

Introduction

Cet écrit fait suite à une lettre ouverte adressée à trois confrères du conseil de l'Ordre des médecins, restée sans réponse. Il s'agit d'une réflexion sur la responsabilité des médecins dans ce que je pense être le plus grand désastre sanitaire, à savoir l'injection généralisée d'un produit expérimental à base d'ARNm de la protéine spike du Sars-CoV-2.

Il n'était pas besoin d'être médecin pour comprendre qu'inoculer la nouvelle technologie à base d'ARNm à nucléoside modifié de la protéine spike du Sars-CoV-2 était dangereux et téméraire : refuser ce poison était à la portée de n'importe quel étudiant de 2^e cycle des études médicales. Expliquer en quoi les études des laboratoires pharmaceutiques étaient trompeuses⁴ serait une perte de temps. Le but de cet article est de présenter les arguments recueillis directement auprès des médecins (hommes et femmes, exerçant en libéral ou salariés, avec ou sans fonction universitaire) légitimant l'injection.

L'enthousiasme général des médecins pour la nouvelle potion à ARNm semble incontestable. Il est donc fort probable que la majorité des médecins a soutenu un ou plusieurs de ces arguments à un moment ou à un autre depuis l'irruption du Sars-CoV-2. On remarquera, après analyse, que ces arguments sont bien faibles. L'acceptation de cette nouvelle technologie expérimentale est survenue dans un cadre plus général d'abandon pur et simple de la médecine hippocratique. Ce livre tentera en dernier lieu de comprendre l'origine d'une telle indigence intellectuelle et morale.

Au préalable, il est important de signaler que cette entreprise d'empoisonnement généralisé par la nouvelle technologie expérimentale à ARNm n'a pu survenir qu'avec la participation passive et active de toute la population française. Tout a été mis en œuvre pour décrédibiliser tout traitement contre la maladie à Sars-CoV-2 afin de permettre l'autorisation de mise sur le marché conditionnelle de produits présentés comme des vaccins. En effet, si un traitement contre le Sars-CoV-2 avait été reconnu par les instances régulatrices, la mise sur le marché de ces « vaccins » aurait été interdite. Les médecins n'ont été qu'un maillon bien faible de cette grande opération commerciale. Si l'industrie pharmaceutique en collaboration avec l'État français a pu faire oublier aux médecins leurs engagements et leurs tabous, elle a

également réussi à franchir une grande partie des défenses physiques et mentales des Français.

Par ailleurs, ce qui suit n'est pas un travail de recherche et ne vise pas l'exhaustivité. J'espère aider toutes les personnes victimes de maltraitance médicale à traverser leur deuil quelles que soient la nature et l'ampleur de leurs pertes.

L'irruption d'une nouvelle médecine

L'abandon de la médecine

Pour commencer, je me permets de rappeler les principes de base de la médecine humaine. Ces principes ne peuvent pas avoir été oubliés par les médecins. Ceci n'est pas un excès d'exigence. C'est même ce que la société attend des médecins : une obligation de moyens sans obligation de résultat. Les médecins ont une obligation de formation continue, et sont tenus de connaître les limites de leurs connaissances théoriques et pratiques et d'agir en conséquence. Il est important de savoir que le seul dénominateur commun à tous les médecins est d'être studieux et d'avoir une bonne mémoire. Ces principes me sont restés en mémoire depuis qu'ils m'ont été enseignés entre 2004 et 2019. Pour les autres principes que je n'ai pas pu retenir, je me suis contentée d'écouter les nombreux scientifiques et professeurs de médecine qui ont partagé leur savoir.

Petit rappel de la médecine normale :

- Le secret médical est la base de la relation entre le médecin et le patient : le patient a une confiance complète en son médecin pour lui révéler son intimité, et le médecin a alors toutes les informations importantes nécessaires au diagnostic et au traitement.
- Le médecin donne à son patient une information loyale, claire et appropriée avant d'administrer un traitement.
- Un traitement doit être donné après avoir recueilli le consentement libre et éclairé du patient.
- Le médecin ne laisse pas une infection s'installer avant de traiter son patient.
- Le médecin voit en consultation des patients malades.
- Avant de donner un traitement, le médecin examine son patient.
- Avant de réaliser un test à visée diagnostique, le médecin examine son patient. Le but est de limiter les faux-positifs et les faux-négatifs.
- Un test à visée diagnostique n'a d'intérêt que si le médecin a un traitement à proposer.
- Un test PCR ne se fait pas à la légère car le risque de faux-positif est important.

- Dans la mesure du possible, on ne doit pas traumatiser les enfants par des tests ou des prises de sang car le traumatisme persiste toute leur vie.
- Un produit expérimental n'obtient pas d'autorisation de mise sur le marché 1 an après sa fabrication mais après au moins 10 ans.
- Les molécules n'ont pas une fonction unique dans le corps. Leur fonction dépend notamment de leur environnement et des molécules auxquelles elles se lient.
- Les vaccins sont des protéines.
- Les vaccins ne sont ni trimestriels, ni quadri-mestriels, ni semestriels mais confèrent une immunité stable.
- On ne donne pas en population générale un produit anti-infectieux partiellement efficace car cela favorise le développement de mutants résistants.
- Les produits expérimentaux ne doivent, en aucun cas, être administrés en population générale et, en particulier, à des enfants ou à des femmes enceintes.
- La balance bénéfice-risque s'estime au niveau individuel et non au niveau collectif.

Tous ces principes ont été ignorés à partir de mars

2020 avec une facilité déconcertante. L'engouement pour les études randomisées, contrôlées contre placebo, en double aveugle et multicentriques est également incompréhensible. Les médecins n'ont jamais attendu ce type d'étude pour traiter leurs patients. Seuls les laboratoires pharmaceutiques peuvent se permettre de sortir ce type d'étude onéreuse et laborieuse dans les meilleurs délais. L'infection à Sars-CoV-2 était une maladie rare au moment de sa survenue fin 2019, or les médecins ont toujours su agir face à une maladie rare. Je vous donne un exemple.

Durant la dernière année de mon internat, nous avons été confrontées à un cas très complexe d'une patiente sous immunosuppresseurs qui présentait un volumineux botriomycome digital avec un risque important d'hémorragie. La tumeur avait récidivé après son exérèse chirurgicale et les traitements antiviraux avaient échoué. Cette tumeur était causée par un parapox virus. Le nodule d'Orf n'a aucun traitement parce qu'il régresse spontanément chez les personnes qui ont une immunité saine. Pour les personnes plus fragiles, il n'y a pas de traitement « consensuel » car les cas sont exceptionnels. Le cas semblait désespéré : si on diminuait la dose des médicaments suppresseurs de l'immunité, la patiente risquait de perdre son greffon rénal. Une de mes co-internes s'était donnée pour mission de traiter cette patiente. Elle

a donc épluché la littérature scientifique et a trouvé un article décrivant un cas de guérison par cryothérapie. Elle s'est donné les moyens de mettre en œuvre le traitement proposé par le « case report ». Elle a demandé l'aide d'un chirurgien plasticien qui lui a expliqué comment réaliser l'anesthésie loco-régionale du doigt puis, une fois par semaine, elle a traité la tumeur par cryothérapie jusqu'à régression complète. Les complications de l'anesthésie loco-régionale et de la cryothérapie sont bien connues parce que ce sont des traitements anciens. Avant cela, elle a demandé, en réunion, à ses supérieurs, l'autorisation de mener ce traitement. Personne ne l'a accusée de charlatanisme, personne ne lui a demandé de revenir avec une étude randomisée contrôlée contre placebo, en double aveugle, multicentrique. Ma consœur a pu ainsi, sur la base d'une seule étude sur un seul patient, éviter une amputation à sa patiente. Avant l'irruption du Sars-CoV-2, un médecin qui prenait ce genre d'initiative était considéré comme un bon médecin.

Les médecins ont oublié leur éthique, leurs connaissances médicales et leur rôle. S'ils ont pu justifier l'inoculation généralisée d'ARNm à la population française et en particulier l'inoculation aux femmes enceintes, c'était sur la base d'arguments tout à fait contestables.

Les ressorts de l'abomination : de mauvaises prémisses

Comprendre comment l'abomination est rationalisée et justifiée m'intéresse au plus haut point. Je vous présente donc ce long travail de dissection. Afin de raccourcir les temps de discussion avec mes confrères, je m'étais tout de suite attaquée au problème de la femme enceinte. Les raisonnements tenus par ces médecins peuvent être généralisés à tout le monde : ce que l'on donne, les yeux fermés, à une femme enceinte, tout le monde peut le recevoir les yeux fermés. La femme enceinte représente virtuellement tout le monde : c'est une adulte saine qui « héberge » un enfant. Mais elle est extrêmement fragile et se rapproche dans une certaine mesure de la maladie : elle a un trouble immunitaire qui permet le développement de cellules du non-soi en elle. Quand on autorise un produit à une femme enceinte, cela équivaut quasiment à l'autoriser aux enfants, aux adultes, aux personnes saines, aux personnes présentant des troubles immunitaires et/ou des cancers. L'inoculation d'ARNm a d'ailleurs été infligée à l'ensemble de ces catégories de la population française.

Avant l'irruption du Sars-CoV-2, les médecins ne donnaient aucun traitement aux femmes enceintes, à moins d'un risque de mort imminente ou de maladie chronique très grave. J'ai donc été consternée de constater que les médecins avaient accepté d'inoculer l'ARNm

aux femmes enceintes. Voici quelques-uns de leurs arguments :

1. La vaccination est indispensable parce qu'elles sont sujettes à des formes graves.
2. En plus, les femmes enceintes « vaccinées » ont un moindre risque de thrombose que les femmes enceintes «non vaccinées».
3. Les femmes enceintes « vaccinées » qui développent tout de même des thromboses suite au « vaccin » auraient eu, de toute façon, des complications thrombotiques dans le cas d'une infection par Sars-CoV-2.
4. Et les informer de notre méconnaissance des effets secondaires à long terme sur elles comme sur leur enfant reviendrait à influencer leur décision (ce qu'il ne faut surtout pas faire).

Ces propos m'ont fait comprendre après une longue période de déni que les médecins avaient abandonné la médecine. Ils ont abandonné les connaissances apprises en faculté de médecine et les principes éthiques du Serment d'Hippocrate que tous les médecins prononcent le jour de l'obtention de la thèse d'exercice. Leur raisonnement est vicié et ne peut plus être qualifié de « médical ».

La mauvaise estimation de la balance bénéfice-risque

Le 1^{er} argument est le signe d'une mauvaise évaluation de la balance bénéfice-risque. Il s'agit d'une évaluation du risque d'effets indésirables que l'on accepte de prendre en regard du bénéfice attendu, à savoir l'amélioration de l'état de santé. Une personne en danger de mort acceptera un traitement dangereux si elle pense que sa survie peut être prolongée. Une personne handicapée par une maladie rare acceptera d'être cobaye si on lui fait caresser l'espoir que le handicap pourrait disparaître. À l'inverse, une personne atteinte d'un rhume n'acceptera pas de finir aveugle suite à la prise d'un médicament contre la toux.

Il est impossible de conclure qu'injecter l'ARNm est moins dangereux pour une femme enceinte que de développer l'infection à Sars-CoV-2 tout simplement parce que personne ne sait si l'ARNm est sûr. Les effets secondaires d'un traitement peuvent être dangereux pour la femme enceinte par plusieurs aspects : pour sa propre santé, pour la survie et le développement de son enfant, pour la poursuite de la grossesse, pour le déroulement d'une grossesse ultérieure.

Les médecins se sont révélés plus confiants que le laboratoire lui-même puisque le laboratoire Pfizer n'a pas fait d'étude sur l'innocuité de l'ARNm dans la population des femmes enceintes. De toute façon, les études sur

les femmes enceintes ne sont pas éthiques.

Le principe de la balance bénéfice-risque, qui n'est qu'une forme de pragmatisme, ne s'évalue qu'au niveau individuel. Un médecin ne traite que son patient et son entourage proche. Un médecin n'a pas pour vocation de traiter la population française générale avant son patient ou de sacrifier son patient pour la population française.

Une méconnaissance des statistiques

Le 2^e argument confine au ridicule. En voici une petite reformulation : injecter l'ARNm chez une femme enceinte pourrait empêcher la survenue de thromboses. Autrement dit, l'ARNm pourrait être un anticoagulant. Cet argument ne tient pas non plus du point de vue d'un statisticien. En effet, pour pouvoir comparer deux groupes, à savoir les femmes enceintes « vaccinées » et les femmes enceintes non « vaccinées », il faut que les femmes enceintes soient comparables du point de vue, notamment, de l'âge et de l'état de santé avant et pendant la grossesse. La deuxième condition essentielle est que ces femmes « vaccinées » soient en nombre suffisant. Il s'agit du principe de puissance statistique. Si une étude scientifique a une grande puissance, le résultat de l'étude sera dit « significatif » et exploitable pour aider à établir des liens de causalité entre un produit et ses effets. Il faut beaucoup de cobayes « vaccinés » pour juger de l'effet

de l'ARNm. Si vous ne « vaccinez » que 2 femmes enceintes et que vous comparez la probabilité qu'elles développent une thrombose par rapport à la probabilité que 5000 femmes enceintes non « vaccinées » développent une thrombose, vous n'êtes pas crédible. La probabilité de trouver une thrombose chez 5000 femmes est plus élevée que chez 2 femmes. C'est le hasard : cela ne signifie pas que votre nouvelle potion protège des thromboses.

En somme, pour savoir si les femmes enceintes peuvent développer des thromboses à cause de l'ARNm, les femmes enceintes doivent devenir des cobayes. Et il faut un nombre conséquent de cobayes pour tirer des conclusions exploitables sur les effets de l'ARNm. C'est la raison pour laquelle vous remarquerez que, quand des effets délétères sont découverts chez des femme enceintes « vaccinées », dans une étude de pharmacovigilance⁵, la conclusion sera que le lien entre les effets délétères et la « vaccination » n'est pas prouvé. Autrement dit, il n'y a pas eu assez de cobayes pour dire que l'ARNm est dangereux.

Une méconnaissance de l'immunologie

Le 3^e argument dénote une méconnaissance de l'immunologie. La réaction immunitaire à un agent viral dépend de la porte d'entrée empruntée par cet agent. Quand