

# SYNTHÈSE



20/05/21



## Caractéristiques du Document

8 Pages

Créé le 20/05/2021



## REINFOCOVID Nantes

Région : Pays de la Loire

Structure : Collectif

# Synthèse du Conseil Scientifique Indépendant (CSI)

du 20/05/2021

## TABLE DES MATIÈRES

|   |   |
|---|---|
| 1 SUJETS : .....                            | 2 |
| 1.1 INTERLOCUTEURS : .....                  | 2 |
| 2 CONTENU POUVANT AIDER.....                | 3 |
| 3 RÉSUMÉ.....                               | 3 |
| 4 REPÉRAGES D'ARGUMENTAIRES À RETENIR ..... | 3 |
| 4.1 INTERVENTION DE PIERRE CHAILLOT .....   | 3 |
| 4.2 INTERVENTION DE SURYA ARBY .....        | 5 |
| 4.3 INTERVENTION DE HÉLÈNE BANOUN .....     | 7 |
| 5 ÉCHANGES FINAUX .....                     | 8 |



Synthèse réalisée par l'antenne nantaise de ReinfoCovid.



Lien de visionnage : <https://crowdbunker.com/v/iMae5L8QMlkh>

### 1 SUJETS :

100 000 MORTS, VRAIMENT ? - INTRODUCTION À LA PHARMACOVIGILANCE  
VACCINALE - TESTS PCR ET ANTIGÉNIQUES

#### 1.1 Interlocuteurs



**Pierre Chaillot** (*statisticien "Décoder l'Éco", ancien membre de l'INSEE*)



**Surya Arby** (*informaticien et mathématicien, membre de l'AIMSIB,  
Association Internationale pour une Médecine Scientifique Internationale et Bienveillante*)



**Hélène BANOUN** (*pharmacienne biologiste, ancienne chargée de recherches  
à l'INSERM, a dirigé un laboratoire d'analyses*)

## 2 CONTENU POUVANT AIDER

- Tenir compte de l'évolution de la démographie et de la pyramide des âges afin de connaître réellement les chiffres de la surmortalité. Les calculs de Pierre Chaillot montrent que la surmortalité est due à l'arrivée tardive des patients aux urgences par manque de soins en amont. Il rappelle la recommandation de la prescription de Rivotril dans les EHPAD (décret du 28 mars 2020).
- Article de Hélène Banoun : Evolution of SARS COV-2 - Review of mutation role of the host immune system - <https://hal-archives-ouvertes.fr/hal-032115691>.
- AIMSIB : [www.aimsib.org](http://www.aimsib.org). Mortalité / Décès. « La vie algorithmique », Éric Sadin, éditions de l'Échappée.

## 3 RÉSUMÉ

Vision objective et transparente sur ce que nous vivons actuellement. Présence de Laurent Toubiana. Moderna et Janssen ont vacciné tout le monde, donc il n'y a plus de groupe-contrôle pour évaluer les effets cliniques, ni les données de tolérance à long terme. Le protocole de pharmacovigilance français ne permet pas de déterminer si les effets indésirables sont imputables au vaccin. Sites de référence consultés par Pierre Chaillot de Décodeur l'Eco (chaîne youtube), pour les données de mortalité: [data.gouv.fr](http://data.gouv.fr), INSEE. L'étude de Cauchemez et Fontanet nous apprend que quand on n'est pas soigné on meurt.

## 4 REPÉRAGES D'ARGUMENTAIRES À RETENIR

### 4.1 Intervention de Pierre CHAILLOT



- **5min** - Analyse de toutes les données officielles de mortalité française depuis une année. Ces analyses sont en ligne et référencées. Afin d'analyser les décès toutes causes confondues sur un territoire pendant une certaine période, il est primordial de regarder la population de ce territoire à cette période et détailler selon l'âge des gens à ce moment. Cela s'appelle faire de la démographie. Pour savoir s'il y a eu plus de décès en 2020 que les autres années, il faut regarder si la population a augmenté et vieilli.

- **7min** - La démographie française : pyramide des âges en 2017 et 2020 en France métropolitaine (voir tableau). En 2017 on compte en France 64 639 153 personnes. En 2020 on a 64 897 954 personnes, c'est à dire une augmentation de 0,4% individus. Il faut ensuite chercher à savoir si les personnes en plus en 2020 sont des jeunes ou des vieux. Depuis 2010, la génération dite « Baby Boomer », née entre 1946 et 1970 arrive en nombre à l'âge où on commence à décéder. En trois ans, il y a une augmentation de 7% de personnes de plus de 65 ans. Le vieillissement de la population française est extrêmement fort.

- **9min30** - L'importance de regarder les décès par âge (tableau). Depuis 2010 il y a une augmentation assez régulière de la mortalité. Démographiquement parlant c'est normal de battre chaque année le record de mortalité.

- **10min15** - Méthode de standardisation afin de pouvoir comparer les choses : il y a plus de morts régulièrement depuis 2010 car il y a plus de monde et plus de personnes âgées.

- **10min30** - Décès standardisés avec la pyramide des âges de 2020 (tableau). 2020 est la 6<sup>e</sup> année la moins mortelle de toute l'histoire de la France. 2020 est un record de décès mais pas de mortalité.

- [11min30](#) - Comparaison entre deux épisodes de mortalité forte pour la grippe : 16/12/2016 à 18/02/2017 - 132 275 décès. Pour la Covid-19 - 01/03/2020 à 04/05/2020 : 134 025 décès (voir tableau).

- [12min45](#) - Comparaison à pyramide des âges égale (tableau) : davantage de morts de la grippe en 2017, en proportion, que de la Covid en 2020.

- [13min30](#) - Les décès Covid-19, ce qui se cache derrière les statistiques. Regarder quelle est la part de décès Covid dans la mortalité toutes causes.

- [14min](#) - Courbe de comparaison des décès totaux et des décès Covid-19 : 100 000 vs 650 000. On attribue 100 000 décès à la Covid entre mars 2020 et avril 2021. Sur la même période il est décédé en tout en France 750 000 personnes . On fait le focus sur 100 000 personnes alors que dans le même temps, 650 000 personnes sont aussi décédées, parmi lesquelles des jeunes, morts de maladies, d'accidents, de suicides, etc.

- [15min22](#) - Morts à l'hôpital, quand la Covid éclipse le reste (graphique). Données récupérées sur <https://www.data.gouv.fr/fr/>

- [16min15](#) - En terme de nombres (graphique) : en période hivernale (janvier, février, mars), on compte chaque année en moyenne 950 décès par jour. Entre le 18 mars et le 18 avril 2020, le seuil est dépassé pendant un mois tous les jours pour arriver à 1 150 décès par jour, soit 200 décès de plus que lors d'une période hivernale normale. On atteint un pic le 31 mars 2020 avec 1 345 décès.

- [18min08](#) - Décès quotidiens à l'hôpital Covid / hors Covid non cumulés (graphique). À partir du 18 mars, transfert d'attribution des décès vers la Covid. L'attribution des décès dus aux autres maladies a baissé; à partir de novembre 2020 tous les morts sont attribués à la Covid, ce qui est étrange.

- [20min](#) - (graphique) 23 328 décès : surmortalité attribuée à la Covid ; Santé Publique France annonce 70 771 décès à l'hôpital ; 50 000 sont dans la mortalité normale hivernale à l'hôpital. En période normale il y a environ 800 décès par jour à l'hôpital, c'est dû à notre démographie. La mortalité hivernale aurait dû remonter. On ne voit aucune surmortalité à l'hôpital. Comme si aucune autre maladie hivernale n'existait.

- [21min25](#) - Une étude de Cauchemez-Fontanet datant de mai 2020 nous apprend qu'en mars-avril 2020, 17 % des personnes arrivant à l'hôpital pour la Covid-19 sont décédées le 1<sup>er</sup> jour. Ce qui est réellement démontré avec ces chiffres, c'est que ces personnes sont arrivées trop tard à l'hôpital et n'ont pas bénéficié de soins en amont. Cette « remarquable » étude nous apprend en fait que lorsqu'on n'est pas soigné, on meurt. La moitié des gens sont arrivés trop tard. On peut se demander qui a ordonné de ne pas soigner, d'interdire de prescrire et de se rendre à l'hôpital lorsque la situation s'est suffisamment aggravée pour qu'il soit trop tard..

- [23min28](#) - Si on considère qu'arriver trop tard à l'hôpital c'est mourir dans les 3 jours, alors cela explique absolument toute la bosse (courbe) de surmortalité hospitalière en mars- avril 2020.

- [24min35](#) - Décès en EHPAD : c'est le 2<sup>e</sup> endroit où on attribue des décès Covid selon les données de Santé Publique France. Voir les courbes. En mars-avril tous les décès en EHPAD ont été attribués à la Covid. Ce qui n'a aucun sens car les personnes ont pu continuer aussi à mourir de vieillesse ou / et d'autres pathologies. Il s'agit clairement d'un comptage politique.

- [27min31](#) - Surmortalité en EHPAD quand on ressuscite de la Covid-19 : 26 104 décès annoncés par SPF pour la période de mars- avril. Il meurt chaque jour 227 personnes dans les EHPAD, on arrive donc à un total de 16 775 décès en surmortalité pour cette période. Il faut rappeler que plus il y a de décès en EHPAD plus on compte d'entrées de personnes qui vont décéder à leur tour car ce système fonctionne à flux tendu. On sait aussi que par décret du 28 mars 2020 un médicament, le Rivotril, a été distribué en EHPAD afin « d'aider » les personnes à mourir. Si on additionne les décès à l'hôpital et ceux en EHPAD attribués à la Covid, on arrive à 40 103 décès, ce qui est loin des 100 000 décès annoncés.

- [28min40](#) - Décès à domicile (INSEE), ceux qu'on ne veut pas voir. SPF ne les comptabilise pas, car pour eux on meurt de la Covid soit à l'hôpital soit en EHPAD. On observe les mêmes courbes que celles de l'hôpital et des EHPAD. 23 247 personnes en surmortalité à domicile. Les personnes décèdent exactement de la même manière durant cette période qu'à l'hôpital ou en EHPAD. SPF explique que durant la période mars-avril il manque 300 personnes chaque semaine aux urgences pour des AVC et 300 pour des urgences cardiaques. Ce qui fait 6 000 personnes pour la période. 23 247 personnes en surmortalité à domicile qui ne sont pas estampillées Covid car il ne faut pas dire que l'on ne prend pas en charge. En raison du confinement ces personnes ne se sont pas fait soigner.

- [31min35](#) - Conclusion - bilan de ce qui se passe par rapport aux décès de la Covid et des décès toutes causes : la surmortalité hospitalière que l'on observe (étude Cauchemez-Fontanet !) est probablement dûe à l'arrivée trop tardive des patients . Les décès dans les EHPAD qu'on ne sait pas très bien attribuer mais où certaines décisions ont été prises qu'il faudra mettre en perspective, et les décès à domicile qui sont la preuve de personnes que l'on ne prend pas en charge du fait des décisions qui sont prises.

#### Commentaires :

- **Laurent Toubiana** : Exposé passionnant ! Comment porter ce genre de message plus loin ? Pierre a pris le temps pour calculer, déceler, expliquer. Le message est complexe à rediffuser. Nous avons tenté de le faire et avons assisté à une levée de bouclier, on a été discrédités.

- **Dr Louis Fouché** : Expérience perçue du réel et réalité numérique, globale, herméneutique, interprétation des chiffres du réel, folie interprétative. Le grand public a lui vécu le Covid de façon tout à fait hors du réel, au travers des litanies de morts, de chiffres. Le mensonge sera éventé un jour mais cela prendra du temps car lorsqu'on est allé trop loin dans le mensonge on préfère tordre le réel plutôt que de dire qu'on a menti.

## 4.2 Intervention de Surya ARBY



- [41min10](#) - La pharmacovigilance est une discipline et des activités liées à la détection, l'évaluation, la compréhension, la réponse et la prévention des effets indésirables dus aux médicaments. L'origine remonte en 1968 suite aux drames de la thalidomide un anti nauséeux distribué aux femmes enceintes qui a engendré entre 10 et 20 000 malformations fœtales (OMS). En France la pharmacovigilance se développe en 1970. Création du PRAC en 2010.

- [42min45](#) - Elle débute lors des essais cliniques de phase 1. Notifications spontanées, système passif de notification d'évènements indésirables. Groupe EPIPHARE.

- [44min49](#) - Notification spontanée VAERS aux USA ; en France la notification est gérée par l'ANSM. EUDRA Vigilance. Il y a un problème de qualité des dossiers : descriptions incomplètes et pauvres, difficile d'en tirer quelque chose. Existence d'une forte sous-notification : 99 % d'effets indésirables passent sous les radars. Il y a entre 0,5 % et 3 % de notification. Le reste n'est jamais notifié.

- [48min45](#) - Imputabilité : estimation du degré de causalité entre la prise d'un médicament et la survenue d'un effet indésirable. En France : utilisation obligatoire d'une méthode officielle. Algorithme de décision au cas par cas aboutissant à un score (pas de prise en compte du contexte épidémiologique). Imputabilité intrinsèque (critères chronologiques et sémiologiques).

- [50min15](#) - Challenge - apparition de l'évènement, déchallenge - disparition de l'évènement, rechallenge : réapparition de l'évènement suite à la reprise du médicament. La méthode d'imputabilité française (obligatoire !) ne fonctionne pas pour mesurer les effets indésirables vaccinaux.

- [51min15](#) - Comment cela marche avec les vaccins ? Les méthodes d'imputabilité classiques ne fonctionnent pas car tous les critères chronologiques de la méthode sont mis en défaut. En effet une fois administré le vaccin déclenche dans l'organisme une cascade d'évènements immunologiques qui perdure malgré l'absence de ré-administration. Seuls les effets indésirables locaux ou immédiats ou les réactions qui surviennent après l'administration de vaccins vivants atténués peuvent être imputables avec un bon degré de confiance. La pharmacovigilance de routine apporte peu d'éléments permettant d'évaluer la sécurité à long terme d'un vaccin. (Le Louët et al, Which pharmacovigilance for vaccines ? *Thérapie* 2007,62:241-7).

- [53min44](#) - Dans le cas de la vaccination anti-Covid, la méthode d'imputabilité ne sert à rien dans la plupart des cas. Chez Pfizer, l'analyse d'un cas de purpura thrombopénique immunologique avec rechallenge positif, même s'il avait été constaté avant normalisation de la formule plaquettaire, avait déjà été considéré comme un élément fort en faveur d'une possible responsabilité du vaccin et transmis à l'échelon européen où un signal similaire était en cours d'investigation. ANSM enquête de pharmacovigilance du vaccin Pfizer-BioNTech Cominaty / Rapport n°14 : période du 16 avril 2021 au 29 avril 2021 / CRPV de Bordeaux, CRPV de Marseille.

- [54min](#) - Analyse d'un cas de purpura après 1<sup>ère</sup> dose puis après 2<sup>e</sup> dose : effet indésirable imputable dans ce cas au vaccin listé dans les caractéristiques du produit. C'est le seul cas où l'imputabilité fonctionne car on administre 2 doses.

- [55min45](#) - Les éléments de langage systématiquement évoqués depuis au moins 25 ans : la causalité n'est pas démontrée - aucun lien de causalité n'a pu être établi. On ne fait jamais rien pour démontrer la causalité sus mentionnée. Les outils à disposition ne fonctionnent pas. La causalité certaine n'existe pas (imputabilité « très vraisemblable ou RR+ IC 95 % sur études épidémiologiques). RCP Genhevac B.

#### Commentaires :

- **Dr Eric Ménat** : Intéressant et inquiétant car on ne peut ni douter ni discuter, un vaccin ça ne se discute pas.

- **Dr Olivier Soulier** : Sous-déclaration des effets secondaires, religion vaccinale, on a vacciné les groupes contrôles.

- **Dr Louis Fouché** : Les décès sont-ils calculés différemment ? Non car on ne peut pas re-vérifier si le patient re-décède donc on déclare une imputabilité douteuse.

- **Dr Philippe de Chazournes** : Certaines compagnies aériennes commencent à hésiter à prendre en charge des personnes vaccinées car il y a une possible augmentation des risques de thromboses, de phlébites et d'embolies pulmonaires en vol. Ce serait intéressant d'étudier les données du SAMU de Bordeaux qui s'occupe de ces signalements. Transformer les centres 15 en centres de veille sanitaires.

- **Pierre Chaillot** : Corrélation positive entre le début d'une campagne de vaccination et l'augmentation du nombre de décès, selon les données de world in data.

### 4.3 Intervention de Hélène BANOUN



- [1h12min](#) - Mais où sont passés les Covid + ? Santé Publique France déclare en semaine 18 (du 3 au 9 mai 2021) : 123 183 personnes testées Covid + . Le réseau Sentinelles déclare la même semaine : 7 267 malades ayant consulté leur généraliste. Il reste 115 916 personnes. On note 6 499 passages aux urgences, il reste 109 417 personnes. SOS médecins comptabilise 600 actes durant cette semaine. Restent 108 817 personnes. Il y a 8 062 hospitalisés avec une PCR + qui ne sont pas forcément entrés pour un Covid mais ont été testés positifs à leur entrée. Enfin on compte 1 537 décès à l'hôpital. Le total restant est de 99 218 personnes, dont on ne sait où ils sont passés : ni morts ni hospitalisés et n'ont pas vu un médecin. Il y a une nette discordance entre les chiffres du réseau Sentinelles et ceux de SPF.

- [1h15min40](#) - La différence des chiffres pourrait être attribuée à des problèmes sur les tests. Pourquoi les tests PCR et antigéniques ne sont pas adaptés à la surveillance épidémique ? Pour des raisons de sensibilité, de spécificité, de faux positifs et faux négatifs. Qu'est-ce que la PCR et comment cela fonctionne ? Un test clinique est conçu pour guider le médecin dans le diagnostic, lorsqu'il est face à un malade présentant des symptômes. Pas pour faire des études de santé publique.

- [1h16min33](#) - Tableau explicatif du test PCR. Pour faire un PCR on prélève des fragments de l'ARN viral, synthèse de l'ADN complémentaire, amplification sur plusieurs cycles consécutifs, multiplication par 2 de la quantité à chaque cycle (voir légende de Sissa inventeur du jeu d'échec).

- [1h19min](#) - Le Lancet confirme que l'on peut avoir des faux positifs pas seulement par des problèmes de quantification mais aussi par contamination des échantillons lorsqu'on fait beaucoup de PCR dans un laboratoire, ou par excrétion prolongée de fragments de virus non viable. Des scientifiques indépendants affirment dans la revue Zenodo (novembre 2020) qu'il y a des failles au niveau méthodologique et moléculaire qui ont des conséquences majeures sur le taux de faux positifs. Il y a aussi des problèmes de spécificité selon la Société Française de Microbiologie : les tests PCR spécifiques vont-ils chercher uniquement le virus de la COVID et pas d'autres coronavirus ? Ces tests ne sont pas évalués pour la spécificité, ils sont seulement étalonnés par le centre national de référence.

- [1h20min](#) - Comment peut-on quantifier les PCR ? On peut approcher la quantité de virus infectieux qui est dans le prélèvement, par la quantité de virus que l'on peut cultiver sur des cellules. Ces cultures sur cellules ne peuvent être faites que dans des laboratoires de recherche, elles sont impossibles dans les laboratoires de ville. Quel est le nombre de cycles recommandé : si on a une quantification PCR au-dessus de 28 cycles on n'a quasiment plus de virus viable et après 12 jours suivant l'apparition des symptômes on n'a plus de virus cultivable. (réf. : New England Journal of Medicine). Malgré cela la Haute Autorité de Santé recommande de conserver un CT maximum de 40 cycles d'amplification pour les PCR. Cela pourrait expliquer la différence des nombres de cas évoquée au début. Pourquoi n'utilise-t-on pas les tests salivaires en France ? Ils sont fiables et sensibles, malgré la communication officielle en France (Université Colorado Boulder utilise ces tests pour son personnel et les étudiants).

- [1h22min30](#) - Beaucoup de doutes sur la fiabilité des tests antigéniques ; beaucoup de faux positifs. Plus le taux d'incidence est faible dans une population, et plus le taux de faux positifs est élevé : 92 % de faux positifs selon la Fondation Cochrane. Plus on teste plus il y a de cas. Les cas ne sont pas des malades.

- [1h23min58](#) - La Haute Autorité de Santé recommande les autotests ou tests pratiqués par les enseignants ou les parents, de la maternelle à l'université, dans les colonies de vacances, au moins une fois par semaine. On dénombre 497 tests différents sur le marché, difficile de s'y retrouver. Pourquoi la HAS ne recommande-t-elle les PCR salivaires que chez les jeunes enfants ? Pourquoi interdit-elle de pratiquer un test antigénique sur un test salivaire ? Comment peut-elle dire qu'ils ne sont pas assez efficaces, puisqu'ils n'ont pas été évalués par le Centre national de référence. Les études Salicov, Samlicov et Covisal sur les tests salivaires ont-elles été enterrées ! La validation des tests antigéniques et des auto-tests n'ayant pas été terminée on ne peut intégrer les données dans les statistiques.

## 5 ÉCHANGES FINAUX



- **Dr Fouché** : Quelle cohérence ? Ça veut dire qu'on ne veut pas soigner les gens ! Follow the money ! On veut nous fourguer un vaccin. On n'a même pas été capable de comptabiliser les malades. Un test positif n'est pas la maladie. Le covid c'est la maladie inflammatoire induite par la présence du virus dans votre corps. Un test positif dit que vous avez du virus ou un fragment de virus. Quelle est la probabilité d'être malade si j'ai un test positif sans symptômes : on prend le problème à l'envers. C'est plutôt si j'ai des symptômes quelle est la probabilité que je sois malade. On peut être malade avec un test négatif.

- **Dr Ménat** : La biologie est là pour éclairer la clinique et pas le contraire, je ne soigne pas des analyses, je soigne des gens.

- **Hélène Banoun** : Pourquoi on va excréter du virus quand on n'est plus malade. L'ARN du virus peut s'intégrer dans notre génome. Ça peut expliquer les petits morceaux de virus que l'on continue à excréter.

- **Dr Ménat** : Rassurer les internautes ; les morceaux de virus qui persistent ne sont pas infectants, pas contagieux. Il y a une probabilité de persistance d'une maladie inflammatoire et immunitaire mais qui n'est plus infectieuse.

- **Pierre Chaillot** : Les algorithmes vont décider de notre vie selon la volonté de certains décideurs. On fait croire aux gens qu'il existe un médicament miracle. On se laisse déresponsabiliser. Les statistiques n'ont pas à diriger les gens.