

Mordons les chiens de garde !

Revue de presse n°37

janvier-mars 2025

Santé et alimentation



humour de Siné mensuel

Table des matières

Au-delà des larmes... Pour que les voitures ne soient plus des armes.....	3
Lettre ouverte aux anti-journée sans voiture.....	5
De nombreux professionnel.les de santé alertent sur la qualité de l'air dans la vallée mosane. « C'est l'espérance de vie en bonne santé qui est menacée ! ».....	8
Le milliardaire Bill Gates inculpé par un tribunal néerlandais pour sa promotion des vaccins anti-Covid.....	9
La forêt, Big Pharma de demain ?.....	11
Éthique médicale : indépendance professionnelle ou soumission ?.....	14
Plus de 3 600 produits chimiques d'emballages alimentaires ou d'ustensiles détectés dans le corps humain.....	22
Cuisiner low-tech, c'est bon et créatif ».....	23
Pr. Raoult : « comment prendre au sérieux une décision, qui intervient alors que je ne suis plus inscrit à l'ordre depuis septembre 2021, de la com ! »	27
Trump et Kennedy vont-ils nous rendre la santé ?.....	29
C'est parti! Kennedy nommé à la tête du département de la santé.....	33
Commission européenne et industrie n'ont cure de la santé.....	34
Et si les Américains avaient aussi voté... pour une meilleure santé ?.....	37
Le traité pandémie ne passera pas en urgence.....	39
Grossesse, tabac et autres drogues.....	40
Tabac par tous les bouts.....	41
Guerres des drogues.....	42
Thon contaminé au mercure : Bloom et Foodwatch dévoilent un « scandale de santé publique ».....	43
Lactalis, la multinationale qui broie celles et ceux qui nous nourrissent.....	47
Appel aux médecins et chercheurs pour faire interdire obligations vaccinales et propagande Gardasil.....	49
Les faits avérés démentent la propagande Gardasil omniprésente.....	58
Ehpad, hôpitaux : une crise européenne du soin.....	65
Humour de Siné mensuel.....	66
Études biaisées et effets secondaires du dupilumab (Dupixent®).....	67
Analyse de la campagne d'immunisation au Beyfortus® (nirsevimab) : efficacité, biais et risques d'ADE dans la prévention du VRS.....	75
Autisme et vaccination : un nouveau lanceur d'alerte au CDC a compilé les preuves.....	77
Burn out chez les travailleurs sociaux.....	85
Open spaces : le bruit perturbe gravement près de trois quarts des employés.....	91
Trois épidémies simultanées : un désastre inédit pour les troupeaux.....	93
France : la loi contre les « dérives sectaires » criminalise la médecine alternative.....	97

Au-delà des larmes... Pour que les voitures ne soient plus des armes



Une Carte Blanche parue dans le journal La Libre du mercredi 30 octobre 2024 et co-signée par Jean Mansuy, chargé de mission mobilité chez Canopea et Xavier Jadoul, militant.

Depuis le 15 octobre, le jour où Paul a été écrasé volontairement par un automobiliste au volant de son SUV, des dizaines de milliers de personnes lui ont rendu hommage dans de nombreuses villes de France et de Belgique.

Si la mort de ce jeune cycliste parisien a eu autant d'impact sur de nombreux piétons et cyclistes au-delà des frontières, c'est parce que cette tragédie comporte de fortes similitudes avec des situations vécues au quotidien. C'est l'histoire trop banale de comportements qui, derrière un volant, mettent en danger les usagers vulnérables et de remarques qui, même polies, engendrent une agression verbale ou physique. Ces dernières années, les témoignages qui reprennent ce même schéma se multiplient.

Mais au-delà de certains conflits liés à la déviance, parfois meurtrière, d'individus, des facteurs structurels aggravent les comportements dangereux. Le plus important de ces facteurs est sans doute celui de la piètre qualité (voire de l'absence) des aménagements dédiés aux usagers vulnérables que sont les piétons et les cyclistes. Il est donc crucial de continuer à investir massivement (notamment via des plans régionaux) dans la création d'aménagements de qualité, sécurisés et continus.

Toutefois, en dehors des aménagements dédiés, un autre facteur aggrave les conduites dangereuses et leurs conséquences : c'est l'obésité croissante des voitures neuves vendues en Belgique. Leur largeur moyenne dépasse maintenant les 1 mètre 80, soit la largeur de nombreuses places de stationnement. Entre 2001 et 2019, leur masse et leur puissance moyennes ont augmenté de 6,6% (+ 87 kg) et 36,1% respectivement. Or, plus la masse d'un véhicule augmente, plus il y a de risques de blessures sévères ou mortelles pour les autres usagers. De même, une hausse de 10 cm de la hauteur du capot accroît de 27% le risque de décès chez les usagers vulnérables¹.

Outre la dangerosité de leur design, conduire un SUV induit également des comportements plus à risques. Une analyse menée en 2019 par l'assureur Axa a montré que les conducteurs de SUV étaient davantage impliqués (+10%) dans des accidents que les conducteurs d'autres voitures. Cette probabilité d'accident augmente d'ailleurs avec le poids (+27% pour les SUVs de plus de 2,1 tonnes)². *Un habitacle surélevé, feutré, insonorisé, déconnecte davantage du monde extérieur et pousse à objectifier les autres usagers, affectant l'empathie, et augmentant les comportements plus agressifs.*

En espérant dissuader leur circulation en ville, Paris votait en février dernier une taxation des SUVs les plus lourds. Mais cette vision politique montre ses limites. La sécurité routière, ou l'écologie qui était ici un autre objectif visé par cette mesure, ne doivent-elles relever que de choix individuels induits par un « signal-prix » ? Face à la limite inhérente aux mesures incitatives, des mesures plus coercitives sont néces-

saires ! Souvenons-nous qu'en 1991, les ministres européens des transports lançaient un appel pour interdire la mise sur le marché des véhicules inutilement lourds et puissants³. Trente-trois ans plus tard, où est passé ce courage politique ?

Le drame qui s'est déroulé le 15 octobre prouve qu'il est temps de légiférer. Alors, pour Paul, et pour toutes les autres victimes, interdisons les gros SUVs sur nos routes. Exigeons que l'industrie automobile développe des véhicules plus adaptés à la collectivité. Supprimons la publicité pour les voitures, qui glorifient la vitesse et la puissance. Et accordons enfin plus d'importance au respect de la sécurité routière, au respect des usagers vulnérables, au respect de la vie. Pour que plus jamais pareil drame ne se reproduise...

Jean MANSUY (Canopea)

30 octobre 2024

1. Vias. (2023). Impact des caractéristiques des véhicules sur la gravité des lésions des occupants de voiture et de la partie adverse. <https://www.vias.be/en/research/notre-publications/impact-voertuigkenmerken/>
2. Axa. (2019) SUV – Grosses cylindrées, grand danger? <https://www.axa.ch/fr/aproposdaxa/medias/communiqués-presse/derniers-communiqués-presse/20200820-crash-tests-suv.html>
3. Résolution n°91/5 de la Conférence Européenne des Ministres des Transports <https://www.itf-oecd.org/sites/default/files/docs/env19915f.pdf>

Lettre ouverte aux anti-journée sans voiture



Le 20 septembre 2020, RTL TVI consacrait l'un des sujets de son JT du soir au dimanche sans voiture à Bruxelles. Interrogé en tant que représentant de Canopea, je tentais de répondre posément aux 3 questions de la journaliste, soulignant la nécessité de revenir à l'esprit initial de la journée sans voiture et d'en organiser de manière plus régulière. Ce qui me valut quelques réactions courroucées. Au-delà des réponses personnelles aux personnes qui m'ont interpellé, l'envie m'est venue de leur adresser une lettre ouverte présentant quelques réflexions que leurs commentaires (tantôt courtois, tantôt moins...) m'ont suggérées.

À vous qui avez pris la peine de m'adresser un message pour critiquer (plus ou moins courtoisement, plus ou moins vertement) la position des ONG d'environnement sur la journée sans voiture, merci. Merci d'avoir opté pour le dialogue (même si celui-ci s'apparentait parfois à l'invective). Dans cette logique de dialogue, il me tenait à cœur de vous adresser cette lettre ouverte, à vous et à celles et ceux qui ont pu être choqué.e.s par mes propos.

Rappelons avant toute chose les arguments que j'ai avancés :

1. Il conviendrait de revenir à l'esprit initial de la journée sans voiture, à savoir une manifestation à date fixe (donc, tombant tantôt un lundi, tantôt un mardi...) ayant pour objectif de démontrer que, pour nombre d'entre nous, il est possible, un jour ordinaire, de modifier nos habitudes de déplacement et de se passer de voiture en ville.
2. Il conviendrait de multiplier ces journées dans le temps (sur une base mensuelle par exemple) et dans l'espace (dans le plus grand nombre de villes possible).

Vous vous êtes sentis agressé.es, nié.e.s, ne comprenant pas ce que vous avez perçu comme l'expression d'une rage anti-voitures, un mépris de réalités quotidiennes difficiles à vivre, une négation des efforts de telle ou telle commune... J'aimerais vous assurer que, si c'est le message que vous avez reçu, ce n'est pas celui que j'ai voulu émettre.

Vous considérez, pour certain.e.s, que je dois être un « intellectuel hors sol » ou un « doux rêveur ». J'accepte bien volontiers le qualificatif de « doux », même si je ne suis pas particulièrement rêveur. Mais il me semble nécessaire de vous préciser que la personne à qui vous vous êtes adressé est assez différente de certaines représentations *a priori*.

- S'il est vrai que j'ai eu la chance de pouvoir faire des études universitaires, j'ai également eu la chance de voir le jour dans une famille modeste, dans une petite ville de province, proche de la nature, dans une Belgique dont le parc automobile était alors (en 1965) environ 5 fois moins important qu'aujourd'hui. Une Belgique qui, quelques années plus tard, n'hésitait pas à mettre en place des « dimanches sans voiture » pour limiter les effets des crises pétrolières.
- Certain.e.s évoquent les difficultés de déplacements qu'ils ou elles rencontrent, difficultés associées à des problèmes de santé, sous-entendant que je ne peux pas comprendre – et que donc mon analyse est bancale. Or, il se fait que mon épouse et moi-même avons, à 5 années d'intervalle, été trai-

tés pour un cancer. Les longs traitements médicaux et des déplacements (en voiture !) que ceux-ci peuvent nécessiter ne me sont donc pas inconnus.

- Certain.e.s soulignent que les petits indépendants notamment ont besoin d'un véhicule utilitaire pour se déplacer, sous-entendant que je ne peux pas comprendre. Habitant une petite ville de province, j'ai la chance d'avoir des copains et amis exerçant des métiers très variés : menuisier-ébéniste, peintre, électricien... Cette réalité ne m'est donc pas inconnue.

Ces mises au point ne visent ni à me « justifier » ni à faire état d'une très haute connaissance de terrain que je ne prétends pas avoir, mais simplement à vous rappeler que la personne à qui vous vous adressez vit dans le même monde que vous et que présupposer de la vie des gens n'est guère utile dans un débat tel que celui-ci.

Il est évident que, dans un système de transports fondé sur l'hypothèse implicite d'un haut taux de motorisation de la population, il est illusoire de priver la population de voitures du jour au lendemain. Le but de la journée sans voiture n'est pas là, loin s'en faut. Il n'est pas de créer de la souffrance, mais d'en enlever (nous y reviendrons). Il est dès lors évidemment indispensable de tenir compte de la réalité du terrain.

Ceci étant, au-delà des habitudes, contraintes et obligations des uns et des autres, divers éléments doivent également être pris en considération, me semble-t-il, pour juger de la durabilité de notre système de mobilité. Sans du tout être exhaustif, en voici quelques-uns :

- chaque année, le parc automobile belge croît de 68 100 unités (moyenne sur les années 2010 à 2019) ; placées parechoc contre parechoc, ces voitures feraient une file de 300 km (298 pour être précis), ce qui n'est pas négligeable en termes d'impacts sur l'espace public – et de finances publiques ;
- 646 personnes ont perdu la vie sur les routes belges en 2019, 3 600 y ont été gravement blessés (plus de la moitié de celles-ci garderont des séquelles physiques et ou psychologiques à vie) ;
- la pollution de l'air induite par le trafic routier cause environ 1 800 morts par an en Belgique (ordre de grandeur établi sur base des chiffres de l'Agence européenne de l'Environnement) ;
- la pollution de l'air n'induit pas que des décès ; les personnes atteintes de maladies respiratoires subissent des souffrances horribles ; voici quelques extraits d'une lettre qu'une de ces personnes, atteinte de mucoviscidose, me proposait de lire lors d'une audition au Sénat (le 23 février 2018) :

Pour nous, malades chroniques, nos poumons « brûlent » au contact de la pollution, exactement comme s'ils étaient attaqués par un produit corrosif. Avoir mal provoque le sentiment d'être menacés en permanence par l'air que nous ne pouvons nous empêcher de respirer et suscite une colère légitime contre ceux dont l'inaction réduit drastiquement notre espérance de vie. [...]

Les personnes fragiles, qu'il s'agisse de nourrissons affectés de plus en plus par les bronchiolites, ou de personnes âgées, ou d'insuffisants respiratoires, sont comme les canaris que l'on plaçait autrefois dans les mines : parce qu'ils succombent les premiers sous les gaz toxiques, ils sont le signe qu'il est temps de fuir. Mais où? [...]

Nous sommes peu nombreux à témoigner car nous passons déjà tant de temps à nous soigner, à être hospitalisés, à nous calfeutrer sans sortir quand il y a des pics de pollution [...] Aussi sommes-nous souvent invisibles. [...] ;

- les transports représentent environ 1/4 des émissions de gaz à effet de serre des pays développés. Entre 1990 et 2018, en Belgique, ces émissions ont augmenté de 35% environ – il faudrait qu'elles baissent de 95% entre 1990 et 2050 si l'on voulait offrir à nos enfants et petits-enfants une planète plus ou moins viable : « *Dans les trajectoires qui limitent le réchauffement planétaire à 1,5 °C sans dépassement ou avec un dépassement minime, les émissions anthropiques mondiales nettes de CO₂ diminuent d'environ 45 % depuis les niveaux de 2010 jusqu'en 2030, devenant égales à zéro vers 2050* »¹. Ceci n'est pas l'avis personnel d'un « intellectuel élevé hors sol », mais le consensus scientifique validé par le GIEC (groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat) qui regroupe l'ensemble des représentants de tous les pays du monde, mandatés par leurs gouvernements.
- Un autre groupe d'experts intergouvernemental, travaillant sur la biodiversité (l'IPBES), publiait en mai 2019 son évaluation mondiale sur la biodiversité², soulignant l'impérieuse nécessité de mettre en place un « *changement en profondeur* », soit « *une réorganisation en profondeur à l'échelle du système de l'ensemble des facteurs technologiques, économiques et sociaux, y compris des paradigmes, des objectifs et des valeurs.* »

Le système de transports que connaissent les pays dit développés n'est simplement pas soutenable. C'était déjà le constat posé par l'OCDE en 1996. Malheureusement, les incidences négatives des transports se sont fortement accrues depuis. Dès lors, de deux choses l'une : soit on accepte cet état de fait comme une fata-

lité, soit on tente d'y remédier. Dans ce second cas, il existe schématiquement deux voies. La première est celle du choix des évolutions technologiques comme remède principal aux problèmes susmentionnés. Une observation dépassionnée des dernières décennies tend hélas à prouver l'inefficacité de ce remède. La deuxième voie est celle du choix des changements en profondeurs appelés de ses vœux par l'IPBES. Ce qui implique notamment de modifier le système de transport de manière fondamentale. C'est cette seconde voie, la plus difficile, sur laquelle nous tentons de cheminer chez IEW.

Maintenant, je vous l'accorde : la journée (ou plutôt le dimanche) sans voiture tient un peu, de nos jours, d'une sorte de kermesse annuelle où les personnes désireuses de (re)découvrir Bruxelles sans bruit de trafic ni pollution profitent de cette occasion unique de circuler en sécurité dans l'espace public à pied, à vélo... D'autres villes en Wallonie ferment aussi l'une ou l'autre voirie, mais jamais un centre-ville complet. Si cela peut être perçu comme une mesure très forte par rapport aux habitudes de mobilité, cela ne contraint pas vraiment chaque citoyen à repenser sa mobilité lors de ses déplacements usuels. Il est loin l'esprit des débuts où il s'agissait de faire découvrir que, s'il est impossible pour nombre de personnes de changer de mobilité du jour au lendemain – et s'il faut tenir compte absolument de la réalité de ces personnes – il est parfaitement possible, pour de nombreuses autres, de se déplacer autrement dès aujourd'hui.

Revenir, sur une base mensuelle, à l'esprit initial de cette journée de démonstration, d'information et de sensibilisation ne constitue, me semble-t-il, qu'un premier pas timide sur la voie des changements en profondeur indispensables pour répondre aux défis schématiquement présentés ci-dessus, changements en profondeur qu'il conviendrait de mettre en place urgemment (2030, c'est demain).

Je me permettrai de terminer sur une citation de Martin Luther King : « Sur les squelettes blanchis et les vestiges épars de maintes civilisations sont écrits ces mots pathétiques : « Trop tard » ». Une civilisation qui, face aux défis des bouleversements climatiques, de l'effondrement de la biodiversité, de la mortalité routière, de la pollution induite par le trafic... une civilisation, donc, qui face à ces défis n'ose même pas faire, 12 jours par an, l'expérience d'une autre mobilité me semble malheureusement s'acheminer vers ce funeste destin. Regarder ce constat pour le moins inquiétant et tenter d'y remédier, est-ce agir en personne déconnectée des réalités ?

Meilleures salutations,

Pierre COURBE (Canopea), 15 septembre 2024

1. Entre 2010 et 2018, les émissions de la Belgique n'ont diminué que de 12,7%
2. Entre 2010 et 2018, les émissions de la Belgique n'ont diminué que de 12,7%

De nombreux professionnel.les de santé alertent sur la qualité de l'air dans la vallée mosane. « C'est l'espérance de vie en bonne santé qui est menacée ! »

La vallée mosane liégeoise, de Amay à Angleur, est étroite et escarpée. Par temps de « brouillard » sans vent, un dôme se forme au sommet, transformant notre habitat en un tube fermé, avec une atmosphère très polluée. C'est un des facteurs qui ont causé 60 morts à Engis le 5/12/1930i . La fermeture des principales installations sidérurgique, avec les dégâts sociaux que nous connaissons, a fortement allégé la pollution de l'air, notamment le taux de soufre. Néanmoins la vallée reste un des endroits les plus pollués de Wallonie.

L'implantation d'un aéroport cargo à Bierset et son expansion continue, prévue dans la Déclaration de Politique Régionale, s'ajoute à cette situation déjà mauvaise. Sait-on que la surexposition au bruit ne se limite pas à une seule sensation d'inconfort mais pose un véritable problème de santé publique ? Que le bruit même non ressenti provoque des dégâts sur la santé humaine ? Que les mouvements des avions sur et autour des aéroports causent une importante pollution de l'air ? La combinaison des deux nuisances fait exploser le nombre de maladies cardio-vasculaires. Chaque augmentation de 10 dB cause une augmentation de la mortalité de 18%, allant à 28% pour l'infarctus du myocarde. C'est l'espérance de vie qui est menacée, en premier lieu celle des travailleurs sur le tarmac et des riverains des aéroports. Les enfants dans les écoles exposées voient leurs capacités d'apprentissage limitées. Cela se traduit également par un coût de dépenses en santé publique et une charge de travail supplémentaire pour les professionnels de la santé.

Il faut diminuer le nombre de vols, à commencer par une suppression des vols de nuit, entre 22 et 7 heures, les vols ultra-courts et les jets privés. À l'aéroport de Deurne (Anvers), les vols de nuit sont désormais interdits par la Région Flamande.

En outre, la qualité de l'air est fortement mise au péril par la construction de deux nouvelles centrales électriques à gaz fossile, dont le coût de construction a été offert par l'État fédéral à Engie aux Awirs (Flémalle) et EDF/Luminus au Val St-Lambert (Seraing). Chaque centrale émettra des quantités très importantes d'oxydes d'azote, d'ammoniac et de Particules Fines et Ultra-Fines (P2.5, P10, PUF), et ce en quantités inférieures aux anciennes normes belges en vigueur mais supérieures aux normes actuelles de l'OMS.vii L'étude d'impact environnementale de la centrale des Awirs donne une valeur de $40\mu\text{g}/\text{m}^3$, alors que la norme OMS s'élève depuis 2021 à $10\mu\text{g}/\text{m}^3$. De plus, la combinaison des émissions des deux centrales, distantes seulement de 4.5 km l'une de l'autre, n'a pas été étudiée, ni par la Région, ni par l'État, ni par les communes. L'addition des deux émissions (admettant que Seraing = Flémalle) serait de $80\mu\text{g}/\text{m}^3$. Le Conseil Communal de Seraing a voté à l'unanimité en date du 5 septembre 2022 une demande d'éclaircissement à ce sujet, resté sans suite pour l'instant.

Les émissions gazeuses des deux nouvelles centrales se combineront aux moments de tension sur le système électrique (demande importante, ni vent pour valoriser la production via l'éolien, ni soleil pour valoriser la production solaire, tarif très élevé à l'import) avec les émissions des centrales à gaz fossile existantes : deux au Val, qui deviendront plus polluantes par la suppression du deuxième échelon et deux autres à Angleur. La pollution par les usines et le trafic dans le bassin est permanente.

Est-ce que les autorités compétentes pourraient mettre en carte la pollution atmosphérique dans la vallée aux moments extrêmes ? Et communiquer les données aux citoyens concernés ? Le manque de prise en compte de la santé et la vie de nos concitoyennes et concitoyens, de nos patients et de nos patientes, est mortifère et ne peut laisser indifférent.es les médecins et plus largement les soignantes et les soignants.

Nous, professionnel.les de la santé signataires, appelons nos élus communaux, régionaux et fédéraux à se désolidariser d'une politique énergétique et aéroportuaire qui fait si peu de cas des personnes humaines et de leur santé.

Nous attendons des autorités compétentes la mise en place d'un plan interdisant l'extension de Liège Airport, la limitation du nombre de vols et la suppression des vols de nuit. Nous attendons l'établissement d'un inventaire des émissions gazeuses et liquides des deux nouvelles centrales électriques et l'établissement d'une surveillance de la qualité de l'air dans la vallée, ainsi qu'un plan de suspension des activités les plus polluantes lors des pics de pollution.

Nous faisons appel à nos élu.es pour introduire et implémenter les normes actuelles de l'OMS en matière de qualité de l'air dans les législations fédérale et régionale accompagné par la mise en place d'un système répressif efficace en cas de dépassement de ces normes.

Je marque mon accord avec la ligne générale de ce texte et autorise les organisateurs de cet appel à enregistrer et publier le cas échéant mon nom, et ma qualité de soignant.

(les notes sont absentes)

Le milliardaire Bill Gates inculpé par un tribunal néerlandais pour sa promotion des vaccins anti-Covid



Le milliardaire Bill Gates inculpé par un tribunal néerlandais pour sa promotion des vaccins anti-Covid
© MacDougall / AFP

Le milliardaire Bill Gates sera bel et bien jugé aux Pays-Bas, où il est poursuivi par un groupe de citoyens néerlandais pour « dommages causés par la vaccination ». Un tribunal du Nord des Pays-Bas a prononcé le 16 octobre dernier un jugement dans lequel une demande de l'homme d'affaires et sulfureux philanthrope au tribunal, de se déclarer incompétent a été rejetée. Le co-fondateur de Microsoft est appelé à présenter le 27 novembre prochain une réponse aux plaintes des victimes, qui accusent aussi de nombreuses personnalités comme l'ancien Premier ministre, Mark Rutte, désormais SG de l'OTAN, ou encore Albert Bourla, PDG du groupe Pfizer.

Gates, Bourla et Rutte parmi les accusés

Dans ce jugement, le tribunal de Leeuwarden de première instance rappelle l'affaire principale. La juridiction rappelle l'identité de Bill Gates, sa fondation créée avec son ex-épouse Melinda, le rôle de cette organisation dans l'initiative Gavi ainsi que son « affiliation » au Forum Économique Mondial (WEF) de Klaus Schwab. Le texte, qui rappelle le contexte lié à la pandémie au début 2020 et les mesures prises par le gouvernement néerlandais, évoque le livre « Covid-19 : la grande réinitialisation, de K. Schwab » ainsi que la déclaration de Bill Gates lors d'une interview accordée à NBC News, selon laquelle « Tous les vaccins vont réussir ».

Les plaignants accusent plusieurs personnalités, locales comme étrangères, impliquées dans la gestion de la pandémie. Il est question de membres de l'OMT (Outbreak Management Team), un organisme consultatif dans la lutte contre les épidémies, l'ancien Premier ministre, Mark Rutte, devenu depuis peu le nouveau SG de l'OTAN, l'État des Pays-Bas, Albert Bourla, PDG de Pfizer et Bill Gates. Il est essentiellement question des déclarations des responsables néerlandais selon lesquelles les injections contre le Covid-19 étaient « sûres et efficaces ». Des membres de l'OMT sont même accusés d'avoir mis en pratique « La grande réinitialisation » et les plaignants réclament alors des dommages et intérêts pour des « blessures mentales et physiques ».

Le milliardaire américain, porte-étendard de la vaccination à travers sa fondation Bill & Melinda Gates et ses milliards de dollars distribués notamment à l'OMS, dont il est l'un des principaux pourvoyeurs, a ainsi exprimé son opposition à l'inculpation, demandant au tribunal de se déclarer incompétent, eu égard au fait qu'il serait accusé par une juridiction néerlandaise où il n'est pas résident.

Ce jugement rejette la demande de Bill Gates. Citant des articles du Code de procédure pénale, le tribunal de Leeuwarden, citant plusieurs articles, explique entre autres que sa compétence pour l'un des accusés lui en octroie aussi pour les autres. Pour les juges, les réclamations contre toutes les personnes sont interdépendantes et il est donc « efficace » d'évaluer les réclamations conjointement.

Le milliardaire doit bien répondre ses actes

« Compte tenu des considérations ci-dessus, la demande de Gates sera rejetée. Gates sera condamné à payer les frais juridiques (y compris les frais supplémentaires) en tant que partie perdante. Les frais juridiques sont estimés à 1 228,00 € d'honoraires d'avocat et 178,00 € de frais supplémentaires, pour un total de 1 406,00 € », lit-on.

La décision déclare ce jugement provisoirement exécutoire et « détermine que l'affaire sera remise à l'ordre du jour le 27 novembre 2024 pour une conclusion de réponse de la part de Bill Gates ».

Ce n'est pas la première fois que l'on reproche à l'homme d'affaires son rôle dans la vaccination. Des années avant la pandémie de coronavirus, sa fondation finançait un programme de vaccination contre la poliomyélite en Inde, toujours à travers Gavi dont il est aussi un des principaux pourvoyeurs, (mais aussi fournisseur au travers d'accords de collaborations et de rémunérations comme ici avec l'institut Pasteur, avec « Gates MRI », donc conflits d'intérêt'), le programme a été suivi par une augmentation des cas de paralysie flasque aiguë non liée à la poliomyélite (NPAFP) que le Indian Journal of Medical Ethics estime être « directement proportionnelle au nombre de doses de vaccin oral contre la poliomyélite reçues ».

Le lien entre les doses de vaccins et les cas de NPAFP n'a pas été formellement reconnu bien que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ait toutefois admis que le vaccin oral contre la poliomyélite (VPO), « dans de très rares cas, pouvait entraîner une poliomyélite paralytique associée au vaccin ou un poliovirus dérivé du vaccin », comme le fait remarquer le professeur Didier Raoult en réaction à l'inculpation de Bill Gates aux Pays-Bas.

Bill Gates le numéro 1 des conflits d'intérêts enfin inculpé !

C'est nous les gentils complotistes !

Le conflit d'intérêt, largement sous-estimé en France, est la réunion d'une fonction associée à un autre intérêt qui fausse votre jugement. C'est puni par la loi.

Il peut s'agir...

FRANCE-SOIR
Publié le 25 octobre 2024

1/ La fondation Bill & Melinda Gates commande des vaccins par de biais de Gavi, dont il est l'un des principaux pourvoyeurs, à l'Institut Pasteur qui rémunère Gates MRI partie de la fondation Bill & Melinda Gates, pour les vaccins vendus à Gavi. Gavi soutenu par l'OMS dont la fondation Bill & Melinda Gates est aussi le plus gros partenaire mondial privé.

La forêt, Big Pharma de demain ?



Cet article a été rédigé sur base d'une conférence donnée par Charlotte Gilart De Keranflec'h au Parlement de Wallonie le 16 mai 2024.

La médecine moderne a toujours cherché à explorer de nouvelles opportunités pour améliorer les soins et le bien-être des patients. L'un des domaines les plus fascinants et prometteurs est celui des soins verts, qui utilise la nature comme levier thérapeutique.

Forêt et dérèglements climatiques

Tout d'abord, les forêts et les arbres contribuent à une meilleure santé en jouant un rôle dans les dérèglements climatiques. Plus précisément, les arbres au sein des villes (les « forêts intérieures ») purifient l'air, compensent les îlots de chaleur (et réduisent les factures d'énergie) et enrichissent la faune locale. Les arbres des bassins entourant les villes (les « forêts voisines ») contribuent à un air et une eau potable plus propres, réduisent les inondations et permettent d'échapper à la vie urbaine trépidante. Et les arbres dans les « forêts lointaines » – en particulier sous les tropiques – séquestrent de grandes quantités de carbone et génèrent de la pluie pour le monde entier. Les forêts sont donc des partenaires incontournables pour faire face aux enjeux que nous affrontons au 21^{ème} siècle.



Source : Cities4Forests

Programmés pour évoluer dans la nature

En 2021, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié des données montrant comment l'exposition à la nature influence notre physiologie et psychologie. Les résultats sont éloquentes : la nature et les écosystèmes peuvent offrir soutien et protection à la santé et au bien-être. La nature, et en particulier la forêt, joue un rôle crucial dans le renforcement de notre système immunitaire et cognitif. Contrairement à certaines idées reçues, les impacts les plus significatifs des thérapies basées sur la nature ne se manifestent pas d'abord au niveau physique. Nous sommes tous profondément enracinés dans la nature, et notre cerveau,

qui a évolué sur des temps très longs, est naturellement programmé pour reconnaître et analyser notre environnement naturel.

La forêt, actrice de santé publique ?

La forêt n'est pas qu'un simple agencement d'arbres, elle est un véritable réservoir de vie, abritant une biodiversité qui nous expose à une multitude de facteurs chimiques et physiques. Ces environnements regorgent de petites molécules volatiles, appelées phytoncides.

De nombreuses études se penchent aujourd'hui sur les bénéfices de l'exposition à ces phytoncides : ils sont régulateurs des récepteurs GABA-BZD et améliorent le sommeil (1), ils seraient bénéfiques pour les maladies cardiovasculaires (impact sur la formation de plaques d'athéromes sur modèle animal) (2) et améliorent la fonction immunitaire chez les patients atteints de cancer (3).

Ces phytoncides sont composés, entre autres, de terpènes. (4) Ces terpènes, en interactions, avec des bactéries, des allergènes et d'autres micro-organismes présents dans l'air forestier stimulent notre système immunitaire. Autrefois, on pensait que les enfants mettaient tout à la bouche pour explorer le monde. En réalité, les enfants ingèrent de petites bactéries et micro-organismes présents dans la terre, qui jouent un rôle fondamental dans le renforcement de leur système immunitaire. Une étude menée sur les sangliers a révélé que ces animaux se roulent dans la terre non seulement pour se débarrasser des parasites, mais aussi pour ingérer des micro-organismes bénéfiques. Ce phénomène, par inhalation ou ingestion, agit comme un anti-dépresseur naturel et renforce notre système immunitaire.

Et si on emmenait des patients en forêt ?

Le soin vert, ou « Green Care », désigne une intervention ayant pour but de traiter, de soigner, de rééduquer, ou d'accompagner un patient dans les dimensions de guérison et de bien-être. Ces patients peuvent présenter une maladie ou une condition de santé défavorable. Le principe thérapeutique fondamental de cette approche est que la thérapie fait appel aux éléments naturels, à la nature. Dans les bases de données médicales, cette approche est souvent désignée sous les termes « Green Care » ou « Nature-Assisted Therapy ». (5)

L'IUFRO (International Union of Forest Research Organizations) a publié récemment un dossier rassemblant les évidences scientifiques des liens entre forêt et santé humaine.

Table 3.3

Expert assessment (by authors) of the strength of the evidence for forests, trees and other types of green space being associated with different health outcomes among the elderly			
ELDERLY: STRENGTH OF THE EVIDENCE			
Cognitive decline and dementia	Physical functioning and frailty	Mental health and wellbeing	Longevity and mortality
++	+/-0	++	++

Note: Sign indicates type of association: + beneficial association, 0 no association, - detrimental (harmful) association. Number of same signs indicates strength of evidence for a particular type of association.
Source: MEA, 2005

Parmi les personnes âgées, les données scientifiques confirment un lien positif pour quatre domaines de santé étudiés (déclin cognitif et démence, capacités physiques et fragilité, santé mentale et bien-être, mortalité et longévité). Les preuves d'un impact du contact avec la nature et les forêts sur le fonctionnement physique et la fragilité sont un peu plus mitigées, principalement parce que le parcours d'activité physique sous-jacent à ces avantages peut également entraîner des accidents. Ce rapport confirme que les personnes âgées et fragiles vont particulièrement bénéficier de ces expositions aux forêts.

Les études pilotes menées dans des centres hospitaliers ont fourni des preuves concrètes de l'innocuité et des bénéfices des soins verts. Par exemple, à l'Hôpital Universitaire de Tokyo, une étude a impliqué des patients atteints de maladies chroniques qui ont été exposés à des environnements naturels pendant leur séjour. Les résultats ont montré des améliorations significatives dans les paramètres de stress, ainsi que dans les marqueurs biologiques associés à l'inflammation. En outre, des études menées par l'Institut de Recherche sur les Forêts en Suède ont montré que les gens qui passent du temps en forêt présentent des niveaux de stress réduits, ce qui est attribué aux effets calmants des phytoncides et des terpènes.

Au Japon, depuis plus de 20 ans, de nombreuses études étudient les pratiques de « Bain de Forêt », appelées Shnrin-Yoku et leurs impacts sur la santé. Côté physiologie, il a été prouvé que ces bains de forêt augmentaient les taux de cellules immunitaires (notamment les lymphocytes NK qui luttent contre les cellules cancéreuses), diminuant la tension artérielle, améliorent la qualité du sommeil, diminuent les taux de cortisol dans le sang (6). Ces bains de forêt agissent aussi sur l'adiponectine. L'adiponectine est une hormone antidépresseur, anti-inflammatoire, et qui joue un rôle crucial dans la densité osseuse. Son niveau augmente dans les environnements enrichis, c'est-à-dire des environnements offrant des stimulations sensorielles complexes, une activité physique, cognitive, et sociale. (1) Ainsi, les individus travaillant dans des jardins thérapeutiques ou dans les forêts bénéficient de niveaux accrus de cette molécule bénéfique.

Le « bain de forêt », ne se limite pas à une simple balade en plein air. Il s'agit d'une immersion dans un écosystème riche et varié, où chaque élément contribue à l'équilibre et à la vitalité de notre corps.

À ce titre, les forêts pourraient bien devenir les « Big Pharma » de demain. Si vous êtes propriétaire d'une forêt, acteur dans la gestion forestière, ou décideur dans ce domaine, vous avez entre les mains une ressource d'une valeur inestimable pour la santé publique. Prenez l'exemple du canton de Genève, où l'ingénieur en chef des forêts suisses a récemment été promu à la tête d'un projet ambitieux intitulé « Santé et Arbre ». Avec un budget colossal, ce projet, mené en partenariat avec les hôpitaux, vise à intégrer davantage d'arbres dans les espaces urbains, reconnaissant ainsi leur rôle crucial pour la santé des citoyens.

Autres initiatives : la thérapie par l'aventure s'avère particulièrement efficace pour les adolescents et les personnes souffrant de dépendances. En exposant les patients à des environnements naturels stimulants et en favorisant des expériences de groupe, cette thérapie permet de développer des compétences de vie essentielles tout en réduisant les comportements de dépendance. Pour les services d'oncologie et de palliatif, la thérapie des paysages extraordinaires apporte une dimension nouvelle à la gestion des maladies graves. L'immersion dans des environnements naturels exceptionnels peut améliorer la qualité de vie des patients en fin de vie.

Ça se passe chez nous

Pour clôturer cet article, citons quelques acteurs belges et européens : La Société Royale Forestière Belge qui développe ce projet « Forêt et santé mentale ». « Un projet pilote, alliant professionnels de santé mentale et forestiers, qui vise à évaluer les bénéfices de la nature sur la santé des adolescents hospitalisés. ».

Terra Sylvia, est une association qui a pour but de promouvoir les pratiques d'accompagnement dans la nature : formations en écothérapie, séminaires, ouvrages collectifs...

Le Forest Therapy Hub est une initiative, basée en Espagne, promouvant la thérapie par la forêt. Ils forment des Guides de Bain de Forêt et des Praticiens en Thérapie Forestière dans le monde entier. Une cartographie des thérapeutes est disponible sur leur site.

Ainsi, l'avenir de la santé pourrait bien se trouver dans les forêts, où chaque arbre, chaque plante, et chaque micro-organisme joue un rôle dans le maintien de notre immunité. En valorisant cette relation intime entre l'homme et la nature, nous ne faisons pas seulement un pas vers une meilleure santé, mais aussi vers un avenir plus durable et en harmonie avec notre environnement.

Sarah DE MUNCK, publié le 18 septembre 2024 (Canopea)

1. Woo J, Lee CJ. Sleep-enhancing Effects of Phytoncide Via Behavioral, Electrophysiological, and Molecular Modeling Approaches. *Exp Neurobiol.* 30 avr 2020;29(2):120-9.
2. Lim L, Jang YS, Yun JJ, Song H. Phytoncide, Nanochemicals from *Chamaecyparis obtusa*, Inhibits Proliferation and Migration of Vascular Smooth Muscle Cells. *J Nanosci Nanotechnol.* janv 2015;15(1):112-5.
3. Heo SJ, Park SK, Jee YS. Effects of phytoncide on immune cells and psychological stress of gynecological cancer survivors: randomized controlled trials. *J Exerc Rehabil.* juin 2023;19(3):170-80.
4. Petrović J, Stojković D, Soković M. Terpene core in selected aromatic and edible plants: Natural health improving agents. *Adv Food Nutr Res.* 2019;90:423-51.
5. Annerstedt M, Währborg P. Nature-assisted therapy: systematic review of controlled and observational studies. *Scand J Public Health.* Juin 2011;39(4):371-88.
6. Antonelli M, Barbieri G, Donelli D. Effects of forest bathing (shinrin-yoku) on levels of cortisol as a stress biomarker: a systematic review and meta-analysis. *Int J Biometeorol.* Août 2019;63(8):1117-34.

Crédit image d'illustration : Adobe Stock

Éthique médicale : indépendance professionnelle ou soumission ?



Si le congrès AIMSIB 2024 de Lyon a remporté un très grand succès, ce fut grâce à la qualité exceptionnelle de nos différents orateurs. Une prise de parole a particulièrement marqué l'auditoire, c'est celle d'Amine Umlil, docteur en Pharmacie, ancien praticien hospitalier en charge de la pharmacovigilance pour l'hôpital de Cholet et mis à pied depuis des lustres pour avoir publiquement douté de la politique gouvernementale des temps de Covid, ainsi que de la licéité juridique des injections géniques qui s'y rattachaient. Rejugé en appel ce 12 novembre après avoir été condamné à deux ans de suspension, voici sa présentation d'une limpidité rare quant à la protection que les ordres professionnels « devraient » déployer pour protéger les lanceurs d'alerte. Mais dans la vraie vie depuis 2020... Bonne lecture.

Je remercie les membres de l'AIMSIB (Association internationale pour une médecine scientifique indépendante et bienveillante) pour leur invitation et leur chaleureux accueil.

Les questions soulevées par nos confrères lors des précédentes interventions de ce matin démontrent la nécessité du retour aux principes fondamentaux qui guident les professions médicales et notamment celles du médecin et du pharmacien. En effet, la solution d'un désaccord puise sa source dans ces règles objectives professionnelles qui fixent le cadre de nos métiers.

Six ans après le début de mon exercice professionnel, j'étais déjà confronté à ce qu'un médecin inspecteur régional du travail qualifiait de « Conflit avec la hiérarchie et l'institution portant sur des valeurs éthiques ». Ce conflit concernait la sécurisation du circuit du médicament, et plus particulièrement le refus de cette hiérarchie d'engager la mise en conformité réglementaire. Pourtant, celle-ci était exigée par les pouvoirs publics dans ce domaine qui génère en moyenne 20 000 morts par an ; 20 000 décès dont la moitié est évitable. Dès ces années 2000, j'avais saisi le décalage entre la norme et l'effectivité de sa mise en œuvre. La norme est souvent parfaite, mais son exécution est parfois arbitraire.

Qu'est-ce que l'éthique ?

L'éthique est personnelle. La morale est professionnelle. La loi est la règle.

L'éthique est la source de la déontologie. L'éthique est une philosophie de conduite, une façon de penser d'une personne. Elle n'exprime pas nécessairement la déontologie.

La morale, elle, est le fondement de la déontologie. C'est un ensemble de devoirs définis par une profession donnée.

La déontologie peut donc être considérée comme la science des devoirs qui traduit une façon d'agir des professionnels.

Quant à la loi, elle correspond à l'expression de la volonté générale, ou plutôt à la volonté des représentants élus. Une telle définition devrait être entendue sans oublier que le droit est parfois construit sur des fictions juridiques et que les décisions rendues par les juges, qui sont censés être la bouche de la loi, peuvent parfois créer des situations d'insécurité juridique.

En l'espèce, dans le domaine qui nous concerne aujourd'hui, le titre de votre Congrès, intitulé « Éthique médicale : Où allons-nous ? » appelle des interrogations sur la responsabilité médicale individuelle, sur la philosophie actuelle qui guide la façon de penser des médecins notamment – et des autres professions médicales telles que les pharmaciens et les sage-femmes – face à un problème transversal qui implique l'inter-

vention de plusieurs acteurs du système de santé, en particulier de l'État. Et comme je n'ai jamais pu serrer la main de l'État, je dirais plutôt l'intervention des représentants de l'État.

Ici, les codes de déontologie des médecins et des pharmaciens définissent, avec d'ailleurs plus ou moins de précision, les morales professionnelles. Ces codes sont consacrés par le code de la santé publique dans sa partie réglementaire au moyen de décrets et deviennent donc le règlement.

En 2022, l'Ordre des médecins rappelle la pyramide des normes : « Le code de déontologie précise ainsi des dispositions réglementaires concernant un exercice professionnel. Elles sont subordonnées à d'autres textes plus importants, notamment la Constitution et les lois ».

Je compléterai cette affirmation en rappelant que *ce code de déontologie doit également respecter le droit européen et les conventions internationales.*

Ces codes de déontologie peuvent être perçus comme une synthèse entre les philosophies individuelles des médecins et pharmaciens, la morale professionnelle, et la volonté du pouvoir réglementaire.

Ce compromis, qui accepte de limiter l'éthique médicale d'essence individuelle, appelle à s'interroger notamment sur le sens et la portée de l'indépendance professionnelle du médecin et du pharmacien.

D'où le titre proposé de mon intervention : « Éthique médicale : indépendance professionnelle ou soumission ? ». J'aurais pu l'intituler « Éthique de la responsabilité ou éthique de la soumission ? ».

Autrement dit, finalement, qui prend la décision finale d'agir dans un sens ou dans l'autre : le professionnel de santé médecin ou pharmacien ? L'administration ? L'autorité sanitaire ? L'autorité politique ? L'opinion publique construite par les médias ? Le patient et plus généralement la personne concernée par un acte de soin à visée préventive, diagnostique ou curative ?

Vivant dans une société dite civilisée, il y a lieu de se référer d'abord et en priorité à la loi dans son sens le plus large, et en particulier au code de la santé publique qui consacre les codes de déontologie.

Ce code de la santé publique s'ouvre par une première partie qui s'intitule « Protection générale de la santé » et par un chapitre préliminaire « Droits des personnes ».

Cette protection du public est confiée au binôme médecin-pharmacien. Le premier établit le diagnostic et prescrit non seulement les soins notamment médicamenteux mais également l'organisation. Le second constitue la première barrière de sécurité en cas d'une erreur dans cette prescription. Aujourd'hui, je n'envisage pas de développer la relation médecin-pharmacien mais je répondrai à vos éventuelles questions sur ce point.

En 2011, selon le président du Conseil national de l'Ordre des médecins, « Pour ne plus jamais revivre le drame du Médiateur », les médecins « se doivent d'être suffisamment indépendants pour faire preuve d'un esprit critique accru vis-à-vis de toute tentative d'ingérence dans leurs décisions ». « La transparence et l'indépendance du médecin sont les piliers de notre déontologie médicale », ajoute-t-il dans cet écrit publié fin 2011.

Cette indépendance du médecin est protégée par le code de la santé publique dans sa partie réglementaire et par le code de la sécurité sociale dans sa partie législative.

L'indépendance du pharmacien est garantie par plusieurs articles réglementaires du code de la santé publique et par un arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne datant de 2009.

Pour les médecins et pharmaciens hospitaliers, un article législatif du code de la santé publique consacre cette indépendance vis-à-vis des directeurs des établissements de santé.

Dans l'un des Bulletins de l'Ordre des pharmaciens publiés en 2010, *la présidente du Conseil national plaide pour une garantie réelle de l'indépendance professionnelle du pharmacien. « L'indépendance professionnelle est une règle fondamentale des professions réglementées, un pilier essentiel de leur déontologie »* confirme-t-elle. Et surtout, elle livre le but poursuivi par cette indépendance : « *Elle n'est pas garantie pour le confort et le bénéfice du professionnel mais pour la protection du public »* et pour « *garder sa confiance* ».

Protéger le public et préserver sa confiance en son médecin et son pharmacien sont donc les deux objectifs principaux de cette indépendance confiée, par la loi, à ces deux acteurs majeurs du circuit du médicament.

Comme le rappelle cette présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, cette indépendance « doit être matérielle, économique et intellectuelle ».

Cette indépendance doit être mise en œuvre de façon constante dans chacun de nos actes professionnels. Et en particulier, elle doit jaillir avec éclat dans des situations qui peuvent menacer la dignité de la personne humaine.

Nombreuses sont les situations qui menacent cette indépendance, et par conséquent la protection du public. Ces menaces sont admises par la présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens qui relève : « *nous le savons, si l'indépendance du professionnel de santé est largement admise dans son principe, dans*

la réalité, elle peut être menacée ». Et elle précise ces situations propices aux tentations d'immixtion extérieures ou de soumission libre – consciente ou non – ou sous contrainte du professionnel lui-même : « *En période de contrainte économique, les choix des professionnels peuvent être plus facilement influencés, voire dictés par la volonté d'acquiescer des avantages concurrentiels, le captage d'informations à « fort enjeu commercial », par certains choix publics comme privés d'organisation et de gestion, ou par des pressions financières (venant d'investisseurs, de fournisseurs, de tiers...)* ». Et en pareilles circonstances, cette présidente rappelle, ordonne, à chaque pharmacien :

« À chacun, en toutes circonstances, de rester très attentif à décrypter les éventuels enjeux cachés de certains discours ou à se positionner avec responsabilité à l'encontre de choix non-conformes aux intérêts des patients, qu'on pourrait lui proposer ou même être tenté de lui imposer ».

Le professionnel n'est donc, en principe, pas seul face à ces intrusions. Il est défendu par son Ordre professionnel.

« La création des Ordres professionnels a répondu historiquement au souci de protéger la société contre des professionnels sans compétence ou sans scrupule. Un Ordre représente aussi, pour une profession, un bon moyen de garantir son indépendance vis-à-vis de la puissance publique (...). » Voilà ce que disait la revue *Prescrire* en 2008.

Ledit président du Conseil national de l'Ordre des médecins confirme que l'Ordre est le « Garant (...) de l'indépendance médicale ».

Tout comme ladite présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens qui soutient que « Les Ordres des professions réglementées ont reçu la mission légale de garantir l'indépendance des professionnels. C'est dans ce cadre qu'ils agissent ».

C'est donc cette mission principale, consacrée dans la partie législative du code de la santé publique, qui fonde la légitimité de ces Ordres professionnels, et justifie leur existence.

Trois indépendances se dessinent dès à présent : une indépendance interne à la profession, une indépendance externe à l'égard des pouvoirs publics et une indépendance culturelle propre au professionnel.

L'effectivité de l'indépendance du médecin produit ses effets notamment lors de la prescription d'un acte de soin à visée préventive, diagnostique ou curative.

En 2023, le vice-président du Conseil d'État, la plus haute juridiction administrative, rappelle que les libertés médicales accordées aux médecins sont des « principes déontologiques fondamentaux ». Elles sont garanties aux médecins « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique ». En particulier :

« La liberté thérapeutique et le secret professionnel sont au cœur de l'art médical », précise-t-il. Il confirme : « *La liberté thérapeutique et le secret professionnel doivent, sans nul doute, demeurer les pivots de l'indispensable indépendance professionnelle des médecins et des autres professionnels de santé. Ils constituent d'ailleurs, comme cela a été dit, autant de droits et de garanties pour les malades* ».

En 2022, et selon l'Ordre des médecins, cette indépendance est garantie quand l'acte professionnel est « déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec comme seul objectif, l'intérêt du patient ». Cette indépendance « fonde la confiance du patient ». Il précise qu'il s'agit d'une indépendance « professionnelle et morale ».

En 2022, l'Ordre des médecins affirme que le médecin « doit tenir compte de l'état de la science médicale » en précisant, sans détour, que ces données « devenues complexes sont de plus en plus formalisées et susceptibles d'aider le médecin dans ces décisions ». Elles ne sont donc qu'« une aide » proposée au médecin.

L'Ordre ajoute : « Il va de soi que les indications qui en découlent ne s'imposent pas sans nuance. Ce sont des indications générales qui seront habituellement suivies. Elles peuvent cependant être inapplicables à un patient pour des raisons particulières et le médecin pourra alors s'en affranchir, de préférence en le justifiant ».

Cette indépendance professionnelle et morale du médecin jaillit donc sur sa « liberté de prescription ». Elle l'irrigue sans interruption. Les avis et les recommandations des autorités sanitaires et politiques ne bénéficient donc que d'une présomption simple de conformité aux données acquises de la science. Cette présomption n'est donc pas irréfragable et peut être renversée par une preuve contraire.

Tout médecin, comme tout pharmacien, peut donc contester, de façon méthodique et argumentée, les recommandations établies par ces autorités sanitaires et politiques telles que la Haute autorité de santé (HAS), l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), l'Agence européenne du médicament (EMA), le Ministère de la santé, etc.

Plusieurs exemples sont disponibles.

Auprès du Conseil d'État, les pharmaciens et les médecins, comme ceux de l'association pour une formation médicale indépendante (FORMINDEP), sont admis à critiquer ces recommandations comme le montre une décision de 2011.

Ce droit est même admis pour les laboratoires pharmaceutiques tels que les laboratoires Servier comme l'a reconnu le Conseil d'État en 2013.

En janvier 2018, les médecins et les pharmaciens de la revue indépendante *Prescrire* publient un article dans lequel ils soutiennent concernant la Haute autorité de santé : « *Son qualificatif de "haute autorité" n'est toujours pas justifié* ». Lors d'une évaluation de 110 documents (guides) élaborés par cette Autorité entre 2007 et 2017 (10 ans), la revue constate que seulement 7 guides sont « intéressants » (6 %) ; 21 « acceptables » ; 57 « inutiles » ; 23 « pas d'accord » ; près de 52 % de ces documents sont jugés comme n'étant « pas un support solide de soins de qualité » ; 21 % de ces documents ont « des défauts majeurs ou susceptibles de nuire à la qualité des soins ».

En 2018, cette revue *Prescrire* critique même la politique de santé publique basée sur l'extension de l'obligation vaccinale de 3 à 11 vaccins chez les enfants ; alors même que ces vaccins sont mieux évalués que ceux contre la Covid-19.

En 2023, cette revue *Prescrire* vient critiquer publiquement la recommandation de la Haute autorité de santé visant à généraliser la vaccination contre la grippe chez les enfants.

En 2023, un confrère pharmacien d'officine est admis, par le Conseil d'État, en sa demande d'annulation de l'instruction du Ministre de la santé du 28 octobre 2021 relative au contrôle de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 des professionnels de santé libéraux. Le Conseil d'État juge que « le ministre chargé de la santé a ajouté aux dispositions de l'article 14 de la loi du 5 août 2021 » une « règle nouvelle ». Il juge que le ministre a « ainsi fixé une règle nouvelle entachée d'incompétence ».

En 2011, ledit président de l'Ordre des médecins appelle ces derniers à rester vigilants face aux recommandations des autorités sanitaires et politiques et appelle à la « Refonte du fonctionnement des agences et des autorités sanitaires... ».

Et comme déjà souligné, l'Ordre des pharmaciens appelle aussi ces derniers à se positionner avec responsabilité à l'encontre de choix publics comme privés non-conformes aux intérêts des patients qu'on pourrait lui proposer ou même être tenté de lui imposer.

En 2022, concernant « la liberté de prescription » du médecin, l'Ordre des médecins confirme donc que cette liberté de prescription est également soumise aux « données acquises de la science » mais que, parfois, l'application de ces données générales à un patient particulier « amène » le médecin « à nuancer la règle » ; et que dans ce cas, « il est souhaitable que cet écart soit argumenté par des raisons objectives ».

Les restrictions que peut connaître ce « principe fondamental qui va de pair avec l'indépendance professionnelle et la responsabilité du médecin » sont justifiées, selon l'Ordre des médecins, par deux éléments : d'une part le développement de médicaments « nouveaux – très puissants, dangereux ou réservés à des indications particulières – » ; et d'autre part des « considérations économiques » comme cela est consacré par le code de la Sécurité Sociale.

L'Ordre des médecins admet que les « protocoles » établis par la Haute autorité de santé « ne dégagent pas les médecins de leurs responsabilités envers les patients ».

L'Ordre des médecins constate que « ces « données acquises de la science » ne représentent pas pour autant des références claires, simples, indiscutables et définitives. Le propre de la science est d'être exposée à contradiction et de pouvoir évoluer ».

L'Ordre des médecins ajoute : « *cette science médicale ne doit pas se voir attribuer une portée absolue. Elle donne des indications générales guidant le médecin face à un patient particulier et n'impose pas qu'on les applique sans esprit critique* ».

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un médicament peut être également en décalage avec les données acquises de la science.

Comme le révèle une étude du Centre national hospitalier d'information sur le médicament (CNHIM) concernant le contenu de l'annexe I d'une autorisation de mise sur le marché (RCP : Résumé des caractéristiques du produit), même si le code de la santé publique définit ce contenu, force est d'y constater des anomalies. En effet, en 2003, 55 % des anomalies détectées exposaient les patients à un risque d'erreurs médicamenteuses, dont certaines potentiellement graves. Au 15 février 2003, seulement 22 % des anomalies signalées avaient été corrigées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS, devenue Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)) ; 14 % n'avaient fait l'objet d'aucune modification malgré l'édition d'une nouvelle version dudit RCP ; et 64 % des RCP erronés n'avaient pas encore été mis à jour.

Citons un autre exemple. Suite à une déclaration de pharmacovigilance, j'étais invité par le médecin directeur du Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) à instruire le dossier et le présenter en 2008 devant les membres de ladite AFSSAPS et les représentants des laboratoires fabricant du Flécaïnide. Le jour même, la demande d'ajouter dans la rubrique « Effets indésirables » la mention des pneumopathies interstitielles a

été acceptée. Mais, ce n'est que 3 ans après, soit en 2011, que cet effet indésirable grave est apparu dans la notice de ce médicament.

D'ailleurs, deux articles réglementaires du code de la santé publique invitent le médecin à prescrire selon les « données acquises de la science », et non pas selon l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

En se fondant sur les dispositions d'un article législatif du code de la santé publique, l'Ordre des médecins reconnaît au médecin le droit de prescrire un médicament hors AMM : « En l'absence de médicaments appropriés à l'état du patient disposant d'une AMM ou d'une autorisation temporaire d'utilisation, des prescriptions hors AMM peuvent être effectuées ».

En 2016, la revue *Prescrire* publie un article intitulé « Palmarès 2015 des nouveaux médicaments : 3 médicaments anciens primés dans des indications nouvelles ». On peut lire notamment ceci : « L'utilisation hors AMM du Kétoconazole oral depuis une trentaine d'années a été régularisée par une autorisation dans le syndrome de Cushing, maladie rare mais grave. Il est efficace chez plus de la moitié des patients mais requiert une surveillance particulière en raison de sa toxicité hépatique et de nombreuses interactions avec d'autres médicaments ».

En 2015, cette revue *Prescrire* rappelle que « des médicaments anciens restent le traitement de référence, ou le deviennent, parce que l'évaluation de leurs effets progresse ». Comme exemple de « progrès thérapeutique » dans le traitement de la gale, elle cite l'ivermectine : « D'anciens médicaments sont parfois évalués dans de nouvelles situations cliniques. Ainsi, l'ivermectine (Stromectol®), initialement utilisée comme antihelminthique, apporte un progrès pour le traitement des patients ayant une gale commune ».

L'Ordre des médecins rappelle : « Dans tous les cas, le médecin doit assurer au patient les soins que nécessite son état et il pourra même en répondre devant les tribunaux. S'il n'a pas une obligation de résultat, il a une obligation de moyen ».

En 2022, l'Ordre des médecins rappelle l'un des premiers principes de la médecine française : celui de « la primauté de la personne (...) Il est affirmé dès l'article 2 » du code de la déontologie du médecin. Il précise que « *Tout d'abord le médecin est au service de « l'individu » avant d'être à celui de « la santé publique ».*

En 2022, l'Ordre des médecins rappelle : « L'individu passe, en France, avant la collectivité ». Il précise ce qui est consacré par la Convention d'Oviedo : « l'intérêt et le bien de l'être humain doivent prévaloir sur le seul intérêt de la société ou de la science ». Il s'agit de la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine.

L'Ordre des médecins ajoute que « le médecin doit se garder, dans cette action de santé publique, des effets pervers d'une prévention collective autoritaire ».

Le 7 décembre 2023, le Ministre de la santé affirme que la politique sanitaire, basée sur les « interdictions » et les « obligations », ne relève pas de « La santé publique ».

Le post (anciennement tweet) de ce Ministre sur le réseau social X (anciennement Twitter) est le suivant : « La santé publique, ce n'est pas dire aux gens comment ils doivent vivre. Ce n'est pas un monde d'interdictions et obligations. Les mots justes sont : transparence, responsabilité et civisme. C'est au nom de ces principes que je redis l'importance de la vaccination grippe – Covid. ».

Ce post décrirait comment conduire une population à choisir librement ce qui lui a été déjà imposé.

Le médicament est un produit spécial à deux facettes inséparables qui rappellent étrangement celles d'une pièce de monnaie : le bénéfice et le risque.

Concernant ce risque thérapeutique, l'Ordre des médecins soutient que « l'imprudence thérapeutique médicale ou chirurgicale est sanctionnable » mais que « cependant la prise de risque est un facteur de progrès » si elle respecte certaines conditions : « que ce risque soit identifiable, évalué par le médecin, proportionné à la gravité de la maladie, annoncé avec loyauté au patient, afin que celui-ci donne un consentement éclairé ».

Il admet qu'« il s'agit de décisions difficiles, laissées à la conscience et à la compétence de celui qui soigne ». Il ajoute que le médecin « est aidé par les enseignements reçus, sa formation, les principes de la technique et la valeur de son expérience ».

L'Ordre des médecins admet même que le médecin peut, dans des circonstances exceptionnelles, s'écarter du code de déontologie : « En cas de circonstances exceptionnelles, notamment lors de l'intervention en situation de catastrophe, marquée par une inadéquation brutale entre l'ampleur de la demande et les possibilités d'y répondre, le médecin reste soumis aux principes fondamentaux de la déontologie et de l'éthique médicale et doit, en toutes hypothèses, s'efforcer d'en respecter l'esprit. Lorsqu'il est amené à s'affranchir de dispositions formelles du code de déontologie, il doit le faire de façon proportionnée aux contraintes liées à la situation à laquelle il doit faire face. Il ne saurait faire l'objet de sanctions disciplinaires en cas d'éventuels manquements relevés dans le cadre de ces circonstances exceptionnelles et dans les conditions sus-rappelées ».

L'Ordre des médecins rappelle que « l'engagement du médecin consiste, selon les termes de la Cour de Cassation (arrêt Mercier du 20 mai 1936), à donner des soins "non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science". ».

D'ailleurs, en 2018, la Chambre disciplinaire de première instance d'Île-De-France de l'Ordre des médecins a même jugé concernant l'intervention publique d'un médecin « En ce qui concerne le moyen tiré de la tenue de propos mensongers [concernant des vaccins] : Considérant qu'à supposer même qu'ils seraient mensongers, ainsi qu'il est prétendu, les propos en cause ne sauraient être regardés comme constitutifs d'un manquement déontologique susceptible d'être sanctionné disciplinairement ».

Ce médecin a été condamné pour ne pas avoir déclaré, au public, ses liens d'intérêts ; mais pas sur ces prétendus propos mensongers : « Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que le 9 février 2017 le Dr (...) était l'invité de France Info à 6h45, puis de RTL matin à 7h18 ; que l'objet de ces interventions était de commenter une décision récente du Conseil d'État obligeant le Gouvernement à mettre en cohérence « vaccination obligatoire » et « offre vaccinale » ; qu'il est constant qu'en ces 2 occasions et en violation des obligations sus rappelées le Dr (...) n'a pas fait mention de ses liens d'intérêts, qui sont patents, avec les fabricants de vaccins Pfizer, GSK, Sanofi Pasteur MSD et Novartis ; qu'il sera fait une juste appréciation de la gravité de ce manquement en prononçant à l'encontre du Dr (...) la sanction de l'avertissement ». En 2022, cette sanction est confirmée par la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins.

L'Ordre des médecins précise que les « exigences pesant sur le médecin qui participe à une action d'information, au titre des dispositions précitées, se sont fortement accrues au cours des dernières années, notamment en raison de l'attente des citoyens que les informations qui leur sont dispensées ne se trouvent faussées par aucune forme d'intérêts ou de liens d'intérêts ».

Revenons sur le risque. L'Ordre des médecins rappelle que « l'adage *Primum non nocere* ne doit pas être compris de façon trop stricte qui condamnerait le médecin à l'impuissance (son abstention pourrait être également nocive) ».

En 2022, l'Ordre des médecins, lui-même, considère que soigner le malade en toutes circonstances est également l'une des conditions de sauvegarde de ladite dignité de la personne humaine :

« La déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948 pose en principe que "tous les êtres humains naissent et demeurent libres et égaux en dignité et en droits". Parmi ces droits irrécusables se situe le droit aux soins (et non le droit à la santé, confusion fréquente). » ;

« Le praticien doit honorer le contrat moral qui le lie à un patient, répondre en conscience à une confiance et accomplir un devoir qui lui est propre. La société lui a confié un rôle privilégié : donner des soins aux personnes malades, mais aussi, être le défenseur de leurs droits, des personnes fragiles ou vulnérables (mineurs, majeurs protégés, personnes âgées handicapées ou exclues des soins...), lutter contre les sévices quels qu'ils soient et quelles que soient les circonstances. Il doit être un acteur vigilant et engagé dans la politique de santé publique, qu'il s'agisse de la prévention, de l'épidémiologie ou de l'éducation à la santé. Toutefois, le médecin doit se garder, dans cette action de santé publique, des effets pervers d'une prévention collective autoritaire. » ;

« L'exercice de la médecine comporte une double exigence : morale, car cette activité implique altruisme et dévouement, et scientifique, car elle impose, comme un devoir, la compétence. Celle-ci est acquise par une formation, initiale et continue, de haut niveau. » ;

« (...) les qualités exigibles du médecin du fait de la mission qui lui est confiée par la société. Il est personnellement responsable de ses actes avec, en corollaire, la nécessité de préserver son indépendance professionnelle. Cette indépendance, assurée dans l'intérêt des patients, est la clef de voûte de l'exercice médical, qui ne saurait dépendre d'influences personnelles ou matérielles ou de liens vis-à-vis d'employeurs, d'organismes payeurs, de partenaires industriels ou même humanitaires, etc. » ;

« *Le médecin est responsable de la personne qui se confie à lui. Son indépendance professionnelle (article 5) doit le soustraire à toute pression ou injonction, à toute influence ou à tout sentiment qui pourrait porter préjudice au patient* ».

L'Ordre des médecins rappelle également que la sauvegarde de la dignité de la personne humaine passe par notamment la délivrance d'une information loyale, claire et appropriée qui permet de garantir un consentement libre et éclairé.

Ce consentement constitue un véritable obstacle éthique, moral et légal à l'indépendance professionnelle du médecin. Car, ce consentement, placé par les juges au rang des libertés fondamentales, est le garant de la sauvegarde de la dignité de la personne humaine. Vicier ce consentement revient à exclure la personne de l'espèce humaine.

La partie législative du code de la santé publique consacre la fin du paternalisme médical : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* ».

En 2006, un autre président du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens plaide pour « Dire la vérité » : « Professionnels de santé, nous n'avons pas le choix : nous avons, dans le domaine de notre exercice, un devoir de vérité avec nos patients, nos confrères, les autres professionnels et les institutions qui sont nos partenaires », dit-il. Et cette vérité est fondée sur « notre savoir professionnel ». Un savoir que nous devons « restituer, en toute loyauté, au malade, pour l'aider à en apprécier les apports et les limites ».

J'ai donc répondu à la question posée. Finalement, la décision est, selon la loi au sens large, prise par la personne lors du colloque singulier qui l'unit à son médecin.

En général, c'est donc la personne qui prend la décision finale concernant sa santé. Cela semble une évidence d'autant plus lorsque l'on prend le temps de lire les nombreux travaux publiés dans le domaine de l'éducation à la santé. Dans un ouvrage intitulé « L'éthique est-elle risquée ? », l'auteur observe que « Si les personnes suivent les prescriptions éducatives au prix de frustrations vitales d'importance, on peut se demander si les bienfaits sanitaires produits en aval – de qualité essentiellement probabiliste d'ailleurs – valent une telle mutilation ».

Un autre auteur souligne que « La connaissance scientifique de l'être humain ne trouve son sens qu'en étant confrontée à la connaissance qu'ont les gens d'eux-mêmes et de leur réalité de vie. L'éducation pour la santé vise donc l'amélioration des relations humaines plus que la modification des comportements ».

D'autres publications révèlent l'importance des déterminants de la santé qui s'intéressent à tous les facteurs qui influencent la santé de la population. Dans ce cadre, le système de soins ne compterait que pour 25 %, la biologie et le patrimoine génétique que pour 15 %. L'environnement social et économique, lui, représenterait 50 %.

Dans les facultés et hautes écoles françaises, nous apprenons que « les atteintes à la dignité ont un pouvoir pathogène identique à celui des microbes et des parasites ».

Ce qui précède nous invite à s'interroger sur le sens et la portée du mot « Santé », sur ce qu'est réellement la santé des êtres humains et sur la souveraineté corporelle d'une personne humaine.

Je vous rappelle que, selon notre corpus juridique, le corps humain demeure inviolable. Et que l'intervention médicale n'est que l'exception à ce principe, à cette valeur sociale protégée par notamment le code pénal.

Dans l'absolu, et selon les termes d'un arrêt rendu par la justice au XIX^{ème} siècle : « Les lois qui protègent la vie des hommes sont d'ordre public ».

Aux représentants des respectables institutions telles que les Ordres professionnels, j'ai envie de dire : *Patere legem quam fecisti* (Respectez la règle que vous avez faite).

Enfin, il y a lieu de se souvenir qu'une chose a un prix. Mais, que l'être humain, lui, a une dignité dont la sauvegarde a été confiée notamment au médecin.

Je vous remercie de votre attention.

Docteur Amine UMLIL
Intervention au congrès de l'AIMSIB le 21 septembre 2024
(AIMSIB, 10 novembre 2024)



Amine Umlil

9,352 posts

Follow

Amine Umlil reposted



Sarah @Sahxe · Nov 12

"Vous avez toujours été présents et dans cette situation compliquée, il y a des points positifs et la preuve : je n'aurais jamais connu certaines personnes" [#SoutienAmineUmlil](#) [#JusticePourAmine](#) [#LanceurDAlerte](#) [#ReintégrezAmineUmlil](#) [#JusticePourLesSuspendus](#)



14

588

1.3K

33K



capture d'écran 2024 11 14 à 17.47.57

https://x.com/amine_umlil?ref_src=twsrc%5Egoogle%7Ctwcamp%5Eserp%7Ctwgr%5Eauthor

Plus de 3 600 produits chimiques d'emballages alimentaires ou d'ustensiles détectés dans le corps humain

La science avance et ses constats semblent toujours plus alarmants. Dans une étude (1) publiée le 17 septembre dans le *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology*, une équipe de chercheurs suisses et américains a réévalué à la hausse le nombre de produits chimiques en contact alimentaire (FCC) retrouvés dans le corps humain, dont certains sont déjà considérés comme « extrêmement préoccupants ».

Pour ce faire, les chercheurs ont dressé la liste de tous les FCC, et leurs métabolites, référencés par les industriels des emballages alimentaires et ustensiles de cuisine, soit 14 400 substances au total. Puis ils l'ont confronté aux FCC dont la présence a été détectée dans le corps humain (sang, urine, cheveux, lait maternel) au sein d'un corpus de données médicales comprenant cinq programmes de biosurveillance (aux États-Unis, au Canada, en Europe et en Corée du Sud) et trois banques de données universitaires sur l'exposome et le métabolome. Quant aux FCC restants recensés nulle part dans ce corpus, les chercheurs ont passé la littérature scientifique au crible pour trouver d'autres occurrences spécifiques.

Résultat ? Environ un quart de tous les FCC, 3 601 pour être exact, ont été détectés dans le corps humain. C'est au moins deux fois plus qu'escompté jusque-là par la communauté scientifique. « Plus de 1 800 FCC étaient jusqu'ici connus pour migrer des produits alimentaires [vers le corps humain lors de l'ingestion des aliments] », soulignent les auteurs de l'étude, dont la méthode a, certes, pu aussi repérer des FCC présents également dans la composition d'objets non alimentaires. Quoi qu'il en soit, parmi les quelque 3 600 FCC repérés dans le corps humain, la nouvelle base de données (2) ainsi constituée par les chercheurs recense le bisphénol A, des phtalates, des PFAS, de la résine de mélanine ou encore des encres d'impression et des antioxydants synthétiques. En tout, 80 substances sont déjà considérées comme potentiellement cancérigène, mutagène ou reprotoxique, voire comme perturbateur endocrinien.

Du plastique jusque dans le cerveau

Deux autres études viennent, par ailleurs, épaissir davantage l'ombre à ce tableau. Des chercheurs allemands et brésiliens ont identifié jusqu'à seize microparticules de polymères synthétiques différents (entre 5,5 et 26,4 µm de diamètre) dans le bulbe olfactif de huit personnes décédées, originaires de São Paulo, sur quinze. Une confirmation supplémentaire (3) du caractère aéroporté de certains microplastiques et de leur contamination par les voies nasales jusqu'au cerveau. Enfin, une enquête (4) menée par cinq ONG européennes (notamment Zero Waste Europe), et relayée par l'Agence européenne de l'environnement (AEE), atteste de la présence du phtalate de diisobutyle (DIBP) dans les trois quarts des bouteilles en plastique de boissons destinées aux enfants (vendues dans plusieurs pays d'Europe). Ce plastifiant présente des propriétés potentiellement reprotoxiques et de perturbation endocrinienne.

1. Consulter l'étude sur les FCC

<https://www.nature.com/articles/s41370-024-00718-22>. Accéder à la nouvelle base de données sur les FCC

<https://www.foodpackagingforum.org/fcchumon>

3. Consulter l'étude sur les microplastiques

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2823787>

4. Consulter l'enquête des ONG

https://www.tegengif.nl/wp-content/uploads/2024/09/report_plastic_drinking_bottles_2024.pdf

Félix GOUTY, journaliste, rédacteur spécialisé (Actu-Environnement)

[https://www.actu-environnement.com/ae/news/etude-produits-chimiques-emballages-alimentaires-ustensiles-corps-humain-44730.php4#ntrack=cXVvdGikaVVubmV8MzYxMw%3D%3D\[MTYINjgx\]](https://www.actu-environnement.com/ae/news/etude-produits-chimiques-emballages-alimentaires-ustensiles-corps-humain-44730.php4#ntrack=cXVvdGikaVVubmV8MzYxMw%3D%3D[MTYINjgx])

Cuisiner low-tech, c'est bon et créatif »



Cuisiner avec sobriété peut allier créativité et plaisir gustatif, écrit Lucie Le Guen dans un livre sur la cuisine low-tech. Crème chicorée, sorbet kiwi-gin... Elle nous donne quelques recettes savoureuses.

Après des études de lettres puis de cuisine, et une expérience de cuisinière, Lucie Le Guen met désormais sa plume au service d'associations et d'entreprises engagées dans la transition écologique. Pédagogue, son premier livre, *Cuisiner low-tech – Recettes locales et créatives pour économiser l'énergie* (éd. Ulmer), propose lieux ressources, techniques et recettes pour se familiariser avec la cuisine basse technologie.

Soupes épaisses, riz trop cuit et ratatouilles, voilà les recettes qui incarnent trop souvent la cuisine low-tech (basse technologie). Cette cuisine peut pourtant être goûteuse et inventive, en plus d'être éthique – elle permet un premier pas vers la sobriété énergétique et l'indispensable transition écologique.

Pour autant, nul besoin de compter les grammes de carbone émis. Il s'agit plutôt de retrouver du bon sens en consommant des produits locaux, bio et de saison, en s'appropriant des modes de conservation durables comme la fermentation, en utilisant des ustensiles simples et les énergies renouvelables que sont le temps, nos corps, le soleil, le feu et le froid.

Four solaire, marmite norvégienne...

Saviez-vous que si nous devons pédaler pour produire l'énergie nécessaire à la cuisson d'un plat de pâtes, nous pédalerions pendant dix heures ? Accessible en ligne gratuitement, le jeu Revolt met en parallèle la consommation énergétique de certaines activités et leur équivalent en temps de pédalage. On comprend ainsi mieux l'intérêt de remplacer, même occasionnellement, nos fours et plaques de cuisson (deux des plus gros consommateurs d'énergie du foyer, après la climatisation et le chauffage) par un four solaire ou un rocket-stove (poêle à fort rendement énergétique, sans fumée de combustion) – des associations comme Chemins de faire se proposent aujourd'hui de vous accompagner dans la réalisation de ce type d'outils.

L'énergie solaire est la seule à permettre des cuissons sans pollution : un four solaire sera parfait pour des gâteaux moelleux ou des poulets rôtis à basse température, quand une parabole permettra des cuissons puissantes comme celle de légumes en croûte de sel – essayez par exemple le « *Céleri-rave en croûte de sel, à la crème chicorée* ». Mais elle peut aussi s'improviser pour déshydrater des tomates sous un pare-brise – qui est déjà entré e dans une voiture laissée en plein soleil ne doutera pas qu'il y a là de quoi déshydrater les humains et les légumes efficacement.

Soupe de pois chiches

Les pois chiches sont l'un de mes ingrédients favoris : simples, nourrissants, et très polyvalents.

Dans cette soupe grecque, ils sont cuits traditionnellement dans la chaleur tombante d'un four à bois, après la cuisson du pain. Si vous avez un four à bois, c'est une excellente option. Sinon, je vous recommande la cuisson solaire, que vous pouvez compléter avec un petit séjour en marmite norvégienne. Traditionnellement, cette soupe cuit 19 h, le risque de surcuisson est donc relativement peu probable...

Pour 4 personnes

220 g de pois chiches secs • 2 oignons rouges coupés en dés • 4 gousses d'ail • 2 branches de thym • 2 branches d'origan • 3 feuilles de laurier • 80 ml d'huile d'olive • 1,4 l d'eau

La veille

Faites tremper les pois chiches dans un grand volume d'eau.

Le jour même

Dès le matin, égouttez les pois chiches puis placez-les avec tous les ingrédients dans une marmite. Couvrez et placez dans le four solaire (chaud ou froid, peu importe). Laissez cuire jusqu'au soir en orientant régulièrement le four pour suivre la course du soleil.

Si vous souhaitez consommer la soupe le soir, sortez du four quand le soleil baisse, et placez en marmite norvégienne jusqu'à l'heure du repas. Salez.

Vous pouvez aussi cuire la soupe directement dans des bocaux : elle va cuire et être stérilisée en même temps. Laissez refroidir les bocaux à l'envers sur un torchon propre et assurez-vous que la mise sous-vide s'est faite correctement avant d'étiqueter et de ranger.

☞ Céleri-rave en croûte de sel, crème chicorée.

Céleri-rave en croûte de sel, crème chicorée

Cette recette est une réécriture d'un plat que j'affectionnais : le céleri sauce café. Je la revisite au gré de mes essais de cafés locaux. Ici, je vous la propose à la chicorée, cette racine torréfiée qui a longtemps rempli les tasses fumantes de nos grands-parents. Elle est également facile à trouver dans le commerce si vous n'avez pas encore préparé votre café de pois chiches au tube solaire...

Pour 4 personnes

1 gros céleri-rave en croûte de sel (voir recette p. 114)

Pour la sauce

500 g de crème fraîche • Chicorée ou autre « café » local (soluble ou en grains) au choix

Pour les feuilles de sauge frites

Quelques feuilles de sauge • Huile d'olive (ou saindoux, ghee)

Commencez par lancer la cuisson de votre céleri-rave en suivant les instructions de la p. 114. Ajustez le temps de cuisson en fonction de la source de chaleur (parabole, braises, four à bois...) et de la taille de votre céleri.

Placez la crème dans une petite casserole et infusez-la avec votre chicorée ou votre café local. Laissez cuire à feu doux sur une petite parabole (ou un poêle en chauffe) le temps de réduire la crème d'environ 1/4 puis coupez et couvrez. Filtrez la sauce pour enlever les morceaux.

Faites chauffer votre matière grasse à environ 170 °C dans une petite casserole, et faites-y frire les feuilles de sauge. Égouttez-les puis réservez-les.

Cassez la croûte de sel, coupez le céleri en quartiers et servez avec la crème infusée et les feuilles de sauge frites.



Recette du céleri-rave en croûte de sel, crème chicorée. © Lucie Le Guen

Quand le soleil n'est pas au rendez-vous, ou pour préparer des pizzas comme à Napoli, des naans ou un chou-fleur rôti, c'est le four à bois qu'il vous faut ! Vous n'en avez pas ? Peut-être pouvez-vous utiliser l'ancien four de votre commune pour votre pain, ou mijoter votre dîner dans le four à bois de votre boulanger ou boulangère, comme cela se pratiquait autrefois dans les villages ? Partager des moments de convivialité, créer du lien, c'est aussi une des joies de la cuisine low-tech. Qui sait, dans quelque temps, vous confectionnerez peut-être vos confitures entre ami·es, ou prêterez une parabole solaire à vos voisins.

En ville, ou dans de petits espaces, vous pouvez commencer plus simplement : utiliser un moulin à légumes plutôt qu'un blender pour vos soupes ; installer une marmite norvégienne dans votre cuisine ; préparez sauces et pestos au mortier ; optimisez les cuissons en torréifiant les amandes dans un four qui préchauffe, etc.

Enfin le tempheh (à base de légumineuses fermentées délicieuses et digestes), les pickles (légumes conservés dans le vinaigre, le sel, voire le miel) ou le yaourt maison vous permettront de vous lancer avec peu ou pas de matériel.

Pâtes roses, sorbet kiwi-gin, sorbet pomme-miel-noix

Dès qu'il s'agit de cuisine, un bon repas sera toujours plus convaincant que bien des arguments théoriques. Alors parlons saveurs et produits.

Choisissons-les de saison, locaux et bio autant que possible, pour le climat, pour soutenir nos producteurs, régénérer le sol et préserver notre santé. La question du « local » est une problématique complexe, tant les paramètres sont nombreux. Vaut-il mieux s'approvisionner directement chez nos producteurs locaux, ou réduire les kilomètres en privilégiant une coopérative bio ? Pour moi qui habite les Pyrénées, vaut-il mieux acheter français ou espagnol ? Choisir des avocats d'Espagne, plus locaux, ou du Kenya, dont la filière est bien moins gourmande en eau ? À chacun de se poser des questions selon son terroir, et d'y chercher des réponses. L'important est de développer une cuisine vivante et de bon sens, en cohérence avec nos contraintes individuelles et les enjeux écologiques.



Lucie Le Guen, avec un pain au levain cuit dans son tube solaire XL (1,5 kilo de pain et 1 h 20 de cuisson). © Lucie Le Guen

Privilégier les viandes, légumes, fruits locaux n'empêche pas la cuisine low-tech d'être créative. En donnant toute son importance au terroir, elle rejoint les ambitions de bien des chef·fes soucieu·ses de valoriser les saveurs des produits. Mais quand ceux-là emploient des outils de pointe pour parfaire leurs cuissons à basse température toute l'année, elle accepte l'aléatoire de la nature. Pour autant, lorsque le soleil est là, un four solaire mitonnera des chairs tout aussi tendres et juteuses que celles des bains-marie et cuissons sous vide. Dans notre imaginaire collectif, toute restriction alimentaire est vue comme austère. Pourtant en expérimentant, vous vous apercevrez vite que les produits qui poussent en même temps dans un même lieu se marient souvent parfaitement dans les assiettes – la nature a son intelligence et sa cohérence. C'est l'idée défendue par ma « *Salade de concombre et framboise relevée à la harissa maison* ».

Et les produits exotiques ? On les réserve pour les jours de fête – le fondant au chocolat restera un bonheur pour les repas d'anniversaire. Mais le reste de l'année, pour le quotidien, testez un sorbet pomme-miel-noix, un gâteau à la poire ou des raisins rôtis. C'est délicieux aussi !

Et puis rien ne vous empêche de vous amuser et d'explorer : fabriquez des pâtes roses avec du jus de betterave, essayez le sorbet kiwi-gin ou le tartare bœuf-betterave. Se limiter, c'est se donner la possibilité d'inventer.

Alors non, on ne va pas sauver le monde en cuisant un poulet dans un four solaire, c'est certain. Mais agir au quotidien redonne du sens à une réalité qui peut parfois sembler bien absurde au vu des enjeux qui sont les nôtres. Et agir dans le plaisir, même un peu, donne aussi l'envie d'agir plus...

Tartare bœuf-betterave

Dans la ferme de Carole et Aurélien, il n'y a de la viande qu'un jour par mois. Quand c'est le cas, j'en profite pour faire du tartare. Pour réduire la quantité de viande, j'y intègre des légumes. Si vous n'en consommez pas, vous pouvez réaliser la même recette avec 100 % de betteraves ou encore un mélange betteraves/lentilles.

Pour 4 personnes

300 g de bœuf (filet ou autre pièce dite « à griller ») • 300 g de betterave cuite (en croûte de sel, à la vapeur ou à l'eau) • Moutarde • 2 jaunes d'œuf • 4 c. à s. d'huile d'olive (ou de ghee liquide) • 1 c. à s. de pickles au choix et leur jus (cornichons, câpres ou pickles de betterave) • 2 échalotes • 1 gousse d'ail hachée ou râpé • 1/2 bouquet de persil

Dans le hachoir muni d'une grille à trous larges ou moyens, hachez ensemble la viande et la betterave coupées en cubes. Si vous n'avez pas de hachoir, vous pouvez les hacher au couteau. Mélangez au fouet la moutarde et les jaunes d'œuf puis versez progressivement l'huile tout en remuant pour monter une mayonnaise. Ajoutez-y 1 c. à s. de jus des pickles, la gousse d'ail, puis salez. Hachez le persil, l'échalote et les pickles au couteau. Mélangez maintenant le tout délicatement et servez tout de suite avec des pommes de terre, des légumes racines ou une belle salade.

Vous pouvez utiliser un vinaigre de framboise plutôt que le jus des pickles, fumer les betteraves, utiliser une autre viande, et varier les herbes : en utilisant de l'aneth, de l'estragon ou de la ciboulette par exemple.

▷ Salade de concomre & harissa framboise.

Salade de concomre & harissa framboise

Dans ma petite classe d'étudiants en cuisine, Sophie était sans aucun doute l'une des plus douées. Chaque cours était l'occasion de découvrir sa dernière trouvaille : un bouillon café-langoustine, une glace au café dont je rêve encore... et cette association harissa- framboise. Je l'ai toujours gardée dans un coin de ma tête. La voici en marinade pour une petite salade de concomre fraîche et épicée.

Pour 4 personnes

2-3 concombres • 2 piments rouges frais type Espelette (ou un poivron et un piment pour une harissa plus douce) • 2 gousses d'ail • Une pincée de sel • 1 c. à s. de vinaigre de cidre (ou vinaigre de framboise) • 1 c. à c. de coriandre en graines • Une poignée de framboises fraîches (environ 80-100 g)

Pelez les concombres si la peau est épaisse, sinon gardez-la. Coupez les concombres en deux dans la longueur et enlevez les pépins avec une cuillère.

Avec cette cuillère, coupez les concombres en morceaux qui ressembleront à des demi-lunes. Salez et laissez dégorger.

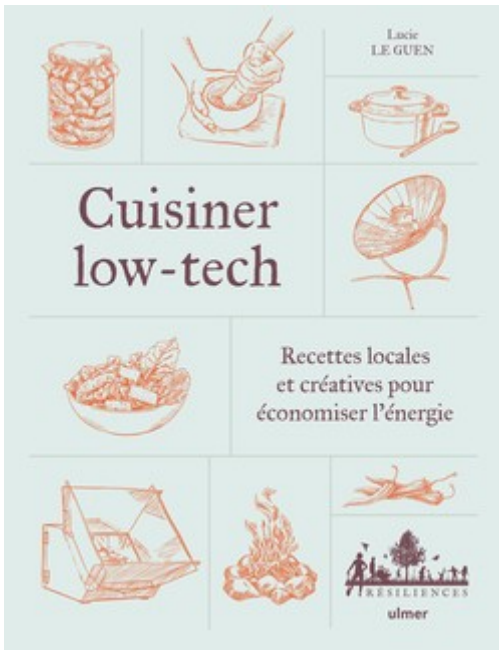
Dans un mortier, placez les gousses d'ail coupées en 2 et pilez avec le sel. Ajoutez ensuite les piments coupés en morceaux et les graines de coriandre, pilez à nouveau. Enfin, ajoutez le vinaigre et les framboises et pilez grossièrement pour obtenir une pâte.

Égouttez les concombres et mélangez avec la moitié de la harissa framboise. Laissez mariner 30 min à 1 h. Servez avec le reste de la marinade.

Si vous n'avez pas de piments frais, utilisez des piments séchés que vous réhydraterez dans de l'eau chaude une vingtaine de minutes. Sinon, utilisez des poivrons rouges et épiciez à votre goût avec du piment séché en poudre. Ou même, n'épicez pas du tout.



Recette de salade de concomre et harissa framboise. © Lucie Le Guen



Cuisiner low-tech – Recettes locales et créatives pour économiser l'énergie, de Lucie Le Guen, aux éditions Ulmer, 192 p., 25 euros.

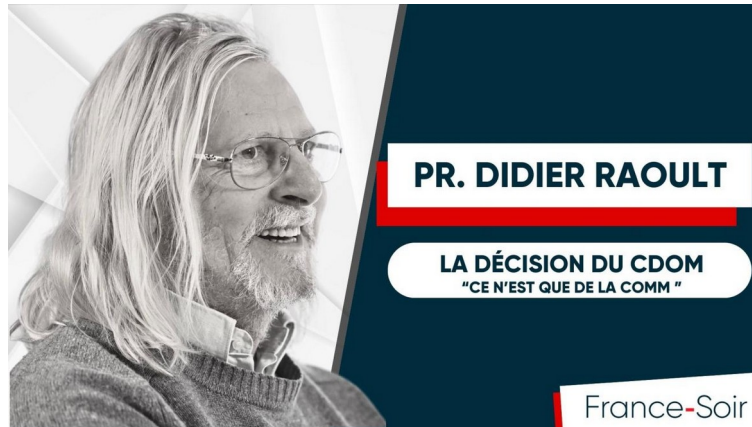
Précisions

- Dans les tribunes, les auteurs expriment un point de vue propre, qui n'est pas nécessairement celui de la rédaction.
- Titre, chapô et intertitres sont de la rédaction.

Lucie LE GUEN (tribune)

18 septembre 2024 (Reporterre)

Pr. Raoult : « comment prendre au sérieux une décision, qui intervient alors que je ne suis plus inscrit à l'ordre depuis septembre 2021, de la com ! »



Pr. Raoult : « comment prendre au sérieux une décision, qui intervient alors que je ne suis plus inscrit à l'ordre depuis septembre 2021, de la com ! » © France-Soir

C'est par un tweet de Nicolas Berrod que le Pr. Didier Raoult et son avocat Me Di Vizio prenaient connaissance de la décision de la Chambre Disciplinaire de l'Ordre des Médecins : « *une suspension de deux ans* ».

À ce jour, le Pr. Raoult déplore n'avoir toujours pas reçu une copie de la décision et l'avoir appris par voix de presse. Dans ce debriefing, le Pr Raoult commente les contours de cette sanction, et remet les pendules à l'heure sur « *l'absence de sérieux de ce groupe d'individus qui pensent avoir du pouvoir* ». Cela rappelle le Pétainisme et les tristes, et sombres heures de notre histoire.

En fin de journée hier, Me Di Vizio obtenait une copie de la décision, qu'il commentait dans une vidéo sur X : « *La décision concernant @raoult_didier n'est pas si mal à y réfléchir* » : « *Didier Raoult n'aurait pas fait courir de risque à ses patients en les traitant avec de l'hydroxychloroquine contre la covid-19 et la seule chose qu'on lui reproche, c'est de ne pas avoir soutenu la politique gouvernementale* ».

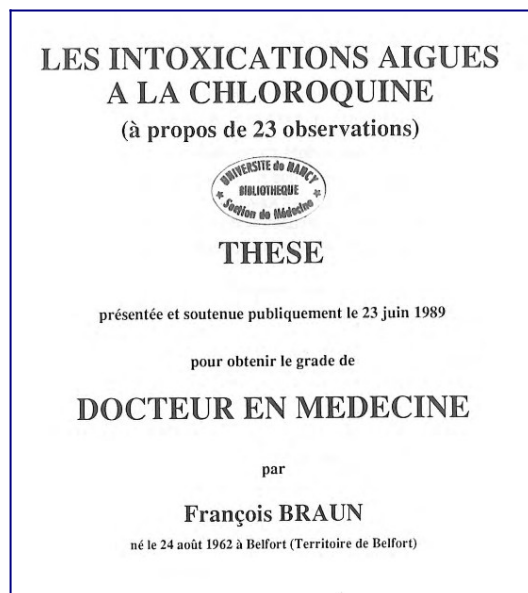
Huit ministres de la Santé, des menaces, des sanctions

La médiocrité des décisions prises par huit ministres de la Santé qui se succédèrent, commettant erreurs sur erreurs, *culmine avec les menaces effectuées par François Braun*.

Alors ministre de la Santé, ce médecin avait menacé de sanctions les Professeurs de l'IHU méditerranée (IHUM) qui avaient publié l'étude rétrospective sur les 30 423 patients pris en charge à l'APHM (Assistance Publique Hôpitaux de Marseille). L'IHUM étant le centre spécialisé et mondialement reconnu en maladies infectieuses de l'APHM.

Cette étude sera retirée par les auteurs avant d'être republiée par le Pr. Philippe Brouqui et al. en octobre 2023, *confirmant l'efficacité de l'hydroxychloroquine*. Une réanalyse de ces données par un groupe de scientifiques indépendants, Lounnas et al, améliorera même les résultats obtenus : *ce traitement réduit le risque d'hospitalisation et de mort de 58 %*. En septembre 2024, une autre étude publiée dans PLOS et signée par le très respecté Pr Nick White *confirmait aussi l'efficacité de l'hydroxychloroquine*.

La thèse (1989) de François Braun portait sur « *les intoxications aiguës à la chloroquine* ». Publiée par le Pr Raoult alors que l'université de Nancy ne la retrouvait pas, François Braun autorisera France-Soir à la publier : « *cette thèse est ancienne, ce qui explique peut-être pourquoi elle n'est pas sur internet (merci de l'avoir scannée)*. *Aucune objection à sa publication.* » La thèse établissait les doses toxiques de chloroquine et permet de conclure qu'aux doses d'hydroxychloroquine prescrite par l'IHUM et le Pr. Raoult, il n'y avait pas de risque pour les patients.



Cependant, *France-Soir* posa d'autres questions à l'ancien ministre : « Vous avez étudié la chloroquine en profondeur. Lorsque les doses en HCQ ont été publiées sur les études Recovery et Discovery, avez-vous alerté sur la toxicité des dosages ? Et leur létalité ? » Quelle ne fut pas notre surprise d'apprendre que le médecin « avoue ne pas avoir lu *les protocoles des études* » mais seulement « en avoir localement discuté avec les réanimateurs » pour conclure que « la chloroquine n'a pas été utilisée / risques potentiels et l'absence de signe d'efficacité. »

Et, la surprise sera renforcée par ses réponses suivantes. L'ancien ministre explique « ne pas avoir été au courant en tant que ministre » de la réalisation l'étude frauduleuse rétractée Pradelle et al. parue le 2 janvier 2024 qui déclarait trompeusement que 16 990 décès auraient été causés par l'hydroxychloroquine dans six pays. À la question, avez-vous été surpris par ce résultat, il répond par un simple « non ». N'est-ce pas étonnant pour un ministre qui a fait sa thèse sur la chloroquine et qui connaît donc le profil de sécurité du médicament ?

En creusant plus loin, F. Braun confirme que « pour tous ses confrères réanimateurs, il y a une absence de preuve sur l'efficacité de la Chlorassent (ndlr: écrit comme cela dans la réponse), dans ce que nous avons ». Alors ministre, il n'avait ni lu les protocoles ni pris connaissance de l'étude Lounnas et al. sur les 30 423 patients soignés à l'IHUM : « je ne connais pas cette étude et il faudrait la lire avec attention (ce n'est pas le NEJM) » et il ajoute sans avancer de preuve ni de fait dans un argument d'autorité : « mais dire rétrospectivement que ce n'était pas dangereux ne justifie pas de faire des études sans respecter les protocoles et procédures ... ».

Cela apporte de l'eau au moulin du Pr. Didier Raoult inquiet de la médiocrité qui s'est installée dans les décisions sur les politiques sanitaires publiques, confirmant ainsi que « la décision du conseil de l'ordre n'est que de la com » par des administratifs qui avant étaient des bénévoles.

FRANCE-SOIR
Publié le 04 octobre 2024

(1) Nicolas Berrod est journaliste au Parisien, qui semble avoir depuis longtemps rangé aux oubliettes les devoirs que lui impose la charte de déontologie des journalistes, n'en est pas à son coup d'essai de pollution informationnelle. Depuis la crise covid, il s'est illustré à de nombreuses reprises par ses tweets partisans en soutien de la politique sanitaire du gouvernement qui défient les données de la science, instrumentalisant des études biaisées sans y apporter aucune critique contribuant ainsi à la désinformation du public. Absence de respect de la vérité, de la vérification d'information, confusion entre le métier de journaliste et propagande.

Trump et Kennedy vont-ils nous rendre la santé ?

L'heure de vérité est proche !

Article publié le 9 novembre 2024 sur *Essentiel News*



Trump et Kennedy célèbrent la victoire

« Make America Healthy Again », rendre la santé à l'Amérique: telle est la promesse qui a scellé l'alliance de Robert Kennedy Jr. à Donald Trump et contribué au retour de l'ex-président à la Maison Blanche. Si Robert Kennedy Junior était finalement en position d'assainir le domaine de la santé publique, les répercussions se feraient sans doute sentir à l'échelle mondiale. A-t-il de réelles chances d'y parvenir ?

Une mission personnelle

Dès le départ, le neveu de l'ancien président avait annoncé que son entrée dans la course présidentielle était motivée par son vœu de réformer les politiques sanitaires et de lutter contre la corruption des agences gouvernementales. En avril 2023, le célèbre avocat *avait donc pris congé de l'association pour la défense de la santé des enfants « Children's Health Defense », dont il est le cofondateur, pour se lancer dans la campagne* en tant que démocrate.

Durant 6 mois, il avait espéré avoir l'occasion de reconquérir un parti qu'il estimait corrompu en défiant le président Biden. Mais après avoir été systématiquement mis à l'écart, il avait finalement préféré *se présenter en tant que candidat indépendant*.

Puis, le 23 août de cette année, Kennedy, le démocrate de longue date, a suspendu sa campagne – et dans un geste que même lui n'avait peut-être pas vu venir – *il s'est rallié à l'ancien président Donald Trump et au parti républicain*.

Le revirement inattendu

Selon des sources proches de Kennedy, Trump tentait depuis plusieurs semaines de le rallier à lui, craignant que les votes qu'il récolterait ne menacent sa réélection. C'est toutefois l'attentat commis sur Trump le 13 juillet lors d'un rassemblement en Pennsylvanie qui avait précipité les choses.

« Bobby Junior » avait été fortement interpellé par cet événement qui lui avait rappelé les assassinats de son père et de son oncle. Une conversation téléphonique organisée quelques heures après l'incident, suivie d'une rencontre privée entre les deux hommes deux jours plus tard, ont eu raison de sa méfiance.

En échange de ses voix et de son soutien, Trump lui a promis un rôle qui lui permettrait enfin de réformer

la politique sanitaire américaine.

3 promesses

Dans un *message vidéo* qui en avait choqué certains et ravi d'autres, Kennedy avait finalement expliqué à ses partisans que voter pour Trump serait la seule manière de lui donner les moyens d'accomplir sa mission.

Il avait ensuite révélé la teneur de son accord avec l'ancien président lors d'un entretien avec le journaliste phare *Tucker Carlson* :

« Le président Trump m'a demandé de faire trois choses. Premièrement, il veut que j'élimine la corruption, les conflits d'intérêts et le phénomène de « capture d'agence », c'est-à-dire la capture des autorités de santé publique par des intérêts privés, qui ont détourné ces autorités de leur mission première, à savoir la protection de la santé publique.

Oui, et il veut que la corruption soit éliminée

Deuxièmement, il veut que ces autorités retrouvent leur excellence scientifique d'antan. Il veut que la recherche et le travail scientifique soient à nouveau menés à un niveau fondé sur des preuves empiriques, ce pour quoi elles étaient célèbres dans le monde entier, lorsque nous étions enfants. Elles ont depuis perdu cette réputation, car elles ont été accaparées par l'industrie.

Et troisièmement, il veut mettre fin à l'épidémie de maladies chroniques. Le président Trump m'a dit qu'il voulait voir des résultats concrets et mesurables dans les deux ans. Et je lui ai promis que je pouvais y arriver. Nous n'avons pas encore décidé si cela se fera en tant que secrétaire à la santé (HHS Secretary) ou en tant que responsable de la santé à la Maison Blanche. Mais dans tous les cas, nous mettrons fin aux maladies chroniques ».

« Faites vos valises »



Sur son fil Twitter, Kennedy s'est enhardi à l'approche du jour J, avec un avertissement aux employés de l'agence de sécurité sanitaire, la FDA :

« La guerre de la FDA contre la santé publique est sur le point de se terminer. Cela comprend sa répression agressive des psychotropes, des peptides, des cellules souches, du lait cru, des thérapies hyperbares, des agents chélateurs, de l'ivermectine, de l'hydroxychloroquine, des vitamines, des aliments sains, du soleil, de l'exercice, des compléments nutritionnels et de tout ce qui fait progresser la santé humaine et ne peut pas être breveté par l'industrie pharmaceutique.

Si vous travaillez pour la FDA et que vous faites partie de ce système corrompu, j'ai deux messages à vous transmettre : « 1. Conservez vos dossiers et 2. Faites vos valises ! »

Quel rôle pour Kennedy ?

Mais, si Kennedy n'exclut pas d'avoir un poste officiel à la tête du système de santé américain – ce qui lui donnerait une possibilité d'intervenir de manière plus directe dans les politiques sanitaires – il n'ignore pas que le Congrès s'opposerait de toutes ses forces à sa nomination.

Au soir des élections, Howard Lutnick, l'un des membres directeurs de l'équipe de transition de Trump,

déclarait *sur CNN* que: « Kennedy ne serait pas nommé à la tête du HHS », le département de la santé américain. En revanche, il occuperait plutôt un rôle de conseiller directement rattaché à Donald Trump, supervisant un ensemble d'agences et d'initiatives intergouvernementales.

« Tout ce qu'il souhaite, c'est de pouvoir accéder aux données », ce qui sous-entend notamment « de pouvoir démontrer que les vaccins ne sont ni sûrs, ni efficaces ». Et c'est bien là ce qui fait trembler tous les fondements de l'industrie pharmaceutique et de la presse à ses ordres.

Un article du *Washington Post* témoigne des craintes liées à l'arrivée de Kennedy : « L'influence croissante de Kennedy s'est reflétée mercredi soir lorsqu' Howard Lutnick, coprésident de l'équipe de transition de Trump, a fait un aveu surprenant dans un entretien sur CNN : après une conversation de 2½ heures avec Kennedy, il en était déjà venu à douter de l'importance des vaccins ».

Pourquoi pensez-vous que les vaccins sont sûrs ? ... Ce n'est pas démontré, avait déclaré M. Lutnick à la journaliste de CNN, répétant les affirmations de M. Kennedy sur le lien entre les vaccins et l'autisme et sur l'insuffisance des données relatives à leurs effets néfastes.

Lutnick avait ajouté que M. Kennedy souhaitait étudier lui-même les données de santé et même formuler ses propres recommandations :

« Je pense qu'il serait intéressant de lui fournir les données. Voyons ce qu'il en sortira », avait-il relancé.

L'article s'était empressé de rajouter que : « Les remarques de M. Lutnick ont été immédiatement rejetées par les experts en santé publique, qui ont déclaré qu'elles risquaient d'ébranler la confiance dans les vaccins qui sauvent des vies » et que « la perspective de voir Kennedy occuper une fonction gouvernementale de haut niveau a alarmé les responsables de la santé publique et les fonctionnaires fédéraux au plus haut point. Il ne devrait pas être autorisé à s'approcher de l'infrastructure de santé publique du pays ».

Trump lui donnerait carte blanche...

L'heure d'un réel changement serait-elle proche ? Au soir des élections, Trump affirmait toujours vouloir donner libre cours à Robert Kennedy dans le domaine de la santé :

« Il est super sur le sujet des médicaments et des vaccins. Qu'il s'occupe de la santé des femmes, des hommes et des enfants, tant qu'il ne s'occupe pas de ce qu'il y a sous mes pieds : le gaz et le pétrole ».

Kennedy pourrait finalement être chargé de diriger un groupe d'experts, chargé d'examiner la sécurité des vaccins – une priorité qu'il avait exhorté M. Trump à poursuivre en 2016, mais que le président avait rapidement abandonnée suite aux pressions exercées par *Bill Gates*.

Fidèle à son engagement



Mary Holland, professeur dans le domaine des droits humains, présidente de l'association Children's Health Defense

Dans un *article* publié au lendemain de la victoire de Donald Trump, l'avocate Mary Holland, présidente de l'organisation Children's Health Defense qui a été fondée par Robert Kennedy Jr., est revenue sur l'engagement qui a motivé Kennedy tout au long de ce parcours électoral :

« Kennedy est resté fidèle à son engagement : *mettre fin à l'épidémie de maladies chroniques*.

Il n'a jamais faibli. Pour la première fois peut-être dans notre histoire, il a permis de donner aux enfants une voix dans une élection nationale.

Il a rappelé à qui voulait l'entendre que les enfants ne sont ni démocrates ni républicains. Ce sont des enfants. Ils "nagent dans une soupe toxique". Et ils ont besoin de notre aide. »

Lors de la campagne « Make America Healthy Again » avec le président Trump, Kennedy s'est engagé à faire tout ce qui est en son pouvoir pour éliminer les produits chimiques toxiques de notre alimentation, de

notre sol, de notre eau et de notre air.

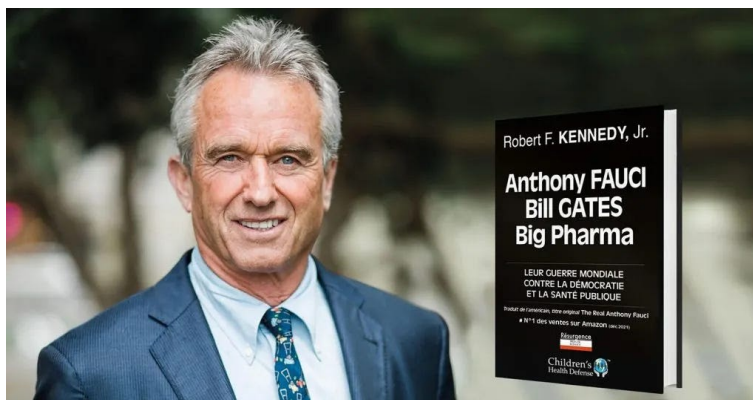
Concrètement, rappelle Mary Holland :

« Il a aussi promis de s'attaquer à la FDA, au CDC, au HHS, au NIH, au NIAID, à l'USDA, à l'EPA, à la FCC et à toute autre agence fédérale qui fait passer les profits des entreprises avant la santé publique.

Plus important encore, Kennedy a promis de faire toute la lumière sur les raisons pour lesquelles *un enfant sur 33 est atteint d'autisme* dans ce pays.

Maintenant que l'élection est derrière nous, nous espérons que Trump tiendra les promesses qu'il a faites à Kennedy – afin que Kennedy puisse aussi tenir les promesses qu'il a faites au peuple américain. »

Un changement sur la santé globale



En 2020, M. Trump avait annoncé un processus de retrait progressif des États-Unis de l'OMS. Ceci n'avait toutefois pas été suivi d'effets et le président Biden avait inversé le processus dès son arrivée au pouvoir. Mais avec Kennedy à ses côtés, beaucoup s'attendent à ce que Trump aille plus loin cette fois-ci.

En 2022, Kennedy a alerté le public américain sur l'instrumentalisation de l'agence internationale par l'industrie pharmaceutique et le complexe militaire industriel dans un ouvrage monumental intitulé : « Antony Fauci, Bill Gates et Big Pharma : leur guerre contre la santé publique et la démocratie ».

Il a également dénoncé les dérives totalitaires et la corruption dans le cadre des « Accords sur les pandémies » en cours de négociation à l'OMS depuis 2 ans.

Ensemble, ils pourraient donc torpiller toute tentative de traité de ce type.

Les États-Unis sont actuellement les plus grands donateurs dans le domaine de la santé globale avec un montant annuel estimé à 12 milliards de dollars qui sert notamment à financer l'OMS, le Fonds de lutte contre le sida, l'alliance GAVI pour la vaccination ou les politiques de santé liées au climat.

Les semaines qui s'annoncent devraient permettre de vérifier la réalité des intentions de Donald Trump de « nettoyer le marécage ». *Kennedy lui-même en a longtemps douté*, avant de le rejoindre. Pour l'instant, leurs déclarations se multiplient, rendant une lueur d'espoir à de nombreux américains.

Senta DEPUYDT
10 novembre 2024

C'est parti! Kennedy nommé à la tête du département de la santé

Il luttera contre la corruption des 3 grandes agences sanitaires : le CDC, la FDA et le NIH

Article publié sur Essentiel News le 15 novembre 2024



Promesse tenue! Donald Trump vient d'annoncer sur son compte X/twitter la nomination de Robert Kennedy, Jr à la tête du département de la santé, une annonce qui ne mâche pas ses mots:

« Je suis ravi d'annoncer la nomination de Robert F. Kennedy Jr. au poste de secrétaire d'État à la santé et aux services sociaux des États-Unis. Pendant trop longtemps, les Américains ont été écrasés par le complexe alimentaire industriel et les sociétés pharmaceutiques qui se sont livrés à la tromperie, à la désinformation et à la désinformation en matière de santé publique.

La sécurité et la santé de tous les Américains est le rôle le plus important de toute administration, et le HHS jouera un rôle important en aidant à garantir la protection de tous contre les produits chimiques nocifs, les polluants, les pesticides, les produits pharmaceutiques et les additifs alimentaires qui ont contribué à la crise sanitaire écrasante dans ce pays. M. Kennedy rétablira ces agences dans les traditions de la recherche scientifique de référence et dans la transparence, afin de mettre fin à l'épidémie de maladies chroniques et de rendre à l'Amérique sa grandeur et sa santé ! »

Remous internes

Selon CNN :

« La sélection de M. Kennedy est remarquable étant donné que quelques jours seulement avant l'élection, le coprésident de l'équipe de transition de Donald Trump, Howard Lutnick, avait déclaré à CNN que M. Kennedy n'obtiendrait pas de poste au ministère de la santé et des services sociaux.

« Il ne serait pas en charge du HHS ? » lui a-t-on demandé dans l'émission « The Source with Kaitlan Collins ».

« 'Non', a répondu Lutnick, 'bien sûr que non'.

« Cette réponse avait déclenché un tumulte dans l'entourage de Trump, qui a clairement fait savoir à Kennedy que c'est lui-même qui prendrait les décisions finales.

Et, c'est bien la volonté du président qui l'a emporté. Kennedy présidera donc à la plus haute fonction en matière de santé: le Health and Human Services ou ministère de la santé supervise de nombreuses agences de santé publique, notamment les CDC, Centres de contrôle et de prévention des maladies, la FDA, Food and Drug Administration et les NIH, Instituts nationaux de la santé.

C'est parti!

Kennedy a remercié Trump avec enthousiasme :

« Merci @realDonaldTrump pour votre leadership et votre courage. Je m'engage à faire progresser votre vision de rendre l'Amérique à nouveau saine. Nous avons une opportunité générationnelle de réunir les

plus grands esprits de la science, de la médecine, de l'industrie et du gouvernement pour mettre fin à l'épidémie de maladies chroniques.

J'ai hâte de travailler avec les plus de 80 000 employés du HHS pour libérer les agences du joug de l'industrie, afin qu'elles puissent poursuivre leur mission de faire des Américains à nouveau les personnes le peuple le plus sain de la planète.

Ensemble, nous allons mettre un terme à la corruption, mettre un terme aux échanges de dirigeants entre l'industrie et le gouvernement et ramener nos agences de santé à leur riche tradition de référence scientifique fondée sur des preuves. Je fournirai aux Américains la transparence et l'accès à toutes les données afin qu'ils puissent faire des choix éclairés pour eux-mêmes et leurs familles. Mon engagement envers le peuple américain est d'être un fonctionnaire honnête. C'est parti ! »

Kennedy a indiqué que l'administration Trump apporterait des changements clés à la politique de santé publique, notamment en recommandant de mettre fin à la fluoration de l'eau. Les scientifiques du HHS et de nombreux grands instituts de recherche ont constaté que cette politique de santé publique présente un risque pour le développement neurologique des enfants.

Il s'est également engagé à s'occuper de la question de la sécurité des vaccins.

Dans de précédentes déclarations, il a affirmé que *d'ici deux ans*, il serait en mesure de rendre l'Amérique à nouveau saine en s'attaquant aux maladies chroniques, à la toxicomanie, aux aliments transformés toxiques et aux médicaments dangereux.

Senta DEPUYDT, novembre 2024

Commission européenne et industrie n'ont cure de la santé



Le laxisme de la Commission européenne, sur fond de négligence volontaire de l'industrie chimique, est pointé du doigt par la Médiatrice, madame O'Reilly. L'alerte avait été lancée par des ONG européennes. Le concept de « crimes industriels facilités par l'État » s'applique-t-il ? Et enfin, existe-t-il d'autres exemples de cette funeste dérive qui consiste à se donner des outils de régulation pour les vider ensuite, consciencieusement, de leur substance ?

Il y a moins d'un an, nous avons tiré la sonnette d'alarme sur les dangers que faisait courir le report de la révision de REACH, règlement sur la régulation des substances chimiques qui *vise à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine et de l'environnement*. Un retour sur 20 ans de suivi de ce règlement par Canopea, en collaboration avec de nombreuses ONG, nous indiquait clairement que sur deux décennies, globalement, la coalition entreprises/Commission a trahi les citoyens européens en fermant les yeux

sur la pollution chimique et en favorisant les intérêts à court terme des industries toxiques. (Pour celles et ceux qui souhaitent se remémorer le fonctionnement de REACH, voir au bas de l'article)

La Commission est déficiente

Ce 21 octobre, la Médiatrice européenne, madame Emily O'Reilly, a confirmé, dans un rapport, que la gestion des procédures par la Commission était déficiente, notamment du fait que les dossiers déposés par les entreprises donnaient des informations insuffisantes.

La Médiatrice a constaté que le non-respect *persistant* par la Commission européenne des délais légaux pour l'élaboration des décisions d'autorisation concernant des substances chimiques dangereuses constituait un cas de mauvaise administration.

Il faut en moyenne 14,5 mois à la Commission pour préparer les projets de décision, bien que le délai pour ce faire soit de trois mois. Dans certains cas, cela prend plusieurs années.

Ces retards représentent une menace pour la santé humaine et l'environnement, car les entreprises peuvent continuer à utiliser les substances chimiques, qui peuvent être cancérigènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction ou avoir des propriétés perturbant le système endocrinien, au cours de la procédure d'autorisation.

Un principe de précaution totalement ignoré

Dans un communiqué, l'experte juridique de l'ONG européenne ClientEarth, *Hélène Duguy*, a déclaré : « *L'enquête du Médiateur montre à quel point la Commission européenne a été imprudente avec les règles sur les produits chimiques. Pourtant, ces règles ont une raison d'être : protéger la santé des citoyens. Ce comportement inacceptable sape l'état de droit et la confiance des citoyens dans les institutions de l'UE* ».

De son côté, la responsable de la politique des produits chimiques du Bureau Européen de l'Environnement (BEE) s'inquiète car elle constate que les réformes de REACH, annoncées puis repoussées, ont finalement été transférées dans un paquet relatif à l'industrie chimique en vue d'une « simplification » visant à réduire le « fardeau » (sic) de l'industrie.

Et de fait, le virage à droite de l'Europe n'augure rien de positif en la matière.

Le principe de précaution est inscrit dans la législation européenne sur les produits chimiques mais, dans les faits, n'est jamais appliqué. Les ONG européennes Client Earth et BEE, à l'origine de l'enquête de la Médiatrice, constatent, amères, « qu'il faut trois semaines aux fonctionnaires européens pour autoriser la mise sur le marché de produits chimiques dont on n'a aucune idée du danger qu'ils représentent, puis environ une décennie pour réaliser le danger qu'ils constituent et une autre décennie pour interdire ou restreindre ceux qui se révèlent dangereux ». Il n'est pas étonnant, dans cette configuration, que les pollutions chimiques viennent de passer au rouge dans l'étude relative aux limites planétaires.

Crimes industriels facilités par l'Etat

Une question exigeante, mais essentielle se pose quand on se retrouve en présence de pollutions avérées liées à la mise sur le marché de substances insuffisamment contrôlées, pollutions qui sont responsables de dégâts considérables (maladies graves...) : « *Qui est responsable ?* » Plusieurs dossiers révèlent que l'industrie en sait plus que ce qu'elle veut bien dire, mais sachant cela : « *Est-ce l'industrie chimique qui est responsable ou bien l'État qui est trop faible et n'exige pas plus de l'industrie chimique ?* » demande *Ian Cousin*, professeur en chimie de l'environnement à l'université de Stockholm, dans une interview du Monde en lien avec l'enquête sur les PFAS « Forever Solution Project ».

Cette question évoque, poursuit l'article, le concept de « *crimes industriels facilités par l'État* ». La Professeure de droit à l'université Erasmus de Rotterdam, *Lieselot Bisschop* s'intéresse à ce concept « *pour appréhender les dommages environnementaux et humains causés par les firmes* ». Un terme qui se rapporte « *aux situations où les institutions gouvernementales ne réglementent pas des activités commerciales illégales ou socialement préjudiciables, ou bien créent un environnement juridique qui permet à ces préjudices de se produire et de se poursuivre* ».

L'Europe, mais aussi les États, se posent-ils sérieusement la question de savoir si leur attitude souvent laxiste pourrait être qualifiée de complicité de Crime ? C'est dans leur intérêt car les victimes desdites pollutions, épaulées par les associations, pourraient faire le nécessaire pour qu'une réponse claire soit donnée...

D'autres exemples de cette dérive ?

Le déroulement des faits qui vient d'être exposé sur la coalition funeste Commission/industrie chimique dommageable pour la protection de la santé est très semblable à celui d'une coalition tout aussi funeste

Commission/industrie automobile en matière d'émissions de CO², donc de lutte contre les dérèglements climatiques. Un édifiant dossier sur le sujet réalisé par Pierre Courbe, chargé de mission mobilité chez Canopea est sous presse. Nous ne manquerons pas de vous le faire découvrir.

Rappel : REACH, mode d'emploi (source : site de l'ANSES)

Le fonctionnement de Reach n'est pas si difficile à comprendre, pour peu qu'on distingue les différentes étapes qu'il implique.

- La première étape est l'enregistrement des substances. Les industriels ont l'obligation de transmettre (voire de produire, s'il n'existe pas de données préexistantes) toute une gamme d'informations sur les propriétés physico-chimiques, toxicologiques et écotoxicologiques des substances qu'ils fabriquent ou importent.
- Contrairement aux règlements et directives précédents, Reach fait reposer la charge de la preuve sur les entreprises. Pour se conformer au règlement, les entreprises doivent elles-mêmes identifier et gérer de façon adéquate les risques liés aux substances qu'elles fabriquent et commercialisent dans l'UE. Elles doivent notamment démontrer de quelle façon la substance peut être utilisée en toute sécurité, et communiquer les mesures de gestion des risques aux utilisateurs.
- La seconde étape consiste à vérifier que les dossiers transmis par les industriels sont conformes. Ainsi l'ECHA a la charge de vérifier si le(s) dossier(s) d'enregistrement pour une substance sont complets ou s'il manque des informations exigées par le règlement. Cette procédure s'appelle l'analyse de la conformité.
- Ensuite, si des préoccupations particulières sont identifiées, les substances pourront être évaluées, ceci pour garantir l'absence de risques pour la santé humaine et l'environnement. Pour cela, on utilise les données communiquées par les industriels lors de la première étape.
- Cette procédure est réalisée par les États membres (dont l'Anses pour la France) et permet de demander des informations supplémentaires aux industriels pour répondre aux préoccupations identifiées sur les substances. Le choix des substances évaluées est souvent basé sur les priorités nationales des États en termes de santé publique.

Voilà pour les grandes étapes. Mais il existe quelques subtilités importantes pour bien comprendre les enjeux de cette procédure :

- Concrètement, que se passe-t-il lorsqu'un État membre décide d'évaluer une substance ? Celle-ci est inscrite au plan continu d'action communautaire (Community rolling action plan, CoRAP), ce qui signifie qu'un État membre l'a évaluée, va ou est en train de l'évaluer. Il s'agit de plans portant sur les trois années à venir.
- Qu'entend-on par évaluation d'une substance chimique ? Il s'agit d'une évaluation approfondie des données techniques et scientifiques fournies par l'industriel lors de son enregistrement. Elle doit permettre d'identifier les informations complémentaires à demander aux déclarants pour lever tout doute identifié concernant les dangers ou les risques liés à la substance.

Une fois que les informations complémentaires ont été fournies et de nouveau évaluées, différentes procédures peuvent être envisagées dans le cadre de Reach, s'il s'avère que des mesures de gestion doivent être mises en place :

- proposition d'identifier la substance comme substance extrêmement préoccupante (SVHC, pour Substance of Very High Concern),
- proposition de restriction de l'usage de la substance,
- proposition de classification et d'étiquetage (effets cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, sensibilisant pour les voies respiratoires, etc.),
- ou encore des actions ne relevant pas du règlement Reach, comme une proposition de limites d'exposition professionnelle à l'échelle européenne, de mesures nationales ou encore d'actions volontaires des entreprises.

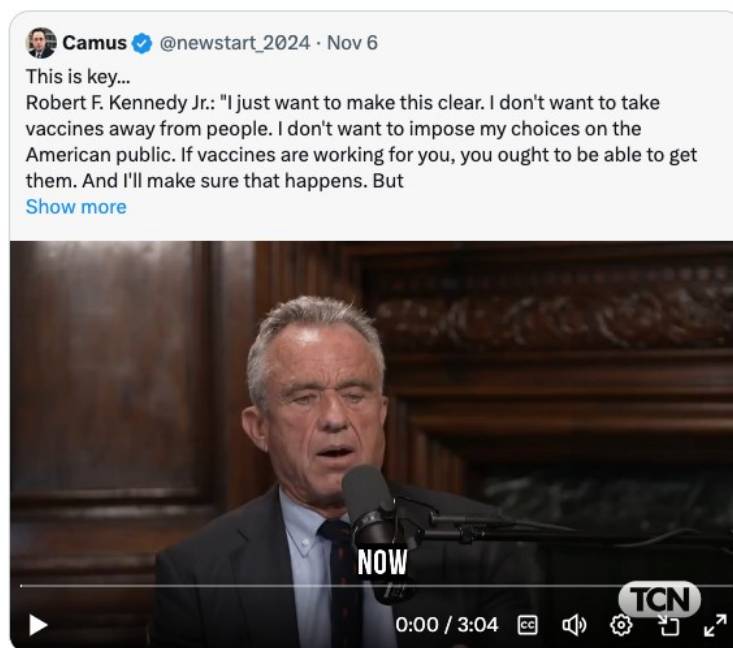
Alain GEERTS
28 octobre 2024 (Canopea)

Crédit image d'illustration : Adobe Stock

Et si les Américains avaient aussi voté... pour une meilleure santé ?



Curieusement les électeurs Américains n'ont pas écouté la propagande de la campagne électorale telle qu'elle nous a été présentée en Europe, aurions-nous été baignés contre notre gré par une influence démocrate forcenée ? Notons que nos médias continuent imperturbablement à ne pas évoquer une direction politique capitale proposée par ce nouveau Président, celui d'une remise à plat drastique de leurs politiques de santé, souvenons-nous que leur espérance de vie frôle aujourd'hui celle... des Albanais (1). On rappelle pourtant que Robert Kennedy Jr a fait le choix de se rallier à Donald Trump dans le seul but de pouvoir s'attaquer à la corruption forcenée qui dévaste les instances fédérales du médicament, des produits de santé (dont les vaccins) et de l'alimentation. Si le grand ménage débute chez le maître du monde, alors la donne changera obligatoirement chez tous ses vassaux, enfin de l'espoir pour nous ! Voici un fragment de discours prononcé sur la chaîne TCN par notre plus grand espoir de changement sanitaire, il parle du sujet qui fâche le plus les tricheurs de tous poils, devinez ? Pourvu que les balles de fusil veuillent bien épargner ces deux hommes... Bonne lecture.



https://x.com/newstart_2024/status/1854082236649226465

« Je tiens à préciser que je ne veux pas priver les Américains de vaccins. Je ne veux pas imposer mes choix aux Américains. Si les vaccins fonctionnent pour vous, vous devriez pouvoir les obtenir. Et je veillerai à ce

que cela soit le cas. Mais les gens doivent pouvoir faire un choix éclairé. *Ils doivent donc disposer de données scientifiques fiables qui leur indiquent le coût et les avantages de ces produits, en particulier lorsqu'on leur ordonne de les utiliser* ».

« 76 millions d'enfants par an doivent les utiliser. Et ce sont des enfants en bonne santé. C'est donc le seul produit médical qui est administré à des personnes en bonne santé. Il faut qu'un produit comme celui-là soit très solide, pour s'assurer qu'il n'y a aucun risque, car vous pouvez prendre certains risques si vous êtes malade pour aller mieux. Bien sûr. Mais si vous n'êtes pas malade, vous ne devriez pas être obligé de prendre un produit à moins qu'il ne soit infaillible, à moins que vous ne sachiez quels sont les... vous savez, quels sont tous les coûts et les avantages ».

« Le problème avec les vaccins, c'est qu'ils ont été introduits à l'origine par le Service de santé publique, qui est l'un des cinq services militaires. C'est pourquoi il existe un médecin général. Et le Service de santé publique les a introduits et les a promus comme une arme de défense de sécurité nationale contre les attaques biologiques contre notre pays. Ils voulaient donc s'assurer que si les Russes nous attaquaient avec de l'anthrax ou un autre agent biologique, ils pourraient rapidement formuler un vaccin et le déployer ensuite auprès de 220 millions de civils américains sans obstacles réglementaires ».

« Un produit médical normal prend environ huit ans pour arriver sur le marché, car il doit passer par des essais contrôlés en double aveugle contre placebo et il faut voir les effets à long terme. Il y a de nombreux effets sur chaque produit médical qui ont de longs horizons de diagnostic et de longues périodes d'incubation. Ils ne voulaient pas passer par là parce qu'ils disaient que ce serait une urgence nationale.

Donc au lieu de l'appeler un médicament, nous allons l'appeler un produit biologique et nous allons exempter les produits biologiques des études de sécurité préalables à l'homologation ».

« *Il n'existe donc aucun vaccin de ce programme, parmi les 72 vaccins, qui ait jamais fait l'objet d'une étude de sécurité préalable à l'homologation, contrôlée par placebo, contre un véritable placebo. Et c'est un tort, car cela signifie que personne ne sait quels sont les profils de risque de ces produits.*

Et personne ne peut vous dire si ce produit évite plus de problèmes qu'il n'en cause ».

« Et ce que je ferai, vous savez, si on me donne ce poste à la Maison Blanche, c'est que *je m'assurerai que ces études soient réalisées, que les comités qui approuvent ces produits soient composés de personnes qui ne soient pas chargées de conflits d'intérêts.*

C'est donc de la vraie science, que les gens soient désintéressés et que les médecins, les patients et les Américains sachent exactement quels sont les coûts et les avantages de chaque vaccin et puissent prendre une décision rationnelle ».

Robert F. Kennedy Jr
Novembre 2024



Dr Vincent Reliquet , 10/11/2024
Note et sources:

(1) <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpes/esperance-vie/>

Le traité pandémie ne passera pas en urgence



INB co-chairs Anne-Claire Amprou and Precious Matsoso with WHO principal legal officer Steven Solomon.

Après avoir échoué à négocier un traité sur les pandémies avant et pendant sa réunion annuelle de mai 2024, l'OMS avait tout mis en oeuvre pour accoucher d'un texte viable au cours des six mois suivants, mais c'est sans succès. Le bureau de l'organisation dispose d'un an maximum pour y parvenir, après quoi il n'y aura plus de prolongation.

Efforts continus

Les deux coprésidents de l'organe intergouvernemental de négociation (OIN) du traité sur les pandémies avaient été remplacés par une ambassadrice suisse et une médecin sud-africaine, Precious Matsoso, qui avait coprésidé le groupe sur les amendements au Règlement sanitaire international.

Ce groupe a enchaîné les réunions en personne et les contacts à distance, avec les États membres et les différentes « parties prenantes » dans l'espoir de parvenir à un projet pour la date du 12 novembre.

Cette échéance devait absolument être respectée pour pouvoir organiser une réunion extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la santé en décembre et faire passer le traité « en urgence ».

Rien de tout cela n'a fonctionné. Les négociateurs ne sont pas parvenus à un accord et les questions litigieuses sont restées sans réponse : notamment celles qui concernent la surveillance et le concept de « One Health ou santé unique », les droits de propriété intellectuelle sur les brevets et le coût des médicaments pour les pays à faible revenu, ainsi que la constitution de « bibliothèques d'agents pathogènes » et les modalités de leurs échanges.

Une annonce timide

Les coprésidents de l'INB de l'OMS ont donné une brève conférence de presse pour avertir les 194 pays membres qu'ils ne seraient pas rappelés à Genève le mois prochain. Les orateurs ont tenté de faire bonne figure en citant les progrès accomplis et en expliquant que les négociations se poursuivent dans l'objectif de parvenir à la signature d'un traité pour la prochaine Assemblée mondiale de la santé fin mai 2025, mais ils savent que cette perspective s'éloigne.

À la question de savoir si l'élection de Donald Trump était susceptible d'influencer le futur des négociations, les orateurs ont préféré s'abstenir de répondre. Il semble toutefois évident que le rush pour parvenir à un texte de dernière minute était lié à cette éventualité.

L'an dernier, Donald Trump avait exprimé son opposition au traité et son souhait de réduire l'engagement des États-Unis dans l'OMS. Robert Kennedy Jr., qui s'est rangé à ses côtés dans l'intention de « rendre la santé aux Américains », avait également appelé à son rejet.

En attendant, l'OMS poursuit le déroulement du programme de santé mondiale en appelant à investir d'urgence dans « la santé liée au climat » à la COP 29, où se négocie la Convention-cadre des Nations unies sur les changements climatiques. Ici aussi le résultat des élections américaines pourrait bien changer les perspectives.

15 novembre 2024

<https://essentiel.news/le-traite-pandemie-ne-passera-pas-en-urgence/>

Grossesse, tabac et autres drogues

humeur du 04/10/2024



Nul ne peut ignorer que fumer pendant la grossesse est très nocif pour l'embryon, le fœtus, le bébé et l'adulte qu'il deviendra. Les cigarettiers ont eu l'obligation de l'écrire en gros caractères sur leurs paquets, néanmoins, les ministères n'ont pas évalué l'impact de cette éducation sanitaire déléguée à des marchands.

Il faudrait exiger la fabrication de paquets beaucoup plus gros d'au moins deux-cents cigarettes pour avoir la place d'écrire la liste des risques avérés : prématurité, petit poids de naissance, malformations fœtales, cardiopathies congénitales, troubles cognitifs, troubles du comportement dans l'enfance et l'adolescence, hyperactivité, ralentissement de la croissance du cerveau, difficultés scolaires et psycho-sociales. Les enfants issus de ces grossesses auront à leur tour plus de comportement addictifs au tabac et à l'alcool. Ils seront plus souvent obèses et les filles auront plus de diabète gestationnel. Le risque de mort subite du nourrisson et la mortalité périnatale seront nettement plus élevés. Les os de ces bébés seront plus fragiles avec un risque supérieur de fracture avant un an. Le risque de maladie bipolaire sera supérieur. Le risque de maladies infectieuses et d'allergies sera plus élevé. Il faudrait ajouter sur les paquets des photos montrant les altérations des neurones et de la substance blanche et les modifications chromosomiques de la région 11q23 impliquée dans les leucémies.

Il faudrait aussi fabriquer de plus grosses bouteilles des divers sodas pour y écrire la liste des risques liés à l'obésité en cas de grossesse. Ils rejoignent presque tous les risques du tabac par le biais de la prématurité et du petit poids de naissance. Il faut y ajouter un risque supérieur d'infirmité motrice d'origine cérébrale.

Quant au cannabis en cours de grossesse, il cumule tous les inconvénients du tabac et de l'obésité.

Certains experts accusent ces gestantes de crime contre l'humanité. Leurs avocats invoquent des circonstances atténuantes : elles sont souvent moins éduquées, plus pauvres et plus souvent célibataires.

Il y a pourtant pire. Les antidépresseurs et le paracétamol abondamment prescrits pendant la grossesse impactent le développement neurologique de l'enfant. La Thalidomide, le Distilbène et la Dépakine, longtemps prescrits aux femmes enceintes pour leur bien, ont posé sur les embryons des marques épigénétiques qui sont en train de traverser les générations.

Le cannabis est désormais prescrit pour lutter contre les nausées de la femme enceinte et l'on n'hésite plus à leur prescrire des opioïdes pour diverses douleurs.

Non seulement, les alertes des médecins n'ont pas suffi à éradiquer le tabac en cours de grossesse, mais encore, la médecine s'ingénie à le remplacer par bien pire chez les gestantes non-fumeuses.

Bibliographie : voir sur le site

<https://lucperino.com/901/grossesse-tabac-et-autres-drogues.html>

Tabac par tous les bouts

humeur du 14/11/2024



L'histoire du marketing du tabac est insolite. Importé du Nouveau Monde, il a été utilisé comme médicament jusqu'au début du XIXe siècle, d'abord pour soigner les migraines à la Cour de France, puis dans de multiples autres maux. Cette herbe médicinale a été utilisée en emplâtre, puis prise et chiquée. Ce n'est qu'après le constat de ses échecs thérapeutiques que le tabac a été fumé pour le seul plaisir.

La majorité des méthodes mercatiques ont été testées sur le tabac. La distribution gratuite aux conscrits a contraint les jeunes hommes à l'image virile du fumeur. Puis Edward Bernays a doublé le marché en faisant fumer les femmes. L'industrie du cinéma a mis des cigarettes dans la bouche de tous les acteurs et de la fumée sur tous les écrans. Lorsque de premières études ont démontré le risque pulmonaire, on a soudoyé un grand généticien pour lui faire dire que le gène du cancer du poumon prédisposait aussi au tabagisme.

Si certains fumeurs ignorent encore les manipulations dont ils ont été les jouets, plus aucun ne peut ignorer les dangers du tabac, devenu la première cause de mort évitable. Cette vérité universelle a été une étrange aubaine mercatique en suggérant aux adolescents et aux contestataires de défier la mort inscrite sur les paquets. Mais cette vérité a surtout permis la création du marché du sevrage, d'autant plus lucratif qu'il n'est pas entravé par les taxes appliquées aux cigarettes. Tout a commencé avec les patches, inaugurant la peau comme nouvelle voie d'absorption du tabac. Puis les cigarettes électroniques dont un modèle à usage unique au goût sucré vise d'autres adolescents moins téméraires. On assiste au retour de la chique, par l'absorption orale de sachets de tabac en poudre nommé « snuff » : vocable à sonorité plaisante et moderne. Cette poudre a aussi permis de réhabiliter la voie nasale ou « prise » qui était tombée en désuétude.

La toute dernière nouveauté est celle de dispositifs chauffant le tabac au lieu de le brûler.

Toutes ces nouvelles consommations révèlent des risques addictogènes et carcinogènes identiques, leur législation diffère selon les pays, mais elles bénéficient d'un a priori positif basé sur l'idée de sevrage.

Le tabac n'existe pas encore en suppositoire, pourtant la voie rectale a déjà été explorée dans les années 1740. Un homme récupère sa femme noyée dans la Seine et pleure devant son corps inanimé. Un soldat de passage, la pipe à la bouche, convainc le mari d'introduire le tuyau de sa pipe dans l'anus de sa femme et d'y souffler la fumée de toutes ses forces. À la cinquième bouffée, on entend gronder le ventre de la noyée qui rend un peu d'eau et revient à elle.

Pendant quelques années, la réanimation des noyés a consisté à introduire de la fumée de tabac dans leurs intestins. Le sénéchal de Paris fit poser des boîtes de secours contenant divers ustensiles dont une pipe et du tabac.

L'histoire ne dit pas si le soldat de passage avait suivi des cours de marketing.

Bibliographie

Anton Serdeczny, *Quand on soufflait de la fumée dans l'anus pour réanimer les morts*, Pour la science N° 494, 26 novembre 2018

<https://lucperino.com/271/tabac.html>

Guerres des drogues

humeur du 07/12/2024



En 1839, la guerre de l'opium a illustré la diversité des armes que peut utiliser un pays pour en affaiblir un autre. Les Anglais avaient alors utilisé la corruption, arme redoutable, pour troquer le thé contre de l'opium, autre arme redoutable, qui affaiblissait les soldats et les fonctionnaires chinois.

L'alcool et les drogues ont servi à toutes les colonisations. Le rhum avait déjà été utilisé comme monnaie dans la traite négrière. L'eau de feu avait asservi les Indiens d'Amérique. L'Afrique et l'Océanie avaient reçu maints alcools modérateurs de rébellion. La corruption n'étant que l'huile de ces rouages

La consommation rituelle de drogues est un invariant culturel, ainsi que les anthropologues nomment un comportement qui a toujours existé dans toutes les sociétés et cultures. Ces rites sont faciles à dévoyer en récréations et addictions. Les conquérants n'ont pas eu de difficultés à anticiper le mal que feraient ces divers alcools sur leurs ennemis, après en avoir constaté les effets sur leurs propres soldats. Les marchands ont mesuré l'opportunité commerciale des addictions. Enfin, nul n'étant plus corrompible qu'un drogué en manque, il n'était pas besoin d'être un stratège de génie pour conquérir des continents.

De nos jours, les drogues se sont largement diversifiées et alimentent de très lucratifs commerces licites ou illicites. L'utilisation rituelle a cédé devant l'utilisation récréative et les impératifs neurophysiologiques de l'addiction. Les marchands actuels ont encore plus de cynisme que les guerriers de l'opium. L'alcool se décline de mille façons pour attirer les plus jeunes. Les tranquillisants qui annulent la volonté et les réflexes sont prescrits par les médecins. Le cannabis est proposé aux femmes enceintes au prétexte de calmer leurs nausées, mais surtout pour capter définitivement la clientèle de leurs embryons. Les opioïdes de synthèse sont remboursés, car la douleur a changé de statut pour devenir une cause nationale.

Le plus connu de ces opioïdes est le Fentanyl que la Chine vend à la tonne aux Etats-Unis où il est devenu la première cause de baisse de l'espérance de vie. Belle vengeance pour les Chinois humiliés par le traité de Nankin qui les avait obligés à céder Hong-Kong et à ouvrir leurs ports aux navires britanniques chargés d'opium.

En 1839, pour se défendre, l'empereur chinois avait fait brûler vingt-mille caisses d'opium. Les Américains ne brûleront pas de caisses de Fentanyl, car ils sont dépendants à la fois de la drogue et du profit. La solution pourrait venir des Chinois qui, voyant se décimer trop rapidement leur clientèle pour d'autres exportations, limiteraient celle du fentanyl. L'équilibre sera toutefois difficile à trouver, car ils doivent préserver tous leurs marchés.

La consommation de drogues n'était jusqu'alors que l'une de nos multiples dérives anthropologiques ; avec la domination du commerce, médical ou autre, elle est devenue une menace vitale sur notre espèce.

Aléas de l'évolution...

www.lucperino.com

Thon contaminé au mercure : Bloom et Foodwatch dévoilent un « scandale de santé publique »

Bien connue, la contamination du thon au mercure reste pourtant prépondérante dans les boîtes de conserve. Une situation permise par une fixation « arbitraire » des normes sanitaires à l'échelle européenne, d'après une enquête de Bloom et Foodwatch.



© pixarno - stock.adobe.com Si la norme sur le mercure était appliquée au thon, une boîte sur trois ne pourrait pas être vendue en Europe.

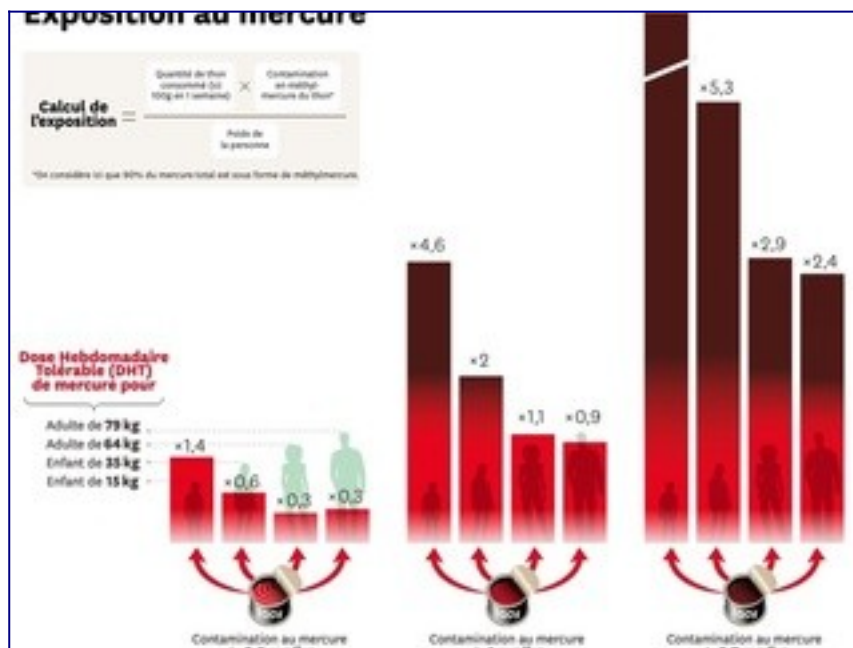
Il s'agit d'un « *scandale de santé publique à tiroirs* », qui mêle thon en boîte, contamination au mercure et un lobbying industriel pendant plusieurs décennies. L'association Bloom et la branche française de l'ONG Foodwatch ont révélé, ce mardi 29 octobre, les conclusions d'une enquête (1) d'un an et demi, attestant d'une contamination au mercure de grande ampleur chez les consommateurs européens de thon en conserve.

Plus des trois quarts des Français, interrogés dans un sondage mené par l'institut Ipsos pour le compte des deux associations, partagent l'idée que ce poisson est « *bon pour la santé* ». Mais Camille Dorioz, directeur de campagnes chez Foodwatch France, est formel : « *Ne consommez pas la boîte de thon qui vous reste dans le placard de la cuisine, ne la jetez pas, car cela serait du gaspillage alimentaire, mais ramenez-la au supermarché et demandez-lui des comptes !* »

Un poison connu de longue date

Bien que soixante-dix ans séparent l'année 2024 du désastre de la maladie de Minamata au Japon, la contamination au mercure par la voie alimentaire demeure. Certes, depuis l'adoption de la Convention de Minamata sur le mercure en 2013, la substance neurotoxique (aussi bien au niveau fonctionnel que développemental), reprotoxique et cancérigène possible est interdite dans la fabrication d'un nombre grandissant de produits à travers le monde. Rien qu'en juillet dernier, l'Union européenne a étendu la liste des produits interdits aux amalgames dentaires, aux lampes et à certains produits cosmétiques. Pourtant, la pollution au mercure dans l'eau, par l'activité volcanique, mais surtout par la combustion du charbon, la fabrication du ciment ou l'extraction d'or, continue. L'Agence européenne de l'environnement (AEE) l'a récemment rappelé, citant le mercure comme principal responsable du mauvais état chimique des eaux du Vieux Continent. Une fois déposé dans l'océan, le mercure est métabolisé par des micro-organismes qui le convertissent en méthyl-mercure ($\text{CH}_3\text{-Hg}^{2+}$), une forme très persistante, laquelle perdure et se propage tout au long de la chaîne alimentaire. En tant que prédateur, le thon est installé à l'une des plus hautes places de cette chaîne et son corps finit donc par accumuler une très grande quantité du métal toxique. Or, comme le rappellent Bloom et Foodwatch, « *le thon est le poisson le plus vendu en Europe* » et, de surcroît, en France. Le hic, c'est qu'il ne respecte pas les normes sanitaires en vigueur. Et que ces dernières n'ont rien d'anodin

L'omniprésence du mercure en conserve



Taux d'exposition au mercure au regard du taux de contamination d'une boîte de thon et de la dose hebdomadaire tolérable considérée selon le consommateur. © Bloom

Les teneurs maximales actuellement autorisées en Union européenne sont fixées par un règlement d'exécution d'avril 2023. Au sein des produits de la mer, ces teneurs vont généralement de 0,3 milligramme de mercure total (y compris le méthyl-mercure) par kilogramme de « poids frais » (c'est-à-dire, du poisson en question), pour la majorité des céphalopodes (calmar, encornet, etc.), gastéropodes (comme le bulot) et de poissons (de l'anchois au merlin, en passant par la sardine et le cabillaud) à 0,5 mg/kg pour les crustacés, les mollusques (huître, moule, etc.) et d'autres poissons. Certains poissons, parmi les plus gros (brochet, espadon, requins), sont néanmoins soumis à une teneur maximale autorisée de 1 mg/kg – dont le thon. Julie Guterman, chargée de recherche chez Bloom et principale autrice de l'enquête, note en outre que « les normes concernant le mercure sont plus strictes pour la pâtée pour chien (0,3 mg/kg) [teneur ici fixée par une directive européenne de 2002, (2) ndr] que pour les pots pour bébé, soumis à la même limite que pour les [produits destinés aux] adultes (1 mg/kg) ».

Avant d'essayer de savoir pourquoi le thon fait, notamment, figure d'exception sur le plan réglementaire, Bloom et Foodwatch se sont intéressées à la présence du mercure dans le thon en conserve. Elles ont récolté 148 boîtes de 100 grammes de marques différentes dans les plus grandes enseignes des trois plus grandes villes de cinq pays d'Europe de l'Ouest (dont la France) et les ont faites analyser en laboratoire. Résultat : une boîte sur dix dépasse la teneur définie pour le thon frais (1 mg/kg), l'une d'elles (achetée à Paris) atteignant même une concentration de 3,9 mg/kg. « Si la norme sur le mercure ne faisait pas d'exception pour le thon et qu'il était limité à 0,5 mg/kg, une boîte sur trois ne pourrait pas être vendue sur le marché européen car elle serait trop contaminée (...) et plus d'une boîte sur deux dépasse la teneur maximale en mercure la plus restrictive pour les produits de la mer (0,3 mg/kg) », atteste Julie Guterman.

Contamination en boîte trop faiblement considérée

Le sujet est d'autant plus préoccupant en considérant la transformation du thon. Lorsque celui-ci est cuit et déshydraté pour être mis en conserve, le mercure, jusqu'ici dilué dans le sang, se retrouve deux à trois fois plus concentré dans le produit fini. En 2012, l'Autorité européenne de sécurité alimentaire (Efsa) a évalué la « dose hebdomadaire tolérable » d'ingestion de mercure pour un corps humain adulte à 1,3 microgramme par kilogramme de poids corporel (1,3 µg/kg). Or, au regard des analyses des deux ONG, cette dose est

dépassée, chez les enfants comme chez les adultes, dès la première boîte de thon de 100 g contaminée à 1 mg/kg (de poids frais).

Or, l'Union européenne ne fixe pas de teneur maximale autorisée, claire et uniforme, pour les produits transformés (en conserve ou non). Elle s'en remet aux « *contrôles officiels* » des « *autorités compétentes* », à l'échelle des États membres, pour établir si tel produit respecte ou non la norme. Il revient au producteur concerné de fournir les informations nécessaires en la matière, à savoir le processus exact de transformation et les changements apportés pouvant modifier la concentration du contaminant, et en déduire les facteurs de conversion au cas par cas. En France, cette responsabilité repose sur les épaules de la direction générale de l'Alimentation (DGAL). Interrogée par les deux ONG, celle-ci affirme « *ne pas disposer* » de ces informations et, en conséquence, ne peut contrôler les boîtes de thon. « *En l'absence de facteur de conversion, elle ne peut déterminer si des conserves de thon respectent ou non la législation européenne sur le mercure* », commente Julie Guterma.

Des normes « arbitraires »

En remontant le fil, Bloom et Foodwatch sont également parvenues à découvrir pourquoi la teneur maximale autorisée pour le mercure dans le thon frais, pourtant un poisson prédateur susceptible d'être fortement contaminé, s'avère plus haute que pour le reste des produits de la mer, *a priori* moins contaminés. Il faut remonter jusqu'en 1985 et un premier rapport du Comité sur les additifs et les contaminants alimentaires du « *Codex Alimentarius* », à la fois une instance et un ensemble de normes alimentaires soutenues par les organisations des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et la santé (OMS) ainsi que par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le rapport privilégiait déjà une teneur maximale de 0,5 mg/kg pour la plupart des produits frais ou en conserve et une autre « *plus appropriée* » de 1 mg/kg pour certains poissons prédateurs (dont le thon).

Pour les ONG, « *ce double standard sans aucune justification sanitaire* », aujourd'hui « *gravé dans le marbre* », n'est qu'une « *règle arbitraire* » permettant à « *95 % du thon* » d'être commercialisé. L'association Bloom, déjà à l'origine de cinq rapports sur l'industrie thonière et ses dérivés et de plusieurs recours contre l'État français et la Commission européenne à ce sujet, rappelle que la filière du thon « *pèse 40 milliards de dollars* » à l'échelle mondiale et que le Comité en question abrite plusieurs représentants industriels et qu'il reste piloté par des autorités néerlandaises, « *grande nation de pêche industrielle* ». Dans leur rapport, les deux ONG s'étendent également sur la « *fabrique du doute des lobbies thoniers* », lesquelles encourageraient la consommation de thon pour sa teneur en acides gras dits oméga-3. Mais, rappellent l'auteur du rapport, « *les bénéfiques neurologiques supposés des oméga-3 n'annulent pas les dégâts neurologiques causés par le mercure* », dont les conséquences sont plus que neurologiques. « *Les produits de la mer ne sont pas non plus notre seule source d'oméga-3, mais ils sont notre source presque exclusive de méthyl-mercure.* »

Viser les grands distributeurs

Par conséquent, les deux ONG comptent désormais engager, en premier lieu, la responsabilité des distributeurs, dont « *l'influence sur le marché reste énorme* » pour Karine Jacquemart, directrice de Foodwatch France. Elles les invitent à faire respecter la norme en vigueur la plus stricte (0,3 mg/kg) aux boîtes de thon et à retirer de ces rayons les conserves qui la dépasseraient, mais également à informer le consommateur sur leur dangerosité. Elles prennent en cela pour exemple les autorités outre-Atlantique. Depuis 2001, l'Agence américaine de protection de l'environnement (EPA) interdit le thon au-delà d'une dose hebdomadaire tolérable de mercure de plus de 0,7 µg/kg (en poids corporel), deux fois moins que celle fixée par l'Efsa. « *Certaines marques américaines s'engagent à ne commercialiser que du thon en boîte ne dépassant pas une teneur en mercure de 0,1 à 0,3 mg/kg en poids de thon frais* », souligne Camille Dorioz, de Foodwatch.

Quid de la justice ? « *Malheureusement, il n'existe aucune jurisprudence sur le thon* », répond Julie Guterma, de Bloom. En novembre dernier, l'ONG a adressé une mise en demeure, au nom de la loi sur le devoir de vigilance, à l'enseigne Carrefour, laquelle commercialiserait des boîtes dont le thon a été pêché dans des conditions violant les droits humains et contribuant à l'effondrement de la biodiversité. Un courrier resté depuis lettre morte. Bloom et Foodwatch enjoignent également l'État français à activer une « *clause de sauvegarde* » et à éviter la consommation de thon dans la restauration collective, en particulier dans les écoles. Elles militent enfin, évidemment, pour réviser les normes européennes et renforcer la transparence de leur adoption au sein du Comité permanent des végétaux, des animaux, des denrées alimentaires et de l'alimentation animale (Scopaff) de la Commission européenne.

À la suite de la publication de cet article, un porte-parole de la marque française Petit Navire (du groupe Thai Union), dont certaines boîtes de thon ont été analysées dans le cadre de cette enquête, maintient que « *la consommation de produits Petit Navire est parfaitement sûre pour les consommateurs* ». À noter que la boîte dont la concentration en mercure était la plus élevée mesurée par Bloom (3,9 mg/kg) était précisément de cette marque. Petit Navire assure néanmoins qu'elle réalise « *régulièrement des tests sur les espèces de thon dans ses différentes zones d'approvisionnement* », sous le contrôle des autorités sanitaires françaises et européennes. « *Au cours des trois dernières années, nous avons réalisés 270 contrôles. Les résultats de ces contrôles n'ont jamais révélé de taux de mercure supérieurs aux normes européennes en vigueur et sont en moyenne compris entre 0,2 et 0,3 mg/kg, soit 70 à 80 % de moins que la limite autorisée.* »

[1.](#) Télécharger le rapport de Bloom et Foodwatch

<https://www.actu-environnement.com/media/pdf/news-44980-rapport-bloom-foodwatch-thon-conserved-mercure-octobre-2024.pdf>

[2.](#) Consulter la directive de 2002

<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2002L0032:20061020:FR:PDF>

Félix GOUTY, journaliste, rédacteur spécialisé © Tous droits réservés Actu-Environnement

[https://www.actu-environnement.com/ae/news/thon-conserved-contamination-mercure-bloom-foodwatch-scandale-sante-44980.php4#ntrack=cXVvdGikaVVubmV8MzY0Mw%3D%3D\[MTYINjgx\]](https://www.actu-environnement.com/ae/news/thon-conserved-contamination-mercure-bloom-foodwatch-scandale-sante-44980.php4#ntrack=cXVvdGikaVVubmV8MzY0Mw%3D%3D[MTYINjgx])

Lactalis, la multinationale qui broie celles et ceux qui nous nourrissent

Le géant Lactalis vient d'annoncer qu'il ne collectera plus le lait dans des centaines de fermes. Ce vaste plan social est lancé alors que la multinationale a bénéficié de millions d'euros d'aides publiques. Et pourrait préférer importer du lait.



Voici l'édito de notre newsletter *On en Agro !*, par Sophie Chapelle.

C'est une astreinte quotidienne qui ne tolère pas les défaillances. Quand on est éleveuse ou éleveur laitier, malade ou pas, on doit assurer chaque jour la traite de ses vaches. Quotidiennement, un camion-citerne passe collecter le lait dans la ferme. Si ce camion ne passe pas, c'est l'impasse. Aujourd'hui en France, 12 000 productrices et producteurs dépendent de contrats avec Lactalis, premier groupe laitier au monde dont le chiffre d'affaires a frôlé les 30 milliards d'euros en 2023. Ce même groupe a annoncé le 25 septembre qu'il allait réduire sa collecte de lait en France de 450 millions de litres d'ici fin 2025 (sur les 5,1 milliards de litres de lait collectés chaque année). Soit une baisse de 9%.

Concrètement, quelques 300 agricultrices et agriculteurs ne verront plus passer le camion-citerne de Lactalis dans leur ferme à compter du 1er janvier 2026. Les éleveuses et éleveurs concernés ont reçu un simple coup de fil du technicien de la laiterie les informant que le contrat allait s'arrêter. « *Un coup de massue* » lit-on dans la presse régionale. « *Scotchés.* » À plus long terme, le plan de réduction de Lactalis va toucher plus de 700 exploitations, selon l'Union nationale des éleveurs livreurs Lactalis (Unell).

Dans les fermes, l'angoisse prédomine. Beaucoup ont été poussés par Lactalis à intensifier leur exploitation en augmentant leur cheptel, et en investissant dans des robots-traite. Ces agricultrices et agriculteurs se retrouvent désormais avec des prêts colossaux à rembourser, mais potentiellement sans possibilité de vendre leur lait d'ici quelques mois. Parmi les voies qui s'offrent à eux : trouver un autre collecteur de lait, créer un groupement pour lancer ses propres produits laitiers transformés, ou cesser l'activité laitière.

Lactalis a ciblé des territoires où les fermes sont assez éloignées les unes des autres et où il y a moins d'infrastructures – on parle de zones en « déprise » laitière – notamment dans le Grand Est. En clair, l'industriel a décidé de cesser la collecte dans les zones les moins rentables, où les trajets étant plus longs, le coût du transport augmente. « *Lactalis est un bandit* », accuse Charlotte Kerglonou, éleveuse et représentante de la Confédération paysanne en Bretagne. *Ils nous ont clairement dit que leur objectif était d'avoir le moins de points de collecte possible pour des questions de rentabilité. Ils encouragent à concentrer des élevages dans certaines zones qui sont déjà saturées.* »

Des millions d'aides publiques sans conditions

Lactalis avance évidemment d'autres arguments dans son communiqué de presse. La multinationale écrit vouloir « *réduire la part du lait qui est collecté pour être transformé en ingrédients industriels destinés aux marchés internationaux* ». Cette matière première qu'il exportait jusqu'ici vers la Chine et l'Afrique, ne serait pas assez rentable pour le groupe.

Or, c'est précisément pour l'exportation de ce lait en poudre que Lactalis a bénéficié de pharamineuses aides publiques ces dernières années. Un rapport publié en 2021 détaille les dizaines de millions d'euros d'aides de la politique agricole commune (PAC) qui ont été captées par le groupe – budget auquel chaque citoyenne et citoyen français contribue par ses impôts. 49 millions d'euros ont ainsi été versés à Lactalis entre 2002 et 2013, quand ce même groupe a toujours rechigné à augmenter le prix qu'il paie par litre de lait collecté auprès des fermes.

Dans le cadre de la PAC, une enveloppe de 2,3 millions d'euros a par exemple été versée en 2019 pour la branche « Investissements » de Lactalis. Interrogé à ce sujet, le groupe indiquait la création d'une « lactoserie nouvelle génération » lui permettant d'écouler son surplus laitier « dans de bonnes conditions de valorisation ». Dit autrement, il s'agissait d'exporter le lactosérum – partie liquide issue de la coagulation du lait durant la fabrication du fromage – sous forme de poudre de lait pour les nourrissons, ou d'ingrédient dans les pâtisseries industrielles et divers plats préparés.

Le Conseil régional Pays de la Loire a aussi versé une subvention à l'industriel, à hauteur de 840 000 euros, pour l'acquisition de nouveaux équipements à Laval, en Mayenne, où se situe le siège social de Lactalis. « *Peut-être devrait-il songer à en demander le remboursement* » suggère la Confédération paysanne locale, alors que 120 fermes ne seront plus collectées dans cette région. La justification de Lactalis, qui annonce désormais se concentrer sur les produits à valeur ajoutée comme les fromages et yaourts, est difficilement audible, au regard des millions d'euros d'aides publiques dont elle a bénéficié pour développer l'export.

Importer le lait plutôt que le collecter en France

Des économistes suspectent également que la décision de Lactalis soit liée aux accords de libre-échange. Le chercheur Thierry Pouch pointe dans les colonnes de *Mediapart* l'accord entre l'Union européenne et la Nouvelle Zélande entré en vigueur en mai dernier. Cet accord contient des quotas de produits laitiers que la Nouvelle Zélande peut exporter vers l'Union européenne avec des droits de douane réduits : 15 000 tonnes de beurre, 25 000 tonnes de fromage, 15 000 tonnes de lait en poudre. Cet accord vient s'ajouter à des dizaines d'autres, comme le CETA, l'accord entre le Canada et l'Union européenne. Lactalis est ainsi suspecté de réduire sa collecte en France, pour faire venir des produits laitiers moins chers de l'étranger.

Alors que des négociations sont en cours avec les pays du Mercosur (Brésil, Argentine, Uruguay, Paraguay), le groupe Lactalis a organisé au printemps dernier un voyage de presse pour faire savoir qu'il était devenu numéro un du lait au Brésil. « *Et demain profiter des augmentations de quotas et baisses de droit de douanes de l'accord UE-Mercosur ?* » interroge le collectif Stop CETA-Mercosur.

« *Si l'agriculture était sortie des accords de libre-échange, on n'en serait pas là* », souligne le chercheur Thierry Pouch. Avis à Emmanuel Macron et à ses gouvernements successifs qui n'ont pas bloqué les négociations de l'accord UE-Mercosur et laissent de nouveaux traités se négocier. Loin des promesses de relocalisation et de souveraineté alimentaire. Loin de la détresse paysanne.

Sophie CHAPELLE (Basta!)

photo de une : reportage réalisé en 2021 dans la ferme de Christophe Thomas, éleveur laitier en Côtes-d'Armor / © Laurent Guizard

Appel aux médecins et chercheurs pour faire interdire obligations vaccinales et propagande Gardasil

Afin que les familles ne soient pas conduites à prendre les « fourches » dont parle le PR Perronne avec les conséquences délétères qu'ils subiraient, c'est à nous professionnels de santé de les protéger !

Rappel d'une vidéo récente : message capital du Pr Perronne : *si on vous parle de vax ARNm « refusez, prenez les fourches, cachez vos enfants ! »* ↓



Curieux message d'un professeur aussi calme habituellement. Ecoutez son message. Car le Pr C Perronne a bien évolué pendant ces quatre années. Il a bien ouvert les yeux pendant cette pseudo pandémie organisée. Il raconte son électrochoc. Espérons que cette vidéo va ouvrir quelques yeux à beaucoup d'autres.

Petit résumé de la vidéo ci-dessous du 30 Août 24

Pr. PERRONNE « APPRENDRE À DÉSOBÉIR » (youtube.com) à propos de son livre récent sur le réveil quatre ans après (<https://www.youtube.com/watch?v=Vv4OQKO2I9w>)

Il y a cinq ans il pensait qu'on vivait encore en démocratie. Il dénonce toutes les arnaques depuis le covid. Il a réalisé qu'on subit une grande manipulation. Il rappelle l'ouverture des JO de Londres pédo-satanistes de 1992... Tout avait été programmé.

À l'OMS il s'est dit s'être fait manipuler sur le SRAS de 2002 puis le H1N1. Dans le système, il ne s'en rendait pas compte, dit-il. Il dit avoir marché dans le narratif à l'époque avant 2019. Il raconte comme dernièrement l'OMS a encore manipulé le fonctionnement en juin 2024.

« Tedros le président de l'OMS a encore une autre pandémie en réserve si besoin, sur le virus X après que le virus de la variole du singe ait fait flop. Il veut distribuer des vax contre la grippe aviaire alors qu'il n'y pas de cas humain ».

Le Pr Perronne reste optimiste en raison de la démesure de nos tyrans. L'hubris fait chuter tous ces tyrans dans l'Histoire.²

Sur le plan médical, il est très pessimiste car le nouvel ordre mondial détruit tout le système de santé, on meurt aux urgences, on attend trois, quatre jours sur un brancard sans boire, sans manger et on finit par mourir.

Nos données de santé ont été données à Bill Gates. Plus aucune confidentialité. Ils remplacent les médecins par des cabines de téléphone. Ce n'est pas de la vraie médecine. Les médecins se sont comportés comme des moutons, n'ont pas voulu réagir.

Il faut renverser les choses. Pour lui il faut nationaliser l'industrie pharmaceutique.

Les étudiants sont formatés, les généralistes n'ont pas le temps de lire, ils n'entendent parler que des médicaments sponsorisés, et sont sous influence des visiteurs médicaux. L'enseignement de la science désintéressée et de l'esprit critique sont délibérément détruits.

À l'époque on n'était pas en burn-out, actuellement les médecins ne parlent plus avec les malades. Ils ont voulu transformer la médecine en science prétendument exacte. On a oublié que la médecine est un seulement un art du contact humain utilisant des connaissances scientifiques

Sur les essais :

« On passe notre temps à truquer les essais à cause des enjeux colossaux. Les petits labos humanistes, honnêtes ont disparu complètement rachetés par une nébuleuse de grands labos obnubilés par les actions en bourse ; l'industrie pharmaceutique est la première cause de corruption internationale. Ils organisent aussi les pénuries pour des produits pas chers, pour les faire remplacer, par des beaucoup plus chers ! »

Pendant ces quatre dernières années, le Pr a appris beaucoup de choses sur toutes les techniques de manipulation. Les réunions dans les instances n'ont plus respecté les conduites correctes. la crise lui a ouvert les yeux. La vaccination classique : il la défend toujours (!) et est très inquiet sur le remplacement des vaccins infantiles par les vax arn.

Il dit que « le cas échéant sortez les fourches, planquez vos enfants ». Il dénonce les conséquences des vax anticovid sur le dérèglement des règles, de la natalité, la flambée des cancers, les AVC, les maladies chroniques. On devrait brûler les stocks des vax anti-covid et ne pas se laisser influencer par les campagnes de pub. Sur tous ces points, il a tout à fait raison.

Il rappelle qu'il a gagné ses procès. Tout est sourcé dans ses livres et il n'a pas été poursuivi pour ce qu'il a écrit dans ses livres. Il ne regrette évidemment pas son attitude pendant ces quatre années. Les gens devraient savoir dire non ensemble ! il dit aux Belges, aux Français sachez dire non, vous informez.

Mes commentaires à propos de cette vidéo du PR Perronne : il est très positif que le Pr Perronne, avec l'aura qu'il l'accompagne, mette en exergue le danger des vaccins à ARNm infiniment toxiques et qu'ils doivent être interdits définitivement, alors que malheureusement ce n'est pas la tendance actuelle comme le démontre l'ouverture en grande pompe d'une méga usine inaugurée par le président³ et les campagnes de vaccination anti covid associée à la vaccination grippale dans les EHPAD en particulier.

En tant que pédiatre, oncologue, il me semble urgent que les médecins, chercheurs et soignants s'engagent rapidement et officiellement sur les points suivants aigus :

I –toutes les injections à ARNm doivent être interdites comme le rappelle et le répète encore et encore la généticienne Henrion-Caude⁴ . Elle tente de simplifier ce qu'est notre patrimoine génétique⁵ et de nous expliquer pourquoi il faut les interdire pour n'importe quelle pathologie⁶.



2 –les obligations vaccinales – onze vaccins qui doivent se transformer en quinze en janvier 2025 doivent être supprimées, laissant libre choix aux parents et à leur médecin de faire le mieux pour leur enfant et là on aimerait l'aide du Pr Perronne profitant de la vague de popularité pour faire supprimer cette obligation qu'il avait aidé à imposer avec Mme Buzyn en 2018.

Le DR Alexandra Henrion a rappelé récemment ces dangers :

« Comment peut-on penser raisonnablement qu'on fait du bien à un enfant quand on l'inocule 70 fois avant l'âge de 2 ans ? »⁷⁸



AMELI, le 30 avril 2024 selon l'assurance-maladie désormais voix officielle du gouvernement :

Combien d'injections devront être pratiquées ? Le parcours vaccinal est constitué de 6 rendez-vous et 10 injections (avec des vaccins combinés) pour être protégé contre 11 maladies au total...⁹

L'obligation de vaccination des bébés contre la méningite sera élargie à partir de 2025.¹⁰¹¹

Jusqu'ici, seul le vaccin contre le méningocoque. C'était requis pour les moins de 1 an.

Cette obligation va désormais concerner aussi les méningocoques A, B, W et Y...

Un seul vaccin, dit tétravalent, ciblera désormais A, C, W et Y. Donné séparément en trois doses successives (3, 5 et 12 mois), un autre ciblera toujours la souche B...¹²

Les parents pourront-ils prendre des fourches pour protéger leurs enfants ? Évidemment non et donc c'est à nous, professionnels du soin de lutter contre ce délire bureaucratique.

Rappelons que lorsqu'à l'arrivée du président Macron en 2017, sa ministre de la Santé Mme Buzyn a imposé l'obligation vaccinale après une consultation dont les résultats furent bafoués. En tous cas, elle avait promis que cette obligation serait supprimée après trois ans (donc théoriquement en janvier 2021...) il n'en fut rien.

On passa près d'une obligation de l'injection anticovid. Nos rappels concernant le code de Nuremberg tombèrent dans un gouffre fort profond.¹³

Rappelons la concertation au ministère de la santé qui ne fut qu'une vaste mascarade entraînant la démission de Thomas Dietrich¹⁴.

« C'est dans un document comportant 28 pages que Thomas Dietrich a annoncé sa démission du poste de responsable du secrétariat général de la Conférence nationale de Santé CNS, révèle ce lundi *Le Parisien*.

« *La démocratie dans le domaine de la santé n'est qu'une mascarade* »

« *Permettez-moi, Monsieur le directeur général, l'ultime honneur de ne pas vous saluer* », a-t-il conclu sa longue lettre adressée à son supérieur hiérarchique, Benoît Vallet, directeur général de la Santé et à l'Inspection générale des affaires sociales.

Thomas Dietrich y dénonce le peu d'intérêt que porte le ministère de la Santé à ce que pense les Français sur des grands sujets tels que la vaccination ou la fin de vie. Selon lui, « la démocratie dans le domaine de la santé n'est qu'une vaste mascarade montée par les politiques ».

Il évoque également des prises de positions qui n'ont pas été appréciées par sa hiérarchie et des pressions qu'il aurait subies.

Marisol Touraine égratignée au passage :

Thomas Dietrich n'hésite pas non plus, au passage, à critiquer Marisol Touraine, ministre de la Santé : « Il lui fallait s'assurer que la démocratie en santé serait à sa botte », expliquant selon lui, les baisses budgétaires subies par le CNS.

Il conclut en déclarant au Parisien : « Je démissionne parce que je n'ai rien à perdre, je suis libre (...) ». Le mandat de Thomas Dietrich s'est finalement étalé sur moins d'un an, de mars 2015 à février 2016.

Créé par une loi de 2004, le CNS est constitué de 120 membres, représentant l'ensemble du paysage de la santé : usagers, professionnels du soin, élus, chercheurs, assureurs, laboratoires ».

Quelles précautions les familles et leurs médecins devraient prendre au moment de vacciner et au décours des injections uniques ou multiples ?...¹⁵ |

L'AIMSIB avait en 2019 énoncé quelles précautions à prendre et de nombreux articles sur ce site illustrent le danger des pseudovaccins covid et du Beyfortus en particulier dont la campagne mensongère reprend activement. Protégez les nouveau-nés et les femmes enceintes (nouvelle pub pour le vax coqueluche !)¹⁶¹⁷

5 doses 25 doses 73 doses.

3 la campagne de vaccination par le Gardasil¹⁸ dans les collèges doit être interrompue et les informations scientifiques doivent être fournies aux enfants :

Les faits avérés démentent la propagande Gardasil omniprésente.

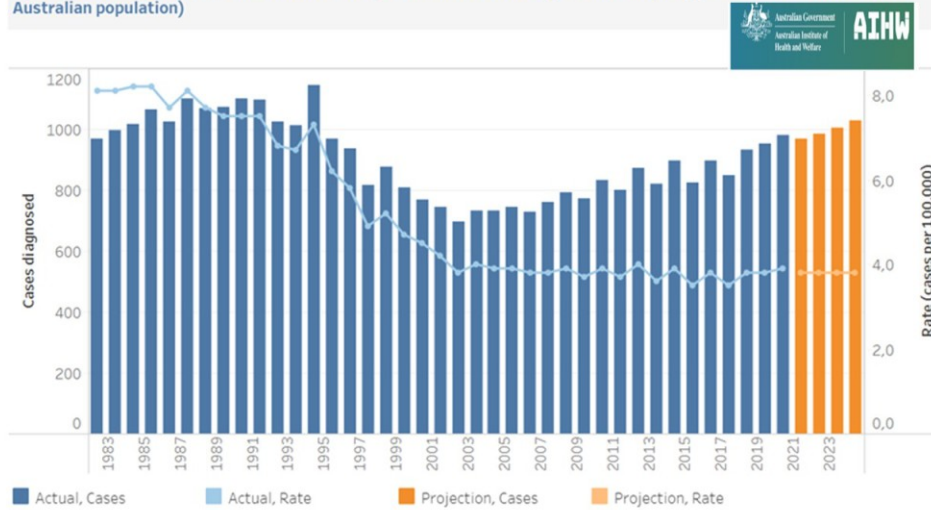
Depuis que le président a fait la publicité du Gardasil dans une école à Jarnac, l'ensemble des médias et beaucoup de soi-disant experts propagent une propagande mensongère prétendant que le Gardasil protégerait contre certains cancers et en particulier contre le cancer du col de l'utérus.

Pourtant les faits avérés, publiés par les agences sanitaires des pays qui ont imposé la vaccination scolaire par Gardasil démentent totalement ces fadaises. Passons en revue les courbes originales de ces agences parfois agrémentées de nos commentaires en rouge.

En Australie, depuis le Gardasil, le nombre de cancers du col a augmenté

L'agence Australienne de la Santé (AIHW) publie sur son site¹⁹ le nombre de nouveaux cas annuels et l'incidence des cancers montrant que depuis le Gardasil le nombre annuel de nouveaux cas de cancers du col et passé de 729 en 2006 à 982 en 2020 (+35%) et l'incidence de 7,6 à 7,8 pour 100 000 femmes.

Figure 1: Cervical cancer, incidence counts and age-standardised rates, persons, All ages (age-standardised rate - 2024 Australian population)



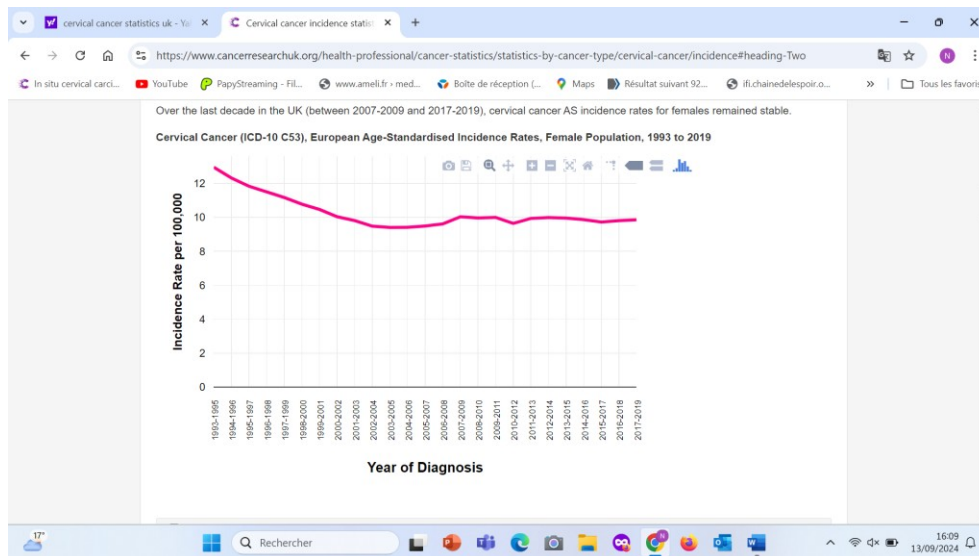
Ceux qui prétendent que l'Australie est en passe d'éliminer ce cancer grâce au Gardasil sont donc très mal informés ou mentent sciemment !

En Grande-Bretagne aussi les cancers du col augmentent depuis le Gardasil.

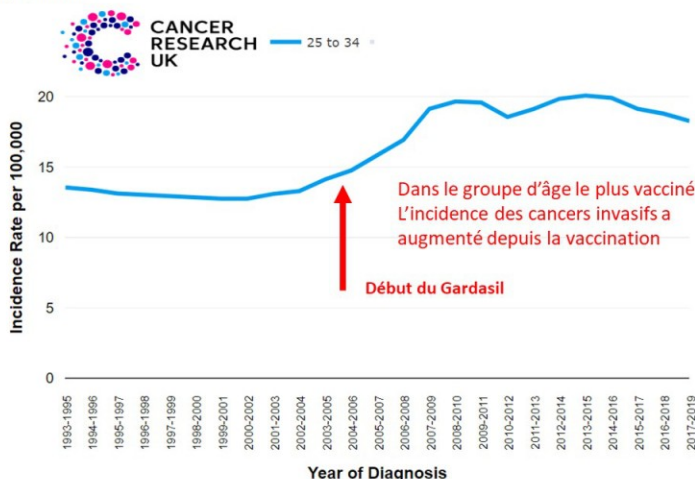
Le site Cancer Research United Kingdom (CRUK)²⁰ publie l'incidence du cancer invasif du col par année et par groupes d'âge.

Sur l'ensemble de la population féminine, l'incidence annuelle du cancer invasif du col qui avait baissé de la moitié en dix ans (de 1994 à 2004), ne diminue plus depuis la vaccination Gardasil (2006).

Et plus préoccupant, dans le groupe des 25-34 ans, le plus vacciné exposé au cancer invasif, l'incidence a augmenté de 20% passant de 15/100000 en 2004-2006 à 18/100000 en 2017-2018 (+).



Cancer du col de l'utérus (CIM-10 C53), taux d'incidence normalisés selon l'âge pour 100 000 femmes en Europe, par âge, Royaume-Uni, 1993-2019

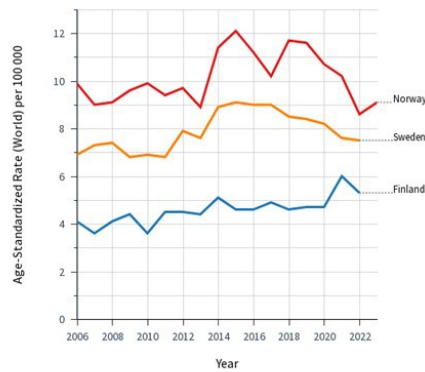


Ceux qui prétendent que la Grande-Bretagne est en voie d'éliminer ce cancer sont donc très mal informés ou mentent sciemment !

Les pays nordiques ont également généralisé l'injection scolaire de Gardasil. Le site Nordcan présente les chiffres et les courbes d'incidence des cancers dans les différents pays nordiques²¹ tels que rapportés par leur agence nationale de santé.

L'administration de Gardasil n'a été suivie d'une diminution d'incidence des cancers du col dans aucun des grands pays scandinaves.

Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Females
Cervix uteri
Finland - Norway - Sweden



Dans aucun pays scandinave le Gardasil n'a été suivi d'une baisse d'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus dans la population globale

NORDCAN | IARC - <https://gco.iarc.who.int>
Data version: 9.4 - 07.2024
© All Rights Reserved 2024

NORDCAN
Association of the Nordic Cancer Registries

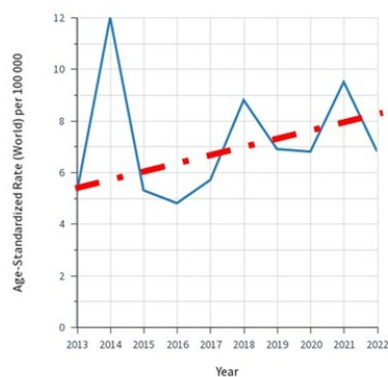
International Agency
for Research on Cancer
World Health Organization

En 2024 les femmes de 25 à 34 ans, les plus vaccinées étaient parvenues à l'âge où le cancer invasif apparaît. Elles constituent donc le groupe témoin d'efficacité le plus pertinent dont nous présentons les courbes d'évolutions d'incidence.

En Finlande les cancers du col ont augmenté depuis le Gardasil.

Dans ce pays la vaccination a été instaurée en 2013 pour les filles et depuis l'incidence du cancer du col a augmenté de 30% dans le groupe d'âge le plus vacciné :

Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Females, age [25-34]
Cervix uteri
Finland



Dans le groupe témoin, le plus vacciné l'incidence du cancer invasif du col a augmenté de 30% depuis le Gardasil passant de 5,2/100000 en 2013 à 6,8/100000 en 2022

NORDCAN | IARC - <https://gco.iarc.who.int>
Data version: 9.4 - 07.2024
© All Rights Reserved 2024

NORDCAN
Association of the Nordic Cancer Registries

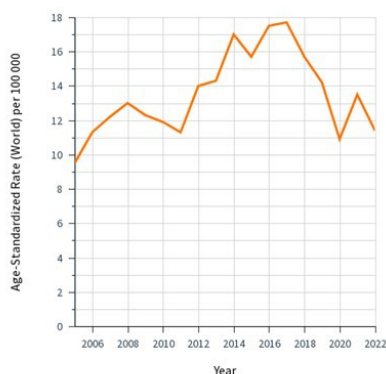
International Agency
for Research on Cancer
World Health Organization

En Norvège, la vaccination scolaire par Gardasil, instaurée en 2009 pour les filles, a été suivie, dans le groupe témoins, par une augmentation d'incidence (de 14,9/100 000 en 2009 à 23/100 000 en 2014) pendant avant une petite baisse ramenant celle-ci à 18/100 000, soit 20% au-dessus du chiffre d'avant vaccination.

In the most vaccinated group the incidence of invasive cervix cancer increased after gardasil vaccination.
From 14,8 in 2009 to 18,1 in 2021



Même phénomène en Suède où la vaccination a été suivie d'un accroissement net d'incidence pendant 5 ans avant retour à un taux de 11,2/100000 en 2022, soit 10% de plus que celui de la période pré vaccinale (10/100000)



En Suède l'injection scolaire de Gardasil a été suivie pendant 6 ans (2012-2018) d'un accroissement net d'incidence du cancer (80%!) avant retour aux chiffres d'avant vaccination

Au total ans aucun des cinq pays apôtres du Gardasil l'incidence des cancers du col n'a baissé. Et ceux qui prétendent qu'il est trop tôt et qu'il faudrait encore attendre pour voir ces chiffres baisser oublient-ils que cette vaccination date déjà de 18 ans ?

La France peu vaccinée souffre moins du cancer du col que les pays qui ont institué la vaccination scolaire par Gardasil.

La consultation des registres des cancers des différents états montre qu'à la dernière estimation l'incidence standardisée monde (corrigée des variations dues à l'âge) pour 100 000 femmes s'élevait à :

7,1/100000 en Australie²²

10/100000 en Grande Bretagne²³

10,4 en Suède²⁴

11,8 en Norvège²⁵

Cet échec cancérologique du Gardasil a de multiples causes dont les principales sont 1°) *Le caractère multifactoriel de l'étiologie de ce cancer*²⁶ ; L'infection par les HPV est statistiquement liée à la survenue du cancer mais partage cette association avec la précocité des premiers rapports sexuels, la multiplicité des partenaires, la multiparité, le tabagisme, l'usage d'une contraception orale (pilule oestroprogestative), le Sida ou Immunosuppression médicamenteuse, et certaines infections (herpès, bactéries...) sources d'inflammation locale. La seule suppression d'un seul de ces facteurs a effectivement peu de chances d'être efficace. 2°) *Le très grand nombre des HPV*. Plus de 150 souches différentes de HPV contaminent l'homme dont plus de 20 sont accusés de favoriser le cancer. Les premiers vaccins ciblaient 4 souches ; les derniers visent

9 souches ; Même si les HPV étaient les seuls responsables du cancer (et on a vu que ce n'est pas le cas) comment peut on espérer que la suppression de quelques souches puisse être efficace contre le cancer ?
3°) *La publicité mensongère qui encourage l'abandon du dépistage.* Le dépistage par frottis cellulaire par la technique de Papanicolaou²⁷ est la seule technique dont l'efficacité dans la prévention des cancers invasifs est unanimement prouvée et reconnue. La propagande Gardasil qui affirme qu'il protégerait du cancer fait croire à certaines femmes que le dépistage serait inutile²⁸ et est responsable d'un certain nombre d'abandons du dépistage chez les vaccinées.



Il faut vraiment supprimer cette publicité dangereuse

Conclusion

NE PAS DONNER D'ILLUSION AUX PARENTS SUR LEUR LIBERTÉ D'AGIR DANS NOTRE RÉPUBLIQUE DE PLUS EN PLUS TOTALITAIRE²⁹

NE PAS LEUR MENTIR

Déjà bien que nous puissions encore nous exprimer...³⁰

Comme pédiatre, le titre de la vidéo sur youtube « *apprendre à désobéir* » me paraît sympathique, agréable à lire, mais irréaliste. Que vont devenir les parents qui refuseraient l'injection des onze vaccins (puis quinze) à leur nourrisson, sinon un signalement à la PMI, puis au juge des enfants avec gros risque qu'on leur enlève la tutelle, qu'on le place et le vaccine contre leur avis.

Cela ne date pas d'aujourd'hui comme les parents d'enfants cancéreux souhaitant appliquer un schéma éprouvé et non pas l'essai thérapeutique imposé se sont vus dès les années 2000 menacés et parfois enlevés la tutelle de leur enfant (et de la fratrie le plus souvent), des parents refusant les injections obligatoires ont dû céder ou déménager puisque les pays voisins n'imposent pas ces vaccins... Pas facile quand on a sa famille, son travail etc.³¹

Actuellement les parents refusant les injections se voient menacés de plus en plus rapidement, car l'épisode covid a réduit encore la liberté de penser, de soigner ou d'être soigné. Le totalitarisme en marche bien décrit par Ariane Bilheyran, Mathieu Bockcoté et d'autres, limite de plus en plus la part de décision dans l'éducation de leurs enfants.

La vie n'est pas bisounours et il me semble que c'est à nous soignants, médecins, chercheurs de nous battre activement avec une ténacité de fer pour la suppression de cette obligation injustifiée pour imposer des vaccins qui sont le plus souvent inutiles et devraient être discutés au cas par cas pour chaque enfant.

1. Il a tout à fait raison d'avertir sur ce point comme l'a fait Alexandra Henrion dès 2022 : <https://www.albin-michel.fr/les-apprentis-sorciers-9782226482631>

2. Certes mais en combien de temps et combien de victimes ?

3. le 10 sept inauguration par E. Macron d'un site mégaproduit de vaccins « unique au monde » L'occasion de réécouter A Henrion Caude il y a 3 mois sur ce qui se passe au micro de @Houdiakova #Neuville-sur-Saône dans la vidéo-record de Tocsin

4/sup> <https://www.youtube.com/live/mPZfmEEOZM?feature=shared>

5/sup> Entretien avec la généticienne Alexandra Henrion-Caude – 1 (13 octobre 2020) – Nexus

6/sup> <https://www.youtube.com/watch?v=c3V6DxmOy8o&feature=youtu.be>

7/sup> https://x.com/Tocsin_Media/status/1834185690319290438

Entretien vidéo Tocsin, le 12 septembre 2024. Durée = 01:37

8/sup> LES OBLIGATIONS VACCINALES SONT-ELLES LEGITIMES : revue des différents vax en juin 24 – Docteur Nicole Delépine (nicoledelepine.fr)

[9/sup> https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/campagnes-vaccination/calendrier-vaccinations-adulte-enfant](https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/campagnes-vaccination/calendrier-vaccinations-adulte-enfant)

[10/sup> https://www.francetvinfo.fr/sante/vaccins/l-obligation-de-vaccination-des-bebes-contre-la-meningite-sera-elargie-a-partir-de-2025_6509708.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/vaccins/l-obligation-de-vaccination-des-bebes-contre-la-meningite-sera-elargie-a-partir-de-2025_6509708.html)
France Info, le 26 avril 2024.

[11/sup>](#) Les doses sont calculées sur la base de 3 doses pour le DTCa/TdCa et de 3 doses pour le ROR (car il s'agit de vaccins trivalents). Le reste du calendrier est à valence unique. Le calendrier comporte 6 DTCa/TdCa pour un total de 18 doses. Il y a deux ROR dans le calendrier pour un total de 6 doses. Il reste 49 vaccins monovalents pour un total de $49 + 18 + 6 = 73$ doses.
*Premières séries COVID-19 uniquement

[12/sup>](#) Comparaison des calendriers vaccinaux pour enfants aux USA de 1962, 1986 et 2023.
Extrait du livre de Robert F. KENNEDY, Jr. et de Brian Hooker PhD :
Vacciné – Non vacciné. Qui est en meilleure santé ? Que dit la science ?
<https://www.editionsmarcopietteur.com/resurgence/362-non-vaccine-ou-vaccine-9782874342226.html>

[13/sup>](#) Vaccins obligatoires et éthique médicale ? Qu'est devenue la référence au code de Nuremberg ? – AgoraVox le média citoyen

[14/sup>](#) Santé. Un haut fonctionnaire démissionne et égratigne le ministère (ouest-france.fr)

[15/sup>/sup>](#) <https://www.aimsib.org/2019/03/31/les-six-precautions-preconisees-par-laimsib-pour-la-vaccination-des-nourrissons-mars-2019/> AIMSIB, le 31 mars 2019. (Association Internationale pour une Médecine Scientifique Indépendante et Bienveillante)

[16/sup>](#) Comment bien s'amuser en Bourse grâce à Beyfortus® et Aduhelm® – AIMSIB

[17/sup>](#) <https://www.aimsib.org/2023/11/12/les-mauvaises-surprises-des-vaccins-et-therapies-preventives-contre-la-bronchiolite-a-vrs/>

[18/sup>](#) la campagne Gardasil n'a pas été le succès espéré par le pouvoir : poursuivons l'information! – (nicoledelepine.fr)

[19/sup>](#) <https://www.aihw.gov.au/reports/cancer/cancer-data-in-australia/contents/cancer-incidence-by-age-visualisation> Consulté le 13/9/2024

[20/sup>](#) <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/cervical-cancer>

[21/sup>](#)[https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz/trends?
cancers=190&ssexes=2&populations=246&mode=cancer&multiple_populations=0&multiple_cancers=1&key=
asr&age_start=5&age_end=6&years=2005_2023](https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz/trends?cancers=190&ssexes=2&populations=246&mode=cancer&multiple_populations=0&multiple_cancers=1&key=asr&age_start=5&age_end=6&years=2005_2023)

[22/sup>](#) <https://www.canceraustralia.gov.au/cancer-types/cervical-cancer/statistics>

[23/sup>](#) <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/cervical-cancer/incidence#heading-Two>

[24/sup>](#) https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cervical-cancer/cervical-cancer-swe-2021-country-profile-en.pdf?sfvrsn=df523911_38&download=true

[25/sup>](#) <https://www.kreftregisteret.no/en/Cancers/Cervical-cancer/>

[26/sup>](#) <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Incidence-et-mortalite-des-cancers/Incidence-nationale-des-cancers-en-2023>

[27/sup>](#) https://screening.iarc.fr/doc/RH_pap_test_fr.pdf

[28/sup>](#) Voir la vidéo de la gynécologue belge qui explique aux femmes l'arnaque de l'autotest https://youtu.be/hcx_kwE6P8o?feature=shared septembre 2024

[29/sup>](#) « soigner ou obéir » vidéos à propos du livre et la bureaucratie en médecine –(nicoledelepine.fr)

[30/sup>](#) l'article 4 sur censure des médecins retoqué en article 12 – (nicoledelepine.fr)

[31/sup>](#) Vaccination : diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP) obligatoire ou pas ? disponible ? justice concernée ?[1] – AgoraVox le média citoyen 2018 Vaccins inutiles et obsolètes de l'avis des experts, obligation vaccinale abandonnée dans la quasi-totalité des pays européens de l'Ouest, mais en France condamnation de parents dénoncés par leur pédiatre. Odeurs pestilentielles de notre société décadente, où le bon sens manque cruellement et où chacun se cache derrière les ordres, (parfois simples rumeurs), les recommandations, les injonctions ou les normes édictées par des experts dogmatiques (et/ou corrompus). De fait c'est la loi du plus fort, de big pharma et affidés dont les hommes de pouvoir qui domine dans notre monde assoupi....

Dr Nicole DELÉPINE,
18 septembre 2024

Les faits avérés démentent la propagande Gardasil omniprésente



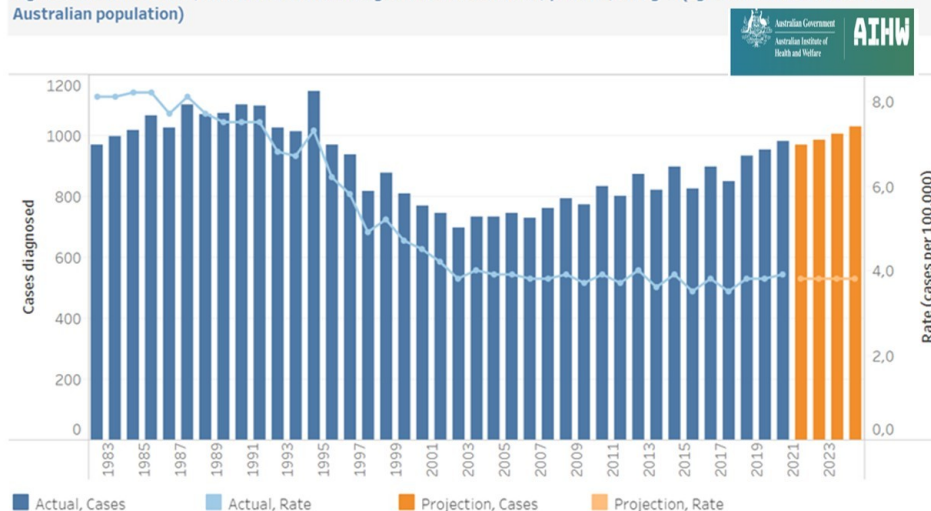
Il ne faut pas vacciner vos enfants, ni filles, ni garçons, par le gardasil inefficace et dangereux.¹
 Depuis que le Président a fait la publicité du Gardasil dans une école à Jarnac, l'ensemble des médias et beaucoup de soi-disant experts propagent une propagande mensongère prétendant que le Gardasil protégerait contre certains cancers et en particulier contre le cancer du col de l'utérus sans jamais citer de sources fiables.²

Pour juger cette politique de santé, il faut considérer uniquement les faits avérés, publiés par les agences officielles. Pour voir si cette vaccination prévient le cancer, il suffit de regarder l'évolution de l'incidence de ces tumeurs, publiée par les registres des cancers des pays qui ont généralisé la vaccination scolaire par Gardasil. Nous en présentons ci-après les courbes originales parfois complétées de nos commentaires (en rouge).³

En Australie, depuis le Gardasil, le nombre de cancers du col augmente

L'agence australienne de la Santé (AIHW) publie sur son site⁴ le nombre de nouveaux cas annuels et l'incidence des cancers montrant que depuis le Gardasil le nombre annuel de nouveaux cas de cancers du col a augmenté passant de 729 en 2006 à 982 en 2020 (+35 %) et l'incidence de 7,6 à 7,8 pour 100 000 femmes.

Figure 1: Cervical cancer, incidence counts and age-standardised rates, persons, All ages (age-standardised rate - 2024 Australian population)

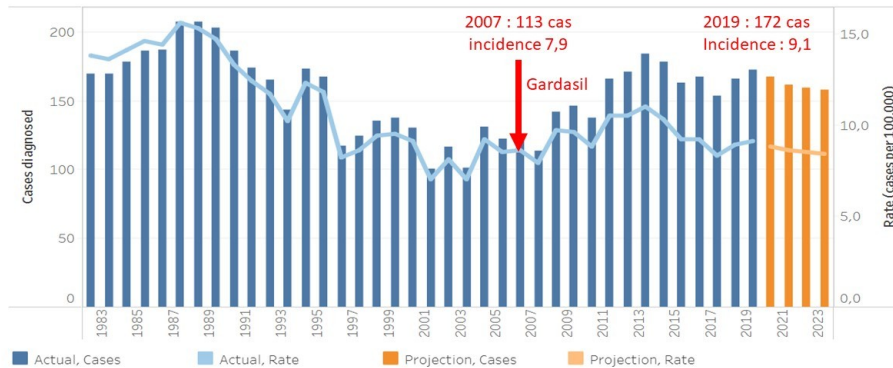


Et dans le groupe le plus vacciné arrivé à l'âge où les cancers invasifs apparaissent (25-34 ans), le nombre de cas est passé de 113 en 2007 à 172 en 2019 et l'incidence de 7,9 à 9,1.



Dans le groupe le plus vacciné l'incidence des cancers invasifs augmente

Figure 1: Cervical cancer, incidence counts and age-specific rates, females, 25-34 years



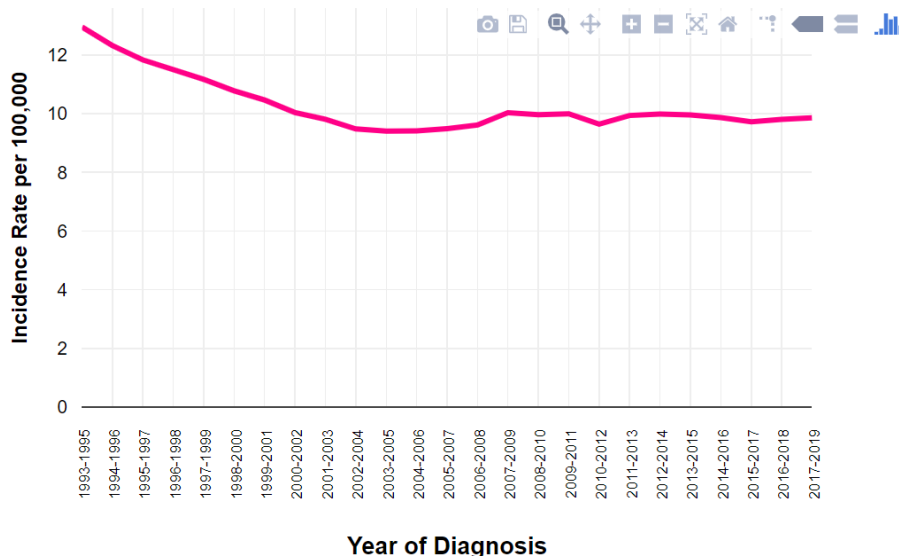
Ceux qui prétendent que l'Australie est en passe d'éliminer ce cancer grâce au Gardasil sont donc très mal informés ou mentent !

En *Grande-Bretagne* aussi les cancers du col augmentent depuis le Gardasil.

Le site Cancer Research United Kingdom (CRUK)⁵ publie l'incidence du cancer invasif du col par année et par groupes d'âge.

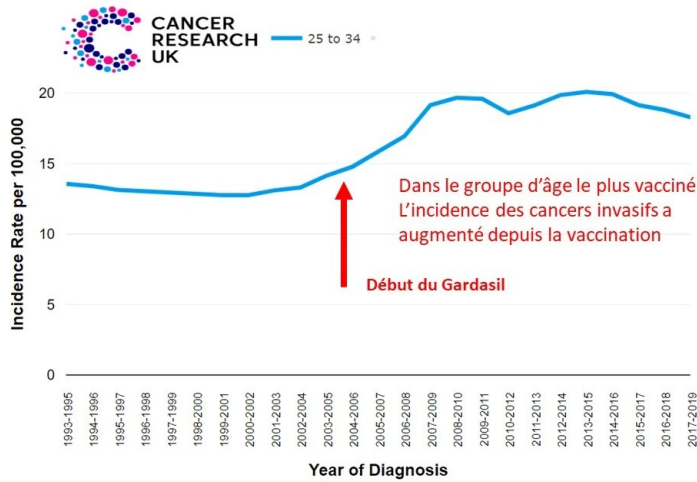
Sur l'ensemble de la population féminine, l'incidence annuelle du cancer invasif du col qui avait baissé de la moitié en dix ans (de 1994 à 2004), ne diminue plus depuis la vaccination Gardasil (2006).

Cervical Cancer (ICD-10 C53), European Age-Standardised Incidence Rates, Female Population, 1993 to 2019



Et plus préoccupant, dans le groupe des 25-34 ans, le plus vacciné exposé au cancer invasif, l'incidence a augmenté de 20% passant de 15/100000 en 2004-2006 à 18/100000 en 2017-2018.

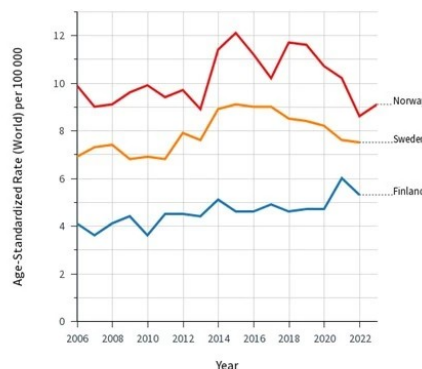
Cancer du col de l'utérus (CIM-10 C53), taux d'incidence normalisés selon l'âge pour 100 000 femmes en Europe, par âge, Royaume-Uni, 1993-2019



Ceux qui prétendent que la Grande-Bretagne est en voie d'éliminer ce cancer sont donc très mal informés ou mentent !

Les pays nordiques ont également généralisé l'injection scolaire de Gardasil. Le site Nordcan présente les chiffres et les courbes d'incidence des cancers dans les différents pays nordiques⁶ tels que rapportés par leurs agences nationales de santé. L'administration de Gardasil n'a été suivie d'une diminution d'incidence des cancers du col dans aucun des grands pays scandinaves.

Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Females
Cervix uteri
Finland - Norway - Sweden



Dans aucun pays scandinave le Gardasil n'a été suivi d'une baisse d'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus dans la population globale

NORDCAN | IARC - <https://gco.iarc.who.int>
Data version: 9.4 - 07.2024
© All Rights Reserved 2024

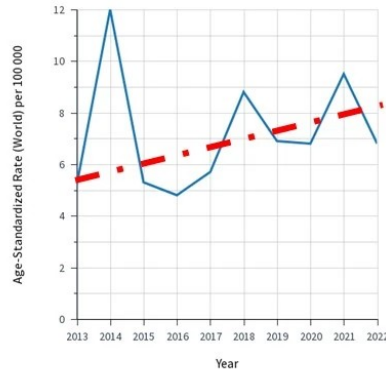
NORDCAN
Association of the Nordic Cancer Registries

International Agency for Research on Cancer
World Health Organization

En 2024, les femmes de 25 à 34 ans, les plus vaccinées étaient parvenues à l'âge où le cancer invasif apparaît. Elles constituent donc le groupe témoin d'efficacité le plus pertinent dont nous présentons les courbes d'évolution.

En Finlande les cancers du col ont augmenté depuis le Gardasil.

Dans ce pays, ex-champion européen des plus faibles taux de cancer du col, la vaccination a été instaurée en 2013 pour les filles. Depuis cette date l'incidence standardisée de l'ensemble de la population a augmenté de 20 %, passant de 4,4/100 000 en 2013 à 5,3/100 000 en 2022. Dans le groupe le plus vacciné des 25-34 ans l'augmentation atteint 30 %.



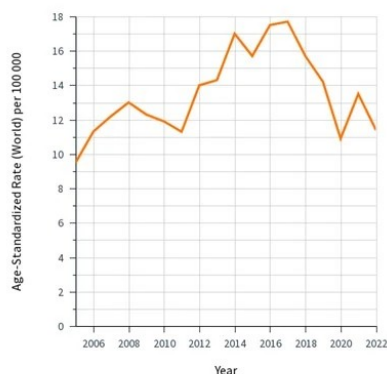
Dans le groupe témoin, le plus vacciné l'incidence du cancer invasif du col a augmenté de 30% depuis le Gardasil passant de 5,2/100000 en 2013 à 6,8/100000 en 2022

En *Norvège* la vaccination scolaire par Gardasil, instaurée en 2009 pour les filles, n'a pas été suivie, dans le groupe témoin, d'une baisse significative d'incidence, mais par une augmentation importante d'incidence pendant 5 ans avant un presque retour aux chiffres pré vaccination.

In the most vaccinated group the incidence of invasive cervix cancer increased after gardasil vaccination.
From 14,8 in 2009
to 18,1 in 2021



Même phénomène en *Suède* où la vaccination a été suivie d'un accroissement net d'incidence pendant 5 ans ⁷⁸ avant retour à un taux de 11,2/100 000, un peu plus élevé (+10 %) que celui de la période pré vaccinale (10/100000).



En Suède l'injection scolaire de Gardasil a été suivie pendant 6 ans (2012-2018) d'un accroissement net d'incidence du cancer (80%!) avant retour aux chiffres d'avant vaccination

Ces données officielles contredisent totalement une récente publication suédoise⁹ non randomisée, biaisée par la prise en compte de femmes entre 10 et 31 ans alors que le cancer du col ne se manifeste habituellement qu'à partir de 25 ans.

Au total, cette revue des registres du cancer montre que *dans aucun des cinq pays apôtres du Gardasil l'incidence des cancers du col n'a baissé* depuis la généralisation de cette vaccination.

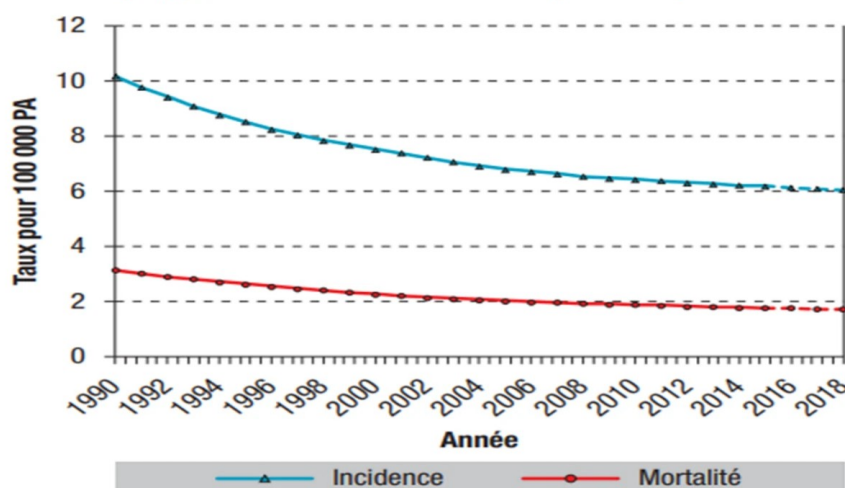
Certains prétendent qu'il est trop tôt pour juger et qu'il faudrait encore attendre pour voir ces chiffres baisser. Oublient-ils que cette vaccination date déjà de 18 ans ?

La France peu vaccinée souffre moins du cancer du col que les pays qui ont institué la vaccination scolaire par Gardasil.

D'après santé Publique France¹⁰, l'incidence standardisée monde (corrigée des variations dues à l'âge¹¹) du cancer invasif du col s'approche de 6/100 000 femmes en France alors que le faible pourcentage de vaccinées par Gardasil (proche de 40 %) désole ses partisans.

Figure 2

Taux standardisé monde (TSM) d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus pour 100 000 personnes-années (PA), estimations France métropolitaine, 1990-2018



La consultation des registres des cancers des différents pays qui ont obtenu des taux de vaccination Gardasil de 80 % par la vaccination scolaire montre qu'à la dernière estimation, l'incidence pour 100 000 femmes s'élevait presque toujours au-dessus du chiffre français : 7,1/100 000 en Australie¹², 10/100000 en Grande-Bretagne¹³, 10,4 en Suède¹⁴, 11,8 en Norvège.¹⁵

Alors pourquoi les présidents et nos agences de santé et leurs relais veulent-ils imposer une vaccination qui est suivie d'un accroissement du risque de cancer alors qu'on dispose d'une prévention efficace par le dépistage cytologique ?

Les raisons de l'échec du Gardasil dans la prévention du cancer

L'espoir de réduire le risque de cancer invasif par le Gardasil semble ignorer de nombreux éléments qui le rendent cette hypothèse d'emblée très incertaine.

Comme tout cancer, l'origine du cancer du col est multifactorielle.

1°) Au-delà de l'infection par HPV la survenue de cancer du col paraît facilitée¹⁶ par la précocité des premiers rapports sexuels, la multiplicité des partenaires, de la multiparité (>4), le tabagisme, l'usage d'une contraception orale (pilule œstroprogestative), l'immunosuppression (et tout particulièrement du sida) ou de certaines infections (germes banaux, herpès, chlamydia). Croire que la suppression d'un seul facteur étiologique puisse diminuer significativement le risque témoigne donc d'un optimisme démesuré.

2°) *Le très grand nombre des HPV.* Plus de 150 souches différentes de HPV contaminent l'homme dont plus de 20 sont accusés de favoriser le cancer. Les premiers vaccins ciblaient 4 souches ; les derniers visent 9 souches ; même si les HPV étaient les seuls responsables du cancer (et on a vu que ce n'est pas le cas) comment peut-on espérer que la suppression de quelques souches puisse être efficace contre le cancer ?

3°) *La publicité mensongère qui encourage l'abandon du dépistage.* Le dépistage par frottis cellulaire selon la technique de Papanicolaou¹⁷ est la seule technique dont l'efficacité dans la prévention des cancers invasifs est unanimement prouvée et reconnue. La propagande Gardasil qui affirme qu'il protégerait du cancer fait croire à certaines femmes que le dépistage serait inutile et est en partie responsable d'un certain nombre d'abandons du dépistage chez les vaccinées.



Il faut vraiment supprimer cette publicité mensongère dangereuse et fournir aux enfants et leurs familles des informations basées sur les faits avérés.

La propagande actuelle met nos enfants en danger !

¹ LES FRANÇAIS SE MÉFIENT DU GARDASIL : CONTINUONS L'INFORMATION – (nicoledelepine.-fr)

² Hystérie vaccinale, cancer et gardasil, un paradoxe éditions Fauves N et G Delépine éditions 2018 et nouvelle édition 2023

³ Les rumeurs lâchées à la volée dans des conférences ou émissions tv montrent que le conférencier n'a pas pris le temps de regarder lui-même les données officielles des agences gouvernementales. Pourquoi ?

⁴ <https://www.aihw.gov.au/reports/cancer/cancer-data-in-australia/contents/cancer-incidence-by-age-visualisation> Consulté le 13/9/2024

⁵ <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/cervical-cancer>

⁶ https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz/trends?cancers=190&sexes=2&populations=246&mode=cancer&multiple_populations=0&multiple_cancers=1&key=asr&age_start=5&age_end=6&years=2005_2023

⁷ Andersson L: Increased incidence of cervical cancer in Sweden: Possible link with HPV vaccination. Indian J Med Ethics. 2018 Apr 30;(-):1-5. doi: 10.20529/IJME.2018.037. Epub ahead of print. in: Indian J Med Ethics. 2018 Jul-Sep;3(3):246. doi: 10.20529/IJME.2018.057. PMID : 30 037 785.

⁸ Wang J, Andrae B, Strander B, Sparén P, Dillner J. Increase of cervical cancer incidence in Sweden in relation to screening history: population cohort study. Acta Oncol. 2020 Aug;59(8):988-993. doi: 10.1080/0284186X.2020.1764095. Epub 2020 May 18. PMID : 32421420. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32421420/>

[9](#) Lei J, Ploner A, Elfström KM, Wang J, Roth A, Fang F, Sundström K, Dillner J, Sparén P. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. N Engl J Med. 2020 Oct 1;383(14):1340-1348. doi : 10.1056/NEJ-Moa1917338. PMID : 32 997 908.

[10](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html) https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html

[11](#) Les taux standardisés sur l'âge sont calculés par la méthode directe, en utilisant la population mondiale standard pour chaque groupe d'âge. Ces taux permettent de comparer les données entre zones géographiquement différentes

<http://www.santepublique.eu/taux-incidence-epidemiologie-definition/>

[12](https://www.cancer australia.gov.au/cancer-types/cervical-cancer/statistics) <https://www.cancer australia.gov.au/cancer-types/cervical-cancer/statistics>

[13](https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/cervical-cancer/incidence#heading-Two) <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/cervical-cancer/incidence#heading-Two>

[14](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cervical-cancer/cervical-cancer-swe-2021-country-profile-en.pdf?sfvrsn=df523911_38&download=true) https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cervical-cancer/cervical-cancer-swe-2021-country-profile-en.pdf?sfvrsn=df523911_38&download=true

[15](https://www.kreftregisteret.no/en/Cancers/Cervical-cancer/) <https://www.kreftregisteret.no/en/Cancers/Cervical-cancer/>

[16](https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Incidence-et-mortalite-des-cancers/Incidence-nationale-des-cancers-en-2023) <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Incidence-et-mortalite-des-cancers/Incidence-nationale-des-cancers-en-2023>

[17](https://screening.iarc.fr/doc/RH_pap_test_fr.pdf) https://screening.iarc.fr/doc/RH_pap_test_fr.pdf



Les points de vue exprimés dans l'article ne sont pas nécessairement partagés par les (autres) auteurs et contributeurs du site Nouveau Monde.



Un pognon de dingue (400 millions par an) pour le Gardasil inefficace

Gérard et Nicole DELÉPINE, 16 septembre 2024

https://nouveau-monde.ca/les-faits-averes-dementent-la-propagande-gardasil-omnipresente/?utm_id=26#

Ehpad, hôpitaux : une crise européenne du soin

Les urgences saturées, les hôpitaux qui peinent à recruter, les négligences dans les maisons de retraites, la course à la rentabilité... Ces situations se retrouvent à travers l'Europe. Mais les médias indépendants enquêtent.



En France, les Ehpad s'enfoncent dans une crise financière. Dans les hôpitaux, les urgences sont saturées, les soignants manquent. Malheureusement, la crise du soin dépasse les frontières françaises. « *Économies à tout prix, intimidations, manque de contrôles* », c'est ce qu'a constaté le média d'investigation autrichien *Dossier* dans les établissements du plus grands groupes d'Ehpad privés d'Autriche, Senecura.

Or, le groupe autrichien Senecura a été racheté par l'entreprise française Orpea en 2015. Orpea qui a changé de nom pour « Emeis » il y a quelques mois à la suite d'une série de scandales, en partie révélés par le livre du journaliste Victor Castanet, *Les Fossoyeurs*.

Les effets d'une reprise par Orpea en Autriche

Dans les maison de retraites de Senecura en Autriche aussi, les « *dysfonctionnements sont structurels* », écrit *Dossier*. Le média a consacré une série d'enquêtes à ce grand groupe. Il a par exemple suivi trois fils qui demandent justice après avoir vu leur père d'après eux maltraité, « *affamé* » pendant trois mois dans un Ehpad de cette entreprise. Et aussi le procès de soignants d'Ehpad de Senecura mis en cause pour des mauvais traitements.

« *Depuis la vente à Orpea, Senecura fait parler d'elle en Autriche. Soupçons de maltraitance, de soins insuffisants, d'agressions et de négligence – la liste des cas connus dans les foyers Senecura est longue. Est-ce que l'on économise sur les soins par souci de rentabilité au détriment des personnes ayant besoin d'aide ? S'accommode-t-on sciemment d'abus ?* » demande *Dossier*.

Les scandales de négligences dans les Ehpad se ressemblent d'un pays à l'autre. « *Les images d'une résidente d'une maison de retraite de Barcelone entourée de fourmis, se promenant dans son pyjama et se scarifiant, ont une fois de plus mis en lumière les conditions dans lesquelles se trouvent les résidents et les travailleurs des Ehpad* », écrivait aussi le journal espagnol *El Diario* début septembre.

Besoin d'investissements

« *Bien qu'il s'agisse d'un incident ponctuel, le manque de personnel et les mauvaises conditions de travail sont des phénomènes courant dans un secteur dominé par le privé en Catalogne* », pointe *El Diario*. Chez nos voisins espagnols aussi, syndicats de la santé et associations engagées sur le sujet « *réclament des investissements plus importants pour améliorer le bien-être des usagers et des soignants* ».

Partout, les conditions de travail sont dégradées dans le secteur de la santé. En conséquence, les établissements de santé peinent à recruter. Et avec moins de personnels, les conditions d'accueil ne peuvent que se détériorer.

En Allemagne, des hôpitaux et cliniques en viennent à recruter directement à l'étranger pour tenter d'inverser la tendance. Le journal *La Taz* a rencontré un couple d'infirmiers tunisiens arrivés dans le pays il y a deux ans pour travailler dans un hôpital allemand. « En juillet 2022, Marouane Essoussi, 40 ans, a quitté la Tunisie, pour s'installer à Brême afin d'y travailler comme infirmier. Il ne connaissait personne, il avait appris l'allemand tout seul l'année précédente. Un an après lui, son épouse Wala Zouaghi, également infirmière, est arrivée, suivie par leurs deux fils de huit et dix ans. Ils étaient tous en Allemagne pour la première fois, ne parlaient et ne comprenaient que peu ou pas du tout l'allemand. »

Ici, dans le nord-ouest de l'Allemagne comme ailleurs dans le pays, « les hôpitaux et les maisons de retraite manquent de personnel soignant. Les professionnels étrangers doivent aider à combler le fossé grandissant entre les besoins et l'offre ». L'hôpital où travaille le couple tunisien emploie 80 infirmières et infirmiers de 22 nationalités différentes.

Regarder le travail

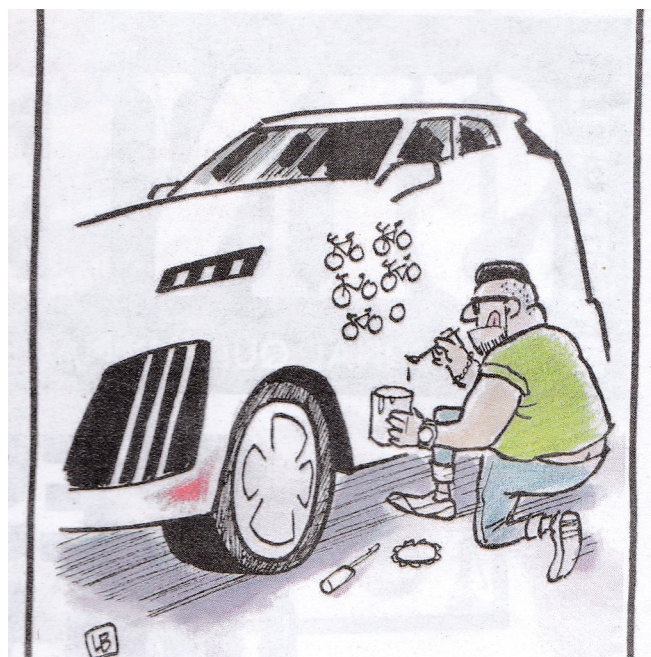
N'est-ce pas la perception des soignants et soignants dans la société qu'il faut changer ? Dans les colonnes du journal suédois *Dagens Arena*, une éditorialiste s'interroge sur la faible valorisation des métiers du soin dans l'opinion publique. « Pourquoi y a-t-il plus de films sur l'espace que sur les maisons de retraite ? » demande-t-elle. Les personnels du soin « sont peu mis en avant dans la société, mais aussi à l'écran ».

Un documentaire doit sortir cet automne dans les salles de cinéma suédoises. Il s'appelle « Le non mesurable » et s'intéresse justement au travail de soin dans la Suède des années 2020. Le cinéaste, fils de deux soignants professionnels, décrit à quoi peut ressembler la journée de travail du million de Suédoises et Suédoises qui travaillent dans les soins aux personnes âgées et les soins à domicile, avant et après la pandémie. « Qui voudrait regarder ça ? » lui dit son père au début du film. C'est peut-être là une partie de la réponse à la crise du soin en Europe. Il faut bel et bien regarder ce qui se passe dans nos hôpitaux et maisons de retraite.

Rachel KNAEBEL (Basta!)

Photo : CC0 Domaine public

Humour de Siné mensuel



Études biaisées et effets secondaires du dupilumab (Dupixent®)



Retour sur un article très dérangeant publié par Bernard Sudan (), notre spécialiste incontesté du traitement de la dermatite atopique, à qui nous devons probablement la connaissance étiologique de cette maladie. Il s'intéresse ici à une mise sur le marché perturbante d'un anticorps monoclonal nommé Dupixent® par Sanofi en 2019, qui n'hésita pas quelques années plus tard à déclarer leur produit « premier et seul médicament ciblé approuvé par la Commission européenne pour le traitement de la dermatite atopique sévère de l'enfant à partir de six mois » (**). Le traitement reçoit également une AMM dans l'asthme, seulement voilà : la qualité des études publiées se révèle absolument déplorable... Bonne lecture !*

Introduction

Dans un communiqué de presse du 7 mai 2019 repris par Capital (lien de Sanofi supprimé), Sanofi annonçait la mise sur le marché de son médicament Dupixent® (dupilumab), un anticorps monoclonal pour le traitement de l'asthme sévère. Cependant, les réactions secondaires font état de rares cas de chocs anaphylactiques dans les essais précliniques, un paradoxe pour traiter un asthme.

ENTREPRISES ET MARCHÉS

SANOFI : DUPIXENT APPROUVÉ DANS LE TRAITEMENT DE L'ASTHME SÉVÈRE PAR LA COMMISSION EUROPÉENNE

PUBLIÉ LE 07/05/2019 À 10H48

L'annonce de la mise sur le marché de cette nouvelle molécule fait suite à d'autres molécules de la même classe (omalizumab, Xolair® fin 2006) qui a pour but de freiner la production d'immunoglobulines E, anticorps de l'allergie.

Escamotage du Lomudal®

Par un curieux hasard, Sanofi cessait le 31 mars 2019, donc un mois auparavant, la commercialisation du cromoglycate de sodium (Lomudal®), une molécule stabilisant les mastocytes tissulaires découverte par Roger Altounyan en 1965 pour l'entreprise Fisons, rachetée par Rhône-Poulenc en 1995 et ensuite Sanofi en 2011.

› Classification pharmacothérapeutique VIDAL :

Pneumologie : Asthme et bronchopneumopathies chroniques (Acide cromoglicique)

› Classification ATC :

SYSTEME RESPIRATOIRE : MEDICAMENTS POUR LES SYNDROMES OBSTRUCTIFS DES VOIES AERIENNES - AUTRES MEDICAMENTS POUR LES SYNDROMES OBSTRUCTIFS DES VOIES AERIENNES, PAR INHALATION : ANTIALLERGIQUES, CORTICOIDES EXCLUS (CROMOGLICIQUE, ACIDE)

**Arrêt de commercialisation
(31/03/2019)**

Le cromoglycate de sodium est partout accessible en collyre ou en spray nasal pour un prix modique en générique alors que cette molécule n'a que très peu d'effets secondaires. On peut donc se demander pourquoi l'avoir totalement supprimée en formulation inhalée du marché pharmaceutique pour une molécule beaucoup plus onéreuse et avec des effets secondaires potentiels.

Dans les mois suivants, Sanofi allait étendre l'indication du Dupixent® au traitement de la dermatite atopique.

Dermatite atopique et drôle d'essai « pivot » du Dupixent®

Dès le début du mois d'avril 2020, Sanofi annonçait que les données de phase III concernant Dupixent® montraient une amélioration significative de la dermatite atopique sévère chez les enfants âgés de 6 à 11 ans.

Sanofi annonçait également que les données détaillées qui seront présentées à la conférence *Revolutionizing Atopic Dermatitis* montrent que l'ajout de Dupixent® à des corticoïdes topiques a amélioré la cicatrisation de la peau ; les symptômes globaux de la maladie se sont améliorés en moyenne d'environ 80 %.

<https://www.zonebourse.com/cours/action/SANOFI-4698/actualite/Sanofi-Des-donnees-de-phase-III-concernant-Dupixent-dupilumab-montrent-une-amelioration-significative-30300093/>

zonebourse

Rechercher action, indice, devise, matière premi

Bourse Actualités Analyses Émissions Conseils Portefe

Nos Contenus Gratuits vous Aident à Sécuriser et Augmenter la Performan

Sanofi: Des données de phase III concernant Dupixent® (dupilumab) montrent une amélioration significative de la dermatite atopique sévère chez les enfants âgés de 6 à 11 ans

Le 03 avril 2020 à 07:00

Partager

Des données de phase III concernant Dupixent® (dupilumab) montrent une amélioration significative de la dermatite atopique sévère chez les enfants âgés de 6 à 11 ans

- Les données détaillées qui seront présentées à la conférence *Revolutionizing Atopic Dermatitis* montrent que l'ajout de Dupixent à des corticoïdes topiques a amélioré la cicatrisation de la peau ; les symptômes globaux de la maladie se sont améliorés en moyenne d'environ 80 %.

Nous constatons donc que le laboratoire n'a pas utilisé seul le Dupixent® pour ses essais, mais associé à des corticoïdes locaux.

Dans un communiqué du 6 août 2019 de Sanofi et Regeneron, il y avait déjà *ajout de corticoïdes locaux au dupilumab et le placebo consistait en des corticoïdes locaux*. Le communiqué des laboratoires ayant disparu, j'ai conservé une copie d'écran :

Paris et Tarrytown (New York) - Le 6 août 2019 - Un essai pivot de phase III évaluant Dupixent® (dupilumab) dans le traitement de la dermatite atopique sévère de l'enfant âgé de 6 à 11 ans a atteint ses critères d'évaluation principaux et secondaires. Dupixent est le premier et le seul médicament biologique ayant permis d'observer des résultats positifs dans cette catégorie de patients pédiatriques atteints de dermatite atopique.

Les résultats montrent que chez les enfants atteints de dermatite atopique sévère (couvrant près de 60% de la surface de leur peau en moyenne), l'association de Dupixent avec un traitement standard par corticoïdes topiques a significativement atténué la sévérité globale de la maladie et amélioré la cicatrisation de la peau, les démangeaisons, ainsi que certaines mesures de la qualité de vie, comparativement aux corticoïdes topiques seulement. De plus, les données d'innocuité étaient cohérentes avec le profil de tolérance de Dupixent précédemment documenté chez les populations plus âgées, notamment un taux d'infections cutanées numériquement inférieur à celui du placebo.

«Les résultats de cet essai, le premier à évaluer un médicament biologique chez les enfants de moins de 12 ans atteints de dermatite atopique, sont cruciaux en raison des besoins importants non satisfaits de cette population de patients. Les enfants participant à l'essai avaient souffert de dermatite atopique grave pendant presque toute leur vie, a indiqué le docteur George D. Yancopoulos, M.D., Ph.D., Président et Directeur scientifique de Regeneron. «L'essai a montré que Dupixent améliorerait considérablement les résultats et la qualité de vie, sans aucun nouveau signal de sécurité.»

Une véritable étude aurait dû utiliser le dupilumab seul face à un placebo neutre.

Les premiers effets secondaires

Les effets secondaires potentiels du dupilumab étaient alors relativisés alors que nous avons eu dès le mois de mai 2020 les premiers cas de dermatites séborrhéiques et de sébopsoriasis induits par cette thérapie (1), représentant ainsi un paradoxe total pour un traitement anti-allergique qualifié de « biologique » par Sanofi et Regeneron.

Clinical Case Reports

Open Access

Clin Case Rep. 2020 Aug; 8(8): 1458–1460.

PMCID: PMC7455398

Published online 2020 May 9.

PMID: 32884774

doi: [10.1002/ccr3.2871](https://doi.org/10.1002/ccr3.2871)

Seborrhoeic dermatitis and sebopsoriasis developing in patients on dupilumab: Two case reports

Ali Al-Janabi^{1,2} and Alexander M. Marsland^{1,2}

• Author information • Article notes • Copyright and License information

[Disclaimer](#)

En lisant bien les références de cette publication, on s'aperçoit que *de nombreux autres dermatologues signalent d'autres maladies de la peau* (rosacée et psoriasis par exemple) ainsi que *de l'arthrite apparaissant après injection du dupilumab* seulement après une année de commercialisation.

Nouvelle étude biaisée en 2024

Le *British Journal of Dermatology* a publié début août 2024 une nouvelle étude biaisée similaire à celle de mai 2020 (2).

5. Zhu GA, Chen JK, Chiou A, Ko J, Honari G. Assessment of the development of new regional dermatoses in patients treated for atopic dermatitis with dupilumab. *JAMA Dermatol.* 2019;155(7):850-852. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

6. Heibel HD, Hendricks AJ, Foshee JP, Shi VY. Rosacea associated with dupilumab therapy. *J Dermatol Treat.* 2019;9:1-3. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

7. Ishiiji Y, Umezawa Y, Asahina A, et al. Exacerbation of atopic dermatitis symptoms by ustekinumab in psoriatic patients with elevated serum immunoglobulin E levels: report of two cases. *J Dermatol.* 2018;45(6):732-734. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

8. Willmore ZN, Woolf RT, Hughes C, et al. Development of inflammatory arthritis and enthesitis in patients on dupilumab: a case series. *Br J Dermatol.* 2019;181(5):1068-1070. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

9. Safa G, Paumier V. Psoriasis induced by dupilumab therapy. *Clin Exp Dermatol.* 2019;44(3):e49-e50. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

685 - Onset and maintenance of optimal itch response in adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis treated with dupilumab: post hoc analysis from LIBERTY AD CHRONOS [Get access >](#)

Sonja Ständer, Gil Yosipovitch, Eric L Simpson, Brian S Kim, Kenji Kabashima, Diamant Thaçi, Martin Metz, Zhen Chen, Sandra Hagen, Mike Bastian

British Journal of Dermatology, Volume 191, Issue Supplement_2, August 2024, ljae266.059, <https://doi.org/10.1093/bjd/ljae266.059>

Published: 08 August 2024

En effet, le titre de cette publication fait croire à l'utilisation du dupilumab *seul face à un vrai placebo*.

« Apparition et maintien d'une réponse optimale à la démangeaison chez les patients adultes atteints de dermatite atopique modérée à sévère traités avec dupilumab : analyse post hoc de LIBERTY AD CHRONOS »

En lisant bien l'objectif de cette étude, nous pouvons constater une contradiction totale avec le titre ci-dessus :

« Évaluer l'apparition et le maintien d'une réponse optimale à la démangeaison selon le concept traitement-cible chez les patients adultes atteints d'une dermatite atopique modérée à sévère *traités par dupilumab + corticostéroïdes* topiques concomitants ».

Une efficacité bien tardive

Le temps médian pour obtenir une réponse optimale aux démangeaisons était de 29 jours en moyenne chez les patients traités avec dupilumab + corticostéroïdes concomitants. Il fallut 64 jours en moyenne chez les patients qui ont reçu un placebo + corticostéroïdes concomitants. Une réelle efficacité avec une molécule seule devrait montrer en quelques jours un progrès marquant face à un vrai placebo.

Une durée d'étude très longue

61,3 % des patients traités par dupilumab + corticostéroïdes concomitants ont obtenu une réponse optimale à la démangeaison à 6 mois, comparativement à 26,7 % de ceux qui ont reçu le placebo + corticostéroïdes concomitants. Un nombre significativement plus élevé de patients traités par dupilumab + corticostéroïdes concomitants ont maintenu une réponse optimale à la démangeaison que les patients qui ont reçu le placebo + corticostéroïdes concomitants pendant 52 semaines.

TRANSDERMAL NICOTINE AND PLACEBO

SIR,—Professor Abelin and colleagues (Jan 7, p 7) report a controlled trial of a transdermal nicotine patch in tobacco withdrawal. I was intrigued that the placebo patches contained a “small, pharmacologically irrelevant amount of nicotine”, at the milligram level.

Nicotine acts immunologically¹ at the microgram level, which corroborates the observation of Karrenberg² in 1923: a woman working in the tobacco industry who had facial dermatitis had a generalised reaction and shock after application of one drop of nicotine diluted at 1/1000 000. The absorbed dose was very small and such effects cannot be ascribed to a conventional toxic reaction. Dermatological reactions after chewing nicotine gums have more recently confirmed this observation (refs 3 and 4, and three of our cases). Reactions of the skin and flushing are especially common, which supports the study on members of my family who have facial dermatitis resembling “seborrhoeic dermatitis”. Immunological investigations were positive with nicotine bound to human serum albumin in the human basophil degranulation test and with passive cutaneous anaphylaxis in guineapigs (A. L. de Weck, Berne), rabbits, and mice. The radioallergosorbent test with tobacco leaf as the allergen was positive with my serum (S. B. Lehrer, New Orleans).

The transdermal and intranasal routes for nicotine may demonstrate the role of nicotine as a hapten in dermatological reactions because haptens are poor oral sensitisers (eg, penicillin). The high dosage in the transdermal nicotine patches (7.7, 13.8, and 21.2 mg) might lead to fewer reactions than very low levels of nicotine because large doses of haptens suppress the IgE response. To evaluate transdermal nicotine in tobacco withdrawal, it is right to compare the efficacy of high and lower dosages of nicotine

THE LANCET, FEBRUARY 11, 1989

patches but it seems imprudent to compare dermatological reactions between the nicotine group (frequency of reactions 25%) and the “placebo” group (13%). Nicotine-free patches are the correct placebo to use.

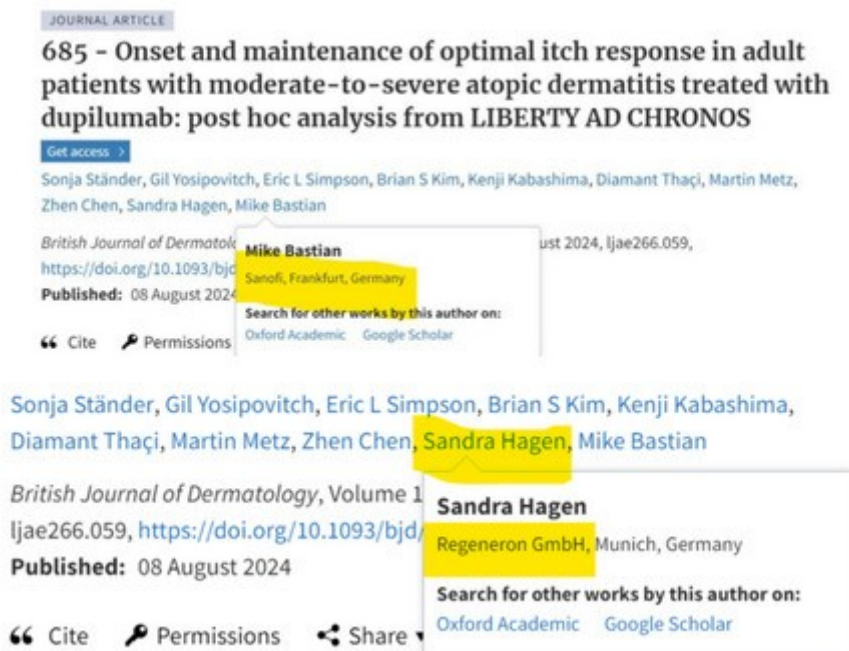
PO Box 1951,
4001 Basel 1, Switzerland

BERNARD J. L. SUDAN

1. Sudan BJL, Sainte-Laudy J. Nicotine and immunology. In: Watson RR, ed. *Drugs of abuse and immune functions*. Boca Raton, Florida: CRC Press (in press).
2. Karrenberg CL. Zur Kasuistik der phytogenen Berufsdermatosen: Hauterkrankung durch Tabakblätter. *Dermatol Z* 1928; 52: 30-39.
3. Mensch AR, Holden M. Nicotine overdose after a single piece of nicotine gum. *Chest* 1984; 86: 801-02.
4. Goodman RP, Douglas CR. Rash from nicotine gum. *South Med J* 1987; 80: 539.

Des auteurs salariés de Sanofi et Regeneron

Un facteur décisif peut biaiser et favoriser également les résultats voulus en intégrant dans les auteurs de l'étude des *salariés* de Sanofi et Regeneron.



L'industrie pharmaceutique favorise ses résultats

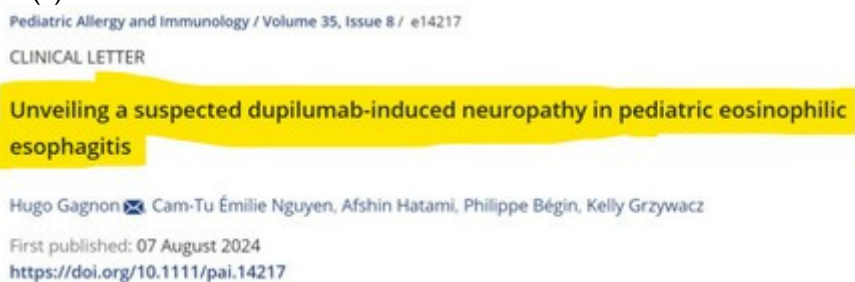
J'avais déjà réfuté une étude de la célèbre revue britannique *The Lancet* début 1989. En effet, les auteurs voulaient minimiser les effets secondaires dermatologiques des patchs à la nicotine concernant 25 % des patients avec patchs actifs (7,7 mg, 13,8 mg et 21,2 mg de nicotine) en les comparant avec les patients du groupe placebo (15 %) qui contenaient en réalité 1 mg de nicotine. J'ai précisé à l'éditeur qu'un placebo devait être neutre et il me publia immédiatement (3).

Maladies oculaires associées au dupilumab

Dans une récente publication, des chercheurs ont étudié la maladie oculaire de surface associée au dupilumab qui est l'un des effets secondaires les plus couramment rapportés chez les patients atteints d'une dermatite atopique pendant le traitement (4). Des résultats antérieurs concordaient avec leur nouvelle étude, montrant que les maladies oculaires de surface sont survenues chez 28 (28,9 %) patients atteints de dermatite atopique recevant du dupilumab à une moyenne de 19,7 semaines après le début du traitement. Ces chercheurs ont signalé n'avoir aucun lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique.

Neuropathie suspectée induite par dupilumab

D'autres chercheurs viennent de rapporter une neuropathie suspectée induite par dupilumab dans l'œsophage pédiatrique (5).



Dermatite de la tête et nuque après dupilumab

En plus de la conjonctivite/blépharite, une autre étude vient de rapporter que l'apparition *de novo* de la dermatite tête/cou est maintenant reconnue comme un effet secondaire distinct, survenant chez jusqu'à 10 % des patients (6).

Dupilumab-associated head and neck dermatitis shows a pronounced type 22 immune signature mediated by oligoclonally expanded T cells

Christine Bangert, Natalia Alkon, Sumanth Chennareddy, Tamara Arnoldner, Jasmine P. Levine, Magdalena Pila, Marco A. Medimorec, John Ruppiero, Emily R. Cohenour, Constanze Jonak, William Damsky, Johannes Griss & Patrick M. Brunner 

Nature Communications | 15, Article number: 2839 (2024) | [Cite this article](#)

Effets secondaires dermatologiques

Dans une étude publiée début 2023, des chercheurs ont fourni la première évaluation complète de la fréquence et des caractéristiques des effets secondaires dermatologiques causés par le dupilumab chez les patients atteints de rhinosinusite chronique avec polypose nasale (7). La majorité des patients atteints ont développé une dermatite de type psoriasis, tandis qu'un patient a présenté une folliculite de type rosacée et une alopecie areata. Ainsi, les personnes recevant du dupilumab pour cette indication peuvent développer de nouveaux symptômes qui nécessitent une prise en charge interdisciplinaire.

Rougeurs faciales au dupilumab

Des cas de rougeurs faciales ou d'éruption cutanée eczémateuse du visage et du cou ont été observés dès 2021 avec l'utilisation du dupilumab. Les auteurs de cette publication estiment que ces réactions concernent entre 4 et 43,8 % des utilisateurs de dupilumab, y compris les enfants et les adultes (8). Une autre récente étude ouverte rapporte de nombreux cas de dermatites faciales par le dupilumab chez des patients atteints de dermatite atopique. Le traitement local avec du crisaborole topique, un anti-inflammatoire non-stéroïdien (9) semblait améliorer cette réaction cutanée. On peut donc constater le paradoxe de traiter une dermatite faciale induite par le dupilumab pour à l'origine traiter une dermatite atopique avec le dupilumab.



LETTER TO THE EDITOR

Dupilumab facial dermatitis in atopic dermatitis patients ameliorated by topical crisaborole: An open-label case series study

Han-Wen Lin, Wen-Hung Chung, Chun-Bing Chen 

First published: 06 August 2024 | <https://doi.org/10.1111/jdv.20281>

Considérations immunologiques

On peut s'étonner que la stratégie des laboratoires pharmaceutiques soit focalisée uniquement sur le traitement symptomatique de la dermatite atopique sans chercher une étiologie précise. Une recherche allergologique serait plus judicieuse afin de déterminer le ou les allergènes en cause, induisant une dégranulation des mastocytes tissulaires à l'origine des démangeaisons par la libération de multiples médiateurs de l'allergie et de l'inflammation dont l'histamine.

Une autre stratégie serait donc beaucoup plus ciblée et efficace sans effets secondaires notables. Nous pouvons le constater avec l'étiologie allergique d'une dermatite atopique familiale ressemblant à la dermatite

séborrhéique (10). Ensuite, *en ayant isolé un haptène ou un allergène précis, on peut envisager une éviction partielle ou totale si possible.*

Une stratégie complémentaire consiste à stabiliser les mastocytes tissulaires avec par exemple une molécule ancienne, le cromoglycate de sodium. Or, *Sanofi n'a pas jugé utile de maintenir le Lomudal® accessible pour tous les médecins après avril 2019 pour le traitement de l'asthme allergique.* D'autre part, la formulation topique actuellement en développement en Espagne n'est toujours pas sur le marché pharmaceutique (11) *alors qu'une formulation topique avait montré son efficacité pour la dermatite séborrhéique dès 1980* (12).

Une nouvelle stratégie consiste à également stabiliser les mastocytes tissulaires avec l'application d'une crème de chlorure de magnésium dont le mécanisme exact reste encore à préciser (13, 14, 15, 16, 17). Cette stratégie rejoint les travaux précurseurs de Pierre Delbet datant du début du XXe siècle.

Pour plus d'informations sur les effets secondaires du dupilumab, le site de référence PubMed a répertorié 88 pages en effectuant une recherche sur les mots « *dupilumab side effects* ».

Bernard SUDAN
La rédaction de l'AIMSIB
Décembre 2024

Références

- (*) Article original: <https://bernardsudan.net/une-etude-biaisee-dupilumab-et-dermatites-atopiques/>
(**) <https://www.sanofi.com/fr/media-room/communiqués-de-presse/2023/2023-03-21-06-00-00-2630956>
- (1) Al-Janabi A., Marsland AM. *Seborrhoeic dermatitis and seborrhis developing in patients on dupilumab: Two case reports.* Clin Case Rep. 2020 May 9;8(8):1458-1460. doi: 10.1002/ccr3.2871.
- (2) Sonja Ständer, Gil Yosipovitch, Eric L Simpson, Brian S Kim, Kenji Kabashima, Diamant Thaçi, Martin Metz, Zhen Chen, Sandra Hagen, Mike Bastian. *Onset and maintenance of optimal itch response in adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis treated with dupilumab: post hoc analysis from LIBERTY AD CHRONOS*, British Journal of Dermatology, Volume 191, Issue Supplement 2, August 2024, DOI: <https://doi.org/10.1093/bjd/ljae266.059>
- (3) Sudan B.J. *Transdermal nicotine and placebo.* Lancet. 1989 Feb 11;1(8633). DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(89\)91350-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(89)91350-0)
- (4) Shim S., Kim J.S., Yee J., Gwak H.S. *A risk-scoring system to predict dupilumab-associated ocular surface disease in patients with atopic dermatitis.* Front Pharmacol. 2024 Aug 1;15:1425550. DOI: 10.3389/fphar.2024.1425550.
- (5) Gagnon H., Nguyen C.É., Hatami A., Bégin P., Grzywacz K. *Unveiling a suspected dupilumab-induced neuropathy in pediatric eosinophilic esophagitis.* Pediatr Allergy Immunol. 2024 Aug; 35(8):e14217. DOI : 10.1111/pai.14217
- (6) Bangert C., Alkon N., Chennareddy S. et al. *Dupilumab-associated head and neck dermatitis shows a pronounced type 2 immune signature mediated by oligoclonally expanded T cells.* Nat Commun 15, 2839 (2024). DOI: 10.1038/s41467-024-46540-0
- (7) Chromy D., Bartosik T., Brkic F.F., Quint T., Tu A., Eckl-Dorna J., Schneider S., Bangert C. *Dupilumab-induced skin-associated side effects in patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyposis.* J Dermatol. 2023 Jan;50(1):89-93. DOI: 10.1111/1346-8138.16595.
- (8) Muzumdar S., Skudalski L., Sharp K., Waldman R.A. *Dupilumab Facial Redness/Dupilumab Facial Dermatitis: A Guide for Clinicians.* Am J Clin Dermatol. 2022 Jan;23(1):61-67. DOI: 10.1007/s40257-021-00646
- (9) Lin H.-W., Chung W.-H. and Chen C.-B. (2024), *Dupilumab facial dermatitis in atopic dermatitis patients ameliorated by topical crisaborole: An open-label case series study.* J Eur Acad Dermatol Venereol. <https://doi.org/10.1111/jdv.20281>
- (10) Sudan Bernard. *Dermatite séborrhéique, origine et traitement.* AIMSIB, 7 mai 2023. <https://www.aimsib.org/2023/05/07/dermatite-seborrheique-origine-et-traitement/#>
- (11) González-González O., Leal E., Martín-Martínez M., Bautista L., Ballesteros M.P., Torrado J.J., Serrano D.R. *Guiding Clinical Prescription of Topical Extemporaneous Formulations of Sodium Cromoglycate Based on Pharmaceutical Performance.* Pharmaceutics 2023, 15, 1609. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics15061609>
- (12) Sudan B.J.L., Sterboul J. *Dermite séborrhéique et cromoglycate de sodium.* Cutis (Paris) 1980 ; 4(1-2), 81-85.
https://www.researchgate.net/publication/378157111_Dermite_seborrheique_et_cromoglycate_de_sodium
- (13) Sudan Bernard. *Le magnésium des sels de la mer Morte en dermatologie.* 19 mai 2024. <https://www.aimsib.org/2024/05/19/le-magnesium-des-sels-de-la-mer-morte-en-dermatologie/>

- (14) Sudan B.J. *Magnesium of Dead Sea Salts as a Key Factor for the Treatment of Seborrheic and Atopic Dermatitis: A Case Report*. *Bioscientia Medicina : Journal of Biomedicine and Translational Research*, 2024; 8(4), 4314-4318. <https://doi.org/10.37275/bsm.v8i4.971>
- (15) Sudan B.J. *The power of observational medicine over the epidemiology of seborrheic dermatitis*. *RAS Medical Science* 2024; 4 (1), 1-13. DOI: 10.51520/2766-5240-31
- (16) Sudan B.J.L. *Letter to the editor regarding "Analysis of the epidemiology, coexisting skin diseases, and variables affecting seborrheic dermatitis severity"*. *Med Science*. 2024;13(2):510-1. DOI: 10.5455/medscience.2024.02.022
- (17) Sudan B.J.L. *Towards an Allergic Solution for Seborrheic Dermatitis*. *Biomed J Sci & Tech Res* 2024; 57(3) 49257-49260.
<http://dx.doi.org/10.26717/BJSTR.2024.57.009001>
-

Analyse de la campagne d'immunisation au Beyfortus[®] (nirsevimab) : efficacité, biais et risques d'ADE dans la prévention du VRS





Submit to this Journal

Review for this Journal

Propose a Special Issue

Article Menu

Academic Editors



Madhav Bhatia

capture d'écran 2024 09 25 à 19.15.13

Résumé « grand public » par l'auteur de l'article peer-review :

Analysis of Beyfortus® (Nirsevimab) Immunization Campaign: Effectiveness, Biases, and ADE Risks in RSV Prevention <https://www.mdpi.com/1467-3045/46/9/617>

Le Beyfortus est un anticorps monoclonal fabriqué par Astra-Zeneca et commercialisé par Sanofi dans tous les pays à haut revenu : c'est un produit cher (le prix est compris entre 282 € en Espagne et 1 350 € en Allemagne – renégocié à 454 € actuellement ; en France 402 € la dose). Il est destiné à la prévention de la bronchiolite à VRS du nouveau-né et surtout à éviter la surcharge hospitalière due à cette maladie. Il s'agit donc de soigner l'hôpital et pas principalement les bébés !

La bronchiolite est une maladie généralement bénigne (3 % d'hospitalisation selon la HAS) ; le traitement classique efficace a été abandonné : kinésithérapie et aérosol.

Beyfortus remplace Synagis, qui nécessitait 1 injection par mois chez les bébés fragiles. Il a été modifié pour augmenter sa durée de vie. Les essais cliniques datent de 2018 (pour la phase 1 et phase 2 en 2022 seulement, donc pas de visibilité à long terme).

Les essais cliniques font apparaître de rares cas d'hospitalisations plus graves chez les enfants traités que chez ceux du groupe placebo. De nombreux participants ont été exclus. Il y a légèrement plus de décès dans les essais chez les traités que chez les placebo. Lorsque des détails sont disponibles à propos de ces décès, on note qu'ils sont majoritairement dus à des pneumonies ou des bronchiolites graves. Dans l'un des essais, l'EMA (Agence Européenne des médicaments) mentionne des chiffres différents au cours de son rapport (entre 2 à 5 décès dans le même essai concernant 978 enfants sans plus de précision).

La première campagne a concerné la France, l'Espagne, le Luxembourg et les USA en 2023-2024. En France, d'après Santé Publique France, l'activité hospitalière n'a pas été réduite pendant cette campagne et on note même un pic d'activité pour les nourrissons à partir du 15 septembre 2023 (début de cette campagne). Les données publiées de cette campagne dans les 4 pays montrent un pic d'infections respiratoires précoces juste après l'injection du Beyfortus. En France on observe une augmentation significative du taux de décès entre 2 à 6 jours de vie pendant la campagne d'immunisation.

On sait depuis les années 1960 que les anticorps contre la protéine F du virus VRS sont capables de provoquer l'ADE : facilitation/aggravation de l'infection par l'anticorps. Le Beyfortus est dirigé contre la protéine F et a une très forte affinité pour celle-ci et pour un récepteur membranaire capable de faciliter l'entrée du virus dans les cellules cibles. Les études précliniques et cliniques de cet ADE possible montrent des lacunes mais suggèrent que la modification apportée au Beyfortus par rapport au produit précédent (utilisé depuis 20 ans) pourrait avoir un effet délétère lorsque le produit circule à faible concentration. Les études pharmacocinétiques partielles qui ont été effectuées montrent que, chez certains bébés, le produit n'atteint pas la concentration efficace dans les premiers jours suivant l'injection. Les injections concernent des nouveau-nés dès les premiers jours de vie mais les essais cliniques n'ont pas été menés principalement sur cette population mais sur des bébés plus âgés et de jeunes enfants.

IK

Open Access

Review

Analysis of Beyfortus® (Nirsevimab) Immunization Campaign: Effectiveness, Biases, and ADE Risks

by Hélène Banoun 

Independent Researcher, 13001 Marseille, France

Curr. Issues Mol. Biol. **2024**, 46(9), 10369-10395; <https://doi.org/10.3390/cimb460910369>

Submission received: 27 July 2024 / Revised: 27 August 2024

Published: 18 September 2024

(This article belongs to the Section **Molecular Medicine**)

Pourquoi injecter tous les nouveau-nés ?

Ces campagnes massives d'immunisation sous autorisation accélérée ne sont pas justifiées ni scientifiquement ni économiquement. Le Beyfortus réduit les infections à VRS, mais pas la charge globale sur l'hôpital. Sûr et efficace pour qui ? Les bébés ? L'hôpital ? La santé financière de l'industrie pharmaceutique ?

Hélène BANOUN (Amsib)
29/09/2024

Autisme et vaccination : un nouveau lanceur d'alerte au CDC a compilé les preuves

L'entrepreneur Steve Kirsch a reçu un dossier de 300 pages accablantes.



Steve Kirsch, un entrepreneur américain très suivi durant la pandémie, et fondateur de l'organisation Vaccafety.org, lance un appel aux médias mainstream pour publier le dossier explosif qu'on lui a confié.

Cette boîte de Pandore est une collation de documents prouvant que le CDC (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies aux États-Unis) a volontairement trompé le public depuis 30 ans sur le lien entre l'autisme et la vaccination. Le dossier rend justice au Dr Andrew Wakefield, à Brian Hooker (voir le documentaire Vaxxed I), au scientifique repentin William Thompson et à tant d'autres, dont les carrières ont été détruites pour avoir tenté de mettre fin à cette catastrophe planétaire (1 enfant sur 33 aux USA).

L'on ne doute pas que Robert Kennedy Jr. sera amené à se pencher sur ces informations, puisque l'équipe de sa fondation Children's Health Defense est essentiellement composée de familles touchées par ce type de dommages vaccinaux. Selon les rumeurs, de nombreux employés du CDC seraient en train de préparer leur lettre de démission depuis l'annonce de la nomination de Kennedy à la santé.

Reste à savoir si un média grand public aura le courage de s'en emparer. C'est certainement « le moment où jamais ». Le barrage est sur le point de céder.

Traduction de la lettre de Steve Kirsch publiée le 18 novembre

Résumé

J'ai récemment reçu un trésor de documents électroniques provenant du CDC. Ces documents n'ont jamais été mis à la disposition du public.

Les documents comprennent des enregistrements vocaux, des courriels, des notes manuscrites, des diagrammes et des données.

L'affirmation souvent répétée selon laquelle « les vaccins ne causent pas l'autisme » est tout simplement incompatible avec cette preuve qui peut être authentifiée.

Je travaille avec Trevor Fitzgibbon pour présenter cela à tous aux médias grand public, afin d'atteindre une population différente. Ils sont les mieux placés pour le faire, il y a peu de chances que les médias alternatifs puissent y parvenir.

C'est un énorme scandale et nos enfants en ont payé le prix depuis des décennies parce que le CDC ne veut pas admettre publiquement qu'ils avaient tort

J'ai parlé avec un journaliste de haut niveau chez *Inside Edition* qui pensait que *c'était l'une des plus grandes histoires de la décennie*. Il a dit qu'il essaierait d'inviter ses amis de *60 Minutes* et d'autres formats de ce type à se pencher sur l'affaire (l'histoire est trop énorme pour *Inside Edition*).

Je vous tiendrai au courant.

Les documents peuvent être authentifiés par des personnes à l'intérieur et à l'extérieur du CDC.

J'ai envoyé les documents à d'autres de notre côté (juste au cas où quelque chose m'arriverait).

Brian Hooker a analysé les données de l'étude sur l'autisme du CDC à partir de l'article de DeStefano ; les preuves que j'ai reçues confirment ce qu'il a trouvé.

L'article de Hooker est publié dans la littérature scientifique évaluée par des pairs et est simplement une analyse des données que les responsables du CDC ont ordonné au scientifique du CDC William Thompson de détruire.

Table 3. Odds ratio for receiving an autism diagnosis for African-American males receiving the first MMR vaccine before or after different age cutoffs

Age cut-off for first MMR vaccine	Odds Ratio	p-value	95% Confidence Interval	Number of Cases/Controls:	
				Before	After
18 months	1.49	0.066	0.98 – 2.26	125/290	
					60/190
24 months	1.82	0.029	1.06 – 3.11	162/381	
					23/99
36 months	3.86	0.005	1.49 – 10.0	178/429	
					7/51

Regardez la dernière rangée. La valeur OR (Odds Ratio, rapport de cotes) et la valeur p. C'est sans appel ! Personne n'a insinué qu'il y avait des erreurs de calcul. Et l'article a passé deux cycles de relecture par des pairs dans DEUX revues médicales différentes !

Vous voyez le ratio de cotes de 3,86 dans la dernière rangée ? Et la valeur p de 0.005 ? Ces chiffres sont accablants. Il n'y a aucun moyen d'expliquer des effets aussi importants.

C'est pourquoi Coleen Boyle (ndlr : la supérieure du Dr Thompson au CDC) a ordonné à Thompson de détruire les données du sous-groupe montrant la valeur élevée de ce rapport de cotes : puisqu'ils ne pouvaient pas faire disparaître le signal, ils ont fait disparaître les données.

De plus, les preuves que j'ai obtenues montrent que Coleen Boyle aurait carrément refusé de témoigner devant le Congrès sur cette question si le membre du Congrès américain Bill Posey avait été autorisé à la convoquer. Pourquoi aurait-elle dit ça, s'il n'y avait rien à cacher ? Malheureusement, Posey a été contraint par ses pairs au Congrès d'abandonner l'enquête pour protéger les sociétés pharmaceutiques. C'est pourquoi cela ne s'est jamais produit.

OR= 3,86 avec une valeur p de 0.005 indique une catastrophe absolue.

Cela signifie que la plupart des cas d'autisme de ce sous-groupe sont causés par des vaccins.

Il n'y a pas d'autre explication possible de ces données.

Si les vaccins ROR ne sont pas liés à l'autisme, toutes les valeurs de RO dans le tableau ci-dessus doivent être très proches de 1 (et les valeurs p doivent être >0,10) parce qu'il s'agit de mesures du moment de l'in-

jection ROR (et non du moment du diagnostic d'autisme) qui doit être NON PERTINENTE si les injections sont sûres.

Comment le CDC a-t-il réagi aux allégations de Thompson selon lesquelles son patron Coleen Boyle lui aurait illégalement ordonné de détruire les documents d'analyse de sous-groupe liant le vaccin ROR à l'autisme ?

Le CDC a fait une enquête interne et a parlé aux personnes qui étaient dans la pièce où l'incident s'est produit. Quatre d'entre elles ont nié les faits et ont accusé Thompson d'avoir fabriqué toute l'histoire. L'enquête interne des CDC a donc conclu qu'ils avaient raison parce qu'ils étaient 4 contre 1. C'est tout.

Mais ma boîte de Pandore montre que toutes les preuves sont cohérentes avec ce que dit Thompson à propos de l'ordre de détruire les données qu'ils n'aimaient pas.

Et le papier de DeStefano en est déjà la preuve puisque le ratio de cotes de 3,86 dans les données aurait dû être signalé dans l'article.

En sciences, vous n'êtes pas autorisé à faire une analyse de sous-groupe, à trouver un signal, puis à ne pas le rapporter dans les conclusions. Si vous pensez que le signal est faux, vous devez alors fournir les données montrant qu'il est faux.

Vous ne pouvez pas rembobiner la cassette en arrière, détruire les preuves et prétendre que cela ne s'est pas produit... c'est contraire à l'éthique. Vous devez vous enfoncer dans le terrier du lapin. C'est ainsi que fonctionne la science.

Il est illégal de détruire les données gouvernementales. Et vous ne détruisez jamais les données de l'étude avant la publication de votre étude. C'est sans précédent. Pourquoi feraient-ils cela ? Ils l'ont fait pour cacher le signal, parce qu'ils ne pouvaient pas le cacher grâce à la manipulation statistique.

Personne ne peut expliquer les données temporelles du pédiatre : le CDC a changé de sujet lorsqu'une pédiatre lui a demandé d'expliquer les données qu'elle a observées dans sa pratique

La pédiatre « L » (elle ne voulait pas que son nom soit utilisé jusqu'à ce qu'elle ait parcouru manuellement ses dossiers d'hospitalisation en urgence pour confirmer ses estimations) estime qu'environ 180 enfants de son cabinet avaient présenté un autisme régressif d'apparition brutale. Parmi ceux-ci, elle pense que la majorité s'est produite dans les 2 semaines *suivant* une visite de vaccination. *Elle n'a jamais pensé à regarder les données réelles, donc cela pourrait être près de 100% des cas.* Les services d'urgence ne suivent pas cela, vous devez donc examiner manuellement chaque cas individuellement. Elle m'a dit qu'elle le ferait.

Il n'y a aucun moyen d'expliquer ces chiffres si les vaccins ne déclenchent pas l'autisme.

Lorsqu'elle a confronté le CDC à ce problème, elle leur a demandé : « Alors, comment expliquez-vous que les cas d'autisme sont si susceptibles de se produire juste après la vaccination si les vaccins ne causent pas l'autisme ? » Ils ont simplement changé de sujet en soulignant ce que les études évaluées par des pairs ont montré et évité de répondre à la question. *Les vrais scientifiques ne changent jamais de sujet lorsqu'on leur demande d'expliquer les données. La science concerne la recherche de la vérité, et non le rejet des données que vous n'aimez pas.*

Mais le Dr. L n'est pas la seule.

Le pédiatre Doug Hulstedt a suivi les antécédents de tous ses patients porteurs d'autisme. Il a vu plus de 180 enfants autistes au cours de ses 35 ans de carrière de pédiatre et il est très apprécié par ses patients pour ses soins médicaux.

Sur les 44 enfants atteints d'autisme « à survenance rapide », *100% de ces cas sont survenus dans les 14 jours suivant l'administration d'un ou plusieurs vaccins.*

100%.

Tout ce que Doug a fait, c'est établir les antécédents médicaux en demandant les dossiers de vaccination des enfants et la date à laquelle l'autisme a été remarqué pour la première fois par les parents.

Il n'y a pas une seule étude dans la littérature médicale qui a examiné les enfants atteints d'autisme à régression rapide et a tracé la date du vaccin qui était la plus proche de l'événement, qu'il soit avant ou après. Pourquoi cela ? Parce que l'on trouverait un énorme signal. C'est pourquoi les études ne le font jamais.

Si les vaccins ne causent pas d'autisme, il y aura autant de « vaccins aussi proches » du développement soudain de l'autisme avant la vaccination qu'après la vaccination.

C'est pourquoi ces études sur l'autisme ne trouvent jamais de signal. Ils utilisent toujours une méthodologie qui ne prend pas les données temporelles en compte. Ils n'utilisent jamais la mesure la plus sensible que je viens de décrire. Et la plupart des pédiatres, si vous leur demandez leurs données à ce sujet, ne savent pas vous répondre, parce qu'ils ne les suivent pas. Et la plupart refusent d'examiner leurs propres chiffres.

Je connais un grand cabinet pédiatrique en Californie. En 25 ans, aucun des milliers d'enfants de leur pratique (dont presque tous ne sont pas du tout vaccinés) n'a reçu un diagnostic d'autisme parmi les enfants non vaccinés. ZÉRO.

Comment la communauté médicale explique-t-elle cela ? Elle ne le fait pas.

Si l'autisme est principalement causé par des toxines environnementales ou par l'hérédité, comment expliquer ces données ? Toutes les cliniques pédiatriques proches de ce cabinet pédiatrique ont des taux d'autisme standards.

Des études publiées dans la littérature médicale montrent des ratios de cotes compris entre 4,2 et 5,0, lorsque l'on compare les enfants entièrement vaccinés par rapport aux enfants entièrement non vaccinés

Comment chaque étude de la littérature évaluée par des pairs qui compare les enfants entièrement vaccinés et les enfants entièrement non vaccinés peut-elle montrer un ratio de cote très similaire pour l'autisme ? Chaque étude, sans exception. Le ratio de cotes de ces études est supérieur à 4. Étant donné que 99% des enfants sont vaccinés, le risque attribuable à la population (PAR) est de 75% ou plus.

En d'autres termes, la plupart des cas d'autisme sont causés par les injections parce que nous avons un ratio élevé et parce que les cinq critères de Bradford Hill sont amplement satisfaits. S'il y a une explication plus probable pour le ratio de cotes, pourquoi personne sur cette planète n'est-il en mesure de la fournir ? Les attaques sont toutes des arguments qui balayent tout d'un revers de la main sans rien montrer de solide.

Ainsi, le principe de précaution de la médecine exige de supposer que les vaccins provoquent l'autisme, jusqu'à preuve du contraire.

Voici les études :

Voici les études dont vous n'entendez tout simplement jamais parler :

1. Paul Thomas (2020) avait 0 cas d'autisme. 561 parmi le total des 561 enfants non vaccinés de sa pratique. Pour ceux qui ont suivi le calendrier de vaccination du CDC, il y avait 15 cas d'autisme chez 894 patients. La valeur p du test exact de Fisher est de 0,0008, ce qui est stupéfiant. Le OR était infini, avec une limite de confiance inférieure de 95% de 2,3. Voir aussi cet excellent article sur l'étude qui souligne que « *les enfants non vaccinés sont en meilleure santé selon plusieurs indicateurs et bénéficient de 25 fois moins de visites pédiatriques* ». Les méchants ont pu faire rétracter le document en affirmant que les taux plus élevés d'autisme chez les vaccinés étaient dus à plus de visites au cabinet. Le problème avec cette critique est que la raison de la rétractation a ensuite été réfutée dans un article ultérieur !
2. Hooker (2021) : 5,03 ratio de cotes pour l'autisme chez les vaccinés par rapport aux non vaccinés.
3. Mawson (2017) : 4,2 ratio de cotes pour l'autisme chez les personnes vaccinées par rapport aux non vaccinés (666 dans cette étude).
4. Geier (2013) : rapport de 2,1 à 3,4 dans la base de données Vaccine Safety Database en fonction de l'âge au moment de l'injection. Un ratio de cotes qui augmente avec l'âge. Cette étude, publiée dans la littérature évaluée par des pairs, a été réalisée à l'aide d'une méthodologie en deux phases utilisée par le CDC. Elle a montré que le vaccin HepB était aussi fortement associé à l'autisme. Ils ont examiné chacune des 3 périodes de vaccination et à chaque fois, le ratio de cotes augmentait et la valeur p était faible ! L'étude n'a jamais été rétractée. *Après que Brian Hooker ait trouvé ce signal dans la base de données VSD, son accès a été immédiatement révoqué par le CDC, sans la moindre explication.* Rien de tel que d'être ouvert à la transparence des données, n'est-ce pas ?
5. Garner / Groupe de contrôle (2022) : 82 ratio de cotes pour l'autisme chez les vaccinés par rapport aux non vaccinés. « Pour ceux qui n'ont aucune exposition aux vaccins post-partum, aux vaccins prénatals ou à l'injection de vitamine K, le taux total d'autisme dans l'ensemble de l'étude du groupe de contrôle est de 0% (0 sur 1 024) ». Lorsque j'ai fait un calcul du ratio de cotes sur les réponses à mon enquête auprès de 10 000 enfants : OR=82 CI:5.1197 à 1315 z statistique : 3,114 Niveau de signification. $P = 0,0018$. Voir aussi le site Web du groupe Control.
6. Lyons-Weiler (2022) : L'étude était trop petite pour évaluer le risque d'autisme, mais a montré de meilleurs résultats de santé chez les non vaccinés que chez les vaccinés pour d'autres affections. Voir cet article (<https://childrenshealthdefense.org/defender/study-unvaccinated-healthier-vaccinated-kids/>) qui note que les non vaccinés avaient de meilleurs résultats lors des visites de contrôles que les vaccinés, ce qui élimine un argument commun que les anti-anti-vaccins utilisent. L'article constate que « les familles non vaccinées se sont plus souvent présentées aux visites de contrôle que les familles vaccinées ».
7. Étude de Liz Mumper : Elle a divisé l'incidence de l'autisme par 6 dans sa pratique en limitant les vaccins administrés aux enfants. Comment la communauté médicale explique-t-elle cela? Une réduction de 6X est énorme. Elle a également reproduit le travail de Paul Thomas.

8. Une nouvelle étude de 50 000 enfants (soumise par Tony Mawson pour publication mais pas encore publiée) montre les mêmes ratios de cote pour les maladies chroniques que les études Hooker et Mawson. L'ensemble de données est très important.
9. L'étude Generation Rescue (GR) réalisée le 26 juin 2007 a montré que les enfants vaccinés étaient nettement moins lotis dans toutes les catégories examinées. « Pour moins de 200 000 \$, nous avons pu réaliser une étude que le CDC, avec un budget de 8 milliards de dollars par an, n'a pas été capable de faire ou n'a pas voulu faire. » Où est l'enquête du CDC ? Introuvable ! Ils ne veulent tout simplement pas le faire. Lisez l'enquête et consultez cet article pour plus d'informations. GR ne pouvait pas altérer l'étude ou manipuler les résultats parce qu'elle a été réalisée par une société d'enquête indépendante sans conflits d'intérêts. Si les sociétés pharmaceutiques n'aimaient pas le résultat, elles auraient facilement pu commander une autre société de sondage. Mais ils ne l'ont pas fait !!! Ou peut-être qu'ils l'ont fait et ont simplement choisi de ne pas publier les résultats parce qu'ils étaient si mauvais. Dans tous les cas, l'absence d'un sondage montrant le contraire du sondage GR est très très problématique pour le récit « sûr et efficace ».

10.

Il y a un défaut de la partie adverse à *citer une seule étude qui montre le contraire de ce que ces études montrent*, par exemple, que les personnes entièrement vaccinées sont soit en aussi bonne santé, soit en meilleure santé que les personnes entièrement non vaccinées.

Tout le monde peut reproduire l'enquête sur les parents que j'ai faite. Vous obtiendrez les mêmes résultats. Mais personne n'est prêt à regarder.

J'ai demandé à 10 000 parents de me parler de leurs enfants et j'ai énuméré une vaste gamme de maladies chroniques, y compris deux contrôles négatifs pour valider les résultats.

Voici les résultats (<https://kirschsubstack.com/p/the-data-is-clear-the-more-vaccines>). Les données sources sont disponibles pour que chacun puisse les analyser. Un seul professeur de mathématiques courageux (Hal Switkay) a fait exactement cela et a validé mes résultats et mes méthodes.

Les OR sur les témoins négatifs (malformation congénitale et défaut génétique) étaient respectivement de 0.9 et 1.0.

Pour l'autisme, j'ai obtenu un rapport de cotes de 4,5, ce qui est à mi-chemin des valeurs trouvées dans les études que j'ai citées ci-dessus (Hooker (2021) a trouvé 5,03 et l'étude de Mawson de 2017 a trouvé 4,2).

Voici le tableau récapitulatif des OR.

Notez comment la vaccination aggrave toutes les maladies chroniques (les chiffres sont tous >1), un résultat conforme aux études citées ci-dessus :

1	ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)	7.3
2	Allergies	7.7
3	Asthma / chronic Bronchitis	9.3
4	Autism/ASD	4.5
5	Autoimmune disorders including PANDAS/PANS	21.7
6	Birth defect	0.9
7	Bleeding in the brain	0.8
8	cancer	3.1
9	Cardiovascular issue (myocarditis, tachycardia, heart attack, ...)	4.1
10	Diabetes Type I (insulin dependent)	3.5
11	Epilepsy, Seizures	4.1
12	Food allergies	3.4
13	Genetic defect	1.0
14	Gluten intolerance	1.6
15	Hayfever	5.4
16	Head injury	3.7
17	Herpes	2.8
18	Learning disorder/ intellectual disability	6.6
19	Migraine headaches	6.8
20	Neurodermatitis (chronic itching, scaling, redness)	4.3
21	Neurological disorder affecting senses (deaf, blind, mute, ...)	2.1
22	Sinusitis	32.8
23	Scoliosis	4.0
24	Thyroid disease or dysfunction	5.0
25	Tics (sudden unwanted movements)	2.7
26	Other neurological disorder affecting movement (tics, ...)	5.2
27	Other serious physical health condition not listed	4.4
28	Other serious mental health/behavioral condition not listed like OCD	9.0

Ratios de cotes dans mon enquête auprès des parents. Plus vous étiez vacciné, plus vous avez de chances d'avoir ces conditions. Les enfants entièrement vaccinés étaient 4,5 fois plus susceptibles d'être diagnostiqués avec l'autisme que leurs pairs non vaccinés.

Les études sur l'autisme publiées dans la littérature ont été conçues pour NE PAS trouver de signal. Lorsque les erreurs ont été signalées, les auteurs ont refusé de répondre aux critiques. Ce n'est pas ce que font des scientifiques honnêtes.

Nous pouvons montrer comment chacun des documents présentés par les partisans du vaccin sont défectueux. Choisissez le meilleur et discutons-en !

Par exemple, il y a 164 articles énumérés dans cet article de Michael Simpson qui, selon lui, sont la preuve qu'il n'y a pas d'association entre les vaccins et l'autisme. Il affirme que le meilleur article est une méta-analyse de 2014 de Taylor *et al.*, « Les vaccins ne sont pas associés à l'autisme : une méta-analyse fondée sur des preuves d'études de cas, de contrôle et de cohorte » (vous pouvez voir l'article ici sans frais : https://www.ruvzca.sk/sites/default/files/dodatocne-subory/meta-analysis_vaccin_autism_2014.pdf) qui analyse 10 études (5 de chaque type), y compris Madsen (2002), Hviid (2003), DeStefano (2004), Andrews (2004), Smeeth (2004) et Verstraeten (2003).

Le problème bien sûr est que tous ces documents ont été démystifiés dans l'analyse SafeMinds.

Les meilleures études étaient les études de cohorte et l'une des études de cohorte a été jugée « à haut risque ». Les quatre autres études de cohorte ont été décrites dans l'analyse SafeMinds. Pour les études cas-témoins, les deux plus importantes de l'étude ont également été décrites dans l'analyse SafeMinds.

Ainsi, le meilleur des meilleurs de leurs meilleures études a été démystifié. Ces méta-analyses sont aussi faibles que les documents qu'elles reprennent.

Pouvons-nous parler en détail des 3 meilleurs articles de chaque groupe ? Ils ne veulent pas en discuter publiquement. Ils ne le font jamais. Comment sommes-nous censés résoudre nos différends si l'autre partie ne s'engage pas dans un dialogue civil avec quiconque n'est pas d'accord avec lui ?

Le professeur Hviid, co-auteur de l'article le plus référencé pour réfuter le lien entre l'autisme et la vaccination (l'étude Madsen), a refusé de répondre à toute question sur son article. Pourquoi refusent-ils de répondre aux questions légitimes qui ont été soulevées ?

Tout scientifique sait que vous ne pouvez jamais prouver l'hypothèse nulle.

En anglais simple, vous ne pouvez pas prouver qu'il n'y a pas de lien. Vous pouvez seulement prétendre que « les études que nous avons faites n'ont pas trouvé de lien ».

C'est ce qu'ils devraient dire s'ils étaient semi-honnêtes. Mais bien sûr, c'est faux. Ils évitent simplement les études dans la littérature évaluée par des pairs qui montrent le contraire.

Les personnes qui prétendent qu'il n'y a aucune preuve dans la littérature scientifique que les vaccins causent l'autisme vous mentent simplement et la presse ne fait que répéter ce qu'on lui sert

L'essentiel ici est que la presse ment toujours lorsqu'elle dit que les vaccins ne causent pas l'autisme parce que *vous ne pouvez jamais prouver* un négatif (selon la section précédente).

Lorsque les gens font cette déclaration, ils doivent ignorer les articles de la littérature évaluée par les pairs, les données des médecins et les histoires des parents (qu'ils ne peuvent pas expliquer dans leur ensemble parce qu'ils sont cohérents avec les rapports des médecins).

Au mieux, ils pourraient dire : « Les études que nous choisissons de croire n'ont pas trouvé de signal ; les études que nous avons décidé de ne pas croire ont trouvé un ÉNORME signal. Mais nous avons choisi de ne pas croire à ces autres études parce que tout le monde sait que les vaccins ne causent pas l'autisme. »

Voyez le raisonnement circulaire ici ?

Mais il n'y a pas de DONNÉES qui devraient amener les gens à ne pas « croire » les études qui ont montré le lien. *Ils ne croient tout simplement pas à ces études parce qu'ils arrivent à une conclusion différente et non parce qu'ils ont réellement trouvé un défaut légitime dans les études.*

La presse ignore ces études parce qu'elles obéissent aux « experts ». Cela fonctionne parfaitement parce que la plupart des journalistes se réfèrent à des experts en qui ils ont confiance et n'investiront pas le temps d'écouter les deux parties expliquer les données et d'arriver à leur propre conclusion. Ils vont directement croire à l'« expert » avec les plus hautes références.

Pourquoi ne pas simplement divulguer les preuves à Tucker Carlson, Joe Rogan, etc. ?

Parce que je veux qu'une *source médiatique grand public* couvre l'histoire et interviewe les employés du CDC qui authentifieront les preuves. Il est peu probable qu'ils le fassent si l'histoire est déjà couverte par quelqu'un d'autre.

Croyez-le ou non, trouver un épidémiologiste honnête est vraiment difficile de nos jours.

Donc... toutes les données sont ajoutées dans un LLM (une machine d'intelligence artificielle) neutre pour analyse.

Ce sera très intéressant de voir le résultat.

Analyse experte des données

James Lyons-Weiler est un expert en autisme. Il convient que les études conçues pour trouver une association ont en fait été conçues pour ne pas trouver d'association.

Voici sa réaction à mon article :

Tout finira par sortir et ce sera un très très mauvais jour pour Merck.

Steve a raison. J'ai analysé toutes les études sur l'autisme et la vaccination citées dans une lettre adressée au président Trump lors de son 1er mandat. Aucun n'était capable de tester valablement le lien causal. L'épidémiologie n'est pas un instrument adéquat pour étudier des problèmes comme les dommages vaccinaux; et même lorsque ça l'est, et qu'une association très forte a pu être démontrée, le CDC a toujours tout fait pour l'enterrer.



James Lyons-Weiler  18h
Popular Rationalism



Everything will officially come to light, and it will be a very, very bad day for Merck.
Steve's right - I analyzed all of the autism/vaccine studies cited in a letter to President Trump during his last term and all fell far short of valid studies capable of testing causality. The average score on my objective scoring function was -8; highest possible score on 12 of 12 attributes of a well-conducted RCT was 12. Epidemiology is too blunt an instrument to study medical problems like vaccine injury; even so, when very strong association found, the CDC actively worked to bury it.



 66  2  12 

In fine

Quelqu'un dans les médias grand public touchera-t-il à cette histoire ? *Nous sommes sur le point de le découvrir.*

<https://essentiel.news/autisme-et-vaccination-nouveau-lanceur-alerte-cdc-compile-preuves/>

22 novembre 2024

Burn out chez les travailleurs sociaux

Les travailleurs sociaux accompagnent des enfants et leur famille, des enfants placés, des personnes en difficultés sociales ou psychiatriques, ou en situation de handicap. Derrière le soutien qu'ils et elles apportent se cachent des conditions de travail précaires et un épuisement professionnel, longtemps tu. Témoignages.

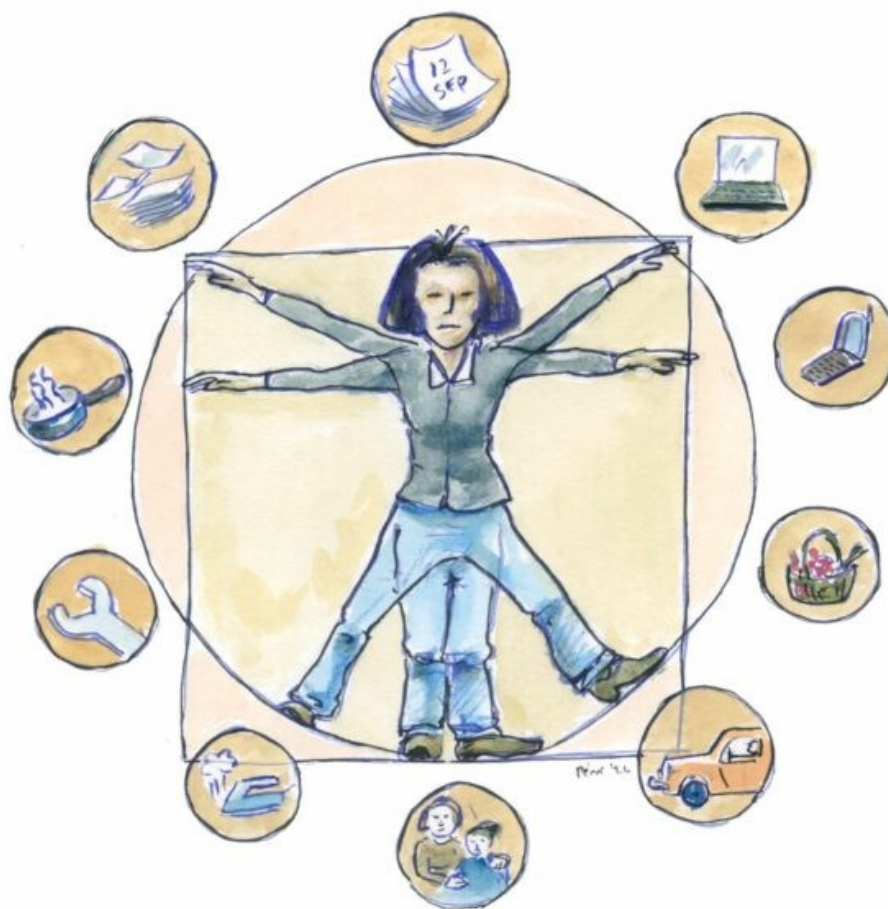
« Je devais faire face à une centaine d'enfants qui ont subi des traumatismes incommensurables, des enfants torturés, des enfants terroristes, des enfants soldats, des jeunes filles violées. J'étais payé pour recevoir des insultes et parfois des coups lors de scènes de violences quasi quotidiennes. J'ai tenu cinq ans », raconte Étienne, 55 ans, ex-animateur social technique dans un foyer de mineurs non accompagnés. Comme Étienne, nombreux sont les travailleurs sociaux qui, en raison de leur exposition à la violence d'un public en souffrance, et en raison de leurs conditions de travail difficiles, souffrent eux-mêmes, souvent en silence.*



Par vocation

Pourtant, ce métier, à la base, est une vocation. *« Je voulais me sentir utile. Alors être au contact de ces jeunes, cela me permettait d'échanger avec différents groupes ethniques, de leur faire connaître la région, la société dans laquelle ils vont atterrir en leur proposant des activités ludiques et des loisirs artistiques »,* ajoute Étienne. *« Au final, je me retrouvais à tout faire, que ce soit le ménage, la vaisselle, les courses... »* Pour beaucoup de travailleurs du secteur médico-social, leur engagement va bien au-delà d'un simple emploi. Ils parlent souvent de mission de vie. Théo*, 37 ans, ex-éducateur spécialisé en protection de l'enfance et ancien éducateur de rue, s'est lancé dans cette profession les yeux fermés. *« C'était une évidence. J'ai toujours aimé aider les autres. Mon but était d'accompagner les oubliés, ceux que la société ne veut pas et*

rejette. » Il ajoute : « Les journées étaient parfois difficiles, mais voir une personne se reconstruire, trouver un emploi, un logement, c'est une immense satisfaction. Mais il faut constamment s'adapter, apprendre, et trouver des solutions puisque chaque cas est unique. C'est un travail intellectuellement et émotionnellement très prenant. »



Mille casquettes

Dans ce secteur, la palette de métiers est assez large : éducateur spécialisé, assistante sociale, animateur social, éducateur technique, moniteur éducateur, aide-soignant, etc. Ces métiers sont eux-mêmes dispersés dans plusieurs champs d'action : protection de l'enfance, handicap, insertion, milieu ouvert/fermé... Leurs journées sont rythmées par des tâches variées, que ce soit d'accompagner les résidents dans leurs activités quotidiennes, d'organiser des ateliers éducatifs, d'offrir un soutien psychologique, de dispenser des soins médicaux, ou encore de gérer des urgences.

« J'accompagne des adolescents et jeunes adultes ayant des troubles du comportement et de la conduite qui peuvent être liés à un handicap social ou à un handicap psychique », explique Jules*, éducateur spécialisé depuis presque 40 ans. « Ces jeunes ne peuvent pas rester en milieu ordinaire, alors mon rôle est de les amener vers l'autonomie, de leur donner les clés nécessaires pour mieux appréhender l'entrée dans la vie d'adulte. »

Ces professionnels doivent également composer avec la complexité des situations individuelles. Chaque personne accueillie présente des besoins spécifiques qui nécessitent une prise en charge adaptée et personnalisée. Cette diversité des profils rend le travail encore plus exigeant, requérant des compétences variées et une grande capacité d'adaptation. « Nous avons un métier difficile, mais nous avons aussi la chance de pouvoir apporter quelque chose dans la vie des gens. C'est ce qui nous motive chaque jour », ajoute Jules.

Un soutien au quotidien

« Je suis éducatrice spécialisée dans un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et j'interviens auprès d'adultes porteurs de handicaps moteurs, intellectuels et sensoriels âgés de 20 ans et plus, donc le public est très varié », affirme Séléna*, 35 ans. « Je travaille sur deux services pour un équivalent temps plein et j'accompagne 16 personnes. »

Les journées de Séléna ne se ressemblent pas. Elles sont ponctuées de rendez-vous au bureau, à domicile et à l'extérieur. « *J'accompagne des personnes lors de rendez-vous médicaux pour les aider à comprendre le langage médical. Je cherche avec elles une solution de logement, comment recréer du lien social ou trouver des activités de loisirs si elles ne savent pas comment s'y prendre. Je suis leur soutien au quotidien.* »



« À force d'accompagner des personnes en souffrance, on finit par souffrir nous-mêmes. »

Cependant, derrière ce dévouement se cache une réalité souvent sombre. Avant d'être éducatrice spécialisée dans un SAVS, Séléna a travaillé pendant dix ans en protection de l'enfance. Elle démissionne en 2022 parce qu'elle « *n'en pouvait plus d'avoir la boule au ventre en partant au travail* » à la fois à cause de « *l'approche du public* » et des conditions de travail « *déplorables* ».

Elle déplore le peu de reconnaissance au vu des responsabilités qui pesaient sur elle, un nombre trop important d'enfants à suivre, une charge de travail conséquente, et notamment une surcharge administrative et des parents qui la malmènent verbalement, elle et ses collègues. « *Quand j'ai démissionné, je me suis demandé comment j'avais pu tenir autant d'années. On avait trop peu de moyens financiers et humains pour mener à bien notre travail, j'avais l'impression de ne plus réussir à faire mon boulot correctement. Finalement, à force d'accompagner des personnes en souffrance, on finit par souffrir nous-mêmes.* » Séléna devait faire face à une violence permanente. « *On relevait ma plaque d'immatriculation, on parlait de mon enfant, on me faisait des menaces de mort* », confie, émue, la jeune femme.

Dans sa nouvelle structure, elle réapprend à aimer son métier. « *Maintenant, j'ai toujours autant de boulot, mais j'ai moins de personnes à accompagner et ils n'ont pas le même profil, ce ne sont pas les mêmes enjeux. Dans mon établissement, j'ai l'impression qu'il y a une humanité que je ne trouvais pas ailleurs.* »

Une pénurie de personnel

Rémunérations précaires, turnover des salariés, manque d'intérêt des nouvelles générations : les métiers du social n'arrivent pas à recruter. La conséquence : 30 000 postes sont vacants, cite le Livre blanc du travail social, rédigé par le Haut Conseil du Travail Social (HCTS). Selon la même source, le secteur médico-social se caractérise par un nombre de journées de travail perdues du fait d'accidents de travail ou de maladies professionnelles trois fois supérieur à la moyenne.

Le secteur est marqué par une surcharge de travail due à une pénurie de personnel et des moyens financiers insuffisants. Les situations des personnes accompagnées sont souvent complexes, nécessitant une attention et une énergie considérables. L'épuisement professionnel est monnaie courante, avec des taux de turnover alarmants.

Anthony*, 42 ans, ancien chef de service d'un foyer occupationnel pour adultes handicapés vieillissants, partage :

« J'arrivais le matin au travail en me demandant qui allait être absent aujourd'hui, le nombre d'arrêts-maladies étant impressionnant. Je passais mes journées à organiser des entretiens, à trouver des remplaçants, à recruter, alors que ce n'était pas mon rôle à la base. »

Ces postes vacants mettent en lumière un problème majeur : la difficulté à stabiliser et pérenniser des équipes et leurs fonctionnements lorsque les professionnels qui les constituent changent régulièrement. Les conditions de travail des salariés sont énormément affectées.

Sylvie*, monitrice éducatrice auprès de mineurs isolés et ancienne collègue d'Étienne se confie : *« Ce qui a sauté aux yeux durant toutes ces années, c'est que les moniteurs avaient à peine le Bafa et avaient l'âge de certains jeunes accompagnés. On n'était pas bien formés. »*



Des équipes surchargées

Le manque de personnel est une problématique récurrente. Il oblige les travailleurs à multiplier les heures supplémentaires, parfois au détriment de leur propre santé physique et mentale. *« Nous étions souvent en sous-effectifs, constamment sous pression, ajoute Sylvie. On courait partout, on ne comptait pas nos heures puisqu'on travaillait aussi les week-ends, les jours fériés, le soir... On essayait de ne pas laisser de côté ceux qui ont besoin de nous, mais c'était épuisant, d'autant plus que nous voulions offrir un accompagnement personnalisé à chacun. Nous étions contraints de faire sans cesse des choix. Finalement, nous étions souvent à bout de souffle. On se sentait démunis, épuisés, et on avait l'impression de ne pas pouvoir offrir le meilleur de nous-mêmes. »*

La situation est d'autant plus critique que le budget alloué aux structures est en baisse constante. « *Nous devons sans arrêt faire des économies, ce qui se traduit par une dégradation des conditions de travail. On se sent écartelé entre la demande du Département (la collectivité finance le secteur social) et la réalité logistique. Nous sommes épuisés, et cela se répercute sur la qualité de l'accompagnement que nous offrons aux personnes* », affirme Paul*, 43 ans, éducateur spécialisé dans la protection de l'enfance et membre d'un syndicat.



Des salaires peu élevés

Dans ce contexte difficile, Paul souhaite que les salaires soient revalorisés. « *En début de carrière, je n'étais pas regardant sur le salaire, car je sais que c'est un métier vocation. Mais après, quand on sait que notre responsabilité pénale est engagée, être payé 1 600 ou 1 700 euros au bout de 10 ans d'expérience, c'est un peu abusé. Et puis on est très seul. Par exemple, quand on part en congé, on n'est jamais tranquille, il peut se passer beaucoup de choses, on est toujours sur le fil.* »

Selon lui, la rémunération des travailleurs sociaux n'est pas à la hauteur du nombre d'heures de travail et des responsabilités croissantes qu'ils se voient imposer. « *On nous demande d'être de plus en plus performant et de faire passer les chiffres avant l'humain. L'efficacité de notre travail se mesure en rendement maintenant donc ça me semble crucial de renforcer les effectifs, d'augmenter les salaires et d'améliorer les conditions de travail pour attirer et retenir des professionnels compétents et motivés. La reconnaissance de nos métiers passe aussi par une valorisation sociale et économique.* »

« *C'était une situation insoutenable pour les familles, mais aussi pour nous, qui voyions des enfants en détresse rester sans solution.* »

L'autre grande difficulté à laquelle sont confrontés les travailleurs sociaux est la surcharge administrative. Ils passent du temps à remplir des formulaires, à rédiger des rapports, à organiser des réunions. Tout cela au détriment de leur mission première, qui est d'accompagner les personnes en difficulté. « *Au début de ma carrière, pour une famille, on pouvait faire un rapport par famille ou par fratrie. Après, on nous a demandé de faire un rapport pour chaque enfant, donc forcément ça complexifie la chose et ça nous a donné encore plus de travail. On passait notre temps à courir après le temps* », confie Séléna.

La situation est d'autant plus difficile à gérer que les délais d'attente pour le placement des enfants en danger s'allongent de manière exponentielle. Une centaine d'enfants et d'adolescents seraient en attente de placement dans le département du Calvados. « *Nous recevons des demandes quotidiennes pour accueillir des enfants en situation de danger. Malheureusement, nous devons souvent refuser, faute de place. C'était une situation insoutenable pour les familles, mais aussi pour nous, qui voyions des enfants en détresse rester sans solution*», indique Théo.

Ces délais d'attente, parfois interminables, rendent le travail des éducateurs plus complexe. Certains placements sont prononcés par le juge des enfants et un an plus tard, les jeunes sont encore chez leurs parents, faute de place disponible. « *Ça faisait mal de se dire que les enfants restaient chez leur famille, généralement maltraitante, et qu'ils étaient beaucoup livrés à eux-mêmes, sans soutien. Nous, nous devions rester professionnels et détachés face à ces situations qui se dégradent de plus en plus, dans la majorité des cas* », ajoute Théo.



« *Pourquoi a-t-on du mal à entendre les alertes des travailleurs sociaux sur les conditions d'accueil des personnes et sur les conditions d'exercice de leur métier ?, s'interroge Elsa*, éducatrice spécialisée depuis une quinzaine d'années. Est-ce qu'on ne veut pas voir ce qui nous terrifie (des enfants maltraités en attente de placement, des personnes handicapées victimes de violences sexuelles, des personnes en carence de soins psychiatriques qui se retrouvent à la rue, des migrants enfants et adultes qui viennent chercher de la sécurité et se retrouvent à dormir à la rue faute de place d'hébergement, etc.) ? Ce que les travailleurs sociaux viennent pointer du doigt, ce sont les défaillances d'un système qui maltraite et exclut, et qui, dans certaines situations, échoue à protéger ou à réparer.* »

Pour cette professionnelle, le métier-vocation attribué aux travailleurs sociaux est une sorte de piège. « *C'est un métier qui nécessite des formations et des conditions de travail respectables, comme les autres métiers. Au prétexte, que nous avons des valeurs de solidarité, on nous pondrait des plannings intenable et on multiplierait le nombre de personnes à accompagner...* »

Parler pour ne pas tomber

Salaires bas, reporting ou écrits en tout genre, horaires à rallonge, diminutions de budget... Face à ce constat, les professionnels du secteur social et médico-social développent parfois des troubles de stress post-traumatique, voire des burnout. Ces souffrances, longtemps étouffées, commencent à être reconnues et traitées au sein de leur secteur d'activité.

Théo a quitté son métier d'éducateur pour devenir formateur et consultant depuis cinq ans. « *J'en avais marre de subir mon travail et je voulais comprendre pourquoi je me sentais mal. Je suis donc devenu formateur dans le secteur social et depuis, j'organise des réunions et des formations pour permettre aux pro-*

fessionnels d'analyser leurs pratiques professionnelles. Nous discutons de situations complexes, des politiques sociales et j'accompagne ces équipes sur le terrain. »

À travers ses interventions, Théo alerte sur la souffrance de plus en plus présente ressentie par les travailleurs sociaux. « *Depuis le Covid, beaucoup viennent me voir à la fin des réunions en pleurs. Et ça, ça arrive toutes les semaines puisqu'ils n'ont personne à qui en parler. Certains ont développé de l'anxiété généralisée face à la surcharge émotionnelle qu'ils subissent et d'autres pensent même au suicide tellement ils n'ont plus la force de se battre. Je suis en quelque sorte une soupape pour eux. »*

Parler pour libérer la souffrance. Parler pour ne pas tomber.

Carla DELLA VEDOVA, étudiante en journalisme.

(*) Tous les prénoms sont des prénoms d'emprunts, toutes les personnes interrogées ayant souhaité rester anonymes.

<https://grand-format.net/articles/burn-out-chez-les-travailleurs-sociaux/>

Open spaces : le bruit perturbe gravement près de trois quarts des employés

C'est une pollution trop souvent sous-estimée dans la sphère professionnelle alors qu'elle gêne énormément de travailleurs : les nuisances sonores. Le bruit. « *Toutes les tranches d'âge, tous les secteurs d'activité sont concernés sans exception de plus en plus uniformément*, avertissait récemment le Professeur Jean-Luc Puel, président de l'Association nationale (française) de l'Audition. *La réduction du bruit au travail doit devenir un axe majeur dans l'ensemble de l'économie et la prise en compte de l'audition peut permettre de tout mettre en œuvre pour éviter toute souffrance physique et mentale au travail. »*

Il faut dire que les chiffres de cette enquête réalisée par l'IFOP en France – il n'y a pas de raison de penser que la situation soit très différente en Belgique – sont loin d'être anodins : « *62% des actifs occupés se disent gênés par le bruit et les nuisances sonores sur leur lieu de travail. Les personnes travaillant dans les secteurs de l'agriculture et de l'industrie (72%) et dans le secteur du BTP-Construction (83%) sont davantage touchées, tout comme les personnes travaillant en open space (73%).* » Les fameux espaces de bureaux ouverts, les bureaux paysagers qui sont la norme dans beaucoup d'entreprises depuis des décennies...

Mais pourquoi tant de haine pour les bureaux paysagers ?

Les bureaux paysagers – *open space* en anglais – existent depuis la fin des années 1950. On doit leur émergence à deux consultants en organisation allemands, les frères Eberhard et Wolfgang Schnelle. Ils « *inventent et mettent en œuvre [...] une forme d'aménagement d'espaces tertiaires singulièrement innovante au sein de la société pharmaceutique Boehringer à Mannheim*, écrit Jean-Pierre Bouchez, directeur de recherches en sciences de gestion l'Université Paris-Saclay, dans un article publié au début de 2024 sur le site The Conversation. [...] *Ce projet socio-organisationnel se donnait pour objectif de remettre en cause des pratiques antérieures et plus particulièrement la symbolique verticale du pouvoir hiérarchique cloisonné, des statuts et des rangs symboliquement attribués. »*

À l'époque, c'est une révolution. Mais quelques décennies plus tard, la formule a beaucoup de détracteurs. Sans doute parce que, comme l'écrivait il y a quinze ans déjà (!) Patrick Bartholomé, « *on a perdu de vue un aspect essentiel : davantage d'espace pour chacun, afin de compenser l'absence de cloisons. On n'en a retenu qu'une chose : toujours plus de personnes par plateau. Comment s'étonner alors que les comportements eux aussi se pervertissent : contrôle social, ragots, espionnage.... »*

Les nuisances sonores pèsent sur la productivité du travail

Pas surprenant donc que l'atmosphère soit souvent dégradée dans de nombreuses organisations et que la productivité y soit en berne. « *À priori*, insiste Jean-Paul Erhard, manager de la firme spécialisée People-sphère, *un open space est un espace essentiellement dédié à la coopération, à la transparence, à la fluidité de la communication. Mais quand vous vous baladez ici ou là dans un open space, qu'est-ce que vous obser-*

vez ? Des gens qui sont installés dans leur espace avec un casque sur les oreilles [pour se protéger contre les nuisances]. Ils sont enfermés dans leur bulle alors qu'en principe ils sont dans un espace de coopération ! C'est complètement absurde. »

Cette description ne sera pas une surprise pour Caroline Hiernaux, directrice marketing du célèbre chocolatier bruxellois Pierre Marcolini. Au mois de mai dernier, l'entreprise a déménagé une bonne partie de ses effectifs dans des espaces de bureau flambant neufs dans un zoning industriel à Evere. Un stress pour le personnel concerné, évidemment, mais aussi, au bout du compte, un soulagement car la situation antérieure était devenue difficile : « *Le fait d'être tous au même endroit, dans des espaces devenus trop petits pour accueillir des équipes plus nombreuses, a eu pour effet de faire monter les tensions, raconte Caroline Hiernaux. Finalement, on avait plutôt envie de se calfeutrer, de ne pas répondre aux gens et de se racrapoter quand on voyait quelqu'un arriver et marcher vers notre bureau.* »

Pesant, évidemment, pour les employés surtout que, comme l'explique Caroline Hiernaux, « *en arrivant, le matin, chacun s'installait à sa place, la même place, peu importe la tâche à accomplir. Quand on avait besoin de calme pour se concentrer sur un projet compliqué, on n'était jamais certain que notre voisin n'allait pas, lui, avoir un call avec un client par exemple. Compliqué, évidemment. Donc, on arrivait le matin avec cette incertitude qui se transformait en tension, parce qu'on a envie de planifier un peu sa journée aussi en fonction du travail, des moments de réflexion, de concentration, et des moments un peu plus animés.* »

L'essor du télétravail comme catalyseur

Des situations d'autant plus difficiles à gérer pour certains salariés – pour ne pas écrire la majorité d'entre eux... – que l'essor massif du télétravail a changé la psychologie générale dans les bureaux. « *L'open space est un espace de travail partagé qui, par définition, installe une certaine promiscuité entre les collègues, ce n'est pas nouveau, mais ce qui a changé la donne, souligne Jean-Paul Erhard (Peoplesphère), c'est l'irruption du télétravail ou, plus exactement, du 'travail hybride', en partie chez soi, en partie au bureau. Mais quand vous bossez dans un open space et qu'à quelques mètres de vous il y a une ou deux réunions hybrides, ça devient vite invivable pour les personnes qui sont autour et qui, elles, ont besoin d'un peu de concentration.* »

Mais il n'y a pas que cela. Les salariés comparent ce qu'on pourrait appeler leur « expérience de travail au bureau » avec leur « expérience de travail chez eux ». « *En termes savants, souligne Jean-Paul Erhard, on parle de la 'disparité de l'expérience collaborateur'. Si vous télétravaillez deux jours par semaine tranquillement installé dans votre bureau à la maison – même si le calme n'est pas toujours garanti ! – et que vous revenez au travail dans un environnement très bruyant, la disparité de l'expérience est énorme et, en fait, ce contraste devient très vite intolérable.* »

Les mesures qui permettent de réduire la « disparité de l'expérience collaborateur »

La bonne nouvelle, c'est qu'il est parfaitement possible, pour les entreprises, de prendre des mesures qui permettront d'atténuer les différences (de nuisances sonores) entre les différents espaces de travail, domicile ou bureau.

Si certaines organisations n'ont pas (encore ?) pris conscience de l'importance de l'enjeu, d'autres, oui. Et elles agissent. « *On voit effectivement une évolution, souligne Jean-Paul Erhard, avec des organisations qui sont passées dans ce qu'on appelle des environnements de travail flexibles, des environnements 'flex', où typiquement les open spaces sont progressivement recloisonnés. Mais attention, on n'est pas en train de refaire des bureaux individuels ! On crée des petits espaces, ce qu'on appelle des bulles, des tout petits bureaux, un peu comme des cabines téléphoniques dans lesquels on peut s'installer pour se connecter à distance avec un collègue qui est à la maison par exemple.* »

Concevoir des espaces de bureau pour chaque entreprise, en fonction de son ADN, de ses besoins, de son quotidien, c'est le métier de Coline Lescot, cofondatrice de Out of Office, une société spécialisée dans le management du changement et le design : « *Surtout, dit-elle, le but, c'est de développer un environnement qui soit propice à chaque être humain et que chacune de ses activités puisse se dérouler dans un environnement qui lui corresponde. Plus largement, il faut surtout éviter les activités conflictuelles. Par exemple, éviter de localiser de grandes salles de réunion dans des zones où les personnes doivent se concentrer, parce que nous savons tous qu'une réunion commence souvent avant de rentrer dans la salle et se termine après. Les gens papotent ! Donc demander à des gens sur un paysager de se concentrer avec une salle de réunion de 20 personnes, ça ne fonctionne pas. Idem, vous demandez à dix personnes de faire une réunion de brainstorming et à cinq de se concentrer à côté. Ça ne fonctionne pas. Par contre, mettre des zones de brainstorming dans des lieux d'interaction où il n'y a pas de confidentialité mais, au contraire, de la transversalité, c'est hyper propice. Idem pour les petites salles de réunion et les petits lieux fermés dans les espaces de travail, ça fonctionne très bien.* »

Sans oublier, au passage, que diviser un espace de travail en plusieurs zones – réunion, concentration, etc. – va inciter les salariés à changer de place plusieurs fois au fil de la journée, en fonction de leurs besoins. Bouger, ne pas rester vissé à un siège, toujours le même, c'est généralement une bonne idée...

Le manque d'espaces de bureau, un problème majeur

Encore faut-il avoir suffisamment d'espace disponible pour réaménager les espaces de bureaux. Et pas seulement dans les PME ! « *Beaucoup d'entreprises manquent effectivement d'espace, confirme Jean-Paul Erhard. Elles ont sensiblement réduit les espaces de bureaux suite à la pandémie et, aussi, à l'augmentation des coûts de l'énergie. Beaucoup ont privilégié des environnements de travail partagés, avec 60-65% de postes de travail. Ça veut dire quoi ? Ça veut dire qu'il y a en fait un poste de travail pour 65% de l'effectif maximum. Ce qui veut dire que, quand 80% du personnel est présent sur site, vous êtes trop court... C'est aujourd'hui un problème majeur dans pas mal d'entreprises.* »

RTBF.BE, 24 octobre 2024

Trois épidémies simultanées : un désastre inédit pour les troupeaux



Depuis cet été, trois épizooties touchent simultanément le pays. Cette situation inédite, qui a notamment coûté la vie à des milliers de brebis partout en France, pourrait se reproduire.

Rochepaule (Ardèche), reportage

Sous un hangar, dans la montagne ardéchoise, trois animaux sont enfermés dans un petit enclos. Ces brebis sont les dernières en date à avoir été contaminées par la fièvre catarrhale ovine (FCO-8) à la ferme Le Repaire du lézard. Une agnelle est encore clouée au sol, incapable de se lever. Lina, 9 ans, lui offre à boire pour tenter de lui redonner des forces. « *Elle a les pattes tordues, on l'a récupérée dans les ronces* », explique la petite fille en tendant un seau d'eau à l'animal.

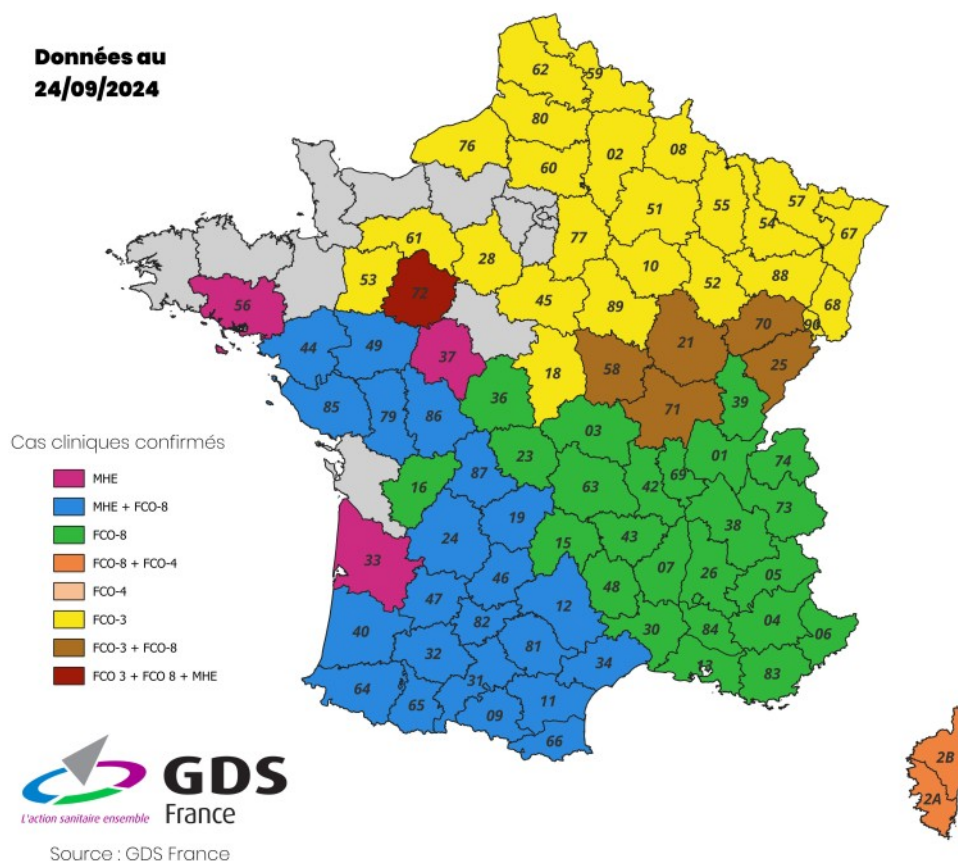
Depuis la mi-août, cette famille d'éleveurs a vu vingt-sept de ses bêtes périr de la FCO-8. « *On a perdu 37 % du cheptel* », se désole Mathilde Chopin. L'éleveuse et son compagnon, Ivan Bouvet, se remémorent ce mois d'août difficile, quand, chaque jour, ils allaient au pré la boule au ventre, sachant qu'ils trouveraient, une fois encore, une brebis morte qu'il faudrait tracter sur la pente abrupte jusqu'au bac d'équarrissage. « *Ce n'était pas forcément les plus vieilles ou les plus faibles, certaines allaient très bien et, en quelques jours, on les a perdues. Franchement, c'est dur* », dit l'éleveuse.

Des épizooties inédites en France

En Ardèche, la mortalité dans les élevages a explosé, multipliée par cinq certaines semaines par rapport à la normale. Les moutons sont les plus touchés avec près de 2 000 enlèvements par les services d'équarrissage depuis la mi-juillet [1]. « *En sachant que le chiffre est sous-estimé en raison du décalage entre le terrain et les remontées d'information* », précise Margot Brie, directrice du Groupement de défense sanitaire (GDS) de l'Ardèche.

Au sud du pays, plusieurs départements ont subi le même sort. Dans la Drôme voisine, certains éleveurs ont même perdu plus de quatre-vingt dix brebis en quelques semaines.

Cette grippe foudroyante n'est pourtant pas nouvelle. Décrite pour la première fois en Afrique du Sud au XIXe siècle, elle a fait son apparition en Europe méditerranéenne à la fin des années 90. Vingt-cinq ans plus tard, la France vit une situation inédite avec trois épizooties simultanées. En plus du sérotype 8 de la fièvre catarrhale ovine – il s'agit de différentes « *variétés* » d'un même virus –, deux autres virus mortels pour les ruminants sévissent dans le pays : la maladie hémorragique épizootique (MHE) [2] dans le quart sud-ouest, et la FCO-3 dans le nord-est.



Foyers de maladies en France au 24 septembre 2024. © GDS France

Toutes ces maladies ont un point commun : elles sont transmises par des moucherons infectés, les culicoïdes. Ces insectes femelles de quelques millimètres creusent la peau des moutons, vaches et chèvres jusqu'à pouvoir se nourrir de leur sang, essentiel à la maturation et la ponte de leurs œufs. D'un repas à l'autre, l'insecte transporte l'infection, contamine un nouvel animal et ainsi de suite. Des vecteurs de maladies communs, puisqu'on retrouve les culicoïdes partout dans le monde, avec plus d'un millier d'espèces recensées.

Mondialisation et crise climatique

Si les virus existent en Europe depuis deux décennies et que les insectes se sont adaptés aux environnements locaux, alors comment expliquer la crise sanitaire actuelle ? Face à cette question, les chercheurs restent prudents. « *Pour l'instant, on ne sait pas exactement pourquoi ces maladies émergent davantage. Mais on a un faisceau de preuves* », dit Thomas Balenghien, vétérinaire entomologiste au Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement (Cirad).

Ces indices sont en réalité deux faces d'une même pièce : l'activité humaine. D'un côté, l'accélération des échanges qui facilite l'introduction de la maladie sur de nouveaux territoires. Et de l'autre, la hausse des températures qui affecte les culicoïdes, en augmentant leur abondance ou la fréquence de leurs repas selon les zones [3].

Depuis la première introduction de la fièvre catarrhale en Europe du Nord, en 2006, les expertises sur le sujet ont fait un bond. Désormais, les culicoïdes sont étudiés de près, une veille sanitaire internationale a été mise en place et des vaccins sont développés par les laboratoires. Mais les mystères persistent... Si l'apparition de la MHE venue d'Espagne était attendue, rien n'explique l'émergence d'une nouvelle souche de FCO-8 dans le Massif central en août dernier, ni l'introduction de la FCO-3, aux Pays-Bas [4], un mois plus tard. Mutation d'un virus, arrivée de culicoïdes contaminés via l'importation, déplacements d'animaux non déclarés... Les hypothèses sont nombreuses.

« *Tant qu'on n'a pas compris le mécanisme, il est probable que ça se reproduise, car on ne peut pas agir dessus* », reconnaît le chercheur du Cirad. Aujourd'hui, il existe une trentaine de types de fièvre catarrhale et neuf sérotypes de maladie hémorragique. D'autres épizooties sont aussi surveillées de près ; la peste porcine présente en Allemagne ou encore la peste des petits ruminants détectée en juillet dernier, en Grèce et en Roumanie.



Mathilde et Ivan soignent une de leurs brebis blessées sur le dos par des parasites. © Pauline De Deus / Reporterre

Un modèle économique à bout de souffle

Pour l'heure, dans les fermes, chacun gère la maladie au jour le jour. Éleveurs et éleveuses tentent de soulager les bêtes qui vivent avec des articulations enflées, des abcès, de la fièvre, des congestions, parfois une cyanose de la langue, des difficultés respiratoires, entre autres symptômes.

« *On a pu soigner certaines brebis, mais il fallait vraiment qu'elles soient repérées et prises en charge très vite. En plein milieu de l'été, quand les bêtes sont en montagne, cachées au milieu des fourrés, c'est quasiment mission impossible* », observe Virginie Soulageon, vétérinaire en Ardèche. Au vu de la tension actuelle dans les élevages, il n'a pas été possible de la suivre en intervention. À l'autre bout du fil, sa fatigue est palpable : « *On a essayé de faire au mieux, dans la panique générale... C'est du cas par cas.* »

Pour cette jeune vétérinaire, cette crise sanitaire est d'abord imputable à un modèle économique dans lequel les éleveurs ovins peinent à subsister : « *Cela faisait des mois qu'on appelait à la vaccination contre la FCO-8, mais les agneaux ont tellement peu de valeur que souvent les éleveurs ont préféré ne pas acheter les doses. En fait, tout le monde vit dans la misère : les animaux et les paysans.* »



Le Repaire du lézard est peuplé par des brebis Shropshire, une race anglaise ancienne réputée pour l'écopaturage, dont l'avenir dans la ferme est menacé. © Pauline De Deus / Reporterre

À Rochepaule, Mathilde Chopin fait le calcul : « Avec 70 bêtes, il fallait compter 1 200 euros les deux doses. Sachant que certaines peuvent quand même être malades derrière [parmi les effets secondaires, on compte notamment l'avortement]. » Après l'hécatombe de cet été, le couple a décidé de vacciner les survivantes, d'abord contre la FCO-8, puis contre la FCO-3 dont les doses sont financées par l'État. Une troisième campagne de vaccination contre la MHE pourrait encore venir s'ajouter à cela. « C'est tout récent, on n'a pas de retour dessus. Est-ce qu'on prend le risque de le faire à nos animaux ? Je pense qu'on verra selon ce qu'on nous dit quand la maladie commencera à s'approcher. »

Comme beaucoup d'éleveurs de brebis, Mathilde et Ivan risquent de subir une saison blanche. Outre la perte d'une partie du troupeau, ils s'attendent à ne pas avoir d'agneaux cette année en raison des troubles de la reproduction induits par la FCO. « Je pense aussi aux fromagers... Sans mise bas, ils n'auront pas de lait », dit Mathilde. À ses côtés, Ivan alerte : « C'est une crise qui secoue le pays. Il faut vraiment que le gouvernement en prenne conscience. » La nouvelle ministre de l'Agriculture, Annie Genevard, est ainsi attendue de pied ferme au Sommet de l'élevage, qui s'ouvre le 1er octobre à Clermont-Ferrand. En attendant, tous espèrent voir les températures baisser pour neutraliser les culicoïdes et les épizooties, au moins pour quelques mois.

Pauline DE DEUS
1er octobre 2024 (Reporterre)

Après cet article



« Maladie de la langue bleue » : les troupeaux du Nord aussi touchés

Notes

[1] « 1 846 ovins, 507 caprins et 333 bovins avaient été récupérés par les équarrisseurs » entre le 15 juillet et le 6 septembre en Ardèche, d'après un article de l'hebdomadaire *L'Avenir agricole de l'Ardèche*.

[2] Cette maladie touche principalement les vaches.

[3] Pas d'évidence scientifique, même si les modélisations tendent à le montrer dans certains secteurs. Un projet de recherche mené à ce sujet (Rivoc) devrait rendre ses conclusions fin 2025. L'étude des culicoïdes est toutefois complexe puisque cet insecte ne peut pas être élevé en laboratoire et doit être prélevé dans la nature.

[4] En 2006 déjà, la FCO-8 avait été détectée pour la première fois aux Pays-Bas. Le même scénario s'est donc reproduit dans ce pays qui est une porte d'entrée commerciale de l'Europe, notamment par les transports maritimes.

France : la loi contre les « dérives sectaires » criminalise la médecine alternative

En France, toute personne qui déconseille des traitements « manifestement appropriés en l'état des connaissances médicales » peut désormais être condamnée à une peine de prison pouvant aller jusqu'à trois ans ou à une amende pouvant atteindre 45 000 euros. Ainsi, « l'état actuel de la science » dans le domaine de la médecine est élevé par la loi au statut de vérité indiscutable. Celui qui conteste est enfermé. Parallèlement, les doutes concernant des mesures telles que les « vaccins » à ARNm introduits pendant la « pandémie Covid » seront désormais considérés comme une « aberration sectaire ». Les médecins critiques perdent ainsi la possibilité de mettre en garde les gens contre des interventions médicales risquées dès que des scientifiques de premier plan les recommandent. Bien que le Conseil d'État et l'opposition aient jugé la loi liberticide, elle a été adoptée par le Parlement français. L'objectif est clair : en cas de nouvelle « pandémie », la critique, qui était encore possible dans les années Covid, doit être punissable dès le départ. Ces préparatifs visant à étouffer dans l'œuf les dernières résistances à l'avenir, montrent avec force l'importance d'un travail sur tous les mensonges et les violations des droits de l'homme de cette époque. Car il faut savoir qu'Emmanuel Macron fait partie des Young Global Leaders du Forum économique mondial FEM. Parmi ses partenaires, on trouve des groupes pharmaceutiques comme Pfizer, Moderna et AstraZeneca, ce qui explique que le FEM défende aussi leurs intérêts. Dans ce contexte, on peut se demander si Macron a vraiment à cœur le bien-être de son peuple.

24.09.2024

<https://www.kla.tv/30560>