

Revue de presse N°41

JUILLET 2026

pour les adhérents et internautes

Ou « Lu Pour Vous », en vrac.

Les textes n'engagent que leurs auteurs

Actualités

Rencontres, manifestations, événements

2-3 July, 9-17, London & web [The Covid-19 Pandemic as a world-historical event](#)

4 juillet, 9-20, Saintes Rencontre « [Le Prix de la santé : entre éthique et économie](#) »

Organisée par l'association [Nec Mergitur 17](#) et d'autres associations

Avec Pr G. Tritto, C. Lalo, Drs N. et G. Delépine, Dr T. Pinsolle...

Réservation 12 €+ nec-mergitur-17@hotmail.com ou 06 68 07 90 86

4 juillet, Brindas Journée du documentaire engagé

Dont pièce des Indispensables « *En marche ou crève* » autour de la loi du 5 août 2021

9 juillet, Bordeaux Décision E3M vs Google

9 juillet, 20 h 45 CSI

[étude EPIPHARE publiée en décembre 2025, concluant à l'absence de surmortalité chez les personnes vaccinées contre le Covid-19.](#)

Martin Zizi (MD, PhD, ex-directeur scientifique à la Défense),

Xavier Azalbert (économiste, statisticien et administrateur de Bon Sens) et Hélène Banoun (pharmacienne biologiste, ex-INSERM) décryptent ensemble les biais méthodologiques majeurs, les incohérences numériques et les problèmes de transparence des données.

10 juillet ? Remise du rapport de la mission gouvernementale *Prévention santé*

10 juillet, 20 h 30 CIS « Se préparer à la consultation médicale de son enfant »

Inscription nous contacter@ikmail.com

18 juillet, 10 h 30 - 21, Saint-Gaudens [Festival Liberté d'expression, où en sommes-nous?](#)

Par le collectif *Liberté Comminges Pyrénées* avec Chloé Frammery et Alexandra Henrion-Caude

Rencontres, manifestations, événements

22 juillet, 19 h (Paris) et replay Koz'Océaane

Laurent Mucchielli, [« Le consentement obligé : un nouveau modèle sociétal ? »](#)

Dr Philippe de Chazournes, Dr Anne Moro, chirurgien pédiatrique

📺 *July 22 CHD TV — Brian Hooker: Informed Consent*

📺

July 29 10 a.m. ET Rand Paul vs Antony Fauci

31 juillet Renouvellement de la Commission Technique des Vaccinations

📺 *July 31, CHD TV — Polly Tommey & Theresa Wrangham: Consent Forms Parents Sign*

📺 *5 août, 19 h 30 - 21 h, visio « Cinq ans après la loi du 5 août »*

[Syndicat Liberté Santé](#) [s'inscrire](#)

Alors que se profile l'obligation vaccinale contre la grippe, des soignants...

Actualités

[L'OMS et l'UNICEF ont publié leur rapport sur les couvertures vaccinales nationales](#)

[mesvaccins.net](#) *Patrick GEROME, le 19/07/2026*

La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus rentables, responsable d'environ 4,4 millions de décès par an.

L'arnaque des 11 vaccins obligatoires depuis 2018

Réseau International Le 1^{er} juillet 2026, par **Philippe D.**

source : [Corinne Lalo](#)

CSI Fausse pandémie et vrais mensonges (épisode 9)

Le 8^e mensonge : Les vaccins Covid - La seule solution

Le 2 juillet 2026 127 min

[Corinne Lalo et Louis Fouché](#)

[Myofasciite à macrophages – Etude de cas au Portugal](#)

22 juin 2026 /dans [Du côté des scientifiques](#), [Les articles de la rédaction](#), [Recherches scientifiques](#)/par [Zoé MARTIN](#)

Une cohorte de personnes atteintes de la myofasciite à macrophages (MFM) a été mentionnée au Portugal dans les années 2010, ce qui a donné lieu à cette publication de Santiago & al. **(2015)** : *Macrophagic myofasciitis and vaccination: Consequence or coincidence ?*

Contexte de l'étude de cas sur la MFM au Portugal

Le 3 janvier 2026, une équipe de soignants a publié une étude de cas dans une revue portugaise de santé au travail : Impact professionnel de la myofasciite à macrophages : une pathologie **consécutives** aux adjuvants vaccinaux

Résumé de l'étude de cas par E3M

La myofasciite à macrophages est une entité clinique associée à une morbidité et un impact fonctionnel importants, souvent sous-estimée en raison de sa présentation non spécifique et de l'absence de pratiques diagnostiques adéquates, telles que la biopsie musculaire. Le délai entre l'administration du vaccin contenant un adjuvant à base d'aluminium et le début des symptômes peut être long, allant de quelques mois à 15 ans. (...)

Actuellement, il n'existe pas de traitement spécifique pour la MFM.

La prise en charge clinique repose sur la limitation de l'exposition à l'aluminium et sur le recours à des stratégies thérapeutiques associant immunosuppresseurs, anti-inflammatoires non stéroïdiens, analgésiques et antidépresseurs.

Dans certains cas, les patients peuvent bénéficier d'une corticothérapie, avec une réponse variable. Compte tenu du taux élevé d'invalidité associée, notamment dans le domaine cognitif et la fatigue chronique, l'implication des équipes de santé au travail dans l'adaptation ou la reconversion des postes de travail est essentielle pour faciliter la réinsertion professionnelle et minimiser les absences prolongées.

Le dépistage précoce de la maladie et une approche thérapeutique multidisciplinaire sont indispensables pour améliorer la qualité de vie des travailleurs concernés.

Accéder à l'article original en portugais [ici](#).

17-year-old Jessica Ericzon died suddenly 40 hours after third Gardasil vaccine

RIP News Worldwide · Le 29 juin à 16:40 ·

Jessie était une athlète brillante, en bonne santé, et une étudiante motivée. Elle avait de grands rêves et un bel avenir.

Quand son médecin a recommandé le vaccin Gardasil pour la protection contre le cancer du col de l'utérus, nous avons fait des recherches, lu la brochure et choisi de procéder aux trois injections.

- 1^{re} injection : juillet 2007 – pas de problème.

- 2^e injection : septembre 2007 – après, elle a développé de graves maux de tête, des douleurs dans le bas gauche de sa tête, une fatigue extrême (**en français dans le texte**) et des douleurs articulaires. On pensait que c'était à l'entraînement sportif. Le médecin a appelé ça le stress et a suggéré du Tylenol.

- 3^e injection : 20 février 2008. Le lendemain, elle devait être à l'université à 10 h.

Lisa et moi sommes rentrés du travail ensemble. La maison était calme, la lumière de la salle de bains, allumée. Lisa a frappé et a ouvert la porte... et j'ai trouvé notre belle fille morte. Elle était décédée soudainement, 40 heures seulement après sa dernière injection de Gardasil.

Le légiste a dit qu'elle était morte sur le coup.

Le rapport final est revenu onze semaines après : cause indéterminée.

Critique de l'étude EPIPHARE concluant à l'absence de surmortalité chez les personnes vaccinées contre le Covid-19.

CSI Le 9 juillet 2026 115 min

Martin Zizi (MD, PhD, ex-directeur scientifique à la Défense),

Xavier Azalbert (économiste, statisticien et administrateur de Bon Sens)

Hélène Banoun (pharmacienne biologiste, ex-INSERM)

Louis Fouché (médecin anesthésiste)

décryptent ensemble les biais méthodologiques majeurs, les incohérences numériques et les problèmes de transparence des données.

Pr Marc Tadié, expert judiciaire : « La sécurité des soins ne fait pas encore partie de la culture française »

PAR ARNAUD JANIN - LÉA PETIT SCALOGNA - PUBLIÉ LE 03/07/2026

Expert judiciaire auprès des tribunaux et de la Commission nationale des accidents médicaux, le Pr Marc Tadié, 82 ans, recense 30 000 morts par accident médical chaque année en France. Le

neurochirurgien honoraire dénonce dans [«Le Scandale des accidents médicaux»](#), paru le 2 avril 2026, une omerta aussi bien chez les praticiens qu'à tous les niveaux de l'État. Mesuré dans son adresse aux médecins, il les invite à repenser leurs pratiques.

LE QUOTIDIEN : Dans votre livre, vous affirmez que plus de la moitié des 200 000 accidents médicaux comptabilisés en France par an seraient évitables grâce à des mesures simples et faciles. Quelles sont-elles ?

PR MARC TADIE : Depuis 2002, j'ai réalisé plus d'un millier d'expertises à propos d'accidents médicaux. J'ai constaté qu'ils étaient, hélas !, très fréquents alors que des mesures pourraient en partie les éviter. Des protocoles standardisés de surveillance postopératoires, que les sociétés savantes mettraient en place, permettraient de diagnostiquer précocement les complications et de les traiter. Après une chirurgie de la colonne vertébrale, par exemple, il arrive qu'un hématome postopératoire se manifeste par des douleurs, des fourmillements, un déficit au niveau des membres et des problèmes urinaires. Dès que ces symptômes apparaissent, il faudrait réaliser un examen de contrôle pour repérer l'hématome et l'opérer dans la foulée. C'est ennuyeux pour le patient, car il est opéré deux fois, mais il va ressortir sur ses deux jambes et sans séquelle. Trop souvent, quand un patient se plaint d'avoir mal et de ne plus sentir ses jambes, on lui répond « oui, oui, ça va s'arranger ». Le lendemain, on le retrouve paraplégique.

Ensuite, il est nécessaire de remplir systématiquement les *check-lists* au bloc opératoire. Plus de 40 % ne sont pas remplies [selon une étude française publiée par *BMJ Journals*, NDLR]. Ceux qui ne jouent pas le jeu considèrent sûrement tout cela comme une perte de temps et une charge inutile. Nous pourrions mettre en place une personne formée à la sécurité, comme dans les avions, qui indiquerait : « Non, vous n'avez pas le droit de commencer à opérer, vous n'avez pas rempli la check-list. »

Enfin, au bloc opératoire, il faudrait appliquer des mesures simples de prévention des infections. Il s'agirait d'interdire les smartphones ou d'empêcher aux personnels de descendre leur masque sous la bouche parce qu'il fait chaud pendant une longue opération.

Les chiffres diffèrent sur les accidents médicaux mortels : 50 000 décès par an selon les associations, 5 000 selon le ministère. Comment arrivez-vous à 30 000 ?

J'ai repris chaque accident cause par cause : 7 000 à 8 000 morts pour les erreurs de médicaments (prescription, absence de prise en compte des interactions, mauvaises seringues ; 8 000 pour les erreurs de parcours de soins à cause du manque de lits d'aval ; 4 000 pour les infections nosocomiales, d'après la Cour des comptes ; 6 000 pour les erreurs techniques en chirurgie qui sont à rapprocher des défauts de surveillance. Enfin, les problèmes liés aux patients dans un service, comme les tentatives de suicide, portent le total à 30 000 morts, et cela sans compter les décès liés à l'obstétrique, à l'anesthésie et à la réanimation.

Dans les faits, très peu d'accidents médicaux sont déclarés : selon la Cour des comptes, un seul événement indésirable grave sur 64 est déclaré et, sur mes 135 expertises, seules deux l'ont été. Personne ne conteste ces chiffres, y compris la ministre de la Santé, Stéphanie Rist, même si elle n'a pas retenu ma proposition de créer un poste de délégué interministériel. Ce sujet est trop brûlant pour l'élection présidentielle qui se profile.

Vous parlez d'omerta. Pourquoi ?

Cette sous-déclaration est permise par un silence de tous autour des accidents. Pour les praticiens, nous sommes en train de passer de l'absence totale de notion de sécurité à celle de la culpabilité. Ils se disent souvent : « J'ai fait une erreur, je suis coupable, donc

je ne la déclare pas.» Faire une erreur, ce n'est pas bien, mais ne pas l'analyser et la corriger, ce n'est pas bien du tout. La sécurité des soins ne fait pas encore partie de la culture française. Elle doit être enseignée aux étudiants, aux praticiens dans des sessions postuniversitaires et dans les congrès.

Les établissements, eux, se rendent compte que les conditions dans lesquelles les médecins travaillent ne sont pas idéales. Pour paraphraser le président Georges Pompidou, la consigne est : « N'emmerdons pas » plus les médecins qu'ils le sont déjà... Et les patients ne savent pas qu'ils peuvent aussi déclarer ces accidents via un portail national spécifique.

Comment aller plus loin ?

La Cour des comptes préconise dans ses conclusions des sanctions financières, mais c'est, selon moi, une mauvaise solution. Je propose plutôt une labellisation qui atteste de la sécurité des soins pour les praticiens, les services et les établissements de santé. Cela fonctionnerait sur un principe simple : médecins et hôpitaux s'engagent à la déclaration des EIG, à l'étude du retour d'expérience et à la formation à la sécurité. Dans ce cas, ils pourront accoler le label à leur plaque. Pour les patients, il s'agit d'une assurance que les praticiens sont conscients du problème, se forment et étudient les accidents. Dans ce contexte, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) aurait des missions supplémentaires : repérer les accidents qui n'ont pas été déclarés, rappeler à l'ordre les responsables et retirer le label en cas de récurrence.

Une partie du décalage entre les accidents médicaux et leur signalement relèverait, selon vous, d'un problème de codage. Pourquoi ?

Voici une illustration : un homme ou une femme arrive à l'hôpital avec des céphalées brutales. Aux urgences, le médecin diagnostique une migraine et ce patient rentre à son domicile. Quelques heures plus tard, le mal perdurant, la personne revient à l'hôpital. On lui fait un scanner, on lui trouve une hémorragie méningée et elle est envoyée en neurochirurgie où elle est opérée de son anévrisme. Elle va soit en garder des séquelles, soit mourir. Au final, ce patient sera codé non pas « accident médical par retard de diagnostic », mais décès ou hémiparésie par rupture d'anévrisme. Le patient sera encodé dans la catégorie AVC, soit la deuxième cause de décès en France.

Qu'est-ce que ces accidents coûtent chaque année à la société ?

Le montant des dépenses afférentes à la réparation des préjudices évitables est de 11 milliards par an, selon la Cour des comptes. Une indemnisation moyenne de l'Oniam est évaluée à 150 000 euros aujourd'hui, elle était de 20 000 euros en 2002. Le coût de l'incidence sur le travail est également considérable.

Faudrait-il réformer l'hôpital pour éviter ces drames ?

La tarification à l'activité (T2A) a créé une tension sur le nombre de lits sans marge de sécurité et une pression sur l'activité des soins. Redonnons un volant de lits aux urgences et à la chirurgie ambulatoire afin de garder les patients difficiles. Il faudrait aussi prolonger le temps de transmission des infirmiers de 15 à 30 minutes. Les staffs pluridisciplinaires et les revues de morbidité doivent être vécues non plus comme une contrainte, mais comme la seule façon d'améliorer les soins. Revenons aussi sur la réforme des chefs de pôle, qui a été une erreur.

Vous affirmez que le taux d'accident pour les anesthésistes-réanimateurs est inférieur à 0,5 %. Pourquoi font-ils mieux que les autres ?

Les médecins et les sociétés savantes des autres spécialités doivent suivre l'exemple de l'anesthésie-réanimation, qui a réussi à réduire drastiquement les incidents et à conserver un personnel très nombreux. Il faut aussi dire qu'un accident médical lors

d'une opération est immédiatement identifiable. Leurs sociétés savantes ont pris en main le problème : mise au point de la double consultation préopératoire faite par deux médecins différents, *check-list* très détaillée, monitoring peropératoire avec un binôme infirmier/junior et un senior, repérage de toutes les sources de complication et, enfin, suivi postopératoire en salle de soins post-interventionnel.

Est-ce que l'IA et le numérique peuvent aider à réduire les accidents médicaux ?

L'IA, déjà opérationnelle pour le diagnostic en radiologie ou en dermatologie, doit devenir le copilote du médecin pour désigner des signaux faibles, ce qui est loin d'être le cas pour l'instant. Par exemple, un protocole de surveillance fait par les sociétés savantes pour l'arthrodèse lombaire intégré à une solution d'IA peut montrer des fourmillements ou des difficultés à uriner, ce qui donnera lieu en urgence à un scanner. Sur les milliards d'euros dépensés chaque année pour indemniser les accidents médicaux, une petite partie pourrait être investie dans l'IA.

* « *Le scandale des accidents médicaux* », Le Cherche Midi, 240 pages, 19,80 euros, avril 2026

Propos recueillis par Léa Petit Scalogna et Arnaud Janin

Scolariser votre enfant sans vaccin : est-ce possible ?

[ENFANCE VIVANTE](#) le 30 avr. 2026 28 min (médiocre sous-titrage IA)

Amandine TOUSSAINT, maman militante ayant refusé la vaccination pour ses enfants, témoigne de son parcours. (réussi, au moins pour l'instant)

Comment la loi Ripost va criminaliser la distribution d'ivermectine ou d'hydroxychloroquine

L'article 10 de la loi Ripost fait basculer les trafics de médicaments dans le régime de la criminalité organisée. Ce que cela change pour l'ivermectine et l'HCQ.

Par Élise Rochefort

Le projet de loi « visant à offrir des réponses immédiates aux phénomènes troublant l'ordre public, la sécurité et la tranquillité de nos concitoyens », dit Ripost, a été **adopté par le Sénat le 26 mai 2026** ; l'Assemblée nationale, qui a achevé son examen début juillet, doit se prononcer par un vote solennel aujourd'hui. Le texte est présenté par le ministère de l'Intérieur comme une loi de sécurité du quotidien — rodéos urbains, *free parties*, protoxyde d'azote, mortiers d'artifice. Il comporte un article 10, peu commenté, qui **étend la procédure pénale applicable à la criminalité organisée aux trafics de médicaments commis en bande organisée**. L'ivermectine et l'hydroxychloroquine, deux molécules dont l'usage contre le Covid-19 a fait l'objet d'un contentieux sanitaire et judiciaire continu depuis 2020, sont des substances vénéneuses soumises à prescription médicale obligatoire.

Leur distribution en dehors du circuit autorisé entre donc dans le champ que ce texte fait basculer vers le régime le plus dérogatoire de la procédure pénale française. La présente chronique décrit ce que le droit punit déjà, ce que l'article 10 modifie, et ce qui reste indéterminé.

Ce que le droit punit déjà

L'article 10 ne crée aucune infraction nouvelle et ne modifie aucune peine. La répression existe, et elle est antérieure à la crise sanitaire. L'**article L. 5432-1 du code de la santé publique** punit de 5 ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende la production,

le transport, l'importation, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi de substances vénéneuses en violation de la réglementation. Les peines sont portées à 7 ans et 750 000 euros lorsque les faits sont commis en bande organisée — cette aggravation figure déjà dans le code. Le même article aggrave l'offre ou la cession réalisée au moyen d'un réseau de télécommunications à destination du public, ainsi que les prescriptions ou dispensations dites de complaisance, et permet la confiscation des substances saisies. S'agissant des deux molécules citées, le cadre s'est resserré en 2020 et 2021. L'hydroxychloroquine a été inscrite sur la liste II des substances vénéneuses par un arrêté du 13 janvier 2020 ; le décret du 26 mai 2020 a abrogé la dérogation qui permettait sa prescription hospitalière contre le Covid-19, la dispensation en officine restant limitée aux indications de l'autorisation de mise sur le marché. L'ivermectine dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour des indications antiparasitaires ; l'Agence nationale de sécurité du médicament a écarté en 2021 son utilisation contre le Covid-19 en dehors des essais cliniques. La prescription hors AMM demeure possible dans les conditions de l'article L. 5121-12-1 du même code, sous la responsabilité du prescripteur ; un pharmacien qui délivre sur ordonnance valide n'est pas, en principe, en infraction.

Ce que l'article 10 modifie

La modification est procédurale, et elle est substantielle. En inscrivant les trafics de médicaments commis en bande organisée dans le périmètre de l'[article 706-73-1 du code de procédure pénale](#), le texte ouvre aux enquêteurs, dès l'enquête préliminaire, les techniques jusqu'ici réservées à la criminalité organisée : interceptions de communications, géolocalisation, sonorisation de lieux et de véhicules, captation de données informatiques, recours aux *IMSI-catchers*, infiltration. L'article 13 du même projet [porte de 48 à 72 heures la durée maximale de la garde à vue](#) pour les délits économiques et financiers commis en bande organisée. S'y ajoutent des dispositions transversales : la durée de conservation des données du fichier de lecture automatisée des plaques d'immatriculation passe de quinze à trente et un jours à un an, et les contrôles avec fouille de bagages et de véhicules deviennent possibles sans réquisition du procureur dans une bande de quarante kilomètres le long des frontières terrestres et maritimes, ainsi que dans les ports et aéroports internationaux.

La qualification qui déclenche tout

L'ensemble du dispositif est suspendu à une qualification : la bande organisée, définie par l'article 132-71 du Code pénal comme tout groupement formé ou toute entente établie en vue de la préparation d'une ou plusieurs infractions. Cette qualification relève, au stade de l'enquête, de l'appréciation du parquet, sous le contrôle ultérieur du juge. Un pharmacien qui délivre seul, au comptoir, une boîte sans ordonnance reste dans le droit commun : l'article 10 ne le concerne pas. Une filière — un grossiste, un pharmacien, des revendeurs ; ou un circuit d'importation et de revente structuré via des messageries en ligne — est susceptible d'être qualifiée de trafic en bande organisée, avec l'intégralité des moyens d'enquête décrits plus haut. Les précédents de la période 2020-2022 montrent que des circuits parallèles d'approvisionnement en ivermectine et en hydroxychloroquine se sont effectivement constitués, par importation individuelle ou par achats groupés ; c'est ce type de configuration que la nouvelle qualification permettrait d'atteindre.

La situation de l'acheteur appelle une description distincte. Aucune infraction d'usage n'existe pour ces molécules, qui ne sont pas des stupéfiants, et le projet de loi n'en crée pas. La lettre de l'article L. 5432-1 mentionne l'« acquisition » parmi les opérations réglementées, mais la poursuite de simples patients n'est pas documentée dans la

jurisprudence disponible. L'exposition de l'acheteur est indirecte : ses communications avec une filière placée sur interception sont légalement captées et versées à la procédure ; des achats groupés suivis de redistribution pourraient, eux, recevoir la qualification de participation au trafic.

[La responsabilité du médecin prescripteur](#)

Le médecin occupe, dans cette chaîne, une position juridiquement distincte de celle du pharmacien. La liberté de prescription est un principe posé par l'article R. 4127-8 du code de la santé publique et par l'article L. 162-2 du code de la Sécurité sociale ; elle s'exerce « dans les limites fixées par la loi ». La prescription hors AMM n'est pas une infraction : l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique l'autorise en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, lorsque le prescripteur la juge indispensable au regard des connaissances médicales avérées, à charge pour lui de porter la mention « prescription hors autorisation de mise sur le marché » sur l'ordonnance, d'informer le patient et de motiver sa décision dans le dossier médical. C'est ce cadre général que le pouvoir réglementaire a fermé, pour l'hydroxychloroquine contre le Covid-19, en restreignant sa dispensation en officine aux seules indications de l'AMM : une ordonnance conforme aux règles de prescription peut ainsi ne pas être honorée. Aucune restriction de dispensation équivalente n'a été prise pour l'ivermectine.

La responsabilité du prescripteur s'ordonne ensuite sur trois plans.

Le plan disciplinaire a été le plus actif : entre 2020 et 2023, les chambres disciplinaires de l'Ordre des médecins ont sanctionné plusieurs praticiens pour des prescriptions d'hydroxychloroquine ou d'ivermectine hors du cadre légal et pour la promotion publique de traitements insuffisamment éprouvés, sur le fondement des articles R. 4127-14 et R. 4127-39 du code de déontologie ; le professeur Didier Raoult s'est vu infliger [une interdiction d'exercer pendant deux ans](#).

Le plan civil est celui de la réparation : en cas de dommage, une prescription hors AMM sans respect des conditions légales fait peser sur le médecin la charge de démontrer la conformité de sa décision aux données acquises de la science.

Le plan pénal, enfin, est celui que la loi Ripost peut réagencer : la prescription elle-même n'y expose pas, mais l'article L. 5432-1 aggrave expressément les « prescriptions de complaisance », et un médecin qui alimenterait en ordonnances un circuit de distribution structuré entrerait, au même titre que le pharmacien ou le grossiste, dans une éventuelle qualification de trafic en bande organisée — avec les techniques d'enquête et la garde à vue de 72 heures qui s'y attachent. La ligne de partage est donc la suivante : le médecin qui prescrit dans le cadre de l'article L. 5121-12-1 relève du contentieux ordinal ; celui dont l'ordonnance devient la pièce d'un circuit organisé relève, si le texte est adopté, du régime de la criminalité organisée.

[Les positions en présence](#)

Le ministère de l'Intérieur justifie l'article 10 par la lutte contre les trafics de médicaments falsifiés ou détournés adossés à la criminalité organisée, et l'allongement de la garde à vue par la complexité des dossiers économiques et financiers ; le ministre a résumé l'objectif du texte par la formule [« sanctionner plus vite, plus fort et de manière systématique »](#). Le [Syndicat de la magistrature](#) a publié des observations critiques sur le projet, en pointant l'extension continue des régimes procéduraux dérogatoires à des contentieux nouveaux. Aucun des deux ne mentionne l'ivermectine ni l'hydroxychloroquine : le rattachement de ces molécules au dispositif résulte de leur statut de substances vénéneuses, non d'une désignation expresse. Il reste que les circuits alternatifs constitués autour des traitements contestés du Covid-19 présentent, du point de vue d'un parquet, les caractéristiques matérielles d'un trafic de médicaments —

approvisionnement, distribution, entente — et que le texte ne prévoit aucune distinction selon la finalité thérapeutique ou lucrative du circuit.

Ce qui reste indéterminé

Trois points ne pourront être établis qu'après l'adoption définitive. La liste exacte des infractions du code de la santé publique insérées à l'article 706-73-1, que l'étude d'impact ne détaille pas, déterminera le périmètre réel du dispositif. Le texte issu du vote de l'Assemblée peut encore différer de la version sénatoriale. Une saisine du Conseil constitutionnel, enfin, n'est pas exclue s'agissant de l'extension d'un régime procédural dérogatoire — le Conseil a déjà censuré, en 2014, la garde à vue de 96 heures en matière d'escroquerie en bande organisée, au motif que la gravité de l'atteinte aux libertés doit être proportionnée à celle de l'infraction.

L'article 10 est, à ce stade, une disposition de procédure. Son périmètre effectif se mesurera aux qualifications que les parquets retiendront.

La grippe ne tue pas assez de personnes âgées ?

Minotte Degun Le 22 juillet 2026

Contre l'avis des experts (tous opposés), la HAS veut obliger tous les soignants et les personnes en contact avec les personnes âgées à se vacciner.

La grippe ne tue pas assez de personnes âgées ?

Contre l'avis des experts (tous opposés), la HAS veut obliger tous les soignants et les personnes en contact avec les personnes âgées à se vacciner avec un produit qui

- * augmente le risque d'infection

<https://doi.org/10.1101/2025.01.30.25321421>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20386731/>

- * n'empêche pas la transmission aux personnes âgées

[https://www.cochrane.org/.../CD005187 flu-vaccination...](https://www.cochrane.org/.../CD005187_flu-vaccination...)

- * fait excréter 6 fois plus de virus lorsqu'on est infecté

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29348203/>

- * n'empêche pas la transmission

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23413420/>

« Une obligation vaccinale annuelle progressive des professionnels pour protéger les personnes les plus vulnérables

Concernant les professionnels, la HAS recommande la mise en place d'une obligation vaccinale annuelle contre la grippe, d'une part, pour l'ensemble des professionnels de santé (salariés ou libéraux), d'autre part, pour les autres professionnels des établissements de santé et des établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées, en contact avec des personnes à risque de forme sévère de grippe. Par cohérence, la HAS recommande la mise en place de la même obligation vaccinale pour les élèves et étudiants des filières médicales et paramédicales. »

<https://www.has-sante.fr/.../la-has-se-prononce-sur-l...>

11 experts sur 13 du groupe de travail étaient défavorables à une vaccination obligatoire.

Deux experts estimaient que l'obligation était théoriquement envisageable, mais non pertinente actuellement. Donc aucun des experts n'était en faveur de l'obligation de vaccination. Il n'y a qu'à lire le document complet de la HAS. C'est le Collège qui a ensuite décidé d'outrepasser l'avis de ses experts.

[Montélimar : le personnel de l'hôpital se mobilise contre l'obligation vaccinale](#)



Le personnel mobilisé devant l'hôpital © Radio France - Maya Baldoureaux-Fredon



[Maya Baldoureaux-Fredon](#)

Publié le vendredi 23 juillet 2021 à 19 h 45

Une centaine de personnes se sont mobilisées devant l'hôpital de Montélimar pour protester contre l'obligation vaccinale des personnels soignants et non soignants.

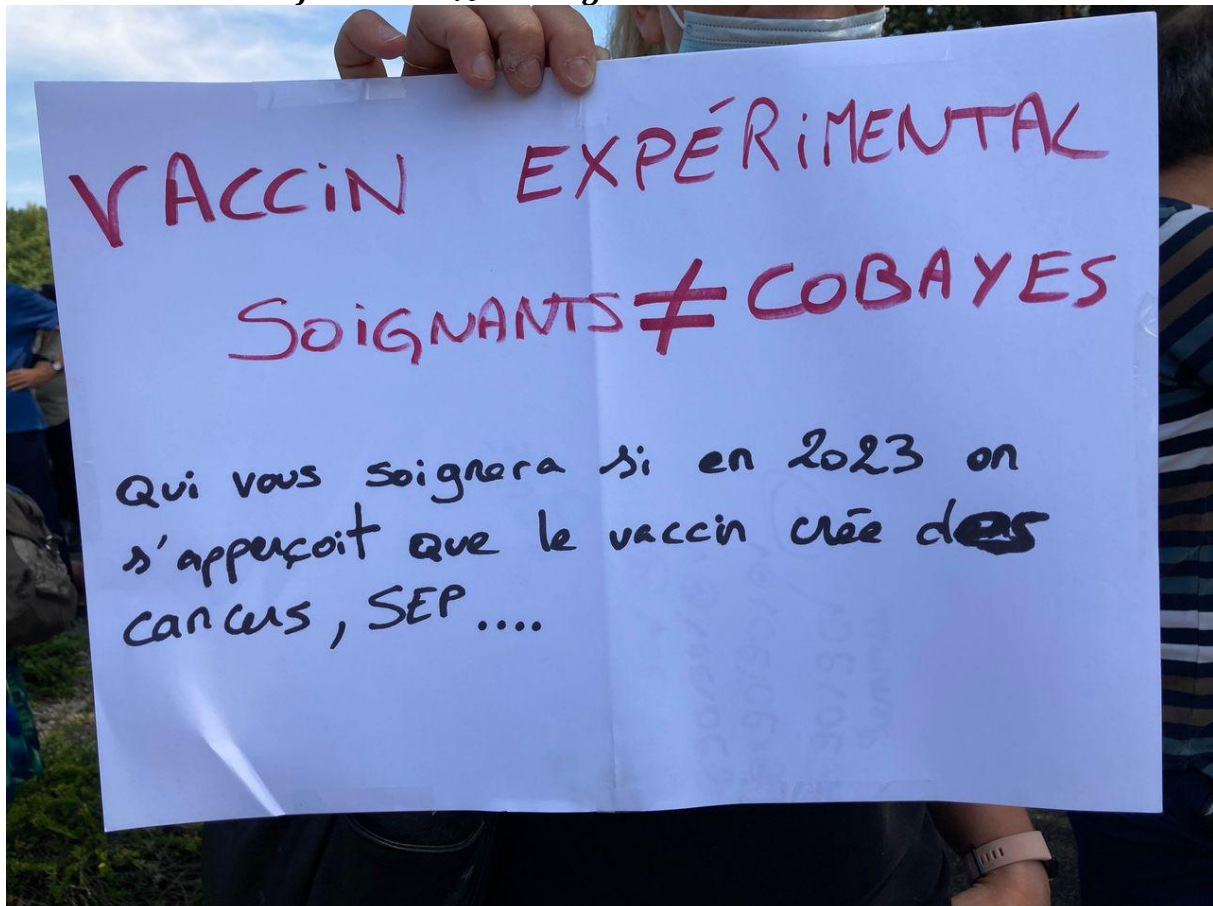
Ils étaient une centaine devant l'hôpital de Montélimar ce vendredi 23 juillet à la mi-journée. Des manifestants qui s'opposent à l'obligation vaccinale des personnels soignants et non soignants de tous les établissements de santé de France.

La veille, l'Assemblée Nationale a voté le nouveau texte anti-Covid en première lecture. Il prévoit l'extension du pass sanitaire et l'obligation vaccinale pour les personnels des établissements de santé. Les sénateurs doivent maintenant l'examiner.

« *Nous avons donné un préavis de grève illimité à partir d'hier midi* », déclare Elsa Ruillère, secrétaire adjointe de la CGT du groupement hospitalier Portes de Provence. **« On refuse l'obligation vaccinale, on demande plus de transparence. On manque de recul vis-à-vis de ce vaccin »,** déclare-t-elle.

« S'il faut changer de travail, je le ferai »

« *On a sondé les services, la majorité des agents ont une intention de grève, il y en aura dans tous les services* », assure Elsa Ruillère. « *Les soignants ont passé le confinement au travail, on manquait de personnel, on nous a demandé de déménager des patients et des services, il faut se rendre compte. On a des soignants qui démissionnent, décident de se réorienter, abandonnent leur vocation. Je pose cette question au gouvernement : comment allez-vous faire si 40 % des soignants démissionnent ?* »



Panneau vu dans la manifestation devant l'hôpital de Montélimar © Radio France - Maya Baldoureaux-Fredon

« On est venus travailler pendant la pandémie, on nous a appelés de jour comme de nuit, pendant nos congés, on nous a annulé nos congés pendant le plan blanc, et aujourd'hui on nous fait passer pour les criminels. **On nous méprise, avec une sanction qui n'est pas minime : un licenciement ! C'est un odieux chantage ! S'il faut changer de travail, je le ferai** », s'insurge Sarah, infirmière à l'hôpital de Montélimar.

« **Si le texte de loi est promulgué, il sera appliqué, mais on doit privilégier le dialogue, la sanction est toujours un échec** », a déclaré quant à lui **Michel Cohen, le directeur de l'hôpital**. « **La vaccination représente un risque mais c'est la seule solution que nous avons aujourd'hui.** »

MORTALITE GRIPPE Au fait, comment sont comptabilisés les morts ?

Sophie Guillot Le 22 juillet 2026

On vous explique !

<https://30ansplustard.wordpress.com/.../pourquoi-les.../>

Dans cet article de 2017, ce médecin décortique les chiffres de mortalité grippe 2014. Il découvre qu'on part de 18 300 (dans la presse) pour ensuite arriver à 9 000 (selon l'INVS qui explique ci-dessous comment ils arrivent à ce chiffre). Finalement l'INSERM par le CépiDc, eux, trouvent 317. Moyenne annuelle : 431

BEH [Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire] 32- 33 d'oct. 2015

https://beh.santepubliquefrance.fr/.../2015_32-33_4.html

"Étape 2 - Décès attribuables à la grippe (DFlu). Au cours des 9 années et pour chaque semaine civile d'étude (de la semaine 1 à la semaine 52), nous avons comparé le nombre moyen de décès toutes causes se produisant les années où la semaine d'étude était incluse dans l'épidémie de grippe, et ce même nombre les années où la semaine d'étude ne l'était pas (tableau 1). Il a été supposé que la différence entre ces deux nombres était due à la grippe. Nous avons additionné les différences hebdomadaires pour obtenir le nombre moyen annuel de décès attribuables à la grippe » puis

« Si d'autres épidémies suivent la même périodicité que la grippe saisonnière, notre estimation des décès attribuables à la grippe aura probablement été surestimée...

Cela peut être le cas pour les maladies qui partagent les mêmes déterminants météorologiques que la grippe (infections à VRS, infarctus du myocarde...). »

(J'adore les 3 petits points qui évitent de faire une liste plus complète)

Résumé : parmi les « 9 000 » (ou 18 300 selon la police...) décès de 2014, plein, plein, plein, peuvent parfaitement être dus à des tas d'autres causes que... LA GRIPPE. (317 morts selon l'INSERM)

Conclusion ? Le vrai chiffre est probablement dans une « petite fourchette » comprise entre 317 et 9 000. Voilà voilà !

et 10 ans plus tard en 2025 ?

Mais au fait, COMBIEN DE MORTS DE LA GRIPPE PAR AN, en vrai ??

<https://t.co/DPCuZPD2pl>

BEH n°17 oct/ 2 025 Bilan grippe 2 024/25

Hôpital : Surveillance des cas graves de grippe admis en service de réanimation, total de 279 décès a été rapporté (cas pour lesquels le virus grippal a été identifié)

Mortalité liée à la grippe issue de la certification électronique : 4 925 décès liés à la grippe recensés. (comprendre : le virus n'a pas été identifié automatiquement pour chacun de ces 4 925 cas)

Le rapport conclut : « un excès de mortalité toutes causes d'environ 17 600 décès a été observé au cours de l'épidémie de grippe. »

Sur ce même BEH d'octobre 2025, il est écrit aussi (savoureusement) :

« Tous les décès en excès survenus durant la période épidémique ne sont pas in fine attribuables à l'infection par un virus grippal. » Ha d'accord ! Merci pour l'info !

Néanmoins le chiffre brandi chaque automne (par la presse notamment et les ministres !), c'est le « 17 600 morts » qui est quand même nettement plus spectaculaire que le « 279 » le vrai chiffre est probablement quelque part entre 279 et 4 925... une « petite fourchette » quoi !

« La grande majorité des cas (86 %) présentait au moins une comorbidité ou un facteur de risque de grippe grave »

90 % des gens meurent de la grippe parce qu'ils sont âgés et présentent des comorbidités.

Quand Mme RIST et la HAS avec Mme Crémieux prétendent qu'il y aurait eu 17 600 morts en 2024-25 de la grippe, ils mentent.

Quand Mme Crémieux prétend que la vaccination grippale est altruiste, elle ment et le sait pertinemment, vu le rapport HAS de 2023 sur le vaccin de la grippe que j'encourage tout le monde à lire attentivement

https://www.has-sante.fr/.../actualisation_des...

Obligation vaccinale antigrippale des soignants : absence de bases scientifiques solides, risque de durcissement des oppositions et de pénurie de personnel.

Imposer une obligation vaccinale contre la grippe saisonnière aux professionnels de santé n'est pertinent ni scientifiquement, ni démocratiquement, ni pragmatiquement. Cette contestation s'appuie sur les documents officiels de la Haute Autorité de Santé (HAS) elle-même.

1. Faillite scientifique : aucun bénéfice collectif démontré

L'argument principal — la protection indirecte des patients via la vaccination des soignants — manque de preuves solides.

Les méta-analyses d'essais randomisés contrôlés ne montrent aucun effet indirect significatif. Les rares études positives (Carman 2000, Lemaître 2009) sont anciennes, observationnelles, biaisées et limitées aux EHPAD.

Elles ne sont pas extrapolables à l'ensemble des services hospitaliers.

De plus, ces études portent souvent sur la mortalité toutes causes ou les syndromes grippaux, dont seuls 25 % sont réellement dus à la grippe confirmée en laboratoire. La Cochrane a refusé en 2016 d'analyser ces données en raison de leur faible qualité.

La HAS reconnaît elle-même l'absence de corrélation fiable entre le taux d'anticorps et la protection réelle.

2. Un vaccin à efficacité variable et imprévisible

Le vaccin antigrippal a une efficacité très variable d'une saison à l'autre, évaluée seulement après sa mise sur le marché. Imposer légalement un produit dont on ignore l'efficacité réelle au moment de l'injection constitue un non-sens sanitaire et juridique.

3. L'argument de l'absentéisme invalidé

L'étude Nosovirus (note HAS) conclut qu'il n'est pas possible d'estimer le fardeau hospitalier de la grippe ni l'effet protecteur de la vaccination des soignants. L'absentéisme a des causes multiples et pourrait même être aggravé par les effets indésirables du vaccin.

4. Une menace pour un système de santé déjà en tension

Environ 75 % des professionnels refusent ce vaccin. Une obligation risquerait :

- Des sanctions massives contre un tiers ou la moitié du personnel ;
- La fermeture de lits et de services par des directeurs d'hôpitaux et EHPAD déjà confrontés à une pénurie dramatique de soignants.

La France manque globalement de personnel soignant : peut-on se permettre d'en exclure une partie significative ?

5. Incohérence institutionnelle

Cette mesure contredit l'avis de la HAS de juillet 2023 qui s'était prononcée contre l'obligation sur les mêmes bases scientifiques (voir pages 52, 59, 65-66 du rapport). Elle ignore également les difficultés d'indemnisation des éventuels effets indésirables graves.

Conclusion :

Sans bénéfice collectif prouvé, avec une efficacité aléatoire et un risque majeur d'effondrement de l'offre de soins, cette obligation vaccinale doit être abandonnée au profit du respect de la liberté de choix des professionnels. Reste à savoir si la priorité est la Couverture Vaccinale ou la Santé Publique.

Une étude « historique » analogue

Grippe saisonnière : 7 000 morts d'après les organisateurs, 500 d'après la police

Le flou autour des statistiques de la mortalité grippale aveugle les scientifiques

Première publication : lundi 13 février 2012, par [DOMINIQUE DUPAGNE](#)

Εμβόλιο Covid: Αποζημίωση 283 000 ευρώ σε 30χρονο για βαρύτατες επιπλοκές

Χρύσανθος Αναγνώστου 22.07.2026 | 18:10 UPD:22.07.2026, 18 h 10

Vaccin contre la Covid : une indemnisation de 283 000 euros accordée à un trentenaire pour de très graves complications

Traduit par [Minotte Degun](#)

Selon le pénaliste Nikos Dialynas, qui a pris en charge l'affaire, la 29^e chambre à trois juges du tribunal administratif de première instance d'Athènes a accordé une indemnisation de 283 000 euros au plaignant, reconnaissant le lien entre les graves complications dont il a souffert et sa vaccination. Le plaignant a reçu les trois doses du vaccin, non pas parce qu'il le

souhaitait, mais parce qu'il y a été contraint par l'État, les circonstances et les décisions ministérielles rendant la vaccination obligatoire.

L'évaluation institutionnelle des données médicales a joué un rôle déterminant dans l'évolution de l'affaire. En juillet 2022, son « carton jaune » de signalement d'effets indésirables a été déposé à l'Agence nationale des médicaments (E.O.F.), puis transmis à la base de données européenne de pharmacovigilance (EudraVigilance).

La Commission de pharmacovigilance de l'EOF, après avoir examiné les données complémentaires et les critères internationaux de l'OMS, a publié une conclusion officielle selon laquelle un lien entre les effets indésirables et la vaccination a été jugé « probable ».

Par ailleurs, la commission médicale compétente du KEP.A. (e-EFKA) a reconnu à cet homme de 30 ans un taux d'invalidité global de 89 % pour la période allant du 18 novembre 2024 au 30 novembre 2027, constatant qu'il souffre d'un infarctus cérébral. (≈ AVC) comme dommage principal, ainsi que d'une insuffisance cardiaque, d'un trouble dépressif récurrent et d'épilepsie comme affections concomitantes. [...]

**Commentaire *Parents avertis et citoyens actifs* [Σκεπτομενοι Γονείς και Ενεργοί Πολίτες](#)
activeparentsandcitizens@gmail.com**

*Chers amis, dans de nombreux pays, d'éminents scientifiques appellent à un moratoire sur les vaccins à ARNm. On fait état de millions de décès et d'effets secondaires graves liés à ces préparations expérimentales ! En Grèce aussi, nous devons briser le silence ! Tous ensemble, citoyens et scientifiques, unis, pour ne pas laisser cela se reproduire ! On nous a déjà prévenus que la prochaine « pandémie » sera encore plus... terrible !

**Informez-vous et [relayez la pétition mondiale lancée par notre groupe](#), afin d'enquêter sur l'augmentation des décès soudains, et de la morbidité observée après l'administration des vaccins contre la COVID-19, et d'obtenir l'arrêt de l'utilisation de la technique ARNm dans les vaccins. Elles seront également transmises aux autorités judiciaires, accompagnées d'un rapport d'enquête et d'une étude comprenant de nombreuses annexes issues de travaux menés par des scientifiques reconnus. Mais pour exercer une pression et obtenir des résultats, nous devons recueillir des milliers de signatures de citoyens ! Ajoutez votre signature !

[Call for a moratorium on mRNA vaccines & a thorough investigation](#)

« Vaccination et discrimination : Devenir un non-citoyen »

22 juillet 2026 Laurent Mucchielli 1 min 45 s

Extrait de [M2-KOZ'OCEANE du 22 juillet 2026](#) 88 min

Rappel des déclarations d'Emmanuel Macron d'emmerder les vaccinosceptiques (janvier 2021) et d'en récuser la citoyenneté.

Vaccination obligatoire contre la grippe : La fin du libre choix ?

[David GUYON Avocat - Droit public.](#) Le 27 juillet 2026 22 min

Faut-il rendre le vaccin contre la grippe obligatoire ? La question divise experts, soignants et citoyens. Dans cette émission, on décrypte les vrais enjeux : liberté individuelle, santé publique, efficacité réelle et coulisses des décisions politiques.

Dans cette émission, nous répondons à :

- ❑ Pourquoi la question de la vaccination obligatoire contre la grippe refait-elle surface ?
- ❑ Quels sont les arguments scientifiques et éthiques pour et contre ?
- ❑ Que se passe-t-il chez nos voisins européens ?

L'obligation vaccinale n'est pas la vaccination de force, mais...