

Lancement d'une commission d'enquête Covid-19 : il est temps de se rappeler l'arnaque H1N1

Le Sénat vient de lancer une commission d'enquête¹ sur la gestion de la Covid-19. L'objectif annoncé est d'examiner « l'adéquation du pass vaccinal à l'évolution de l'épidémie de covid-19 ». Espérons que l'enquête se penchera plus profondément sur l'importance réelle de la crise et les impacts de toutes les décisions prises depuis 2 ans. Le Sénat avait déjà permis il y a 10 ans de faire la lumière sur le plus gros scandale sanitaire jusqu'à aujourd'hui : la pseudo pandémie H1N1. En effet, en 2009 a eu lieu la « première pandémie » du XXI^e siècle. Cet épisode a finalement laissé peu de traces dans les mémoires. Pourtant, tous les ingrédients de ce qui s'est révélé être une arnaque monumentale devraient résonner aujourd'hui dans nos mémoires pour mieux nous faire comprendre ce que nous vivons. Après cet épisode, en 2010, le Sénat avait réalisé un rapport d'enquête parlementaire² permettant d'expliquer les mauvaises décisions qui avaient été prises. Nous y retrouvons la critique des modèles mathématiques utilisés, farfelus et alarmistes, les conflits d'intérêts entre les scientifiques des plateaux de télévision, l'OMS et les laboratoires pharmaceutiques, le tout ayant abouti à une campagne vaccinale aussi chère qu'inefficace.

“ Le désir de pandémie ”

Le premier élément frappant du rapport du Sénat est le choix de ses titres. Ils dénoncent franchement la supercherie de la « pandémie » H1N1. La deuxième partie du premier chapitre s'intitule « LA PANDÉMIE ANNONCÉE EST-ELLE DEVENUE UNE PANDÉMIE ATTENDUE ? ». On y montre que certains scientifiques sont en fait, en attente d'une pandémie. Il s'agit d'être le premier à prévenir de l'arrivée de la catastrophe de façon à en tirer de la notoriété.

1. Les prédictions scientifiques sont-elles devenues inconsciemment des espérances ?

[...] Beaucoup d'interlocuteurs de la commission d'enquête ont insisté sur les mécanismes ayant abouti à la préparation collective des esprits, et notamment de la communauté scientifique, à l'émergence d'un risque pandémique de type H5N1, tendant à transformer inconsciemment ce qui ne sont que des prédictions scientifiques en une sorte de « désir de pandémie » et qui a incité les experts à considérer ce qui n'apparaît aujourd'hui que comme le réassortiment d'un virus ancien, comme le facteur déclenchant de cette pandémie attendue.

Ces mécanismes, assez difficilement saisissables, semblent étroitement liés aux spécificités du domaine de la recherche. D'une certaine manière, en effet, **plus on est capable, techniquement, de chercher des anomalies, plus on en cherche et plus on en trouve sans qu'elles soient pour autant pertinentes.** C'est ce qu'indiquait M. Yves Charpak aux membres de la commission d'enquête^{22(*)} : « *On prédit l'épidémie et sa dangerosité avant qu'elle ne se manifeste cliniquement et ne se confirme avec la détection d'un nouveau variant. Il y a un nouveau variant, il va se mettre à circuler, on va le suivre. Autrement dit, malheureusement, plus on a de laboratoires de recherche, de surveillance en réseaux dans le monde, ce qui est une bonne chose (parce que l'on est capable d'alerter plus précocement et de se protéger mieux), plus on aura des alertes, éventuellement peu significatives.* ». C'est ce que M. Peter Doshi qualifie de « vigilance

¹ <https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/passe-vaccinal-le-senat-lance-officiellement-une-commission-d-enquete-191977>

² <https://www.senat.fr/rap/r09-685-1/r09-685-1.html>

partisane » *via* laquelle vigilance et anxiété peuvent précipiter les événements plus que la maladie elle-même^{23(*)}.

Aujourd'hui, la situation est la même. Tous les laboratoires sont focalisés sur la recherche du « nouveau variant » permettant de passer de l'ombre à la lumière. Evidemment, si tous les laboratoires concentrent leurs efforts sur ce sujet, il y aura toujours un laboratoire pour en trouver un nouveau quelque part et remettre une pièce dans la machine. Le dernier en date, le variant Omicron séquencé en Afrique du Sud³ aura fait couler beaucoup d'encre, d'autres ont précédé et d'autres suivront : cela apporte-t-il quelque chose à la prise en charge des patients ?⁴.

Le rapport du Sénat va plus loin. Il critique le fonctionnement des publications scientifiques, où les chercheurs sont poussés à écrire des articles qui vont « dans le sens du vent ». Dès lors, la recherche scientifique est orientée par un effet boule de neige :

[...] **cette préparation collective**, notamment de la communauté scientifique, à l'émergence d'une pandémie **s'est auto-alimentée**, comme le soulignait M. Jérôme Sclafer^{27(*)}, **avec l'accroissement de l'activité éditoriale autour de ce sujet** : selon la base de données américaine *Medline* qui répertorie les principales revues médicales, si deux publications seulement en moyenne par an, dans les années 1980, portaient un titre contenant l'expression « grippe pandémique », en 1997, dix-huit publications avec un tel titre ont accompagné l'alerte sur la grippe de Hong Kong. L'intérêt pour ce concept a encore augmenté à partir de 2003 puisque cinquante et une publications ont titré sur la grippe pandémique en 2004, cent vingt-quatre en 2005, puis plus de deux cents par an à partir de 2006. Il résulte de ces différents mécanismes qu'**il ne s'agit finalement plus de savoir SI la pandémie va se produire, mais QUAND, faisant de la pandémie de grippe à venir un événement à la fois très probable et lourd de conséquences**. C'est la logique qui ressort de l'avis du HCSP du 5 septembre 2008^{28(*)} qui indique : « *aujourd'hui, la probabilité de survenue d'une pandémie est élevée sans qu'il soit possible d'en prédire la date de survenue et son intensité* ». L'arrivée d'une pandémie est perçue comme quasi inévitable.

La littérature scientifique ainsi auto-alimentée peut générer une prophétie autoréalisatrice. A force de produire des discours alarmistes, le moindre signal peut être identifié comme le début de la catastrophe prédite par les intervenants de ces publications renommées.

Le rapport du Sénat montre enfin que les laboratoires de l'industrie pharmaceutique « espéraient bien » une pandémie, puisqu'ils avaient lourdement investi préventivement pour y faire face :

Au total, les représentants des laboratoires entendus par votre commission d'enquête^{29(*)} ont fait état d'**investissements compris entre 1,5 et 2,5 milliards d'euros**, par laboratoire, ces dernières années au titre de leur préparation à une éventuelle pandémie. Les représentants du laboratoire Roche^{30(*)} ont indiqué, quant à eux, que **la capacité de production mondiale de Tamiflu a été multipliée par vingt ces dernières années**.

Ce fort investissement à tous les niveaux, aussi bien politique que scientifique, explique sans doute en partie que tous les acteurs intervenant dans la gestion des crises sanitaires attendaient cette menace et que

³ <https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/decouverte-de-l-omicron-on-s-est-dit-que-c-etait-une-erreur-7fcee2f6-544a-11ec-a757-a812cb0c2b29#:~:text=Jinal%20Bhiman%2C%20chercheuse%20C3%A0%20I,le%20g%C3%A9nome%20du%20nouveau%20variant.>

⁴ <https://www.france24.com/fr/afrique/20211231-covid-19-pas-de-pic-de-d%C3%A9c%C3%A8s-d%C3%A9c%C3%A9-apr%C3%A8s-la-vague-omicron-en-afrique-du-sud>

dès l'annonce de l'apparition des premiers cas de grippe A (H1N1)v, il était difficile d'imaginer autre chose que l'émergence d'une pandémie.

L'industrie pharmaceutique vise la rentabilité. Il ne s'agit pas d'organisations philanthropiques, mais d'établissements financiers. Il est évident que ses investissements n'ont pas lieu sans de sérieuses garanties de rentabilité future. Le point de vue de ces mastodontes économiques sur les enjeux de santé peut donc logiquement peser lourd dans les analyses des Etats, dont ils sont les partenaires réguliers de discussion et d'action en matière de santé publique.

L'abandon de la notion de gravité : *première mise en cause de l'OMS*

Cela a été dit de nombreuses fois concernant ce que nous vivons depuis 2 ans : toutes les mesures sont prises en fonction d'un nombre supposé de personnes exposées à un risque de décès (cas covid via test PCR), indépendamment du risque réel de décès. Il y a une vraie différence entre être porteur d'un virus et être malade. Il y a aussi une vraie différence entre être faiblement malade et être à l'article de la mort, ou mort.

Le rapport du Sénat de 2010 dénonce l'absence du facteur de gravité dans les vues de l'OMS.

La définition de la pandémie retenue par l'OMS a également joué un rôle central dans le déclenchement des plans nationaux de préparation au risque pandémique. **En ne retenant pas de critère de gravité, elle n'a pas joué son rôle de « filtre ».**

[...] Les orientations de l'OMS de 2009 définissent clairement la pandémie du seul point de vue de sa diffusion géographique, sans retenir de critère de gravité :

- en phase 5, le virus provoque des « *flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins deux pays d'une même région OMS* » ;
- en phase 6, le virus provoque « *des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins un pays d'une autre région de l'OMS* ».

Cette absence de référence à la notion de gravité a ainsi conduit l'OMS, le 11 juin 2009, à **déclarer le passage en phase 6 du plan de lutte contre la pandémie grippale, tout en reconnaissant que celle-ci était « de gravité modérée ».**

C'est ainsi que l'OMS a déclenché une panique mondiale sans jamais vérifier si les gens infectés ou malades, souffraient d'une situation grave ou mourraient.

Le rapport dénonce précisément le changement de définition de pandémie de l'OMS : c'est cela qui a pu créer de toutes pièces une « fausse pandémie »

Les critiques sur la fausse alerte pandémique ont été renforcées par le changement de définition de la pandémie grippale auquel aurait procédé l'OMS, dans les mois ayant précédé la déclaration du passage en phase 6 le 11 juin 2009. [...]

Pour sa part, l'OMS affirme que la définition de base de la pandémie n'a jamais changé.

Mais le rapport montre plus bas le changement de définition ayant fait disparaître les critères de gravité qui a permis de déclencher la panique sans le moindre mort. L'OMS est donc prise en flagrant délit de mensonge.

En 1999

Dans le plan mondial de l'OMS de 1999 de préparation à une pandémie de grippe, une pandémie apparaît lorsque sont réunis des critères géographiques et de gravité :

« La pandémie sera déclarée quand il aura été montré qu'un nouveau sous-type de virus a causé des flambées sérieuses dans au moins un pays et s'est étendu à d'autres pays, avec des types de maladies indiquant qu'une grave morbidité et mortalité sont probables dans au moins un segment de la population » (« The Pandemic will be declared when the new virus sub-type has been shown to cause several outbreaks in at least one country, and to have spread to other countries, with consistent disease patterns indicating that serious morbidity and mortality is likely in at least one segment of the population »)^{51(*)}.

En 2005

Dans le plan mondial de l'OMS de 2005 de préparation à une pandémie de grippe^{52(*)}, la pandémie correspond à une « *transmission accrue et durable dans la population générale* ». Si la « *gravité de la maladie* » figure explicitement (note p. 9) parmi les critères permettant de distinguer les phases 3, 4 et 5, les exemples donnés en phase 5 prévoient, en revanche, la possibilité de cas isolés et en nombre limité, avant le déclenchement de la phase 6.

Mais dans la « *Liste de contrôle OMS pour la planification préalable à une pandémie de grippe* » diffusée par l'OMS en avril 2005^{53(*)}, la pandémie est définie explicitement par un grand nombre de cas et de décès :

« Une pandémie de grippe survient lorsqu'apparaît un virus nouveau contre lequel le système immunitaire humain est sans défense, donnant lieu à une épidémie mondiale provoquant un nombre considérable de cas et de décès. Le nouveau virus grippal est d'autant plus susceptible de se propager rapidement dans le monde que les transports internationaux ainsi que l'urbanisation et les conditions de surpeuplement s'intensifient. »

En 2009

Le plan mondial 2009 de l'OMS de préparation à une pandémie de grippe définit clairement la pandémie du seul point de vue de sa diffusion géographique :

- en phase 5 : des « *flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins deux pays d'une même région OMS* » ;

- en phase 6, le virus provoque « *des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins un pays d'une autre région de l'OMS* »^{54(*)}.

Le rapport sénatorial ne manque pas de souligner la disproportion des mesures que la surestimation de la gravité de l'épidémie a entraînée, en 2009 :

[...] C'est dans un contexte où les certitudes scientifiques étaient faibles que les décisions d'activation des plans de préparation à une pandémie ont été prises pour faire face au risque pandémique. Des mesures lourdes ont parfois été mises en œuvre : certains pays ont émis des conseils aux voyageurs concernant les voyages non obligatoires dans les zones touchées, d'autres ont fermé leurs écoles et certaines entreprises. **Ce que démontrent ces mesures, c'est que les décisions en matière de gestion des risques sanitaires sont assez lourdement influencées par les hypothèses relatives à la nature des pandémies et aux « scénarios du pire » retenus a priori.**

Il y a 10 ans déjà, des projections alarmistes liées à la terreur d'un virus ont servi de justification à des mesures drastiques sans qu'elles soient basées sur une mesure effective du risque encouru par les populations.

Les liaisons dangereuses : seconde mise en cause de l'OMS

En plus de l'abandon de la notion de gravité, l'OMS est lourdement mise en cause dans le rapport du Sénat. Déjà à l'époque les conflits d'intérêts étaient pointés du doigt, faisant porter le soupçon d'une

recherche de profit par certains financeurs de l'OMS plutôt que d'une recherche d'une amélioration de la Santé.

La déclaration, le 11 juin 2009, par la directrice générale de l'OMS d'une pandémie de grippe A (H1N1)v - d'emblée considérée comme « *de gravité modérée* », « *du moins dans ses premiers jours* »^{38(*)} - a rapidement suscité des critiques à l'égard de l'OMS, soupçonnée au mieux d'avoir surestimé le risque et recommandé aux Etats membres des mesures disproportionnées et d'un coût démesuré, au pire d'avoir « inventé » une pandémie sous l'influence des industries pharmaceutiques, désireuses de rentabiliser leurs investissements grâce à l'application des plans nationaux.

[...]

Après avoir d'abord réfuté en bloc ces critiques, considérées comme relevant de « théories du complot », l'OMS semble avoir pris conscience de la nécessité d'en tenir compte, mais les premiers indices de cette prise de conscience sont encore insuffisants.

On notera au passage que la « théorie du complot » était déjà utilisée, à l'époque, pour décrédibiliser toute personne critique à l'égard des instances officielles.

Mais surtout, le rapport du Sénat met en cause les nombreux conflits d'intérêt touchant l'OMS. Tous ces conflits vont dans le même sens : les financeurs de l'OMS ont intérêt à ce que la pandémie soit déclarée, et à ce qu'une vaccination de masse soit enclenchée.

3. L'opacité de l'OMS et son incapacité à gérer les conflits d'intérêts

a) Des experts de l'OMS en situation de conflits d'intérêts

Les critiques adressées à l'OMS sur son incapacité à gérer les conflits d'intérêts et son opacité, largement partagées et détaillées par le rapport de la commission de l'APCE, ont donné lieu à une enquête approfondie des journalistes Deborah Cohen et Philip Carter, publiée le 3 juin 2010 dans le *British Medical Journal (BMJ)*.

On notera que 10 ans plus tard, les plus gros donateurs privés de l'OMS⁵ sont la Fondation Bill & Melinda Gates pour 455M\$ et l'Alliance du Vaccin Gavi (détenu majoritairement aussi par le couple Gates) pour 389M\$. Ainsi la plus grosse influence sur l'OMS vient d'une seule personne. Il s'agit d'un milliardaire connu pour être un promoteur de toutes les vaccinations possibles et imaginables, et investissant massivement à cette fin. La fortune de Bill Gates s'était effondrée⁶ avec l'éclatement de la bulle financière internet au début des années 2000, mais elle a de nouveau atteint des sommets ensuite : Bill Gates n'a jamais été aussi riche que depuis qu'il organise des opérations proclamées « caritatives » à l'aide de sa fondation. Il est visiblement plus rentable de « convaincre » des dirigeants de dépenser l'argent de leur pays pour acheter des traitements médicaux et des vaccins, plutôt que de vendre des logiciels aux consommateurs individuels. Donc en 10 ans, la situation ne s'est pas améliorée concernant les conflits d'intérêt de l'OMS, elle a empiré.

Les modèles mathématiques

Déjà en 2009, les modèles mathématiques les plus alarmistes possibles avaient été publiés. Ils se sont tous révélés fantaisistes. Publier un modèle catastrophiste ne peut que profiter à son auteur. En prévoyant le pire, si jamais le pire n'arrive pas, l'auteur pourra toujours dire que c'est grâce à son modèle que les bonnes décisions ont été prises. Si jamais le pire arrive, il pourra toujours dire qu'il

⁵ <https://www.who.int/fr/about/funding/contributors>

⁶ <https://www.celebritynetworth.com/richest-businessmen/richest-billionaires/bill-gates-net-worth/>

l'avait prévu. A l'inverse l'auteur d'un modèle rassurant prend le risque qu'on lui impute des responsabilités si la réalité est pire que prévue.

Au cours de la pandémie de 2009, deux modèles ont été utilisés en France : celui conçu par l'InVS et l'INSERM à la demande du CLCG [*Comité de Lutte Contre la Grippe, NDLR*] en septembre 2008, dans le cadre de ses réflexions sur l'intérêt d'une vaccination pré-pandémique, et celui développé par l'équipe de M. Antoine Flahault, directeur de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Si seul le premier a servi à formuler des avis officiels, tous deux ont systématiquement surestimé les effets du virus, incitant les pouvoirs publics à persévérer dans l'idée que la vaccination de l'ensemble de la population était nécessaire. Dans son avis du 28 septembre 2009, l'InVS estimait ainsi sur la base de son modèle que **le nombre de décès varierait « entre 6 400 et 96 000 soit 2 à 30 fois plus que la grippe saisonnière »**. M. Flahault, pour sa part, estimait en mai 2009 que **le virus pourrait tuer 30 000 personnes en France 95(*)**. Or, les données cliniques recueillies à ce jour dénombrent 312 morts.

Avant d'essayer de déterminer les causes de cette surestimation, il convient d'insister sur le fait que **les hypothèses formulées sur la base des modèles n'ont pas de valeur prédictive**. Elles présentent simplement des conséquences possibles à partir des paramètres initiaux du modèle, notamment la contagiosité du virus et ses caractéristiques. M. Flahault lui-même regrette d'ailleurs que « *lorsque nous présentons des « scénarios possibles », nous apparaissions comme des prévisionnistes* », alors que, comme il l'a souligné lors de son audition, on ne peut pas fonder une politique sur un modèle purement théorique. Au-delà même de ce problème de compréhension par les autorités de ce qu'est un modèle, **l'absence de corrélation entre les estimations modélisées et la réalité constatée est frappante** : l'estimation la plus optimiste du modèle InVS-INSERM s'est révélée près de vingt fois supérieure à la mortalité réelle.

On découvre dans ce passage qu'Antoine Flahault a été directement impliqué dans la très large surestimation de l'impact de la grippe H1 N1. 10 ans plus tard, il a encore fait partie des plus alarmistes⁷ sur la situation sanitaire, et les médias français publient volontiers ses opinions sur la situation Covid, défendant des mesures liberticides, le passe sanitaire⁸ ou la vaccination massive⁹. Aucune leçon du passé n'a été tirée. Lui-même comme les journalistes semblent avoir oublié la faillite de ses prédictions en 2009. Prédictions qui ont conduit à un scandale financier et sanitaire dont la collectivité porte encore les traces.

Ces modèles mathématiques ont également été l'un des prétextes pour lancer la vaccination de masse. En effet, ces modèles considèrent a priori la vaccination comme efficace contre la transmission d'un virus. Ainsi, en 2009, dès que le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) indiqua que selon lui, par souci d'équité, la vaccination devait être ouverte à tous les Français, les autorités purent considérer que priver certains Français de la vaccination serait scandaleux ...

Il semble donc que les experts chargés de décider de la meilleure stratégie vaccinale aient considéré la nécessité de vacciner l'ensemble de la population comme une évidence *a priori*, fondée notamment sur des critères éthiques validés par le CCNE, alors que ce n'était pas le cas. [...]

Les autorités publiques, convaincues *a priori* de la nécessité d'une vaccination universelle, ont interprété en ce sens la réponse d'experts qui l'auraient peut-être recommandée, mais n'ont pas réellement été consultés sur ce sujet essentiel. Au-delà des améliorations à apporter à l'organisation du système d'expertise lui-même, cela doit inciter les autorités publiques à être plus vigilantes à l'usage qu'elles en font

⁷ https://www.liberation.fr/societe/sante/antoine-flahault-loptimisme-actuel-retarde-la-mise-en-oeuvre-de-mesures-visant-a-reduire-les-transmissions-20220201_25QS3XI5T5GOFPP3WWWU2SM47U/

⁸ <https://www.lefigaro.fr/international/antoine-flahault-le-passe-sanitaire-generalise-est-aussi-efficace-qu-un-confinement-20210716>

⁹ <https://www.illustrer.ch/magazine/antoine-flahault-on-ne-sen-sortira-pas-sans-vacciner-les-enfants-et-les-ados>

La maximisation du risque pandémique

Le rapport de 2009 est très clair sur le fait que les prévisions les plus alarmistes ont toujours été privilégiées. A la fois, le rapport dénonce les *a priori* des « experts » interrogés sur le risque pandémique, mais également le faux consensus scientifique qui a paralysé à l'époque toute analyse différente et moins catastrophique.

a) L'importance des *a priori* des experts

Tout d'abord, plusieurs biais ou *a priori* ont nui à la prise en compte des données qui devenaient au fur et à mesure disponibles concernant les caractéristiques propres à la pandémie A (H1N1)v.
[...]

b) Un consensus paralysant

Investis de la mission d'intégrer l'ensemble des données qui devenaient progressivement disponibles, mais aussi de répondre dans des délais très brefs - parfois 48 heures - aux saisines constantes de la DGS, les membres du CLCG se sont rendus extrêmement disponibles. [...]

Mais cela a eu pour conséquence involontaire **d'écarter les procédures par lesquelles un débat critique peut plus facilement s'instaurer, et a renforcé une dynamique de consensus qui n'était pas propice à l'examen critique systématique des données.** [...]

Les rivalités entre scientifiques ont pu accentuer la tendance à privilégier les hypothèses maximalistes.

10 ans plus tard, on peut constater que seuls les articles les plus alarmistes sont diffusés par les grands médias et les revues scientifiques. Des articles médiocres méthodologiquement, mais prévoyant des hécatombes et défendant les politiques de confinement sont publiés¹⁰, pendant que les articles relativisant les impacts de la mortalité ou discutant du lien entre les actions publiques menées et les bénéfices constatés sont écartés¹¹. Le conformisme et la censure n'ont certes pas reculé depuis 2009.

Il y a 10 ans, nous dit le rapport du sénat, ceux qui ne s'étaient pas trompés sur la maladie, c'étaient les non-spécialistes, et particulièrement les médecins qui exerçaient le soin.

2. La perception plus juste des non-spécialistes

Dans l'ensemble, on doit constater que ceux qui ont pris la mesure exacte du virus étaient des scientifiques qui n'étaient pas spécialistes de la grippe. [...]

Les acteurs de terrain, eux, ne se sont pas trompés, et ont mis en place spontanément une réponse plus adaptée à la réalité de la maladie. [...]

Dans l'ensemble, les médecins généralistes, alors qu'ils n'avaient pas été chargés de conduire la vaccination antigrippale, ont fait face à la pandémie en assurant l'essentiel des soins. 900 000 consultations liées à la grippe A (H1N1)v ont eu lieu pendant la période pandémique : il est remarquable que, comme l'a reconnu la ministre de la santé, cela n'ait pas entraîné de surcharge du système hospitalier, alors qu'on estime en général qu'une épidémie génère des désordres dans le système hospitalier à partir de 700 000 consultations supplémentaires en médecine de ville. **Les médecins généralistes ont donc particulièrement bien géré la réponse à apporter à la pandémie, et ils ont su rassurer leurs patients, évitant un engorgement du système de soins.**

¹⁰ https://youtu.be/-g0v7_e2t6k

¹¹ <https://blogs.mediapart.fr/laurent-mucchielli/blog/260321/l-epidemie-de-covid-19-eu-un-impact-relativement-faible-sur-la-mortalite-en-france>

Chacun a pu constater que 10 ans plus tard, les décisions prises ont été exactement l'inverse de celles préconisées par ce rapport. En interdisant aux médecins de ville de soigner les malades, le ministère de la Santé a désorganisé l'accès aux soins. Les hôpitaux ont été vidés de leurs patients, devant annuler nombre d'opérations prévues pour faire place aux patients covid. Nous savons aujourd'hui grâce aux rapports de l'ATIH que l'année 2020 est l'année record de sous-utilisation de nos capacités hospitalières¹². C'est l'année où les français ont le moins été soignés. Mais les hôpitaux ont dans le même temps vu affluer des patients covid qu'ils n'auraient jamais dû avoir à prendre en charge, si leurs médecins traitants les avaient soignés et accompagnés. Le Conseil Scientifique lui-même a montré que beaucoup de morts Covid-19 sont des patients arrivés trop tard, faute d'avoir vu un médecin avant¹³. Et tout cela continue depuis deux ans et plus, et risque de continuer encore, malgré les préconisations faites il y a dix ans déjà.

Les conflits d'intérêt : *Vacciner pour guérir ou parce qu'il faut vacciner ?*

Les conflits d'intérêt dénoncés par le rapport de 2009 couvrent deux champs : les liens entre les experts publics et l'industrie pharmaceutique sont dénoncés, mais également les liens obscurs ayant conduit à privilégier la vaccination de masse, en dépit de toute logique sanitaire.

C. LA QUESTION INCONTOURNABLE DE LA GESTION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS

Bien qu'aucun élément dont elle dispose ne permette à la commission d'enquête de conclure que des préconisations aient été faites en raison des liens d'intérêt de certains experts, elle ne peut que constater que la pandémie de grippe liée au virus A (H1N1)v a été l'occasion d'une remise en cause sévère de l'expertise publique dans l'opinion en raison des liens d'intérêt de la majorité des experts avec l'industrie pharmaceutique.

II. LA CAMPAGNE DE VACCINATION

La vaccination ne figurait qu'en quatrième position dans la stratégie sanitaire de réponse à la pandémie définie par le plan national « Pandémie grippale », après l'organisation générale du système de soins, les mesures d'hygiène et de protection individuelle, le recours aux antiviraux et autres médicaments - et cette place était logique puisqu'elle ne pouvait être mise en oeuvre immédiatement.

Elle a cependant monopolisé l'attention et pris d'emblée une place prépondérante dans le débat sur la politique de lutte contre la pandémie et sur la perception publique de l'action gouvernementale.

En France - comme dans tous les pays concernés de l'hémisphère Nord, la stratégie de réponse vaccinale a été préparée « *sur la base du scénario le plus défavorable*^{118(*)} », dans l'urgence et sous la pression de l'événement.

Ainsi, en 2009, la vaccination est passée du statut d'outil potentiel à celui d'objectif unique et incontournable. Ce schéma résonne singulièrement à nos oreilles aujourd'hui, évidemment ...

B. UNE STRATÉGIE VACCINALE FIGÉE PAR LES CONTRATS PASSÉS AVEC LES FOURNISSEURS DE VACCINS

En 2009, le Sénat constatait qu'une fois commandées des millions de doses de vaccins, les Etats n'avaient plus logiquement qu'à tenter de les écouler et de justifier leur commande, quel que soit le décalage avec

¹² <https://youtu.be/Ghb3mykWyvA>

¹³ <https://youtu.be/79E-bureKo8>

les nécessités constatées a posteriori, voire le décalage qualitatif entre la promesse du produit acheté et celle du produit reçu et testé.

Là encore, voilà qui peut résonner à nos oreilles aujourd'hui ... En 2021 déjà, mais encore plus en 2022, quand face à un variant omicron très éloigné de la souche originelle du virus Sars-Cov2, les autorités promeuvent l'écoulement des stocks disponibles commandés, version virus 2019.

Par ailleurs, on soulignera qu'en lieu de transparence améliorée depuis 2009, les contrats qui lient les Etats et les laboratoires sont désormais secrets. La seule nouveauté est que les négociations ont dorénavant lieu directement depuis le portable de la Présidente de la Commission Européenne¹⁴...

Une vaccination massive, cela rapporte énormément à certains, cela coûte d'autant à tous les autres - les contribuables. On aurait pu l'oublier en 2020- 2022, car personne ne semble trop enclin à se pencher sur ce sujet, mais c'était un peu le nerf déclencheur du rapport sénatorial de 2010 :

1. Le coût de la vaccination pandémique

Le chiffrage du coût de la campagne de vaccination que fait apparaître le tableau ci-après - 602 millions d'euros - ne peut donc être considéré que comme un ordre de grandeur. Il suffit cependant à indiquer le coût important d'une telle opération^{162(*)}, qui doit notamment inciter, si l'on était amené à la renouveler, à s'interroger sur les moyens de mieux ajuster aux besoins l'importance des achats de vaccins et d'optimiser, en termes d'organisation mais aussi de coût, le dispositif de vaccination.

602 millions ... Que nous ont coûté, en 2021 et encore à l'avenir, avec les achats supplémentaires et les promesses d'achat pour 2022 - 2023, les contrats avec les labos fournisseurs de vaccins ? On est tout à fait hors mesure, désormais. Nécessaires pour toute la population, ces injections, véritablement ?

Pourquoi on peut s'interroger sur l'opportunité d'une politique vaccinale de masse, le rapport du Sénat de 2010 nous l'explique amplement, hors de tout aspect financier.

La place de la vaccination dans la lutte contre la pandémie

Cette première expérience permet cependant de s'interroger sur la possibilité de disposer à temps de vaccins, sur l'utilité de la vaccination - notamment dans un cas comme celui du virus A (H1N1)v, globalement peu pathogène mais pouvant cependant provoquer des cas graves de surinfection virale - d'envisager des pistes de réflexions sur les moyens de définir un usage plus efficace de la vaccination pandémique.

a) Les limites de l'efficacité des campagnes de vaccination

Les délais de mise à disposition des vaccins

En France, la vaccination a débuté trop tard pour que les premiers vaccinés soient immunisés avant le début de la vague épidémique [...]

Comme le rappellent à plusieurs reprises tant les avis du CLCG que ceux du HCSP, une vaccination de masse ne présente d'intérêt collectif que si elle est achevée avant l'arrivée du virus, afin d'obtenir un effet « barrière » qui empêche sa circulation au sein de la population. Une fois le virus circulant, la vaccination présente un intérêt pour la protection individuelle des personnes. Faire prévaloir l'argument éthique aboutissait à écarter cette donnée fondamentale. Ce mélange des domaines, éthique et technique, est donc source de confusions, et ne peut que nuire à l'élaboration de la décision politique, qui doit avoir une perception claire des différentes données pour juger de leur importance relative.

Le rapport concluait il y a 10 ans, *après l'audition des meilleurs experts disponibles en France*, qu'il n'y a pas le moindre intérêt collectif à *vacciner une population une fois un virus installé sur son territoire*.

¹⁴ https://www.lexpress.fr/actualite/monde/europe/textos-echanges-avec-le-pdg-de-pfizer-les-petits-secrets-d-ursula-von-der-leyen_2167051.html

Cela n'a pas empêché les autorités *d'initier ce schéma* pour la Covid-19, alors que son échec était d'avance connu.

Quelle que soit la capacité spécifique des injections anticovid à ralentir les contagions – le rapport de 2009 prévoyait déjà que celle-ci serait nulle - aucun vaccin n'aurait de toutes façons pu se prévaloir d'une telle efficacité.

On ne vaccine qu'à titre préventif, au niveau collectif (voire au niveau individuel) : comment une donnée médicale aussi classique a-t-elle pu être ignorée, sauf à ce que des préconisations "exceptionnelles" aient été promues ? Les mêmes qui faisaient valoir l'urgence de la vaccination massive contre la grippe H1N1 ?

Mener des recherches sur l'efficacité des vaccins antigrippaux

L'efficacité clinique des vaccins antigrippaux est, au mieux, considérée comme incertaine.

Il conviendrait donc de lancer des recherches sur l'efficacité des vaccins antigrippaux, notamment en suivant des cohortes de personnes vaccinées. Il semble en effet inutile de lancer des campagnes de vaccination qui n'apporteraient pas de protection réelle contre la maladie, et pourraient de surcroît inciter à négliger les mesures d'hygiène qui demeurent nécessaires.

Il y a 10 ans il n'était pas tabou de dire que les vaccins antigrippaux n'ont pas apporté une preuve définitive de leur intérêt sanitaire. Aujourd'hui, la moindre remise en cause de l'efficacité d'une injection vaccinale est considérée comme relevant du négationnisme.

En conclusion, la pandémie H1N1 est née d'un désir catastrophiste, qui aurait pu accoucher de millions de morts statistiques et d'une vaccination massive sans l'intervention (innocente) des professionnels de santé : on leur a dit que c'était un virus de grippe, ils l'ont soigné ! Tss ... Personne ne leur avait dit qu'il fallait laisser leurs patients à risque s'aggraver à domicile !

Ce désir a été nourri par des politiques assujettis à leurs cabinets de conseil, par des laboratoires pharmaceutiques voulant rentabiliser leurs investissements, par des scientifiques désirant voir leurs compétences promues, par des médias arrimés aux agences de presse et aux communiqués de presse des personnes influentes.

Tout ce petit monde fonctionnait en 2009, il carbure plein pot depuis 2020.

A l'époque du H1N1, La vaccination de masse avait été présentée comme le seul outil à disposition, et cela s'était soldé par un démenti magistral.

10 ans plus tard, nous avons les mêmes ingrédients, les mêmes protagonistes, qui reproduisent le même schéma. Ils ont été plus violents, en jouant sur la sidération, en imposant le confinement strict de mars-avril et la désorganisation du système de soins, en terrorisant les gens grâce à l'obligation du port du masque - qui fait croire que l'autre est dangereux et risque de nous tuer en respirant. On ne peut qu'imaginer l'impact à long terme d'une telle croyance, en particulier pour les enfants. Ils ont enfin organisé un contrôle permanent des individus sous le prétexte de les protéger.

Ecrire un nouveau rapport parlementaire ? Le plus simple serait de reprendre celui concernant le H1N1, en changeant le nom de la maladie.

En revanche, cette fois-ci il serait bon que le rapport devienne opérationnel, pour éviter aux Français une troisième dose de totalitarisme sous prétexte sanitaire.