, une injection génique expérimentale, muta, par la seule magie du langage, en « vaccin sûr et efficace » devant être imposé (par altruisme et à leurs risques et périls) aux réfractaires, forcément égoïstes et « ennemis de la démocratie ». Tout ceci dans un grand *crescendo* de l'agressivité sociétale suivant à pas cadencés celle impulsée martialement par des autorités de plus en plus abusives et brutales.

Ces phénomènes, l'anthropologie a appris à les penser au cours du temps. Les sociétés ont elles aussi leur inconscient et leurs propres pathologies. La violence mimétique est à la source de toute organisation sociale, alors que les déferlements totalitaires ont été récurrents au cours de l'Histoire moderne. Nous savions aussi que nous étions engagés (selon la judicieuse expression de Michel Serres) dans un « changement de monde », un de ces moments rares de l'Histoire au cours desquels l'ensemble des systèmes sociaux sont rebattus de fond en comble en l'espace de seulement quelques années. Nous connaissions aussi l'effondrement en cours (décrit par Michel Maffesoli en particulier) de la pensée moderne avec ses principes fantasmatiques de rationalité, d'utilité et d'individualité. Nous sentions que, dans le désarroi d'une époque brusquement virtualisée, hors-sol et de plus en plus déréalisée, l'abrutissement produit par l'excès des technologies du numérique et une obsession gestionnaire historiquement héritée du nazisme, engendrait de nouvelles formes d'aliénation. Albert Jacquard nous avait mis en garde au début des années 1990 : « Nous sommes en train, disait-il, de créer un monde dangereux. L'emphase généralisé sur la compétition procure un avantage aux profils les plus ambitieux comme aux plus conformes. »

La crise « sanitaire » est évidemment le symptôme de la déliquescence de notre civilisation. Comme une supernova sur le point de s'effondrer sur elle-même, la modernité flamboie tous azimuts en dardant ses rayons destructeurs. Qu'une mentalité aussi marquée par le refoulement s'effondre aujourd'hui dans une débauche de pulsionnalité débridée, de cynisme ainsi que d'exhibitionnisme crapuleux de la part de nos « élites » ne devrait au fond guère nous surprendre. Le refoulé fait toujours retour avec une intensité proportionnelle à son évitement.

L'ouvrage d'Ariane Bilheran et Vincent Pavan est somptueux d'intelligence. Mettant à profit ce qui constitue à mes yeux le meilleur de leurs disciplines, la docteure en psychopathologie et le mathématicien-chercheur

dénudent et dissèquent la « bête de l'événement » annoncée avec une jouissive ambiguïté par Emmanuel Macron le 14 avril 2020.

Leur travail est en quelque sorte symphonique, mobilisant les différents instruments et registres de la compréhension. Les auteurs visitent avec fulgurance et une généreuse rigueur l'idiosyncrasie de la dérive en cours et ce qu'elle dit de notre monde. Psychologie, mathématiques, épistémologie, logique, philosophie, sciences sociales, histoire, sociologie des religions, linguistique, philologie, sémantique sont mises au service de l'analyse, qui dévoile les fondements du déferlement totalitaire dans lequel nous sommes emportés et désormais forclos au sens juridique : dépouillés des droits que nous avions.

Le tout lève le voile de manière saisissante sur ce que nous avions encore imparfaitement perçu. J'ai embarqué dans ce livre comme on monte à bord d'un navire après un long chemin pour arriver au port. Un navire ouvrant sur un autre voyage, permettant de contempler le paysage depuis le grand large, dans une vision d'ensemble plus vaste. Je garde des aventures intellectuelles du jeune âge adulte (ces années de développement et de construction) le souvenir émerveillé de la confrontation à ces phares qu'ont été pour moi les livres de Gaston Bachelard, Gilbert Durand ou Michel Maffesoli. La part d'effort à fournir pour entrer et progresser dans une matière qui forcément n'est pas simple est en retour immédiatement récompensée par l'éclairement engendré.

On se sent alors, avec une évidente jubilation, devenir plus intelligent à chaque page, pendant que se déposent en nous des compréhensions qui nous façonnent et nous aident à grandir, et qui, dans cette communion avec les auteurs, nous relient à travers eux à des générations de penseurs. L'enthousiasmante aventure que j'ai vécue à la lecture de ce texte aura été de cet ordre. « Nous avons le droit d'être intelligents » a professé de manière récurrente et à voix haute un des héros de l'épopée tragique en cours. « Il est urgent et même crucial de l'être » pourrions-nous ajouter pendant que nos gouvernements nous embarquent dans une course folle vers un nouvel abîme, celui du transhumanisme, qui n'est jamais – ne soyons pas dupes – qu'un nouvel avatar du fascisme.

Seule l'intelligence, celle de la rationalité sensible (et non le faux-semblant du rationalisme morbide selon la judicieuse distinction proposée par Maffesoli), l'intelligence du vivant, l'intelligence du plus-grand-que-nous, l'intelligence de la créature que nous sommes peut nous conduire à bon port. Le transhumanisme n'est au fond rien d'autre que le rejet mortifère et délirant de notre réalité de créature. Nous sommes nés sans l'avoir choisi au sein d'une espèce et dans un univers mystérieux, que nous n'avons pas créé. Le tragique de la condition humaine, marquée par l'expérience incontournable de la souffrance et de la finitude, est le cauchemar des transhumanistes comme de tous les délirants. Alors que c'est forcément dans l'humus de notre vulnérabilité et de notre petitesse que réside notre vraie grandeur. La seule richesse qui tienne est celle de notre radicale pauvreté existentielle.

« Qu'est-ce que la vie ? C'est l'éclat d'une luciole dans la nuit. C'est le souffle d'un bison en hiver. C'est la petite ombre qui court dans l'herbe et se perd au coucher du soleil. »

L'accepter, l'accueillir et même s'en réjouir, voilà la voie pour créer un monde qui, selon la parole du mystique catholique Maurice Zundel, soit enfin à la mesure de la valeur de dignité infinie déposée au cœur de chaque être humain. La « crise sanitaire » apparaît bien comme la révélation (« apocalypse ») des scories déshumanisantes de la modernité et du transhumanisme. Ainsi que le contre-exemple presque parfait de ce à quoi aspire notre dignité. Sacrée boussole qui nous est donnée en négatif, indiquant le chemin vers notre humanité et la vraie vie. Lesquelles, proposait Zundel, restent « en devant de nous ».

Jean-Dominique MICHEL, anthropologue de la santé.

Ariane Bilheran

15 avril 2022

https://fr.sott.net/article/39840-Preface-de-J-D-Michel-au-livre-Le-debat-interdit

## La réponse salée de l'IHU au rapport de l'ANSM, suite à la mise en cause de ses recherches



L'IHU Méditerranée Infection, en novembre 2021. Never Valeriano / FranceSoir

L'IHU Méditerranée Infection, mis en cause sur ses recherches, fait l'objet d'attaques judiciaires et médiatiques régulières, qui n'apparaissent pas toujours obéir à des seuls questionnements légitimes, pour dire le moins. On lui reprochait notamment l'administration des traitements sur la tuberculose qui n'auraient pas respecté les procédures. Dans une lettre en date du 2 février, en réponse au rapport préliminaire d'inspection de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament), son directeur Didier Raoult et le chef de pôle « Maladies infectieuses » Philippe Brouqui répondent. Ils s'expliquent sur ce qui leur est reproché, et ripostent à ce qui leur semble être une vendetta institutionnelle, non exempte d'errements éthiques.

Nous nous la sommes procurée : en introduction, ils soulignent que « collectivement nous sommes très heureux de constater que les différentes attaques concernant l'IHU Méditerranée Infection sur des traitements sauvages de la tuberculose se sont éteintes », avant de rappeler en préambule que la « personne morale » responsable est bien l'Assistance Publique (AP-HM), une confusion ayant pu être provoquée par le statut particulier de l'IHU.

Relevant que le climat résulte d'une « agressivité jusqu'alors inconnue d'un Directeur Général de l'Assistance Publique contre l'Institut et le pôle », alors que, bénéficiaire et autonome, il constitue « une anomalie dans un CHU » surendetté, les auteurs cinglent : « Dans un monde sensé, les inspections se feraient pour importer les méthodes de gestion des meilleurs vers les pires et non l'inverse ». Une affirmation qui fait écho aux propos tenus par Didier Raoult dans plusieurs de ses interventions des derniers mois.

Les auteurs rappellent que les articles de Médiapart ont utilisé « des documents confidentiels, transmis, sans l'autorisation du malade, pris dans un service de l'AP-HM hébergé dans l'IHU, en les interprétant de manière fallacieuse », et qu'une « plainte est déposée à ce sujet ». Idem pour l'accusation d'essais illicite, voire « sauvages », termes employés par François Crémieux, directeur général de l'AP-HM, dans la presse et une newsletter.

Passons sur les vexations personnelles, à travers ce dossier, on touche à une querelle institutionnelle : « Le problème de fond, qui n'est pas abordé dans ce rapport, est le principe même de l'existence des IHU qui sont des établissements financés par la recherche, dont le but est de réaliser de la recherche, et dans le cas de l'IHU Méditerranée Infection en particulier, de la recherche clinique, ce qui a été rendu totalement impossible par la Direction de la Recherche actuellement en charge de ce problème », regrettent les auteurs. Une querelle qui a même été jusqu'à dévoiler des dossiers médicaux dans la presse : « La conclusion la plus importante est qu'il n'y a jamais eu d'essai sauvage réalisé, que, personnellement, Didier Raoult, je n'ai jamais soigné de patients atteints de la tuberculose depuis plus de 20 ans, et que les traitements qui sont donnés sont tous des traitements soit recommandés par l'OMS dans les tuberculoses résistantes comme la Clofazimine, soit bénéficiant d'une AMM pour les infections à bactéries sensibles. Cette tempête dans un verre d'eau reflète simplement la malveillance dont la Direction actuelle fait preuve.

Nous espérons que la CNIL ou la justice, qui ont été saisies, se pencheront sur le véritable drame de cette affaire qui est la consultation, sans l'accord des patients, de leurs dossiers médicaux, y compris le mien et celui de mon épouse (une plainte a été déposée à ce sujet), ainsi que ceux des patients tuberculeux pris en charge dans l'IHU avant les publications dans Mediapart pour pouvoir les transmettre à la presse afin de déshonorer l'Institut Français de Recherche en maladies infectieuses le plus renommé scientifiquement. »

Le courrier détaille ensuite point par point ses réponses aux accusations.

D'abord, il réfute les accusations de mauvaise volonté mise à faciliter les inspections, enquêtes et rapports des autorités. Les auteurs expliquent qu'ils ont respecté toutes les procédures et les usages, malgré les entraves administratives ou techniques, et mesquineries personnelles, jusqu'à la « calomnie ».

Détaillant le fonctionnement de l'IHU sur ces questions de recherche et d'éthique, ils soulignent que « l'IHU s'est doté d'un comité d'éthique, de plusieurs avocats spécialistes de la question de la recherche clinique, et d'un responsable juridique qui suit pour les études promues par la FMI la mise en conformité et les études d'impact en lien avec le DPO de la Fondation. »

« Ceci soulève encore le problème de l'autonomie de l'IHU en particulier dans les situations épidémiques. » Le détail des recherches est ensuite évoqué, expliquant leur qualification (« non interventionnelle »), l'avis du comité d'éthique, la chronologie des évènements...

Les auteurs nient catégoriquement l'emploi de « formulaire de consentement pré-signés » :

À noter qu'il n'a en aucun cas été utilisé de formulaires de consentement pré-signés comme affirmé péremptoirement par les personnels de l'ANSM. Les variations de forme de la signature de l'investigateur principal ne reflètent que les difficultés de l'investigateur principal à reproduire sa signature à l'identique, ce qui ne peut pas raisonnablement lui être reproché. Dans certains cas, une signature numérique a été utilisée pour palier à cette difficulté.

Ils expliquent également les raisons de leur approche de la tuberculose, mettant en avant le travail de Michel Drancourt :

« La tuberculose pulmonaire est une maladie dont le problème n'est pas réglé pour plusieurs raisons. Malgré l'invention du vaccin BCG qui est une vaccination quasi parfaite (bactérie atténuée et donnant une maladie locale), la tuberculose reste extrêmement fréquente en particulier la tuberculose pulmonaire pour laquelle la vaccination n'est pas particulièrement efficace, ce qui a amené à la suspendre dans notre pays. De ce fait la tuberculose est une des maladies qui tue le plus dans le monde actuellement puisqu'entre 1,2 et 1,6 million de personnes meurent chaque année de tuberculose [Rapport OMS 2021]. La tuberculose du fait de sa mortalité et du nombre de rechutes est un élément majeur de recherche à l'intérieur de l'IHU, d'une part dans les travaux de génétique de Mycobacterium tuberculosis d'autre part sur la recherche de stratégies thérapeutiques et Michel Drancourt est l'auteur le plus cité en France sur les mycobactéries bien que nous ne soyons pas responsables du Centre National de Référence. »

La lettre ne se prive pas de tacler les autorités :

« En pratique, l'ANSM nous avait donc proposé de rentrer dans un essai utilisant une molécule toxique plutôt que d'utiliser des molécules banalement utilisées dans le cadre de la lèpre.

Nous sommes satisfaits des conclusions que vous faites après vérifications des dossiers : "Il n'a pas été identifié d'élément signant une démarche pouvant caractériser la mise en œuvre d'une RIPH non autorisée par l'ANSM". »

Concédant des améliorations à mener : « Nous avons noté les recommandations appropriées faites par les inspecteurs de l'ANSM et les mesures correctives à mettre en œuvre sur la traçabilité des justificatifs de traitement hors AMM en général, et sur l'information aux patients dans ces cas », le courrier laisse aussi quelques points sans commentaire ou renvoie à des réponses ultérieures.

Et, c'est sur une conclusion sans appel, au vitriol, que se conclut la missive :

« Nous vous remercions de constater que nous ne sommes pas des "voyous", comme ceci avait été suggéré par Mediapart au Directeur de notre établissement. Nous avons toujours su reconnaître nos erreurs et nous en servir pour devenir meilleurs. Nous sommes perfectibles, ce qui est partie de la nature humaine.

En revanche nous sommes étonnés par l'indulgence considérable dont vous faites preuve vis-à-vis de l'Assistance Publique. En pratique le service de recherche de l'Assistance Publique (DRS) ne marche pas depuis de nombreuses années, il est honteux que nous ne puissions jamais avoir de réponse à nos courriers.

La légèreté avec laquelle la direction actuelle traite le fait que les dossiers des patients, dont le mien, dont celui de ma femme, dont celui de tous ces patients qui ont une tuberculose et dont celui d'autres collaborateurs peuvent être consultés par des gens qui nous sont hostiles, sans nous demander l'autorisation, sans qu'il y ait de contrôle, est quelque chose qui est totalement contraire à la loi et qui fait actuellement objet de poursuites.

J'ai bien compris après avoir lu le courrier des ministres, qu'il s'agissait d'inspections hostiles, et je suis satisfait que, nous concernant, votre honnêteté permette de faire la part des choses.

En revanche je suggère qu'une véritable inspection de fond soit réalisée sur la dégradation administrative, technique et sur les bâtiments de l'institution à laquelle le pôle de Maladies Infectieuses et Tropicales est rattaché et dont il semble que l'intérêt essentiel est de détruire sa partie la plus effective. »

Le document complet : Réponse au rapport préliminaire d'inspection ANSM (PDF) : https://www.francesoir.fr/sites/francesoir/files/media-icons/Reponse-au-rapport-preliminaire-inspection-ANSM.pdf

FRANCESOIR, publié le 22/03/2022

# « Expérimentation sauvage » contre la tuberculose : fin de partie pour Mediapart et les détracteurs du Pr Raoult

Le 22 octobre 2021, le journal Mediapart portait des accusations graves à l'encontre du Pr Didier Raoult et de l'Institut hospitalo-universitaire de Marseille qui auraient mené « une expérimentation sauvage contre la tuberculose ». Des allégations qui seraient infondées selon Didier Raoult qui rapporte dans un communiqué les conclusions de l'ANSM après son inspection : « Il n'y a jamais eu le moindre essai thérapeutique sur la tuberculose au sein de l'IHU ».

#### Rappel des faits : les accusations portées par Mediapart

Selon Mediapart et la journaliste Pascalle Pascariello, l'Institut hospitalo-universitaire (IHU) aurait mené depuis 2017 et jusqu'en mars 2021 « une expérimentation sauvage contre la tuberculose ». L'alerte aurait été donnée par des membres de l'IHU qui se seraient inquiétés des conséquences d'un essai thérapeutique mené par le Pr Didier Raoult et son adjoint, le Pr Michel Drancourt.

Dans tout essai clinique, il y a un initiateur et un promoteur. Concernant cette affaire, l'initiateur est l'IHU et le promoteur est l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM).

L'essai thérapeutique, dénoncé par certains membres du personnel de l'IHU et par certaines autorités de santé, aurait été entrepris sans l'autorisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

« Nous avons constaté de graves complications rénales sur certains patients, mais je ne sais pas si ces effets ont été officiellement déclarés puisque cet essai n'était pas autorisé », aurait déclaré Laurent, qui travaille au sein de l'IHU et témoigne de manière anonyme. Son collègue, Alban, affirme lui aussi que Didier Raoult aurait utilisé « des patients, précaires et souvent étrangers, comme des cobayes ».

Dans son article, la journaliste affirme que Mediapart aurait eu accès aux comptes rendus d'hospitalisations et à des échanges de courriels qui auraient révélé que, malgré le refus de l'ANSM, les médecins de l'IHU auraient prescrit « une combinaison de quatre médicaments, dont l'efficacité dans le traitement de la tuberculose n'a jamais été démontrée, ni même évaluée, et qui pouvait même être toxique ». Plusieurs patients, dont un mineur de 17 ans, auraient rencontré de graves complications médicales suite à ce traitement expérimental.

Après avoir été alerté par Mediapart, le directeur de l'AP-HM, François Crémieux, a répondu qu'en « lien avec les autorités de tutelle, l'ANSM et l'ARS, l'AP-HM donnera suite à toutes les alertes sur cet essai non autorisé et sur ses complications ». Par ailleurs, il a indiqué que « des enquêtes seront diligentées sans délai, des mesures prises en cas de manquements, afin qu'aucun essai clinique ne puisse plus être mené en dehors de toute réglementation ». Pour rappel, les essais cliniques sont très encadrés en France; selon le Code de la santé publique, enfreindre leur réglementation peut être puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Dans le traitement de la tuberculose non résistante, dite à « bacille sensible », le traitement préconisé par les instances sanitaires nationales et internationales, dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), consiste à associer quatre antibiotiques, pendant six mois. En France, 95 % des patients guériraient de cette affection après avoir été traités.

Pour la tuberculose multirésistante aux antibiotiques standards, une liste d'antibiotiques est recommandée par l'OMS. Les molécules de cette liste sont classées selon leur degré d'efficacité et réévaluées chaque année. Que reproche-t-on aux médecins de l'IHU ? D'avoir prescrit un protocole non autorisé en donnant des molécules (la sulfadiazine et la minocycline) qui ne sont pas incluses dans cette liste. Par ailleurs, les deux autres antibiotiques donnés (la clofazimine et le pyrazinamide) auraient « une efficacité limitée pour l'une, et faible pour l'autre ».

Interrogé sur cet essai thérapeutique, le professeur Vincent Jarlier, chef de service bactériologie à la Pitié Salpétrière, déclare avoir été alerté en 2019 sur l'essai thérapeutique conduit à l'IHU.

« Ce traitement ne correspond à aucune recommandation internationale. L'IHU associe quatre antibiotiques dont deux, la minocycline et la sulfadiazine, n'ont pas prouvé leur efficacité contre la tuberculose, par exemple, dans des modèles animaux. La sulfadiazine peut entraîner des complications, notamment dermatologiques. Ne pas appliquer les recommandations internationales représente une perte de chance pour les patients », a déclaré le professeur Vincent Jarlier.

Selon Mediapart, l'IHU, qui administre le traitement depuis 2017, aurait soumis le 6 août 2019 un dossier de demande d'autorisation à l'ANSM pour tester « un traitement court de la tuberculose pulmonaire » avec les quatre antibiotiques cités ci-dessus.

Le 12 septembre 2019, l'ANSM aurait adressé un courrier à l'IHU qui ne va pas dans le sens d'une approbation de cet essai thérapeutique. Selon elle, « aucun argumentaire scientifique n'est apporté sur le choix des molécules, l'association, la posologie et la durée du traitement envisagé ».

L'ANSM aurait mentionné qu'il n'y a jamais eu de données « *in vivo* » qui permet de conclure à une quelconque efficacité, pas même un modèle animal.

Par ailleurs, même si elle a constaté que l'étude prise comme référence par l'IHU aurait apporté des données intéressantes, elle aurait conclu « qu'un essai doit être réalisé dans la tuberculose du macaque ».

Enfin, l'ANSM n'aurait pas donné son accord pour cet essai clinique, justifiant son refus par le fait que « ces données ne permettent pas en l'état actuel des connaissances de passer à un essai humain directement ».

En outre, l'ANSM rappelle que l'une des études mise en avant par l'IHU, réalisée en 2013 avec ce protocole, n'aurait pas permis de conclure à une quelconque efficacité. Les raisons tiendraient à la courte durée de prescription de 90 jours, « ce qui est insuffisant pour conclure à une guérison ». Cependant, au bout des trois mois, un autre antibiotique, la bédaquiline, dont l'efficacité a été prouvée et faisant partie des molécules recommandées par l'OMS, aurait été ajoutée.

Néanmoins, si la demande a été abandonnée suite à la décision de l'AP-HM « de retrait de sa demande d'autorisation d'essai clinique le 26 septembre 2019 », la recherche qui n'a pas été autorisée, aurait « été menée en toute illégalité : avant, pendant et après cette demande d'autorisation abandonnée », selon Alban qui s'interroge sur l'absence de contrôle l'ANSM dans ces pratiques.

En juillet 2020, l'IHU aurait effectué une nouvelle demande, proche de la première avec quelques différences. Si le protocole combinait toujours quatre antibiotiques, l'un d'entre eux, la sulfadiazine, aurait été supprimé en raison des effets indésirables au niveau des reins et « remplacé par un autre dont l'efficacité dans le traitement de la tuberculose n'a pas davantage été évaluée ».

#### Une enquête poussée effectuée par l'ANSM

À la suite de ces accusations, les médecins de l'IHU ont reçu le 4 novembre 2021, une lettre signée conjointement par le ministre de la Santé, Olivier Véran, et la ministre de l'Enseignement, de la Recherche et de l'Innovation, Frédérique Vidal.



#### Mouâd Boutaour Kandil

Professeur @raoult\_didier dans sa vidéo hebdo : l'article de @Mediapart et le courrier des deux ministres sont diffamatoires... C'est du vrai harcèlement en bande, organisé par l'état.. c'est de mon devoir de monter



#### 2:25 PM · 8 juin 2022

Une lettre qui, selon les dires du professeur Raoult « porte le jugement sans présomption d'innocence, un jugement basé sur un truc publié dans Mediapart sur la tuberculose, où on laisse sous-entendre que la direction de l'Assistance publique confirme ces données-là, à propos du traitement de la tuberculose. Les gens sont venus, ils avaient les poings fermés, moi aussi d'ailleurs, je n'ai pas l'habitude d'avoir peur des gens qui viennent me faire des insinuations puisque je n'ai pas le sentiment de faire des choses qui soient illégales. Et donc très rapidement, ils sont repartis en disant qu'ils n'avaient rien trouvé de ce point de vue-là, mais qu'ils avaient deux éléments qu'ils allaient regarder d'un peu plus près. Je n'ai toujours pas reçu de courrier me disant "on s'est trompé". Donc, j'ai poursuivi Mediapart pour diffamation, c'est diffamatoire. Je ne sais pas ce que je ferai vis-à-vis de ces ministres parce que ces courriers sont des courriers qui sont diffamatoires. Ce sont des courriers qui montrent l'utilisation des moyens de l'État pour harceler des gens quand ils ne sont pas d'accord avec vous. Moi, je pense que c'est mon devoir, même si cela m'ennuie, de montrer qu'il y a une limite. On ne vit pas dans une dictature. On ne peut pas utiliser tous les moyens d'État parce que les gens ne sont pas d'accord avec vous, pour les harceler. Il faut que ça s'arrête à un moment. Alors, maintenant, je le dis : on doit être à 800 heures gaspillées pour quelque chose dont on sait qu'il n'y a rien. Dedans, on doit être à 180 e-mails. On a dû transmettre 3 000 dossiers par internet. Heureusement, que cela n'a pas été envoyé par papier, c'est une forêt entière, ça correspond peut-être à 30 000 feuilles de papier. Ils n'arrivent même pas à la lire en réalité, c'est juste pour me harceler puisqu'ils nous demandent deux fois, trois fois la même chose. Donc, c'est du vrai harcèlement en bande qui est organisé par l'État. C'est terrible parce que moi, j'avais une grande naïveté de croire que toutes ces institutions d'État dont certaines datent de la monarchie étaient là pour réguler les choses. » Lorsqu'on entre dans le rapport complet de l'ANSM, on trouve à la page 19 les conclusions de cette enquête longue de plusieurs mois. Les inspecteurs concluent qu'il n'a jamais existé de Recherche impliquant la personne humaine (RIPH) non autorisé par l'ANSM et « qu'ils n'ont reçu aucune information, alerte ou témoignage, sous quelque forme que ce soit, en amont ou en aval de l'inspection, accréditant la thèse de la mise en œuvre d'une recherche non autorisée portant sur le traitement de la tuberculose ».

#### B.3.4. Conclusions à l'issue des vérifications réalisées

Il n'a pas été identifié d'élément signant une démarche pouvant caractériser la mise en œuvre d'une RIPH non autorisée par l'ANSM. Aucun cadre de prescription récurrent ou de modalités de suivi communes n'a notamment été mis en évidence dans les dossiers vérifiés. Une hétérogénéité dans les profils des patients ayant reçu les médicaments d'intérêt particulier (combinaison d'antibiotiques) ainsi que dans les thérapeutiques administrées a été notée, tant en termes de combinaison d'antibiotiques que de durée de traitement.

Les inspecteurs précisent par ailleurs qu'ils n'ont reçu aucune information, alerte ou témoignage, sous quelque forme que ce soit, en amont ou en aval de l'inspection, accréditant la thèse de la mise en œuvre d'une recherche non autorisée portant sur le traitement de la tuberculose.

Outre ces éléments, des observations concernant la justification de l'instauration des traitements antibiotiques, la fréquence des évènements indésirables graves (voir tableau 4 ci-après) ainsi que la notification des évènements indésirables auprès du centre régional de pharmacovigilance (CRPV) de Marseille ont été émises.

Suite à l'enquête de l'ANSM, le Pr Didier Raoult a fait paraître un communiqué dans lequel il fait état des comptes-rendus de l'inspection. L'ANSM aurait constaté « qu'il n'y a jamais eu le moindre essai thérapeutique sur la tuberculose mené au sein de l'IHU Méditerranée Infection contrairement aux allégations contenues dans l'enquête interne de l'AP-HP et dans les articles de Mediapart ».

Nous prenons connaissance ce jour du rapport final de l'inspection de l'ANSM réalisée en Novembre 2021, à la suite notamment d'accusations portées par des journalistes concernant des essais qualifiés d'illégaux sur des patients atteints de tuberculose, essais menés par les services d'infectiologie de l'AP-HM hébergés au sein de l'IHU Méditerranée Infection.

Nous sommes satisfaits que l'ANSM constate qu'il n'y a jamais eu le moindre essai thérapeutique sur la tuberculose mené au sein de l'IHU Méditerranée Infection contrairement aux allégations contenues dans l'enquête interne de l'AP-HM et dans les articles de Mediapart.

Les deux reproches faits par l'ANSM concernent les études suivantes :

- une recherche autorisée en 2009 par la direction de l'AP-HM dans le service du Pr. Jouve, actuel président de la CME, avant même que l'IHU Méditerranée Infection n'existe;
- une autre étude concernant des écouvillons d'auto prélèvements réalisés par des étudiants en médecine se rendant à l'étranger. L'objectif de cette étude était d'évaluer leur portage de bactéries résistantes aux antibiotiques à leur retour (avec leur accord). La classification de ce travail (recherche impliquant la personne humaine ou soin courant) est sujette à interprétation et l'analyse faite par les chercheurs de cette étude est différente de celle de l'ANSM.

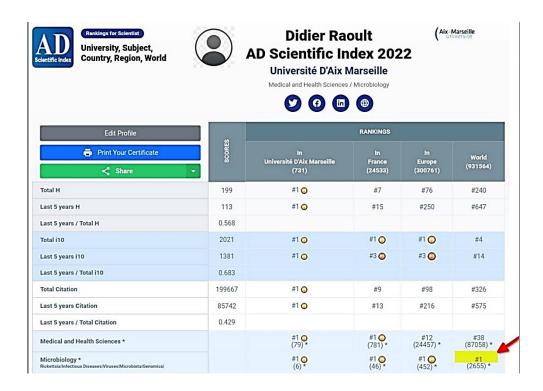
Ces reproches ne nous paraissent pas justifier une remise en cause du projet IHU dans son ensemble.

Professeur Didier Raoult

Directeur de la Fondation Méditerranée Infection

Beaucoup de bruit pour rien, donc... Des attaques infamantes qui n'ont cependant pas empêché le célèbre professeur Raoult d'être, cette année encore, classé numéro un mondial en tant que microbiologiste, comme l'atteste le document publié ci-dessous.

FRANCESOIR Publié le 10 juin 2022



## Comparaison inquiétante entre les évènements indésirables des vaccins anticovid et antigrippaux

Une récente étude publiée le 3 février 2022 dans la revue médicale Frontiers in Public Health compare les risques d'effets indésirables entre les vaccins anticovid et les vaccins antigrippaux

### Comparaison inquiétante entre les évènements indésirables des vaccins anticovid et antigrippaux

#### À Retenir

- Beaucoup plus de risques d'atteintes cardiaques, vasculaires, digestives, visuelles, et sexuelles *avec les vaccins anticovid qu'antigrippaux*.
- 530 fois plus de risques de thromboses veineuses profondes avec les vaccins anticovid qu'avec les vaccins antigrippaux
- I 229 et 157 cas de thrombose du sinus veineux cérébral ont été signalés (selon Eudravigilance et VAERS) jusqu'à présent après la vaccination par COVID19, aucun cas n'a été signalé pour les vaccins antigrippaux

Une récente étude publiée le 3 février 2022 dans la revue médicale Frontiers in Public Health visait à comparer les risques d'effets indésirables entre les vaccins anticovid et les vaccins antigrippaux [1]. L'étude couvre la période allant de décembre 2020 à octobre 2021 et s'appuie sur les données officielles de pharmacovigilance de l'Union Européenne (EudraVigilance [2]) et du système américain de surveillance des effets indésirables sévères (VAERS [3].) et n'a concerné que les individus de 18 ans et plus. Les événements indésirables concernant les enfants n'ont donc pas été pris en compte.

Cette comparaison entre les vaccins anticovid et les vaccins antigrippaux est justifiée et a priori non biaisée puisque :

- I) Le nombre d'individus exposés aux vaccins anticovid et la distribution par âge sont connus et peuvent être utilisés comme dénominateur pour calculer des estimations de risques non biaisées survenant après l'injection des vaccins anticovid.
- 2) Les données sur les effets indésirables liés aux vaccins contre la grippe fournissent un groupe témoin idéal pour la vaccination Covid-19, puisqu'aucun vaccin à ARNm ou à Adenovirus n'avait jamais été utilisé auparavant pour une vaccination prophylactique en population générale
- 3) Les virus de la grippe saisonnière partagent avec les coronavirus des similitudes substantielles en termes de symptomatologie, d'infectiosité, de pathogénicité, de létalité et de transmission : les vaccins antigrippaux constituent donc un groupe contrôle idéal.
- 4) Une grande partie de la population adulte de l'UE et des États-Unis est vaccinée contre la grippe chaque saison. En effet, dans cette étude il y a eu 451 millions de personnes injectées avec un vaccin anticovid et 437 millions avec un vaccin antigrippal.

Durant la période d'étude, ont été collectés :

- 3 351 010 évènements indésirables concernant 534 332 personnes pour le système de pharmacovigilance américain
- 417 337 évènements indésirables concernant I 096 569 personnes pour le système de pharmacovigilance européen.

#### Les résultats principaux de cette étude sont :

- Un risque plus élevé de notification d'effets indésirables graves concernant les vaccins Covid-19 par rapport aux vaccins antigrippaux.
- les risques relatifs des vaccins anticovid sont largement supérieurs à ceux des vaccins antigrippaux notamment pour les risques de réactions allergiques, d'arythmie, d'événements cardiovasculaires généraux, de coagulation, d'hémorragies, de réactions constitutionnelles, gastro-intestinales, oculaires, génitales et, en particulier, de thromboses.
- certaines réactions graves telles que la thrombose cérébrale et la thrombose veineuse cérébrale (sinus) ont été signalées beaucoup plus fréquemment après la vaccination par Covid-19 (à la fois pour les vaccins à ARNm et à adénovirus) que par les vaccins antigrippaux chez les adultes. Par exemple, alors que 1 229 et 157 cas de

thromboses du sinus veineux cérébral ont été signalés jusqu'à présent après la vaccination Covid-19, aucun cas n'a été signalé pour les vaccins antigrippaux dans EudraVigilance et VAERS, respectivement.

- Les personnes âgées de 65 ans et plus ont été associées à une fréquence plus élevée de décès, d'hospitalisations et de réactions mettant en jeu le pronostic vital que les personnes plus jeunes.
- Les réactions indésirables graves sont apparues très majoritairement dans les 7 premiers jours suivant la vaccination (> 77%). Cette temporalité très courte après l'injection plaide en faveur d'un lien de cause à effet avec la vaccination.

Ci-dessous une liste non exhaustive d'évènements indésirables beaucoup plus fréquents avec les vaccins anticovid comparativement aux vaccins antigrippaux :

- 530 fois plus de risque de thrombose veineuse profonde
- 239 fois plus de risque d'embolie pulmonaire
- 195 fois plus de risque d'infarctus
- 118 fois plus de risque de vision floue
- 112 fois plus de risque de tachycardie
- Il I fois plus de risque de malaise
- I I 0 fois plus de risque de myocardite
- 107 fois plus de risque de palpitations
- 92 fois plus de risque de pétéchie
- 88 fois plus de risque de tremblements
- 87 fois plus de risque d'épilepsie
- 83 fois plus de risque d'arythmie et d'hypertension
- 68 fois plus de risque de syncopes
- 60 fois plus de risque de thrombocytopénie auto-immune, de de paralysie faciale et de vertiges
- 49 fois plus de risque d'aphasie et hémiparésie
- 15 fois plus de risque d'ataxie
- Il fois plus de risque de faire un accident vasculaire cérébral (AVC)
- 4 fois plus de risque de péricardite

#### **En conclusion**

Les vaccins anti-covid basés sur les technologies à ARNm ou adenovirus présentent beaucoup plus de risques d'évènements indésirables, dont certains peuvent être très graves et entraîner des répercussion à vie (AVC, infarctus) que les vaccins classiques antigrippaux. Il apparaît nécessaire d'évaluer de façon très détaillée la balance bénéfice-risque pour les différents groupes d'âge et de comorbidité. Les vaccins anti-covid ne devraient être proposés (et non imposés) qu'aux groupes de personnes dont la balance bénéfice/risque est largement favorable après ces études approfondies.

Collectif REINFOCOVID, 22 mars 2022

#### Références

- [1] Montano Diego. Frequency and Associations of Adverse Reactions of COVID-19 Vaccines Reported to Pharmacovigilance Systems in the European Union and the United States. Frontiers in Public Health. Vol , 2022. DOI=10.3389/fpubh.2021.756633
- [2] https://www.adrreports.eu/fr/
- [3] https://vaers.hhs.gov/data.html

## Effets secondaires : une étude allemande très (trop) gênante



https://www.charite.de

Une étude allemande montre que les effets secondaires graves de la vaccination anticovid toucheraient environ 500 000 personnes en Allemagne, soit 0,8% des vaccinés, contrairement aux 0,2% officiellement annoncés par l'institut de pharmacovigilance allemand.

Cette étude vient de la Charité, l'hôpital berlinois d'où provient le test PCR soumis à l'OMS en janvier 2020 et qui est à la base de toutes les mesures de gestion de crise. L'hôpital a retiré de son site web la page de l'étude. Depuis un an, le Pr Harald Matthes de la Charité, le CHU de Berlin, mène l'étude « ImpfSurv »[1], qui comprend à ce jour environ 10 000 patients, vaccinés et non-vaccinés, interrogés en ligne de façon systématique et à intervalles réguliers sur les effets secondaires liés aux vaccins contre le covid<sup>[2]</sup>. Ceux-ci doivent être en bon état de santé au moment du consentement à la participation à l'étude<sup>[3]</sup>. Le but est d'établir registre des effets secondaires ainsi que les profils de sécurité des vaccins.

#### Les résultats de l'étude

Il y a quelques jours, le Pr Matthes a présenté à la radiodiffusion publique régionale allemande, le MDR [4]. [5]. [6]. ses résultats intérimaires. Les médias et le Pr Matthes se veulent rassurants tout en concédant l'énormité : les effets secondaires graves seraient indéniables, comme avec tout traitement, mais seraient tout de même rares – alors qu'ils toucheraient environ 500 000 personnes en Allemagne, selon le Pr Matthes – càd nettement plus fréquents qu'officiellement admis. Néanmoins, ceci est un signal important, car c'est de la Charité qu'il émane, le CHU d'où est sorti le fameux test PCR du Dr Drosten, soumis à l'OMS en janvier 2020 et qui est à la base de toutes les mesures sanitaires. La Charité a rapidement réagi en retirant de son site web la page de l'étude. Le Pr Matthes estime la sous-notification des effets secondaires à environ 70% à 80 %. Dans 80% des cas d'effets secondaires graves, ceux-ci se dissiperaient après 3 à 6 mois et dans 20% des cas ils perdureraient au-delà de 6 mois. Or, ces effets secondaires graves toucheraient 0,8% des vaccinés, contrairement aux 0,2%, rapportés au nombre de doses, d'effets secondaires graves officiellement annoncés par le Paul-Ehrlich-Institut (PEI)<sup>[1]</sup>, l'institut de pharmacovigilance allemand. Cela reviendrait, en chiffres absolus, sur 60 millions d'Allemands vaccinés à environ 500 000 personnes ayant subi un effet secondaire grave. Pour rappel, un effet secondaire grave est potentiellement mortel ou provoque une incapacité de travail d'au moins trois jours et nécessite un traitement médical. Le nombre de personnes touchées serait donc 16,5 fois plus élevé que celui annoncé par le PEI<sup>III</sup> en fin d'année 2021.

#### Des aveux, à dose homéopathique

Plusieurs médias allemands ont relayé l'information concernant l'étude[9] [10] [11] [12] [13]. Malgré tout, ces médias, leurs médecins « experts » ainsi que le Pr Matthes renchérissent avec leur discours rassuriste : bien sûr les vaccins restent, à leurs yeux, globalement sûrs et efficaces puisqu'ils induisent des anticorps - qu'ils soient utiles ou non n'est pas la question. Surtout face au variant Delta, la question ne se pose même pas pour Pr Matthes, mais face à Omicron, il n'en sait rien[14]. Selon lui, le risque d'effets secondaires individuels reste inférieur comparé aux risques cumulés de la maladie. Bien entendu, le Pr Matthes n'est pas un « antivaxx », puisqu'il a, lui-même, vacciné beaucoup de gens. En outre, il s'agirait aussi de différencier entre les effets secondaires graves passagers, se dissipant après « seulement » quelques mois, et les effets secondaires graves permanents, qui à eux seuls constitueraient des dommages ou lésions[15]. C'est désormais un nouveau discours.

#### Un procédé bien rôdé

D'autres médias, comme Die Zeit[16], ont même tenté de discréditer l'étude en remettant en question l'intégrité du professeur (il est anthroposophe, ou adepte de la philosophie de Rudolph Steiner). Le quotidien prétend avoir trouvé des erreurs, sans les démontrer, et doute du concept méthodologique, sans jamais critiquer une seule fois les multiples manquements méthodologiques exercés par la « science » depuis deux ans. Il ignore, par ailleurs, d'autres chiffres qui accréditent la thèse de l'explosion des effets secondaires : on observe, en 2021, une augmentation d'un facteur de 3,5 des soins administrés en milieu hospitalier, ainsi qu'un accroissement des décès de 20%, suite à la vaccination de masse, comparé à 2019 et 2020[17]. L'hebdomadaire induit en erreur les lecteurs quand il suggère que le scientifique aurait confirmé ces failles, en admettant que son étude présenterait - rien de plus normal en sciences - des limitations. D'après Die Zeit, la Charité aurait d'ailleurs déjà pris ses distances avec les conclusions du Pr Matthes. En effet, pendant la rédaction de cet article, entre le mardi le 10 mai et le mercredi 11 mai, la page de l'étude a disparu du site de la Charité<sup>[18]</sup>.Ces tactiques ressemblent fâcheusement à celles employées contre l'ex-président de la mutuelle allemande BKK ProVita, Andreas Schöfbeck. Pour rappel, celui-ci avait lancé l'alerte concernant le nombre d'effet secondaires liés aux vaccins anti-covid. Pour cela, il avait été désavoué et limogé de son poste<sup>[19]</sup>. Entre temps, l'analyste responsable de l'évaluation des chiffres internes de la BKK ProVita, Tom Lausen, a porté plainte contre le nouveau directeur de la mutuelle, qui aurait empêché la transmission des données aux PEI[20].

[1]https://www.charite.de/en/service/clinical trials detail/item/studien detail/impfsury/

#### Colin MEIER, correspondant de BAM! pour l'Allemagne, 12 mai 2022

```
[2]https://www.focus.de/gesundheit/news/charite-forscher-harald-matthes-im-interview-mindestens-70-
                                                             [3]https://www.nachdenkseiten.de/?p=83705
prozent-untererfassung...
/[4]https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/panorama/corona-impfung-nebenwirkungen-impfschaeden-
100.html
                               [5]https://www.mdr.de/video/mdr-videos/c/video-617880.html
[6]https://www.mdr.de/video/mdr-videos/c/video-617288.html
[7]https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsberich
                                [8]
                                                https://www.nachdenkseiten.de/?p=83705_
[9]https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/panorama/corona-impfung-nebenwirkungen-impfschaeden-
100.html
[10]https://www.mdr.de/video/mdr-videos/c/video-617880.html
[11]https://www.mdr.de/video/mdr-videos/c/video-617288.html
[12] https://www.berliner-zeitung.de/news/corona-impfung-halbe-million-faelle-mit-schweren-nebenwirkungen-
li.226019
[13]https://www.focus.de/gesundheit/news/charite-forscher-harald-matthes...
[14]https://www.focus.de/gesundheit/news/charite-forscher-harald-matthes...
[15]https://www.mdr.de/video/mdr-videos/c/video-617880.html
[16] https://www.zeit.de/gesundheit/2022-05/corona-impfung-nebenwirkungen...
[17]https://www.nachdenkseiten.de/?p=81102
[18] Le formulaire de consentement ainsi que les conditions de participation à l'étude, tels que l'impératif de
compréhension de l'allemand, se trouvent ici :
https://sozmed.charite.de/redcap/surveys/?s=FL3MDD8KFR&l=40
[19] https://bam.news/politique/europe/vaccins-anti-covid-10-fois-plus-d-effets-secondaires-qu-annonces-2
[20]https://rtde.website/inland/133418-haelt-bkk-provita-daten-zurueck/
```

## Effets graves des vaccins : des chiffres aveuglants qui restent dans l'ombre

La réalité des cas graves et des morts semble apparaître au grand jour aux États-Unis, révélée par des études solides. Mais les médias accaparés par la guerre en Ukraine peuvent-ils s'y intéresser?

La vérité et l'étendue des effets graves des « vaccins » Covid deviennent de plus en plus évidentes, notamment suite à l'obligation imposée par la justice étasunienne à Pfizer de révéler l'ensemble de ses données sur les essais cliniques et les effets secondaires cachés. Pourtant, la guerre en Ukraine semble éclipser fort « opportunément » des preuves alarmantes qui devraient normalement faire la Une des médias.

Les documents relatifs au vaccin de Pfizer contredisent le récit « sûr et efficace » qui avait conduit à autoriser dans la hâte les injections géniques dès fin 2020. 9 pages d'effets secondaires, 158 893 effets secondaires, 42 086 rapports de cas pathologiques, I 223 décès au cours des trois premiers mois d'utilisation du Pfizer et un taux de mortalité record chez les jeunes Américains au cours du second semestre de 2021.

#### Demande judiciaire

L'avocat Aaron Siri et un groupe de scientifiques et de professionnels de la santé appelé Public Health and Medical Professionals for Transparency (PHMPT) ont déposé une demande en vertu de la loi sur la liberté d'information (FOIA) auprès de la Food and Drug Administration des États-Unis afin d'obtenir les documents utilisés pour approuver le vaccin à ARNm de Pfizer en août 2021.

La FDA avait réussi à examiner l'ensemble des 329 000 pages de données et à accorder une autorisation d'urgence au vaccin Pfizer en seulement 108 jours, mais a ensuite demandé 75 ans pour divulguer intégralement ces informations au PHMPT et au public.

#### « Le gouvernement protège Pfizer »

Siri a écrit sur son Substack, « Alors, mettons les choses au clair. Le gouvernement fédéral protège Pfizer de toute responsabilité. Lui donne des milliards de dollars. Oblige les Américains à se faire injecter son produit. Mais ne vous laisse pas voir les données prouvant la sécurité et l'efficacité de son produit. Pour qui le gouvernement travaille-t-il ? » Alors que l'affaire judiciaire était en cours, les 91 premières pages de documents de Pfizer publiées en novembre 2021 ont révélé que dans les 90 premiers jours suivant l'autorisation d'utilisation d'urgence du vaccin à ARNm de Pfizer, la société avait déjà reçu 158 893 rapports d'effets secondaires et 42 086 rapports de cas pathologiques, dont 1 223 décès.

Ces effets secondaires indésirables comprenaient 25 957 troubles du système nerveux, 17 283 troubles musculo-squelettiques et du tissu conjonctif, 14 096 troubles gastro-intestinaux, 1 972 troubles du système sanguin et lymphatique et 1 098 troubles cardiaques.

#### La FDA sommée de divulguer les données

En janvier, un juge a ordonné à la FDA de publier ses données cliniques sur les vaccins Covid-19 de Pfizer, ce qui a entraîné la publication d'une partie des documents de Pfizer – plus de 10 000 pages – par la FDA le 1er mars 2022.

Cette tranche de documents comprenait 9 pages d'effets secondaires qui énumèrent 1 291 effets indésirables potentiels par ordre alphabétique.

Dans un tableau distinct intitulé « *Problèmes de sécurité*« , Pfizer a informé la FDA que l'anaphylaxie était un « *risque identifié* », que la sur-maladie associée au vaccin (VAED) était un « *risque potentiel* » et que le géant pharmaceutique manquait d'informations concernant l'utilisation pendant la grossesse, l'utilisation chez les enfants et l'efficacité du vaccin.

#### Des centaines d'employés embauchés pour suivre les effets secondaires

Une autre série de documents publiés fin mars a révélé que Pfizer a reçu tellement de rapports d'effets secondaires indésirables au cours des trois premiers mois suivant le lancement du vaccin qu'elle a embauché 600 employés à temps plein uniquement pour traiter les rapports d'événements indésirables liés aux effets secondaires du vaccin, et qu'elle prévoit d'en embaucher I 200 autres d'ici juin 2021.

Le site d'information The Blaze a également révélé le mois dernier que le gouvernement américain a payé des centaines d'entreprises médiatiques pour faire la publicité des vaccins contre le Covid-19, tandis que ces mêmes médias répétaient les mantras « sûr et efficace » et « pandémie de non-vaccination » sans informer le public de toute étude ou donnée scientifique contraire.

#### Orchestration d'une campagne médiatique «positive»

En réponse à une demande déposée par *Blaze Media* en vertu de la loi sur la liberté de l'information, le HHS (Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis – WIKI) a révélé qu'il avait acheté de la publicité à ABC, CBS et NBC, ainsi qu'aux chaînes d'information câblées Fox News, CNN et MSNBC, à d'anciennes publications médiatiques comme le New York Post, le Los Angeles Times et le Washington Post, à des sociétés de médias numériques comme BuzzFeed News et Newsmax, et à des centaines de journaux et de chaînes de télévision locaux.

« Ces médias ont été collectivement responsables de la publication d'un nombre incalculable d'articles et de segments vidéo concernant le vaccin, qui étaient presque uniformément positifs sur le vaccin en termes d'efficacité et de sécurité », a rapporté Blaze Media.

#### Les mantras « sûr et efficace » contredits par les décès constatés

Alors que le gouvernement fédéral et les médias d'entreprise répétaient les mantras « sûr et efficace » et « pandémie des non-vaccinés », les données d'Israël, d'Islande et de Singapour ont montré que la majorité des cas de Covid-19 se sont produits chez les personnes présentant un parcours vaccinal complet au cours de l'été 2021, et les données d'Angleterre ont montré que plus de 70% des décès dus au Covid-19 se sont produits chez les personnes présentant un parcours vaccinal complet depuis septembre 2021.

En outre, de nombreuses bases de données gouvernementales officielles ont émis des signaux d'alarme indiquant que les vaccins à ARNm sont loin d'être aussi sûrs que prévu.

Le nombre total de décès associés aux vaccins Covid-19 dans le Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS – Système de pharmacovigilence recensant les effets secondaires dus aux vaccins, NdT) des CDC est de 26 396, soit près du triple des 9 619 décès associés à tous les autres vaccins combinés au cours des 32 dernières années.

#### 1,2 million de cas rapportés

Il y a eu un total de I 205 753 rapports associés aux vaccins contre le Covid-19 dans le Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) des CDC, y compris :

- 145 781 hospitalisations
- 125 791 soins urgents
- 48 852 handicapés permanents
- 41 320 réactions allergiques graves
- 37 579 myocardite/péricardite
- 26 396 décès
- 14 949 paralysie de Bell
- 13 527 crises cardiaques
- 13 224 bardeaux
- 9 533 anaphylaxie
- 6 256 thrombocytopénie
- 4 423 fausses couches

Les CDC affirment qu'aucun de ces décès n'a été causé par les vaccins Covid-19, mais leurs propres données montrent que 50 % des décès surviennent dans les 48 heures suivant la vaccination, avec une corrélation directe entre le nombre de décès et le nombre de jours après la vaccination.

Le VAERS est le principal système financé par le gouvernement pour signaler les réactions indésirables aux vaccins aux États-Unis. (Réd. Covidhub : les estimations généralement admises indiquent qu'à peine 10% des effets secondaires sont rapportés)

#### Explosion de maladies dans l'armée

Des lanceurs d'alerte ont publié la base de données épidémiologiques médicales du ministère de la Défense (DMED) et ont signé des déclarations sous serment selon lesquelles les données correspondaient à leur expérience clinique dans le traitement des soldats en 2021. Les données ont montré ces pourcentages d'augmentation des maladies parmi le personnel militaire par rapport à la moyenne des cinq dernières années :

- 1. Hypertension augmentation de 2 181 %.
- 2. Crises cardiaques augmentation de 269%.
- 3. Cancer: augmentation de 300 %.
- 4. Péricardite augmentation de 175 %.
- 5. Myocardite augmentation de 285 %.
- 6. Embolies pulmonaires augmentation de 467 %.
- 7. Infarctus cérébral augmentation de 393 %.
- 8. Paralysie de Bell augmentation de 319 %.
- 9. Syndrôme de Guillain-Barré augmentation de 250 %.
- 10. Immunodéficiences augmentation de 275 %.
- 11. Irrégularité menstruelle augmentation de 476 %.
- 12. Sclérose en plaques augmentation de 487 %.
- 13. Fausse couche augmentation de 306%.
- 14. VIH augmentation de 590 %.
- 15. Douleur thoracique augmentation de 1 529 %.
- 16. Respiration difficile augmentation de 905 %.
- 17. Problèmes neurologiques augmentation de 1 048%.

Le ministère de la Défense a répondu, par l'intermédiaire d'un site Web de fact-checking, qu'il s'agissait d'un problème dans sa base de données, qui a entraîné une sous-déclaration des données des cinq dernières années, et que ce problème n'a été découvert qu'après que ces médecins militaires ont attiré son attention sur l'augmentation de la maladie.

#### Le risque cardiaque pour les jeunes

Le risque de myocardite ou d'inflammation cardiaque, en particulier chez les jeunes hommes, a été établi par de nombreux gouvernements dans le monde, ce qui a conduit huit pays à suspendre les vaccins contre le Covid-19 pour les groupes d'âge plus jeunes en raison du risque de myocardite.

- Taiwan suspend le 2ème vaccin Pfizer pour les 12-17 ans
- L'Islande suspend Moderna pour tous les âges
- La Suède suspend Moderna pour les moins de 30 ans
- La Finlande suspend Moderna pour les moins de 30 ans
- Le Danmark suspend Moderna pour les moins de 18 ans
- La Norvège suspend Moderna pour les moins de 18 ans
- La France suspend Moderna pour les moins de 30 ans
- L'Allemagne suspend Moderna pour les moins de 30 ans

En outre, la Suède et la Norvège ne recommandent pas les vaccins contre le Covid-19 pour les enfants de moins de 12 ans et le Royaume-Uni ne recommande pas les vaccins contre le Covid-19 pour la majorité des enfants de moins de 18 ans.

#### Les grands médias ne répercutent pas

Alors que les médias grand public et les grandes entreprises technologiques ont occulté tout ce qui s'opposait au mantra de Pfizer, « sûr et efficace », plus de 17 000 médecins et scientifiques ont signé la déclaration de Rome recommandant de ne pas vacciner les enfants en bonne santé en raison du risque d'effets secondaires, du profil de sécurité à long terme inconnu de ces vaccins à ARNm et du risque négligeable de Covid-19 pour les enfants.

Les médias grand public ont supprimé les études d'autopsie qui montrent que les vaccins Covid-19 sont la cause du décès.

Le Dr Peter Schirmacher, pathologiste allemand de renommée mondiale, a publié en août 2021 un rapport d'autopsie de 40 personnes décédées dans les deux semaines suivant leur vaccination avec les vaccins Covid-19

Il a déterminé que 30 à 40 % de ces personnes sont mortes à cause de la vaccination.

#### Médecin allemand de haut vol réduit au silence

Le Dr Shirmacher a estimé que la fréquence des conséquences fatales de la vaccination est sous-estimée. Le pathologiste a cité « des effets secondaires rares et graves de la vaccination – comme une thrombose veineuse cérébrale ou des maladies auto-immunes. »

Le Dr Peter Schirmacher est président par intérim de la Société allemande de pathologie, directeur de l'Institut de pathologie de l'hôpital universitaire de Heidelberg et président de l'Association allemande pour l'étude du foie.

Les médias n'en ont pas parlé et les géants d'internet ont interdit les comptes qui tentaient de partager le rapport du Dr Schirmacher. L'entrepreneur et mécène Steve Kirsch a révélé que la « famille de Schirmacher était menacée s'il continuait à parler. Alors il a arrêté de parler. C'est la façon dont la science fonctionne aujourd'hui. »

#### Autopsies alarmantes ignorées

Les docteurs Sucharit Bhakdi et Arne Burkhardt ont réalisé des autopsies séparées de personnes décédées dans un délai de 7 jours à 6 mois après avoir été vaccinées avec les vaccins contre le Covid-19.

Ils ont déterminé que 14 des 15 (93%) personnes autopsiées sont mortes d'affections causées par le vaccin contre le Covid-19. Leur étude, publiée le ou vers le 10 décembre 2021, est également confrontée au désintérêt des médias. Les médecins ont conclu :

« L'analyse histopathologique montre des preuves évidentes de pathologie de type auto-immune induite par le vaccin dans de multiples organes. Il est évident que l'on doit s'attendre à ce qu'une myriade d'événements indésirables dérivant de tels processus d'auto-attaque se produisent très fréquemment chez tous les individus, en particulier après des injections de rappel. Il ne fait aucun doute que l'injection de vaccins génétiques Covid-19 met des vies en danger de maladie et de mort. Nous notons que les vaccins à ARNm et à vecteur sont représentés parmi ces cas, de même que les quatre principaux fabricants. »

Les docteurs Arne Burkhardt et Sucharit Bhakdi ont présenté leur étude d'autopsie le 10 décembre 2021, mais elle a été largement ignorée, dénigrée ou censurée par les médias grand public et les grandes entreprises technologiques.

#### Les sociétés d'assurance révèlent la mortalité en hausse des 18-64 ans

Les données du CDC et le PDG d'une compagnie d'assurance de 100 milliards de dollars ont déclaré que le taux de mortalité en 2021 pour les personnes âgées de 18 à 64 ans a augmenté de façon étonnante de 40% par rapport aux niveaux pré-pandémiques et que la majorité des décès ne sont pas classés comme étant dus au Covid-19.

« Nous constatons actuellement les taux de mortalité les plus élevés que nous ayons jamais vus dans l'histoire de ce secteur, et pas seulement chez OneAmerica », a déclaré Scott Davison, directeur de la compagnie d'assurance OneAmerica, basée à Indianapolis, qui existe depuis 1877 et compte environ 2 400 employés.

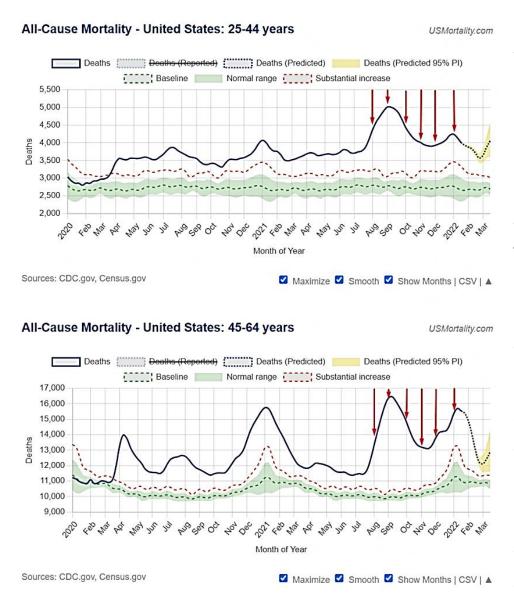
Cette augmentation représente « un nombre énorme », parmi « principalement les personnes en âge de travailler » qui ont des plans d'assurance-vie de groupe parrainés par l'employeur par le biais de OneAmerica, selon *The Center Square*.

#### « Du jamais vu »

« Et ce que nous avons vu juste au troisième trimestre, nous le voyons se poursuivre au quatrième trimestre, c'est que les taux de mortalité sont en hausse de 40% par rapport à ce qu'ils étaient avant la pandémie«, a déclaré Davison lors d'une conférence de presse en ligne la semaine dernière. « Pour vous donner une idée de la gravité de la situation, une catastrophe de trois sigmas (c'est-à-dire d'une gravité qui n'arrive en moyenne qu'une année sur 200) correspondrait à une augmentation de 10 % par rapport à la prépandémie. »

« Donc 40%, c'est du jamais vu », a-t-il ajouté.

Cette augmentation record des taux de mortalité chez les personnes âgées de 25 à 64 ans, qui a débuté en juillet 2021, peut être observée dans les données de mortalité (toutes causes) des CDC présentées ci-dessous par le site USMortality.com :



## Davantage de vaccinés parmi les morts

Comme l'a déjà publié Kanekoa's Newsletter, une analyse critique des données originales de l'essai clinique de Pfizer montre que davantage de personnes sont mortes dans le groupe vacciné que dans le groupe placebo.

Pfizer a supprimé l'essai en double-aveugle au bout de deux mois, n'a Das testé les biomarqueurs qui auraient constitué des signes précurseurs de la maladie et a qualifié de douleur abdominale fonctionnelle » l'un des participants à l'essai, âgé de 12 ans, paralysé dans un fauteuil roulant et contraint de s'alimenter par sonde. Déjà en 2008, le New York Times a publié un article intitulé « Des experts concluent que Pfizer a manipulé des études ».

#### Pfizer : des milliards versés aux médecins... et à la justice

Pfizer a retardé la publication d'études négatives, a déformé des données négatives pour les présenter sous un jour plus positif et a contrôlé le flux de données de recherche clinique afin de promouvoir son médicament contre l'épilepsie Neurontin.

En 2010, le New York Times a publié un article intitulé « Pfizer donne des détails sur les paiements aux médecins ». Pfizer a admis avoir versé environ 20 millions de dollars à 4 500 médecins et autres professionnels de la santé pour des consultations et des interventions en son nom au cours des six derniers mois de 2009. Pfizer a également versé 15,3 millions de dollars à 250 centres médicaux universitaires et autres groupes de recherche pour des essais cliniques au cours de la même période.

Pfizer, qui a payé pendant plusieurs décennies des milliards de dollars d'amendes pénales, a réussi à s'emparer des médias, des grandes entreprises technologiques et des agences de réglementation pendant la crise du Covid-19, mais ses propres documents contredisent le récit « sûr et efficace » qui a été servi au public américain.

II avril 2022 ·

https://www.covidhub.ch/effets-graves-des-vaccins-des-chiffres-aveuglants-qui-restent-ignores/

## Baisse des performances sportives après vaccination par un vaccin Covid-mRNA

Étude rétrospective des performances sportives de vingt jeunes athlètes-étudiants de Lycées et Collèges après vaccination par un vaccin anti-CovidmRNA.

#### À RETENIR:

- Aucun des sujets vaccinés n'a pu atteindre son niveau antérieur à la vaccination.
- Le temps de récupération après l'effort était plus long chez les vaccinés qu'avant la vaccination ; il était également plus long que chez les non vaccinés.
- Ces effets sont encore observés chez tous les sportifs vaccinés, jusqu'à plusieurs mois après la vaccination des premiers sportifs.

#### Baisse des performances sportives après vaccination par un vaccin Covid-mRNA

Cet article est une traduction de l'article de J. Murphy, C. Huber, « Student athletes perform worse than controls following Covid vaccines » [1]

Il s'agit de l'étude rétrospective des performances sportives de vingt jeunes athlètes-étudiants de Lycées et Collèges après vaccination par un vaccin anti-CovidmRNA [1]. La moitié d'entre eux était vaccinée et l'autre ne l'était pas (décision prise au préalable par leurs parents). Les activités sportives des deux groupes étaient les mêmes. Les auteurs ont aussi comparé les performances des sujets vaccinés avec leurs résultats antérieurs à la vaccination. On verra que les modifications observées après vaccination sont utiles pour illustrer les modifications cardiovasculaires apparaissant lors de la vaccination.

Les preuves de corrélation entre des lésions et des décès avec l'administration de vaccins CovidmRNA sont en train de s'accumuler et les études cliniques consacrées à ce phénomène se comptent par centaines [2]. Plus de I 500 types d'effets indésirables, dont beaucoup sont connus pour entraîner un handicap permanent, avec un total dépassant I58 000 cas, ont été trouvés après l'utilisation de vaccin anti-Covid Pfizer, et les auteurs encouragent les lecteurs à en lire la liste sur les 9 dernières pages du rapport joint ici [3]. Ce document de Pfizer n'avait pas été ouvert au public par la FDA qui voulait le rendre inaccessible avant 75 ans, a été déclassifié en décembre 2021 sur Ordre du Tribunal [4]. Les médecins et les scientifiques du monde entier se sont alarmés de voir les risques de lésions sévères et de décès dus à cette vaccination. Le Dr Sucharit Bhakdi, immunologiste et microbiologiste renommé, et le Dr A. Burkhardt, pathologiste, ont résumé le rôle direct de la vaccination dans les morts observées [5]. Les résultats d'autopsie montrent plus d'anomalies au niveau cardio-vasculaire que pour n'importe quel autre organe. L'élévation des marqueurs d'inflammation est corrélée avec les vaccins anti-Covid [6]. Et on pense que les morts soudaines observées parmi les athlètes pendant l'année 2021 depuis l'expansion de l'utilisation des vaccins anti-Covid est principalement due à une pathologie cardiaque ou cardio-vasculaire sévère.

Deux entraineurs partageaient l'entraînement des athlètes-étudiants et avaient des relations franches et informelles avec leurs élèves. Ils ont ainsi pu connaître leurs réactions après vaccination, de même qu'ils ont pu facilement savoir qui était vacciné et qui ne l'était pas. Une stricte anonymisation des sportifs, de leurs parents et de leurs entraîneurs a été respectée pour éviter l'aspect émotionnel lié à la propagande faite pour la vaccination par les leaders politiques. Le choix des parents, quant à la vaccination de leur enfant, n'a pas été connu ni par les entraîneurs ni par les auteurs de l'étude avant que celle-ci soit terminée.

Voici le rapport des entraîneurs obtenu rétrospectivement après leur observation des sujets vaccinés :

- 1. Aucun des sujets vaccinés n'a pu atteindre son niveau de performance antérieur à la vaccination. Tous ont été en dessous de leur niveau en 2020, selon les évaluations des deux entraîneurs.
- 2. Aucun des sujets vaccinés ne peut soutenir le même exercice pendant la durée qu'ils toléraient pourtant avant la vaccination.
- 3. Le temps de récupération après l'effort était plus long chez les vaccinés qu'avant la vaccination ; il était également plus long que chez les non vaccinés.
- 4. Après les injections de vaccin, la plupart sinon tous les vaccinés se plaignaient de l'une ou plus des réactions suivantes après vaccination :

Douleur thoracique / Sensation de vertige / Voir des étoiles / Se sentir près de s'évanouir / Souffle court Les jeunes sportifs parlaient à leur entraîneur spontanément et librement de ces symptômes.

- I. Les filles non-vaccinées étaient maintenant capables de battre les garçons vaccinés en compétition. Ceci est inattendu et considéré comme inhabituel par les entraîneurs.
- 1), 2), 3) et 5) sont encore observés chez tous les sportifs vaccinés, jusqu'à plusieurs mois après la vaccination. Par contre, les sportifs non-vaccinés n'ont eu aucun des symptômes ou déficit de leurs performances sportives ou de diminution de leur endurance, comme observé par les deux entraîneurs, et continuent à améliorer leurs performances et leur endurance, comme s'y attendaient les entraîneurs.

On peut s'attendre à ce que les athlètes aient une circulation sanguine plus efficace pendant un exercice que s'ils étaient sédentaires. Cette augmentation de la circulation a pour but de suppléer au besoin accru d'oxygène du corps et à l'élévation d'activité métabolique que requiert cet exercice.

Augmenter le flux sanguin requiert une augmentation du débit cardiaque et une vasodilatation artérielle. La vasodilatation coronaire est contrôlée par des mécanismes autorégulateurs, de même que l'innervation neurologique vasculaire médiée par le système nerveux autonome et les hormones servent à ajuster vasodilatation et vasoconstriction, si c'est rendu nécessaire par une activité physique.

Les vaccins CovidmRNA démarrent leur activité par la production de protéine Spike partout dans le corps. Les effets de cette protéine Spike sur les récepteurs ACE2 dans l'endothélium vasculaire sont une vasoconstriction. Le résultat peut être l'empêchement d'augmentation de flux sanguin et d'oxygène, au moment où la demande est la plus importante, pendant l'exercice. Les facteurs immunitaires et inflammatoires associés à la protéine Spike peuvent aussi affecter les cellules périvasculaires et périartérielles, aboutissant à une infiltration de lymphocytes T-CD8 et de lymphoctes NK [6]. Tout cela peut diminuer la vasodilatation coronaire.

De plus, les positions et les effets de la protéine Spike viennent compliquer le problème de l'apport de sang aux tissus coronaires et périphériques. Exsudant de la surface endothéliale, les protéines Spike sont arrimées sur les récepteurs ACE2. Ceux-ci sont suspectés d'affecter défavorablement un flux sanguin turbulent plutôt qu'un flux laminaire. Quand le sang stagnant s'accumule, la cascade des réactions de coagulation démarre de façon ubiquitaire dans tout le corps. De tels micro-caillots s'épaississent et ralentissent le flux sanguin, ce qui va encore plus empêcher la livraison de sang et d'oxygène dans les lits capillaires du cœur et à la périphérie. Donc, le flux sanguin coronaire peut être défavorablement affecté par une viscosité élevée, qui est aussi causée par une agrégation des globules rouges, provoquée par la protéine Spike par le biais d'une adhésion via la molécule CD 147. En résultat, le cœur se fatigue à pousser au travers des artérioles et des capillaires du corps un liquide plus visqueux que le sang normal.

Un tel mécanisme, décrit plus loin ici [7] crée un obstacle au passage optimal du sang, ce qui affectera nécessairement tous les receveurs de vaccins anti-Covid générateurs de protéines Spike. Nous devons donc recommander d'éviter l'utilisation de tout vaccin anti-Covid pour tous les enfants ou jeunes adultes qui prévoient ou réalisent un engagement dans les exercices physiques.

COLLECTIF REINFOCOVID, 10 avril 2022

#### Références

[1] J. Murphy, C. Huber, Student athletes perform worser than controls following Covid vaccines 20 jan 22 https://pdmj.org/papers/Student\_athletes\_perform\_worse\_than\_controls\_following\_Covid\_vaccines [2] Covid vaccines scientific proof lethal. Jan 5 2022 / https://www.saveusnow.org.uk/covid-vaccine-scientificproof-lethal/ [3] Cumulative analysis of post-authorization adverse event reports of PF-07302048 (BNT62B2) 28 Feb-2021 Pp. 30-38 https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6postmarketing-experiencee.pdf. / [4] US District Court. Northern District of Texas. Public Health and Medical Professionals for Transparency v Food and Drug Administration. Complaint for declaratory and injunctive relief https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/10/001-Complaint-101021.pdf / [5] S. BURKHARDT. On Covid Vaccines: why they cannot work, and irrefutable evidence of their causative role in deaths after vaccination. https://doctors4covidethics.org/wp-content/uploads/2021/12/end-covax.pdf [6] S. Gundry. Abstract 10712: Observational findings of PULS cardiac test finding for inflammatory markers in mRNA vaccines. Circulation. https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/circ.144.suppl 1.10712 / [7] C. HUBER. Heart damage from the Covid vaccines: is it avoidable? PDMJ 3 Jul 14 2021 https://pdmj.org/papers/myocarditis paper

https://reinfocovid.fr/science/baisse-des-performances-sportives-apres-vaccination-par-un-vaccin-covid-mrna/

### Notre santé est politisée



Infectiologue depuis 37 ans et professeur depuis 28 ans, j'ai dédié ma carrière à la médecine et aux patients, en respect du serment d'Hippocrate. l'ai eu l'opportunité de tenir les plus hautes fonctions.

Dès le début 2020, je me suis naturellement intéressé à ce nouveau coronavirus, le SARS-Cov-2, et plus particulièrement aux traitements et soins que l'on pouvait apporter aux patients infectés. Les règles de l'art de l'infectiologie incluent bien sûr les gestes barrières, les traitements précoces, le traitement hospitalier en cas d'aggravation, et enfin, les possibilités de traitements préventifs comme la vaccination. Les quatre piliers de la gestion d'une épidémie

de cette nature étant codifiés dans bien des textes.

Dès les premiers jours de l'épidémie, il m'a paru logique de traiter mes patients avec l'hydroxychloroquine, qui avait déjà fait ses preuves en Chine. L'équipe du Pr Raoult à l'IHU de Marseille a rapidement confirmé cette efficacité et a aussi montré l'intérêt majeur d'un antibiotique : l'azithromycine. Ces molécules sont connues et prescrites depuis des décennies. Mon équipe à Garches a même fait une étude clinique démontrant leur efficacité, quand elles sont associées et données tôt.

Mais nous avons reçu des pressions. C'est ce qui m'a poussé à écrire mon premier livre Y-a-t-il une erreur qu'ils n'ont pas commise ? Covid-19 : l'union sacrée de l'incompétence et l'arrogance, publié le 17 juin 2020. Je l'ai personnellement envoyé à nos gouvernants pour qu'ils considèrent d'autres voies.

C'était sans compter la machine de guerre qu'est l'industrie pharmaceutique, et le rouleau compresseur médiatique qui préparait les esprits à une politique sanitaire unique : pas de traitement, tout vaccin.

Ce n'est pas faute d'avoir alerté. En décembre 2020, je mettais en garde contre ces vaccins, qui n'étaient pas prêts. Il s'agissait de recherche médicale aux conséquences encore non connues. On a confondu vitesse et précipitation, et il va falloir beaucoup d'expérience et de recul avant de pouvoir statuer sur l'efficacité de ces injections, sans parler des effets secondaires. L'espoir de la population devrait se porter sur les traitements en phase précoce.

Mais de manière invraisemblable, le gouvernement d'Emmanuel Macron, par l'entremise de son ministre de la Santé Olivier Véran, persévèrent encore avec ces substances expérimentales, appelées à tort « vaccins », au grand dam de tous les principes éthiques. Raison pour laquelle le 31 mars 2021, je me fendais d'un second livre : Décidément ils n'ont toujours rien compris ! Celui qui dit la vérité doit être exécuté...

Aujourd'hui, c'est l'heure de vérité. Avec les enquêtes sénatoriales sur les effets secondaires des vaccins, le rôle des cabinets de conseil et plus particulièrement de McKinsey, de nombreuses enquêtes judiciaires, dont certaines à la Cour de justice de la République. L'élection approche, et c'est bien là le drame, que la santé devienne un sujet politique.

Christian PERRONNE (FranceSoir, version papier)

### Deux semaines pour aplanir le monde

« Tout ceci n'est qu'une digression. Le vrai pouvoir, celui pour lequel nous devons nous battre nuit et jour, n'est pas le pouvoir sur les choses, mais sur les hommes. Comment un homme affirme-t-il son pouvoir sur un autre ? ... En le faisant souffrir. L'obéissance ne suffit pas. S'il ne souffre pas, comment pouvez-vous être sûr qu'il obéit à votre volonté et non à la sienne ? Le pouvoir consiste à infliger la douleur et l'humiliation. Le pouvoir consiste à mettre en pièces des esprits humains et à les reconstituer dans des formes nouvelles qu'il aura choisies. Commencez-vous à entrevoir, alors, le genre de monde que nous sommes en train de créer ? » (George Orwell, 1984)

« Nous devenons esclaves au moment où nous remettons entièrement les clés de la définition de la réalité à quelqu'un d'autre, qu'il s'agisse d'une entreprise, d'une théorie économique, d'un parti politique, de la Maison Blanche, de Newsworld ou de CNN. » (B.W. Powe)

#### Le Covid-19 a disparu comme par magie.

Après plus de deux ans de bombardement ininterrompu de « nouvelles » sur le Covid, cela fait plus d'une semaine qu'aucun article sur le sujet ne fait la Une. Les médias donnent et les médias reprennent. En escamotant soigneusement la « crise Covid », les responsables de ces méfaits tentent de nous faire oublier ce qu'ils nous ont fait, à nous et à nos familles, et les dommages permanents qu'ils ont causés à la société. Repensez à ce qu'était la vie il y a deux ans et imaginez si quelqu'un vous disait qu'une « urgence sanitaire » nécessiterait une répression de toute vie sociale et économique.

Il est remarquable de constater que les ordres de santé publique sont passés rapidement de l'« aplanissement de la courbe » et du « ralentissement de la propagation » au confinement, à la répression, à la recherche des contacts, à l'isolement social, à la quarantaine, au port obligatoire d'un masque, à l'assignation à résidence de facto ou à l'enfermement – terme utilisé dans les camps d'esclaves et les prisons – et aux injections expérimentales obligatoires.

### Afin de « nous protéger », les politiques gouvernementales sont passées d'instructions inoffensives à des décrets draconiens.

La limitation du droit d'effectuer des transactions économiques de base, la limitation du droit à la liberté de mouvement, la limitation du droit de pratiquer une religion, la suspension du droit à l'éducation, le déni du droit à un moyen de subsistance, la suppression du droit de recevoir ou de refuser des soins médicaux, la suspension des réunions publiques, la suspension des jurys, la suppression du droit à la liberté d'expression, le déni du droit de réunion, et bien d'autres choses encore, sont devenus les nouveaux principes de fonctionnement du « Monde covidien ».

L'institution d'un État policier de biosécurité a vu le jour, conférant aux autorités sanitaires et Cie le pouvoir de mettre en quarantaine une personne considérée comme « infectée » ou ayant simplement été en contact avec un « cas » présumé. Pour que cela paraisse nécessaire et acceptable, un assaut psychologique intensif à large spectre contre nos sensibilités a été mis en œuvre. Le Covid-19 a été présenté comme la « nouvelle peste noire ».

Des « personnalités apparemment bien placées » nous ont dit que des millions de personnes allaient mourir, que la planète entière était en danger, qu'une réponse globale était nécessaire et que tout le monde devait s'aligner sur le programme pendant que des « héros » et des « experts » prenaient en charge cette nouvelle guerre mondiale pour nous protéger.

Des slogans illogiques conçus pour hypnotiser le public et lui faire adopter un état mental malléable ont été répétées à l'envi dans tous les médias, dans pratiquement toutes les institutions sociales et dans tous les domaines de la sphère publique.

« Aplanir la courbe », « Nouvelle normalité », « Distanciation sociale » et « Suivre la science » sont devenus les schibboleths de la nation. Les porte-voix médiatiques diffusent sans relâche ce double langage dans la psyché du public. Les oxymores et les euphémismes ont dominé les contours de tous les discours sur le « Covid ». Ces manipulations linguistiques ont été facilement absorbées et adoptées par une grande partie du public et sont devenues la phraséologie de la double pensée de l'ère du Covid.

**Note du traducteur :** Un schibboleth est un signe de reconnaissance qui ne peut être utilisé ou prononcé correctement que par les membres d'un même groupe qu'il soit national, social, religieux, professionnel ou autre. Son usage conditionne cette appartenance au groupe. En ce sens, l'auteur a raison de parler ci-dessous de mantra.

Les mantras de l'Ère du Covid ont été suivis d'une ribambelle de « règlements », de « conseils » et de « directives » arbitraires à même de provoquer des désorientations psychologiques, le tout rapidement mis en place, appliqué de manière sélective et modifié par la suite. Personne n'a été épargné. Les enfants ont fait l'objet d'attaques psychologiques soutenues, ils ont été étiquetés comme étant des « super propagateurs » et on leur a dit de ne pas s'approcher des grands-parents de peur qu'ils ne « tuent mamie ».

Opérant dans un brouillard de traumatismes psychologiques, tout un chacun s'est mis à évoluer dans un monde dépourvu de sourires et de rires, dans lequel les visages étaient cachés par des masques et étouffés par des tissus. Ce déluge de manipulations brutales était conçu pour nous conditionner à accepter les exigences tyranniques de la « nouvelle normalité ». La charge émotionnelle, due à l'alarmisme et à l'hystérie médiatique, a conduit les citoyens à se laisser apprivoiser mentalement, comme des captifs internés en hôpital psychiatrique qui viendraient implorer une « porte de sortie ».

La sortie préétablie et seulement « autorisée » de ce cauchemar viral exigeait que la société adopte le « remède » magique de l'injection « miracle ». Un miracle médical qui promettait d'être si efficace qu'il serait exigé année après année sans discontinuer. S'il n'était pas accepté, il serait imposé.

L'une des caractéristiques frappantes du *blitzkrieg* [guerre éclair - NdT] médiatique organisé autour de la « pandémie » de Covid – ou, pour être plus précis, du reportage sur la « pandémie » – est qu'il ressemble profondément à la « guerre contre le terrorisme » ou, en fait, à toute autre guerre, si l'on considère uniquement ses effets. Porter un masque est devenu un devoir patriotique. Le « théâtre du tout sécuritaire est devenu une caractéristique de la vie quotidienne. Le vaste carnage des politiques menées est passé sous silence en tant que « dommage collatéral ».

Dans le bruit et la fureur de ce bombardement médiatique, les preuves, l'observation et les évaluations – trois des principaux piliers de la science – ont été perdues. Ils ont été remplacés par des prévisions fantaisistes, des estimations générées par ordinateur ou d'autres « mesures scientifiques » qui ne doivent en aucun cas être remises en question, selon lesquelles les hôpitaux seraient débordés, les morgues déborderaient dans les rues et les crématoriums manqueraient de carburant pour brûler tous les cadavres. Même si l'observation directe et les données scientifiques réelles ont montré que rien de tout cela n'était vrai, l'appareil de santé publique et le poids écrasant des médias ont fait en sorte que le public ne soit pas exposé à une telle hérésie. Un rideau numérique de censure massive semblable à celui de McCarthy s'est abattu sur ce « Brave New World » caractérisé par une hystérie dénuée de faits. Aucune preuve ne pouvait ralentir la machine de propagande qui continuait à tourner à plein régime et à cracher un flot ininterrompu de slogans moralisateurs et de chiffres de mortalité exagérés. L'effet recherché était une panique généralisée, aboutissant à une psychose collective qui annulait toute pensée.

- « Nous n'avons pas le temps!»
- « Nous devons agir maintenant! »
- « Écoutez les experts!»
- « Suivez la science!»
- « Nous n'avons pas le luxe de la pensée critique ! »

Et le plus important :

« Tous ceux qui remettent en question le récit officiel doivent être condamnés. »

### Pour faire simple, le Covid-19 n'est en rien un événement épidémiologique, il s'agit d'une opération psychologique.

Deux ans plus tard, alors que les bureaucrates et les politiciens réduisent les restrictions liées au Covid afin d'apaiser l'agitation croissante, nous pouvons être assurés qu'ils insisteront pour conserver le « droit » de les imposer à nouveau, quand et comme bon leur semble. Tant que de « nouveaux variants rôderont dans le coin », les bureaucrates de la santé publique et les profiteurs de pandémies peuvent inventer la prochaine « urgence sanitaire » pour imposer davantage de confinement et d'isolement en cas de tout nouvel « événement viral » qui conviendrait à leurs objectifs politiques et financiers.

Bien que la propagande du Covid ait disparu [presque - NdT], nous devons absolument continuer à surveiller l'énorme accumulation de mensonges et à révéler la corruption généralisée qui caractérise l'« Ère du Covid ». C'est la seule voie vers la justice et c'est nécessaire pour se défendre contre de futurs épisodes d'hystérie « pandémique ».

En fin de compte, sans une analyse historique et actualisée du rôle de l'industrie médicale dans la promotion des programmes socio-économiques et politiques qui profitent aux élites dirigeantes, aucun débat exhaustif ni aucune

compréhension complète des conséquences dévastatrices des politiques de la « crise du Covid » ne sont possibles.

Il est essentiel de comprendre que l'industrie de la santé publique est désormais directement liée aux marchés mondiaux et fonctionne selon des demandes de ces conglomérats financiers [comme Vanguard et Blackrock - NdT]. Les pandémies fabriquées font partie désormais des gigantesques opportunités d'investissement qui augmentent la richesse des milliardaires et consolident davantage leur pouvoir.

**Note du traducteur**: En effet, l'influence, la fraude et la corruption sont les éléments du business model de l'industrie médicale et l'OMS *privatisé* est une « *une organisation soumise aux intérêts de ses financeurs et de ses conseilleurs* ». Voir l'excellent article d'AIMSIB: *De la grippe A(H1N1) à la Covid-19: l'OMS ne répond plus qu'aux industriels.* 

Il faut également se rendre compte que le but premier de l'industrie médicale n'est plus « l'art de guérir », mais plutôt un instrument financier au profit des investisseurs.

« Nous, le peuple », devons également prendre conscience que l'industrie médicale est désormais entièrement militarisée en tant que système punitif conçu pour traiter, déshumaniser et contrôler chaque personne qui fait partie du système. Sous nos yeux, nous avons vu précisément comment la simple existence biologique est criminalisée par ce même système.

Le tour de magie qui a conduit à faire disparaître [presque - NdT] le Covid de la scène médiatique et de la perception du public n'est pas dû à un quelconque miracle médical ou à la trajectoire naturelle d'un virus qui se serait affaibli. Il a été accompli par ceux qui ont fabriqué cette [pseudo - NdT] réalité et commis d'innombrables crimes, les mêmes qui se sont coordonnés pour s'éclipser, pour éviter toute enquête publique et pour échapper à toute conséquence juridique.

Bien que l'histoire du virus soit presque terminée, le sortilège qui a permis sa création n'a pas été levé. Le message urgent que nous devons tirer de ces deux dernières années est que nous sommes soumis à une guerre psychologique soutenue, et ce depuis déjà un certain temps.

Nous n'aurons vraiment gagné que lorsqu'il sera universellement établi que la liberté médicale n'est pas une marchandise négociable contrôlée par les bureaucrates de l'État, les opportunistes politiques ou le cartel médical. Rien ne sera gagné tant que l'idéologie selon laquelle l'État contrôle notre autonomie corporelle n'aura pas été complètement rejetée.

Cette histoire ne sera pas close tant que les individus et les institutions qui ont trompé le public et censuré et persécuté les voix dissidentes au cours des deux dernières années ne seront pas tenus publiquement responsables.

Cette bataille n'est pas terminée.

#### À propos de l'auteur

Michael Bryant est un journaliste indépendant, un activiste et un chercheur qui se concentre actuellement sur les questions relatives à la liberté en matière de santé. Son travail a été publié sur HealthFreedomDefense.org.

Source de l'article initialement publié en anglais le 25 mars 2022 : Off Guardian

Traduction et emphases : Sott.net

Michael BRYANT — Off Guardian
Sott.net
3 avril 2022

https://fr.sott.net/article/39794-Deux-semaines-pour-aplanir-le-monde

### La FDA autorise le remdesivir pour traiter le covid chez les enfants, sur la base d'un essai controversé



Molécule remdesivir, des laboratoires Giead. FS

La FDA approuve le remdesivir chez les enfants, sur la base d'un essai clinique de 53 patients pédiatriques présentant une infection confirmée par le Sars-CoV-2 léger, modéré ou sévère. Un essai thérapeutique sans « groupe contrôle », sur une très petite cohorte de patients et dans laquelle des effets indésirables et trois décès devraient soulever de nombreuses questions, même si le lien avec le médicament n'a pas été établi pour le moment.

#### La FDA approuve une demande d'autorisation pour le traitement des patients pédiatriques

Sur la base de son nouvel essai clinique réalisé par le laboratoire pharmaceutique Gilead, la Food and Drug Administration (FDA) américaine a approuvé le 25 avril une demande d'autorisation supplémentaire pour le Veklury (remdesivir) pour le traitement des patients pédiatriques âgés de plus de 28 jours, pesant au moins 3 kg et hospitalisés pour le Covid-19 ou présentant un Covid-19 léger à modéré et considérés à haut risque de progression vers une infection sévère pouvant conduire à l'hospitalisation ou au décès. Cette récente autorisation de Veklury fait suite à celle obtenue pour le traitement des patients adultes et adolescents non hospitalisés qui présentent un risque élevé d'évolution vers une forme sévère.

Dans l'indication élargie, un traitement de trois jours par Veklury est recommandé pour aider à prévenir l'hospitalisation des patients pédiatriques. Pour ceux qui sont hospitalisés, mais qui ne nécessitent pas de ventilation mécanique invasive et/ou d'ECMO (technique d'oxygénation dans les formes les plus sévères de détresse respiratoire aigüe, permettant l'oxygénation non plus à travers le poumon physiologique, mais à travers une membrane extracorporelle), un traitement de cinq jours est recommandé.

« Comme le Covid-19 peut provoquer une maladie grave, chez les enfants, dont certains n'ont actuellement aucune option de vaccination, il reste nécessaire de disposer d'options thérapeutiques sûres et efficaces contre le Covid-19 pour cette population », a déclaré Patrizia Cavazzoni, M.D., directrice du Center for Drug Evaluation and Research de la FDA. « L'approbation aujourd'hui du premier traitement contre le Covid-19 pour cette population démontre l'engagement de l'agence à répondre à ce besoin » a écrit la FDA lors de son approbation.

#### L'essai de Gilead en question

L'essai thérapeutique Gilead interroge d'abord sur la méthodologie. La question qui se pose en premier lieu tient à l'effectif très petit de 53 patients seulement. S'il n'est pas rare dans le champ des maladies rares ou en pédiatrie de réaliser des essais cliniques qui ne permettent pas de recruter un nombre de patients suffisants, la question du niveau de preuve doit néanmoins être posée et la prudence quant aux résultats obtenus devrait être observée.

L'autre problème tient à l'absence de groupe contrôle, puisqu'il s'agit d'un essai thérapeutique à un bras. Gilead écrit dans son étude, qu'aucun signal de sécurité n'est apparu chez les patients traités par Veklury. Pourtant, des effets indésirables et le décès de trois patients ont cependant été signalés. Dans le détail, les effets indésirables ont été ressentis sur 38 patients (72%), parmi lesquels onze d'entre eux (21%) ont présenté des effets secondaires graves et trois décès. Selon les auteurs de l'essai thérapeutique, les effets secondaires et des décès seraient liés aux conditions médicales sous-jacentes des participants avant l'entrée dans l'étude ou avec la maladie Covid-19 pendant l'hospitalisation. Des affirmations qui interrogent puisqu'en l'absence de groupe contrôle, il n'existe aucune possibilité de comparaison. Et, si le lien entre les effets secondaires, les décès et la prise de cette molécule n'a pas été établi, l'absence de lien n'a pas été prouvée non plus.

Les mêmes problèmes méthodologiques se posent quant à l'affirmation de l'efficacité de cette médication. Là encore, sans un groupe témoin, ces affirmations peuvent être questionnées. En effet, si cette étude avait comporté un groupe placebo, cela aurait permis de mettre en évidence s'il a existé ou non une amélioration au sein du groupe de patients ayant reçu un produit sans effet thérapeutique.

Enfin, il manque des données de pharmacocinétique, puisque cette autorisation rapide ne permet pas d'étudier le devenir du médicament dans l'organisme dans ses différentes étapes que sont l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'élimination. Or, plusieurs médecins ont mis en garde contre des insuffisances rénales et hépatiques suite à l'administration de cette molécule.

Par ailleurs, on peut s'étonner que des patients reçoivent encore un traitement par remdesivir depuis la parution d'une très grande étude réalisée dans 405 hôpitaux, 30 pays différents et 11 000 patients et qui concluait le 9 octobre 2020 que « l'hypothèse que le remdesivir puisse empêcher une fraction substantielle des décès est absolument exclue ».

À la suite de ces résultats, le 20 novembre 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avait fait paraître un communiqué dans lequel elle mentionnait : « Le médicament antiviral remdesivir n'est pas recommandé pour les patients admis à l'hôpital avec la Covid-19, quelle que soit la gravité de leur maladie. Car il n'y a actuellement pas de preuve qu'il améliore la survie ni qu'il permette d'êviter d'être placé sous ventilation artificielle ».

Mettre en évidence l'efficacité du remdesivir thérapeutique pour les enfants et l'absence d'effets secondaires demanderait de lancer une étude à une plus large échelle avec un groupe témoin, sans quoi les résultats obtenus jusqu'à présent peuvent ne pas être considérés comme « fiables » et « intègres » au regard des bonnes pratiques cliniques.

FRANCESOIR, publié le 11/05/2022

### Le Scandale du Rivotril

« L'état de crise permanent » que nous vivons depuis 2 ans, a jusqu'ici permis au pouvoir en place de continuer son rouleau compresseur sans permettre à quiconque de dresser un bilan. Nous avons détaillé beaucoup de points sur cette chaîne au fur et à mesure des remontées de données.



Parmi tous les éléments utilisés depuis 2 ans pour entretenir la psychose, le scandale du Rivotril est unique en son genre. Il ne s'agit pas d'une arnaque de comptage comme nous avons pu le voir sur les tests ou la surdéclaration dans les hôpitaux, mais bien de personnes qui sont décédées parce qu'on leur a injectée cette substance, sous prétexte d'une suspicion d'infection au Covid-19. Il y a donc une vraie hausse artificielle de mortalité, qui a pu être déclarée très commodément « causée » par la maladie.

#### L'audition à l'assemblée nationale : le scandale aurait dû éclater en juillet 2020

Le mardi 7 juin 2020 à partir de 17 h a eu lieu un session extraordinaire de l'assemblée nationale qui a vu les auditions de Mme Astrid Petit, membre de la direction fédérale de la fédération Santé et action sociale de la Confédération générale du travail (CGT); M. Gilles Gadier, secrétaire fédéral de la fédération des personnels des services publics et des services de santé Force ouvrière (FO); M. Olivier Youinou, co-secrétaire du syndicat Solidaires, unitaires et démocratiques (SUD) santé sociaux solidaires de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP); Mme Clotilde Cornière, secrétaire nationale de la fédération santé sociaux de la Confédération française démocratique du travail (CFDT); M. Maxime Sorin, conseiller technique pour l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) santé et sociaux public et privé. Le compte rendu est disponible sur internet.

Le Rivotril est évoqué à partir de la déclaration de M. Olivier Youinou :

« Je pense que des choix ont été faits, en particulier dans les EHPAD.

Outre la note ministérielle qui a été évoquée, il y a eu le décret n° 2020-360 du 28 mars 2020, complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, dit décret rivotril. Dans le contexte de la crise liée au covid-19, on a jugé que des patients, essentiellement parce qu'ils étaient âgés, avaient une balance bénéfice-risque qui conduirait les réanimateurs à dire qu'ils auraient du mal à les sortir de la réanimation, mais cela reposait sur des données statistiques et non sur des données réelles, sur des études cliniques.

C'est particulièrement vrai au sujet de l'hospitalisation à domicile (HAD) – je pensais qu'Astrid Petit en parlerait. On a mis en place à l'Assistance publique des groupes d'intervention rapide (GIR). Vous imaginez, rien que sur le plan lexical, ce que cela peut vouloir dire – on n'est pas tellement dans le champ hospitalier. Les équipes hospitalières intervenaient dans les EHPAD pour mettre en place un protocole préétabli, faisant notamment appel au rivotril, pour des personnes âgées présentant une dépression respiratoire. »

M. Éric Ciotti, le rapporteur a ajouté : « C'est un protocole de fin de vie ».

M. Olivier Youinou a confirmé : « C'est ce qui a été appelé le "protocole palliatif covid" ».

On apprend à la lecture de ce texte que l'APHP a mis en place des groupes d'intervention rapide dont le but n'était pas de se déplacer pour soigner des patients en détresse, mais bien de leur injecter du Rivotril pour « accompagner » leur fin de vie.

Pour mémoire, nous avons déjà montré dans 2 vidéos réalisées grâce aux rapports de l'ATIH, que finalement les hôpitaux français n'ont jamais été saturés en 2020, et plus particulièrement, les services de réanimation non plus. Il est donc pour le moins choquant que l'APHP décide aussi promptement de mettre des moyens humains pour accompagner les décès, plutôt que pour s'occuper des malades.

Ces groupes d'intervention rapide ont été mis en place à la suite du fameux « décret Rivotril ».

L'article 12-3 du chapitre 7 du Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire qui décrète une dérogation au Code de la santé publique :

« La spécialité pharmaceutique Rivotril ® sous forme injectable peut faire l'objet d'une dispensation, jusqu'au 15 avril 2020, par les pharmacies d'officine en vue de la prise en charge des patients atteints ou susceptibles d'être atteints par le virus SARS-CoV-2 dont l'état clinique le justifie sur présentation d'une ordonnance médicale portant la mention "Prescription Hors AMM dans le cadre du covid-19". »

Le Rivotril est un médicament antiépileptique dont l'utilisation n'a habituellement rien à voir les infections respiratoires, ni l'accompagnement palliatif par sédation. Dans la notice du Vidal, il est mentionné comme contre-indications :

« Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

Insuffisance respiratoire grave,

Syndrome d'apnée du sommeil,

Insuffisance hépatique grave,

Myasthénie ».

Ainsi, la dérogation du décret ne propose pas l'utilisation d'un sédatif, mais d'un médicament déclenchant l'arrêt de la respiration du patient et donc son décès anticipé. Il s'agit donc d'un protocole de fin de vie sans demander l'avis du patient, et pour lequel il suffit que le patient soit soupçonné d'être atteint du SARS-COV-2, ce qui ouvre la voie à toutes les dérives possibles.

Il est donc nécessaire de savoir combien de personnes âgées ont « bénéficié » de cette mesure, ainsi que son impact sur les statistiques de mortalité.

#### L'accélération des décès en Ehpad

Le décret Rivotril a eu cours du 28 mars au 11 mai 2020. Cette période est précisément celle avec le plus fort nombre de décès quotidiens depuis la canicule de 2003.

L'analyse des ventes de Rivotril en pharmacie dans sa forme injectable, disponibles sur la base Médic'AM, reflète l'ampleur de l'utilisation de ce produit (Figure 1).

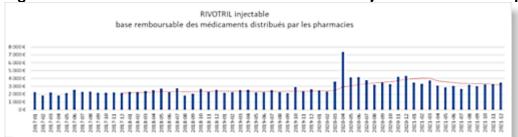


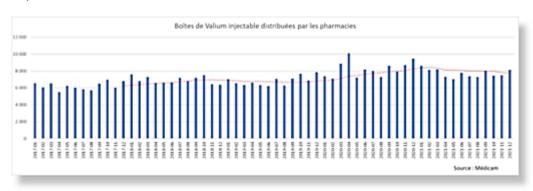
Figure 1 : Base remboursable mensuelle de Rivotril injectable distribué en pharmacie

Ainsi, contrairement aux antibiotiques, dont la vente a chuté suite aux directives du gouvernement, les ventes de boîtes Rivotril dans sa forme injectable ont augmenté de 59 % au mois de mars et de 227 % en avril, relativement à la moyenne observée entre 2017 et 2019. Cette augmentation sur mars-avril représente 1 700 boîtes du produit vendues en plus de l'habitude (Figure 2).

Figure 2 : Nombre de boîtes de Rivotril injectable distribuées en pharmacie chaque mois

Précisons que chaque boîte contient 6 ampoules dont une à 2 sont utilisées par patient dans le cadre d'une fin de vie. Ces statistiques ne reflètent que partiellement l'utilisation de cette molécule, car elles ne prennent en compte que les doses distribuées par les pharmacies de ville, et donc pas celles en provenance directe de l'hôpital. Depuis le début de la crise Covid, soit entre mars 2020 et mars 2021, 8 200 boîtes supplémentaires à l'habitude qui ont été vendues, soit plus de 48 000 ampoules.

De la même manière, les ventes de Valium injectable, qui sert classiquement à accompagner la fin de vie, ont explosées en mars-avril 2020.

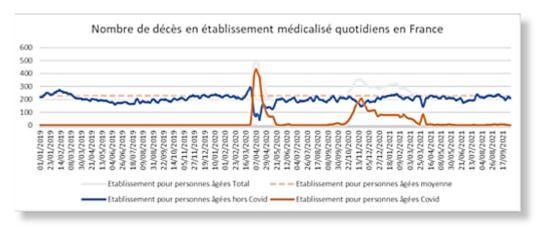


Au total 5 000 boîtes de plus ont été vendues sur la période. Comme le Rivotril, cette habitude a visiblement perduré dans le temps. Plus de 22 000 boîtes supplémentaires à l'habitude ont été distribuées par les pharmacies entre mars 2020 et mars 2021.

Pour tenter de mesurer l'impact de cette décision de privilégier la fin de vie plutôt que le soin, nous pouvons comparer l'évolution des décès quotidiens en Ehpads toutes causes confondues depuis les données de l'INSEE à celles déclarées comme « Covid-19 » sur le portail data.gouv.fr (sur lequel on remarque que désormais les données des Ehpads ont été masquées pour la période avant l'été 2020, mais que l'on peut retrouver en utilisant les archives du web)

Cette comparaison des décès déclarés Covid-19 et des décès toutes causes dans les Ehpads présente ainsi des incohérences massives (Figure 3). Par exemple, autour du 31 mars, la quasi-totalité des décès des Ehpads sont enregistrés dans les statistiques Covid-19 alors que moins de la moitié des départements français connaissent une surmortalité et sont considérés touchés par cette pathologie.

Figure 3 : Nombre de décès quotidiens en établissement médicalisé en France



On constate que les remontées de décès Covid-19 arrivent massivement au moment de la promulgation du décret dérogatoire concernant le Rivotril. De plus, même après la fin de la période de surmortalité française à partir du 1er mai, des décès Covid-19 ont bien été enregistrés dans les Ehpads jusqu'à la fin de la validité du décret.

Il est évident qu'une intervention médicamenteuse ayant pour conséquence d'accélérer le décès de patients en fin de vie, a des répercussions sur les statistiques de décès. Dès lors, la « surmortalité » constatée sur courte période n'est pas le signe d'un plus grand nombre de décès à moyen terme, mais uniquement d'un regroupement artificiel de décès sur les mêmes dates.

Sur la période du 28 mars au 30 avril, la surmortalité en EHPAD comparativement à la moyenne 2017-2019 est d'environ 5 100 personnes. Pendant cette période, 1 700 boîtes de Rivotril ont été distribuées en plus de l'habitude. Chaque boîte contient 6 ampoules dont jusqu'à 2 sont utilisées pour « accompagner » un décès. Il y a donc potentiellement 3 décès par boîte, soit 5 100 décès anticipés.

Si on considère que l'utilisation du Rivotril a accéléré le décès des personnes qui ont bénéficié de ce « traitement », alors la totalité de la surmortalité en Ehpads sur cette période peut s'expliquer par l'utilisation du Rivotril en lieu et place des traitements habituels.

#### Le non soin à l'hôpital

Les hôpitaux ont commencé à remonter des décès Covid-19 à partir du 18 mars 2020 (Figure 4, courbe orange). On constate, en effet à partir de cette date, une augmentation du nombre de décès dans la mortalité générale de l'hôpital (courbe grise).



Figure 4 : Nombre de décès quotidiens à l'hôpital en France

Le nombre de décès enregistrés à l'hôpital entre novembre 2019 et février 2020 est en moyenne de 931 par jour. Ce nombre a bien été franchi quotidiennement à partir du 18 mars 2020, date à laquelle les hôpitaux ont commencé à remonter des décès liés à la Covid-19, et jusqu'au 18 avril 2020, avec un maximum à 1 345 le 31 mars 2020. Durant cette période entre le 18 mars 2020 et le 18 avril 2020, le nombre de décès à l'hôpital est passé en moyenne à 1 150 par jour. Cela représente donc 200 décès de plus par jour par rapport à l'habitude. Pendant cette période, le nombre de décès identifiés Covid-19 a été de 370 par jour en moyenne. Ainsi, le nombre de décès remontés déclarés Covid-19 est 2 fois plus élevé que l'augmentation du nombre de décès total constatée.

À partir du 18 mars, plus les hôpitaux remontent de décès liés à la Covid-19 et moins ils remontent de décès liés à d'autres pathologies. On voit nettement la courbe bleue baisser lorsque la courbe orange augmente et inversement.

Au bilan, la surmortalité hospitalière représentant le surnombre de décès à l'hôpital sur la période du 18 mars au 30 avril 2020 est de 7 170 personnes. Ce nombre est 2 fois plus petit que le nombre de décès attribués à la Covid-19 par l'hôpital sur cette période : 14 283. Il semble donc y avoir un sérieux problème de surévaluation statistique.

Du côté de la surévaluation statistique, le site géodes précise le changement de comptage opéré à partir du 31 mars 2020 : jusqu'au 31/03, les instructions aux établissements de santé pour créer un dossier patient dans SI-VIC étaient un diagnostic de Covid-19 confirmé biologiquement.

Depuis le 31/03, les établissements de santé doivent saisir systématiquement dans SI-VIC les patients hospitalisés présentant un diagnostic de Covid-19 confirmé biologiquement OU une TDM thoracique évocatrice de diagnostic de Covid-19. Toutefois, un établissement peut créer un dossier patient sur une base de forte suspicion clinique ou d'une imagerie évocatrice, puis effacer ultérieurement le dossier si le test s'avère négatif.

On observe que le nombre de décès Covid-19 remontés par les hôpitaux dans la semaine du lundi 23 mars 2020 au dimanche 26 mars 2020 est de 282 en moyenne. Cette moyenne explose à partir de la semaine suivante pour passer à 469, puis 480, avant de commencer à redescendre avec l'arrivée des beaux jours. On ne peut pas écarter l'hypothèse que l'augmentation très forte visible fin mars vienne uniquement du changement de la stratégie de comptage où toute personne qui tousse est comptabilisée Covid-19.

Il reste cependant une surmortalité de 7 000 personnes sur la période. Deux membres du Conseil Scientifique, Arnaud Fontanet et Simon Cauchemez ont publié un article dans Science utilisant les données hospitalières françaises et notamment le nombre de jours entre la prise en charge du patient et son décès. Les courbes les plus intéressantes ont été supprimées de l'article principal, mais sont toujours disponibles dans les données complémentaires. À la page 16 est détaillé le nombre de jours que mettent les patients arrivant à l'hôpital avant de décéder (Figure 5).

Figure 5 : Délai entre l'entrée à l'hôpital et le décès

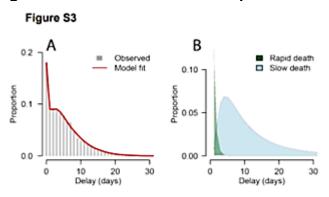


Figure S3: Fit of delays from hospitalization to death. (A) Observed and fitted distribution of delays between hospital admission and death. (B) Model estimates of distribution of rapid decline and slow decline. Models fitted to take into account that in a growing epidemic, observed deaths will be biased towards ones that die quickly.

Ainsi, 17 % des patients décèdent le jour même de leur arrivée à l'hôpital. On observe d'ailleurs une très forte différence entre le nombre de décès au jour I et le nombre de décès au jour 2, illustrant qu'une grosse partie des arrivées n'est plus « sauvable ». Ces 17 % de patients arrivés trop tard parmi les 17 000 de l'étude représentent 2 800 personnes. Si on considère qu'un décès dans les 3 premiers jours d'hospitalisation révèle la prise en charge de ces personnes « non sauvables », le total de décès concerné est alors de 6 000. Pour mémoire, nous avions vu que la surmortalité à l'hôpital sur cette période est de 7 000 personnes. Ainsi, la quasi-totalité de la surmortalité hospitalière s'explique par ces décès précoces.

Or, l'hôpital a également appliqué la directive « Rivotril » et a donc administré ce produit de manière importante pour accélérer le décès des patients suspectés de Covid-19. Cependant, il est impossible aujourd'hui de savoir combien de patients ont « bénéficié » du « traitement au Rivotril » sur cette période puisque les statistiques hospitalières ne sont pas diffusées.

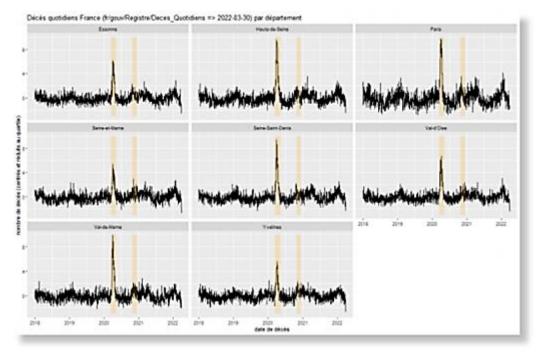
Il serait très intéressant pourtant d'ouvrir une enquête pour savoir combien de médecins ont utilisé ce protocole et combien de fois.

#### L'euthanasie devenue une habitude pour certains

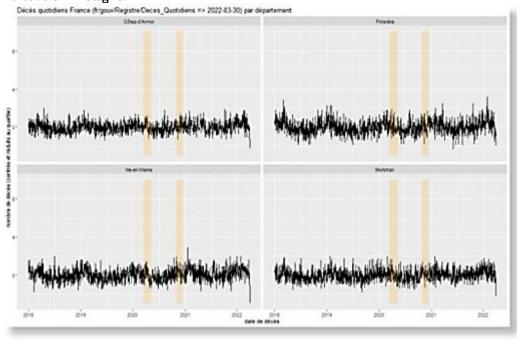
Nous avons vu en début de présentation que l'APHP (les hôpitaux de Paris) ont mis en place des Groupes d'Intervention Rapide pour aller administrer du Rivotril dans toute l'île-de-France. Or la fameuse « surmortalité » de mars-avril 2020 n'a quasiment eu lieu qu'en Île-de-France.

Pour s'en rendre compte, nous pouvons mettre à la même échelle les décès dans tous les départements français (nous avons centré par la moyenne et réduit au quartile les données des décès depuis 2018, chaque point représente le nombre de quartiles d'écarts par rapport à la moyenne).

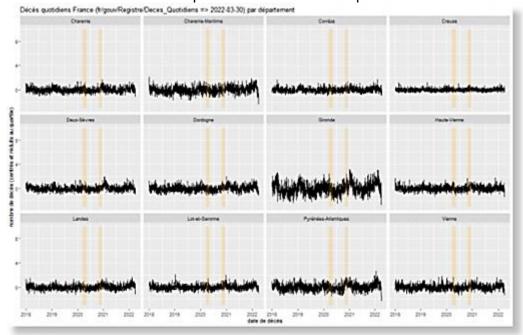
Nous avons matérialisé en jaune les périodes de confinement français.



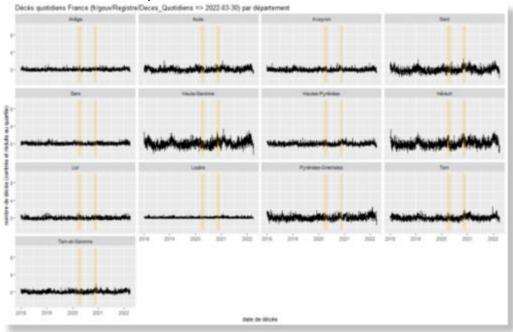
On observe bien des pics de décès impressionnants dans les 8 départements d'île-de-France sur la période de mars-avril 2020. Les pics sur cette période sont tous compris entre 5 et 9 fois le premier quartile de décès. Ces pics de décès de mars-avril n'existent quasiment nulle part ailleurs. Par exemple, il n'y en a pas eu du tout en Bretagne.



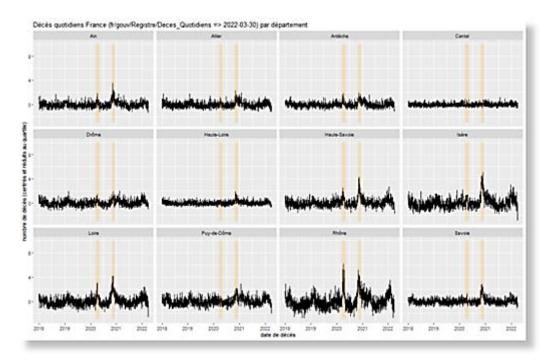
#### Ni même dans aucun des 12 départements de Nouvelle-Aquitaine.



#### Ni dans aucun des 13 départements d'Occitanie.



En Auvergne Rhône-Alpes, seul le département du Rhône, dépendant des hôpitaux de la métropole lyonnaise, est concerné.



Au total, en dehors des 8 départements franciliens, seuls 5 départements présentent au moins une journée dont l'écart à la moyenne est au moins supérieur à 4 quartiles (Rhône, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Moselle et le Nord). Il est donc urgent de libérer les données de délivrance de Rivotril par les hôpitaux pour vérifier à quel point ces hausses de mortalité ne sont pas uniquement du fait de la stratégie choisie. Chacun comprendra que quand on ne soigne pas les gens, ils survivent moins bien, mais pire, quand on les euthanasie, ils ont tendance à mourir.

Nous avons remarqué que la vente de Rivotril n'est jamais redescendue à son niveau normal (Figure 2). De fait, un décret du 31 mai 2020 a repris à l'identique les dispositions du décret du 23 mars 2020, suivi encore par un décret du 16 octobre 2020. Entre mars 2020 et mars 2021, 8 200 boîtes supplémentaires à l'habitude qui ont été vendues par les pharmacies, soit plus de 48 000 ampoules. Elles représentent 24 000 décès anticipés, tout cela sans prendre en compte le nombre de doses délivrées directement par les hôpitaux.

Il est visible que les hausses de mortalité ont lieu dans des endroits très précis, et aux moments où sont délivrés en grand nombre des produits servant à euthanasier des patients. Il est donc plus qu'urgent d'ouvrir une enquête, en exigeant l'accès aux données des médicaments injectés à tous les patients, hospitalisés, en Ehpad ou à domicile depuis 2020. Il est nécessaire d'interroger le petit nombre de praticiens qui semble faire une forte utilisation du Rivotril. Cette substance n'a jamais été un médicament distribué à grande échelle pour soigner des gens, mais il a bien été utilisé pour mettre un terme à la vie de patients sans leur consentement, dans des endroits très précis, et sous prétexte sanitaire. C'est un des plus gros scandales que nous vivons depuis 2 ans. À la fois ces gens n'ont jamais demandé à être euthanasiés de la sorte, loin de leurs proches, mais en plus ces morts ont servi à entretenir la panique en gonflant artificiellement la mortalité de 2020. Quand il n'y a pas assez de morts pour justifier la psychose, on trouve des serviteurs zélés pour y remédier.

Agoravox 19 mai 2022

https://fr.sott.net/article/40025-Le-Scandale-du-Rivotril

# L'utilisation du paracétamol dans le Covid : une erreur/obstination préjudiciable pour la santé ?



« Doliprane et restez chez vous »! © Mychele Daniau / AFP/Archives

Dr Jean-François Lesgards et Julien Eard, dans cette tribune, analysent la politique du « paracétamol et restez chez vous » utilisée à l'envi pendant la crise sanitaire, qu'ils jugent « contreproductive en termes de santé comme en termes de coût ». Pour cela, ils traitent dans une première partie de l'historique du médicament depuis le début de la crise, en soulignant notamment les désaccords entre le gouvernement et les autorités sanitaires. Puis, ils analysent les effets néfastes du Doliprane, notamment dans le cadre du traitement contre le Covid-19.

# TRIBUNE — Historique 2020-2022 de l'utilisation et des recommandations concernant l'usage du paracétamol et de l'ibuprofène/anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Le ministre de la Santé, Oliver Véran, a tweeté le samedi 14 mars 2020 que les personnes suspectées de Covid-19 devraient éviter les anti-inflammatoires. « La prise d'anti-inflammatoires (ibuprofène, cortisone...) pourrait être un facteur aggravant de l'infection. Si vous avez de la fièvre, prenez du paracétamol », a-t-il dit. (BMJ, 2020)

À l'opposé, quatre jours plus tard, le 18 mars 2020, l'EMA publiait un communiqué remettant en cause ce tweet : « Il n'existe actuellement aucune preuve scientifique établissant un lien entre l'ibuprofène et l'aggravation de la Covid-19. L'EMA suit la situation de près et examinera toute nouvelle information disponible à ce sujet dans le contexte de la pandémie. » Elle recommande donc les deux : « Lors du début d'un traitement contre la fièvre ou la douleur dans le Covid-19, les patients et les professionnels de la santé doivent envisager toutes les options de traitement disponibles, y compris le paracétamol et les AINS. ».

De plus, le 19 avril, l'OMS publiait un rapport scientifique avec 13 références sur la base de 73 études, dont la conclusion était : « À l'heure actuelle, il n'y a aucune preuve d'événements indésirables graves, d'utilisation des soins de santé aigus, de survie à long terme ou de qualité de vie chez les patients atteints de Covid-19, à la suite de l'utilisation d'AINS. ».

Aux États-Unis, la FDA de son côté, le 19 mars 2020, écrit qu'elle « a pris connaissance d'articles de presse indiquant que l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), tels que l'ibuprofène, pourrait aggraver la maladie à coronavirus (Covid-19). Ces reportages médiatiques faisaient suite à une lettre du 11 mars 2020 dans la revue médicale The Lancet, qui émettait l'hypothèse qu'une enzyme (protéine qui facilite une réaction biochimique dans le corps) est augmentée par les AINS et pourrait aggraver les symptômes de la Covid-19. L'agence ajoute qu'« à l'heure actuelle, la FDA n'a pas connaissance de preuves scientifiques reliant l'utilisation d'AINS, comme l'ibuprofène, à l'aggravation des symptômes de la Covid-19. L'agence étudie cette question plus avant et communiquera publiquement lorsque plus d'informations seront disponibles. »

C'est donc une simple phrase sans référence scientifique (« ACE2 peut également être augmenté par les thiazolidinediones et l'ibuprofène »), dans l'étude du Lancet du II mars, qui traite du Covid et des diabétiques (Fang L et al., 2020), qui est utilisée par Olivier Véran pour justifier des recommandations en faveur exclusivement du Paracétamol/Acétaminophène (Doliprane). Ce tweet, sans aucune recherche approfondie et sur la base d'une hypothèse, exclut l'utilisation de l'ibuprofène et des AINS. Et ceci est toujours d'actualité

alors que, comme on l'a vu, quelques jours plus tard, les grandes agences de santé envoient des recommandations différentes.

Le 16 mars, l'auteur principal de l'article du Lancet, le Dr Michael Roth, directeur d'un groupe de recherche au Département de biomédecine de l'Université et de l'Hôpital universitaire de Bâle, commente alors l'article et sa phrase relative à l'ibuprofene, probablement en réaction au tweet du ministre, puisque c'est avant les recommandations de l'EMA, de l'OMS et de la FDA: « Ce soupçon, qui a été expressément formulé comme une hypothèse, s'adresse aux scientifiques en vue d'une enquête plus approfondie fondée sur des données supplémentaires sur les patients. Cela ne constitue pas une recommandation d'utiliser ou non certains médicaments. Les patients doivent toujours suivre les instructions données par leur médecin », déclare-t-il.

Le site de l'Université de Bâle poursuit : « En soi, l'enzyme ACE2 est une protéine très précieuse qui favorise la régénération des tissus. Des études antérieures ont montré que les inhibiteurs de l'ACE et les bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine entraînent une formation accrue d'ACE2. Malheureusement, le coronavirus SARS-CoV-2 se lie à cette protéine et l'utilise pour pénétrer dans les cellules, où il se multiplie. » Et selon le professeur Michael Roth, des relations similaires ont été décrites suite à la pandémie de SARS de 2002-2003.

Le site continue : « Certains patients souffrant de maladies cardiaques, d'hypertension ou de diabète sont en effet traités avec des médicaments qui augmentent la quantité d'ACE2. » Et, le Dr Roth conclut : « Pour cette raison, nous suggérons de poursuivre les recherches sur l'utilisation de ces médicaments chez les patients atteints de Covid-19 ».

En effet, comme on le sait déjà, la protéine ACE2, tout en étant le récepteur du virus SARS-CoV-2 joue un rôle très bénéfique dans la santé sur l'équilibre de la tension artérielle (système rénine-angiotensine), de l'inflammation et dans beaucoup d'aspects positifs dans la Covid, qui est une pathologie inflammatoire. Ainsi, se fonder sur une hypothèse ne privilégiant qu'un aspect simpliste de la question complexe de la maladie Covid et en faire une recommandation générale à ce moment de la pandémie, est un raccourci scientifique hasardeux aux conséquences potentiellement importantes. Depuis, des études ont montré que le paracétamol, comme l'ibuprofène, n'augmentait pas les niveaux d'ACE2 et que l'ibuprofène avait même une activité antivirale *in vitro* (de Bruin N et al., 2022).

Les recommandations de l'EMA, de l'OMS et de la FDA sont prises en compte dans de nombreux pays comme au Royaume-Uni, où ce changement a été acté au contraire de la France, dès le 17 avril : les agences britanniques des médicaments ont changé leurs conseils sur l'ibuprofène pour dire que le médicament pouvait être utilisé pour traiter les patients présentant des symptômes de Covid-19, même si les preuves qui ont motivé la révision n'ont pas été rendues publiques (Torjesen I, 2020). Le changement fait suite à un examen par le groupe de travail d'experts de la Commission des médicaments à usage humain (CMH) sur le Covid-19 ainsi que des examens antérieurs des preuves, qui a conclu qu'il n'y avait actuellement pas suffisamment de preuves pour établir un lien entre l'utilisation de l'ibuprofène ou d'autres médicaments inflammatoires non stéroïdiens (AINS), et le fait de contracter ou d'aggraver la Covid-19 (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, 2020). L'examen du groupe n'a pas été publié, mais a incité l'Agence de réglementation des médicaments et des produits de santé (MHRA), le NHS England et le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) à mettre à jour leurs conseils pour déclarer que les patients pouvaient prendre du paracétamol ou de l'ibuprofène contre les symptômes de la Covid-19, comme la fièvre et les maux de tête (Powis S, 2020).

Il semble qu'Olivier Véran ait aussi été influencé par des médecins français ayant alerté sur la toxicité des antiinflammatoires « type ibuprofène », qui ont participé à un reportage pour le journal 20Minutes, dont voici un paragraphe très négatif sur l'utilisation de l'ibuprofène (Bosredon, 2020) :

### « Tous les patients en réanimation avaient pris des anti-inflammatoires

À Bordeaux, on confirme que les cas graves de Covid-19, ne touchent pas que les personnes âgées : les quatre premiers patients admis sont tous jeunes, l'un ayant même seulement 26 ans. » « Nous avons une population différente de celle décrite par nos collègues chinois », confirme le Dr Benjamin Clouzeau (anesthésiste-réanimateur au CHU de Bordeaux). « Mais nos malades ont tous le même profil, et j'insiste là-dessus : ils ont tous pris des anti-inflammatoires type ibuprofène, pour traiter les symptômes de fébrilité. Il faut bannir cela. »

Le 27 mars 2020, seulement quelques jours plus tard, le Dr FitzGerald GA réagit dans le journal Science (FitzGerald GA, 2020) en accusant Olivier Véran de semer la confusion en ce début de pandémie : « Alors que la pandémie de maladie à coronavirus 2019 Covid-19 continue de s'accélérer, le ministre français de la Santé, Olivier Véran, a semé la confusion en affirmant sur Twitter que des anti-inflammatoires comme l'ibuprofène ou la cortisone pourraient aggraver l'infection. Cependant, les preuves scientifiques n'indiquent pas que la consommation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) met les patients à risque d'une maladie plus grave, alors qu'ils pourraient

autrement avoir une infection légère ou asymptomatique par le syndrome respiratoire aigu sévère du coronavirus (SARS-CoV-2). Les personnes qui prennent des AINS pour d'autres raisons ne doivent pas arrêter de le faire de peur d'augmenter leur risque de Covid-19. »

Ceci a été repris dans le journal le Guardian (Willsher K, 2020).

Beaucoup de scientifiques ont donc réagi au tweet d'Olivier Véran. On rappelle aussi les mots prudents de la FDA : « À l'heure actuelle, la FDA n'a pas connaissance de preuves scientifiques reliant l'utilisation d'AINS, comme l'ibuprofène, à l'aggravation des symptômes de la Covid-19. L'agence étudie cette question plus avant et communiquera publiquement lorsque plus d'informations seront disponibles. »

Ce tweet un peu rapide n'est pas sans rappeler un autre cas lié au Lancet, sur une autre molécule et avec la même rapidité. Le même Lancet qui publiait en 2021 une étude disant : « L'utilisation d'AINS n'est pas associée à une mortalité plus élevée ou à une gravité accrue de la Covid-19 (Drake TM et al., 2021). Les décideurs politiques devraient envisager de revoir les conseils émis concernant la prescription d'AINS et la gravité de la Covid-19. » On parle ici d'une étude réalisée entre le 17 janvier et le 10 août 2020, sur 78 674 patients dans 255 établissements de santé en Angleterre, Écosse et Pays de Galles. Cet article rappelle aussi les propriétés anti-inflammatoires observées pour l'ibuprofène contre des vecteurs de l'inflammation (cytokines impliquées dans le fameux orage inflammatoire) dans la Covid en particulier l'IL-6, mais nous y reviendrons. Autre étude du Lancet (Rheumatology) : « Au début de la pandémie de Covid-19, les médias craignaient que l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), en particulier l'ibuprofène, ne puisse exacerber les symptômes de la Covid-19. Ces inquiétudes, basées sur des données non publiées, ont conduit à déconseiller l'utilisation des AINS. » Et en conclusion : « La présente étude complète plusieurs études antérieures études d'observation, dont la plupart ont soutenu l'absence d'association entre l'utilisation d'AINS et la Covid-19 gravité. En fin de compte, sur la base des connaissances actuelles, les cliniciens ne doivent pas s'abstenir ou interrompre les AINS chez les patients atteints de Covid-19 si un traitement par AINS est indiqué » (Kragholm K et al., 2021). »

Ces résultats sont corroborés par de nombreuses autres publications depuis 2020 (Bruce E et al. 2020), dont une méta-analyse d'une équipe française qui aurait pu intéresser nos responsables (Moore N et al., 2020) (Kelleni MT, 2020) (Kelleni MT, 2021). De plus, deux études ont révélé que lorsque l'ibuprofène ou les AINS étaient utilisés seuls chez des patients atteints de Covid-19, il n'y avait aucun décès, contre 3 ou 4 % avec le paracétamol utilisé seul (Rinott E et al., 2020) (Jeong HE et al., 2020).

Hélas, en France, on ne voit pas de changement au tout-paracétamol. Et même opportunément, un rapport de l'ANSM publié le 18/04/2019 et remis à jour le 20/05/2020, intitulé « Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves » vient en soutien aux recommandations gouvernementales pour recommander de ne pas prendre d'ibuprofène, mais plutôt du paracétamol, dans les complications infectieuses graves notamment dans un contexte de varicelle et de pneumonie.

Le problème plus grave est qu'avec le temps, les preuves scientifiques ne vont cesser de s'accumuler en faveur des AINS, dont l'ibuprofène, médicaments génériques, et au contraire en défaveur du médicament de Sanofi, mais sans aucun changement de cap des responsables politiques de la santé en France. On peut regretter aussi l'absence de mise au point de la part du Conseil scientifique, qui aurait pu intervenir et même anticiper les risques de toxicité du paracétamol dans le cadre de la Covid-19 au regard du rôle crucial de l'inflammation dans la pathologie de la Covid : on rappelle que le Doliprane n'est pas anti-inflammatoire et qu'il est prooxydant, au contraire de l'ibuprofène et des AINS.

L'ANSM rapporte que « La dispensation d'ibuprofène a été quasiment arrêtée à la suite des messages des autorités sanitaires, tandis que la délivrance sur ordonnance de paracétamol a atteint jusqu'à 1 million de patients par jour (pic le 16 mars). » (ANSM, 2020)

Malgré les arguments scientifiques connus et entérinés depuis fin mars 2020 par les plus grandes agences mondiales de la santé, on peut lire encore en juillet 202, en France, les affirmations suivantes de l'HAS adressé à Jérôme Salomon, Directeur Général de la Santé :

# jl03.jpg



Le Président

Réf.: D - 21 - 019944

Paris, le 12 juillet 2021

Pr Franck CHAUVIN Président du HCSP

Monsieur le Directeur Général,

Vous avez saisi le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) par courrier électronique daté du 17 juin 2021 afin d'actualiser les recommandations sur la place des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans la prise en charge des patients atteints par le Covid-19, au vu des dernières publications.

Ces dernières publications ont été analysées par une équipe de méthodologistes appartenant au groupe de travail chargé des aspects thérapeutiques dans la prise en charge du Covid-19.

Il ressort de cette analyse qu'aucune donnée de la littérature ne permet de modifier les avis antérieurs du HCSP. En outre, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ne font pas partie de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge du Covid-19.

En conséquence, le HCSP maintient ses recommandations relatives aux AINS chez les patients atteints de Covid-19, figurant dans ses avis antérieurs1.2

- utiliser du paracétamol pour le traitement symptomatique d'une fièvre mal supportée ou de douleurs, selon les modalités habituelles :
- ne pas introduire d'AINS pour ces mêmes indications;
  poursuivre, en cas de Covid-19, les AINS prescrits pour une autre indication dans l'attente d'une réévaluation par le médecin prescripteur.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur général, à l'expression de mes salutations distinguées.

Monsieur le Pr Jérôme Salomon Directeur général de la santé (DGS) Ministère des solidarités et de la santé 14 avenue Duquesne 75007 Paris

1 Rapport du HCSP du 23 juillet 2020 : https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=899

2 Avis du 28 janvier 2021 relatif à l'actualisation des recommandations thérapeutiques dans la prise en charge du

- Avis ou 25 janvier 2021 relatir à l'actualisation des recommandations therapeutiques Covid-19 (hors hydroxychloroquine, remdésivir et tocilizumab)

https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=980

Adresse postale : 14, avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Bureau : 10, place des cinq martyrs du Jyde Buffon - 75015 PARIS

Tél. : 01 40 56 79 80 - Télécopie : 01 40 56 78 09

Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

www.hcsp.fr

Encore répété par la HAS, le 1 Imars 2022 :

#### il04.ipg

# Annexe 3. Traitements médicamenteux

Des essais cliniques en cours pourront faire évoluer la prise en charge spécifique de la Covid-19. Le médecin pourra inciter les patients à participer aux essais cliniques en soins de santé primaires.

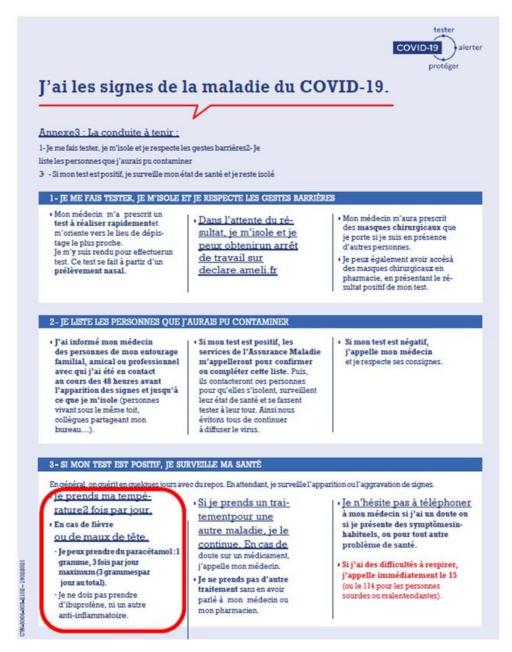
Le traitement de la Covid-19 est symptomatique, et adapté selon les signes cliniques présentés. En cas de fièvre ou de douleur, le paracétamol est le traitement de première intention. Il est recommandé de ne pas avoir recours aux anti-inflammatoires non stéroïdiens compte tenu de la possible association entre leur utilisation et la survenue d'une forme sévère de la maladie.

Ou encore sur la page actuelle du site du ministère de la Santé :

## jl05.jpg







Le journal Le Point avait aussi honnêtement rectifié en 2021:

« Le gouvernement français a donc choisi de privilégier uniquement le paracétamol dans le cadre de la Covid, tout en refusant systématiquement aux Français différents traitements ambulatoires précoces et en faisant même pression sur les médecins. Il les a notamment empêchés de prescrire l'azithromycine, un traitement qui, en association avec le zinc, a pourtant fait ses preuves, comme une multitude de médecins et patients peuvent en témoigner. Quid de l'aspirine, qui en plus est anticoagulante ? »

#### Questions sur la sécurité du Paracétamol à travers quelques études cliniques rétrospectives

Alors, une question jamais évoquée se pose étant donné cette politique à sens unique concernant le Doliprane. C'était particulièrement prégnant en 2020, mais hélas encore d'actualité, même si de nombreux médecins et personnes éclairées l'ont abandonné: à quel moment a-t-on validé que le paracétamol (Doliprane) était vraiment sécurisé pour la santé, en particulier dans la pathologie de la Covid ? Le Doliprane est-il un médicament anodin comme le pensent beaucoup de Français ?

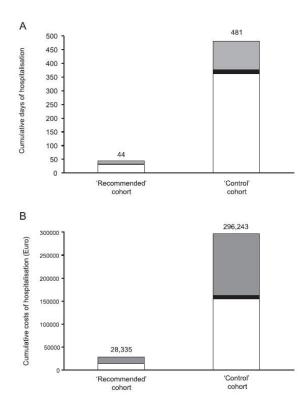
La réalité est qu'aucune étude observationnelle ni randomisée (les fameuses RCT) n'a été réalisée sur ce médicament. D'autres chercheurs alertent sur ce sujet, dont l'auteur d'un travail sur la base de 2 356 articles scientifiques, et de déclarations individuelles d'effets indésirables du paracétamol dans la pharmacovigilance internationale, base de données VigiBase (Romanov BK, 2021). L'auteur note également qu'aucune revue systématique n'existe, d'articles et d'essais cliniques sur la question de la sécurité du paracétamol utilisé dans le cadre du Covid-19. En comparant les années 2018/2019 et 2021/2021, cet auteur observe que des effets indésirables graves pour le paracétamol ont été plus fréquents dans la période Covid (35,4 %) que dans la période pré-Covid (28,2 %), du l'er janvier 2020 au 31 juillet 2021 (Romanov BK, 2021). La fréquence relative de tous les décès, dans les cas des événements indésirables graves, ont également augmenté dans la période Covid (de 8,9 à 14,3 %).

On en est donc réduits à tenter d'analyser des données à travers des analyses statistiques rétrospectives sur des études existantes. Ainsi, une analyse multivariée sur une cohorte de 524 patients a montré que les patients exposés au paracétamol avaient une probabilité significativement plus élevée d'être dirigés vers des unités de soins dans le groupe d'exposition modérée (100-1000 mg/day, nb de sujet : 256) et fortement exposés (>1000 mg/day; nb de sujets : 132) que le groupe témoin n'ayant pas reçu de paracétamol (nb de sujets : 136) (Manjani L et al., 1021). La durée de séjour en unité de soins était aussi plus longue (5 vs 10 jours, p < 0,001) et les deux groupes qui ont pris du paracétamol ont aussi eu une mortalité plus élevée : 5,1 % en plus pour le groupe avec prise modérée et 16,5 % en plus (p = 0,001) pour le groupe avec prise supérieure à 1 g/j en comparaison du groupe sans paracétamol. Ils notent aussi un risque plus élevé de nécessiter une assistance respiratoire (2,9 % vs 15,5 % p < 0,001) dans les groupes exposés modérément ou fortement exposés. Cela laisse entendre que le Doliprane pourrait aggraver la maladie de la Covid et augmenter les chances d'hospitalisations, voire de décès.

Une étude observationnelle rétrospective est particulièrement intéressante : dans le groupe dit de contrôle, 45 patients sur 77 (58,44 %) ont reçu du paracétamol comme traitement à domicile, alors que dans le groupe suivant un protocole recommandé, utilisant en particulier des anti-inflammatoires inhibiteurs de la cyclooxygénase (Suter F et al., 2020), seuls 6 sur 86 (6,98 %) utilisaient le paracétamol comme thérapie principale (Suter Fet al., 2021). Le taux d'hospitalisation fut de 1,2 % pour les patients suivant le protocole recommandé et 13,1 % (p = .007) pour les patients utilisant majoritairement du paracétamol, soit 44 jours cumulés d'hospitalisation (groupe protocole recommandé) contre 481 (groupe paracétamol). En plus d'une hospitalisation presque 11 fois supérieure dans le groupe Doliprane, il en découle des frais cumulés d'hospitalisation 10 fois plus élevés finalement : 296 243 euros pour le groupe Doliprane vs 28 355 euros pour le groupe anti-inflammatoires inhibiteurs de la cyclooxygénase. À noter que 9,2 % du groupe Doliprane a pris des corticoïdes vs 30 % avec le protocole recommandé.

La politique du « Doliprane et restez chez vous » est donc contreproductive en termes de santé comme en termes de coût : I l fois moins efficace pour l'hospitalisation et 10 fois plus cher pour le contribuable :

jl06.jpg



Légende : Jours d'hospitalisation cumulés et coûts associés dans les deux groupes étudiés Panneau A : Jours d'hospitalisation cumulés dans la cohorte de traitement recommandé (recommended cohort) et dans le groupe Paracétmol (control cohort) en séjour ordinaire (blanc) ou unité de soins (sombre) Panneau B : Coûts cumulés d'hospitalisation dans la cohorte « traitement recommandé » et dans le groupe paracétamol (conrtol cohort) en séjour ordinaire (blanc) ou unité de soins (sombre)

Comment cela est-il possible ? Y a-t-il des mécanismes biologiques connus qui pourrait l'expliquer, alors qu'on prescrit du Doliprane à tout-va, y compris en post-vaccination ?

La réponse est oui, et ces mécanismes biochimiques et physiologiques sont nombreux et connus ! Ils surviennent, il est vrai, essentiellement dans le cadre du dosage plus important que les doses thérapeutiques maximales normalement acceptées (3-4 g/j), mais sont aussi susceptibles d'intervenir à des doses plus basses, notamment en lien avec certaines conditions qui sont associées... avec les comorbidités de la Covid.

Après une brève introduction sur l'historique du paracétamol, nous décrivons ci-dessous sa toxicité générale, mais aussi les mécanismes inflammatoires, coagulants et pro-oxydants connus du paracétamol (Doliprane, Efferalgan...), qui peuvent être néfastes dans le cadre de la pathologie de la Covid-19.

#### Quelles sont les conséquences biologiques de la prise de paracétamol?

Antalgique le plus vendu au Monde, le Paracétamol trouve son origine dans l'industrie des colorants du XIXème siècle. Depuis sa commercialisation en France, en 1957, sa consommation ne cesse d'augmenter. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a tiré à plusieurs reprises la sonnette d'alarme, jusqu'à récemment encore. En effet, sous son apparente innocuité, ce dérivé de la Phénacetine, elle-même dérivée de l'Aniline, cache un fonctionnement complexe dont l'entièreté des mécanismes reste à confirmer. Bien que longtemps assimilé aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), sa pharmacodynamie apparaît, en fait, bien plus complexe. Aussi, la première hypothèse d'un mécanisme d'action via l'inhibition des cyclo-oxygénases est largement reconsidérée.

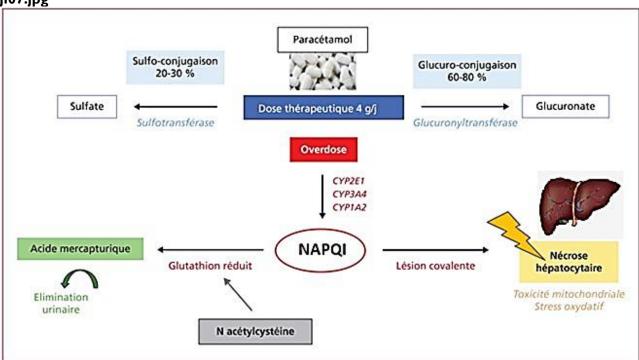
A contrario de son mécanisme d'action, son métabolisme est, quant à lui, bien établi. Normalement bien toléré aux doses thérapeutiques, sa métabolisation dans l'organisme n'est pas dénuée d'effets indésirables et/ou d'interactions aux conséquences parfois dramatiques, de sorte que sa toxicité est reconnue depuis 50 ans au moins et depuis 2018, même hors surdosage apparent et à des doses thérapeutiques ou très proches (Kurtovic J and Riordan SM, 203) (Graham GG et al., 2005) notamment avec des facteurs de risque comme d'hépatotoxicité comme la consommation chronique d'alcool, de tabac et d'opiacés, la malnutrition, une sous-alimentation induite par une maladie ou chez des adultes âgées de faible poids (les plus fragiles face à la Covid), une séropositivité au VIH ou hépatite C (Bonkovsky HL et al, 1994) (Claridge LC et al., 2010). Ces personnes

ont-elles vraiment été averties par les autorités de santé et leurs médecins de ces contrindications nécessitant des précautions d'emploi ?

# Toxicité générale du paracétamol et de son métabolite toxique : le N-Acetyl-P-Benzoquinone Imine ou NAPQI

Dans le cadre de son métabolisme, une proportion minime de paracétamol (aussi appelée acétaminophène ou encore acetyl-para-aminophénol) est relâchée dans le système sanguin sous forme inchangée, la majeure partie étant métabolisée au niveau du foie par le biais de plusieurs voies (Steventon GB et al., 1996). Les métabolites actifs distribués dans le sang sont, pour une faible part, inactivés par liaisons avec l'albumine à raison de 10 à 15 % (Gimenez F et al., 2012). Majoritaires, la conjugaison à l'acide glucuronique ou glycuroconjugaison et la conjugaison à l'acide sulfurique ou sulfoconjugaison se partagent environ 80 % de la biotransformation de l'acétaminophène à hauteur d'un ratio moyen de 1/3//2/3. Inactives et non toxiques, les deux formes qui en résultent sont éliminées par voie urinaire.

# jl07.jpg



Suite aux travaux d'Högestätt, une autre voie mineure a été mise en évidence. Ainsi, le paracétamol subit également une hydrolyse catalysée par l'acylamidase et la N-désacétylase du foie aboutissant à un métabolite désacétylé : le P-aminophénol (Högestätt ED et al., 2005).

Enfin, et surtout, la voie oxydative, quant à elle, intervient à une moyenne de 10 %. Associée au cytochrome P450, principalement les enzymes CYP2E1 et CYP2D6, elle aboutit à la formation de N-Acetyl-P-Benzoquinone Imine ou NAPQI (Gimenez F et al., 2012) (Lee SS et al., 1996) (Dong H et al., 2000). C'est ce dérivé du paracétamol qui est hautement toxique, du fait de sa capacité à se lier aux cellules du foie (hépatocytes), il peut en provoquer l'apoptose (mort cellulaire) jusqu'à la nécrose hépatocytaire ou hépatite cytolytique. Il est également responsable de la néphrotoxicité du paracétamol. Il est ainsi responsable de près de 500 décès par an aux États-Unis, ainsi que de 100 000 appels aux centres antipoison américains, de 50 000 visites aux urgences et de 10 000 hospitalisations par an (Lee WM, 2017).

En conditions dites « thérapeutiques », il est rapidement détoxifié par le glutathion (GSH), un petit tripeptide (3 acides aminés) composé d'acide glutamique, de cystéine et de glycine (Steventon GB et al., 1996).

Et, c'est là qu'intervient l'élément qui nous intéresse : le glutathion. Son rôle dans la lutte contre la toxicité du paracétamol est absolument essentiel. Gros consommateur de cet oxydant, seuls 10 g en une prise suffisent à effondrer suffisamment les stocks de cet antioxydant majeur du corps humain. C'est par ce mécanisme, inhérent au fonctionnement de bas du paracétamol, que le paracétamol est devenu, en quelques années, la cause numéro I de greffes hépatiques et une molécule régulièrement utilisé dans les tentatives d'autolyse ou suicide. En cas de surdosage, deux molécules sont principalement utilisées :

- Le charbon actif, capable d'adsorber jusqu'à 90 % du paracétamol s'il est administré dans les cinq premières minutes. Son efficacité est « dose-dépendante » et n'est prouvée que dans un délai de deux heures après ingestion de la surdose.
- La N-acétylcystéine, véritable antidote, atténue voire évite l'atteinte hépatique en produisant de la cystéine, élément précurseur du glutathion. Néanmoins, sa protection complète ne va pas au-delà dès huit heures après ingestion. Passé ce délai, son activité protectrice décroit progressivement.

Au sujet de l'importance de la toxicité du paracétamol vis-à-vis du glutathion dans le cadre du Covid paracétamol, des chercheurs écrivent :

« Au vu de ce qui précède, poursuivre l'utilisation généreuse du paracétamol peut signifier que nous ignorons les messages importants de la recherche. Cela peut ne pas être inquiétant chez les adultes en bonne santé. À l'inverse, au milieu d'une pandémie dévastatrice, il est plus important que jamais de présenter des arguments satisfaisants pour prescrire du paracétamol aux populations sensibles avec des niveaux de GSH faibles. Nous avons décrit en détail quatre problèmes de santé graves associés à la réduction de GSH et les risques de développer une Covid-19 sévère. Nous suggérons que la sécurité et l'efficacité du paracétamol devraient être étudiées plus en détail dans Covid-19. Des recherches futures pourraient tenter de corréler le taux de mortalité attribuable à la Covid-19 avec les chiffres de doses quotidiennes de paracétamol pour 1 000 habitants dans des pays au niveau de vie similaire. » (Verd S and Verd M, 2020).

# Effets néfastes du paracétamol dans le Covid-19 :

Consommation du glutathion : effet délétère sur l'inflammation/stress oxydant et l'immunité dans la Covid-19 – Le premier effet particulièrement délétère du paracétamol et de loin le plus dangereux est donc la consommation de glutathion (GSH).

Certains chercheurs ont suggéré qu'en appauvrissant le GSH, le paracétamol pourrait également aggraver la sévérité du Covid-19 (Sestili P et Fimognari C, 2020) (Verd S and Verd M, 2020). Or, le GSH comme protecteur de l'inflammation et du stress oxydant joue un rôle crucial et central dans la résistance au Covid-19 pour éviter d'évoluer vers une forme grave et la mort (Silvagno F et al., 2020) (Polonikov A, 2020). Ceci a été trop sous-estimé et trop peu évoqué dans la communauté scientifique et pratiquement jamais par la plupart des médecins et des médias. Probablement parce que cela implique de travailler sur des domaines vastes allant de la virologie à l'immunité, l'inflammation/stress oxydant et requérant des notions non seulement médicales, mais aussi de chimie et de biochimie poussées. Un des résultats, notamment chez les médecins, est que l'importance cruciale du stress oxydatif dans la pathologie de la Covid a été largement sous-estimée, quand elle leur est connue, et donc de l'importance centrale du glutathion dans la pathologie de la Covid !

Dans la Covid (et dans toutes les pathologies inflammatoires), l'inflammation est accompagnée de réactions d'oxydation dans les cellules par des petites molécules très réactives (que l'on appelle radicaux libres) qui sont produites sur le site de l'inflammation par un processus appelé stress oxydatif. C'est un peu comme si l'inflammation était le lance-flammes et le stress oxydatif les flammes. Ceci devrait faire l'objet de travaux de recherches supplémentaires notamment pour identifier des traitements antioxydants/anti-inflammatoires y compris pour les formes longues du Covid (Delgado-Roche L et al., 2020) (Cecchini R et al., 2020) (Ntyonga-Pono MP, 2020). Le glutathion est justement le maître antioxydant dans l'organisme qui permet de lutter contre ce stress oxydant dans de nombreuses pathologies (Franco R et al., 2007). Le paracétamol fabrique justement du stress oxydant et notamment des radicaux libres (peroxynitrites en particulier) à l'intérieur des mitochondries (Knight TR et al., 2001) (Knight TR et al., 2002) (Bajt ML et al., 20003) (Ishitsuka Y et al., 2020) (Prasun P, 2021) (Ramachandran A and Jaeschke H, 2019).

Au niveau de l'immunité, un autre effet néfaste de la consommation de GSH par le paracétamol est l'efficacité diminuée des globules blancs, en particulier des lymphocytes T, si importants pour lutter dans la Covid. Ces lymphocytes T ont besoin GSH afin de travailler efficacement, améliorant ainsi l'identification et destruction des bactéries et virus (Droge W and Breitkreutz R, 2000) (Grimble RF and Grimble GK, 1998) (Maciolek JA et al., 2014) (Wang K et al., 2017). Le taux de GSH qui régule l'état oxydatif dans toutes les cellules de l'organisme ralentit également la réplication des virus comme la grippe et d'autres virus respiratoires (Geiler J et al., 2010) ce qui peut donc potentiellement atténuer les symptômes viraux et améliorer la survie (McCarty MF et al., 2010) (De Flora S et al., 1997) (Mata M et al., 2012) (Nencioni L et al., 2003) (Cai J et al., 2003) (Khomich OA et al., 2018) (Ghezzi P et al., 2004).

# Effet du paracétamol sur une des voies inflammatoires principales de la Covid-19 : la voie immuno-inflammatoire du complément

La voie du complément est une des voies principales de l'immuno-inflammation dans la Covid-19, notamment dans les formes graves et contribue aussi à la coagulation dans les vaisseaux et à la mort.

Or le paracétamol a été décrit par plusieurs travaux comme un activateur de cette voie inflammatoire, ce qui est préoccupant et jamais évoqué même si d'autres études doivent être menées pour mieux étudier ce sujet. Dans une récente étude, Li et ses collaborateurs rapportent la sur-activation du complément en lien avec la toxicité hépatique du paracétamol et l'effet protecteur de la CRP (C réactive protéine) (Li HY et al., 2022) (Garcia-Ruiz C et al., 2022).

Dans des études chez l'homme avec surdosage de paracétamol, l'activation du complément a été associée à un dysfonctionnement hépatique (Ellison et al., 1990) (Clapperton et al., 1997).

L'hépatotoxicité induite par le paracétamol est initiée par une lésion précoce des hépatocytes, qui peut évoluer vers l'insuffisance hépatique aiguë par une amplification des lésions hépatiques entraînée par l'activation des cellules immunitaires. Des études antérieures ont rapporté un rôle de l'activation du complément dans les lésions hépatiques induites par le paracétamol (Singhal R et al., 2012). Dans cette étude chez la souris, des niveaux plasmatiques élevés de cytokines inflammatoires sont retrouvés, telles que l'interleukine-6, interleukine-10 dont les taux élevés sont prédictifs d'une aggravation de la pathologie Covid (Melo AKG et al., 2020) (Han H, et al., 2020) et sont des marqueurs de la sévérité et même de la mortalité (Udomsinprasert W et al., 2020) (Melo AKG et al., 2020) (Han H et al., 2020).

C'est donc une question importante qui est posée ici : la prise de Doliprane, en plus de consommer le GSH, aggrave-t-elle la pathologie Covid en activant une de ses voies inflammatoires et mortelle principale, inflammatoire et pro-coagulante et qui mène au décès : la voie du complément ?

# I. Paracétamol et coagulation : activation de la thrombine et autres acteurs de la coagulation On sait que la coagulation est une conséquence grave de la Covid-19 notamment dans les formes très sévères et terminales.

Il se trouve que le paracétamol a la capacité d'activer des mécanismes pouvant promouvoir la coagulation (en plus de la voie évoquée précédemment). En effet, on sait que la progression des lésions hépatiques induites par le paracétamol est associée à l'activation de la cascade de la coagulation sanguine. La génération de thrombine (enzyme qui convertit le fibrinogène en fibrine, protéine qui participe à la formation de caillots sanguins) est évidente chez les patients présentant une surdose aiguë de paracétamol et dans les modèles murins de lésions hépatiques aiguës (Ganey P et al., 2007) (Gazzard BG et al., 1975) (Sullivan BP et al., 2012). La thrombine active en particulier le proteinase-activated receptor (PAR-I) conduisant à l'activation des plaquettes et à une inflammation (cyclooxygénase-2 et autres cytokines) (Coughlin, 1999) (Uzonyi et al., 2006) (Kawabata and Kawao, 2005). Hautement exprimé dans les plaquettes et les cellules endothéliales, PAR-I joue un rôle clé dans la médiation de l'interaction entre la coagulation et l'inflammation, ce qui est important dans la pathogenèse des maladies pulmonaires inflammatoires et fibrotiques et c'est le cas dans la Covid (Sriram K and Insel PA, 2021) (Rovai ES et al., 2021).

Aussi, l'administration de paracétamol est associée à des taux plasmatiques de protéine plasminogen activator inhibitor-I (PAI-I) augmentés (Ganey P et al., 2007) (Bajt ML et al., 2008) (Radonovich MF et al., 2001) (Kastl et al., 2006). Or le PAI-I est une enzyme qui freine la capacité de fibrinolyse, c'est-à-dire de dissolution de caillots (par inhibition de l'activateur tissulaire du plasminogène (tPA) et de l'urokinase (uPA), eux-mêmes activateurs du plasminogène, enzyme qui permet de dégrader les caillots (Mackman N, 2005) (Schaller J et Gerber SS, 2011). Ce PAI-I est également important dans la pathologie de la Covid et retrouvé à des taux élevés chez les patients ayant des formes sévères (Khan SS, 2021) (Zuo Y et al., 2021).

Le PAI-I, qui peut être libéré par les cellules de Kupffer en réponse à C5a est augmenté dans le plasma par le paracétamol et réduit par une déplétion préalable du complément (Kastl et al., 2006).

Ces mécanismes inflammatoires et pro-coagulants du paracétamol devraient aussi être pris en compte dans l'utilisation de ce produit après vaccination, ce qui est largement proposé, étant donné que la protéine spike vaccinale (plus concentrée) induit des conséquences inflammatoires importantes qui peuvent expliquer une grande partie des très nombreux effets graves et des décès induit par la vaccination.

#### 2. Fièvre et baisse de l'interféron

Faire baisser la fièvre, comme déjà évoqué dans un article précédent « Covid-19 : le paracétamol aurait-il tué ? » n'est pas forcément une bonne idée. Le paracétamol fait tomber la fièvre et améliore le confort des patients, mais la fièvre a une raison d'être : il s'agit d'un mécanisme de défense bien connu de l'organisme face

à l'infection. D'ailleurs, en pédiatrie, les nouvelles recommandations HAS ne préconisent plus de faire « tomber » systématiquement la fièvre, sauf cas particuliers :

Prise en charge de la fièvre chez l'enfant – recommandations HAS: Rôle physiopathologique de la fièvre « La fièvre est un des moyens de réponse de l'organisme aux infections. Elle est également présente dans les maladies inflammatoires, rares c hez l'enfant. La fièvre peut avoir un effet bénéfique lors d'infections invasives sévères (purpura infectieux, septicémie) et il a été observé que des infections graves non fébriles étaient associées à une augmentation de la mortalité. Par ailleurs, quelques publications indiquent que l'utilisation d'antipyrétiques pourrait retarder la guérison de certaines infections virales ».

En particulier, le paracétamol, en faisant baisser la température, diminue le taux et l'activité de l'interféron (IFN-I), molécule antivirale produite par l'organisme (Hirai et al., 1984).

Des températures plus basses réduisent l'activité de l'interféron de type I et favorisent l'arthrite alphavirale(Prow NA et al. 2017). Et de plus, il a été publié qu'un bas taux d'interféron est associé aux formes graves de la maladie (Activité altérée d'interféron de type I et réponses inflammatoires dans les patients graves de Covid-19 (Hadjadj | et al., 2020).

C'est un phénomène essentiel, car comme déjà décrit, le SARS-Cov-2 est un mauvais inducteur de la réponse IFN-I in vitro et dans des modèles animaux ainsi que chez l'homme puisque les taux d'IFN-I dans le sérum des patients infectés sont en dessous des niveaux de détection des tests couramment utilisés (Sa Ribero M et al., 2020) (Hadjadj J et al., 2020) (Lee JS et Shin EC, 2020). Le SARS-CoV2 induit encore moins d'IFN-I que le SARS-CoV et ces coronavirus contiennent plusieurs protéines permettant d'échapper à la production ou aux réponses induites par l'interféron (Spiegel M et al., 2005) (Hu Y et al., 2017) (Sa Ribero M et al., 2020)./

# Conditions et pathologies associées à la dangerosité du paracétamol : un lien avec les comorbidités du Covid-19 ?

La réduction du GSH est une condition particulièrement sévère pour la réponse antioxydante et antiinflammatoire de l'individu et il est compréhensible que sa déplétion soit cruciale pour l'aggravation du Covid-19.

Plusieurs facteurs de risques d'hépatotoxicité du paracétamol comme la consommation chronique d'alcool, de tabac et d'opiacés, la malnutrition, une sous-alimentation induite par une maladie, une séropositivité au VIH et hépatite C (Moling O et al., 2006).

#### Personnes âgées

La réduction des taux plasmatiques et intracellulaires de GSH est typique chez les patients âgés (Sekhar RV et al., 2011) en particulier s'ils sont affectés par le syndrome métabolique (Sekhar RV et al., 2011) donc les patients âgés présentant des symptômes prodromiques de la Covid-19 ne doivent pas être traités avec paracétamol déclarent certains scientifiques (Sestili P et Fimognari C, 2020) (Pandolfi S et al., 2021) : « Les patients âgés présentant des symptômes prodromiques de Covid-19 ne doivent pas être traités avec du paracétamol ». Chez des adultes dénutris de faible poids corporel (comme peuvent l'être les personnes âgées, les plus fragiles face au Covid), 4 g de paracétamol répété quotidiennement peut être hépatotoxique (insuffisance hépatique acidose lactique) et a été décrits (Claridge LC et al., 2010). Des cas d'hépatotoxicité aigüe chez des personnes âgées (80 à 91 ans) sans autre risque que l'âge et à des doses faibles (de 1-4 g/j) ont été reportés après quelques jours d'utilisation et les auteurs invitent à des révisions des doses pour les personnes âgées (Ging P et al., 2016) (Liukas A et al et al., 2011) (What dose of paracetamol for older people?, 2018) voire même chez des personnes un peu plus jeunes (Schmidt LE et al., 2005).

Ainsi, à la vue de ses interactions, médicamenteuses ou non, ainsi que des répercussions sur la physiologie du vieillissement, la question de la sécurité de son utilisation, chez la personne âgée et/ou fragile se pose. Les recommandations d'usages du paracétamol apparaissent peu respectées pour cette population « pré-fragile » ou « fragile » et de manière globale, ce traitement semble, peu évalué, comme peu surveillé, en EHPAD comme en ville alors que cela devrait s'inscrire dans une démarche de pharmacovigilance et de qualité des soins, en particulier dans le Covid où le paracétamol est pris en continu sur plusieurs jours. Il est globalement reconnu que des surdosages itératifs sont plus délétères qu'un surdosage massif (Craig D et al., 2011). Afin de lutter contre cette surutilisation, l'ANSM a limité sa délivrance à deux boites par prescription. Pour autant, les chiffres de ses délivrances en officine ne décroissent pas, au contraire. La crise sanitaire débutée fin 2019 et surtout les recommandations officielles excluant tout autre molécule dans le traitement des symptômes associé à une infection à SARS-CoV-2 ou variants a permis un pic des consommations allant jusqu'à un million de boites vendues/jours.

Les personnes âgées peuvent souvent être en déficit de glutathion (Erden-Inal M et al., 2002) (Samiec PS et la., 1998) (Sekhar RV et al., 2011) (Matsubara LS, Machado PE et al., 1991) (Loguercio C et al., 1996) (Suh JH t eal., 2004) (Lang CA et al., 1992), qui comme on l'a vu, est une molécule clé pour contrer et parfois survivre à la phase inflammatoire (Silvagno F et al., 2020) (Polonikov A, 2020). Or comme on l'a cité le paracétamol en abaissant les niveaux de GSH sont susceptibles d'aggraver la sévérité du Covid-19 (Sestili P et Fimognari C, 2020) (Verd S and Verd M, 2020).

L'âge étant le paramètre le plus significatif de la mortalité dans la Covid, ignorer ces connaissances est au minimum un manque de sérieux scientifique, au maximum, grave et irresponsable. La Covid est une pathologie où le stress oxydant joue un rôle central et a un lien avec toutes les comorbidités.

#### • Diabète et obésité, maladies cardiovasculaires

La corrélation entre un faible taux de GSH et le diabète est bien établie. Le diabète a été largement associé à des dommages oxydatifs et à une diminution de la teneur en GSH (aussi augmentation du rapport GSSG/GSH, glutathion oxydé/glutathion réduit) dans différents tissus (Yoshida K et al., 1995) (Thornalley PJ et al., 1996). La diminution du GSH est, dans la plupart des cas, associée à une activité accrue du NF-kB, un nœud l'inflammation y compris dans le Covid (Arnalich F et al., 2001). Une étude de Samiec et ses collègues a montré que les niveaux de glutathion total et de sa forme réduite étaient plus faibles dans le plasma des sujets âgés et encore plus bas chez les patients diabétiques (Samiec PS et al., 1998).

Plusieurs études ont rapporté que chez les patients obèses, le stress oxydatif est aussi associé à une diminution des niveaux de glutathion (Habib S et al, 2015) (Uzun H et al., 2017) et à une diminution du rapport GSH/GSSG) (Zamora-Mendoza R et al., 2018) et que le paracétamol pourrait avoir une toxicité augmentée (Michaut A et al., 2014). De plus, le stress nutritionnel causé par un régime riche en graisses et en glucides favorise le stress oxydatif, comme en témoignent l'augmentation des produits de peroxydation lipidique, la diminution du système antioxydant et la diminution des niveaux de glutathion (Parsanathan R and Jain SK, 2019) (Andrich DE et al., 2019).

Les maladies cardiovasculaires en général sont associées au stress oxydatif et l'inflammation et les doses de paracétamol devraient être adaptées à la gravité de la pathologie : un homme de 67 ans atteint d'une maladie cardio-pulmonaire chronique a présenté une atteinte hépatique sévère et une atteinte rénale modérément sévère après ingestion à court terme de doses thérapeutiques d'acétaminophène (I à 3 g/jour pendant 3 jours) (Bonkovsky HL et al, 1994).

#### • L'hypertension est une comorbidité nettement reconnue dans le Covid

Une étude chez des patients atteints de maladie coronarienne (CAD) (Sudano I et al., 2010) a montré qu'un traitement au paracétamol était associé à une augmentation significative de la tension artérielle et soulève la question de la prudence de l'usage du paracétamol chez ces patients. De plus, des revues systématiques de la littérature soutiennent l'association entre l'utilisation de paracétamol et l'élévation de la pression artérielle chez les patients souffrant d'hypertension (Turtle EJ et al., 2013). La prise quotidienne régulière de 4 g d'acétaminophène (dose Covid) augmente la pression artérielle systolique chez les personnes souffrant d'hypertension de  $\approx 5$  mm Hg par rapport au placebo ; « cela augmente le risque cardiovasculaire et remet en question l'innocuité de l'utilisation régulière d'acétaminophène avec cette condition » (MacIntyre IM et al., 2022).

Ceci est observé aussi dans certaines études aves les AINS, mais pas avec l'aspirine, même si le sujet est débattu (Curhan GC et al., 2002) (Bautista LE et al., 2010).

Favoriser l'hypertension est donc dangereux dans le Covid en particulier parce que l'hypertension, comme le diabète et d'autres conditions cardiovasculaires peuvent être associées à l'augmentation des protéines MASP (Mannan-binding lectin serine protease) (Bumiller-Bini V et al., 2021) qui activent la voie clé faisant le lien entre l'inflammation et les phénomènes de coagulation en phase finale des formes graves du Covid-19 (la voie des lectines du complément).

#### Affections pulmonaires, respiration

Un grand nombre d'études ont rapporté une toxicité pulmonaire du paracétamol (Kennon-McGill S and (McGill MR, 2017) (Nassini R et al., 2010) (Baudouin SV et al., 1995). Cette dernière étude montre que les lésions pulmonaires aiguës (33 %) peuvent être fréquentes chez les patients atteints d'insuffisance hépatique fulminante induite par le paracétamol et associées à une insuffisance circulatoire systémique et à un œdème

cérébral (Baudouin SV et al., 1995). Le développement de lésions pulmonaires aiguës était associé à une mortalité élevée.

Des études montrent que le phénomène toxique dans le foie se produit également dans les poumons qui possèdent aussi l'enzyme CYP2E1 qui fabrique le dérivé toxique du paracétamol, le NAPQI, capable de consommer le glutathion et produire des dommages dans les poumons Breen K et al., 1982) (Sandoval J et al., 2019).

Cette toxicité dans les poumons pourrait même survenir à des doses pour lesquelles le paracétamol n'est pas toxique sur le foie, comme le montre une étude récente chez la souris avec de 140 mg/kg ip (Dobrinskikh E et al., 2021).

La prise de paracétamol est aussi associée à une aggravation possible de l'asthme et de la Bronchopneumopathie chronique obstructive (COPD) et une baisse de la fonction pulmonaire au contraire de l'aspirine (McKeever TM et al., 2005) (Allmers H et al, 2009) (Beasley RW et al., 2011) (Goto T et al., 2018). D'ailleurs, des chercheurs et médecins s'interrogent sur les effets à long terme de ce médicament qui est utilisé à plus de 65 % chez tous les nourrissons nés à moins de 27 semaines de gestation sur le développement des poumons, alors qu'aucune donnée de sécurité n'est disponible (Wright CJ, 2021).

# Autres toxicités, un exemple : l'autisme

On pourrait citer encore plusieurs conditions et maladies dans lesquelles la toxicité du paracétamol est impliquée sans que les autorités de santé, visiblement peu indépendantes, ne s'en inquiètent vraiment.

C'est le cas de l'autisme, pour prendre un dernier exemple très préoccupant en relation, aussi bien avec une exposition prénatale que périnatale (Bittker SS, Bell KR and 2020) (Ji Y et al., 2020) (Ji Y et al., 2020) : « Nos résultats appuient des études antérieures concernant l'association entre l'exposition prénatale et périnatale à l'acétaminophène et le risque de neuro-développemental chez l'enfant et justifient des investigations supplémentaires du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité et trouble du spectre autistique (TSA) (Ji Y et al., 2020) ». Cette étude vient de la prestigieuse université John Hopkins et est publié dans le JAMA.

Elle a aussi été publiée par le site du NIH, l'agence principale responsable de la recherche et de son financement aux États-Unis :

D'autres grandes études de cohortes (Alemany S et al., 2021), dont une sur plus de 48 631 enfants et un suivi de 12,7 ans a révélé que l'exposition gestationnelle à l'acétaminophène était associée à un risque accru de trouble du spectre autistique lorsqu'un trouble hyperkinétique était également présent (Andrade C et al., 2016).

« Des preuves considérables appuient cette affirmation, notamment l'augmentation exponentielle de l'incidence de l'autisme depuis 1980, lorsque l'acétaminophène a commencé à remplacer l'aspirine chez les nourrissons et les jeunes enfants. » (Good P, 2009). L'impulsion de ce changement a été faite par le CDC, prétendant que l'aspirine était associée au syndrome de Reye – a depuis été démystifiée de manière convaincante. L'auteur conclut : « Si l'aspirine n'est pas à craindre comme cause du syndrome de Reyes et que l'acétaminophène est à craindre comme cause de l'autisme, l'épidémie d'autisme peut-elle être inversée en remplaçant l'acétaminophène par de l'aspirine ou d'autres remèdes ? »

Un mécanisme de sa toxicité a été proposé à travers le système endocannabinoide (Schultz S et al., 2021). Est-ce que les femmes enceintes ont été prévenues de cela en France, dans le cadre de la Covid ou en général par les agences de santé, les sociétés savantes et nos politiques qui sont si prompts à réagir à ce que dit la Science ? Au contraire, on lit au journal du 13 avril 2020 relativement à l'article L. 551 du Code de la santé publique sur Légifrance : « Le paracétamol est utilisable à tous les stades de la grossesse et compatible avec l'allaitement, contrairement à l'aspirine et à l'ibuprofène contre-indiqué dans ces deux circonstances ».

On sent bien que cette molécule a été mise en avant avec des grands bénéfices financiers et malgré des bénéfices de santé contestés, par une grande partie de la communauté scientifique, même en ce qui concerne l'effet antidouleur (da Costa BR et al., 2017).

#### **Conclusion:**

Cette revue de la littérature scientifique pose de sérieuses questions sur l'utilité et la sécurité de l'utilisation du paracétamol dans le cadre du Covid, en particulier dans le cadre des comorbidités qui lui sont associées (âge, hypertension, diabète et obésité et autres conditions inflammatoires). D'une manière plus générale d'ailleurs, de nombreux scientifiques se posent la question de l'utilité de cette molécule au regard de sa faible efficacité et de cette toxicité établie (Roberts E et al., 2016).

Curieusement, là où l'argument du « hors AMM » fut le fer de lance opposé à l'hydroxychloroquine et l'ivermectine, là où les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) furent déboutés au motif d'évaluation bénéfice/risque en faveur du risque de formes graves, force est de constater, que l'utilisation du paracétamol, tout autant hors AMM, ne fut ni surveillée, ni étudiée. Bien au contraire, puisque les autorités sanitaires le recommandent encore actuellement, avec un peu plus de vigilance aujourd'hui, mais la dose quotidienne de 3g/j fut longtemps recommandée sans autres mises en garde. Aucune rectification n'a été faite concernant les AINSn alors qu'ils ont été réhabilités pour le Covid dès la fin mars 2020 par l'ensemble des agences internationales de santé. Dans le cadre d'une pathologie dont nous ne savions rien et dont la concentration aurait pu être jusqu'à une contrindication stricte à son usage, il eut été de rigueur qu'une surveillance accrue de ces interactions soit effectuée. Il n'en fut rien, bien à tort, car si nous ne pourrons probablement jamais évaluer l'impact de l'utilisation du paracétamol sur le nombre de décès associé à la Covid-19, il y joue très probablement un rôle particulier.

La crise sanitaire de la Covid-19, même si elle en cache d'autres, est la plus grande crise de ce début de XXIème siècle. La Santé doit être éclairée par une Science indépendante de la politique et du business afin d'éviter les résultats catastrophiques que l'on observe depuis deux ans. À quel moment des scientifiques, des médecins et des citoyens indépendants vont-ils décider de se réapproprier vraiment la Science au service de notre Santé ?

Dr Jean-François LESGARDS et Julien EARD, pour FranceSoir, publié le 30/03/2022

#### Références

Alemany S, Avella-García C, Liew Z, García-Esteban R, Inoue K et al. Prenatal and postnatal exposure to acetaminophen in relation to autism spectrum and attention-deficit and hyperactivity symptoms in childhood: Meta-analysis in six European population-based cohorts. Eur J Epidemiol. 2021 Oct;36(10):993-1004.

Allmers H, Skudlik C, John SM. Acetaminophen use: a risk for asthma? Curr Allergy Asthma Rep. 2009 Mar;9(2):164-7. / Andrade C. Use of acetaminophen (paracetamol) during pregnancy and the risk of autism spectrum disorder in the offspring. J Clin Psychiatry. 2016 Feb;77(2):e152-4. / Andrich DE, Melbouci L, Ou Y, Auclair N, Mercier J, Grenier J-C, Lira FS, Barreiro LB, Danialou G, Comtois A-S, et al. A Short-Term High-Fat Diet Alters Glutathione Levels and IL-6 Gene Expression in Oxidative Skeletal Muscles of Young Rats. Front. Physiol. 2019;10:372. / ANSM. Usage des médicaments en ville durant l'épidémie de Covid-19: point de situation après cinq semaines de confinement-Point d'information. 2020./ Arnalich F, Hernanz A, López-Maderuelo D, de la Fuente M, Arnalich FM, Andrés-Mateos E, Fernández-Capitán C, Montiel C. Intracellular glutathione deficiency is associated with enhanced nuclear factor-xB activation in older noninsulin dependent diabetic patients. Free Radic. Res. 2001;35:873–884. / Bajt ML, Knight TR, Farhood A, Jaeschke H. Scavenging peroxynitrite with glutathione promotes regeneration and enhances survival during acetaminophen-induced liver injury in mice. I Pharmacol Exp Ther. 2003 Oct;307(1):67-73. / Bajt ML, Yan HM, Farhood A, Jaeschke H: Plasminogen activator inhibitor-1 limits liver injury and facilitates regeneration after acetaminophen overdose. Toxicol Sci 2008, 104:419 - 427 7. / Baudouin SV, Howdle P, O'Grady JG, Webster NR. Acute lung injury in fulminant hepatic failure following paracetamol poisoning. Thorax. 1995 Apr;50(4):399-402. / Bautista LE, Vera LM. Antihypertensive effects of aspirin: what is the evidence? Curr Hypertens Rep. 2010 Aug;12(4):282-9.

Beasley RW, Clayton TO, Crane J, Lai CK, Montefort SR, Mutius Ev, Stewart AW; ISAAC Phase Three Study Group. Acetaminophen use and risk of asthma, rhinoconjunctivitis, and eczema in adolescents: International Study of Asthma and Allergies in Childhood Phase Three. Am J Respir Crit Care Med. 2011 Jan 15;183(2):171-8.

Bittker SS, Bell KR. Postnatal Acetaminophen and Potential Risk of Autism Spectrum Disorder among Males. Behav Sci (Basel). 2020 Jan 1;10(1):26. / Bonkovsky HL et al. Acute hepatic and renal toxicity from low doses of acetaminophen in the absence of alcohol abuse or malnutrition: evidence for increased susceptibility to drug toxicity due to cardiopulmonary and renal insufficiency. Hepatology 1994; 19: 1141–8. / Bosredon M. Video: Coronavirus à Bordeaux: Au cœur de l'unité Covid-19 du service réanimation du CHU Pellegrin. https://www.20minutes.fr/societe/2742271-20200317-coronavirus-bordeaux-ur-unite-covid-19-

service-reanimation-chu-pellegrin (17/03/20) / Breen K, Wandscheer JC, Peignoux M, and Pessayre D. "In situ formation of the acetaminophen metabolite covalently bound in kidney and lung. Supportive evidence provided by total hepatectomy," Biochemical Pharmacology, vol. 31, no. 1, pp. 115-116, 1982. / Bruce E, Barlow-Pay F, Short R, Vilches-Moraga A, Price A, McGovern A, Braude P, Stechman MJ, Moug S, McCarthy K, Hewitt J, Carter B, Myint PK. Prior Routine Use of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) and Important Outcomes in Hospitalised Patients with Covid-19. J Clin Med. 2020 Aug 10;9(8):2586. / Bumiller-Bini V, de Freitas Oliveira-Toré C, Carvalho TM, Kretzschmar GC, Gonçalves LB, Alencar NM, Gasparetto Filho MA, Beltrame MH, Winter Boldt AB. MASPs at the crossroad between the complement and the coagulation cascades - the case for Covid-

19. Genet Mol Biol. 2021 Mar 17;44(1 Suppl 1):e20200199. / Cai J., Chen Y., Seth S., Furukawa S., Compans R.W., Jones D.P. Inhibition of influenza infection by glutathione. Free Radic. Biol. Med. 2003;34:928–936.

Canan CH, Gokhale NS, Carruthers B, et al. Characterization of lung inflammation and its impact on macrophage function in aging. J Leukoc Biol 2014; 96: 473–80. / Cecchini R, Cecchini AL. SARS-CoV-2 infection pathogenesis is related to oxidative stress as a response to aggression. Med Hypotheses. 2020 Oct;143:110102.

Clapperton M, Rolando N, Sandoval L, Davies E, and Williams R (1997) Neutrophil superoxide and hydrogen peroxide production in patients with acute liver failure. Eur J Clin Invest 27:164–168. / Claridge LC, Eksteen B, Smith A, Shah T, Holt AP. Acute liver failure after administration of paracetamol at the maximum recommended daily dose in adults. Br Med J 2010; 341: c6764. / Coughlin SR. How the protease thrombin talks to cells. Proc Natl Acad Sci U S A 1999;96:11023-11027.

Craig DG, Bates CM, Davidson JS, Martin KG, Hayes PC, Simpson KJ. Staggered overdose pattern and delay to hospital presentation are associated with adverse outcomes following paracetamol-induced hepatotoxicity. Br J Clin Pharmacol. 2012 Feb;73(2):285-94.

Curhan GC, Willett WC, Rosner B, Stampfer MJ. Frequency of analgesic use and risk of hypertension in younger women. Arch Intern Med. 2002 Oct 28;162(19):2204-8.

da Costa BR, Reichenbach S, Keller N, Nartey L, Wandel S, Jüni P, Trelle S. Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis. Lancet. 2017 Jul 8;390(10090):e21-e33.

de Bruin N, Schneider AK, Reus P, Talmon S, Ciesek S, Bojkova D, Cinatl J, Lodhi I, Charlesworth B, Sinclair S, Pennick G, Laughey WF, Gribbon P, Kannt A, Schiffmann S. Ibuprofen, Flurbiprofen, Etoricoxib or Paracetamol Do Not Influence ACE2 Expression and Activity In Vitro or in Mice and Do Not Exacerbate In-Vitro SARS-CoV-2 Infection. Int J Mol Sci. 2022 Jan 19;23(3):1049.

De Flora S, Balansky R, La Maestra S. Rationale for the use of N-acetylcysteine in both prevention and adjuvant therapy of Covid-19. FASEB J. 2020;34(10):13185–93.

De Flora S., Grassi C., Carati L. Attenuation of influenza-like symptomatology and improvement of cell-mediated immunity with long-term N -acetylcysteine treatment. Eur. Respir. J. 1997;10:1535–1541.

Delgado-Roche L, Mesta F. Oxidative Stress as Key Player in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV) Infection. Arch Med Res. 2020 Jul;51(5):384-387.

Dobrinskikh E, Al-Juboori SI, Zarate MA, Zheng L, De Dios R, Balasubramaniyan D, Sherlock LG, Orlicky DJ, Wright CJ. Pulmonary implications of acetaminophen exposures independent of hepatic toxicity. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol. 2021 Nov 1;321(5):L941-L953.

Dong H, Haining RL, Thummel KE, Rettie AE, Nelson SD. Involvement of human cytochrome P450 2D6 in the bioactivation of acetaminophen. Drug Metab Dispos. 2000 Dec;28(12):1397-400.

Drake TM, Fairfield CJ, Pius R, Knight SR, Norman L, Girvan M, Hardwick HE, Docherty AB, Thwaites RS, Openshaw PJM, Baillie JK, Harrison EM, Semple MG; ISARIC4C Investigators. Non-steroidal anti-inflammatory drug use and outcomes of Covid-19 in the ISARIC Clinical Characterisation Protocol UK cohort: a matched, prospective cohort study. Lancet Rheumatol. 2021 Jul;3(7):e498-e506.

Droge W, Breitkreutz R. Glutathione and immune function. Proc. Nutr. Soc. 2000;59:595-600.

Ellison RT 3rd, Horsburgh CR Jr, and Curd J (1990) Complement levels in patients with hepatic dysfunction. Dig Dis Sci 35:231–235

Erden-Inal M, Sunal E, Kanbak G. Age-related changes in the glutathione redox system. Cell Biochem Funct. 2002 Mar;20(1):61-6.

Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for Covid-19 infection? Lancet Respir Med 2020; 8: e21

FitzGerald GA. Misguided drug advice for Covid-19. Science. 2020 Mar 27;367(6485):1434. https://www.science.org/doi/10.1126/science.abb8034?url\_ver=Z39.88-

2003&rfr\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\_dat=cr\_pub%20%200pubmed

Franco R, Schoneveld OJ, Pappa A, Panayiotidis MI. The central role of glutathione in the pathophysiology of human diseases. Arch Physiol Biochem. 2007 Oct-Dec;113(4-5):234-58.

Ganey PE, Luyendyk JP, Newport SW, Eagle TM, Maddox JF, Mackman N, Roth RA: Role of the coagulation system in acetaminophen-induced hepatotoxicity in mice. Hepatology 2007, 46:1177–1186

Garcia-Ruiz C, Fernandez-Checa JC. C-Reactive Protein, a Promising Approach for Acetaminophen Hepatotoxicity. Cell Mol Gastroenterol Hepatol. 2022;13(1):341-342.

Gazzard BG, Henderson JM, Williams R: Early changes in coagulation following a paracetamol overdose and a controlled trial of fresh frozen plasma therapy. Gut 1975, 16:617–620

Gimenez F, Calop J, Limat S., et al., 2012. —Pharmacie clinique et théra-peutique l.4 ème éd.- Issy Les Mouli-neaux : Elsevier Masson, Chap.30 : Traitement de la douleur, p. 575-602.

Grimble RF, Grimble GK (1998) Immunonutrition: role of sulfur amino acids, related amino acids, and polyamines. Nutrition 14(7-8): 605-610.

Geiler J., Michaelis M., Naczk P., Leutz A., Langer K., Doerr H.W., Cinatl J., Jr. N -acetyl-l-cysteine (NAC) inhibits virus replication and expression of pro-inflammatory molecules in A549 cells infected with highly pathogenic H5N1 influenza A virus. Biochem. Pharmacol. 2010;79:413–420.

Ghezzi P., Ungheri D. Synergistic combination of N -acetylcysteine and ribavirin to protect from lethal influenza viral infection in a mouse model. Int. J. Immunopathol. Pharmacol. 2004;17:99–102.

Ging P, Mikulich O, O'Reilly KM. Unexpected paracetamol (acetaminophen) hepatotoxicity at standard dosage in two older patients: time to rethink 1 g four times daily? Age Ageing. 2016 Jul;45(4):566-7.

Goto T, Faridi MK, Camargo CA, Hasegawa K. The association of aspirin use with severity of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a retrospective cohort study. NPJ Prim Care Respir Med. 2018;28(1):7. Graham GG, Scott KF, Day RO. Tolerability of paracetamol. Drug Saf. 2005;28(3):227-40.

Habib S, Saad EA, Elsharkawy AA, Attia ZR. Pro-inflammatory adipocytokines, oxidative stress, insulin, Zn and Cu: Interrelations with obesity in Egyptian non-diabetic obese children and adolescents. Adv. Med. Sci. 2015;60:179–185.

Hadjadj J, Yatim N, Barnabei L, Corneau A, Boussier J, Smith N, et al. Impaired type I interferon activity and inflammatory responses in severe Covid-19 patients. Science. 2020: eabc6027.

Han H, Ma Q, Li C, Liu R, Zhao L, Wang W, Zhang P, Liu X, Gao G, Liu F, Jiang Y, Cheng X, Zhu C, Xia Y. Profiling serum cytokines in Covid-19 patients reveals IL-6 and IL-10 are disease severity predictors. Emerg Microbes Infect. 2020 Dec;9(1):1123-1130.

Hirai N, Hill NO, Osther K. Temperature influences on different human alpha interferon activities. J Interferon Res. 1984 Fall;4(4):507-16.

Ho JC, Tipoe G, Zheng L, et al. In vitro study of regulation of IL-6 production in bronchiectasis. Respir Med 2004; 98: 334–41.

Högestätt ED, Jönsson BA, Ermund A, Andersson DA, Björk H, Alexander JP, Cravatt BF, Basbaum AI, Zygmunt PM. Conversion of acetaminophen to the bioactive N-acylphenolamine AM404 via fatty acid amide hydrolase-dependent arachidonic acid conjugation in the nervous system. J Biol Chem. 2005 Sep 9;280(36):31405-12

Hu Y, Li W, Gao T, Cui Y, Jin Y, Li P, et al. The Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Nucleocapsid Inhibits Type I Interferon Production by Interfering with TRIM25-Mediated RIG-I Ubiquitination. J Virol. 2017; 91(8): e02143–16.

Imaeda AB, Watanabe A, Sohail MA, Mahmood S, Mohamadnejad M, Sutterwala FS, Flavell RA, Mehal WZ. Acetaminophen-induced hepatotoxicity in mice is dependent on Tlr9 and the Nalp3 inflammasome. J Clin Invest. 2009 Feb;119(2):305-14.

Ishitsuka Y, Kondo Y, Kadowaki D. Toxicological Property of Acetaminophen: The Dark Side of a Safe Antipyretic/Analgesic Drug? Biol Pharm Bull. 2020;43(2):195-206.

Jeong HE, Lee H, Shin HJ, Choe YJ, Filion KB, Shin JY. Association between NSAIDs use and adverse clinical outcomes among adults hospitalized with Covid-19 in South Korea: a nationwide study. Clin Infect Dis. 2020

Ji Y, Azuine RE, Zhang Y, Hou W, Hong X, Wang G, Riley A, Pearson C, Zuckerman B, Wang X. Association of Cord Plasma Biomarkers of In Utero Acetaminophen Exposure With Risk of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder in Childhood. JAMA Psychiatry. 2020 Feb 1;77(2):180-189.

Kastl SP, Speidl WS, Kaun C, Rega G, Assadian A, Weiss TW, Valent P, Hagmueller

GW, Maurer G, Huber K, et al. (2006) The complement component C5a induces the expression of plasminogen activator inhibitor-1 in human macrophages via NF-B activation. J Thromb Haemost 4:1790–1797.

Kawabata A, Kawao N. Physiology and pathophysiology of proteinaseactivated receptors (PARs): PARs in the respiratory system: cellular signaling and physiological/pathological roles. J Pharmacol Sci 2005;97:20-24.

Kelleni MT. ACEIs, ARBs, ibuprofen originally linked to Covid-19: the other side of the mirror. Inflammopharmacology. 2020;28(6):1477–80.

Kelleni MT. Early use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in Covid-19 might reverse pathogenesis, prevent complications and improve clinical outcomes. Biomed Pharmacother. 2021;133:110982.

Kennon-McGill S, McGill MR. Extrahepatic toxicity of acetaminophen: critical evaluation of the evidence and proposed mechanisms. J Clin Transl Res. 2017;3(3):297-310.

Khan SS. The Central Role of PAI-1 in Covid-19: Thrombosis and beyond. Am J Respir Cell Mol Biol. 2021;65(3):238-240.

Khomich OA, Kochetkov SN, Bartosch B, Ivanov AV. Redox Biology of Respiratory Viral Infections. Viruses. 2018 Jul 26;10(8).

Knight TR, Kurtz A, Bajt ML, Hinson JA and Jaeschke H (2001) Vascular and hepatocellular peroxynitrite formation during acetaminophen toxicity: role of mitochondrial oxidant stress. Toxicol Sci 62:212-220.

Knight TR, Ho YS, Farhood A, Jaeschke H. Peroxynitrite is a critical mediator of acetaminophen hepatotoxicity in murine livers: protection by glutathione. J Pharmacol Exp Ther. 2002 Nov;303(2):468-75.

Kragholm K, Torp-Pedersen C, Fosbol E. Non-steroidal anti-inflammatory drug use in Covid-19. Lancet Rheumatol. 2021 Jul;3(7):e465-e466.

Kurtovic J, Riordan SM. Paracetamol-induced hepatotoxicity at recommended dosage. J Intern Med. 2003 Feb;253(2):240-3.

Lang CA, Naryshkin S, Schneider DL, Mills B.J., Lindeman R.D. Low blood glutathione levels in healthy aging adults. J. Lab. Clin. Med. 1992;120:720–725.

Lee SS, Buters JT, Pineau T, Fernandez-Salguero P, Gonzalez FJ. Role of CYP2E1 in the hepatotoxicity of acetaminophen. J Biol Chem. 1996 May 17;271(20):12063-7.

Lee JS, Shin EC. The type I interferon response in Covid-19: implications for treatment. Nat Rev Immunol 2020; 20: 585-6.

Lee WM. Acetaminophen (APAP) hepatotoxicity-Isn't it time for APAP to go away? J Hepatol. 2017 Dec;67(6):1324-1331.

Li HY, Tang ZM, Wang Z, Lv JM, Liu XL, Liang YL, Cheng B, Gao N, Ji SR, Wu Y. C-reactive protein protects against acetaminophen-induced liver injury by preventing complement overactivation. Cell Mol Gastroenterol Hepatol 2022;13:289–307.

Liukas A et al. Pharmacokinetics of intravenous paracetamol in elderly patient. Clin Pharmacokinetics 2011; 50: 121–9

Loguercio C, Taranto D, Vitale LM, Beneduce F, Del Vecchio Blanco C. Effect of liver cirrhosis and age on the glutathione concentration in the plasma, erythrocytes, and gastric mucosa of man. Free Radic. Biol. Med. 1996;20:483–488.

Maciolek JA, Pasternak JA, Wilson HL. Metabolism of activated T lymphocytes. Curr Opin Immunol. 2014 Apr;27:60-74.

Mackman N. Tissue-specific hemostasis in mice. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2005, 25:2273–2281

Manjani L, Desai N, Kohli A, Arya R, Woods C, Desale S. Effects of acetaminophen on outcomes in patients hospitalized with Covid-10.Presented at: CHEST 2021; October 17-20, 2021; Orlando, FL/Virtual. Abstract A1072

Mata M, Sarrion I, Armengot M, Carda C, Martinez I, Melero JA, Cortijo J. Respiratory syncytial virus inhibits ciliagenesis in differentiated normal human bronchial epithelial cells: effectiveness of N-acetylcysteine. PLoS One. 2012;7(10):e48037

Matsubara LS, Machado PE. Age-related changes of glutathione content, glutathione reductase and glutathione peroxidase activity of human erythrocytes. Braz. J. Med. Biol. Res. 1991;24:449–454.

McCarty MF, Barroso-Aranda J, Contreras F. Practical strategies for targeting NF-kappaB and NADPH oxidase may improve survival during lethal influenza epidemics. Med Hypotheses. 2010 Jan;74(1):18-20.

MacIntyre IM, Turtle EJ, Farrah TE, Graham C, Dear JW, Webb DJ; PATH-BP (Paracetamol in Hypertension–Blood Pressure) Investigators\*. Regular Acetaminophen Use and Blood Pressure in People With Hypertension: The PATH-BP Trial. Circulation. 2022 Feb 8;145(6):416-423.

McKeever TM, Lewis SA, Smit HA, Burney P, Britton JR, Cassano PA. The association of acetaminophen, aspirin, and ibuprofen with respiratory disease and lung function. Am J Respir Crit Care Med. 2005 May 1;171(9):966-71. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, Commission on Human Medicines. Commission on Human Medicines advice on ibuprofen and coronavirus (covid-19). 14 April 2020. www.gov.uk/government/news/commission-on-human-medicines-advice-on-ibuprofen-and-coronavirus-covid-19.

Melo AKG, Milby KM, Caparroz ALMA, Pinto ACPN, Santos RRP, Rocha AP, Ferreira GA, Souza VA, Valadares LDA, Vieira RMRA, Pileggi GS, Trevisani VFM. Biomarkers of cytokine storm as red flags for severe and fatal Covid-19 cases: A living systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021 Jun 29;16(6):e0253894.

Michaut A, Moreau C, Robin MA, et al. Acetaminophen-induced liver injury in obesity and nonalcoholic fatty liver disease. Liver Int 2014;34(7):e171-9.

Moling O et al. Severe hepatotoxicity after therapeutic doses of acetaminophen. Clin Ther 2006; 28: 755–60.

Moore N, Bosco-Levy P, Thurin N, Blin P, Droz-Perroteau C. NSAIDs and Covid-19: A Systematic Review and Meta-analysis. Drug Saf. 2021 Sep;44(9):929-938

Nassini R, Materazzi S, André E, Sartiani L, Aldini G, Trevisani M et al. Acetaminophen, via its reactive metabolite Nacetyl-p-benzo-quinoneimine and transient receptor potential ankyrin-1 stimulation, causes neurogenic inflammation in the airways and other tissues in rodents. FASEB J. 2010; 24: 4904-4916

Nencioni L, Iuvara A, Aquilano K, Ciriolo MR, Cozzolino F, Rotilio G, Garaci E, Palamara AT. Influenza A virus replication is dependent on an antioxidant pathway that involves GSH and Bcl-2. FASEB J. 2003;17:758–760.

Ntyonga-Pono MP. Covid-19 infection and oxidative stress: an under-explored approach for prevention and treatment? Pan Afr Med J. 2020 Apr 29;35(Suppl 2):12.

Pandolfi S, Simonetti V, Ricevuti G, Chirumbolo S. Paracetamol in the home treatment of early Covid-19 symptoms: A possible foe rather than a friend for elderly patients? J Med Virol. 2021 Oct;93(10):5704-5706

Parsanathan R, Jain SK. Glutathione deficiency induces epigenetic alterations of vitamin D metabolism genes in the livers of high-fat diet-fed obese mice. Sci. Rep. 2019;9.

Polonikov A. Endogenous Deficiency of Glutathione as the Most Likely Cause of Serious Manifestations and Death in Covid-19 Patients. ACS Infect Dis. 2020 Jul 10;6(7):1558-1562.

Powis S, Leng G, Raine J. Ibuprofen and coronavirus (covid-19). 14 April 2020. www.cas.mhra.gov.uk/ViewandAcknowledgment/ViewAttachment.aspx?Attachment\_id=103524.

Prasun P. Covid-19: A Mitochondrial Perspective. DNA Cell Biol. 2021 Jun;40(6):713-719

Prow NA, Tang B, Gardner J, Le TT, Taylor A, Poo YS, Nakayama E, Hirata TDC, Nakaya HI, Slonchak A, Mukhopadhyay P, Mahalingam S, Schroder WA, Klimstra W, Suhrbier A. Lower temperatures reduce type I interferon activity and promote alphaviral arthritis. PLoS Pathog. 2017 Dec 27;13(12):e1006788.

Radonovich MF, George JW, Pohl LR: Expression profiling of acetaminophen liver toxicity in mice using microarray technology [Erratum in Biochem Biophys Res Commun 2001;283:536]. Biochem Biophys Res Commun 2001, 282:321–328

Ramachandran A, Jaeschke H. Acetaminophen Hepatotoxicity. Semin Liver Dis. 2019 May;39(2):221-234

Rinott E, Kozer E, Shapira Y, Bar-Haim A, Youngster I. Ibuprofen use and clinical outcomes in Covid-19 patients. Clin Microbiol Infect. 2020;26(9):1259.e5-1259.e7

Roberts E, Delgado Nunes V, Buckner S, Latchem S, Constanti M, Miller P, Doherty M, Zhang W, Birrell F, Porcheret M, Dziedzic K, Bernstein I, Wise E, Conaghan PG. Paracetamol: not as safe as we thought? A systematic literature review of observational studies. Ann Rheum Dis. 2016 Mar;75(3):552-9.

Romanov BK. Paracetamol safety in Covid-19. Real-World Data & Evidence. 2021;1(1):4-7.

Rovai ES, Alves T, Holzhausen M. Protease-activated receptor 1 as a potential therapeutic target for Covid-19. Exp Biol Med (Maywood). 2021 Mar;246(6):688-694.

Sa Ribero M, Jouvenet N, Dreux M, Nisole S. Interplay between SARS-CoV-2 and the type I interferon response. PLoS Pathog. 2020 Jul 29;16(7):e1008737.

Samiec PS, Drews-Botsch C, Flagg EW, Kurtz JC, Sternberg P, Reed RL, Jones DP. Glutathione in human plasma: Decline in association with aging, age-related macular degeneration, and diabetes. Free Radic. Biol. Med. 1998;24:699–704.

Sandoval J, Orlicky DJ, Allawzi A, Butler B, Ju C, Phan CT, Toston R, De Dios R, Nguyen L, McKenna S, Nozik-Grayck E, Wright CJ. Toxic Acetaminophen Exposure Induces Distal Lung ER Stress, Proinflammatory Signaling, and Emphysematous Changes in the Adult Murine Lung. Oxid Med Cell Longev. 2019 Nov 28;2019:7595126.

Schaller J, Gerber SS. The plasmin-antiplasmin system: structural and functional aspects. Cell Mol Life Sci 2011, 68:785–801

Schmidt LE. Age and paracetamol self-poisoning. Gut. 2005;54(5):686-690.

Schultz ST, Gould GG. Acetaminophen Use for Fever in Children Associated with Autism Spectrum Disorder. Autism Open Access. 2016 Apr;6(2):170.

Schultz S, Gould GG, Antonucci N, Brigida AL, Siniscalco D. Endocannabinoid System Dysregulation from Acetaminophen Use May Lead to Autism Spectrum Disorder: Could Cannabinoid Treatment Be Efficacious? Molecules. 2021 Mar 25;26(7):1845.

Sekhar RV, Patel SG, Guthikonda AP, et al. Deficient synthesis of glutathione underlies oxidative stress in aging and can be corrected by dietary cysteine and glycine supplementation. Am J Clin Nutr. 2011;94(3):847-853.

Sekhar RV, McKay SV, Patel SG, et al. Glutathione synthesis is diminished in patients with uncontrolled diabetes and restored by dietary supplementation with cysteine and glycine. Diabetes Care. 2011;34(1):162-167. 10.2337/dc10-1006

Sekhar RV, Patel SG, Guthikonda AP, Reid M, Balasubramanyam A, Taffet GE, Jahoor F. Deficient synthesis of glutathione underlies oxidative stress in aging and can be corrected by dietary cysteine and glycine supplementation. Am. J. Clin. Nutr. 2011;94:847–853.

Sestili P, Fimognari C. Paracetamol-induced glutathione consumption: is there a link with severe Covid-19 illness? Front Pharmacol. 2020;11:579944.

Silvagno F, Vernone A, Pescarmona GP. The role of glutathione in protecting against the severe inflammatory response triggered by Covid-19. Antioxidants (Basel). 2020;9(7):624.

Singhal R, Ganey PE, Roth RA. Complement activation in acetaminophen-induced liver injury in mice. J Pharmacol Exp Ther 2012;341:377–385.

Skokan JD, Hewlett JS and Hoffman GC (1973) Thrombocytopenic purpura associated with ingestion of acetaminophen (Tylenol). Cleve Clin Q 40:89-91.

Spiegel M, Pichlmair A, Martinez-Sobrido L, Cros J, Garcia-Sastre A, Haller O, et al. Inhibition of Beta interferon induction by severe acute respiratory syndrome coronavirus suggests a two-step model for activation of interferon regulatory factor 3. J Virol. 2005; 79(4):2079–86.

Sriram K, Insel PA. Proteinase-activated receptor 1: A target for repurposing in the treatment of Covid-19? Br J Pharmacol. 2020 Nov;177(21):4971-4974.

Steventon GB, Mitchell SC, Waring RH. Human metabolism of paracetamol (acetaminophen) at different dose levels. Drug Metabol Drug Interact. 1996;13(2):111-7.

Sudano I, Flammer AJ, Periat D, Enseleit F, Hermann M, Wolfrum M et al. Acetaminophen increases blood pressure in patients with coronary artery disease. Circulation. 2010;122:1789–1796.

Suh JH, Wang H, Liu R-M., Liu J, Hagen TM. (R)-alpha-lipoic acid reverses the age-related loss in GSH redox status in post-mitotic tissues: Evidence for increased cysteine requirement for GSH synthesis. Arch. Biochem. Biophys. 2004;423:126–135.

Sullivan BP, Kassel KM, Jone A, Flick MJ, Luyendyk JP. Fibrin(ogen)-independent role of plasminogen activators in acetaminophen-induced liver injury. Am J Pathol. 2012 Jun;180(6):2321-9.

Suter F, Perico N, Cortinovis M, Remuzzi G. A recurrent question from a primary care physician: how should I treat my Covid-19 patients at home? An update. Clin Med Invest 2020;5:1–9.

Suter F, Consolaro E, Pedroni S, Moroni C, Pastò E, Paganini MV, Pravettoni G, Cantarelli U, Rubis N, Perico N, Perna A, Peracchi T, Ruggenenti P, Remuzzi G. A simple, home-therapy algorithm to prevent hospitalisation for Covid-19 patients: A retrospective observational matched-cohort study. EClinicalMedicine. 2021 Jul;37:100941.

Thornalley PJ, McLellan AC, Lo TWC, Benn J, Sönksen PH. Negative Association between Erythrocyte Reduced Glutathione Concentration and Diabetic Complications. Clin. Sci. 1996;91:575–582.

Torjesen I. Covid-19: ibuprofen can be used for symptoms, says UK agency, but reasons for change in advice are unclear. BMJ. 2020;369:m1555.

Turtle EJ, Dear JW, Webb DJ. A systematic review of the effect of paracetamol on blood pressure in hypertensive and non-hypertensive subjects. Br J Clin Pharmacol. 2013;75(6):1396-1405. doi:10.1111/bcp.12032

Udomsinprasert W, Jittikoon J, Sangroongruangsri S, Chaikledkaew U. Circulating Levels of Interleukin-6 and Interleukin-10, But Not Tumor Necrosis Factor-Alpha, as Potential Biomarkers of Severity and Mortality for Covid-19: Systematic Review with Meta-analysis. J Clin Immunol. 2021 Jan;41(1):11-22.

Uzonyi B, Lotzer K, Jahn S, Kramer C, Hildner M, Bretschneider E, et al. Cysteinyl leukotriene 2 receptor and protease-activated receptor 1 activate strongly correlated early genes in human endothelial cells. Proc Natl Acad Sci U S A 2006;103:6326-6331.

Uzun H, Konukoglu D, Gelisgen R, Zengin K, Taskin M. Plasma protein carbonyl and thiol stress before and after laparoscopic gastric banding in morbidly obese patients. Obes. Surg. 2007;17:1367–1373.

Verd S, Verd M. Commentary: paracetamol-induced glutathione consumption: is there a link with severe Covid-19 illness? Front Pharmacol. 2020;11:625295.

Wang K, Hoshino Y, Dowdell K, Bosch-Marce M, Myers TG, Sarmiento M, Pesnicak, Krause PR, Cohen JI. Glutamine supplementation suppresses herpes simplex virus reactivation. J Clin Invest. 2017 Jun 30;127(7):2626-2630.

What dose of paracetamol for older people? Drug Ther Bull. 2018 Jun;56(6):69-72.

WHO. Updated: WHO Now Doesn't Recommend Avoiding Ibuprofen For Covid-19 Symptoms 2020. https://www.sciencealert.com/who-recommends-to-avoid-taking-ibuprofen-for-covid-19-symptoms . Accessed 1 Mar 2021.

Williams AM, Langley PG, Osei-Hwediah J, Wendon JA and Hughes RD (2003) Hyaluronic acid and endothelial damage due to paracetamol-induced hepatotoxicity. Liver Int 23:110-115.

Willsher K, Anti-inflammatories may aggravate Covid-19, France advises, The Guardian (2020).

https://www.theguardian.com/world/2020/mar/14/anti-inflammatory-drugs-may-aggravate-coronavirus-infection

Wright CJ. Acetaminophen and the Developing Lung: Could There Be Lifelong Consequences? J Pediatr. 2021 Aug;235:264-276.e1.

Yoshida K, Hirokawa J, Tagami S, Kawakami Y, Urata Y, Kondo T. Weakened cellular scavenging activity against oxidative stress in diabetes mellitus: Regulation of glutathione synthesis and efflux. Diabetologia. 1995;38:201–210.

Zamora-Mendoza R, Rosas-Vargas H, Ramos-Cervantes MT, Garcia-Zuniga P, Perez-Lorenzana H, Mendoza-Lorenzo P, Perez-Ortiz A.C, Estrada-Mena FJ, Miliar-Garcia A, Lara-Padilla E, et al. Dysregulation of mitochondrial function and biogenesis modulators in adipose tissue of obese children. Int. J. Obes. 2018;42:618–624. / Zuo Y, Warnock M, Harbaugh A, Yalavarthi S, Gockman K, Zuo M, et al. Plasma tissue plasminogen activator and plasminogen activator inhibitor—1 in hospitalized Covid-19 patients. Sci Rep. 2021;11:1580.

# De la grippe A(H1N1) à la Covid-19 : l'OMS ne répond plus qu'aux industriels



C'est avec un très vif plaisir que nous accueillons ce jour Michel Cucchi en tant que nouveau membre AIMSIB. Docteur en médecine, docteur en sociologie et directeur d'hôpital, il travaille sur le risque collectif depuis une quinzaine d'années, autant dire que la gestion de la pandémie de covid par les institutions sanitaires a mis sa rigueur intellectuelle à rude épreuve car les prodromes de cette catastrophe étaient déjà perceptibles en 2009. Leurs échos nous aident à comprendre la perversité de la situation sanitaire actuelle et proposent quelques pistes pour en sortir. Voici une démonstration remarquable de la perversité de la situation sanitaire actuelle, ce coup-ci par écrit (\*). Très bonne lecture.

#### Résumé

Ce document propose une compréhension des modes d'influence de l'industrie du médicament sur la décision publique en prenant appui sur la gestion aujourd'hui correctement documentée de la grippe A(HINI) et en prolongeant la réflexion sur la gestion de la pandémie de covid. Il propose cinq pistes pour une réappropriation de la santé par les autorités publiques dans un régime démocratique.

« Les institutions bancaires sont plus dangereuses pour nos libertés que des armées entières prêtes au combat. Si le peuple [...] permet un jour que des banques privées contrôlent sa monnaie, les banques et toutes les institutions qui fleuriront autour des banques priveront les gens de toute possession. » (Thomas Jefferson)

#### Introduction

Les sociologues Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot ont exhumé ce texte de Thomas Jefferson, le troisième Président des États-Unis pour illustrer leur étude de « L'Argent sans foi ni loi » (I) et des dispositifs par lesquels « une petite oligarchie s'attribue l'essentiel des revenus » : spéculation, dérégulation, fraude et dumping social, c'est-à-dire la dégradation des conditions de vie du plus grand nombre.

L'influence de l'argent sur l'intégrité de la décision publique n'est d'ailleurs pas un sujet véritablement nouveau. On peut se remémorer la situation que le président démocrate Roosevelt a dû affronter en 1932 lors de son accession à la Maison Blanche, une situation qu'il décrit dans son dernier discours en vue de sa réélection en 1936 :

• « Le monopole industriel et financier, la spéculation, la banque véreuse, l'antagonisme de classe, l'esprit de clan, le profiteur de guerre [...] avaient commencé à considérer le gouvernement des États-Unis comme un simple appendice à leurs affaires privées. Nous savons maintenant [après la crise financière de 1929] qu'il est tout aussi dangereux d'être gouverné par l'argent organisé que par le crime organisé ».

L'influence délétère de l'argent sur la décision publique n'est pas non plus de l'histoire ancienne. À la suite de la publication de l'ouvrage fondateur du sociologue Charles Wright Mills en 1956, L'élite au pouvoir ou du

pouvoir, selon les traductions possibles (2), c'est au tour du président Eisenhower de nous mettre en garde, à l'issue de son unique mandat de président des États-Unis :

• « Nous ne devons jamais laisser le poids du complexe militaro-industriel mettre en danger nos libertés ou nos processus démocratiques. [...] Nous devons également être attentifs au danger égal et opposé que la politique publique puisse elle-même devenir la captive d'une élite scientifique et technologique ».

Cependant, surfant sur la vague d'une expansion financière incontrôlée, une oligarchie politico-financière se reconstitue à partir des années 1990, s'affranchissant des limites communes. La confusion des rôles et des intérêts entre les affaires publiques et privées y devient la nouvelle norme. Ce phénomène a bien entendu pénétré le domaine de la santé, ses industries comme ses processus de décision.

#### L'industrie du médicament

L'industrie du médicament est couramment présentée comme la partenaire des autorités pour mettre au point des médicaments pour le plus grand nombre possible de maladies et de gens, la croissance de cette industrie étant garantie par les dispositifs de protection sociale. Mais avec la fin des innovations médicamenteuses, à partir des années 1990, l'industrie du médicament reconstitue ses marges de profit par sa financiarisation : comme n'importe quelle multinationale intense en capital financier et cotée en bourse, son objectif devient rapidement exclusivement financier, à savoir la maximisation des profits de ses actionnaires, par tous les moyens, comme le rachat d'entreprises ou la délocalisation de la production.

Au début du XXIe siècle, l'industrie du médicament s'est installée au centre de l'espace de valorisation financière, avec les firmes fossiles (pétrole, gaz), le luxe et les automobiles.

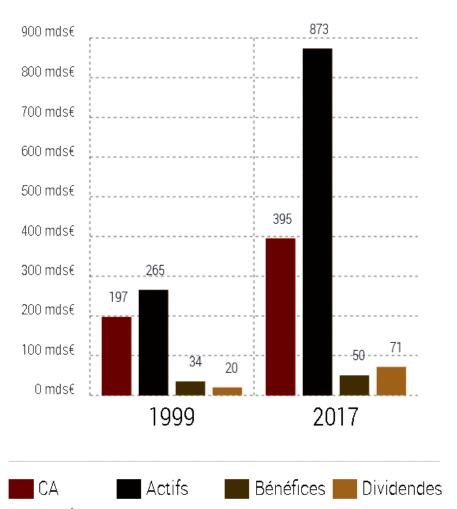


Figure 1 – Évolution capitalistique des 11 principaux laboratoires pharmaceutiques dans le monde (en milliards d'euros) : Sanofi, Novartis, AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Merck, Eli Lilly, Roche, Abbott, Pfizer, BristolMyersSquibb, Johson&Johnson. Source : Gresea, Bastamag³

Selon Olivier Petitjean, grâce à la garantie publique qu'apportent les systèmes d'assurance maladie et le soutien gouvernemental à leurs recherches, les multinationales du médicament sont devenues des « des monstres hyper-financiarisés », au service des actionnaires et de leurs dirigeants (3). Entre 1999 et 2017, le

chiffre d'affaires de 11 laboratoires parmi les plus importants au monde a été multiplié par deux [1], pour atteindre la somme de 395 milliards d'euros en 2017. La valeur des actifs a été multipliée par 3,3 pour atteindre 873 milliards d'euros. Les dividendes ont été multipliés par 3,6 pour atteindre 71,5 milliards d'euros en 2017 (pour des bénéfices n'ayant augmenté que de 44%) [4] (Figure 1).

Au total, pour 7 laboratoires qu'il est possible de suivre depuis 1990 (les directions s'employant à effacer les traces des exercices précédents), le chiffre d'affaires cumulé a été multiplié par plus de 6, les bénéfices par 5, l'actif par plus de 12, bien loin de l'évolution du bénéfice sur la période. Autrement dit, sur les 30 dernières années, la valorisation financière des principales industries pharmaceutiques a pris le pas sur tous les autres aspects de l'activité.

Par comparaison, l'impôt sur les sociétés demeure stable, à environ 13 milliards d'euros, celui-ci passant de 26 à 28% au cours des années 2000 à 19% en 2015 et 2016.

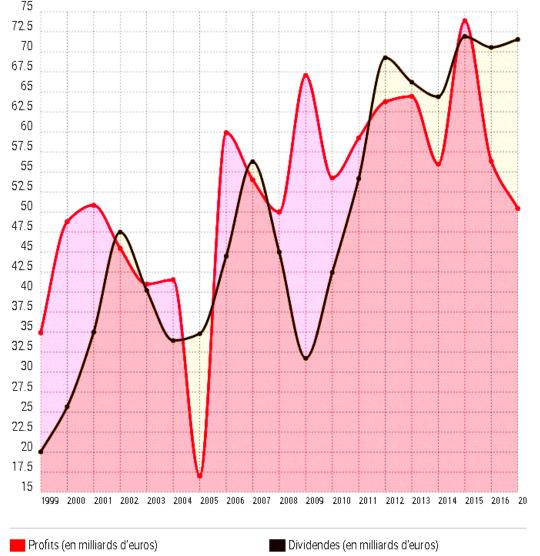


Figure 2 – Bénéfices et dividendes des 11 principaux laboratoires pharmaceutiques entre 1999 et 2017. Source : Gresea, Bastamag (5)

Sur les 1019 milliards d'euros de bénéfices cumulés entre 1999 et 2017, 91% ont été distribués aux actionnaires sous forme de dividende et de rachats d'actions (925 milliards), et sur les années qui suivent 2015, les sommes distribuées sont supérieures aux profits : la trésorerie ne sert plus à préparer l'avenir mais à nourrir l'appétit des actionnaires. (Figure 2).

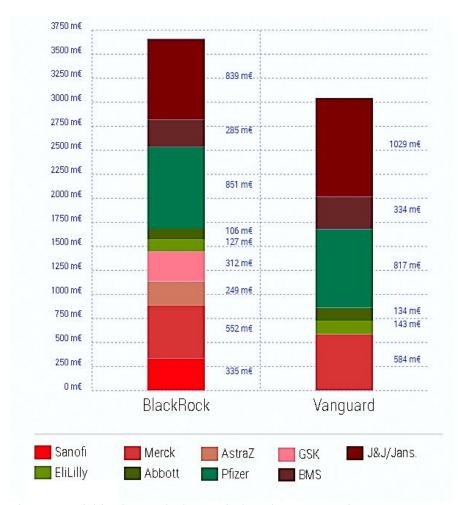
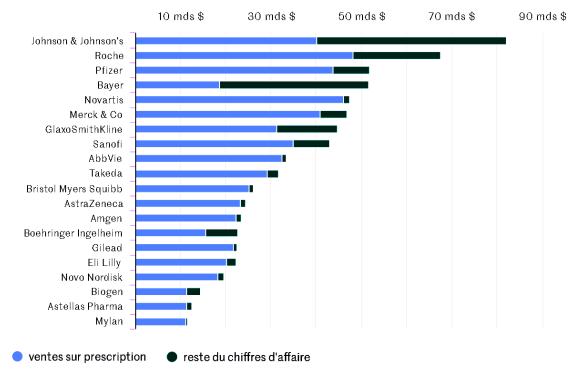


Figure 3 – Dividendes encaissés par BlackRock et Vanguard en 2017. Source : Gresea, Bastamag, 16 janvier 2020

Ces actionnaires sont principalement des fonds d'investissement étasuniens : ainsi, BlackRock et Vanguard, les deux plus grands d'entre eux, cumulent ainsi chacun plus de 3 milliards d'euros de dividendes en une seule année (Figure 3). Les autres investisseurs sont des fonds de capital-risque (hedge funds) investissant par exemple pour s'assurer du contrôle de brevets stratégiques et faire monter les prix, un savoir-faire mis à profit par exemple par Gilead.

Dans un marché estimé à I 200 milliards annuels (Figure 3), nous retrouvons parmi les multinationales les plus intenses en capital financier les protagonistes de la grippe de 2009, à savoir, Roche, Novartis et GlaxoSmithKline, avec ceux de la pandémie de 2019-2022 : Gilead, Pfizer, AstraZeneca, Johnson&Johnson, Eli Lily, Abbvie et Merck.



Source: Classement PharmExec et rapports annuels 2019

Figure 4 – Classement des 20 plus gros groupes pharmaceutiques selon leur chiffre d'affaires en 2019 (et part des ventes de médicaments sur prescription). Source : Mathilde Damjé, Derrière l'expression « Big Pharma », Lemonde.fr, 27 novembre 2020

L'industrie du vaccin est un secteur encore plus concentré que l'industrie du médicament dans sa globalité, et cinq enseignes – Johnson & Johnson, Pfizer, Merck, GSK et Sanofi – se partagent 80% d'un marché de 27 milliards annuels en temps ordinaire. Son organisation mondiale (recherche, finance, direction, influence) est dominée par le monde anglo-saxon. L'usine du monde se situe en Inde, les essais sur l'homme principalement organisés en Inde, en Afrique du Sud et au Brésil (6).

Cette puissance financière sert notamment à rémunérer le train de vie des dirigeants, qui sont en France parmi les mieux payés du CAC 40 (Olivier Brandicourt, arrivé avec une « prime de bienvenue » de 4 millions d'euros et ayant perçu autour de 10 millions d'euros de rémunération entre 2016 et 2017) (7). Aux États-Unis, le secteur pharmaceutique est l'industrie qui assure les revenus les plus élevés à ses dirigeants (Pfizer, 26 millions de dollars ; Johnson&Johnson, 23 millions ; BristolMyersSquibb : 19 millions). Les patrons des firmes biotechnologiques, plus petites et inconnues (Vertex, Incyte, BioMarin ou United Therapeutics, etc.), destinées à vendre au prix fort un petit nombre de molécules, sont encore plus chers : Leonard S. Schleifer, le dirigeant de Regeneron, un partenaire historique de Sanofi avec quelques milliers d'employés, a reçu 26,5 millions de dollars en 2017 et plus de 28 millions en 2016.

#### L'influence et la fraude, éléments du business model

#### **Violation Tracker Industry Summary Page**

Industry: pharmaceuticals

Penalty Total since 2000: \$56,047,506,711

Number of Records: 944

**Note:** The totals include only those entries matched to a parent company. The industry designation is the primary one for the parent's operations overall. The totals are adjusted to account for the fact that each parent's entries may include both agency records and settlement announcements for the same case; or else a penalty covering multiple locations may be listed in the individual records for each of the facilities. They are also adjusted to reflect cases in which federal and state or local agencies cooperated and issued separate announcements of the outcome. Duplicate or overlapping penalty amounts are marked with an asterisk in the individual records list below.

Top 10 Parent Companies	Total Penalty \$	Number of Records
Purdue Pharma	\$9,124,272,787	10
GlaxoSmithKline	\$7,822,200,258	34
Merck	\$5,615,085,581	80
Pfizer	\$4,660,896,333	71
Johnson & Johnson	\$4,248,447,763	58
AbbVie	\$3,203,142,507	49
Teva Pharmaceutical Industries	\$2,735,215,328	53
<u>Novartis</u>	\$2,526,283,570	39
Mallinckrodt	\$1,755,367,478	20
<u>Eli Lilly</u>	\$1,641,330,176	25

Tableau I – Somme des amendes de l'industrie pharmaceutique aux États-Unis depuis 2000. Surligné : compagnies pharmaceutiques de premier plan durant la pandémie de covid. Source : Violation Tracker, https://violationtracker.goodjobsfirst.org/industry/pharmaceuticals, consulté le 20 avril 2021.

Tous les moyens pour le profit, cela comprend également – comme nous le rappelle Laurent Mucchielli dans le tome I de La Doxa du covid – « une stratégie de trafic d'influence qui se trouve considérablement facilitée par l'évolution néolibérale des modes de gouvernance occidentaux. Ces derniers se caractérisent en effet par un effacement des frontières entre intérêts publics et intérêts privés » (8 p. 78)

L'influence et la fraude sont les éléments essentiels du business model. Avec 944 condamnations depuis 2000 dans un seul pays, les États-Unis, pour un montant de 56 milliards de dollars (Tableau I), nous ne sommes pas dans le cas de figure d'un dérapage isolé, mais d'un circuit — de la subvention faramineuse à l'amende tout aussi faramineuse — qui présente toutes les caractéristiques d'une corruption systémique (9) : ces caïds du médicament blanchissent leur responsabilité pénale auprès des tribunaux étasuniens à coup de milliards.

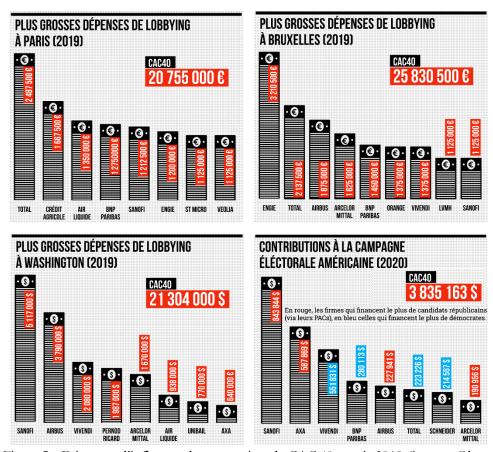


Figure 5 – Dépenses d'influence des entreprises du CAC 40, année 2019. Source : Observatoire des multinationales<sup>6</sup>

Au premier trimestre 2021, les dépenses de lobbying de l'industrie du médicament auprès du gouvernement étasunien s'élèvent à 92 millions de dollars (+6,3% par rapport à la même période de l'an dernier), des sommes bien au-delà de ce que consacrent les autres industries au lobbying (10).

En France, Sanofi est l'entreprise du CAC40 déclarant le plus de dépenses de lobbying (6,9 millions) suivie d'Airbus, de Total et d'Engie (3,8) (Figure 5). A Paris, Sanofi est au 5e rang. À Bruxelles, ce sont les énergéticiens, avec Airbus et Arcelor-Mittal, qui se déploient, et Sanofi n'apparaît qu'au 9e rang. Mais à Washington, Sanofi apparaît comme le plus gros lobbyiste du CAC40 (pour soutenir préférentiellement les Républicains) : en matière de politique du médicament, les choses sérieuses se négocient aux États-Unis.

Evénement	Nombre de Morts
Guerre 1914-18	17 millions
Grippe 1918-20	50 millions
Grippe 1958	4 millions
Grippe 1968-69	2 millions
VIH 1981-05	30 millions
SRAS 2003	774
H5N1 2003 et suivantes (au 26 avril 2013)	374
H1N1 2009-10	18 449 (OMS)
nCoV 2012 (au 13 mai 2013)	19
H7N9 2013 (au 8 mai 2013)	32
Covid 2020-22 (au 3 mars 2022)	6 millions <sup>6</sup>

Tableau II – Principaux événements infectieux an regard de leur mortalité aux XXe et XXIe siècles (la double ligne barrant le tableau après la pandémie du VIH représente la mise en place du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (RMAA), celle figurant devant le covid signalant la fin d'un règlement international efficace

Ce n'est pas seulement par amour de la justice ou pour l'honneur de l'administration publique qu'il faut combattre cette influence des oligarchies politico-médico-financières sur la décision sanitaire, mais parce qu'une décision corrompue par des intérêts privés est d'abord une mauvaise décision. Pour s'en tenir à l'épisode le plus récent, celui de la pandémie de covid, une comparaison rapide nous montre qu'en matière de contrôle du risque infectieux, nous venons d'effacer l'acquis d'un siècle de progrès sanitaire pour nous retrouver comme à une époque où les institutions sanitaires n'existaient pas ou étaient balbutiantes. Alors que nous en payons un coût aujourd'hui insupportable, sans préjuger de ce que nous réserve l'avenir.

# Étapes de l'instrumentalisation

Comment et jusqu'à quel point cette industrie est capable d'influer et d'altérer la décision sanitaire publique ? Nous pouvons mesurer la progression suivante depuis la France :

- Depuis 1990, la privatisation progressive du financement de l'OMS conduit à des politiques sanitaires conçues au profit de quelques-uns et à l'inefficacité du contrôle des menaces sanitaires de grande ampleur.
- En 2009-2010, avec la « gestion » de la grippe HINI apparaissent la captation des paramètres de suivi international de la pandémie et l'influence sur la commande publique mondiale pour l'acquisition et l'expérimentation en population générale de produits aux effets inconnus.
- En 2010-2012, la « gestion » des amphétamines masquées du laboratoire Servier (connue comme le scandale du Mediator®) laisse transparaître un contrôle efficace de nombreuses équipes médicales hospitalo-universitaires, celui de la presse scientifique et du système européen des agences sanitaires (11).
- Enfin, à partir de 2019, la « gestion » de la pandémie de covid laisse transparaître un large contrôle de la presse grand public comme de la décision publique, pour l'acquisition et l'expérimentation en population générale de produits inefficaces ou à l'efficacité incertaine et aux effets inconnus, et plus généralement pour la maîtrise des politiques de santé.

#### Privatisation de l'OMS

C'est au niveau de l'OMS, pensée dès 1948 comme une organisation internationale disposant d'un pouvoir normatif, que l'influence des stratégies privées semble avoir pénétré en premier. Dans les années 1970-1980, sous la présidence du Danois Halfdan Mahler (1973-1988), l'OMS travaille sur un ensemble de programmes d'intérêt général, tels qu'une liste de 200 médicaments essentiels, génériques reconnus efficaces. Elle parvient à l'éradication de la variole et développe la santé communautaire et la santé primaire dans une perspective de santé pour tous d'ici l'an 2000.

### Désengagement des États et privatisation des actions internationales

Avec la vague néolibérale qui part des pays anglo-saxons dans les années quatre-vingt, les États se désengagent. Cette incertitude sur la disponibilité de recettes suffisantes pour pouvoir conduire des actions de long terme place l'OMS dans une situation nouvelle. Pour pouvoir faire face à ses engagements, le successeur du Dr Mahler, le Japonais Hiroshi Nakajima (1988-1998) met en place un « partenariat privé », principalement avec de grandes fondations étasuniennes. Les contributions fixes des États, la source normale de financement de l'OMS, ne cessent dès lors de diminuer au profit de ces contributions extra-budgétaires, qu'elles proviennent d'États, de fondations ou d'entreprises privées.

Mais, à la différence des contributions fixes, ces contributions volontaires permettent de décider de leur affectation à des actions précises. Les actions de l'OMS dépendent dès lors principalement de leurs financeurs et doivent s'ajuster aux intérêts qu'ils expriment.

Avec ce nouveau mode de dépendance viennent les affaires de corruption, qui entachent gravement les mandats du Dr Nakajima, ce qui fournit de nouveaux prétextes aux États pour diminuer leurs contributions fixes. Les directeurs suivants (Gro Harlem Brundtland, Lee Jong-Wook, Margaret Chan, Tedros Adhanom Ghebreyesus) ne parviennent pas à redresser la situation (12).

Sous le mandat de Mme Brundtland émerge une inflexion idéologique, la santé glissant selon Jean-Loup Motchane d'un droit universel vers un rôle de « simple moyen au service de la production », tandis que « les lobbies industriels défendent leurs intérêts [...] dans l'ombre ». L'OMS glisse de programmes visant l'amélioration de l'état de santé des populations à la « gestion » d'événements critiques de grande ampleur.

En 2018-2019, le budget bisannuel de l'OMS est composé à 83% de contributions volontaires et seulement 17% de contributions fixes pour 5,62 milliards de budget bisannuel. Toutes contributions confondues, les quatre premiers financeurs sont quasi-exclusivement anglo-saxons. Apparemment, c'est le gouvernement étasunien qui apparaît comme le premier contributeur mais, en comptant les financements croisés, c'est la fondation Bill et Melinda Gates qui monte au premier rang des financeurs de l'OMS.

## Élaboration du plan contre les pandémies

C'est également à partir des années 1990, dans le sillage de la pandémie du sida, qu'un ensemble de nouvelles maladies rassemblées sous le terme de « maladies infectieuses émergentes », suscite un armement mondial contre les pandémies. La crainte d'une pandémie grippale aviaire A(H5NI) très meurtrière et qui serait devenue transmissible entre les hommes semble prendre l'OMS de court et questionne la crédibilité de son système d'alarme. Deux ans après la première manifestation chez l'homme du virus H5NI hautement pathogène à Hong-Kong, l'organisation internationale produit en 1999 son premier Plan mondial de préparation à une pandémie de grippe. À partir de l'année 2000, elle met sur pied le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (RMAA) (Global outbreak alert and response network ou GOARN), dont les missions sont les suivantes :

- 1) lutter contre la propagation internationale des épidémies
- 2) veiller à ce que les États touchés bénéficient rapidement d'une assistance
- 3) contribuer à la préparation aux épidémies et au renforcement des capacités à long terme. En 2005, l'OMS modifie le seul instrument contraignant de droit international en matière sanitaire, le Règlement sanitaire international (RSI), qui impose aux États membres d'informer la communauté médicale de manière urgente en cas d'apparition d'une épidémie et d'apporter toutes les informations nécessaires pour y faire face. C'est le seul instrument juridique international qui a force d'obligation dans tous les États membres. Enfin, en novembre 2005, l'OMS modifie une dernière fois son Plan mondial de préparation à une pandémie de grippe. Ce plan est donc élaboré dans un contexte de désengagement des États et de privatisation des actions internationales. Il prévoit notamment une fabrique rapide de vaccins en cas d'alerte et une coordination internationale des épidémies par l'OMS. Mais la plupart des États, notamment la Chine et les États-Unis, ne sont pas prêts à lui reconnaître un tel pouvoir supranational.

Les États les plus riches, en lien avec les intérêts industriels qu'ils défendent, organisent leur système de santé indépendamment de l'OMS. Ils fondent leurs propres agences sanitaires, leurs propres dispositifs de surveillance et d'alerte – comme les Centers of Disease Control (CDC) aux États-Unis, aux budgets dix fois plus importants que ceux de l'OMS. À partir de 2006, les États négocient des accords avec les industriels couverts par le « secret des affaires » en s'engageant à acheter ce qu'ils produisent et en couvrant également le risque juridique, de telle sorte que l'industrie du médicament paraît assurée de s'enrichir sans mesure en cas de déclenchement d'une pandémie.

## Gestion de la grippe A(HINI) par l'OMS

La pandémie de grippe A(HINI) d'origine avioporcine est pompeusement désignée comme « la première pandémie du XXIe siècle », mais c'est plutôt la « gestion » de cette pandémie par les autorités sanitaires qui constitue une « première », parce qu'elle laisse transparaître l'influence démesurée de l'industrie du médicament sur le pilotage des politiques sanitaires.

De façon inhabituelle, la maladie démarre au printemps. Plusieurs cas de grippe avec atteinte respiratoire sévère sont détectés en mars et avril 2009 au Mexique et à San Diego en Californie. Le 16 avril, les CDC isolent le nouveau virus dans un prélèvement effectué à San Diego. L'information est transmise à l'OMS. Les degrés de l'alerte sont alors franchis à grandes enjambées. Le 24 avril, l'OMS déclare une « urgence de santé publique de portée internationale » sans un seul décès attribuable au virus A(H1N1), mais avec un virus muté soi-disant « dans des gènes jamais rencontrés auparavant » (13).

Avec les 7 premiers décès, tous porteurs de maladies respiratoires préexistantes, la phase 4 sur les 6 phases de l'échelle pandémique est déclarée trois jours plus tard, le 27 avril (le monde était en phase 3 depuis 2005 dans l'attente d'une pandémie de grippe aviaire qui ne s'est pas déclarée). Le 29, le monde est en phase 5. Le 26-27 mai est déclarée une première transmission interhumaine hors Amérique.

Enfin, la pandémie est déclarée le 11 juin 2009, ce qui réveille les contrats dormants négociés entre les États et les industriels à l'issue de l'élaboration du plan de lutte contre les pandémies.

#### Un virus nouveau?

Dans le plan mondial de 2005, « Une pandémie de grippe survient lorsque apparaît un virus nouveau contre lequel le système immunitaire humain est sans défense, donnant lieu à une épidémie mondiale avec un grand nombre de décès et de maladies ».

L'OMS signale ainsi dès le début de l'infection la présence d'un nouveau virus alors qu'il n'est pas encore isolé.

Le virus HINI lui-même est connu depuis des décennies pour sa faible virulence. Mais il est soutenu ici que la maladie est liée à un virus qui ne se recombine pas avec les souches de la grippe saisonnière, et qu'en cas de coinfection, le « nouveau virus » est plus contagieux que les souches saisonnières H3N2 (Brisbane/10/07 ou BR/10) ou H1N1 (Brisbane/59/07 ou BR/59) et prend le pas sur elles. On impose l'écriture virus grippe A(H1N1) « v » (pour « variant »). Le scénario de la pandémie de 1918 n'est pas officiellement exclu, alors que l'on sait depuis 2008 que la plus grande partie des décès étaient liés à la surinfection, désormais à la portée des médicaments antibiotiques. Cette éventualité est d'ailleurs évoquée en termes de certitudes, la seule inconnue restant le moment – supposé prochain – de son déclenchement.

Il apparaît rapidement que contrairement à la grippe saisonnière qui rend malade aux âges extrêmes de la vie, cette grippe HINI touche les personnes jeunes : 60% des malades ont moins de 18 ans.

On ne constate quasiment aucune infection chez les personnes de plus de 60 ans : elles ont déjà été en contact avec le virus HINI, et éventuellement avec d'anciens vaccins. Cette immunisation naturelle de la partie la plus âgée de la population correspond justement au tableau épidémiologique d'une grippe banale. Il est acquis dès le 22 mai que 10% des moins de 60 ans et 33% des plus de 60 ans ont déjà des anticorps contre ce « nouveau » virus.

Sa létalité est revue à la baisse en quelques semaines : de 7% au Mexique (contre 50% à 60% de mortalité habituelle pour la grippe aviaire), la létalité passe rapidement à 0,1% à 0,15% aux États-Unis. À partir de la mijuin, les autorités renoncent à compter les patients infectés, le problème est géré par les généralistes. Seules les formes graves sont hospitalisées. Au 30 juin, la grippe a contaminé environ 78 000 malades dans 120 pays et territoires. Elle a tué 332 personnes, soit une mortalité de 0,4%.

Fin juin 2009, il apparaît que le virus en cause est banal et de virulence faible. L'état de pandémie mondiale est pourtant maintenu pendant encore plus d'un an, jusqu'au 10 août 2010. Le bilan final par l'OMS est de 18 500 décès, réévalués a posteriori en 2012 à 280 000 par les CDC, toujours dans les limites basses d'une grippe saisonnière, soit 250 000 à 500 000 décès par an.

#### Retrait du critère gravité

Dans le plan mondial de 2003 à mai 2009, « une pandémie de grippe survient lorsque apparaît un virus nouveau contre lequel le système immunitaire humain est sans défense, donnant lieu à une épidémie mondiale avec un grand nombre de décès et de maladies ».

Mais entre le 1 er mai et le 9 mai 2009, alors que des éléments rassurants sont déjà disponibles, la définition de l'OMS de la pandémie est modifiée sur le site Internet et la date de cette modification est falsifiée, une manœuvre mise en

évidence par Peter Doshi, alors doctorant à Harvard. La pandémie n'est plus définie que par son expansion géographique : il n'y a plus de différence entre pandémie grippale et grippe saisonnière.

Le 19 mai, lors d'une conférence de presse, une quinzaine d'États (dont le Royaume-Uni, le Japon et la Chine) demandent à l'OMS les raisons de cette modification. L'OMS affirme tenir compte de cette interrogation, et un « comité d'urgence » formé en avril se réunit, mais sans donner de réponse sur le fond. Cette réponse n'est apportée que le 11 juin 2009, sous la forme d'une déclaration d'état de pandémie, c'est-à-dire l'atteinte de la phase 6 de l'alarme sur les 6 possibles, tout en assortissant cette déclaration d'un avertissement sur sa « gravité modérée ».

L'alerte pandémique est donc déclarée juste après le changement de définition (le délai d'un mois n'étant que celui qu'a pris le « comité d'urgence » pour répondre), et celle-ci n'aurait pu être déclenchée sans cette falsification. La commission d'enquête sénatoriale, en août 2010, estime que « la définition de la pandémie retenue par l'OMS [...], en ne retenant pas de critère de gravité, [...] n'a pas joué son rôle de "filtre" » (14). Elle n'a pas permis d'élaborer une panoplie de réponses graduées à la menace et a conduit les États à s'armer de façon massive de vaccins réalisés dans des conditions où l'innocuité n'a pas fait l'objet de toutes les attentions des fabricants et commercialisés à des conditions extrêmement favorables pour les fournisseurs de vaccins. Ce ne sera pas la dernière fois que l'industrie du médicament amène les États à des contrats léonins au mépris de la santé publique.

## Une stratégie vaccinale risquée

Le vaccin contre la souche dite pandémique « A/California/07/2009 (H1N1) v » est disponible à compter de septembre 2009. Mais la stratégie vaccinale recommandée par l'OMS apparaît curieuse pour une pandémie de « gravité modérée » : deux injections vaccinales sont prévues, ce qui constitue une première en matière de vaccination antigrippale, hors grippe aviaire, sur l'argument trompeur d'une pandémie causée par un virus « nouveau ».

C'est l'occasion pour les fabricants de vaccins d'une expérimentation en population générale de nouveaux produits. Au lieu d'ajouter, comme chaque année, des particules antigéniques de ce soi-disant « nouveau » virus HINI dans les vaccins contre la grippe saisonnière, les préparations vaccinales recommandées sont brevetées et contiennent des adjuvants non testés.

Le vaccin OptaFlu® de Novartis utilise des cellules tumorales comme support de culture des virus, une technique jamais tentée auparavant : l'Agence européenne du médicament lui accorde son autorisation alors qu'aucun test préalable d'innocuité n'est réalisé. Le contrat est résilié en Allemagne, mais pas en France, où le lien entre le cancer et l'injection n'est pas recherché dans le dispositif de recueil des effets secondaires.

Pour une pandémie de « gravité modérée », la plupart des États se trouvent ainsi dans la situation d'injecter à leur population des produits dont certains n'ont été précédés d'aucune étude particulière, rendant leur stratégie vaccinale hasardeuse. Et dans le cas où un lien entre le vaccin et l'effet secondaire pourrait être établi, rappelons que les industries ont négocié dans le secret pour que les États se chargent de l'assumer. Ainsi, selon Wolfgang Wodarg, auditionné par la Commission d'enquête de l'Assemblée Nationale, le vaccin utilisé en Australie a conduit à une fièvre supérieure à 39°C chez 30% à 50% des enfants, et « en Allemagne, sur 2 000 effets secondaires, environ 600 sont des cas sévères. La mortalité due à la vaccination est comparable aux victimes que fait la maladie. Le bénéfice est donc très douteux ».

Le spectre de la pandémie a ainsi été manipulé pour faire accepter à la population un niveau de risque personnel déraisonnable au regard du « péril » encouru, avec toutefois peu de succès en 2009.

#### Une gestion opaque des intérêts

Selon une enquête menée par les journalistes britanniques Deborah Cohen et Philip Carter (15), de nombreux liens d'intérêts entre les experts de l'OMS et les industriels ne sont pas déclarés, et lorsqu'ils le sont, ils laissent apparaître des communautés étroites d'intérêt entre les fabricants de vaccins et les experts mandatés pour justifier les décisions prises au nom de la collectivité. Or ces derniers jouent un rôle clé dans la stratégie internationale en ce domaine depuis la publication des premières lignes directrices pour un plan pandémie grippale en 1999. Le plan antipandémique de 1999 précise qu'il a été réalisé « en collaboration avec l'European Scientific Working Group on Influenza (ESWI) », créé en 1992, mais l'OMS ne précise nulle part que « l'ESWI est entièrement financé par Roche et les autres fabricants de vaccins ». La commission sénatoriale rapporte en outre que l'ESWI « assume ouvertement depuis 1998 un rôle de lobbying en faveur de la nécessité de la vaccination contre la grippe, du recours aux antiviraux et de la constitution de stocks. Ce lobbying s'exerce à plusieurs niveaux (l'opinion publique, les professionnels, notamment de santé, pouvant influencer les hommes politiques, enfin les décideurs publics et les hommes politiques eux-mêmes) ».

Son président, le professeur Albert Osterhaus (Université Erasme, Rotterdam), Karl Nicholson (Leicester), Frederick Hayden (Université de Virginie), le Finlandais Juhani Eskola ont été rétribués et ont publié des articles à l'appui de

l'intérêt d'antiviraux tels que le Tamiflu® de Roche ou le Relenza® de Glaxo-SmithKline, des médicaments dont l'efficacité a par la suite été remise en cause.

Un autre groupe d'experts stratégique sur la vaccination (*Strategic Advisory Group of Experts* ou SAGE) a été créé par la Directrice générale de l'OMS en 1999, Gro Harlem Brundtland. C'est le groupe consultatif principal de l'OMS pour les vaccins et la vaccination. Rapportant directement à la directrice générale, Margaret Chan, il est composé de quinze membres. Il est appuyé par cinq sous-groupes : coqueluche, grippe A(H1N1), grippe A(H5N1), poliomyélite et rougeole.

Parmi les experts travaillant pour la grippe A(H1N1), trois sont particulièrement impliqués dans l'industrie du médicament : l'un est consultant à Novartis, les deux autres obtiennent des financements pour leurs recherches, l'un de Merck, l'autre de Baxter, GSK et Sanofi (16).

L'OMS est également stigmatisée pour les conflits d'intérêts du « comité d'urgence », structure ad hoc mise en place en avril 2009 par la directrice générale de l'OMS pour décider du moment auquel déclencher la phase 6 de la pandémie, en application des dispositions de l'article 48 du RSI. La directrice y nomme les experts de son choix. C'est donc ce groupe d'experts qui a conseillé ce basculement le 11 juin 2009. L'OMS garde leurs noms secrets, à l'exception de celui de son président, jusqu'à la sortie officielle de la phase pandémique, au milieu de l'été 2010. Les explications du porte-parole, Gregory Hartl, pour justifier cette étendue du secret sont peu convaincantes : « Chaque fois qu'elle réunit des experts, l'OMS leur fait remplir une déclaration d'intérêts, mais elle ne les publie pas car elles contiennent beaucoup d'informations d'ordre privé ». Celles que Margaret Chan, la directrice générale, présente en réponse à l'enquête de Deborah Cohen et Philip Carter ne le sont pas davantage : « Notre décision de ne pas rendre ces noms publics était motivée par la volonté de protéger les experts d'influences commerciales ou autres », comme si c'était la transparence des liens d'intérêts qui soumettait le groupe aux « influences commerciales » !

### Conséquences pour l'OMS

À l'instar de la plupart des institutions internationales, l'OMS apparaît donc produire des politiques et des recommandations conformes aux intérêts de ses principaux financeurs (États et les fondations privées anglosaxonnes), mais inadaptées aux pays les plus pauvres, alors que les populations de ces pays sont les plus exposées à une menace pandémique consistante. En conséquence, la communauté internationale réagit mal aux menaces sanitaires dépassant les frontières nationales, et la focalisation des ressources de l'OMS sur les événements sanitaires les plus profitables pour les financeurs laisse dans l'ombre de nombreuses menaces sur lesquelles il serait possible d'agir avec une efficacité bien plus assurée, que ce soit dans la lutte contre d'autres « objets maladie » — rougeole, tuberculose, paludisme — mais aussi contre d'autres menaces planétaires : menace nucléaire, rupture climatique, effondrement des écosystèmes, pollution des milieux.

Ainsi gouvernée, l'OMS n'est plus le « phare de la santé mondiale », selon les termes du professeur Gentilini (17), mais une organisation soumise aux intérêts de ses financeurs et de ses conseilleurs.

#### Conclusion : où en sommes-nous ?

Depuis la fin de la « pandémie » de grippe HINI, le secteur sanitaire est toujours aux avant-postes de cette colonisation des institutions par les intérêts privés. Aux États-Unis par exemple, c'est Alex Azar, le lobbyiste puis directeur de la filiale étasunienne de l'industriel Eli Lily, qui est nommé en 2017 secrétaire à la santé et se trouve à ce titre responsable des (CDC) au moment de l'émergence du covid aux États-Unis, avec le succès que l'on sait. En France, début mars 2022, le gouvernement présente un plan visant à « investir pour mieux répondre aux maladies émergentes infectieuses ». Sa présentation sur le site du ministère (Fig. 6) ne relève plus des questions sanitaires, mais de l'économie. Le gouvernement propose d'investir massivement sur « une chaîne de valeur complète » de produits actifs sur l'expression génétique des personnes, en l'occurrence « la technologie ARNm » (en mettant de côté l'inversion des lettres typographiques sur le site du gouvernement). Ce plan s'annonce comme « une nouvelle étape clé » d'un business-plan dont la première étape a été – si l'on a bien compris le texte – l'expérimentation en population générale, envers et contre tout, des premières productions de cette « chaîne de valeur ».

Economie

# FRANCE 2030 : investir pour mieux répondre aux maladies émergentes infectieuses

Publié 07/03/2022

A l'occasion de l'inauguration d'un nouveau site de production de Sanofi à Lyon, le Premier ministre Jean Castex a présenté la stratégie de réindustrialisation de la France pour développer et produire les futurs vaccins en réponse aux maladies infectieuses émergentes, en présence de Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Agnès Pannier-Runacher, ministre déléguée chargée de l'Industrie et Bruno Bonnell, secrétaire général pour l'investissement, en charge de France 2030. En dotant la France d'une chaine de valeur complète sur la technologie ANRm, l'Etat soutient la souveraineté de la filière et la création d'emplois à forte valeur ajoutée. Une nouvelle étape clé après de premiers efforts et initiatives menés ces deux dernières années pour lutter contre la pandémie.

# Depuis deux ans, plusieurs initiatives pour lutter contre les pandémies ont été déployées dans le cadre de la crise du Covid-19

Dès janvier 2020 ont été déployés le consortium REACTing pour identifier les premiers projets à lancer en urgence dans le cadre de la crise du Covid-19 ainsi que plusieurs guichets de financements par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, avec l'Agence nationale de la Recherche.

La recherche contre le Covid-19 a été renforcée à l'automne 2020 avec :

Un guichet de priorisation de la recherche clinique, le CAPNET, pour soutenir et accélérer les projets de recherche Covid-19 ayant le plus de potentiel.

L'ANRS-MIE pour renforcer le pilotage de la recherche française sur les MIE.

Des programmes, comme Emergen, afin d'assurer la surveillance des variants.

Le soutien de 187 projets de massification des capacités de production des filières de produits et matériels critiques, créant plus de 6 500 emplois.

Figure 6 – Présentation du Plan d'investissement « France 2030 – Investir pour mieux répondre aux maladies émergentes infectieuses », consulté le 8 mars 2022.

https://www.gouvernement.fr/france-2030-investir-pour-mieux-repondre-aux-maladies-emergentes-infectieuses

L'éditorial du dossier de presse rédigé par le Premier ministre ne contredit en rien cette conception marchande de la « gestion de la pandémie » puisqu'il y apparaît qu'un tel « dispositif complet et cohérent de réponse aux crises sanitaires inscrit dans la durée » n'est que l'« une des ambitions du Plan Innovation Santé 2030 » (18).

https://www.lemonde.fr/economie/article/2022/03/08/moderna-devoile...

### Moderna dévoile son plan pour prévenir les futures pandémies

La biotech américaine veut développer une quinzaine de vaccins à ARN messager ciblant les agents pathogènes identifiés comme les plus grands risques de santé publique mondiale, dont Ebola, le VIH, le paludisme ou encore la tuberculose. Par Zeliha Chaffin

Publié aujourd'hui à 01h15, mis à jour à 09h27

L'ARN messager pour lutter contre les futures pandémies? C'est le pari lancé par l'un des chefs de file de cette nouvelle technologie, le laboratoire pharmaceutique Moderna. La biotech américaine, qui s'est illustrée lors de la crise sanitaire en mettant au point, en moins d'un an, l'un des tout premiers vaccins contre le Covid-19, dévoile, mardi 8 mars, une stratégie ambitieuse pour contrer les prochaines menaces infectieuses. La société projette de commencer, d'ici à 2025, une quinzaine de programmes, afin de développer des vaccins à ARN messager ciblant les agents pathogènes identifiés comme les plus grands risques de santé publique mondiale.

Covid : le PDG de Pfizer a tranché : "la 3ème dose n'était pas efficace, une 4ème dose est nécessaire immédiatement"

By Cheikh Dieng - 14 mars 2022



Figure 7 – Les PDG des multinationales semblent décider seuls de questions de santé publique. Haut : Le Monde, 8 mars 2022. Bas : Le Courrier du soir, 14 mars 2022.

Inversement, ce sont les PDG des industries du médicament qui présentent leur « plan de lutte pour les futures pandémies » (comme le 8 mars dernier celui de Moderna, double champion des subventions publiques et de l'évasion fiscale), ou « tranchent » à la place des agences sanitaires (comme celui de la multinationale multicondamnée Pfizer).

#### Une gestion des pandémies en forme de business-plan

Nous pouvons maintenant trouver une cohérence nouvelle à ce que nous désignons ici comme « gestion » des pandémies à l'échelle internationale, en prenant pour référence celle de la pandémie de covid à partir de la fin de l'année 2019. Celle-ci se caractérise par des expériences hasardeuses en laboratoire dont il est difficile de discerner ce qui relève de nouvelles armes biologiques ou de modélisations à fin de mise au point de nouveaux produits médicamenteux, tant ces expériences sont entourées de secrets et d'intérêts mêlés. Pour le covid, ce sont des expériences de « gain de fonction » financées par des autorités sanitaires étasuniennes et secrètement mises en œuvre, en contradiction du moratoire décidé par leur propre administration.

Cette « gestion » se poursuit par la volonté des financeurs publics et privés d'imposer la vaccination — notamment sous sa forme la plus hasardeuse, la thérapie génique — comme forme privilégiée de réponse aux maladies infectieuses, et demain sans doute à d'autres « objets-maladie », quitte à assortir cette intervention systématique sur les corps de l'usage d'autres produits à l'efficacité douteuse et aux effets secondaires inconnus, en écartant au besoin des traitements efficaces qui sont le cas échéant interdits de prescription. Il importe visiblement peu que ce business-plan déguisé en politique vaccinale soit désastreux pour la santé de la population, pourvu qu'il soit cohérent avec la volonté et les intérêts des entreprises du médicament.

Cette première étape du business-plan est suivie en France de la seconde étape, à savoir la mise en place d'une « chaîne de valeur complète sur la technologie ARNm », unique réponse substantielle des pouvoirs publics à la préparation des pandémies à venir, alors même qu'elle n'a nullement fait preuve de son efficacité dans celle du covid.

#### Enjeux pour une réappropriation de la santé par l'autorité publique

Nous ne pouvons dans ce document que lister les principaux enjeux pour éviter que les intérêts privés se taillent un boulevard dans la décision sanitaire publique et qu'inviter les agents publics à s'en saisir sans délai.

- Le premier enjeu est la nécessité d'une organisation internationale consistante des services de santé, dont la faiblesse actuelle nourrit celle de la réponse sanitaire aux grandes menaces. Nous devons réaffirmer le rôle de l'OMS dans son rôle de coordination des crises sanitaires mondiales et son autorité en matière de conception et de renouvellement des formes de risque sanitaire. Le premier chantier est l'indépendance de l'OMS, avec la nécessité de restaurer une stabilité financière suffisante de son budget sur une base pluriannuelle. Le second chantier est le renforcement de son expertise internationale, les déterminants de santé tendant à devenir planétaires.
- Le second enjeu est le renforcement de la puissance publique par rapport aux intérêts particuliers, son effacement actuel nous conduisant vers un risque de « désinstitutionnalisation » sanitaire : les institutions sanitaires mises en place sur le temps long sont-elles encore en mesure de contenir les intérêts particuliers dans des politiques d'intérêt collectif démocratiquement conçues, ou bien ces intérêts ont-ils déjà pris le contrôle des institutions pour les neutraliser, les ruiner voire les détruire ? De l'issue de cette question dépend non seulement la santé de la population, mais également l'avenir de nos sociétés d'inspiration démocratique.
- Le troisième enjeu est celui de la possibilité d'un traitement scientifique des grandes questions de santé qui soit indépendant des intérêts particuliers. Cette possibilité suppose d'inverser la tendance actuelle à la vassalisation de l'expertise à caractère scientifique au pouvoir politico-financier, dont le sabotage en France du navire-amiral de la lutte contre le péril infectieux, à savoir l'Institut Hospitalo-universitaire Méditerranée Infection, est un signal inquiétant.
- Le quatrième enjeu est la restauration de l'autorité publique, seule en mesure de mettre fin à ce capitalisme du désastre dont les industries du médicament constituent le fer de lance. Cette autorité ne découlera en aucune manière d'oukases plus ou moins habiles décidées dans le secret, mais du travail avec les associations de malades, du partage de l'expérience, de l'expérimentation conforme aux engagements internationaux de la France, de l'argumentation explicite et de la délibération publique.

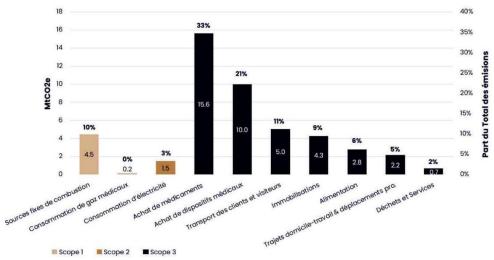


Figure 8 – Répartition des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé. Source : The Shift Project, 2021<sup>12</sup>

• Terminons sur un cinquième enjeu, non substantiellement traité jusqu'à présent, mais étroitement lié à la présence des intérêts industriels dans les décisions sanitaires publiques. Nous savons aujourd'hui que le fonctionnement du système hospitalier produit 46 millions de tonnes de CO<sub>2</sub>eq, soit 8% de l'empreinte carbone de la France (hypothèse basse) (19), et que les produits médicamenteux, avec les dispositifs médicaux, comptent pour plus de la moitié de cette empreinte, soit plus de 4% de l'empreinte carbone nationale (sans intégrer sa composante capitalistique). Si le système de santé est appelé à cesser de nuire à la santé des personnes et des populations, la physique du globe nous impose de baisser ses émissions de 8% à 10% par an.

Considérons donc sans attendre par quoi nous pouvons commencer ce chantier *low-tech* qui donnera sans équivoque de meilleurs résultats que la « technologie ARNm » pour préserver notre santé.

Michel CUCCHI, mars 2022 (La rédaction de l'AIMSIB, 27 mars 2022)

**Conflits d'intérêts : «** Je m'exprime en citoyen engagé pour faire part de réflexions et travaux poursuivis sur plusieurs années et que l'actualité récente m'a conduit à réexaminer à nouveaux frais. Je n'ai pas de conflit ou de lien d'intérêt à déclarer. »

(\*) Ce travail a donné lieu à une présentation orale lors du CSI n° 46 du 10 mars 2022

#### Notes et sources

- 1. Pincon M, Pincon-Charlot M, L'argent sans foi ni loi. Les éditions Textuel, Paris, août 2012.
- 2. Wright Mills C, L'élite au pouvoir. Editions Agone, collection « l'ordre des choses », Marseille, 2012 (titre original : *The Power Elite*, 1956 ; première édition française : Maspero, Paris, 1969).
- 3. En 1999, le chiffre d'affaires des 5 entreprises les plus puissantes (Novartis, Pfizer, Johnson & Johnson, Roche, Sanofi) se situe entre 40 et 45 milliards de dollars US.
- 4. Source : site Mirador du Gresea.
- 5. Petitjean O, 1000 milliards d'euros de profits en vingt ans : comment les labos sont devenus des monstres financiers. Bastamag, 16 janvier 2019. https://www.bastamag.net/webdocs/pharmap apers/le-megabusiness-des-labos/1000-milliards-d-euros-de-profits-en-vingt-ans-comment-les-labos-sont-devenus-des-monstres-financiers/
- 6. Patrice Gibertie, CSI n°29, 26 octobre 2021.
- 7. https://multinationales.org/Le-patron-moyen-du-CAC40-a-gagne-4-68-millions-d-euros-en-2017
- 8. Mucchielli L, La Doxa du covid. Tome 1 Peur, anxiété, corruption et démocratie. Bastia, Éditions Éoliennes, février 2022.
- 9. Gotzsche PC, Remèdes mortels et crime organisé Comment l'industrie pharmaceutique a corrompu les services de santé. Presses de l'Université de Laval, octobre 2019.
- 10. http://www.opensecrets.org/news/2021/05/big-pharma-shatters-q1-lobby/, 5 mai 2021. Cette dépense n'a pas empêché le Président Biden de se prononcer en faveur de la levée des brevets sur les vaccins anticovids en mai 2021, une brevetabilité interdite jusqu'en 1959.

- 11. Cette « gestion » du risque médicamenteux par les institutions de santé n'est pas traitée dans le cadre du présent document.
- 12. Chloé Maurel, L'OMS et la gestion des crises sanitaires mondiales. MNLE, 18 mars 2020. https://www.mnle.fr/loms-et-la-gestion-des-crises-sanitaires-mondiales/
- 13. Lemonde.fr/AFP, La grippe porcine, « une urgence de santé publique » pour l'OMS, 26 avril 2009.
- 14. Milon A, Autain F, Rapport au Sénat sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A (H1N1)v, 5 août 2010.
- 15. Cohen D, Carter P, WHO and the pandemic flu « conspiracies ». *British Medical Journal*, 3 juin 2010. Doi: 10.1136/bmj.c2912
- 16. Syfuss-Arnaud S, La vérité sur... les liens entre l'OMS et les labos. *Challenges*, 4 mars 2010, 70-71.
- 17. Lagarde J-C, Door J-P, Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1). Assemblée Nationale, 6 juillet 2010.
- 18. Gouvernement, France 2020 : Investir pour mieux répondre aux maladies infectieuses émergentes. Dossier de presse, 7 mars 2022. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2022/03/dp\_france\_2030\_mie\_sanofi\_07032022\_bis.pdf
- 19. Marrauld L (coord.), *Décarboner la santé pour soigner durablement*. Rapport final, The Shit Project, novembre 2021. https://theshiftproject.org/article/decarboner-sante-rapport-2021/