CONSTATATION : La surveillance lacunaire a entraîné des organisations criminelles transnationales et des fraudeurs qui volent l'argent des contribuables américains des fonds de secours en cas de pandémie.

Les organisations criminelles internationales et les acteurs étrangers affiliés à des gouvernements ont exploité l'urgence des programmes de secours et orchestré des stratagèmes de fraude sophistiqués qui couvrent plusieurs pays.[[1]](#footnote-2)

Quelques cas notables sont:

1. Des pirates informatiques liés au gouvernement chinois ont volé au moins 20 millions de dollars de fonds de secours du gouvernement américain contre la COVID-19.[[2]](#footnote-3)

Une enquête de l'USSS a révélé que des pirates informatiques affiliés au gouvernement chinois, spécifiquement identifiés comme APT41, ont été impliqués dans le vol de 20 millions de dollars de fonds de secours COVID-19 du gouvernement américain.[[3]](#footnote-4) APT 41 a été lié à des activités frauduleuses dans le passé, en particulier la fraude traditionnelle à l'assurance-chômage contre SBA dans des dizaines d'États.[[4]](#footnote-5) APT41 a également une histoire d'activités d'espionnage pour le compte du gouvernement chinois, y compris des attaques contre des politiciens pro-démocratie à Hong Kong et des violations de données affectant plus de 100 organisations.[[5]](#footnote-6) Les enquêtes sur la fraude étrangère liée à la pandémie semblent également pointer vers des pirates informatiques étrangers affiliés à l'État, tels que celui-ci.

1. Un réseau de fraude nigérian a volé 10 millions de dollars en fonds de secours en cas de pandémie. [[6]](#footnote-7)

M. Abemdemi Rufai, un fonctionnaire du gouvernement nigérian, a organisé un programme de cyberfraude à grande échelle — baptisé Scattered Canary — ciblant les fonds de secours COVID-19. Scattered Canary, une opération de compromission de courrier électronique d'affaires, a déposé au moins 174 demandes de chômage frauduleuses dans l'État de Washington et 17 dans le Massachusetts qui ont toutes été acceptées, toutes avec un paiement prévu de 5,4 millions de dollars.[[7]](#footnote-8)

1. Un ressortissant indien a volé 8 millions de dollars dans le cadre d'un programme de lutte contre la fraude liée à la COVID-19.[[8]](#footnote-9)

Un grand jury fédéral à Newark, dans le New Jersey, a inculpé un ressortissant indien pour avoir soumis des demandes frauduleuses de prêt PPP totalisant plus de 8,2 millions de dollars.[[9]](#footnote-10) La défenderesse a présenté au moins 17 demandes au nom d’entreprises inexistantes, en utilisant de fausses informations sur les employés et la masse salariale.[[10]](#footnote-11) Il a également fabriqué des déclarations de revenus pour le compte d'une entreprise inexistante afin de recevoir davantage de paiements d'allègement. Il aurait reçu 3,3 millions de dollars en produits de prêts qu'il aurait ensuite blanchis. Le défendeur fait face à de multiples accusations, y compris la fraude par fil, le blanchiment d'argent et le vol d'identité aggravé.[[11]](#footnote-12)

CONSTATATION : Les fraudeurs nationaux et internationaux qui ont volé des programmes de secours en cas de pandémie étaient également liés à d'autres crimes organisés.

Les fraudeurs impliqués dans le vol de millions de dollars ont également été impliqués dans d'autres crimes fédéraux, y compris la fraude par fil et la contrebande de drogue. Dans une enquête du DOL IG, un accusé a été condamné à 92 mois d'incarcération fédérale pour son rôle dans un stratagème impliquant la possession de 15 dispositifs d'accès ou plus et la possession d'une arme à feu par un criminel reconnu coupable.[[12]](#footnote-13) DOL IG a continué d'établir des liens entre l'utilisation abusive des fonds d'aide à l'assurance-chômage et les groupes criminels organisés. Le Groupe de travail national sur la fraude à l'assurance-chômage a été créé pour lutter contre la fraude à l'assurance-chômage perpétrée par des organisations criminelles nationales et internationales.[[13]](#footnote-14) Beaucoup d'entre eux comprennent des organisations criminelles de rue ayant des liens avec des armes à feu et des drogues illégales.[[14]](#footnote-15)

Le bureau du procureur des États-Unis a accusé six personnes, dont deux sous-traitants du département du travail de l’État du Maryland, d’avoir participé à une conspiration visant à obtenir frauduleusement 3,5 millions de dollars de prestations d’assurance-chômage.[[15]](#footnote-16) L'accusé principal fait maintenant face à des accusations distinctes de stupéfiants et d'armes à feu, y compris des allégations selon lesquelles il possédait illégalement une mitrailleuse dans la poursuite d'un crime de trafic de drogue.[[16]](#footnote-17) Un autre criminel reconnu coupable de fraude à la loi CARES a également commis des infractions et des possessions d'armes à feu dans l'intention de distribuer du fentanyl. [[17]](#footnote-18)

Le bureau du procureur des États-Unis pour le district du Maryland a ciblé des cas présentant des liens entre la fraude liée à la COVID-19 et des personnes impliquées dans des crimes violents, des réseaux criminels organisés, des systèmes de compromission des courriers électroniques commerciaux et la distribution de stupéfiants. [[18]](#footnote-19)Utilisant la cause probable de la commission de la fraude COVD-19, les agents ont effectué des perquisitions et saisi des armes à feu illégales, des stupéfiants et des renseignements personnels volés. De nombreux cas de fraude COVID-19 ont conduit des agents à des accusés avec des armes fantômes, des mitrailleuses et des drogues illicites.

V. Lacunes dans la surveillance des programmes de lutte contre les pandémies

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence des faiblesses critiques dans les mesures de surveillance visant à prévenir le gaspillage, la fraude et les abus dans les programmes de secours d'urgence financés par le gouvernement fédéral. Alors que ces programmes de secours visaient à fournir une aide essentielle, l'urgence de lutter contre une crise de santé publique révèle d'importantes faiblesses en matière de surveillance. Le PRAC a été inclus dans la loi CARES pour soutenir et coordonner la surveillance indépendante des dépenses de secours en cas de pandémie. [[19]](#footnote-20)Le PRAC a facilité la coordination entre les IG pour s'assurer que les auteurs d'actes répréhensibles sont tenus responsables de l'utilisation abusive de l'argent des contribuables.[[20]](#footnote-21) Depuis avril 2020, le PRAC travaille avec les agences de surveillance étatiques et fédérales pour superviser plus de 5 000 milliards de dollars de dépenses fédérales d'urgence en cas de pandémie.[[21]](#footnote-22)

Les agences fédérales, telles que la SBA, l'USSS, le Trésor, le DOL, le GAO et le HHS, font partie des 20 agences qui ont dirigé les efforts de surveillance des secours en cas de pandémie pour ramener de l'argent au contribuable. [[22]](#footnote-23)Ces agences, avec leurs IG respectifs, étaient chargées de détecter et de prévenir la fraude, le gaspillage et les abus dans les efforts de secours en cas de pandémie, bien que beaucoup d'entre elles aient été confrontées à des difficultés pour effectuer cette surveillance efficacement.[[23]](#footnote-24)

Au cours du 118e Congrès, le Comité de la Chambre sur la surveillance et la responsabilité a tenu des audiences pour exposer la fraude massive dans les programmes de secours en cas de pandémie et comment les organismes fédéraux n'étaient tout simplement pas préparés à l'afflux de fraude nationale et internationale. [[24]](#footnote-25)Les agences fédérales n'ont pas utilisé les outils pour empêcher la fraude de se produire en premier lieu, entraînant des milliards de dollars perdus en raison de paiements inappropriés. Des mesures simples et une technologie à jour auraient pu empêcher des millions de dollars d'être perdus dans les jours suivant le déploiement. Selon les témoignages, la liste de non-paiement du Trésor n'a pas été incluse dans l'environnement de contrôle interne, permettant des milliards de dollars en paiements probablement inappropriés.[[25]](#footnote-26)

Les organismes fédéraux et d'État avaient des lacunes importantes dans la coordination, des ressources insuffisantes pour la surveillance, de faibles mécanismes de partage de données et de rapports, et des retards dans l'application de la loi et la reddition de comptes pour les programmes de secours en cas de pandémie.[[26]](#footnote-27) Les agences fédérales et étatiques doivent être tenues responsables des milliards de dollars perdus en raison de leurs défauts de surveillance.

CONSTATATION : Les agencesfédérales chargées de superviser les fonds de secours en cas de pandémie ont été inutilement dissociées les unes des autres, ce qui a empêché un suivi complet et le décaissement de fonds pour prévenir la fraude.

De nombreux fraudeurs nationaux et étrangers ont utilisé les SSN de personnes décédées et de prisonniers fédéraux pour obtenir des chèques de chômage.[[27]](#footnote-28) Ces fraudeurs ont été en mesure de collecter ces chèques dans plusieurs États parce que les demandes de prêts fédéraux n'ont pas été recoupées avec une base de données du Trésor qui aurait soulevé des drapeaux rouges sur les emprunteurs sommaires. [[28]](#footnote-29)

En vertu de la Loi sur l'intégrité des paiements, les organismes fédéraux sont tenus d'élaborer et de mettre en œuvre des contrôles internes qui préviennent et détectent la fraude et d'autres paiements indus.[[29]](#footnote-30) L'une des exigences est que les organismes doivent vérifier l'identité et l'admissibilité des personnes et des organisations qui demandent du financement en cas de pandémie avant d'émettre des paiements, en particulier en accédant à la liste du PDN.[[30]](#footnote-31) Bien qu’au début de la pandémie, les agences n’aient pas eu accès à la liste complète de la DNP parce que SSA n’était pas légalement en mesure de partager la liste complète de la DNP.

Le DNP n'était pas précis à 100% et manquait d'informations suffisantes pour effectuer des­vérifications croisées

La liste DNP comprend les personnes décédées et exclues de faire affaire avec le gouvernement.[[31]](#footnote-32) Selon le site web du Trésor, la liste DNP existe pour empêcher les paiements inappropriés des programmes fédéraux, mais n’a pas accès à l’intégralité du DMF de la SSA.[[32]](#footnote-33) Au lieu de cela, il reçoit actuellement une version limitée du DMF, fournie par le Service national d'information technique, ainsi que des données relatives au décès fournies par l'État.[[33]](#footnote-34) Le DMF complet contient les informations sur les décès collectées par SSA, y compris les données détenues par l’État, qui sont référencées avec les enregistrements de SSA sur les personnes ayant des numéros de sécurité sociale.[[34]](#footnote-35)

Ce manque d’accès a empêché le PRAC de mener une enquête complète sur les demandes de prêt frauduleuses, ce qui a empêché la comptabilisation de 5 097 demandes de prêt frauduleuses en raison de l’absence de partage d’informations entre la SSA et le Trésor.[[35]](#footnote-36) Le bureau de SBA IG a identifié le système DNP comme un contrôle critique qui aurait pu être mis en œuvre au début de ces programmes de secours pour éviter que des milliards de dollars ne soient indûment déboursés.

La loi sur la sécurité sociale ne permet pas actuellement le partage complet des données sur les décès entre la SSA et le Trésor.[[36]](#footnote-37) La loi consolidée de crédits de 2021 a permis à la SSA de partager, dans la mesure du possible, ses données complètes sur les décès avec la liste DNP uniquement pour une période de trois ans. [[37]](#footnote-38)Dans le cadre de la lutte contre la fraude nationale et transnationale, les agences ne disposent pas de suffisamment de temps pour exercer une surveillance complète et recouvrer les fonds indûment versés.

CONSTATATION : Les organismesfédéraux n'ont pas exigé et n'ont pas validé l'information fournie par les demandeurs pour vérifier correctement l'admissibilité.

Les organismes mandatés par la Loi sur l'intégrité des paiements utilisent des contrôles de prépaiement efficaces comme la liste DNP pour prévenir les paiements inappropriés. [[38]](#footnote-39)Cependant, pendant la pandémie, de nombreux organismes ont permis aux demandeurs d'autocertifier leur admissibilité aux programmes, ce qui a entraîné d'importantes fraudes et des paiements inappropriés.[[39]](#footnote-40)

Par exemple, dans le cadre du programme d’aide d’urgence à la location, le Trésor a octroyé des fonds sans vérifier les contrats de location ou les besoins financiers des demandeurs. Similitude SBA a permis l'auto-certification­pour les prêts PPP et EIDL. Ce manque de vérification a contribué à une fraude estimée à 200 milliards de dollars entre les deux programmes. [[40]](#footnote-41)Le SBA n’a pas mis en œuvre de contrôles frontaux lors de la vérification des demandeurs. SBA OIG a identifié que la base de données sur la dette du programme de compensation du Trésor, qui contient des informations sur les personnes qui sont en retard sur les obligations alimentaires des enfants, n'a pas été mise en œuvre pour recouper les demandeurs demandant des prêts PPP ou EIDL.[[41]](#footnote-42) Le SBA n'a pas non plus vérifié manuellement la liste DNP avant d'approuver un prêt ou une subvention. L'IG SBA a identifié plus de 120 millions de dollars en prêts et 24 millions de dollars en subventions aux emprunteurs figurant sur la liste DNP.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Base de données DNP | Nombre de prêts | Total des prêts ($) | Nombre de subventions | Total des subventions  (SI | Total des prêts et des subventions  (Si |
| Vérification de la dette du programme de compensation du Trésor (soutien en souffrance seulement) | 1.452 | 51O0.658.23h | 1,851 | 22 268 000 $ | 122,92 $ G, 291 $ |
| Système de gestion de l'Awa rd  Dossiers d'exclusion | 88 | 10,182,400 | 94 | 984,000 | 11,166,400 |
| Fichier maître de la mort PuiUc | 5 | 904,800 | 10 | 85,003 | 989,800 |
| Infosaurce-Obrtuarv américaine | 66 | 8.6SD.7C0 | 63 | 505,000 | 9.155,700 |
| Urce Infuse américaine-Probate | 3 | 941,600 | 9 | 66,000 | 1,007,600 |
| Département de Slate Public | 0 | 0 | 2 | 20,003 | 20,000 |
| **Total** | 1,614 | 5121,337,791 | 2.029 | 523,928,000 | 145 265 791 dollars |
| Source : 5BA UIG anal^s | | | | | |

Le ministère du Travail a permis l'auto-certification des programmes d'assurance-chômage PUA, la contrainte des États

L'élargissement de la couverture du programme PUA dans la loi CARES a posé d'importants défis aux États lorsqu'ils ont mis en œuvre des processus pour déterminer l'admissibilité initiale et continue des participants au programme.[[42]](#footnote-43) Au cours des neuf premiers mois d’admissibilité prolongée de la PUA, les demandeurs ont pu autocertifier leur emploi antérieur ou leur travail indépendant sans aucun document pour recevoir des fonds.[[43]](#footnote-44) L'inspecteur général du ministère du Travail, Larry D. Turner, a témoigné que les États n'étaient pas préparés au volume de demandes d'assurance-chômage et avaient du mal à mettre en œuvre les nouveaux programmes.[[44]](#footnote-45) Plus précisément, le programme PUA présentait des faiblesses de contrôle qui auraient pu faciliter davantage de paiements inappropriés.[[45]](#footnote-46)

L'ETA, chargée de fournir des orientations aux États concernant les paiements irréguliers, a notifié à plusieurs États les problèmes de contrôle liés au formulaire PUA. Un État n’a pas inclus les questions requises confirmant que les demandeurs sont capables et disponibles pour travailler, tandis qu’un autre État n’a pas mis en place de procédure pour déterminer à nouveau les prestations hebdomadaires du demandeur si celui-ci n’a pas fourni de preuve de rémunération ou de preuve insuffisante.[[46]](#footnote-47) Ces États ont répondu à la question soulevée par l'ETA, mais plus de 25 milliards de dollars en prestations PUA ont déjà été versés aux prestataires qui n'ont pas fourni suffisamment de renseignements sur leur demande.[[47]](#footnote-48)

CONSTATATION : Les agencesfédérales et étatiques manquaient de systèmes de gestion financière à jour, ne répondaient pas aux exigences de modernisation imposées par le gouvernement fédéral, entraînant des milliards de dollars d'argent du contribuable américain indûment payé ou volé.

Le Conseil des inspecteurs généraux sur l'intégrité et l'efficacité CIGIE a identifié des problèmes majeurs dans les agences de sécurité informatique, y compris qu'il n'a pas la capacité de prévenir les cybermenaces et les tentatives d'hameçonnage.[[48]](#footnote-49) Des systèmes de données intégrés, fonctionnels et sécurisés sont essentiels à une gestion efficace de la fraude et des risques.[[49]](#footnote-50)Les systèmes informatiques des agences n’ont pas été en mesure de faciliter la détection et le recouvrement des fraudes.[[50]](#footnote-51)

Selon le cadre de gestion des risques de fraude, l'une des principales pratiques en matière d'analyse des données sur la fraude consiste à effectuer l'exploration et l'appariement des données, y compris le recoupement des données à l'aide de sources de données externes pour valider les informations.[[51]](#footnote-52) Cela inclut la liste DNP, qui avait ses propres défauts et manquait d'informations suffisantes pour effectuer une surveillance.

Au moment de la pandémie, la plupart des organismes fédéraux disposaient encore de systèmes de TI existants pour détecter et contrôler les paiements indus.[[52]](#footnote-53) En mai 2021, DOL IG a identifié divers systèmes informatiques hérités encore en place, ce qui était l’une des principales causes de l’incapacité de la DOL à détecter le gaspillage, la fraude et les abus dans les programmes d’IU, y compris les PUA.[[53]](#footnote-54) Ces anciens systèmes n'avaient pas la capacité d'effectuer des appariements pour un aussi grand nombre de demandes, ce qui posait un risque pour les demandeurs, car leurs renseignements personnels pouvaient devenir plus facilement accessibles aux criminels qui ciblaient l'assurance-chômage.

Les anciens systèmes informatiques ont également rendu difficile pour de nombreux États de prévenir les attaques de cybersécurité ou l'utilisation d'informations obtenues frauduleusement. Les responsables de DOL IG ont déclaré que certains systèmes informatiques de l’État n’étaient pas équipés pour traiter le volume de réclamations, et que certains n’étaient peut-être pas compatibles avec les ressources du centre de données sur l’intégrité de l’Association nationale des agences de main-d’œuvre de l’État UI Integrity Center.[[54]](#footnote-55) Même si un accord de participation entre les États a été établi, il n'y avait aucun moyen de vérifier que les participants utilisaient les ressources.

Les renseignements personnels volés ont également joué un rôle dans la fraude d’identité à grande échelle pendant la pandémie, fournissant une source aux fraudeurs. Un réseau de fraude nigérian a profité de cette défaillance pour commettre une fraude à grande échelle à Washington, en Caroline du Nord, au Massachusetts, au Rhode Island, en Oklahoma, au Wyoming et en Floride.[[55]](#footnote-56) Ces États étaient sujets à des vulnérabilités basées sur leurs systèmes informatiques obsolètes permettant des crimes transnationaux contre les programmes d'assurance-chômage traditionnels et liés à la pandémie. [[56]](#footnote-57)

La mise en œuvre ou l'efficacité de toute loi ou réglementation fédérale appliquée, promulguée ou à l'étude pour faire face à la pandémie de coronavirus et se préparer aux futures pandémies

1. Dépendance excessive à l'égard de l'Organisation mondiale de la santé

L'OMS est l'institution mondiale de santé publique la plus reconnue. En tant qu’institution spécialisée au sein des Nations unies, l’OMS a pour mandat d’«agir en tant qu’autorité de direction et de coordination des travaux internationaux en matière de santé» au sein du système des Nations unies.[[57]](#footnote-58) La mission générale de l’OMS est de «garantir à tous les peuples le niveau de santé le plus élevé possible»[[58]](#footnote-59) et est réalisée 1) en fournissant une assistance technique aux États membres, 2) en établissant des normes sanitaires internationales et en fournissant des orientations, et 3) en coordonnant et en soutenant les réponses internationales aux urgences sanitaires.[[59]](#footnote-60)

Pourtant, alors que l'OMS est censée soutenir le monde entier, pendant la pandémie de COVID-19, elle a semblé protéger ses relations avec le PCC. L’OMS a été mal informée, s’est vu refuser l’accès à la Chine et a servi de couverture aux actions imprudentes du PCC. À une époque où le monde se tournait vers l’OMS pour obtenir son leadership et ses conseils, les actions de l’OMS ont montré qu’elle ne soutenait pas tous ses membres sur un pied d’égalité. Ce qui a été vu était une organisation qui, plutôt que de servir toute l'humanité, est devenue redevable et piégée dans la politique.

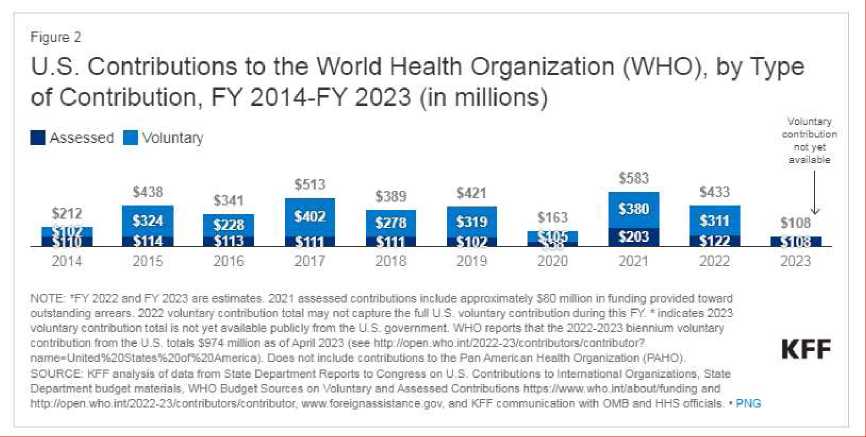
Le directeur général de l’OMS peut faire une déclaration formelle d’«urgence de santé publique de portée internationale» [ci-après la «PHEIC»], qui peut immédiatement mettre en œuvre des mesures visant à tenter d’arrêter ou de ralentir la propagation de la PHEIC.[[60]](#footnote-61) Une PHEIC est définie comme «un événement extraordinaire dont il est établi qu’il constitue un risque pour la santé publique d’autres États en raison de la propagation internationale d’une maladie et qu’il peut nécessiter une réponse internationale coordonnée».[[61]](#footnote-62) Il s’agit de situations graves, soudaines, inhabituelles ou inattendues; avoir des incidences sur la santé publique au-delà de la frontière de l’État touché; et peut nécessiter une action internationale immédiate.[[62]](#footnote-63)

Lorsqu’une PHEIC est déclarée, l’OMS publie des orientations sur la manière dont les États membres devraient réagir à la situation d’urgence, qui peuvent inclure des restrictions aux déplacements et au commerce. [[63]](#footnote-64)Déclarer une

PHEIC vise à accélérer le rythme de l'action internationale et encourage même la recherche sur la maladie en question. [[64]](#footnote-65)Il s’agit d’une déclaration formelle d’une «alerte rouge» au monde. [[65]](#footnote-66)

L'OMS dispose de deux sources principales de recettes, les contributions mises en recouvrement (montants fixes devant être versés par les gouvernements des États Membres) et les contributions volontaires (autres fonds fournis par les États Membres et les organisations privées). [[66]](#footnote-67)La plupart des contributions obligatoires sont considérées comme du financement de base, c'est-à-dire des fonds flexibles utilisés pour couvrir les dépenses générales et les activités de programme.[[67]](#footnote-68) Les contributions volontaires sont des fonds spécialisés que les donateurs peuvent affecter à certaines activités.[[68]](#footnote-69)

Les États-Unis sont historiquement le plus grand contributeur à l'OMS. [[69]](#footnote-70)Les quotes-parts des États-Unis sont demeurées relativement stables entre l'exercice 2014-2023, fluctuant entre 110 et 123 millions de dollars.[[70]](#footnote-71) Les contributions volontaires des États-Unis pour des projets ou des activités spécifiques variaient en fonction de l'évolution des politiques et/ou du soutien pendant les crises internationales. Les contributions volontaires allaient d'un minimum de 102 millions de dollars au cours de l'exercice 2014 à un maximum de 402 millions de dollars au cours de l'exercice 2017.[[71]](#footnote-72)



Outre les contributions mises en recouvrement auprès des États Membres, l'OMS est financée par des organisations privées au moyen de contributions volontaires.[[72]](#footnote-73) Ces contributions volontaires sont des fonds spécialisés qui peuvent être affectés par les donateurs individuels à des activités spécifiques. Dans le budget actuel pour 2022-2023, le total des contributions mises en recouvrement représentait 12,1 % du total des recettes[[73]](#footnote-74) (soit environ 956,9 millions de dollars) et le total des contributions volontaires était de 87,5 % (soit environ 6,92 milliards de dollars).[[74]](#footnote-75) Pour le budget 2020-2021, les cinq principales contributions volontaires spécifiées étaient les suivantes: Allemagne – 952 millions de dollars; Fondation Bill & Melinda Gates - 592 millions de dollars; États-Unis – 447 millions de dollars; Alliance GAVI – 413 millions de dollars; et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d’Irlande du Nord – 367 millions de dollars.[[75]](#footnote-76)

L'OMS existe pour la protection de tous. Pourtant, à l'époque de la plus grande crise mondiale, il n'a pas tenu ses promesses.

CONSTATATION : L'Organisation mondiale de la santé n'a pas réussi à maintenir sa mission et à résister à la pression du Parti communiste chinois.

L’OMS affirme «œuvrer dans le monde entier pour promouvoir la santé, assurer la sécurité du monde et servir les personnes vulnérables».[[76]](#footnote-77) Plus précisément, en ce qui concerne les urgences sanitaires, l’OMS affirme:

* «Préparer les situations d’urgence en identifiant, en atténuant et en gérant les risques.
* Prévenir les urgences et soutenir le développement des outils nécessaires lors des épidémies.
* Détecter les urgences sanitaires aiguës et y répondre.
* Soutenir la fourniture de services de santé essentiels dans les contextes fragiles.»[[77]](#footnote-78)

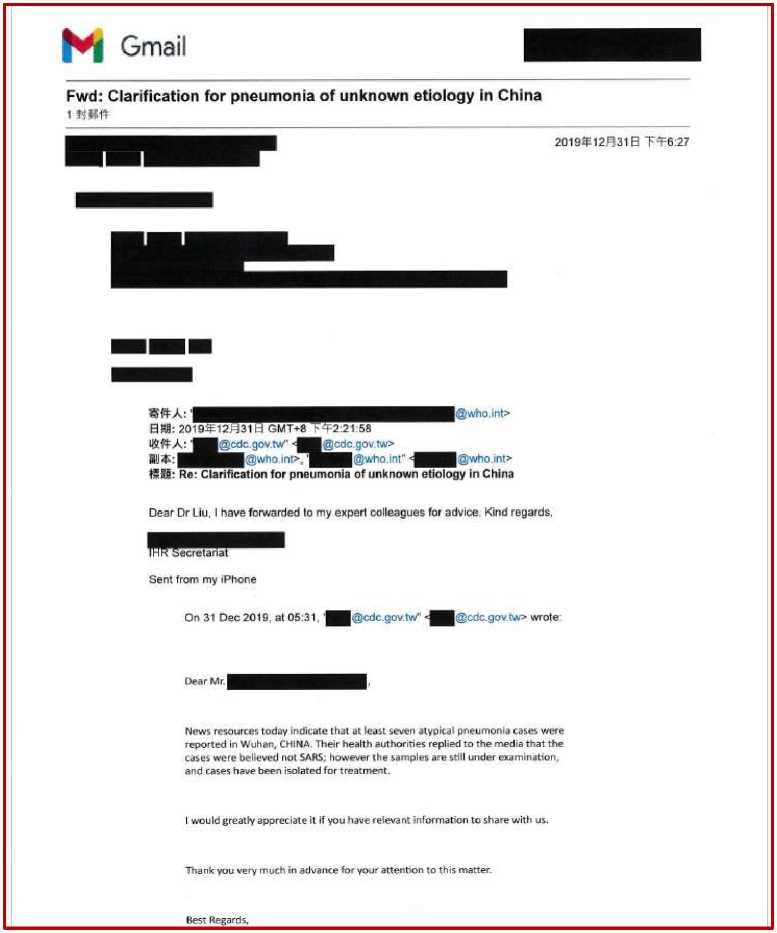
La réponse de l’OMS à la pandémie de COVID-19 a été un échec abject. L'Organisation n'a pas atteint tous les objectifs énoncés ci-dessus.

Tout au long de la pandémie, l'OMS a évité de blâmer le PCC. Le Dr Tedros est même allé jusqu’à louer la «transparence» du PCC pendant la crise, alors qu’en fait, le régime a constamment menti au monde en sous-déclarant les statistiques réelles de la Chine sur les infections et les décès.[[78]](#footnote-79) Pendant la pandémie, l'OMS s'est appuyée à plusieurs reprises sur de fausses informations du PCC.

L'OMS a ignoré Taïwan malgré l'avertissement de COVID-19 en décembre 2019

L'OMS n'a pas tenu compte des avertissements de Taiwan concernant un virus en plein essor en raison de la pression exercée par la Chine. De 2009 à 2016, Taïwan a été observateur à l’OMS sous le nom de «Taipei chinois»619. Pourtant, le PCC a systématiquement bloqué toute forme d’engagement, veillant à ce que l’OMS ne reconnaisse pas officiellement Taïwan en tant qu’État membre. Ce manque de reconnaissance a conduit à ce que ces avertissements de Taiwan soient largement ignorés.

Taïwan a notifié l'OMS dès le 31 décembre 2019, demandant plus d'informations sur les cas de pneumonie atypique signalés à Wuhan. 620 L'OMS n'a jamais donné suite avec des informations.



619 Jonahtan Herington & Kelley Lee, The limits of global health diplomacy: Statut d’observateur de Taïwan à l’Assemblée mondiale de la santé, GLOBALIZATION AND HEALTH (1er octobre 2014).

620 Courriel du Secrétariat du RSI au Dr Liu (31 décembre 2019, 02:21).

Ensuite, le vice-président taïwanais Chen Chien-Jen, un scientifique de renom titulaire d'un doctorat en épidémiologie de l'Université Johns Hopkins qui a supervisé l'épidémie de SRAS à Taïwan en 2003, a déclaré dans une interview que si Taiwan avait été membre de l'OMS, il aurait été encore mieux préparé aux contre-mesures contre le COVID-19. [[79]](#footnote-80)

La mauvaise gestion initiale de la pandémie de COVID-19 a non seulement potentiellement provoqué la propagation du virus, mais elle a également créé une situation dans laquelle les gens ont perdu confiance dans l'organisation mondiale de la santé publique. Le RSI exige une communication mutuelle, mais quand il était temps de tester la force de cette confiance, l'OMS ne se souciait pas d'utiliser sa propre politique, mais plutôt de faire de la politique et de s'assurer que sa relation avec le PCC restait intacte.

L'OMS a nié la propagation interhumaine de la COVID-19 fondée uniquement sur la propagande du PCC

Le 14 janvier 2020, l’OMS a tweeté que «[l]es enquêtes préliminaires menées par les autorités chinoises n’ont trouvé aucune preuve claire de la transmission interhumaine du nouveau coronavirus».[[80]](#footnote-81)



Les enquêtes préliminaires menées par les autorités chinoises n'ont trouvé aucune preuve claire de la transmission interhumaine du nouveau #coronavirus (2019- nCoV) identifié à #Wuhan, #ChinaH.

Ces «enquêtes préliminaires» comprenaient en réalité l’emprisonnement par le PCC de tout médecin qui diffusait des informations sur la COVID-19 qui n’avaient pas été préalablement autorisées par les médias publics.[[81]](#footnote-82) Des sources du renseignement américain ont depuis découvert que le PCC avait dissimulé et menti sur l'ampleur de l'épidémie.[[82]](#footnote-83) Le 23 janvier 2020, l'OMS a finalement reconnu que la propagation interhumaine se produisait, un mois plus tard que les premiers avertissements. [[83]](#footnote-84)

L'OMS a prolongé le nom de COVID-19 en tant que PHEIC et pandémie parce que le PCC a insisté sur le fait que la propagation était sous contrôle

Au moment où l'OMS a déclaré le COVID-19 PHEIC le 30 janvier 2020, la maladie avait infecté près de 10 000 personnes et tué près de 1 000 personnes dans 19 pays différents. [[84]](#footnote-85)Il a été signalé que le retard dans la déclaration PHEIC résultait d’une pression intense de la part du PCC. [[85]](#footnote-86)Selon la Central Intelligence Agency des États-Unis et la Bundesnachrichtendienst allemande (ci-après la «BND»), le 21 janvier 2020, le PCC a menacé de cesser de participer à tous les efforts internationaux liés à la COVID-19 si l’OMS déclarait une PHEIC. [[86]](#footnote-87)Tout en faisant la déclaration PHEIC, le Dr Tedros a déclaré: «La Chine doit être félicitée pour les mesures extraordinaires qu’elle a prises pour contenir l’épidémie».[[87]](#footnote-88) Le BND a conclu que le retard de l’OMS dans la déclaration de la PHEIC a gaspillé environ quatre à six semaines de la réponse mondiale potentielle à la pandémie de COVID-19.[[88]](#footnote-89)

L'OMS a retardé et dénigré de graves contre-mesures, comme les restrictions de voyage, en raison de la pression du PCC

Bien que la COVID-19 ait été déclarée PHEIC et qu'il existe de nombreuses preuves de transmission par les voyages, l'OMS a insisté pour que les autres pays ne restreignent pas les voyages ou le commerce à destination ou en provenance de la Chine. [[89]](#footnote-90)Le 31 janvier 2020, le président Trump a fait l'objet de vives critiques lorsqu'il a interdit les voyages en provenance de Chine; une ordonnance appelée «xénophobi[c]» par Biden, alors candidat à la présidence.[[90]](#footnote-91)Comme le Dr Fauci l’a témoigné le 31 juillet 2020, par rapport à l’inaction de l’OMS, la décision du président Trump de restreindre les voyages en provenance de Chine a sauvé des vies.

Dr Anthony Fauci (31 juillet 2020)

Q. Dr Fauci, permettez-moi de vous poser des questions sur certaines des décisions sur lesquelles vous avez travaillé avec le président Trump et que toute l'équipe a prises. Je sais que lorsque vous revenez au début, l'interdiction de la Chine a fait l'objet de très nombreuses discussions. Avez-vous travaillé avec le président Trump pour décider d'interdire les vols en provenance de Chine?

A. Oui, monsieur, je l'étais.

Q. Êtes-vous d'accord avec cette décision?

A. Je le fais.

Q. Pensez-vous que cette décision a sauvé des vies, Dr Fauci?

R. Oui, oui.[[91]](#footnote-92)

Le Dr Fauci aurait toutefois pu réprimer la critique injustifiée selon laquelle les restrictions de déplacement étaient xénophobes s’il avait soutenu avec force et publiquement la décision du président Trump.

Entre le 31 décembre – date à laquelle les cas ont été signalés pour la première fois – et le 31 janvier, plus de 430 000 personnes étaient sur des vols directs de la Chine vers les États-Unis.[[92]](#footnote-93) Si le PCC avait été plus transparent et que l’OMS avait agi avec intégrité, moins de cas de COVID-19 seraient entrés aux États-Unis.

L'OMS a continué à féliciter le PCC pour l'échec de ses efforts de lutte contre la pandémie, malgré une dissimulation mondialement reconnue

L’OMS a régulièrement salué les efforts déployés par le PCC pour lutter contre la propagation de la COVID-19, malgré les multiples informations selon lesquelles le PCC s’était engagé dans une campagne de désinformation massive.[[93]](#footnote-94) Selon un rapport de la communauté du renseignement américaine, le PCC a gravement sous-déclaré à la fois son nombre total de cas et de décès causés par la COVID-19.[[94]](#footnote-95) Le PCC a continuellement modifié sa méthode de déclaration qui, à différents moments, a exclu les personnes testées positives mais asymptomatiques, malgré leur capacité à rester contagieuses.[[95]](#footnote-96) Le PCC a également bâillonné des médecins et des journalistes qui ont tenté de dire la vérité sur la gravité de la COVID-19. [[96]](#footnote-97)M. Tedros a déclaré que le PCC devrait être «loué» pour ces tactiques de manipulation; tactiques désapprouvées dans le monde entier. [[97]](#footnote-98)

L’OMS n’a pas condamné les tactiques agressives du PCC contre les lanceurs d’alerte, les journalistes et les Américains

Le PCC est un auteur connu de violations des droits de l’homme, notamment en faisant taire ou en «disparaissant» des dissidents, des journalistes et des chercheurs qui vont à l’encontre du discours du PCC.

Le Dr Ai Fen a été le premier médecin chinois à recevoir un test de laboratoire d'un possible virus de type SARS-CoV à Wuhan. Le Dr Ai a ensuite envoyé les résultats des tests de laboratoire à un groupe de huit autres scientifiques chinois, dont le Dr Li Wenliang. Ces scientifiques ont exprimé de vives inquiétudes quant aux résultats des tests et ont commencé à avertir d’autres personnes du nouveau virus, qui s’appellera plus tard COVID-19. En conséquence, ils ont tous été harcelés par des fonctionnaires du PCC pour avoir «propagé des rumeurs» concernant la nouvelle épidémie de COVID-19.[[98]](#footnote-99)

Le 1er janvier 2020, la Dre Ai a ordonné à son personnel de porter des masques pour lutter contre la propagation et a été immédiatement appelée devant le conseil de discipline de son hôpital.[[99]](#footnote-100) Elle a ensuite été accusée de « répandre des rumeurs » et d’« altérer la stabilité de Wuhan ».[[100]](#footnote-101) Le conseil de discipline est allé plus loin et a interdit au Dr Ai et à son personnel de discuter publiquement du virus.[[101]](#footnote-102) Malheureusement, en raison des efforts déployés par le PCC pour faire taire le Dr Ai, plusieurs membres de son équipe médicale sont tombés malades et sont décédés plus tard.

Le 3 janvier 2020, quatre jours après que le Dr Li eut mis en garde contre un nouveau virus, il a été contraint de signer une lettre l’accusant de «faire de fausses déclarations» qui «perturbaient gravement l’ordre social» par le bureau de la sécurité publique de Wuhan. [[102]](#footnote-103)Cette punition et le harcèlement des sept autres médecins ont été diffusés publiquement sur les médias d'État du PCC pour dissuader tout autre lanceur d'alerte de se manifester.[[103]](#footnote-104) Le Dr Li a été autorisé à retourner au travail, mais a par conséquent contracté la COVID-19 cinq jours plus tard, le 7 février, il est décédé de complications dues à la COVID-19. [[104]](#footnote-105)

Le 3 janvier 2020, le PCC a arrêté huit personnes pour avoir «publié ou transmis de fausses informations sans vérification».[[105]](#footnote-106) Le PCC a ensuite «publié un avertissement indiquant que toute personne surprise en train d’utiliser les médias sociaux pour partager des informations sur le coronavirus obtenues de n’importe où, mais que les médias ou organisations gérés par l’État encourraient entre trois et sept ans de prison».[[106]](#footnote-107)

En outre, le PCC a pris la mesure sans précédent d'expulser de Chine les journalistes américains qui rendent compte des débuts de la pandémie de COVID-19.[[107]](#footnote-108) Le PCC a expulsé au moins 13 journalistes, dont des correspondants du New York Times, du Wall Street Journal et du Washington Post.[[108]](#footnote-109)

En outre, selon le FBI et l'Agence américaine de cybersécurité et de sécurité des infrastructures, le PCC a lancé une campagne de cyberespionnage dans le but de voler des recherches américaines sensibles liées aux vaccins et aux traitements contre la COVID-19.[[109]](#footnote-110) Ces attaques étaient une attaque directe contre la santé publique américaine.

Enfin, selon le Global Times aligné sur le PCC, le PCC envisageait des «mesures punitives» à l’encontre de plusieurs législateurs américains étatiques et fédéraux.[[110]](#footnote-111) Dans une mesure sans précédent et odieuse, le PCC a déclaré qu’il « riposterait » aux tentatives du gouvernement américain de déterminer les origines de la COVID-19 et qu’il irait au-delà des sanctions pour rendre les législateurs américains « douloureux ».[[111]](#footnote-112) Par exemple, l’ambassadeur de Chine aux États-Unis a exprimé sa « grave préoccupation » concernant l’enquête du sous-comité restreint.[[112]](#footnote-113) Ce n'est qu'un autre exemple de la Chine et du PCC qui ont obscurci leurs méfaits au début de cette pandémie.

Étonnamment, l'OMS n'a pas reconnu ou soutenu les actions courageuses de ces scientifiques et journalistes qui ont dénoncé le régime oppressif du PCC et mis en garde le monde contre cette pandémie mortelle. Au lieu de louer leurs efforts pour sauver des vies, l’OMS a régulièrement promu la désinformation du régime du PCC.

L’OMS a publié de fausses informations concernant les origines et la notification de l’apparition de la COVID-19

Le 9 avril 2020, le Comité de surveillance et de réforme des Républicains a écrit au Dr Tedros au sujet de l’échec de la réponse de l’OMS à la pandémie de COVID-19.[[113]](#footnote-114) Le 15 juin 2020, plus de deux mois après la réception de la lettre, le Dr Tedros a fourni une réponse officielle.[[114]](#footnote-115) Cette réponse était totalement incomplète et contenait au moins une fausse déclaration. [[115]](#footnote-116)

Dès le 27 avril 2020, l'OMS a inclus un calendrier de réponse à la COVID-19 sur son site Web public.[[116]](#footnote-117) Ce calendrier indiquait à l’origine que, le 31 décembre 2019, la «Commission municipale de la santé de Wuhan, en Chine, avait signalé à l’OMS un groupe de cas de pneumonie à Wuhan, dans la province du Hubei».[[117]](#footnote-118) C’est également ce que le Dr Tedros a déclaré au comité dans sa lettre du 15 juin 2020 et qu’il a maintenu sur le site web de l’OMS jusqu’au 29 juin 2020.[[118]](#footnote-119) Le 20 avril 2020, lors d'une conférence de presse virtuelle, le Dr Tedros a même déclaré: «[l]e premier rapport est venu de Wuhan, de la Chine elle-même.»[[119]](#footnote-120)

Toutefois, l’OMS a choisi de contredire discrètement ces affirmations en publiant un calendrier «mis à jour» sur son site web officiel.[[120]](#footnote-121) Puis, le 30 juin 2020, la référence ci-dessus a été discrètement effacée de la chronologie du site Web. La chronologie indique désormais que le «bureau de pays de l’OMS en République populaire de Chine (RPC) a recueilli un rapport des médias [...] sur des cas de «pneumonie virale» à Wuhan, en RPC».[[121]](#footnote-122) En réalité, le «rapport des médias» était une information publiée sur un site web américain par des médecins travaillant à l’épicentre de la pandémie.[[122]](#footnote-123) Cette révélation confirme que le PCC n'a pas informé l'OMS de l'épidémie. Cet échec est une violation du RSI pour laquelle le PCC doit être tenu responsable.[[123]](#footnote-124) En refusant de révéler la vérité, l'OMS a pris la décision affirmative de soustraire le PCC à toute responsabilité.

CONSTATATION : Le Parti communiste chinois a violé les articles 6 et 7 du Règlement sanitaire international sans aucune répercussion.

Le PCC a violé les articles 6 et 7 du RSI et doit être tenu responsable.

L’article 6 du RSI dispose que «[t]out État partie notifie à l’OMS [...] dans un délai de 24 heures [...] tous les événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale».[[124]](#footnote-125) Pour qu’une épidémie doive être notifiée, il doit: 1) avoir de graves conséquences sur la santé publique, 2) être inhabituel ou inattendu, 3) présenter un risque de propagation internationale et 4) présenter un risque important pour le commerce international.[[125]](#footnote-126) La COVID-19 remplissait tous ces critères bien avant que l'OMS ne soit officiellement informée de l'épidémie par la Chine. En outre, l’article 7 du RSI dispose que si un « État partie dispose de preuves d’un événement de santé publique inattendu ou inhabituel [...] il doit fournir à l’OMS toutes les informations pertinentes en matière de santé publique ».[[126]](#footnote-127) Le PCC n’a pas informé l’OMS en temps utile et a ensuite dissimulé des informations précieuses – nuisant à la réponse mondiale et entraînant des maladies et des décès inutiles.

Selon des rapports de Hong Kong, le PCC a identifié des cas de COVID-19 remontant jusqu’au 17 novembre 2019, soit plus d’un mois avant que l’OMS ne soit informée publiquement.[[127]](#footnote-128) Le 27 décembre 2019, le Dr Zhang Jixian, médecin à l'hôpital provincial de médecine chinoise et occidentale intégrée du Hubei, a déclaré aux autorités sanitaires du PCC que la maladie était causée par un nouveau coronavirus, trois jours avant que l'OMS ne soit publiquement informée.[[128]](#footnote-129) Les médecins ont reçu l'ordre de ne divulguer aucune information sur le virus non identifié au public.[[129]](#footnote-130) Ce retard dans la notification publique est en violation de l'article 6 du RSI et a entraîné un retard dans la réponse mondiale.

En outre, le Dr John MacKenzie, conseiller du comité d’urgence de l’OMS, a admis que l’OMS avait été « induite en erreur » au sujet de l’épidémie.[[130]](#footnote-131) Il a déclaré qu’au moment où le PCC a notifié l’OMS le 31 décembre, le PCC avait déjà séquencé le génome du virus – première étape de la création d’un test précis et de l’élaboration de contre-mesures médicales – mais qu’il n’avait partagé le séquençage avec l’OMS que le 12 janvier, en violation de l’article 7 du RSI. [[131]](#footnote-132)

Cela a été confirmé par le Dr Farrar, dans son livre Spike: The Virus vs The People The Inside Story, et le Dr Daszak dans une interview transcrite devant le sous-comité Select.

|  |  |
| --- | --- |
| Dr Peter Daszak (14 novembre 2023) | |
| Q. | Vous souvenez-vous de la date à laquelle la Chine a officiellement annoncé pour la première fois ce qui allait devenir le COVID-19? |
| A. | C'était début janvier, d'après mes souvenirs. Je veux dire, nous en avons entendu parler 18 plus tôt que cela par des canaux non officiels. |
| Q. | Quand en avez-vous entendu parler pour la première fois? |
| A. | Je pense que c'est le 30 ou le 31 décembre. C'est une question d'enregistrement. J'ai publié un tweet, je pense très tard le 31 janvier, la veille du Nouvel An. Mais je crois que j'en ai entendu parler la veille. Et, vous savez, vous entendez parler de ces rumeurs tout le temps. "Oh, il y a une épidémie ici, il y a une épidémie là-bas." Votre première réponse est, eh bien, vérifiez, pour citer Ronald Reagan. Nous avons donc réussi à mettre la main sur des gens en Chine et à leur demander ce qu'ils savaient, quelles sont ces rumeurs. Et on nous a dit la veille du Nouvel An, à mon souvenir, qu'il y avait un nouveau coronavirus pour cent différent du SRAS, ce qui était une information étrangement précise. |
| Q. | D'accord. Vous rappelez-vous quand le génome a été rendu public? |
| A. | Je pense que c'était le 9 ou le 12 janvier.[[132]](#footnote-133) |

Pendant potentiellement plus de deux semaines, le PCC a tenu la clé de la réponse mondiale mais a refusé de la partager.

Le PCC a intentionnellement retardé la notification de la COVID-19 et dissimulé des informations sanitaires importantes en violation des articles 6 et 7 du RSI. Ces actions démontrent le manque total de respect du PCC pour la communauté mondiale de la santé publique.

CONSTATATION : Le rapport de l’Organisation mondiale de la santé concernant les origines de la COVID-19 était incomplet, trompeur et a réprimandé la propagande du Parti communiste chinois.

Outre la mauvaise gestion initiale du virus, l’OMS a produit un rapport sur les origines de la COVID-19 qui n’a fait que poursuivre la propagande du PCC.[[133]](#footnote-134) L'OMS a tenté d'organiser une enquête sur les origines du virus, mais dès le début, il était évident que le PCC était complètement en contrôle.

Le «mandat de la partie chinoise» [ci-après le «mandat»] était un document qui établissait les règles de base de l’enquête de l’OMS. Ces termes étaient intrinsèquement imparfaits, fournissaient un pouvoir discrétionnaire important au PCC et continuaient à perroqueter la propagande du PCC. [[134]](#footnote-135)Voici quelques exemples:

* Soutenir la propagande du PCC en déclarant que l’enquête évaluerait également la «possibilité que le virus ait silencieusement» commencé en dehors de Wuhan.
* Esquiver la responsabilité en « s’appuyant sur les informations existantes et en augmentant, plutôt que de dupliquer, les efforts [du PCC] en cours ».
* Indépendance scientifique fictive en conférant au PCC un droit de refus définitif sur la «composition de l’équipe internationale».[[135]](#footnote-136)

Avec ces restrictions intégrées dans les termes de référence, il était presque impossible que tout examen des origines de la COVID-19 mené par l'OMS porte ses fruits.

En janvier 2021, une équipe internationale s'est rendue à Wuhan, en Chine, pour examiner les preuves indiquant quand et comment le virus pourrait avoir émergé.[[136]](#footnote-137) En mars 2021, l’équipe de l’OMS a publié un rapport intitulé «WHO-Convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part,» [ci-après le «rapport de l’OMS»] présentant quatre scénarios possibles en matière d’origine:

1. «les retombées zoonotiques directes sont considérées comme une voie possible à probable;
2. l'introduction par l'intermédiaire d'un hôte intermédiaire est considérée comme une voie susceptible d'être très probable;
3. l’introduction par le froid/les produits de la chaîne alimentaire est considérée comme une voie possible; [et]
4. l’introduction par le biais d’un incident de laboratoire a été considérée comme une voie extrêmement improbable.»[[137]](#footnote-138)

Pourtant, beaucoup, y compris les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie et le Canada, ont vivement critiqué le rapport de l'OMS.[[138]](#footnote-139) Les experts ont déclaré que les scientifiques n’avaient pas accès à des données et à des échantillons complets et originaux; un accès complet aux entretiens; et l'accès à tous les laboratoires qu'ils souhaitaient visiter.[[139]](#footnote-140) Même les membres de l'équipe de l'OMS ont déclaré que le rapport n'était pas adéquat. Le Dr Ben Embarek, un expert de l'OMS qui a dirigé la mission de l'OMS à Wuhan, a réitéré que son équipe avait du mal à obtenir les données brutes en Chine, ajoutant que les données devraient être réexaminées lors de la prochaine phase de l'étude.[[140]](#footnote-141) Il a également déclaré que le rapport «ne faisait qu’effleurer» leur compréhension des origines de la COVID-19.[[141]](#footnote-142)

D'éminents responsables américains de la santé publique, tels que le Dr Fauci, ont publiquement dénoncé le rapport. En mars 2021, sur Face The Nation, le Dr Fauci a déclaré : « [i]l y avait beaucoup de restrictions sur la capacité des personnes qui s’y rendaient à vraiment jeter un coup d’œil [...] [j’ai] des préoccupations considérables à ce sujet. »[[142]](#footnote-143) D’autres hauts fonctionnaires, y compris le secrétaire d’État du président Biden, M. Antony Blinken, l’ont également critiquée en déclarant : « [i]l y a eu de réelles préoccupations concernant la méthodologie et le processus qui sont entrés dans ce rapport, y compris le fait que le gouvernement de Pékin a apparemment aidé à le rédiger. »[[143]](#footnote-144)

Il n'est pas surprenant que le rapport de l'OMS n'ait pas reçu un accueil élogieux de la part de la scène mondiale. Pour commencer, l'une des conditions exigées par le PCC pour permettre à l'enquête d'avoir lieu était qu'ils disposaient d'un droit de veto total sur l'inclusion de scientifiques américains. [[144]](#footnote-145)HHS a présenté trois candidats experts: un virologue qui travaille sur des virus nécessitant une étude dans des laboratoires de haute sécurité; un vétérinaire chevronné; et un épidémiologiste médical menant un programme d'études sur la santé mondiale.[[145]](#footnote-146) Tous les trois ont été démentis.

Le seul Américain de l’équipe de l’OMS était le Dr Daszak, dont les scientifiques éminents ont reconnu qu’il existait d’importants conflits d’intérêts, en partie à cause de son travail avec le WIV, le laboratoire même sur lequel le groupe de l’OMS était censé enquêter.

Dr. Ian Lipkin (6 avril 2023)

Q. L'équipe était composée de 17 scientifiques internationaux et de 17 scientifiques chinois. Il n'y a qu'un seul Américain. C'était le Dr Daszak.

|  |  |
| --- | --- |
|  | de l'Alliance EcoHealth. Pensez-vous que le Dr Daszak a des conflits d'intérêts en ce qui concerne la recherche des origines de la COVID-19? |
| A. | Je le fais. |
| Q. | Pourquoi? |
| A. | Parce qu’il l’était – parce qu’il avait mené un programme de recherche actif au sein du WIV.[[146]](#footnote-147) |

Dr Anthony Fauci (9 janvier 2024)

Q. Je vais maintenant vous demander votre avis. Il est évidemment étroitement lié à l'Institut de Wuhan depuis longtemps, a fait de nombreuses déclarations publiques, a maintenant - au cours des 3 dernières années, nous avons vu de nombreux problèmes de conformité avec ses subventions. Pensez-vous qu'il a un conflit d'intérêts dans l'enquête sur la question des origines?

R. Je crois qu'il aurait pu s'épargner beaucoup d'ennuis s'il l'avait fait.

Q. S'il a révélé un conflit d'intérêts?

R. Oui, oui, parce qu'il a évidemment reçu beaucoup de critiques à ce sujet et qu'il avait des doutes sur sa crédibilité à ce sujet. Je pense que, rétrospectivement, en y réfléchissant, il aurait probablement dit que cela aurait été une meilleure idée à faire.[[147]](#footnote-148)

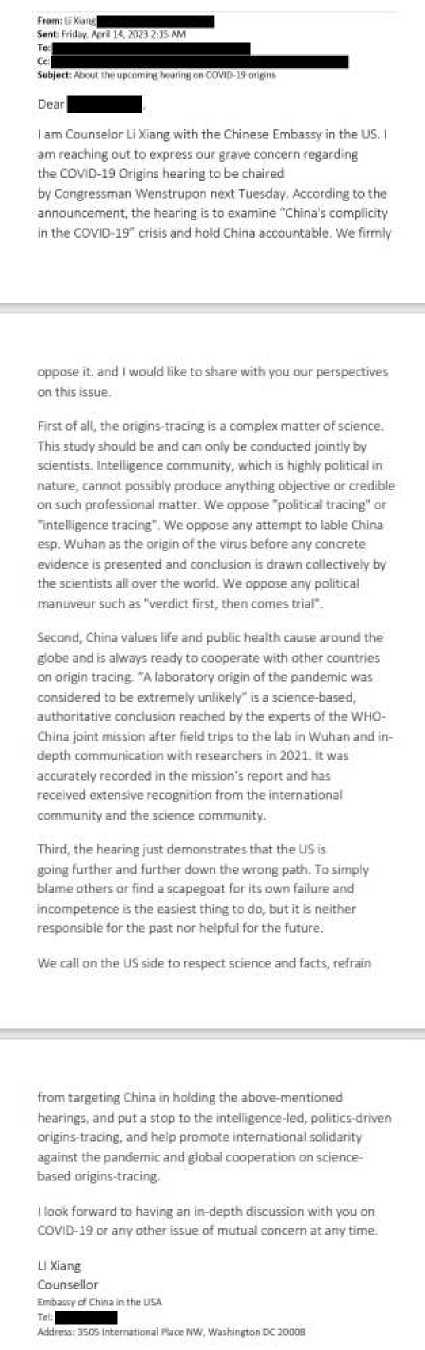
Le contrôle total exercé par le PCC sur chaque aspect de l’itinéraire de l’équipe d’enquête et de l’accès aux informations constituait une restriction importante. À son arrivée à Wuhan, l'équipe de l'OMS s'est mise en quarantaine pendant deux semaines dans des chambres d'hôtel et a été limitée à certaines zones de l'hôtel après la mise en quarantaine.[[148]](#footnote-149) Les enquêteurs ont été empêchés de dîner avec leurs homologues chinois, un détail apparemment insignifiant, mais ont refusé à l'équipe de l'OMS la possibilité d'engager une conversation informelle, d'humain à humain, qui peut fournir des informations inestimables. [[149]](#footnote-150)

À Wuhan, des scientifiques chinois ont déclaré avoir examiné les dossiers médicaux d'environ 76 000 patients de plus de 200 établissements médicaux. [[150]](#footnote-151)Lorsque l'équipe de l'OMS a demandé des chiffres bruts et des données, les scientifiques chinois n'ont présenté que des analyses.[[151]](#footnote-152) Sur les 76 000 dossiers médicaux examinés, 92 patients d'octobre, novembre et début décembre 2019 présentaient curieusement des symptômes suggérant la COVID-19, mais aucun n'a été testé positif aux anticorps selon les dossiers médicaux.[[152]](#footnote-153) L'équipe de l'OMS n'a pas été autorisée à examiner des données brutes ou à effectuer sa propre analyse.[[153]](#footnote-154)

La conclusion du rapport de l’OMS incluait quatre hypothèses: que le virus a sauté directement de l'animal à l'homme; il s’est propagé par l’intermédiaire d’un animal intermédiaire (non identifié); il a été transmis par l’intermédiaire de la chaîne alimentaire, en particulier les produits congelés; ou il venait d'un laboratoire.[[154]](#footnote-155) Celles-ci ont été conclues à main levée, dans une salle avec des homologues chinois – dont beaucoup relèvent directement du PCC – qui avaient déjà exclu un accident de laboratoire et suggéré que la pandémie avait commencé quelque part en dehors de la Chine.[[155]](#footnote-156) La théorie selon laquelle le virus provenait d’un laboratoire a été jugée «extrêmement improbable» et n’a pas été recommandée pour d’autres recherches.[[156]](#footnote-157)

Il est très clair qu'il ne s'agissait pas d'une enquête approfondie, complète ou impartiale. Le ministère des affaires étrangères du PCC a même admis que «la Chine s’oppose fermement aux tentatives de certains pays de [...] tenir la Chine pour responsable».[[157]](#footnote-158) Pourtant, même si le reste du monde comprend que ce rapport est une imposture, le PCC le présente comme l’évaluation définitive concernant les origines de la COVID-19. À tel point que l’ambassadeur de Chine aux États-Unis a envoyé au sous-comité restreint une lettre tentant d’entraver l’enquête du sous-comité restreint sur les origines de la COVID-19, en citant le rapport de l’OMS sur les origines.[[158]](#footnote-159)

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK][REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK] [REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]



|  |  |
| --- | --- |
| CONSTATATION : | Le projet de «traité pandémique» de l’Organisation mondiale de la santé ne résout pas les problèmes sous-jacents de l’Organisation et peut nuire de manière positive aux États-Unis. |

Contrairement à l'Organisation mondiale du commerce, l'OMS n'a aucune autorité réelle pour sanctionner ou faire pression sur ses États membres. Comme l’a déclaré le Dr Richard Horton, rédacteur en chef du Lancet, «[l]’OMS a été privée de son pouvoir et de ses ressources. Son autorité de coordination et ses capacités sont faibles. Sa capacité à diriger une réponse internationale à une épidémie potentiellement mortelle est inexistante.»[[159]](#footnote-160) La seule autorité à laquelle l’OMS doit faire face est la pression du public. À titre d’illustration, lorsqu’on lui a demandé de nommer les pays qui avaient des «niveaux alarmants d’inaction», le Dr Mike Ryan, responsable de la réponse à la COVID-19 à l’OMS, a déclaré: «[vous] savez qui vous êtes, nous ne critiquons pas nos États membres en public».[[160]](#footnote-161)

La pandémie de COVID-19 a été la pire urgence de santé publique mondiale depuis la création de l’OMS en 1948 et a mis en lumière les graves limites du RSI et les limites institutionnelles de l’OMS. Le RSI est conçu pour atteindre un niveau plus élevé de sécurité sanitaire mondiale, mais face à la COVID-19, le RSI n'a pas correctement exécuté sa gestion ou sa supervision.[[161]](#footnote-162)

En réponse aux nombreux appels des États membres à renforcer le cadre pour les futures pandémies, une rare session extraordinaire de l’AMS s’est tenue en novembre 2021. [[162]](#footnote-163)Les­États membres y sont convenus «d’établir [...] un organe de négociation intergouvernemental ouvert à tous les États membres et membres associés pour élaborer et négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l’OMS sur la prévention, la préparation et la réaction aux pandémies».[[163]](#footnote-164)

Au 20 septembre 2024, il n'y avait pas de projet achevé et présentable de traité sur la pandémie.[[164]](#footnote-165) À partir du projet daté du 13 mars 2024, l’objectif général du traité sur les pandémies est d’aider à «prévenir les pandémies, à s’y préparer et à y faire face».[[165]](#footnote-166) Les dispositions (en cours de négociation) comprenaient des définitions et des principes, des objectifs ambitieux pour améliorer les capacités de préparation et de réaction aux pandémies, ainsi que la chaîne d’approvisionnement et la logistique.[[166]](#footnote-167) Certaines des dispositions les plus contestées et débattues comprennent le financement de la préparation et de la réaction aux pandémies, l'accès aux agents pathogènes et le partage des avantages, les droits de propriété intellectuelle, le transfert de technologie et la recherche et le développement de produits liés à la pandémie.[[167]](#footnote-168)

Le traité sur les pandémies ne remédie pas aux faiblesses du RSI. Le refus de l’OMS de tenir le PCC responsable de la violation du RSI est un enjeu majeur pour la protection de la santé publique mondiale.

En outre, il existe des préoccupations spécifiques des États-Unis concernant la promulgation de tout traité potentiel sur la pandémie. Tout au long des négociations en cours, des questions ont été soulevées quant à la transparence des négociations. Il y a eu plusieurs négociations à huis clos qui ont donné lieu à des modifications importantes qui sont ensuite présentées à tous les États membres. En outre, il n'est pas clair si ce traité sera ratifié par le Sénat américain ou non. Si les États-Unis décident d'adopter un traité sur la pandémie, ils doivent passer par le processus d'approbation requis par le Sénat.

Alors qu'un nouveau traité sur la pandémie, la prévention, la préparation et l'intervention semble être une bonne idée en théorie, sur le papier, il est insuffisant. Le projet ne fait pas grand-chose pour combler les lacunes révélées par la COVID-19. L'OMS doit être une organisation qui représente et protège le monde entier. Cela nécessite un système de confiance à la fois de la part des États membres pour faire rapport et de l’OMS pour protéger, ce qui n’a pas été le cas pendant la pandémie. En conséquence, l'Ambassadeur Nkengasong a témoigné:

L'honorable John Nkengasong (13 décembre 2023)

Nous sommes tout à fait d’accord avec vos remarques liminaires sur le capital de confiance qui est nécessaire pour [traiter] les menaces mondiales de maladies, et qui vient avec la capacité d’être totalement transparent, d’être responsable, de faire rapport en temps utile, et aussi de coopérer, et tous ces éléments manquaient de la capacité de la Chine à coopérer avec l’OMS et le monde. Et lorsque vous souffrez d'une maladie respiratoire en évolution rapide comme le COVID, tous ces éléments sont très importants pour la sécurité sanitaire mondiale.

Je pense que le fardeau est toujours sur la Chine, que pendant les 3 dernières années, la Chine n'a pas été à la hauteur de ce qu'elle devrait être en travaillant avec l'OMS, en travaillant directement avec nous pour que nous comprenions simplement quelle est l'origine du virus afin qu'il puisse mieux nous préparer pour l'avenir. Comme nous l'avons tous dit, c'est une question de temps avant que nous soyons confrontés à une autre menace, oui, donc je pense que je suis tout à fait d'accord avec vous sur le fait que nous devons établir une relation de confiance qui nous permettra d'être en mesure de réagir très rapidement. [[168]](#footnote-169)

1. La réserve nationale stratégique n'était pas prête à faire face à une pandémie virale à l'échelle nationale

Le SNS est le stock américain de médicaments pharmaceutiques, de produits médicaux et de fournitures auxiliaires.[[169]](#footnote-170) Déployées à la discrétion du secrétaire du HHS, ces fournitures complètent les contre-mesures médicales nécessaires aux États, aux nations tribales, aux territoires et aux plus grandes zones métropolitaines lors d'urgences de santé publique.[[170]](#footnote-171) Le Congrès a mandaté le SNS en 1999, et depuis lors, il a fourni des ressources lors d'ouragans, d'inondations, d'événements bioterroristes et d'épidémies de maladies infectieuses, y compris bien sûr la pandémie de COVID-19.[[171]](#footnote-172)

Le SNS est un réseau d’entrepôts stratégiquement placés, non connus du public, conçus pour compléter et réapprovisionner les ressources en temps utile pour répondre aux agences de santé publique nationales et locales en cas d’urgence en tout lieu et à tout moment aux États-Unis.[[172]](#footnote-173) L’objectif et la tâche du SNS est de livrer des fournitures médicales aux communautés dans les 12 heures suivant la décision de déployer le stock.[[173]](#footnote-174)

Dans sa forme actuelle, la mission du SNS est de «garantir la sécurité sanitaire d’urgence des États-Unis [...] en cas d’attaque bioterroriste ou d’autres urgences de santé publique».[[174]](#footnote-175) Entre les exercices 2015 et 2021, les trois quarts des fournitures et du budget non liés à la COVID-19 ont été alloués à la lutte contre deux menaces seulement: la variole et l'anthrax.[[175]](#footnote-176)

HHS fournit un contact d'urgence 24/7, 365 pour les hauts fonctionnaires du gouvernement à appeler en cas d'urgence. Dans un délai d'environ 15 minutes, les dirigeants de SNS, les experts en la matière et d'autres organismes fédéraux se réunissent pour une conférence téléphonique ou dirigent le demandeur vers les experts techniques appropriés.[[176]](#footnote-177) Le bureau du secrétaire adjoint à la préparation et à la réaction [ci-après l’«ASPR»] évalue la demande afin de déterminer si elle peut être entièrement, partiellement ou non satisfaite.[[177]](#footnote-178) Le SNS peut être déployé dans des incidents de portée et de taille variables, à la demande des juridictions sanitaires étatiques, locales, tribales et territoriales [ci-après «SLTT»], ou peut être prépositionné pour des événements importants pour la sécurité nationale à la discrétion du secrétaire du HHS.

Cependant, le SNS n'a pas été créé ni conçu pour répondre à une urgence nationale ou véritablement mondiale, comme la pandémie de COVID-19. Il a été conçu pour être un point d'arrêt pour les contre-mesures médicales locales et les événements de risques biologiques. Le SNS maintient généralement une large gamme de médicaments tels que les antibiotiques, les antidotes et les antitoxines, ainsi que l'équipement et les fournitures auxiliaires tels que l'EPI et l'équipement chirurgical. [[178]](#footnote-179)Il y a aussi des CHEMPACKs, des stations médicales fédérales et des paquets-poussoirs.[[179]](#footnote-180)

Le secrétaire du HHS est tenu de:

[M]aintain un stock ou des stocks de médicaments, vaccins et autres produits biologiques, dispositifs médicaux et autres fournitures (y compris l'équipement de protection individuelle, les fournitures médicales auxiliaires et d'autres fournitures applicables nécessaires à l'administration de médicaments, vaccins et autres produits biologiques, dispositifs médicaux et tests de diagnostic dans le stock) en nombres, types et quantités déterminés ... comme étant appropriés et réalisables, compte tenu des autres sources disponibles, pour assurer et optimiser la sécurité sanitaire d'urgence des États-Unis, y compris la sécurité sanitaire d'urgence des enfants et d'autres populations vulnérables, en cas d'attaque bioterroriste ou d'autre urgence de santé publique et ... apporter les ajouts ou modifications nécessaires au contenu de ces stocks ou stocks.[[180]](#footnote-181)

Déterminer quelles fournitures sont «appropriées et praticables» est ténu parce que le SNS doit être préparé à un certain nombre d’urgences qui pourraient survenir à tout moment dans l’ensemble des États-Unis. Le secrétaire définit «approprié et praticable» dans le contexte des ressources limitées que le SNS est raisonnablement en mesure de fournir. Il serait impossible pour le SNS de prévoir quels approvisionnements et combien seraient nécessaires pour une urgence qui ne s’est pas produite. Pourtant, comme nous l'avons vu plus haut, il y a généralement un large éventail d'articles à chaque site.

Encore une fois, le SNS n'a pas été créé pour être la seule source de contre-mesures médicales d'urgence en temps de crise. Toutefois, il s’agit de la principale source nationale de contre-mesures médicales d’urgence. La pandémie de COVID-19 a montré qu’il existait des points faibles, en particulier en ce qui concerne le manque de stocks individuels des États.

|  |  |
| --- | --- |
| CONSTATATION : | Datant de l'administration Obama, la réserve nationale stratégique n'était pas préparée à une urgence de santé publique nationale. |

La pandémie de COVID-19 a placé le SNS dans l'œil de la tempête et l'a secoué jusqu'au cœur. Alors que le SNS a donné des résultats sur certains aspects, la pandémie a mis en évidence des faiblesses et des domaines à améliorer.

L'un de ces domaines est le processus d'examen du contenu du SRS. Le secrétaire du HHS est tenu d'examiner chaque année le contenu de la réserve pour confirmer qu'il est pertinent par rapport aux menaces actuelles pour la sécurité de la santé publique.[[181]](#footnote-182) Pour faciliter cet examen, le secrétaire travaille «en consultation avec l’entreprise de contre-mesures médicales d’urgence de santé publique [ci-après “PHEMCE”]».[[182]](#footnote-183) Le PHEMCE est un groupe interagences qui identifie les besoins en matière de sécurité de santé publique et formule des recommandations à l’intention du secrétaire concernant «la recherche, la recherche avancée, le développement, l’approvisionnement, le stockage, le déploiement, la distribution et l’utilisation» des contre-mesures médicales, y compris le contenu et l’utilisation du SNS.»[[183]](#footnote-184)

Le SNS est dans la position unique et précaire de maintenir un important stock national pour de multiples menaces à faible probabilité, mais à forte conséquence, tout en gérant la capacité de réagir rapidement à de nouvelles menaces et à d'autres urgences. Le stock est équipé de suffisamment de vaccins contre la variole pour une urgence nationale, mais en prévision de la pandémie de COVID-19, le SNS n'était pas suffisamment approvisionné en certains actifs essentiels.[[184]](#footnote-185)

En 2009, le SNS a réagi à l'éclosion de grippe H1N1 et a épuisé ses ressources en EPI.[[185]](#footnote-186) Même en sachant qu'une ressource telle que l'EPI sera toujours pertinente et précieuse pour tout type d'urgence, l'administration Obama a donné la priorité à plusieurs reprises à la reconstitution du stock avec d'autres ressources. Pendant la crise de la COVID-19, l’ASPR et le DOD ont attribué des contrats en 2020 et 2021 pour permettre au SNS d’augmenter considérablement la quantité d’EPI et d’inventaire des ventilateurs.[[186]](#footnote-187)

**Tableau 3: Stock national stratégique (SNS) d'équipements de protection individuelle (EPI) et de ventilateurs de décembre 2019 à février 2022**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EPI et ventilateurs** | **Inventaire disponible en décembre 2019 (en millions)** | **Inventaire d'octobre 2020 en main (en millions)** | **Inventaire disponible en février 2021 (en millions)** | **Inventaire de février 2022 en main (en millions)** | **Objectif d'inventaire de 90 jours\* (en millions)** |
| Gants | 16.9 | 2.0 | 227 0 | 4,300.0 | 4.500.0 |
| Respirateurs N95 | 12.6 | 107.0 | 307.0 | 626.0 | 300.0 |
| Masques chirurgicaux ou procéduraux | 30.8 | 157.0 | 411.0 | 412.0 | 400 0 |
| Robes ou combinaisons | 4.8 | 1.0 | 65.8 | 79.0 | 265.0 |
| Protection des yeux ou écrans faciaux | 5.8 | 19.0 | 17.6 | 19.5 | 18.0 |
| Ventilateurs | 0.019 | 0.150 | 0.152 | 0.158 | 0.168 |

**Source : Dats du bureau ot le secrétaire adjoint far Preparedness anc Response I ASPR| wittun Be Department Health and Human Ser.-.ces | GAO-23 1062\*0**

Le SNS est le plus grand dépôt national de fournitures médicales d’urgence, y compris d’EPI, mais il y a eu une pénurie nationale de masques, d’EPI et de respirateurs au début de la pandémie de COVID-19. [[187]](#footnote-188)En avril 2020, les magasins du SNS étaient presque épuisés.[[188]](#footnote-189) S’il est essentiel de noter que le SNS n’est pas conçu pour approvisionner l’ensemble du pays, le déclenchement négatif de la pandémie a entravé la réponse de la nation.

CONSTATATION : Les États doivent maintenir leur propre stock de fournitures médicales d'urgence.

Le SNS a été créé pour s’assurer que les SLTT disposaient du nombre adéquat d’approvisionnements face à une urgence en évolution rapide en tant que « tampon provisoire à court terme lorsque l’approvisionnement immédiat de ces matériaux peut ne pas être disponible ou suffisant ».[[189]](#footnote-190) Il n’a pas été établi ni même capable de répondre à une crise nationale. Pendant la pandémie de COVID-19, les États ont demandé massivement des actifs au SNS à un rythme que le SNS ne pouvait pas fournir.

À l'heure actuelle, les États ne sont pas tenus de maintenir leur propre stock d'équipements médicaux et auxiliaires.[[190]](#footnote-191) Comme chaque État l'a appris pendant la pandémie, le stockage garantit que des ressources sont disponibles pour une réponse rapide et efficace sans dépendre du gouvernement fédéral. Le stockage stratégique localisé peut faire la différence entre une réponse bien coordonnée et une réponse chaotique avec un manque potentiel de ressources en raison de pénuries nationales.

Les stocks maintenus par l'État permettraient aux États de déployer des ressources plus rapidement et d'avoir un accès garanti aux actifs. Le SNS n'a pas été en mesure de distribuer uniformément les fournitures dans les 50 États.[[191]](#footnote-192) Avoir la capacité d'être un point d'arrêt pour de multiples urgences ne signifie pas que le SNS ait jamais été prêt à équiper, jamais de juridiction, dans chaque État, en même temps.[[192]](#footnote-193) Un stock à l'échelle de l'État protégerait les individus à un taux beaucoup plus élevé, car les dirigeants locaux seraient en mesure de fournir immédiatement aux individus l'équipement nécessaire.[[193]](#footnote-194)

Des stocks localisés permettraient également aux États de mieux se préparer aux situations d'urgence en adaptant les stocks aux besoins uniques. Le SNS est un programme «attrape-tout» qui aide à se préparer à un large éventail de problèmes.[[194]](#footnote-195) Par exemple, le SNS a des mesures contre la variole et l'anthrax, mais pas nécessairement de l'équipement pour aider une juridiction en cas de catastrophe locale, comme un ouragan ou un tremblement de terre, ou un incendie de forêt.[[195]](#footnote-196)

La réserve de l'État est bénéfique et nécessaire car elle aiderait à alléger le fardeau du SNS pour subvenir aux besoins des États, permettant au SNS de remplir son énoncé de mission et de travailler à la préparation et à la réponse aux urgences pour protéger la santé des Américains. [[196]](#footnote-197)

La viabilité à long terme du SNS exige un équilibre entre la portée et l'objectif de la réserve et les ressources fournies. Le SNS doit évaluer ses besoins et ses objectifs en fonction des besoins et des objectifs futurs. Le fardeau de cette situation serait levé si les États établissaient et maintenaient leurs propres stocks pour répondre aux situations d'urgence.

1. L’insécurité de la chaîne d’approvisionnement aux États-Unis risque d’échouer à l’avenir dans la réponse à la pandémie

La pandémie de COVID-19 a eu de profondes répercussions sur les chaînes d’approvisionnement mondiales et nationales, exposant en particulier les vulnérabilités dans les domaines critiques des fournitures médicales et des produits pharmaceutiques. Alors que le virus se propageait, des perturbations sans précédent dans la fabrication, le transport et la distribution des fournitures ont grandement affecté la façon dont les gens ont été pris en charge pendant la pandémie.

La pandémie de COVID-19 a considérablement augmenté la demande de nombreux articles de consommation courants et la plupart des Américains ont été bloqués à la maison et se sont tournés vers le commerce électronique pour tous leurs besoins d'achat.[[197]](#footnote-198) Cette hausse de la demande de biens, lorsque les approvisionnements étaient limités en raison de pénuries et d’arrêts liés à la pandémie, a eu un effet d’entraînement tout au long de la chaîne d’approvisionnement. Les[[198]](#footnote-199) ports à travers le monde, mais en particulier dans le sud de la Californie, sont devenus encombrés au point d'être inopérants.[[199]](#footnote-200)

Bien qu'aucun pays ne se soit préparé à la pandémie ou à ses effets de second ordre, la vulnérabilité de l'industrie médicale et pharmaceutique américaine était inacceptable en raison de sa dépendance importante à l'égard des produits finis importés ou des ressources nécessaires pour fabriquer des produits ici. La COVID-19 a révélé que les États-Unis doivent rendre leurs chaînes d’approvisionnement médicales et pharmaceutiques plus résilientes, augmenter la production nationale pour réduire les réglementations paralysantes et les autres obstacles à la production et éviter d’être «coupés» par un événement catastrophique, tel que la pandémie de COVID-19 ou l’instabilité géopolitique. Ceci est réalisable et peut être corrigé en s'assurant que les entreprises américaines communiquent avec la FDA plus efficacement et en établissant un système où les entreprises sont en mesure d'ajuster rapidement leurs produits de fabrication.

Toutefois, certains points positifs ont montré que, même s’il n’y a pas eu de changement spectaculaire dans la distribution de la chaîne d’approvisionnement, l’esprit américain «peut faire» et la capacité d’adaptation des entreprises américaines en temps de crise étaient manifestes. General Motors s'est associé à Ventec Life Systems et a réaménagé son usine de Kokomo, dans l'Indiana, pour construire des ventilateurs pour les hôpitaux en pénurie.[[200]](#footnote-201) L'usine Bacardi de Porto Rico, l'une des plus grandes distilleries de rhum au monde, a modifié sa chaîne de production pour pomper l'éthanol nécessaire au désinfectant pour les mains plutôt qu'aux spiritueux distillés.[[201]](#footnote-202) Olein Refinery a utilisé de l'alcool Bacardi pour fabriquer plus de 1,7 million de bouteilles de 10 onces de désinfectant pour les mains.[[202]](#footnote-203) Burton Snowboards, un fabricant de snowboard basé à Burlington, dans le Vermont, a déplacé la production vers des écrans faciaux jetables et des bords réutilisables pour les travailleurs de la santé.[[203]](#footnote-204)

Ce petit échantillon d'entreprises qui ont été en mesure de changer rapidement de vitesse et d'aider l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement américaine sont des exemples de ce qui peut être fait pour aider à renforcer une chaîne d'approvisionnement mondiale perturbée. La logistique de ces entreprises s'est bien déroulée, en particulier pour la rapidité du redressement. Cependant, un plan d'action défini et prêt permettrait une exécution sans faille du changement.

CONSTATATION : Les États-Unis doivent réduire leur dépendance à l'égard d'autres pays, en particulier la Chine, pour les produits pharmaceutiques et les fournitures médicales.

La pénurie de fournitures pharmaceutiques et médicales pendant la pandémie a pleinement mis en évidence la dépendance des États-Unis à l’égard de la Chine.

Les industries médicales et pharmaceutiques sont particulièrement préoccupantes pour la chaîne d'approvisionnement américaine. Beaucoup de médicaments pris par les Américains sont fabriqués à l'étranger. Mais en outre, les ingrédients actifs de ces médicaments, les composés chimiques utilisés pour les fabriquer, sont majoritairement fabriqués en Chine.[[204]](#footnote-205) À tel point que l’approvisionnement a été décrit comme une «prise d’étranglement mondiale» de la Chine sur les composants chimiques des médicaments distribués dans le monde entier.[[205]](#footnote-206)

La nature complexe de la chaîne d'approvisionnement en médicaments empêche les consommateurs, les hôpitaux et même la FDA de connaître la variété des types et des volumes d'ingrédients pharmaceutiques provenant de Chine ou d'autres pays étrangers. En octobre 2019, devant le Sous-comité de la santé du Comité de l'énergie et du commerce de la Chambre, le Dr Woodcock a témoigné que la FDA:

Dre Janet Woodcock (29 octobre 2019)

Ne pas déterminer avec précision le volume de [ingrédients pharmaceutiques actifs] que la Chine produit réellement, ou le volume d'IPA fabriqués en Chine qui entrent sur le marché américain, directement ou indirectement par incorporation dans des dosages finis fabriqués en Chine ou dans d'autres parties du monde.[[206]](#footnote-207)

En 2018, la Chine représentait 95 pour cent des importations américaines d'ibuprofène, 91 pour cent des importations d'hydrocortisone, environ 40 pour cent de la pénicilline et 70 pour cent de l'acétaminophène. [[207]](#footnote-208)

Ce problème n’a été exaspéré que par la pandémie de COVID-19. Pendant les premiers jours du virus, il y avait certaines pharmacies à New York qui ne pouvaient pas stocker n'importe quelle marque d'un simple analgésique en vente libre, pendant des semaines.[[208]](#footnote-209)

Un autre problème avec la chaîne d'approvisionnement moderne est que de nombreux fabricants ont des fournisseurs et des sous-traitants qui utilisent une technologie spécialisée qui peut limiter l'endroit où les produits sont fabriqués, ou l'alternative que toutes les fournitures sont faites en un seul endroit. Un exemple de cela est un groupe de produits chimiques connus sous le nom de phosphonamidites nucléosidiques et les réactifs associés supplémentaires utilisés pour créer des séquences d'ADN et d'ARN.[[209]](#footnote-210) Toutes les entreprises qui développent des vaccins contre la COVID-19 à base d'ADN ou d'ARNm et des pharmacothérapies à base d'ADN s'appuient sur ces réactifs.[[210]](#footnote-211) Cependant, bon nombre des principaux précurseurs des vaccins et des médicaments sont produits uniquement en Corée du Sud et en Chine. [[211]](#footnote-212)

Du côté de l'offre médicale, la province du Hubei en Chine est la plaque tournante mondiale pour la production d'équipements médicaux de protection.[[212]](#footnote-213) La province du Hubei est l'endroit où le virus a émergé pour la première fois dans la ville de Wuhan. Wuhan a été presque complètement verrouillé pendant de nombreux mois pendant les premières parties de la pandémie, laissant les États-Unis dans la position ténue de compter sur les stocks actuels de fournitures médicales sachant que le principal fabricant de ces fournitures peut être hors service pendant un certain temps.

Bien qu'il faille sans aucun doute s'attaquer à la dépendance à l'égard de la Chine et d'autres pays étrangers dans la chaîne d'approvisionnement, il existe plusieurs mesures que les entreprises américaines devraient adopter pour aider à résoudre les problèmes du marché.

Le Dr Marston a expliqué comment la pandémie de COVID-19 a souligné à quel point la chaîne d'approvisionnement est fragile et vitale et a discuté des mesures que la FDA peut prendre pour améliorer la capacité de fournir des approvisionnements et atténuer les pénuries.[[213]](#footnote-214) Un changement majeur qui doit être abordé est l'absence d'exigence de déclaration des entreprises à la FDA lorsqu'elles connaissent une augmentation de la demande qu'elles ne sont pas en mesure de suivre.[[214]](#footnote-215) C’est le cas, par exemple, en 2022, lorsqu’une poussée de virus de la grippe et de virus respiratoires chez les enfants a créé une demande anormalement élevée de médicaments de base. [[215]](#footnote-216)Beaucoup de parents ont dû aller dans plusieurs magasins pour trouver n'importe quelle forme de réducteur de douleur ou de fièvre. [[216]](#footnote-217)

Un autre changement, qui non seulement renforcera la chaîne d'approvisionnement américaine, mais protégera la sécurité et la santé des Américains, obligera les sociétés pharmaceutiques à fournir des étiquettes plus détaillées pour leurs produits. À l'heure actuelle, les étiquettes de médicaments des entreprises américaines ne sont pas tenues d'identifier le fabricant d'origine ou de préciser la dépendance à l'égard de différents fabricants pour les IPA des médicaments produits.[[217]](#footnote-218) De plus, les étiquettes des médicaments n'incluent pas le fabricant original d'excipients à haut risque limités, ainsi que l'IPA et le produit pharmaceutique fini. Fournir cette information pourrait aider à atténuer les répercussions sur l'approvisionnement, à améliorer la sécurité nationale et à améliorer la préparation en matière de santé publique. [[218]](#footnote-219)

Enfin, le Dr Marston a témoigné que les fabricants de dispositifs médicaux ne sont pas tenus d'alerter la FDA au sujet d'une perturbation de la chaîne d'approvisionnement en dehors d'une urgence de santé publique. [[219]](#footnote-220)Elle a utilisé l'exemple douloureux et réel d'une tornade qui a détruit une usine.[[220]](#footnote-221) Elle a déclaré que la FDA pourrait le savoir et le voir aux nouvelles et appeler les fabricants eux-mêmes, mais le fabricant n'a pas à alerter la FDA qu'il peut y avoir une perturbation dans la chaîne d'approvisionnement en raison d'un événement en dehors d'une urgence de santé publique.[[221]](#footnote-222)

La dépendance actuelle des États-Unis vis-à-vis de la Chine pour les médicaments et les fournitures médicales constitue un risque grave pour la sécurité nationale. Cette dépendance excessive pourrait facilement être utilisée comme arme contre nous. La vulnérabilité de la chaîne d’approvisionnement n’était pas un problème nouveau, mais un problème qui a été mis à nu pendant la pandémie de COVID-19.

1. L'exigence de distanciation sociale de six pieds n'a pas été soutenue par la science

La distanciation sociale a été l’une des politiques les plus importantes de la pandémie de COVID-19. La distanciation sociale est la pratique consistant à maintenir intentionnellement un espace physique entre vous et les autres. Le 22 mars 2020, la CDC a publié des orientations désignant spécifiquement six pieds, ou deux pieds de pleine concurrence, comme la distance qui réduirait le mieux la propagation du coronavirus.[[222]](#footnote-223)

[M €3 Centres de contrôle et de prévention des maladies

■MM CDC 24- ScM'g Lves. Pto»ectr^ Personnes»

Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)

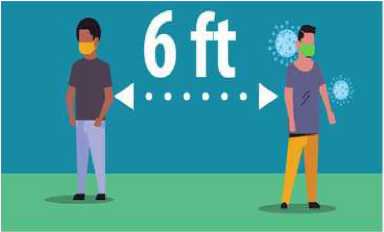
Distanciation sociale

Gardez une distance sûre pour ralentir la propagation.

Mise à jour juillet &. 2020 Imprimer

Limiter les contactsétroits en face à face avec les autres est le meilleur moyen de réduire la propagation de la maladieà coronavirus 2019 (COVID-19).

Qu'est-ce que la distanciation sociale?

La distanciation sociale, également appelée «distanciation physique», signifie garder un espace sûr entre vous et les autres personnes qui ne sont pas de votre foyer.

Pour pratiquer la distanciation sociale ou physique, restez à au moins 6 pieds (environ 2 bras) des autres personnes qui ne sont pas de votre ménage dans les espaces intérieurs et extérieurs.

La distanciation sociale devrait être pratiquée en combinaison avec d’autres actions préventives quotidiennes visant à réduire la propagation de la COVID-19, y compris le port de couvre-visage,

en évitant de vous toucher le visage avec des mains non lavées et en vous lavant fréquemment les mains avec de l'eau et du savon pendant au moins 20 secondes.

Les gouvernements à tous les niveaux et les entités privées ont mis en œuvre la distanciation sociale à l'échelle nationale d'une manière qui a eu un impact négatif sur presque toutes les personnes dans le pays. Les petites entreprises limitaient la capacité des clients autorisés dans le magasin à un moment donné, les épiceries plaçaient des autocollants sur le sol pour avertir les gens de l'endroit où se tenir, et les écoles avaient du mal à rouvrir parce que la règle limitait le nombre de bureaux pouvant se trouver dans une salle de classe à la fois.

CONSTATATION : Il n'y avait pas de soutien scientifique quantitatif pour six pieds de distanciation sociale.

Six pieds de distanciation sociale était une phrase et une règle connue de tous les Américains pendant la pandémie. Étonnamment, les orientations en matière de distanciation sociale n’ont pas été révisées avant août 2022.[[223]](#footnote-224) Même s'il s'agissait d'une orientation du CDC et non d'un mandat, il a été mis en œuvre avec force par les gouvernements des États et des collectivités locales et a provoqué beaucoup de conflits parmi les Américains. [[224]](#footnote-225)Lesexigences de distanciation sociale étaient en grande partie responsables de la fermeture des entreprises, renforçant un sentiment de perte de communauté, et faisaient partie des écoles de raisonnement qui ne pouvaient pas rouvrir pendant si longtemps.[[225]](#footnote-226)

Alors que six pieds de distanciation sociale était une politique fondamentale associée à la pandémie de COVID-19, comme beaucoup d'autres qui ont été mis en œuvre, le leadership en santé publique n'a pas articulé ou expliqué la science derrière la décision.

Le Dr Fauci a témoigné au sujet des études que lui et le CDC ont examinées avant d'imposer une politique aussi dure au peuple américain, pendant une si longue période.

|  |  |
| --- | --- |
| Dr Anthony Fauci (9 janvier 2023) | |
| Q. | Vous rappelez-vous quand les discussions concernant, en quelque sorte, le seuil d'au moins 6 pieds ont commencé? |
| A. | Les 6 pieds de l'école? |
| Q. | Six pieds au total. Je veux dire, 6 pieds a été appliqué dans les entreprises ... il a été appliqué dans les écoles, il a été appliqué ici. Au moins, la façon dont le message a été appliqué était que la distance de 6 pieds était la distance qui devait être... |
| A. | Tu sais, je ne m'en souviens pas. Ça vient d'apparaître. Je ne me souviens pas, comme, une discussion de savoir si elle devrait être 5 ou 6 ou quoi que ce soit. C'était juste que 6 pieds est |
| Q. | Avez-vous vu des études qui soutenaient 6 pieds? |
| A. | Je n'étais pas au courant d'études qui, en fait, seraient très difficiles à faire. |
| Q. | Je sais. J'essaie juste de comprendre pourquoi 6 contre 3 ou 4 ou 5. |
| A. | Oui. Oui... Je pense qu'il tomberait dans la catégorie de l'empirique. Juste une décision empirique qui n'était pas basée sur des données ou même des données qui pourraient être accomplies. Mais je réfléchis bien pendant que je vous parle. |
| Q. | Euh, hein. |
| A. | Je ne me souviens pas, comme, une discussion de, "Maintenant, il va être" il vient d'apparaître, que 6 pieds va être la distance.[[226]](#footnote-227) |

Le Dr Collins a témoigné:

Dr Francis Collins (11 janvier 2023)

Q. ...Nous avons demandé au Dr Fauci d'où venaient les six pieds et il a dit que cela venait d'apparaître, c'est la citation. Vous souvenez-vous de la science ou des preuves qui ont soutenu la distance de six pieds?

R. Je ne le fais pas.

Q. Est-ce que je ne me souviens pas ou je ne vois aucune preuve à l'appui de six pieds?

R. Je n'ai pas vu de preuves, mais je ne suis pas sûr qu'on m'aurait montré des preuves à ce moment-là.

Q. D'accord.

A. Je n'ai pas été impliqué dans cette conversation.

Q. Depuis lors, il s'agit d'un sujet extrêmement vaste. Avez-vous vu des preuves depuis lors soutenant six pieds?

A. Non.[[227]](#footnote-228)

En juin 2024, lors d'une audience publique, le Dr Fauci a continué d'affirmer que la règle des six pieds pour la distanciation sociale n'était pas étayée par des normes scientifiques de qualité. Il a également tenté de se distancier davantage de la question en déclarant que la prise de décision concernant la mise en œuvre de cette politique relevait de la responsabilité de la CCL.

Dr Anthony Fauci (3 juin 2024)

Vous savez, l’une des questions qui, j’en suis sûr, sera abordée plus tard est celle de la distance de six pieds, et j’ai déclaré qu’elle «est juste apparue». On m’a dit: «Je ne sais pas ce qui se passe. Il vient d’apparaître.» En réalité, il provenait de la CDC. Le CDC était responsable de ce genre de lignes directrices pour les écoles, pas moi. Donc, quand j'ai dit qu'il venait d'apparaître, il est apparu. Y avait-il une science derrière cela? Ce que je voulais dire par «pas de science derrière cela», c’est qu’il n’y avait pas d’essai contrôlé qui disait: comparer 6 pieds avec 3 pieds avec 10 pieds. Il n’y a donc pas eu cette évaluation scientifique.[[228]](#footnote-229)

À l'audience, le Dr Fauci a expliqué qu'il ne voulait pas paraître contre une autre institution scientifique. Il a de nouveau imputé la responsabilité au CDC, même s'il a noté que le CDC faisait partie de l'équipe de réponse à la COVID-19.

|  |  |
| --- | --- |
| Dr Anthony Fauci (3 juin 2024) | |
| Q. | Dr Fauci, l'un des règlements controversés de la pandémie était la règle de distanciation de six pieds. Cette règle est devenue une considération politique importante dans les règlements subséquents. Cependant, vous avez récemment témoigné, et je cite, cette règle de six pieds «sorte de juste apparu». Pensez-vous qu’une règle qui «sorte de juste apparu» est une justification substantielle des règlements que nous avons vus sur la base de cette règle de six pieds? |
| A | ...Lorsqu’il a dit «juste apparu», il est venu de la CDC—— |
| Q. | Quelle était votre relation avec la CDC lorsque vous avez vu une réglementation qui n'était pas fondée sur la science actuelle? |
| A. | Eh bien, quand je dis qu'il n'était pas basé sur la science, je voulais dire un essai clinique prospectif pour déterminer si 6 pieds était meilleur que 3, était meilleur que 10. Quoi—— |
| Q. | Mais une fois que nous avons réalisé que le virus n’était pas propagé par des gouttelettes et qu’il était aérosolisé, avez-vous senti une indication de revenir au CDC et de dire, basons cela sur la science, débarrassons-nous de cette règle des six pieds? Cette règle de six pieds paralysait les entreprises... Elle permettait aux étudiants de rester à la maison et de ne pas apprendre. Les Américains ont souffert. Et cette souffrance continue, parce que la fracture de la confiance dans les scientifiques américains continue à ce jour. N’avez-vous pas ressenti l’obligation, pour quelque chose qui est juste apparu, de ne pas revenir à la CDC et de dire, basons cela sur ce que nous savons? |
| A. | Il s’agissait d’une décision de la CDC, et il était clair: |
| Q. | Avez-vous été en communication avec le CDC? |
| A. | Le CDC faisait partie de l'équipe d'intervention contre le coronavirus, oui. |
| Q. | Et vous n’avez pas ressenti l’obligation d’aller vers eux et de leur dire, écoutez, les Américains ne vont pas faire confiance: |
| A. | Oui. |
| Q. | [suite]. Nous, nous leur fournissons des informations erronées? |
| A. | Nous avons eu des discussions à la Maison Blanche à ce sujet. On l'a fait. But the CDC’s decision—and it was their decision to make, and they made it. at the NIH, to challenge that? J’ai contesté la CDC à plusieurs reprises: |

Q. En public, vous les avez défiés sur cette règle de distanciation de six pieds?

A. Il n'est pas approprié de contester publiquement une sœur

organisation.[[229]](#footnote-230)

Même si le Dr Fauci était sans doute l'un des visages et des noms les plus remarquables et reconnaissables de l'équipe d'intervention COVID-19, et un ardent défenseur de la règle des six pieds de séparation, il a continuellement déclaré que la politique était acceptée aveuglément, sans aucune autre discussion sur les conséquences possibles ou les itinéraires alternatifs.

Dr Anthony Fauci (3 juin 2024)

Q. Vous rappelez-vous s'il a déjà été suggéré d'être de 10 pieds?

R. Vous savez, je ne me souviens pas s’il a déjà été suggéré qu’il mesurait 10 pieds. Mais quand j'ai fait mon explication de ce qu'il 6 contre 3 par rapport à ne même pas s'inquiéter à ce sujet du tout.

Q And you said today that there were discussions at the White House about the six-foot rule. Vous ne vous souvenez pas s’il s’agissait de discussions sur la question de savoir si elle devrait être de 3, si elle devrait être de 10 ou si elle devrait être de 6?

R. Vous savez, je ne me souviens pas de la discussion exacte. Mais comme je l’ai dit en réponse à de multiples questions, ce que nous avons eu, c’est qu’il a été dit au CDC que sur la base de leur évaluation, qui était basée sur l’approche des gouttelettes, que six pieds seraient la solution. Et comme il n’y avait pas d’essais cliniques allant dans un sens ou dans l’autre, c’est pourquoi il a été accepté par le groupe.[[230]](#footnote-231)

La justification de l’une des politiques COVID-19 les plus percutantes, qui a sans doute touché le plus grand nombre d’Américains dans leur vie quotidienne, était «en quelque sorte apparue». Il n’y a eu aucun essai ou étude scientifique avant la mise en œuvre de cette politique, il n’y a pas eu de refoulement ou de discussion interne au plus haut niveau de direction et, plus important encore, il ne semble pas y avoir d’acceptation de la responsabilité. C'est une réponse inacceptable de la part des dirigeants de la santé publique. Les décisions de cette ampleur doivent avoir un soutien scientifique qui puisse être expliqué au public américain.

V. Les masques et les mandats de masque étaient inefficaces pour contrôler la propagation de la COVID-19.

Une grande partie des conversations autour des premiers jours de la pandémie de COVID-19 ont entouré des messages incohérents et un manque de compréhension du virus en général. Un domaine de la politique qui était criblé de contradictions était l'utilisation de masques faciaux. Tout au long de la pandémie, les gouvernements fédéral, étatiques et locaux ont eu des politiques et une rhétorique contradictoires concernant le port de masques faciaux.

Au tout début, les responsables de la santé publique ont exhorté le grand public à ne pas porter de masques.[[231]](#footnote-232) Ce message a ensuite été remplacé en disant que les individus devraient porter un masque, puis le peuple américain a été dit qu'ils devaient porter un masque. [[232]](#footnote-233)La première recommandation pour le public de porter des masques faciaux par le CDC était le 3 avril 2020.[[233]](#footnote-234) Mais avant cela, l'OMS et les CDC ont déclaré que les membres en bonne santé du grand public ne devraient pas porter de masques, en les réservant à ceux qui étaient malades ou les plus sensibles au virus.[[234]](#footnote-235) Le 29 février 2020, le chirurgien général américain a tweeté, exhortant les gens à ne pas acheter de masques et a déclaré qu'une hygiène appropriée et un vaccin contre la grippe seraient une solution adéquate au virus.[[235]](#footnote-236)

Lors d’un entretien de 60 minutes le 8 mars 2020, le Dr Fauci a également déclaré: «Lorsque vous êtes au milieu d’une épidémie, le port d’un masque peut aider les gens à se sentir un peu mieux et peut même bloquer une goutte, mais il n’offre pas la protection parfaite que les gens pensent.»[[236]](#footnote-237) Cela était conforme aux directives du CDC et de l’OMS, qui, fin mars 2020, recommandaient d’utiliser des masques si l’on était malade ou de prendre soin d’une personne malade. [[237]](#footnote-238)

Mais ces sentiments ont été inversés environ un mois plus tard. Le 3 avril 2020, le CDC a publié des directives recommandant que les couvre-visages non médicaux soient portés dans les zones présentant de grandes quantités de transmission communautaire potentielle.[[238]](#footnote-239) Les directives indiquaient qu'il fallait porter « des couvre-visages confectionnés à partir d'articles ménagers ou fabriqués à la maison à partir de matériaux courants... en tant que mesure de santé publique volontaire supplémentaire. »[[239]](#footnote-240) Le CDC est allé jusqu'à publier une vidéo expliquant au public comment fabriquer des masques avec un T-shirt et des bandes de caoutchouc.

Ces premiers changements dans les déclarations et les renversements de politique sont compréhensibles, comme on l'a dit dans les premiers jours paniqués du nouveau coronavirus, et les responsables de la santé publique travaillaient avec les informations limitées dont ils disposaient. Cependant, les responsables de la santé publique ont finalement acquis plus d'informations sur la COVID-19 à un rythme rapide.

En fin de compte, une revue systématique réalisée par Cochrane Collaboration – l’une des méthodologies les plus appréciées en matière de soins de santé fondés sur des données probantes – a constaté que les essais contrôlés randomisés regroupés qu’ils ont analysés « n’ont pas montré de réduction claire de l’infection virale respiratoire avec l’utilisation de masques médicaux/chirurgicaux » et qu’« [i]l n’y avait pas de différences claires entre l’utilisation de masques médicaux/chirurgicaux par rapport aux respirateurs N95/P2 chez les travailleurs de la santé lorsqu’ils étaient utilisés dans les soins de routine pour réduire l’infection virale respiratoire ».[[240]](#footnote-241) Ces résultats semblent directement contredire le soutien des agences de santé publique et des gouvernements locaux à l’exigence générale de masque pendant une grande partie de la pandémie.

CONSTATATION : Les responsables de la santépublique ont renversé l'efficacité et l'utilisation des masques faciaux sans transparence scientifique totale, ce qui a provoqué la méfiance dans les établissements de santé publique.

Le 20 janvier 2021, dans l'une de ses toutes premières actions en tant que président, le président Biden a signé

Décret présidentiel (EO) 13991. Une partie de l'ordre se lit comme suit:

Les chefs des départements exécutifs et des agences (agences) prennent immédiatement des mesures, le cas échéant et conformément à la loi applicable, pour exiger le respect des directives de la CDC en ce qui concerne le port du masque, le maintien de la distance physique et d'autres mesures de santé publique en: les employés fédéraux en service ou sur place; les contractants fédéraux sur site; et toutes les personnes se trouvant dans des édifices fédéraux ou sur des terres fédérales.[[241]](#footnote-242)

Le président Biden a signé un autre décret le lendemain, obligeant l'Administration de la sécurité des transports et d'autres agences fédérales à exiger également des masques faciaux sur toutes les formes de voyages nationaux et internationaux.[[242]](#footnote-243) Ce langage a essentiellement rendu les directives du CDC exploitables. Auparavant, ces lignes directrices étaient des recommandations non contraignantes fournies par les responsables de la santé publique en tant que meilleures pratiques; toutefois, le Médiateur européen du président Biden a demandé que ces actions soient obligatoires.

Environ quatre mois plus tard, l'administration Biden et le CDC ont modifié les directives sur le port du masque. Le 27 avril 2021, il a été annoncé que les personnes entièrement vaccinées n'avaient pas besoin de masques lors de petits rassemblements en plein air, mais qu'elles devaient toujours être portées lors de grands rassemblements en plein air ainsi que lors d'événements intérieurs.[[243]](#footnote-244)

Le 13 mai 2021, le CDC a annoncé que le mandat sur les masques avait été effectivement levé et que les personnes entièrement vaccinées n'avaient pas du tout besoin de porter de masques (sauf indication contraire, comme le mandat sur les transports publics qui était toujours en vigueur).[[244]](#footnote-245)

Cette annonce et ce changement abrupts ont provoqué une confusion massive parmi les responsables de l'État et des collectivités locales, ainsi que dans le grand public. Les gens ne savaient pas quelle direction prendre ni quelle politique suivre.[[245]](#footnote-246) Les hauts fonctionnaires du gouvernement n'ont pas atténué la confusion. Seulement deux jours avant que le CDC n'abandonne les directives sur les masques faciaux requis, le Dr Walensky a comparu devant le Sénat HELP et a défendu catégoriquement les directives à l'époque. Lors de l'audience, le Dr Walensky a déclaré que les mesures connues pour prévenir la propagation du virus doivent rester la politique, malgré les appels des législateurs qui ont suggéré que le CDC était trop dur pour demander des masques pour l'extérieur. [[246]](#footnote-247)Cette annonce abrupte a stupéfié les experts médicaux et de santé publique. Lors de l'audience du Sénat, le Dr Walensky a soutenu avec obstination que la politique du CDC était la plus appropriée à l'époque, mais deux jours plus tard, elle a été modifiée sans donner aux gens un préavis approprié pour se préparer à la levée de la restriction.

En raison du changement de politique de l'administration Biden et des directives du CDC, de nombreux États ont commencé à lever leurs mandats de masque.[[247]](#footnote-248) Le 20 mai 2021, lors d’un nouveau coup de fouet, le Dr Fauci a déclaré qu’il pensait que les Américains «interprètent mal» les orientations.[[248]](#footnote-249) Dans une interview, il a déclaré: «[Le CDC] a déclaré: Si vous êtes vacciné, vous pouvez vous sentir en sécurité — vous ne serez infecté ni à l’extérieur ni à l’intérieur. Il n'a pas explicitement dit que les personnes non vaccinées devraient abandonner leurs masques. »[[249]](#footnote-250) C'est l'une des nombreuses déclarations qui ont été fournies par les dirigeants de la santé publique sans le soutien d'une étude scientifique. C'était une déclaration du Dr Fauci, vérifiée par le Dr Fauci.

Le 26 juillet 2021, le CDC a publié un autre changement dans les directives, indiquant que même les personnes vaccinées devraient porter des masques à l'intérieur, si elles se trouvent dans une région où la transmission est importante et élevée.[[250]](#footnote-251) Les directives ont également recommandé que les masques soient obligatoires dans les écoles pour tous les étudiants et les professeurs, quel que soit le statut vaccinal. L'administration Biden et le CDC n'ont fourni aucune justification scientifique ou information pour le changement, à l'exception de la citation de la nouvelle variante Delta.[[251]](#footnote-252)

Citant la disponibilité de vaccins, de traitements et d'options de test améliorées, le 25 février 2022, le CDC a déclaré que les résidents dans les zones de transmission substantielle et élevée (dont 70% du pays n'était plus pris en compte en raison d'un changement dans les mesures du CDC lors de la détermination du risque de COVID-19 par comté) n'avaient pas besoin de porter un masque, quel que soit le statut vaccinal.[[252]](#footnote-253) En avril 2022, les mandats de masque ont été levés dans tous les États américains, à l'exception d'Hawaï qui avait encore un mandat de masque dans les écoles.[[253]](#footnote-254)

En période de crise de santé publique nationale, les Américains devraient pouvoir se tourner vers les CDC pour nous guider dans la tourmente. Pourtant, pendant la pandémie de COVID-19, la pire crise de santé publique de notre époque moderne, les CDC ont constamment réorienté leurs opinions et fourni des réponses contradictoires. Ces actions ont sapé la confiance du peuple américain dans les CDC, le leadership en matière de santé publique et la science dans son ensemble. Au début de la pandémie, 69% des Américains croyaient ce que le CDC avait dit, mais en mars 2022, ce nombre n'était que de 44%. [[254]](#footnote-255)Cela doit changer avant une future pandémie.

CONSTATATION : L'administration Biden a outrepassé son autorité en imposant des masques.

En février 2021, la CDC, en vertu de l’EO du président Biden, a exigé l’utilisation de masques dans les transports publics en vertu de l’article 264, point a), de la loi de 1944 sur les services de santé publique [ci-après la «PHSA»].[[255]](#footnote-256) Le 13 avril 2022, la CDC a annoncé qu'elle prolongeait de 15 jours supplémentaires l'exigence relative aux masques faciaux dans les transports en commun. [[256]](#footnote-257)Cependant, un procès intenté par 21 procureurs généraux de l'État a appelé à bloquer la prolongation du mandat fédéral, en particulier après que le CDC ait suggéré dans un document d'orientation fin février 2022 que près de 70% des Américains pourraient cesser de porter des masques.[[257]](#footnote-258)

Le 18 avril 2022, un juge fédéral du tribunal de district du district moyen de Floride a déclaré le mandat illégal, affirmant que le CDC avait outrepassé son autorité légale.[[258]](#footnote-259) Le PHSA permet au CDC de prévenir la propagation interétatique des maladies transmissibles. [[259]](#footnote-260)La CDC a fait valoir que l’exigence relative au masque, qui a été émise en tant qu’action d’urgence, était «une mesure raisonnable et nécessaire pour prévenir l’introduction, la transmission et la propagation de la COVID-19» et qu’elle agissait dans le cadre du pouvoir conféré par le Congrès en vertu de la PHSA.[[260]](#footnote-261)

Le tribunal a estimé que l’interprétation par la CDC de ses pouvoirs conférés par le Congrès était trop large et a annulé le mandat comme étant illégal. [[261]](#footnote-262)La Cour a noté que, bien que l’article 264, point a), de la loi sur la santé publique prévoie des règlements visant à enrayer la propagation des maladies transmissibles, le pouvoir de le faire doit être exercé dans le cadre des actions énumérées dans le règlement, à savoir «l’inspection, la fumigation, la désinfection, l’assainissement, l’extermination des ravageurs et la destruction des animaux et objets contaminés, ainsi que d’autres mesures».[[262]](#footnote-263)

La CDC a fait valoir que les mesures d’« assainissement » étaient destinées à la promotion générale de l’hygiène et à la prévention des maladies et que, en tant que telles, le mandat relatif au masque était approprié au regard de cette définition, même si l’« assainissement » n’est pas défini par la PHSA.[[263]](#footnote-264) Le tribunal a statué que le masquage était distinct de l'assainissement.[[264]](#footnote-265) Le tribunal a également discuté du fait que, depuis son adoption, la PHSA a rarement été invoquée, et « généralement limitée à la mise en quarantaine des personnes infectées et à l’interdiction de l’importation ou de la vente d’animaux connus pour transmettre des maladies ».[[265]](#footnote-266) La décision a également noté que l’utilisation par la CDC de l’article 264, sous a) (notamment la fermeture de l’industrie des navires de croisière et l’interdiction pour les propriétaires d’expulser les locataires qui n’avaient pas payé leur loyer) a été jugée comme des actes qui dépassaient également l’autorité légale de la CDC.[[266]](#footnote-267)

La décision de la juridiction a également examiné la manière dont la CDC n’a pas suivi de manière adéquate les règles de la loi sur la procédure administrative [ci-après l’«APA»] en ne fournissant pas au public une période d’examen et de commentaires adéquate et en n’expliquant pas non plus correctement son raisonnement. [[267]](#footnote-268)En fin de compte, le tribunal a jugé que le mandat de masque dépassait l’autorité statutaire de la CDC et, par extension, de l’administration Biden et violait les procédures de réglementation de l’agence en vertu de l’APA.[[268]](#footnote-269) Cette décision a presque immédiatement mis fin au mandat de masque pour les transports en commun. La juge présidant l’affaire a écrit dans son avis: «Si le Congrès entendait cette définition, le pouvoir conféré au CDC serait à couper le souffle... Et il ne se limiterait certainement pas à de modestes mesures d’«assainissement» comme des masques.»[[269]](#footnote-270)

CONSTATATION : Les centres américains de contrôle et de prévention des maladies se sont appuyés sur des études erronées pour soutenir la délivrance de mandats de masque.

En publiant des directives qui prescrivaient l'utilisation de masques à travers le pays, le CDC s'est publiquement appuyé sur plusieurs études différentes pour justifier les actions. Le CDC a fourni une liste d'environ 15 études qui ont démontré que le port de masques réduisait les nouvelles infections. [[270]](#footnote-271)Pourtant, les 15 études fournies sont toutes des études d’observation menées après le début de la COVID-19 et, surtout, aucune d’entre elles n’était un ECR.[[271]](#footnote-272) Les ECR sont considérés comme l'étalon-or de la recherche médicale.

Une étude que la CDC a utilisée pour imposer des masques était celle des «coiffeurs du Missouri».[[272]](#footnote-273) Dans cette étude, une étude de cohorte observationnelle s’est concentrée sur deux coiffeurs positifs pour la COVID-19 tout en fournissant des services de coiffure aux clients.[[273]](#footnote-274) Les stylistes ont travaillé sur 139 clients pendant plusieurs jours, et les deux stylistes ont été masqués tout le temps. Beaucoup de clients l'étaient aussi, mais pas tous. Sur 139 personnes, 67 clients ont choisi de se soumettre à un test de dépistage de la COVID-19 après avoir reçu leur service, et tous ont été testés négatifs. Les 72 autres n'ont pas effectué de test de dépistage de la COVID-19 ou n'ont signalé aucun symptôme du virus.

Bien que ces chiffres semblent significatifs, cette étude est loin d'être parfaite. Par exemple, les 72 clients qui n'ont signalé aucun symptôme de COVID-19 auraient pu être absolument positifs mais asymptomatiques, ou choisir délibérément de ne pas se présenter au département de santé du comté de Green. [[274]](#footnote-275)Il n'y avait pas non plus de groupe témoin pour cette étude. Il n'y avait aucun moyen de savoir combien de personnes, le cas échéant, auraient pu être infectées si aucun des stylistes n'avait porté de masque lors des rendez-vous. En outre, l'étude ne discute pas d'alternatives quant à la raison pour laquelle personne n'est tombé malade. Il n'y a pas eu de discussion sur la ventilation du salon, l'hygiène des mains des stylistes ou le fait qu'un client et des stylistes ne se rencontrent généralement pas face à face.

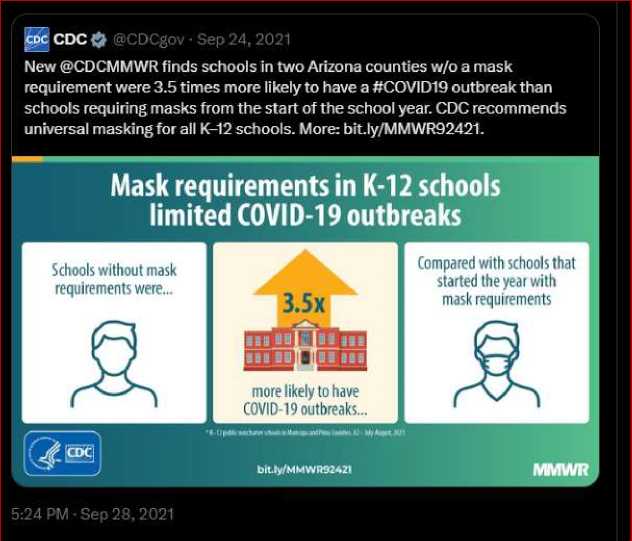
Le CDC a également utilisé une étude de 1 000 enfants d'écoles publiques en Arizona qui a conclu que les élèves sans mandat de masque étaient 3,5 fois plus susceptibles de subir des épidémies de COVID-19 que ceux qui avaient des mandats de masque.[[275]](#footnote-276) L’étude publiée en septembre 2021 a passé en revue les épidémies de COVID-19 associées aux écoles et comparé les taux dans les écoles avec et sans mandat.[[276]](#footnote-277)

Cependant, cette étude a également posé de graves défauts. Les premières lignes du document notent que les auteurs ont étudié les politiques en matière de masques scolaires et les épidémies de COVID-19 entre le 15 juillet et le 31 août 2021.[[277]](#footnote-278) Ce délai est important, car les écoles examinées pour l’étude n’étaient pas toutes ouvertes en même temps. Par exemple, certaines de ces écoles n'étaient pas ouvertes du tout au cours du mois de juillet; certaines des autres écoles n'avaient pas de date de début avant le 10 août; Certaines écoles n'ont eu que quelques semaines d'activité pendant l'été. [[278]](#footnote-279)Il n'y avait pas non plus de contrôle du statut vaccinal du personnel et des étudiants et la définition d'une épidémie de COVID-19 était de deux cas ou plus parmi le personnel ou les étudiants sur une période de 14 jours par rapport aux cas par semaine et par étudiant.[[279]](#footnote-280) En outre, la liste des écoles du comté de Maricopa utilisées pour l'étude comprenait: au moins trois écoles du comté de Pima (à deux heures de route), une école maternelle, au moins une académie virtuelle et plus de 80 programmes professionnels.[[280]](#footnote-281) Interrogé sur ces divergences, le journal a répondu: «MMWR s’engage à corriger rapidement les erreurs lorsqu’elles sont identifiées. Nous avons examiné les éléments spécifiques que vous décrivez ci-dessous et n’avons relevé aucune erreur.»[[281]](#footnote-282)

Une étude similaire réalisée en Géorgie a été publiée en mai 2021.[[282]](#footnote-283) Dans cette étude, les auteurs ont examiné les taux de cas de 90 000 élèves, en comparant les écoles avec et sans mandat. [[283]](#footnote-284)Il a montré 37 pour cent moins de cas de COVID-19 dans les écoles où le personnel était tenu de porter un masque et 21 pour cent moins pour les enfants. [[284]](#footnote-285)Cependant, les auteurs ont noté que la différence n'était pas statistiquement significative et que les données ne pouvaient donc pas être utilisées pour déduire des relations causales. [[285]](#footnote-286)

Pourtant, dans une interview avec Face the Nation, lors d'un briefing à la Maison Blanche et d'un tweet public, le CDC a cité l'étude de l'Arizona et a affirmé dans une déclaration générale que le manque de masques scolaires avait plus que triplé le risque d'épidémies.[[286]](#footnote-287)

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK][REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK] [REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]



D’autres publications sur le masquage, évaluées par des pairs, ont commencé à émerger à mesure que la pandémie progressait. En mai 2020, une étude publiée dans Emerging Infectious Diseases a révélé que «[d]ans une analyse groupée, nous n’avons constaté aucune réduction significative de la transmission de la grippe avec l’utilisation de masques faciaux».[[287]](#footnote-288) Dans cette étude, des chercheurs ont effectué une revue de la littérature professionnelle de plusieurs ECR concernant différentes interventions non pharmaceutiques pour des études sur la grippe pandémique, dont dix sur des masques faciaux.[[288]](#footnote-289) Toujours en mai 2020, le New England Journal of Medicine a publié un article sur le masquage dans les hôpitaux.[[289]](#footnote-290) Ces recherches ont observé que «[n]ous savons que le port d’un masque en dehors des établissements de soins de santé offre peu, voire pas du tout, de protection contre l’infection».[[290]](#footnote-291) Une étude du British Medical Journal de novembre 2022 a révélé que le masquage des enfants espagnols d’âge scolaire avec des masques en tissu ne réduisait pas la transmission du SARS-CoV-2, «suggérant que cette intervention n’était pas efficace».[[291]](#footnote-292)

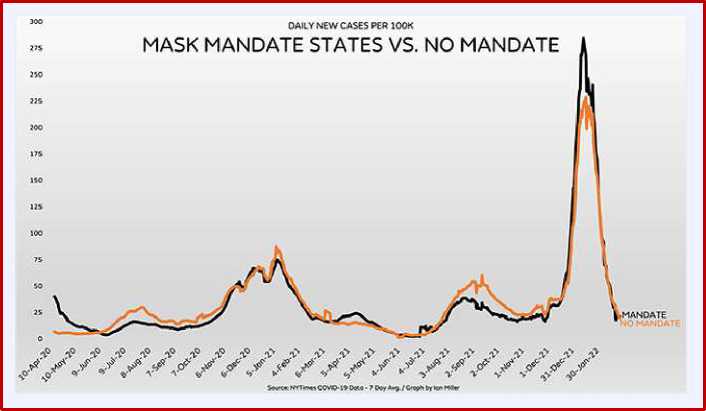
Lors d'une déposition liée au procès intenté par les procureurs généraux de Louisiane et du Missouri, qui allègue une collusion de l'administration Biden pour censurer le discours sur le COVID-19 sur les médias sociaux, l'avocat du demandeur a demandé au Dr Fauci sur quelles études le CDC s'est appuyé pour justifier les mandats de masque.[[292]](#footnote-293) Ils ont demandé au Dr Fauci combien d'études, et si des études randomisées en double aveugle basées sur un placebo ont été menées entre février 2020 et avril 2020. [[293]](#footnote-294)Le Dr Fauci a répondu qu'il ne s'en souvenait pas. [[294]](#footnote-295)Il est absolument essentiel que ces décisions, qui ont eu des conséquences réelles, puissent être vérifiées a posteriori.[[295]](#footnote-296)

Le Dr Fauci a admis qu’au niveau de la population, les masques ne fournissent pas une couverture efficace, déclarant: «[d]’un point de vue général de la santé publique, au niveau de la population, les masques fonctionnent à la marge — peut-être 10 pour cent».[[296]](#footnote-297) Il poursuit en disant que pour une personne qui porte religieusement un masque, le niveau le plus élevé d’un KN95 ou N95 bien ajusté est efficace.[[297]](#footnote-298) Cependant, la réalité de cette tempête parfaite de facteurs se réunissant pour une personne, sans parler de l'ensemble du pays, est impossible.

Fin janvier 2023, la revue la plus rigoureuse et la plus complète de la littérature scientifique sur les masques pendant la pandémie de COVID-19 a été publiée par Cochrane.[[298]](#footnote-299) Cochrane est considéré comme l'organisation la plus respectée au monde pour l'évaluation des interventions de santé, est connu pour être la meilleure ressource unique pour la recherche méthodologique,[[299]](#footnote-300) et est reconnu comme ayant le plus haut niveau de soins de santé fondés sur des preuves.[[300]](#footnote-301)

La publication de janvier 2023 a constaté que le fait de porter n’importe quel type de couvre-visage «fait probablement peu ou pas de différence» pour réduire la propagation des maladies respiratoires. [[301]](#footnote-302)L'étude a examiné 15 essais comparant les résultats du port de masques chirurgicaux par rapport à l'absence de masque et aussi par rapport aux masques N95, dans les milieux hospitaliers et communautaires pendant la pandémie. La conclusion était que la valeur du port du masque était d'environ zéro.[[302]](#footnote-303) «Il n’y a tout simplement aucune preuve qu’elles font la moindre différence. Arrêt complet.»[[303]](#footnote-304)

Les trajectoires du taux d'infections à la COVID-19 pour les États ayant des mandats de masque et les États sans masque sont pratiquement identiques. Onze États n'ont jamais imposé de masques, tandis que les autres avaient une certaine forme d'application de la loi.[[304]](#footnote-305) Les mandats ont généralement commencé au début de 2020 et sont restés jusqu’à l’été 2021, certains jusqu’en 2022.[[305]](#footnote-306)



Il est évident que le CDC et l'administration Biden ont sélectionné des données d'observation pour s'adapter à leur récit selon lequel les masques sont pleinement efficaces. Pourtant, ce n'est pas le rôle du CDC. Le CDC est une agence destinée à protéger le peuple américain, et une partie de cette responsabilité comprend la conduite, le parrainage ou, à tout le moins, l'examen des essais cliniques pour disposer des meilleures recherches disponibles avant de formuler ses orientations.

CONSTATATION : Masquer de force les jeunes enfants, âgés de deux ans et plus, a causé plus de tort que de bien.

Le masquage des enfants est un domaine dans lequel le mandat relatif au masque peut avoir causé des dommages quantifiables. Le masquage de l'orientation des CDC dans les écoles du 3 avril 2020 au 25 février 2022 (avec une brève levée entre le 13 mai 2021 et le 27 juillet 2021) a été d'une portée incroyable. Il a appelé à «un masquage intérieur universel par tous les élèves (âgés de deux ans et plus), le personnel, les enseignants et les visiteurs des écoles de la maternelle à la 12e année, quel que soit le statut vaccinal».[[306]](#footnote-307)

De nombreux pays, dont le Royaume-Uni, la Suède, la Norvège et le Danemark, ont suivi les directives de l'OMS. L’OMS n’a spécifiquement pas recommandé de masquer les enfants âgés de cinq ans ou moins parce qu’ils présentent un faible risque de maladie, que les masques «ne sont pas dans l’intérêt général de l’enfant» et aussi parce que la plupart des enfants de cet âge ne sont pas capables de porter un masque correctement ou efficacement.[[307]](#footnote-308) L'OMS a également recommandé aux enfants âgés de 6 à 11 ans de ne pas porter systématiquement de masque en raison de l'impact négatif potentiel sur le développement psychosocial et l'apprentissage. [[308]](#footnote-309)L'OMS a en outre explicitement déconseillé aux enfants de porter des masques lors d'activités physiques, comme en dehors des aires de jeux, afin de ne pas entraver leur respiration.[[309]](#footnote-310)

Mais au-delà de ces raisons logiques de ne pas obliger les jeunes enfants à porter un masque toute la journée, tous les jours, il y a des conséquences supplémentaires, encore inconnues. Il peut s'agir de problèmes tels que le retard de la parole et les troubles du langage chez les jeunes enfants. De nombreux enfants qui portaient des masques hésitaient davantage à parler avec un masque, ce qui corroborait davantage les insécurités de communication. [[310]](#footnote-311)

La COVID-19 n’a pas touché les enfants au même rythme que les adultes. Un article publié en mai 2020 dans le Journal of the American Medical Association [ci-après le «JAMA»] sur les hôpitaux pédiatriques nord-américains indique que «[l]es données indiquent que les enfants sont beaucoup plus exposés au risque de maladie grave due à la grippe qu’à la COVID-19».[[311]](#footnote-312) La COVID-19 était beaucoup moins grave pour les enfants que pour les adultes.

Pourtant, même avec les premières connaissances, les enfants n'étaient pas aussi suspectables du virus, de nombreux étudiants ont été soumis à porter des masques pendant beaucoup plus longtemps que nécessaire. En outre, en 2022, la CDC n’a pas énuméré les troubles de la parole ou du langage comme motif adéquat d’exemption de masque pour les écoles.[[312]](#footnote-313) Les conséquences en sont déjà ressenties. L'American Speech-Language­Hearing Association a publié un sondage de 2023 qui a conclu que les deux tiers des­orthophonistes participants ont signalé une augmentation du nombre de références de clients depuis 2020. [[313]](#footnote-314)

Ignorer la science et les faits de la COVID-19 et les méfaits du masquage des jeunes enfants était profondément immoral au nom des dirigeants des responsables de la santé publique du pays. Les conséquences futures de ces types de politiques draconiennes ne sont pas encore connues, mais les responsables de la santé publique à l'avenir devraient se rappeler que toutes les politiques doivent être décidées de manière équilibrée.

1. Les confinements non scientifiques liés à la COVID-19 ont causé plus de tort que de bien

La pandémie de COVID-19 s'est avérée être l'un des événements les plus importants de l'histoire américaine moderne. Pourtant, le virus lui-même peut ne pas avoir les mêmes effets durables sur la santé, la culture et l’économie que la réponse politique du gouvernement. Du niveau local au niveau fédéral, les politiques visant à lutter contre la COVID-19 ont eu d'énormes conséquences imprévues et des effets secondaires auxquels nous allons probablement faire face pour les générations à venir. L’une des politiques les plus controversées et les plus conséquentes de l’ère de la pandémie a été les ordonnances de maintien à la maison et d’autres politiques de distanciation sociale généralement appelées «confinement». Plus tard dans la pandémie, un nouveau confinement de facto est apparu pour les Américains non vaccinés dans de nombreuses régions du pays, avec des politiques de vaccination obligatoires souvent appelées «passeports de vaccination». La plupart des politiques de confinement fédérales étaient des lignes directrices non contraignantes que les États devaient utiliser pour éclairer leur propre politique, bien qu’elles aient directement conduit à des confinements stricts qui ont été exécutés avec force de loi dans de nombreux États.

Le 16 mars 2020, l’administration Trump a annoncé des lignes directrices «15 jours pour ralentir la propagation». À la suite de ces directives, les États et les localités ont fait un pas de plus et ont commencé à émettre des ordonnances de confinement strictes.[[314]](#footnote-315) À ce stade, il semble y avoir un accord général sur le fait que les activités potentiellement inutiles devraient être temporairement suspendues pour «aplatir la courbe» et atténuer le risque que le système de soins de santé soit submergé par des cas graves de COVID-19. Pourtant, dans les coulisses, les responsables de la santé publique se préparaient tranquillement à une période de perturbation beaucoup plus longue. Plus tard, le Dr Birx a écrit dans son livre «Silent Invasion» que 15 jours n’étaient qu’un point de départ et qu’elle avait déjà prévu un confinement plus long lors de la présentation du plan.

À peine avions-nous convaincu l'administration Trump de mettre en œuvre notre version d'un arrêt de deux semaines que j'essayais de comprendre comment l'étendre. Quinze jours pour ralentir la propagation était un début, mais je savais que ce serait juste cela. Je n’avais pas encore les chiffres devant moi pour justifier une prolongation, mais j’avais deux semaines pour les obtenir.[[315]](#footnote-316)

En fin de compte, les 15 jours promis ont évolué en années, ce qui a causé des conséquences incroyablement dommageables pour le peuple américain. Plutôt que de donner la priorité à la protection des plus vulnérables, les politiques du gouvernement fédéral et des États ont encouragé ou forcé des millions d'Américains à renoncer aux éléments essentiels d'une vie saine, heureuse, productive et épanouissante. Cela semble être un problème fondamental avec l'approche de santé publique favorisée par les institutions américaines pendant la pandémie. Dans un mea culpa apparent du Dr Collins sur un panel pour Braver Angels, il a admis que l'approche négligeait intrinsèquement les dommages collatéraux possibles et cherchait aveuglément à lutter contre la COVID elle-même.

Vous attachez une valeur infinie à l'arrêt de la maladie et au sauvetage d'une vie. Vous n'accordez aucune valeur à la question de savoir si cela perturbe totalement la vie des gens, ruine l'économie et empêche de nombreux enfants d'aller à l'école d'une manière qu'ils n'ont jamais tout à fait récupérée.[[316]](#footnote-317)

Au fur et à mesure que de plus en plus de données sur les éléments auxquels l’établissement de santé publique attachait une «valeur zéro», il semble que le peuple américain aurait pu être mieux servi par des politiques axées sur la protection des plus vulnérables tout en donnant la priorité à la productivité et à la normalité pour les moins vulnérables.

CONSTATATION : Les confinements persistants liés à la COVID-19 ont inutilement nui à l'économie américaine.

La conséquence potentiellement la plus grave des confinements liés à la COVID-19 a été les dommages qu’ils ont causés à l’économie. À la suite des confinements liés à la COVID-19, les entreprises ont fermé, les travailleurs ont été licenciés et l’inflation a grimpé en flèche. Les confinements ont également perturbé de manière disproportionnée les emplois dans l'industrie des services, punissant ainsi doublement les bas salaires à travers le pays, tandis que les secteurs professionnels et commerciaux se sont tournés vers le travail à distance. Pendant ce temps, les habitudes changeantes des consommateurs et les chaînes d'approvisionnement perturbées ont contribué à gonfler le marché boursier et à augmenter les profits des grandes entreprises et des particuliers fortunés. À la suite des confinements, des millions d'Américains ont connu de nouvelles et douloureuses difficultés économiques. Le présent rapport contient davantage de détails sur les destructions économiques survenues pendant la pandémie.

CONSTATATION : Des confinements durables liés à la COVID-19 ont inutilement nui à la santé mentale des Américains.

Les confinements persistants liés à la COVID-19 ont eu des conséquences drastiques sur la santé mentale de nombreux Américains, notamment une forte toxicomanie, des surdoses et le suicide. L'image complète de ces conséquences n'est pas encore connue car il faudra des années pour collecter et analyser les données, mais les données actuellement disponibles indiquent déjà des tendances incroyablement troublantes. Par exemple, une étude de mars 2024 sur la nature a révélé une augmentation de 22% des troubles de santé mentale entre 2019 et 2020. [[317]](#footnote-318)L'étude a également révélé une relation de cause à effet entre les confinements et les troubles de santé mentale.

Les résultats montrent que le confinement a augmenté de manière significative et causale l’utilisation des établissements de santé mentale dans les régions où il existe des confinements par rapport aux régions où il n’existe pas de tels confinements. En particulier, l’utilisation des ressources a augmenté de 18 % dans les régions soumises à un confinement, contre une baisse de 1 % dans les régions sans confinement.[[318]](#footnote-319)

Des données montrant cette tendance troublante étaient disponibles au début de la pandémie. Une étude du CDC d'août 2020 sur la santé mentale pendant la pandémie a révélé que 40% des adultes américains ont déclaré avoir des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.[[319]](#footnote-320)

D'autres formes de dépendance ont également augmenté de façon spectaculaire pendant l'ère des confinements. Un chapitre du manuel intitulé «Behavioral Addiction: Une perspective globale» a mis en évidence des données illustrant une augmentation inquiétante des jeux d’argent et de hasard, des jeux sur l’internet, de la pornographie, des médias sociaux, des rencontres en ligne, des achats et des dépendances alimentaires.[[320]](#footnote-321)

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière la relation complexe entre les crises de santé publique et la dépendance comportementale. Il a souligné la nécessité d'une compréhension nuancée de la façon dont les facteurs de stress, l'isolement et l'ère numérique se recoupent pour favoriser la dépendance sous diverses formes, de la dépendance aux smartphones et aux médias sociaux à la pornographie et à la dépendance alimentaire. [[321]](#footnote-322)

Malheureusement, il semble également que bon nombre des personnes les moins exposées au risque de maladie grave ou de décès dus à la COVID-19 couraient un risque disproportionné de souffrir de troubles mentaux graves à la suite des confinements. Par exemple, une étude de février 2023, publiée par l'American Academy of Pediatrics, a révélé que les décès par suicide chez les jeunes américains avaient considérablement augmenté pendant la pandémie, avec environ 212 suicides de jeunes en excès en 2020 seulement.[[322]](#footnote-323) Cette tendance est apparue encore plus forte avec l'abus de substances. Une étude des CDC de décembre 2022 a révélé que les décès mensuels médians par surdose chez les adolescents avaient augmenté de 109 % entre juillet-décembre 2019 et juillet-décembre 2021. [[323]](#footnote-324)

CONSTATATION : Les confinements persistants liés à la COVID-19 ont perturbé le développement des enfants et des jeunes adultes américains.

Les rapports indiquent que les retards de parole chez les enfants sont plus fréquents à la suite de la pandémie. En 2023, l'American Speech and Hearing Association a mené un sondage national auprès des audiologistes et des orthophonistes qui travaillent avec des enfants de moins de cinq ans, dont la majorité ont signalé une augmentation des renvois pour des préoccupations concernant les retards ou les troubles de l'audition, de la parole et du langage depuis le début de la pandémie. [[324]](#footnote-325)Parmi les orthophonistes interrogés, 84% ont déclaré avoir vu plus d'enfants ayant des difficultés émotionnelles ou comportementales, 79% ont déclaré avoir vu plus d'enfants présentant des troubles du langage retardés ou diagnostiqués, et 78% ont déclaré avoir vu plus d'enfants ayant des difficultés de communication sociale.[[325]](#footnote-326)

Cette augmentation des troubles de la parole et du langage est également corroborée par des études menées aux États-Unis et à l'étranger à la suite de la pandémie. Les recherches menées par l’Advanced Baby Imaging Lab du Rhode Island Hospital et la fondation à but non lucratif LENA indiquent que les enfants de moins de 16 mois ont montré une réduction significative des compétences verbales entre 2020 et 2021, et les données de neuroimagerie ont montré que les bébés nés pendant la pandémie avaient une croissance plus lente des canaux de communication du cerveau.[[326]](#footnote-327) Une étude de préimpression connexe coécrite par le directeur principal de l’Advanced Baby Imaging Lab, le Dr Sean Deoni, a révélé que les enfants nés pendant la pandémie avaient des scores cognitifs moyens de 78, contre 100 chez les enfants nés avant la pandémie.[[327]](#footnote-328) L’analyse réalisée par LENA a utilisé des dispositifs portés par les enfants pour mesurer le nombre de mots prononcés à proximité de l’enfant et ses propres vocalisations afin de comptabiliser les interactions enfant-adulte, une composante essentielle de l’acquisition du langage selon les chercheurs.[[328]](#footnote-329) Les chercheurs de LENA ont constaté que «les enfants nés neuf mois après la pandémie de COVID-19 ont produit beaucoup moins de vocalisations et ont connu moins d’interactions service-retour au cours des premiers mois de la vie que ceux nés avant la pandémie».[[329]](#footnote-330)

Les retards de développement nocifs ne se limitaient pas aux nourrissons nés pendant la pandémie. En raison des confinements et des difficultés financières, un plus grand nombre de jeunes adultes sont devenus dépendants de leurs parents pendant la pandémie. Selon Pew Research, la proportion de jeunes âgés de 18 à 29 ans vivant à la maison avec leurs parents a atteint 52% au cours de la première année de la pandémie, dépassant le pic précédent de la Grande Dépression. [[330]](#footnote-331)Des études scientifiques sur les adolescents et les jeunes adultes ont également révélé d'autres tendances troublantes associées aux confinements. Par exemple, une étude de septembre 2024 de l'Université de Washington a révélé que les confinements liés à la COVID-19 vieillissaient prématurément le cerveau des adolescents, la tendance apparaissant plus forte chez les femmes que chez les hommes. [[331]](#footnote-332)Les chercheurs ont déclaré à propos de leurs résultats: «Notre recherche introduit une nouvelle série de questions sur ce que signifie accélérer le processus de vieillissement dans le cerveau. Toutes les meilleures recherches soulèvent de nouvelles questions profondes, et je pense que c’est ce que nous avons fait ici.»[[332]](#footnote-333)

Ces effets néfastes associés aux confinements liés à la COVID-19 chez les jeunes américains sont également inexorablement liés aux fermetures prolongées d'écoles. Le présent rapport contient plus de détails sur les répercussions des fermetures d'écoles.

CONSTATATION : Les confinements persistants liés à la COVID-19 ont eu inutilement de graves conséquences pour la santé physique des Américains.

Si la COVID-19 elle-même constituait clairement une menace massive pour la santé des Américains, les confinements l’ont également été. Une analyse réalisée à l'aide des données des CDC a révélé que les décès excédentaires non liés à la COVID-19 totalisaient près de 100 000 décès par an en 2020 et 2021. [[333]](#footnote-334)Les résultats indiquent que l'hypertension, les maladies cardiaques et le diabète dominaient les décès en excès chez les personnes âgées, tandis que les accidents, les surdoses, l'alcoolisme et les homicides étaient plus jeunes. [[334]](#footnote-335)Pour cette raison, les Américains de moins de 45 ans ont eu plus de décès en excès sans le virus en 2020 et 2021 qu'ils n'en ont eu.

Si la réponse à la pandémie devait impliquer une perturbation totale de la vie ordinaire, la communauté de la santé publique aurait dû surveiller activement ses effets sur les millions d'Américains que nous connaissions souffrant de toxicomanie, de diabète et de nombreux autres problèmes de santé potentiellement mortels. Il n’est pas trop tôt pour reconnaître et commencer à atténuer les dommages collatéraux causés par les politiques liées à la COVID-19.[[335]](#footnote-336)

Dans le même ordre d'idées, les confinements liés à la COVID-19 ont retardé de nombreuses procédures et visites chez le médecin pour des millions d'Américains. Une étude publiée dans JAMA a révélé que 41% des Américains avaient renoncé aux soins médicaux au cours des premiers mois de la pandémie, de mars à juillet 2020. [[336]](#footnote-337)Certaines études ont même montré que la détection précoce de maladies telles que le cancer était entravée. Par exemple, un rapport publié dans JAMA Oncology en janvier 2021 a constaté une «diminution significative du nombre de patients soumis à des tests de dépistage du cancer et du nombre de diagnostics ultérieurs de lésions cancéreuses et précancéreuses pendant la pandémie de COVID-19».[[337]](#footnote-338)

La prévention des maladies a également été entravée de manière significative par notre réponse à la COVID-19. En regardant seulement les tendances de la santé cardiovasculaire, il est clair à quel point les dommages sont importants. Une enquête a révélé que 42% des Américains ont pris plus de poids qu'ils ne le souhaitaient, avec un gain de poids moyen de 29 livres.[[338]](#footnote-339) Les millions de rendez-vous manqués ont non seulement de graves implications pour la prévention et le dépistage des maladies, mais ils ont également entraîné une augmentation des temps d'attente, des rendez-vous[[339]](#footnote-340) raccourcis et l'épuisement des patients une fois que les choses sont revenues à la normale. [[340]](#footnote-341)

CONSTATATION : Malgré le manque de base scientifique, les passeports de vaccins sont devenus un confinement de fait pour les Américains non vaccinés.

En 2021 et 2022, avec le déploiement des vaccins contre la COVID-19, certaines politiques ont été assouplies et la normalité a commencé à revenir lentement dans de nombreux domaines de la vie américaine. Cependant, un nouveau confinement de facto a commencé à émerger dans de nombreuses juridictions pour toute personne ayant choisi de ne pas recevoir de vaccin contre la COVID-19. Le rapport aborde la question plus large des mandats de vaccination contre la COVID-19, mais les politiques dites de «passeport vaccinal» étaient, à certains égards, leur propre politique distincte. Les «passeports de vaccins» font référence aux politiques mises en place qui exigeaient la vaccination pour assister à des activités sociales, telles que des événements sportifs et des concerts, des voyages, des restaurants et des bars fréquentés ou d’autres activités. [[341]](#footnote-342)Bien qu'il y ait eu une variété de méthodes utilisées pour vérifier le statut vaccinal, l'une des plus courantes était d'exiger que les personnes présentent leurs cartes de vaccin contre la COVID-19 délivrées par les CDC.

Selon les rapports, la CDC a émis près d'un milliard de ces cartes entre 2020 et mai 2023.[[342]](#footnote-343)

En août 2021, la ville de New York est devenue la première grande ville à imposer une exigence de passeport vaccinal lorsque le maire Bill de Blasio a annoncé que la ville exigerait une preuve de vaccination pour les clients et les employés des gymnases, des cinémas et des restaurants intérieurs.[[343]](#footnote-344) Lors du briefing du maire de Blasio annonçant la politique, le sénateur de l’État de New York, James Sanders Jr., s’est exprimé en faveur de l’effort en déclarant: «Vous avez droit à votre corps, bien sûr, mais vous n’avez pas le droit de tuer d’autres personnes» et qu’«une position forte doit être adoptée».[[344]](#footnote-345) Ce type de rhétorique de division est devenu une caractéristique de l’ère des politiques de passeport vaccinal. De nombreux dirigeants et politiciens ont cherché à caractériser les personnes non vaccinées comme étant la source de la douleur et de la souffrance continues que la COVID-19 transmettait, et les passeports vaccinaux ont été présentés comme une solution. Le 16 juillet 2021, à peine un mois avant la politique de passeport vaccinal de la ville de New York, le Dr Walensky a notoirement averti que «cela devient une pandémie de non-vaccinés».[[345]](#footnote-346)

Cependant, les vaccins contre la COVID-19 n’ont jamais été destinés à enrayer la propagation du virus, et tout bénéfice marginal qu’ils procuraient dans ce domaine particulier avait essentiellement disparu avec l’apparition du variant Delta, qui se propageait déjà largement parmi les personnes vaccinées en août 2021.[[346]](#footnote-347) La Dre Walensky elle-même a reconnu le 5 août 2021 que les vaccins contre la COVID-19 «continuent de bien fonctionner pour Delta, en ce qui concerne les maladies graves et les décès – ils l’empêchent. Mais ce qu’ils ne peuvent plus faire, c’est prévenir la transmission.»[[347]](#footnote-348) Malheureusement, même en sachant que les vaccins n’ont guère contribué à prévenir la propagation de la maladie, de nombreuses autres juridictions ont suivi l’exemple de la ville de New York et imposé des exigences similaires pour les passeports vaccinaux, notamment la Nouvelle-Orléans, San Francisco, Philadelphie, Boston, Chicago et Washington D.C., entre autres.[[348]](#footnote-349)

Dans le document intitulé «The involontaire consequences of COVID-19 vaccine policy: pourquoi les mandats, les passeports et les restrictions peuvent causer plus de tort que de bien», les auteurs ont fait valoir que ces types de «restrictions différentielles» étaient souvent considérés comme punitifs et discriminatoires et avaient des effets néfastes sur la confiance du public, la confiance dans les vaccins et la polarisation politique.

Bien que des mandats de vaccination pour d'autres maladies existent dans certains contextes (p. ex. écoles, voyages (p. ex. fièvre jaune) et, dans certains cas, pour les travailleurs de la santé, les mandats pour adultes à l'échelle de la population, les passeports et les restrictions de ségrégation sont sans précédent et n'ont jamais été mis en œuvre à cette échelle. Ces politiques vaccinales ont été largement conçues comme offrant des «avantages» (libertés) aux personnes ayant une série vaccinale complète contre la COVID-19, mais une proportion importante de personnes considèrent que le fait de conditionner l’accès à la santé, au travail, aux voyages et aux activités sociales au statut vaccinal contre la COVID-19 est intrinsèquement punitif, discriminatoire et coercitif.[[349]](#footnote-350)

Ces politiques, qui imposaient des «restrictions ségréguées», créaient essentiellement un nouveau type de confinement dans lequel les personnes non vaccinées se voyaient refuser la possibilité de revenir à la normale en supposant à tort qu’elles constituaient un danger pour la société. Ce confinement de facto avait également un certain pouvoir de maintien, certaines juridictions poursuivant leurs politiques de passeport vaccinal en 2022.[[350]](#footnote-351) Même une fois que les gouvernements locaux ont levé les exigences, de nombreuses entreprises ont choisi de les poursuivre de manière indépendante, illustrant ainsi à quel point ces fausses hypothèses sur les capacités de protection des vaccins contre la COVID-19 étaient devenues omniprésentes.[[351]](#footnote-352) Les vaccins contre la COVID-19 sont sans doute plus proches des traitements que les vaccins traditionnels que le public américain est habitué à recevoir dans la petite enfance. Les vaccins à ARNm contre la COVID-19 n’ont pas empêché la transmission interhumaine ni empêché l’infection par la COVID-19 de la manière dont les vaccins traditionnels ont pu le faire. Ne pas expliquer complètement et honnêtement cette dynamique était un échec critique des messages de santé publique. Il est probable que les politiques de passeport vaccinal contre la COVID-19 et la rhétorique politique de division qui y est associée auront une incidence continue sur la perception des Américains de la santé publique et pourraient constituer un obstacle à la préparation future à une pandémie.

1. L’ordre du 25 mars de l’ancien gouverneur de New York, Andrew Cuomo, était une faute médicale, et la chambre exécutive de New York a tenté de le dissimuler

À partir de mars 2020, les gouvernements fédéral, étatiques et locaux se sont précipités pour répondre à la COVID-19, mettant en œuvre une distanciation sociale stricte et des ordonnances de maintien à la maison visant à limiter la transmission. Il est rapidement devenu évident que la COVID-19 était particulièrement dangereuse pour les personnes âgées et les personnes atteintes de comorbidités. En conséquence, il est extrêmement important que les politiques de santé publique établissent des priorités et mettent en œuvre des mesures d'atténuation ciblées pour protéger les populations à haut risque.

De nombreux États ont publié des directives visant à réduire l'exposition à la COVID-19 pour les populations vulnérables dans les maisons de soins infirmiers et les établissements de soins de longue durée. Il s'agissait notamment d'empêcher les personnes diagnostiquées avec la COVID-19 d'accéder à ces installations.

Cependant, une poignée d’États – y compris New York – n’ont pas mis en place d’orientations similaires. Au lieu de cela, New York a émis une ordonnance qui exigeait effectivement des maisons de soins infirmiers et des établissements de soins de longue durée qu'ils admettent les personnes positives à la COVID-19.

Le 25 mars 2020, l’administration Cuomo a publié une directive intitulée «Décharges hospitalières et admissions dans des foyers de soins» [ci-après la «directive du 25 mars»].[[352]](#footnote-353) La directive du 25 mars a ordonné qu’« [a]ucun résident ne se voit refuser la réadmission ou l’admission au [foyer de soins infirmiers] uniquement sur la base d’un diagnostic confirmé ou suspecté de COVID-19 » et qu’« [il est interdit aux maisons de soins infirmiers] d’exiger qu’un résident hospitalisé dont la stabilité médicale a été établie soit soumis à un test de dépistage de la COVID-19 avant son admission ou sa réadmission ».[[353]](#footnote-354) Alors que d’autres États ayant des ordres similaires ont rapidement inversé la tendance, M. Cuomo n’a pas mis fin à sa directive pendant six semaines.

À la suite de la directive du 25 mars, plus de 9 000 patients atteints de la COVID-19 ont été réadmis ou admis dans des maisons de soins infirmiers entre le 25 mars 2020 et le 8 mai 2020. [[354]](#footnote-355)Cela a exposé de manière injustifiée les populations vulnérables des maisons de soins infirmiers à la COVID-19, entraînant des conséquences prévisibles mais désastreuses, y compris des décès excessifs.[[355]](#footnote-356)

CONSTATATION : La directive du 25 mars de l’administration Cuomo était antithétique à la science connue.

Au début de la pandémie, il était bien compris que la COVID-19 ne nuisait pas à tous de la même manière. L'âge et les comorbidités étaient les facteurs de risque les plus importants pour prédire l'hospitalisation et le décès dus à la COVID-19.

Les risques pour les populations âgées, en particulier celles des maisons de retraite, étaient connus de M. Cuomo.[[356]](#footnote-357) M. Cuomo était au courant des décès survenus dans l’État de Washington – l’épicentre précoce de la COVID-19 – à la suite de la COVID-19 dans les maisons de retraite.[[357]](#footnote-358) Le 10 mars 2020, en réponse à une question concernant la menace que la COVID-19 représentait pour les maisons de retraite, il a déclaré que le coronavirus dans les maisons de retraite était un scénario «cauchemar». [[358]](#footnote-359)

C’est mon cauchemar et c’est là que vous allez voir la douleur et les dommages causés par ce virus. Maisons pour personnes âgées, maisons de retraite, établissements pour personnes âgées...[[359]](#footnote-360)

Quelques jours plus tard, M. Cuomo aurait déclaré à M. Jared Kusher – qui a contribué à diriger la réponse précoce de la Maison Blanche à la COVID-19 – que «[p]our les maisons de retraite, cela pourrait être comme un feu à travers l’herbe sèche».[[360]](#footnote-361)

L'administration Cuomo a d'abord pris des mesures pour protéger les populations vulnérables, notamment en suspendant les visites dans les maisons de retraite[[361]](#footnote-362) et en ordonnant aux populations vulnérables de rester à la maison tout en limitant les visiteurs.[[362]](#footnote-363) Néanmoins, l'administration Cuomo a toujours publié la directive du 25 mars. Ces autres actions démontrent que M. Cuomo et son administration connaissaient les dangers de la COVID-19 pour les maisons de soins infirmiers, mais ont néanmoins appliqué la directive du 25 mars.

Constatation : Contrairement aux dénégations, M. Andrew Cuomo et la Chambre exécutive de New York

Étaient directement impliqués dans la décision qui a conduit à la directive du 25 mars.

Lors d'une entrevue transcrite, le Dr Zucker a témoigné que la Directive du 25 mars avait été déclenchée par un appel téléphonique que M. Cuomo avait reçu de GNYHA. [[363]](#footnote-364)

Dr Howard Zucker (18 décembre 2023)

Q. Lorsque vous avez posé des questions, avez-vous déjà demandé ce qui avait motivé la rédaction de la directive?

R. Je sais pourquoi cela a été rédigé. Je sais pourquoi cela a été rédigé.

Q. Pouvez-vous résumer brièvement?

A. Bien sûr. Bien sûr. Donc, il va à ce qui se passait à l'époque. Nous devons donc replacer cela dans son contexte. Et maintenant, nous sommes en mars, à la mi-mars, et les chiffres augmentent. La troisième semaine de mars, les cas augmentaient rapidement et je me réveillais le matin avec 1 000 cas positifs supplémentaires et un nombre incroyable de personnes admises à l'hôpital. Mais quelques jours avant que cela ne soit rédigé, ou envoyé, je devrais dire, les modélisateurs sont revenus avec ce qui va se passer. Le gouverneur a donc demandé aux équipes de modélisation d'experts en santé publique qui étaient des consultants de nous fournir où cela allait, et ils ont prédit que jusqu'à 136 000 personnes seraient à l'hôpital au plus fort, ce qui était dans X semaines. Je ne me souviens pas, à 4, 6 semaines de là où nous en étions à ce moment-là. Et quand j'ai regardé la vitesse à laquelle les gens allaient à l'hôpital, il était logique que nous puissions nous retrouver là-bas. Et à ce moment-là, nous avons également eu, à peu près à la même époque, une crise à l'hôpital Elmhurst, où ils avaient environ 234 personnes positives à l'hôpital avec COVID sur leurs 400 lits environ, et 13 étaient décédées en une période de 24 heures. Et les hôpitaux étaient submergés. La Greater New York Hospital Association a appelé le gouverneur et l’équipe – nous étions tous présents lors d’une conversation; beaucoup d’entre nous étaient là – et nous avons dit que nous avions des personnes qui vont mieux, qu’elles se sont rétablies et qu’elles sont simplement assises dans un lit d’hôpital, mais qu’elles doivent rentrer «à la maison», citant «à la maison» pour ceux qui sont dans des établissements de soins de longue­durée ou que les autres ne feraient que rentrer chez eux. Et les établissements de soins de longue durée n'allaient pas les prendre et que nous devions faire quelque chose, ce qui a généré ce document...

M. Zucker a témoigné qu’il n’avait pas participé à la rédaction, à l’examen ou à la publication de la directive du 25 mars, mais a déclaré que l’émission d’un avis, qui deviendrait la directive du 25 mars, avait été décidée à la suite de l’appel téléphonique de la GNYHA avec M. Cuomo.[[364]](#footnote-365)

Dr Howard Zucker (18 décembre 2023)

Q. Quand avez-vous vu pour la première fois une copie [de la directive]?

A. Donc, en fait, je ne me souviens pas avoir vu cet avis. J'étais là,

avec d’autres, du bureau du gouverneur lorsque la décision a été prise d’émettre un avis, puis il a été mis en œuvre...

Dans une entrevue transcrite, M. Cuomo a témoigné qu'il n'avait joué aucun rôle dans l'émission de la Directive du 25 mars et qu'il n'en était pas au courant avant d'avoir été interrogé à ce sujet lors d'une conférence de presse le 20 avril 2020.[[365]](#footnote-366) M. Cuomo a témoigné qu'il ne se souvenait pas d'avoir reçu un appel téléphonique de la GNYHA concernant le renvoi de personnes hospitalisées dans des maisons de soins infirmiers. [[366]](#footnote-367)Toutefois, M. Cuomo a témoigné que ses discussions avec GNYHA étaient «toujours» liées à la capacité hospitalière — la question que la directive du 25 mars était censée corriger.[[367]](#footnote-368)

|  |  |
| --- | --- |
| M. Andrew Cuomo (11 juin 2024) | |
| Q. | Vous souvenez-vous d'un tel appel téléphonique? |
| A. | Non. |
| Q. | Indépendamment de l'appel téléphonique, vous rappelez-vous que la Greater New York Hospital Association vous a demandé de faire quelque chose en rapport avec ce problème? |
| A. | Non. La discussion avec la Greater New York Hospital Association a toujours porté sur la capacité de l'hôpital et ils suivaient la capacité, ce qui ne s'est jamais produit. |
| Q. | En ce qui concerne la capacité hospitalière, serait-il possible qu'ils aient proposé quelque chose de similaire à l'ordonnance du 25 mars afin d'augmenter la capacité hospitalière? |
| A. | Non. J’utiliserai l’analogie que j’ai utilisée précédemment. La capacité de tir est de 41 dans cette pièce. Ce n’est pas un problème jusqu’à ce que lapersonne de 42 ans se présente. Il s’agira alors d’une discussion, mais nous n’y sommes jamais parvenus. |

Lors d'une entrevue transcrite, Mme DeRosa a témoigné qu'elle n'avait joué aucun rôle dans l'élaboration de la Directive du 25 mars et qu'elle n'en avait pris connaissance qu'à la conférence de presse du 20 avril 2020.[[368]](#footnote-369) Mme DeRosa a émis l’hypothèse qu’il avait été rédigé par une « personne de niveau intermédiaire » au sein de NYSDOH.[[369]](#footnote-370)

Lors d'une entrevue transcrite, M. Hutton a témoigné que la Directive du 25 mars avait été élaborée par le personnel de la DGSDI de New York.[[370]](#footnote-371) Comme le Dr Zucker, M. Hutton a témoigné que le 25 mars

La directive a été motivée par «un appel téléphonique urgent du [directeur général] d’un hôpital de la vallée de l’Hudson» qui s’inquiétait de la capacité hospitalière. [[371]](#footnote-372)

CONSTATATION : La Chambre exécutive de New York a examiné et approuvé la directive du 25 mars.

M. Hutton a témoigné que la directive du 25 mars avait «absolument» reçu l'approbation de la Chambre exécutive avant sa publication.[[372]](#footnote-373)

M. Brad Hutton (27 août 2024)

Q. ... [L]a Chambre exécutive approuve toutes les directives du Département de la santé qui ont été publiées. N'est-ce pas?

R. Dans la pandémie, oui.

Q. Donc, pour mémoire, l'ordre du 25 mars a reçu l'approbation de la

La Chambre Exécutive?

R. Oui, absolument.

De même, le Dr Zucker a témoigné que toutes les directives du NYSDOH devaient être approuvées par la Chambre exécutive.[[373]](#footnote-374)

Dr Howard Zucker (18 décembre 2023)

Q. ...[D]o êtes-vous d’accord avec la caractérisation par Mme DeRosa des pratiques du ministère en matière de publication d’orientations?

R. Je dirais que pendant cette pandémie, tout s'est retrouvé au deuxième étage.

Q. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet?

R. Oui, eh bien, le deuxième étage étant la chambre exécutive, l’étage du gouverneur.

Q. Il s’agit donc de:

R. Et il y a eu des moments où nous, le ministère de la santé, disions: «Où est cette orientation?» et cela n’a toujours pas été effacé au deuxième étage.

Q. Et lorsque vous dites «deuxième étage» –

A. Il s’agit du bureau du gouverneur. Désolé.

Q. D'accord. Présumeriez-vous que cela inclurait le gouverneur lui-même étant au courant de:

R. Je ne peux pas répondre à la manière dont ce processus s’est déroulé. Nous savions que les choses devaient être éclaircies, et parfois il s'agissait de questions juridiques, auxquelles Beth Garvey était impliquée, et d'autres questions, évidemment, la secrétaire du gouverneur, Melissa DeRosa, était celle qui l'a signée.

En outre, selon le Dr Zucker, «la plupart des choses» devaient être approuvées par Mme DeRosa elle-même.[[374]](#footnote-375) Cependant, le Dr Zucker n'a pas témoigné que Mme DeRosa avait approuvé la Directive du 25 mars.

Dr Howard Zucker (18 décembre 2023)

Q. Pendant la pandémie, quelqu’un dans la chambre du gouverneur, y compris Mme DeRosa, a-t-il agi en tant que centre d’échange d’informations?

R. Eh bien, tout a fini par devoir passer par le bureau du gouverneur. Et lorsque j’utilise l’expression «bureau du gouverneur», je fais référence à l’ensemble, vous savez, de l’équipe exécutive, au deuxième étage, quelle que soit la manière dont on veut s’y référer. Mais c’est ce que je veux dire lorsque je dis «bureau du gouverneur».

Q. À quoi cela ressemblait-il? Avez-vous aimé un timbre d'approbation? Qui a donné le cachet final d'approbation lors de l'émission de quelque chose?

R. La plupart des choses sont passées par la secrétaire du gouverneur, Melissa DeRosa. C'était, je suppose, à bien des égards, la voix de ce que le gouverneur veut, n'est-ce pas? Et nous sommes allés de l'avant pour relever les défis, quels qu'ils soient.

Selon les documents, Mme DeRosa a effectivement servi de «signature finale» pour au moins une orientation relative aux maisons de retraite et aux visites.[[375]](#footnote-376)

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]



Foyers de soins infirmiers

* Critères pour permettre la visite:

o Le foyer de soins infirmiers doit être situé dans la région de la phase 3.

o Aucun cas de COVID parmi les résidents ou le personnel pendant 28 jours (actuellement, 146 maisons de soins infirmiers seraient admissibles\*)

o La maison de soins infirmiers doit être entièrement conforme à toutes les exigences des États et du gouvernement fédéral, avoir accès à des tests adéquats, avoir des ententes avec les laboratoires pour traiter les tests et ne pas manquer de personnel.

o Une copie officielle du plan de visite doit être affichée sur le site Web et diffusée aux visiteurs.

* La visite est limitée aux espaces extérieurs, sauf dans certaines circonstances où la visite peut être à l'intérieur dans un espace bien ventilé avec pas plus de 10 personnes.
* Le nombre de visiteurs ne doit pas dépasser dix pour cent (10 %) du recensement des résidents à tout moment et un seul visiteur sera autorisé par résident à la fois.
* Les visiteurs doivent porter un EPI approprié et faire l'objet d'un dépistage des signes et symptômes de la COVID-19 avant la visite.
* Le Ministère peut interrompre les visites à la maison de soins infirmiers en tout temps en raison de la propagation de l'infection dans la collectivité ou l'établissement ou lorsque le Ministère constate que le NH n'a pas respecté les exigences en matière de visites.

Nursing Maisons pédiatriques

* Mêmes critères que pour autoriser les visites que les maisons de soins infirmiers, sauf que les maisons de soins infirmiers pédiatriques dans toutes les régions de l'État sont éligibles, quelle que soit la phase
* Mêmes procédures pour les visites que les maisons de soins infirmiers plus:

o La visite est limitée aux parents ou aux tuteurs légaux du résident et de la famille immédiate âgés de 18 ans et plus.

o Deux visiteurs par résident sont autorisés en même temps (comparativement à un pour les maisons de soins infirmiers)

Établissements de soins pour adultes

* Les critères de visite sont les mêmes que pour les maisons de soins infirmiers et ACF doit avoir subi une enquête de contrôle des infections depuis le 1er mai 2020 et doit avoir été jugé en conformité substantielle

o À l'heure actuelle, 328 FCA seraient admissibles\*

* Lorsque ces critères sont remplis, les ACF peuvent avoir la même fréquentation que les maisons de soins infirmiers plus:

o reprendre les activités collectives qui n'incluent pas le fait de manger et de boire;

o permettre aux services de salon de se conformer aux directives de NY Forward propres aux salons et aux salons de coiffure;

«Le nombre d’installations pourrait changer à mesure que le personnel en attente et les résultats des tests des résidents reviendront

Lors d'une entrevue transcrite, Mme Garvey a témoigné qu'elle avait joué un rôle dans l'approbation de la Directive du 25 mars.[[376]](#footnote-377)

Mme Beth Garvey (30 mai 2024)

Q. Avez-vous joué un rôle dans l'élaboration de ces lignes directrices?

A. Oui.

Q. Pouvez-vous nous expliquer votre rôle?

R. Euh, donc je n'ai aucun souvenir précis de cela, mais comme je l'ai dit plus tôt, les directives venaient à la Chambre exécutive et il a été examiné par un certain nombre de personnes différentes du personnel et finalement venir à moi pour l'approbation de sortir. Il a généralement passé par Joe Popcun, qui a envoyé cet e-mail. Il a été déployé, vous savez, du Département d'État pour aider notre bureau. J'aurais donc examiné ces directives pour m'assurer qu'elles étaient conformes aux décrets, aux politiques, à toutes les communications que le gouverneur faisait, et je les aurais ensuite approuvées pour distribution par n'importe quel ministère qui avait demandé des directives.

En effet, la directive approuvée du 25 mars a été jointe dans un courriel de M. Joseph Popcun à plusieurs représentants de la Chambre exécutive, dont Mme Garvey, Mme Rebecca Wood, M. Peter Kiernan et Mme Megan Baldwin.[[377]](#footnote-378)

**Dale :** Mercredi 25 mars 2020 14:36

**Objet: Conseiller DOH approuvé) sur les sorties d'hôpitaux et les admissions dans les maisons de soins infirmiers**

**À partir de: Popcun Joseph (DOS)**

**À l'attention de: tfCovid 19 <#Cov»d 19@exec ny.gov >;**

cc. Beth GeRebecca J-

**Kiernan Aci.dv.iii**

**Pièces jointes:** DOH\_COVID19 \_NHAdnnssionsRéadmissions\_ 032520.pdf

Veuillez trouver un avis approuvé du ministère de la Santé (DOH) sur les sorties d'hôpital et les admissions dans les maisons de soins infirmiers,

attachés

orteil

**Pl Par Kpril I.2O2II,\ imr home devrait recevoir un chapeau ins inn tn**

**Participer à lit? Recensement. *Plruse répond:* en ligne.par**

**phonr ou par la poste.**

**hfW.s: w-ropixid.lnml**

Lors d'une entrevue transcrite, Mme Lacewell a témoigné que M. Cuomo et Mme DeRosa étaient « surpris » par la Directive du 25 mars et a cité la Directive du 25 mars comme un rare exemple d'un cas où quelque chose a été émis sans l'approbation de Mme DeRosa.[[378]](#footnote-379) Mme Lacewell a témoigné que cela n’était pas « supposé se produire ».[[379]](#footnote-380)

Mme Linda Lacewell (31 mai 2024)

Q. Pensez-vous qu’il serait juste de dire que rien n’a été approuvé sans l’approbation de Mme DeRosa?

R. En fait, les choses ont été approuvées sans Melissa DeRosa, mais cela n’était pas censé se produire.

Q. Avez-vous un exemple de cela?

A. Je le fais.

Q. Pouvez-vous partager?

A. Je peux.

Q. S'il vous plaît allez à venir.

A. Um, les directives de mars. Le gouverneur et Mme DeRosa ne l’étaient pas – permettez-moi de reformuler cela. Ils ont été surpris par les conseils. Donc, au mieux de ma compréhension, ils n'ont pas été consultés, et elle n'a pas été consultée plus spécifiquement à l'avance parce qu'elle était surprise. Et de temps en temps, cela se produisait.

Pour sa part, Mme Lacewell a témoigné qu’elle avait eu une discussion « privilégiée » au sujet de la directive du 25 mars avant sa publication avec M. Schwartz, qui était auparavant secrétaire du gouverneur et s’était porté volontaire pour aider l’administration Cuomo à réagir à la pandémie.[[380]](#footnote-381)

Mme Linda Lacewell (31 mai 2024)

Q. Quelle était la nature des conversations de la COVID-19 et des maisons de soins infirmiers avec M. Schwartz?

R. Eh bien, il faisait partie du groupe réuni à la Chambre exécutive pour gérer la COVID-19. Nous avons donc eu régulièrement des conversations les uns avec les autres dans la gestion quotidienne de la pandémie au cours de cette période.

|  |  |
| --- | --- |
| Q. | Quelque chose de spécifique à la directive ou aux maisons de retraite? |
| A. | En dehors des conversations privilégiées, je n’ai rien pour vous. |
| Q. | Quel était le sujet des conversations privilégiées? |
| A. | Maisons de retraite. |
| Q. | Je pense que nous pouvons être un peu plus précis avec cela sans toucher à une conversation privilégiée en ce moment. Donc: |
| A. | J'ai eu une conversation privilégiée avec M. Schwartz au sujet de la directive de mars avant qu'elle ne soit publiée. |

Au cours d'une entrevue transcrite, M. Schwartz a témoigné qu'il ne se souvenait pas d'avoir eu des conversations, privilégiées ou non, avec Mme Lacewell au sujet de la Directive du 25 mars. [[381]](#footnote-382)Il a également témoigné qu'il ne connaissait pas les origines de la directive du 25 mars.[[382]](#footnote-383)

|  |  |
| --- | --- |
| CONSTATATION : | La Directive du 25 mars était incompatible avec les directives fédérales applicables concernant les transferts d'un hôpital à un foyer de soins et la lutte contre les infections liées à la COVID-19. |

M. Cuomo et la Chambre exécutive ont soutenu à plusieurs reprises que la Directive du 25 mars suivait les directives fédérales, tant de la CMS que de la CDC, concernant la protection des résidents des maisons de soins infirmiers et d'autres établissements de soins de longue durée.[[383]](#footnote-384) M. Cuomo a fait valoir qu’il avait été « rédigé par CMS et CDC ».[[384]](#footnote-385) Ce témoignage est contredit par les responsables fédéraux de la santé – y compris le Dr Birx.

M. Andrew Cuomo (11 juin 2024)

Q. Je parle de cette directive en ce moment et du libellé de la directive.

R. Il a été écrit par CMS et CDC. Et il fait référence – il fait référence aux conseils qu’ils ont reçus deux jours auparavant, qui indiquent: «Quand une maison de soins infirmiers devrait-elle accepter un résident chez qui un diagnostic de

COVID-19 d'un hôpital? Une maison de retraite peut accepter un résident chez qui un diagnostic de COVID-19 a été posé et qui est toujours soumis à un protocole fondé sur la transmission.» Il en va de même pour les infections, pour autant que l’établissement puisse suivre les recommandations des CDC en matière de précautions fondées sur la transmission. S’ils ne peuvent pas, ils ne peuvent pas prendre la personne.

De même, le Dr Zucker a témoigné que la Directive du 25 mars était conforme aux directives du CMS et du CDC.[[385]](#footnote-386)

Dr Howard Zucker (18 décembre 2023)

R. ...Mais le fait est que nous avons suivi les conseils du CDC qui étaient sortis à l'époque, et les conseils du CMS, et les conseils, les conseils du CDC sur les maladies transmissibles à ce moment-là, ont dit que ces personnes n'étaient pas infectieuses, sur la base des critères...

Aucun des témoins interrogés par le sous-comité restreint n’a consulté – ni ne connaissait de personne au sein de l’administration Cuomo ayant consulté – CMS ou CDC avant la publication de la directive du 25 mars.

En réponse à l’insistance de l’administration Cuomo sur le fait que la directive du 25 mars suivait les orientations fédérales, l’administrateur Verma n’était pas d’accord, affirmant qu’«[e]n aucun cas un hôpital ne devrait renvoyer un patient dans une maison de retraite qui n’est pas prête à répondre aux besoins de ce patient».[[386]](#footnote-387)

En effet, les orientations du CMS intitulées «For Infection Control and Prevention of Coronavirus Disease 20219 (COVID-19) in Nursing Homes» [ci-après les «orientations du CMS»] n’obligeaient pas les patients positifs à la COVID-19 à retourner dans des maisons de retraite, mais déclaraient plutôt qu’un cas de COVID-19 dans un hôpital n’empêchait pas la maison de retraite d’accepter un patient négatif à la COVID-19. [[387]](#footnote-388)Cela est contraire à la directive du 25 mars, qui dispose que les maisons de retraite ne doivent pas refuser les patients positifs à la COVID-19 en raison de leur diagnostic de COVID-19. [[388]](#footnote-389)

Lors d’une entrevue transcrite, le Dr Birx, interrogé sur la directive du 25 mars, a déclaré qu’elle «violait» les orientations du CMS.[[389]](#footnote-390)

Dre Deborah Birx (13 octobre 2021)

|  |  |
| --- | --- |
| Q. | Au bas de la page 4 du présent document d’orientation du CMS, il donne des orientations sur la manière de renvoyer un résident diagnostiqué avec la COVID-19 dans sa maison de soins infirmiers; et il dit qu'il devrait être fait si une installation peut suivre les directives du CDC pour les précautions fondées sur la transmission. Premièrement, quelles auraient été ces précautions fondées sur la transmission? |
| A. | Cela nécessiterait donc l'isolement et la tenue vestimentaire, le masquage et l'absence de contact avec les autres résidents. |
| Q. | L’administratrice [CMS] [Seema] Verma a déclaré à propos de ces orientations: «En aucun cas, un hôpital ne devrait renvoyer un patient dans une maison de retraite qui n’est pas prête à répondre aux besoins de ce patient». |
| A. | C'est exact. |
| Q. | Si nous passons maintenant aux directives de New York ... Est-ce que cela a le même qualificatif de pouvoir prendre des précautions CDC que les directives CMS requises? |
| A. | Non. |
| Q. | Alors, est-ce que [la directive du 25 mars] aurait violé les directives du CMS? |
| A. | Oui. |

Le Dr Birx a également témoigné des effets négatifs de la réadmission de résidents de foyers de soins COVID-19 potentiellement positifs.

Dre Deborah Birx (13 octobre 2021)

Q. Pensez-vous qu'admettre les résidents potentiellement positifs de la maison de soins infirmiers COVID-19 dans la maison de soins infirmiers sans la possibilité de les mettre en quarantaine ou de les isoler est dangereux et pourrait entraîner des décès inutiles?

R. Oui, je pense que c’est la raison pour laquelle les orientations de la CDC étaient très claires sur les précautions nécessaires pour les protéger. Et je pense que c’est la raison pour laquelle [l’administrateur du CMS] Seema [Verma] a travaillé de manière proactive sur ces orientations en matière de lutte contre les infections.[[390]](#footnote-391)

Les orientations CMS ont été comprises comme non contraignantes et ont utilisé un langage non normatif tel que « peut » et « devrait ».[[391]](#footnote-392)

**Quand une maison de soins infirmiers devrait-elle accepter un résident qui a reçu un diagnostic de COVID-19 d'un hôpital?**

Une maison de soins infirmiers peut accepter un résident diagnostiqué avec COVID-19 et toujours sous les précautions­basées sur la transmission pour COVID-19 tant que l'établissement peut suivre les directives des CDC pour les précautions basées sur la transmission. Si une maison de soins infirmiers ne peut pas, elle doit attendre jusqu'à ce que ces précautions soient abandonnées. Le CDC a publiédes lignes directrices provisoires pour l’arrêt desprécautions liées à la transmission ou de l’isolement à domicile des personnes atteintes de COVID-19 confirmées en laboratoire.

**Note: Les maisons de soins infirmiers devraient admettre toutes les personnes qu'elles admettraient normalement dans leur établissement, y compris les personnes provenant d'hôpitaux où un cas de COVID-19 était/est présent. De plus, si possible, dédiez une aile d'unité exclusivement aux résidents qui viennent ou reviennent de l'hôpital. Cela peut servir d'unité de marche vers le bas où ils restent pendant 14 jours sans symptômes (au lieu d'intégrer comme d'habitude sur le plancher de réadaptation à court terme, ou de retourner à la chambre d'origine de long séjour).**

À l’inverse, la directive du 25 mars se qualifiait de «directive» et utilisait des termes normatifs tels que «doit», «doit» et «interdit».[[392]](#footnote-393) En fait, elle soulignait le libellé du dispositif.[[393]](#footnote-394)

Aucun résident ne doit se voir refuser la réadmission ou l'admission au NH uniquement sur la base d'un diagnostic confirmé ou suspecté de COVID-19. Il est interdit d'exiger qu'un résident hospitalisé qui est médicalement stable soit testé pour la COVID-19 avant l'admission ou la réadmission.

M. Hutton a témoigné qu’il s’agissait d’une «norme» établie d’inclure un langage prescriptif, étant donné que la chambre exécutive n’aimait pas être «perçue comme étant trop douce ou suggestive par opposition à une directive».[[394]](#footnote-395)

M. Brad Hutton (27 août 2024)

Q. ...Lorsque vous examinez les deux derniers paragraphes que nous avons examinés qui utilisent un langage permissif tel que «devrait» ou «peut», alors que ledécret du 25 mars utilise un langage restrictif tel que «doit» ou «doit», est-ce que - était le langage qui a été utilisé dans ledécret du 25 mars jamais discuté au cours de votre examen?

R. Je ne m’en souviens pas.

Q. Avez-vous des préoccupations au sujet du langage utilisé dans l'ordre?

R. Je ne l’ai pas fait, mais je suppose que je le qualifierais en disant qu’il avait été établi comme la norme, que cette chambre exécutive préférait que les ordonnances soient beaucoup plus directive dans leur langue et que nous

|  |  |
| --- | --- |
|  | généralement recevoir des choses renvoyées si elles étaient perçues comme étant trop douces ou suggestives par opposition à la directive. |
| Q. | Et vous avez dit qu’il s’agissait d’un décret ou d’une suggestion de la chambre exécutive? |
| A. | Je dirais une norme, oui, une norme selon laquelle cette Chambre exécutive n'a pas réagi favorablement à un langage doux ou perçu comme faible ou suggestif, mais plutôt, que ce soit les services de santé locaux, les maisons de soins infirmiers ou toute autre entité, que nous soyons beaucoup plus directifs dans notre langue lorsque nous publions des directives. |

|  |  |
| --- | --- |
| CONSTATATION : | L'administration Cuomo a mis fin à la directive du 25 mars en réponse à la pression du public, et non à un changement dans la science applicable. |

Bien qu'il ait témoigné qu'il n'était pas impliqué dans l'émission, le Dr Zucker a maintenu la directive du 25 mars.[[395]](#footnote-396)

|  |  |
| --- | --- |
| Howard Zucker (18 décembre 2023) | |
| Q. | ...Le 19 février 2021, vous avez défendu la décision de l’État d’émettre ladirective du 25 mars, en déclarant: «Nous prendrions à nouveau la même décision.» Pour mémoire, maintenez-vous toujours cette position? |
| A. | Je le fais. |

M. Cuomo a témoigné qu'avant d'être informé par le Dr Zucker, il ne comprenait pas initialement la Directive du 25 mars.[[396]](#footnote-397)

M. Andrew Cuomo (11 juin 2024)

|  |  |
| --- | --- |
| Q. | Revenons à l'époque où vous avez été informé et débriefé pour la première fois et où le Dr Zucker a répondu aux questions. Quelles questions avez-vous posées? Avez-vous: |
| A. | Eh bien, toutes les questions que vous posez. |
| Q. | Vous aviez donc des inquiétudes au sujet de la directive? |
| A. | Je ne l’ai pas compris. |

Cependant, M. Cuomo a témoigné qu'il ne s'inquiétait pas de la Directive du 25 mars une fois que le Dr Zucker lui l'avait expliquée.[[397]](#footnote-398)

M. Andrew Cuomo (11 juin 2024)

Q. Étiez-vous préoccupé par le libellé de la directive [du 25 mars] lorsque celle-ci a été portée à votre attention pour la première fois?

R. Quand [le Dr Zucker] me l'a expliqué, non. Parce qu'il me l'a expliqué dans le contexte du CMS/CDC...

La directive du 25 mars est restée en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit remplacée par un décret exécutif le 10 mai 2020.[[398]](#footnote-399) Mme DeRosa a témoigné que l'administration Cuomo n'avait pas discuté de l'annulation de la directive du 25 mars avant les jours précédant le décret du 10 mai.[[399]](#footnote-400)

Mme Melissa DeRosa (21 juin 2024)

Q. Quand avez-vous discuté de l'annulation de l'ordonnance?

A. Vous utilisez le mot "annulation". J'utiliserais le mot remplacer.

Q. Quand ces discussions ont-elles commencé?

R. Je crois que nous avons fait l'ordonnance remplaçante le 10 mai. Donc, dans les jours qui ont précédé le 10 mai.

Selon des courriels, NYSDOH a reçu l'ordre de retirer la directive du 25 mars de son site Web le 29 avril 2020, bien que la directive du 25 mars soit toujours opérationnelle.[[400]](#footnote-401)

**FrornTNavaretteTKristentHEAlfH)^**

**Envoyé: Mardi 12 mai, 202012:56**

**À l'attention de: Mantag, Jill E(SANTÉ) B®51. Michael G (santé) >**

**teHolmes. Gary C(SANTÉ) '■** |MH

**Objet: RE : 25 MARS GUIDARc^WHfflHfflWlDENTIAL**

**Ves, le 29 avril,il a été informé que cela devait être retiré, avec le Guide de retour au travail du fournisseur de soins de santé.**

Dans un courriel ultérieur, un autre responsable du NYSDOH a déclaré que la chambre exécutive lui avait ordonné de le retirer parce qu’il était «incohérent».[[401]](#footnote-402)

Date : Mercredi 27 mai 2020 16:32

Objet: RE KRISTEN’’RE : ORIENTATIONS DU 25 MARS - PRIVILÉGÉES ET CONFIDENTIELLES



**Oui, parce que c’était incohérent et que la chambre nous a ordonné de le retirer, je peux essayer de trouver des courriels à ce sujet.**

M. Cuomo a témoigné qu'il a été mis fin à la Directive du 25 mars en raison de « relations publiques ».[[402]](#footnote-403)

|  |  |
| --- | --- |
| M. Andrew Cuomo (11 juin 2024) | |
| Q. | Mais vous avez annulé l'ordre le 10 mai. Parler du processus décisionnel: |
| A. | Parce que les relations publiques après le 20 avril avaient rendu le public si nerveux et si inquiet, quiconque avait de la famille dans une maison de retraite était agité et effrayé. |
| Q. | Avez-vous discuté de ces relations publiques dans ces articles avec votre équipe? |
| A. | J'en ai parlé au Dr Zucker. |
| Q. | Qui d'autre? |
| A. | Fondamentalement le Dr Zucker. Et j’ai dit: «Regardez, c’est peut-être faux, mais nous avons beaucoup de personnes préoccupées là-bas maintenant.» Et cela coïncidait avec le fait que nous avons augmenté notre capacité de test. Nous pouvions donc maintenant tester le personnel des maisons de soins infirmiers, ce à quoi il croyait et je croyais que c'était vraiment tout. |

Dans le même ordre d'idées, M. Zucker a témoigné que l'administration Cuomo a renversé la politique en réponse aux critiques entourant la Directive du 25 mars et a soutenu qu'elle n'avait pas été modifiée en raison de problèmes liés à la Directive du 25 mars elle-même. [[403]](#footnote-404)

Dr Howard Zucker (18 décembre 2023)

Q. Si l’orientation du 25 mars n’était pas erronée, pourquoi la modifier?

A. Il n'a pas été modifié à cause de cette orientation. Il a été changé plus

parce qu’il y a eu de telles critiques à propos de quelque chose qui, selon nous, ne devrait pas faire l’objet de critiques, comme je le disais tout à l’heure. Mais cela ne fera de mal à personne, et nous ne mettrons pas en péril les soins de quelqu’un d’autre en effectuant un test sur cette personne.

CONSTATATION : Les fonctionnaires de l’administrationCuomo croyaient que M. Cuomo avait dirigé la publication du «rapport du 6 juillet» sur la lutte contre la critique de la directive du 25 mars.

Le sous-comité restreint a enquêté sur des allégations selon lesquelles l'administration Cuomo a indûment dissimulé et déformé les données sur les décès en maison de soins infirmiers du public et du gouvernement fédéral tout au long de la pandémie. Cette enquête comprenait la rédaction et la publication du rapport du NYSDOH intitulé «Factors Associated with Nursing Home Infections and Fatalities in New York State During the COVID-19 Global Health Crisis» [ci-après le «rapport du 6 juillet»].[[404]](#footnote-405)

Le rapport du 6 juillet alléguait que c’était le personnel des maisons de soins infirmiers – et non la directive du 25 mars – qui était à l’origine de la transmission ayant entraîné la mort des résidents des maisons de soins infirmiers.[[405]](#footnote-406) Cependant, ce rapport a été fortement édité par la Chambre exécutive – y compris M. Cuomo – pour montrer plus de causalité et n’était pas une publication scientifique ou évaluée par des pairs. La chambre exécutive a également pris la décision de supprimer les décès survenant en dehors de l’établissement des résidents des maisons de soins infirmiers (c’est-à-dire les décès survenant à la suite d’un transfert à l’hôpital), publiant ainsi un rapport qui n’était pas totalement transparent en ce qui concerne les décès survenant aux résidents des maisons de soins infirmiers.

L'origine du rapport du 6 juillet était probablement un courriel du 7 juin 2020. Dans ce courriel, Mme Benton a déclaré au Dr Malatras, à M. Rhodes, au Dr Zucker et à Mme DeRosa que la critique entourant la directive du 25 mars serait « la grande débâcle dans les livres d’histoire ».[[406]](#footnote-407) Le courriel les a invités à « [faire] un rapport sur les faits parce que cet héritage submergera toute réalisation positive ».[[407]](#footnote-408)

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]

**À partir**de iStepnante Eenton

**Envoyé:** dimanche 07 **juin 2020951 AM**

Mantras de Todin \*hode= (cfi tj’ce; OdJ A Zx si-r

(health.ny.gov) **Cc:** Melissa DeRosa **Objet:**

Ce sera la grande débâcle dans les livres d'histoire. Plus il dure longtemps, plus il est difficile à corriger. Nous avons un meilleur argument que celui que nous avons avancé. Obtenez un rapport sur les faits parce que cet héritage va submerger tout accotnpiishnieni positif. Combien de personnes victimes de la COVID-19 ont-elles été renvoyées dans des maisons de retraite au cours de cette période? Combien de maisons de retraite? Ne te rends pas compte à quel point c'est mauvais? Ou admettons-nous l'erreur et abandonnons-nous?

Les destinataires de ce courriel comprenaient – ou soupçonnaient – qu’il s’agissait d’un message de M. Cuomo lui-même.[[408]](#footnote-409) Dans une interview transcrite, le Dr Malatras a témoigné que la demande d’«établir un rapport sur les faits» faisait référence au rapport du 6 juillet. [[409]](#footnote-410)Le Dr Malatras a témoigné que ce courriel avait incité la rédaction du rapport du 6 juillet.[[410]](#footnote-411)

Le Dr Zucker a témoigné que Mme DeRosa avait demandé la publication d'une « revue médicale », mais qu'il avait été décidé d'en faire un rapport étant donné la pression exercée pour qu'il soit publié rapidement. [[411]](#footnote-412)Le Dr Adams a témoigné qu’elle considérait le travail du NYSDOH sur un article scientifique comme distinct de ce qui allait devenir le rapport du 6 juillet.[[412]](#footnote-413) Mme Adams a témoigné qu’elle avait fourni des «points de discussion» à la chambre exécutive qui seraient utilisés pour rédiger le rapport du 6 juillet. [[413]](#footnote-414)Selon des courriels, le Dr Adams a envoyé au Dr Zucker ces «points de discussion» dans les heures qui ont suivi le courriel de «grande débâcle».[[414]](#footnote-415)

Le Dr Adams a également fourni des graphiques similaires, mais apparemment moins favorables, à ceux qui seraient éventuellement utilisés dans le rapport du 6 juillet.[[415]](#footnote-416) Par exemple, un graphique examinant le taux de mortalité moyen par niveau d’admissions et de réadmissions dans l’ensemble de l’État a montré un taux de mortalité de 8,1 % pour les maisons de soins infirmiers avec «[d]es admissions ou réadmissions» par rapport à un taux de mortalité de 4,1 % pour les maisons de soins infirmiers avec «[a]ucune admission ou réadmission».[[416]](#footnote-417)

CONSTATATION : Le rapport du 6 juillet n'a pas été rédigé de manière indépendante par le département de la Santé de l'État de New York ni examiné par les pairs.

Le Dr Adams a témoigné que le rapport du 6 juillet n'avait pas été rédigé par elle ni par le NYSDOH, et qu'il ne s'agissait pas en fait d'une publication « évaluée par les pairs », comme le prétendent M. Cuomo et son personnel.959 Comme le Dr Adams, le Dr Malatras a témoigné que le rapport du 6 juillet n'avait pas fait l'objet d'un examen par les pairs. 960

Selon des témoignages, de nombreux fonctionnaires de la Chambre exécutive ont participé au rapport du 6 juillet, notamment Mme DeRosa, Mme Lacewell, le Dr Malatras, Mme Garvey, Mme Baldwin et M. Robert Mujica, l’ancien directeur du budget de l’État de New York.961 En réponse à des questions relatives à la participation de la Chambre exécutive au rapport du 6 juillet, Mme Lacewell a déclaré que le rapport n’aurait pas existé sans elle.

|  |  |
| --- | --- |
| Linda Lacewell (31 mai 2024) | |
| Q. | Il est écrit: «Les aides qui ont été impliquées dans le changement du rapport comprenaient Melissa DeRosa, l’assistante principale du gouverneur, Linda Lacewell, la cheffe du département des services financiers de l’État, et Jim Malatras, un ancien conseiller principal de M. Cuomo ramené au travail sur la pandémie. Aucun d’entre vous n’avait d’expertise en matière de santé publique.» Vous avez mentionné que vous étiez tous impliqués dans le rapport, je pense donc que vous seriez d’accord avec l’inscription de vos trois noms comme étant impliqués dans le rapport? |
| A. | Ce n’est pas ce que dit le paragraphe. Il dit que les assistants ont été impliqués dans la modification du rapport, n'est-ce pas? C’est ce qu’il dit en réalité. |
| Q. | Et... |
| A. | J'ai participé à la rédaction du rapport. |
| Q. | D'accord. |
| A. | Pas vrai? Toute la prémisse de l'article est erronée. Ce n'était pas un rapport du DOH qui a atterri dans la chambre exécutive et a ensuite été changé. |
| Q. | Si vous étiez responsable du rapport, pourquoi a-t-il été publié en tant que rapport du DOH? |
| A. | Je n’ai pas dit que j’étais responsable d’un rapport. |
| Q. | D'accord. Quel mot utiliseriez-vous? |

959 Adams TI, supra note 954, p. 128-131.

960 Malatras TI, supra note 950, p. 196.

961 Voir, d'une manière générale, Dr Zucker TI, supra note 905; Malatras TI, supra note 950; Garvey TI, supra note 918;

Lacewell TI, supra note 920; DeRosa TI, supra note 910.

962 Lacewell TI, supra note 920, p. 63-64; Voir J. David Goodman & Danny Hakim, Cuomo Aides Rewrote Nursing Home Report to Hide Higher Death Toll, N.Y. TIMES (4 mars 2021).

A. C’est vraiment votre question. J'ai décrit ce que j'ai fait à l'égard du rapport.

Q. Vous avez mentionné:

R. Mais je ne suis pas McKinsey qui fait les données et je ne suis pas le DOH qui pèse et je ne suis pas le Dr Zucker qui pèse et je ne suis pas un statisticien.

Q. Mais vous avez dit que le rapport n’aurait pas eu lieu si ce n’était pour vous?

A. C’est exact, et cela ne serait pas arrivé sans McKinsey, mais mon

il y en avait un, je suis la chambre exécutive. Je suis la chambre exécutive. Le rapport du DOH n’existerait pas sans moi...

Le Dr Malatras a témoigné que Mme DeRosa était «très active» avec le rapport du 6 juillet et a indiqué les points qu'elle voulait que le rapport fasse valoir.[[417]](#footnote-418)

Dr Jim Malatras (20 mai 2024)

Q. Est-ce là l’étendue de la participation de [Melissa DeRosa] au rapport?

R. Non, elle était très active, envoyant des informations; des choses comme ça. En fait, à un moment donné, elle a envoyé un e-mail. C'était avant cette réunion, mais révélateur du processus. Elle a exposé les points qu'elle souhaitait voir abordés dans le rapport.

De plus, des témoins ont témoigné que des personnes et des organisations à l'extérieur du gouvernement ont joué un rôle dans le rapport, notamment M. Raske, M. Dowling et le Dr David Grabowski, professeur de politique des soins de santé à la Harvard Medical School. [[418]](#footnote-419)Ce témoignage est étayé par des documents.

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]

**Objet:** Fw : CONFIDENTIEL

**Date :** Mardi 30 juin 2020 à 16:32:24 Heure avancée de l'Est

**À partir de:**

**À l'attention de:**

Fron\* .

Sent: Mardi 30 juin 2020 16h31

Objet: CONFIDENTIEL



Dans l'ensemble - un bon document. Quelques suggestions, cependant:

1. Le résumé de l'Exec doit être refait avec un énoncé clair du problème/problème et de la conclusion. C'est, en effet, votre communiqué de presse. Je suggérerais quelque chose comme ce qui suit.

Il y a eu beaucoup de discussions sur le nombre de décès de patients en maison de soins infirmiers à New York et la relation causale entre la politique d'admission en maison de soins infirmiers et la mortalité des résidents. Le DOH a effectué une analyse indépendante, etc., et a conclu:

* L'État de New York a un pourcentage plus faible de décès dans les maisons de retraite que la plupart des États - se classant 46e.
* Les politiques d'admission n'étaient pas le facteur de décès dans les maisons de soins infirmiers.
* La transmission du taux de mortalité est fortement corrélée à l'entrée des employés dans les installations.

Le personnel de Ken Raske et le mien peuvent faire une réécriture complète si vous le souhaitez.

1. Ne vous précipitez pas trop pour sortir cela — pas avant qu’il y ait une réécriture. Il sera critiqué et les opposants argumenteront - même s'ils achètent l'argument - que nous aurions dû faire plus tôt pour tester le personnel. C'est politique.
2. Je travaille avec Ken pour aligner certains médecins afin qu’ils soient disponibles pour soutenir le commissaire – cela prendra environ une journée.

J'attends que mon médecin me réponde. Elle est en train d'examiner le rapport. Une fois que je le ferai, je ferai un suivi avec vous.

Michael

**Objet:** Fw : [EXTÉRIEUR] Fwd: Résumé analytique révisé

**Date :** Mercredi 1 juillet 2020 à 08:18:33 Heure avancée de l'Est

**À partir de:**

**À l'attention de:**

**Pièces jointes:** 06302020 Rapport sur les maisons de soins infirmiers V14 Tuesday.docx, ATT00001.htm

À partir de: Dowling (homonymie)

Sent: Mardi 30 juin 2020 20:42

Objet: Fwd : [EXTÉRIEUR] Fwd: Résumé analytique révisé

Envoyé depuis mon iPhone

Commencer le message transmis:

À partir de: "Raske, Ken" \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Date : 30juin 2020 à 18:00:02 HAE

À l'attention de: "Dowling, Michael"

Objet: [EXTÉRIEUR] Fwd: Résumé analytique révisé

***Externa/ Courriel. Faites preuve de prudence.***

Par notre discussion. Ken

Envoyé depuis mon iPad

Commencer le message transmis:

À partir de: "Conway, Brian"

À l'attention de: "Raske,

Objet: Résumé analytique révisé

Ken, un projet révisé de résumé est ci-dessous.

L'ensemble du projet de document, y compris le résumé original, est joint en annexe.

En réponse à un article du New York Times faisant état de l’implication de la Chambre exécutive dans le rapport du 6 juillet,[[419]](#footnote-420) le Dr Malatras a publié une déclaration indiquant qu’il n’était pas impliqué dans la modification des numéros des maisons de soins infirmiers.[[420]](#footnote-421) Par la suite, le Dr Malatras a témoigné qu'il avait reçu un appel de représentants de la Chambre exécutive, dont Mme DeRosa, Mme Lacewell, Mme Garvey et d'autres, lui demandant de «faire une déclaration suggérant le contraire» parce qu'ilscroyaient que les reportages du New York Times et sa déclaration étaient trompeurs.[[421]](#footnote-422) Le Dr Malatras a refusé.[[422]](#footnote-423)

|  |  |
| --- | --- |
| CONSTATATION : | M. Andrew Cuomo a examiné et édité le rapport du 6 juillet, et ses éditions devaient rendre les conclusions du rapport plus causales. |

M. Cuomo a témoigné qu'il n'avait pas participé à la rédaction du rapport du 6 juillet.

Rapport. Il a ajouté qu'il ne se souvenait pas d'avoir examiné ou révisé le rapport du 6 juillet. [[423]](#footnote-424)

|  |  |
| --- | --- |
| M. Andrew Cuomo (11 juin 2024) | |
| Q. | Avez-vous participé à la rédaction de ce rapport à quelque titre que ce soit? |
| A. | Non. |

|  |  |
| --- | --- |
| M. Andrew Cuomo (11 juin 2024) | |
| Q. | À l'heure minoritaire, avez-vous témoigné que vous n'aviez joué aucun rôle dans le rapport du 6 juillet? |
| A. | Je ne me souviens pas avoir vu le rapport du 6 juillet avant sa publication. C’était le rapport d’Howard Zucker. Il l'a ensuite présenté à de nombreuses reprises. J'en ai ensuite parlé à de nombreuses reprises, parce qu'il est apparu à chaque point de presse par la suite. |
| Q. | Et pour clarifier votre témoignage, vous ne vous rappeliez pas avoir examiné le rapport? |
| A. | Je ne me souviens pas de l'avoir examiné. |
| Q. | Avez-vous édité le rapport? |
| A. | Je ne me souviens pas l'avoir vu. |

Toutefois, le témoignage de M. Cuomo est directement contredit par des documents et d’autres témoignages. Elle est également contredite par le rapport intitulé «Impeachment Investigation Report to Judiciary Committee Chair Charles Levine and the New York State Assembly Judiciary Committee» [Rapport d’enquête sur la destitution au président du comité judiciaire Charles Levine et au comité judiciaire de l’Assemblée de l’État de New York] [ci-après le «rapport de destitution»].[[424]](#footnote-425) Le Dr Malatras a témoigné que M. Cuomo a examiné et révisé le rapport du 6 juillet.[[425]](#footnote-426) Le Dr Malatras a également témoigné que l'ancien gouverneur aurait obtenu l'approbation finale du rapport.[[426]](#footnote-427)

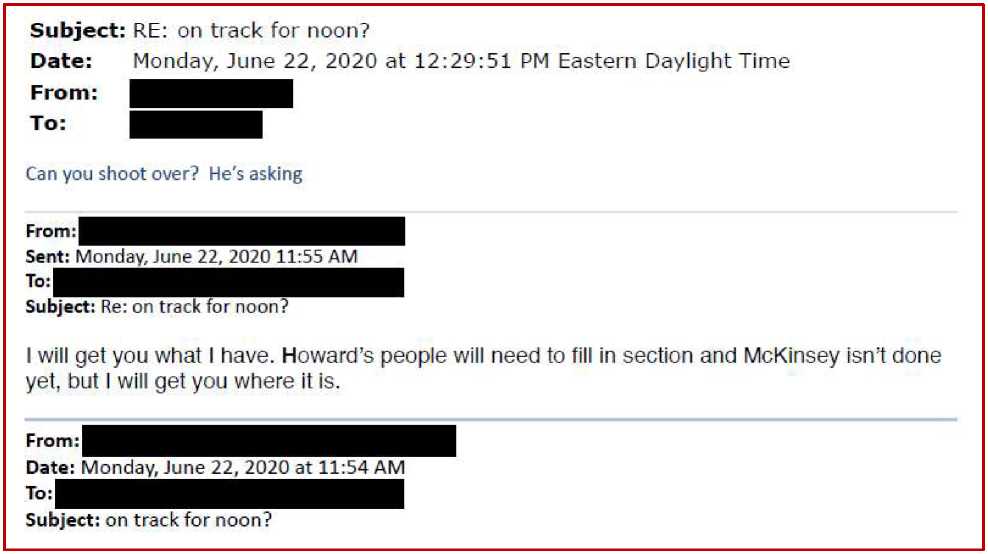
Lorsque l'avocat du Sous-comité spécial a informé M. Cuomo que le Dr Malatras avait témoigné que l'ancien gouverneur avait participé à l'examen du rapport du 6 juillet, il a de nouveau nié toute implication.

M. Andrew Cuomo (11 juin 2024)

Q. Le Dr Malatras nous a également dit dans son témoignage que vous aviez examiné une ébauche de ce rapport avant sa publication. Est-ce vrai?

R. Je ne l'ai pas fait. C'était peut-être dans la boîte de réception, mais je ne l'ai pas fait.[[427]](#footnote-428)

Toutefois, des documents et des témoignages montrent que M. Cuomo a été étroitement associé à l'examen et à la rédaction du rapport.



|  |  |
| --- | --- |
| Objet: | **modifications** |
| Date : | **Lundi 29 juin 2020 à 17:09:32 Heure avancée de l'Est** |
| À partir de: |  |
| À l'attention de: |  |
| Pièces jointes: | **Rapport des maisons de retraite vlO MONDAY.docx** |

Pouvez-vous changer la première phrase et me renvoyer pour que je le lui montre? Je n'arrive pas à trouver comment l'affiner

(Pouvez-vous également faire une lecture des modifications et vous assurer que vous êtes d'accord?)

Objet: En ce qui concerne: 06.23.20 Maisons de retraite 230PM.docx

Date : Mercredi 24 juin 2020 à 07:58:04 Heure avancée de l'Est



i i n ri: M\_ \_jgH !lj \_ \_jl \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Sent: Mercredi, June 24, 2020 12:11

Cc :

Objet: En ce qui concerne: 06.23.20 Maisons de retraite 230PM.docx

Vous trouverez ci-joint les éditions du gouverneur ainsi que mes éditions. J'ai reformaté les graphiques & qui ont été rajoutés.­ Je vais avoir envie de lire avec des yeux neufs demain.

**Objet:** - combien de temps encore sur NH repo t? Il demande une copie.

Date : **Dimanche 5 juillet 2020 à 08:53:52 Heure avancée de l'Est**

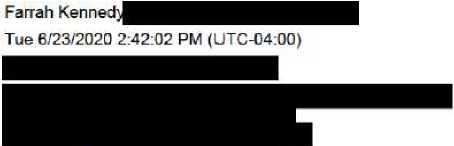


Objet: En ce qui concerne: Privilégié et confidentiel



Avons-nous fait le patron de changement envoyé avec la citation spécifique des règlements / conseils sur ce qui était nécessaire?

M. Malatras a également témoigné que M. Cuomo modifierait le rapport du 6 juillet au moyen de notes manuscrites ou par l’intermédiaire des assistants de M. Cuomo et que M. Cuomo a modifié le libellé du rapport du 6 juillet pour qu’il soit plus causal.[[428]](#footnote-429) Le témoignage du Dr Malatras est confirmé par des documents.

Le 23 juin 2020, Mme Kennedy a envoyé par courrier électronique au personnel de la chambre exécutive une pièce jointe contenant les «modifications du gouverneur».[[429]](#footnote-430)

**À partir de:**

Envoyé

**À l'attention de:**

Cc :

**Objet: pièce jointe:**



Les modifications du gouverneur sont jointes pour votre examen. Le texte plus petit au début provient de votre document original. Il a remplacé votre paragraphe à la page 3 en commençant par «Mais, comme dans les cinquante États, il y a eu des cas positifs pour la COVID...» Le texte plus large est ce qu'il a ajouté.

Au cours d'une entrevue transcrite, Mme Kennedy a témoigné qu'elle communiquait les modifications apportées par M. Cuomo.[[430]](#footnote-431) En outre, Mme Kennedy a témoigné qu’elle comprenait que les modifications apportées par M. Cuomo étaient indiquées dans un texte plus volumineux de plus de 10 pages.[[431]](#footnote-432) Un message texte contemporain des modifications apportées par M. Cuomo suggère que le personnel du NYSDOH craignait que les modifications apportées par M. Cuomo au rapport du 6 juillet «ne soient pas scientifiquement exactes».

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]

3:45,i " E

<0

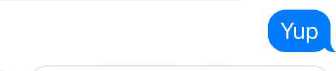
Howard

Juin 25, 2020 à 09:33

Peux-tu appeler Eleanor, s'il te plaît? Elle a envoyé ses modifications. Il y a des modifications importantes qui sont au cœur des points clés. Nous ne voulons pas être critiqués à propos de l'interprétation. Discutons, mais s'il vous plaît, regardez ses modifications. Elle est très intelligente à ce sujet. Merci.

Ok, il réécrit tout lui-même pour info

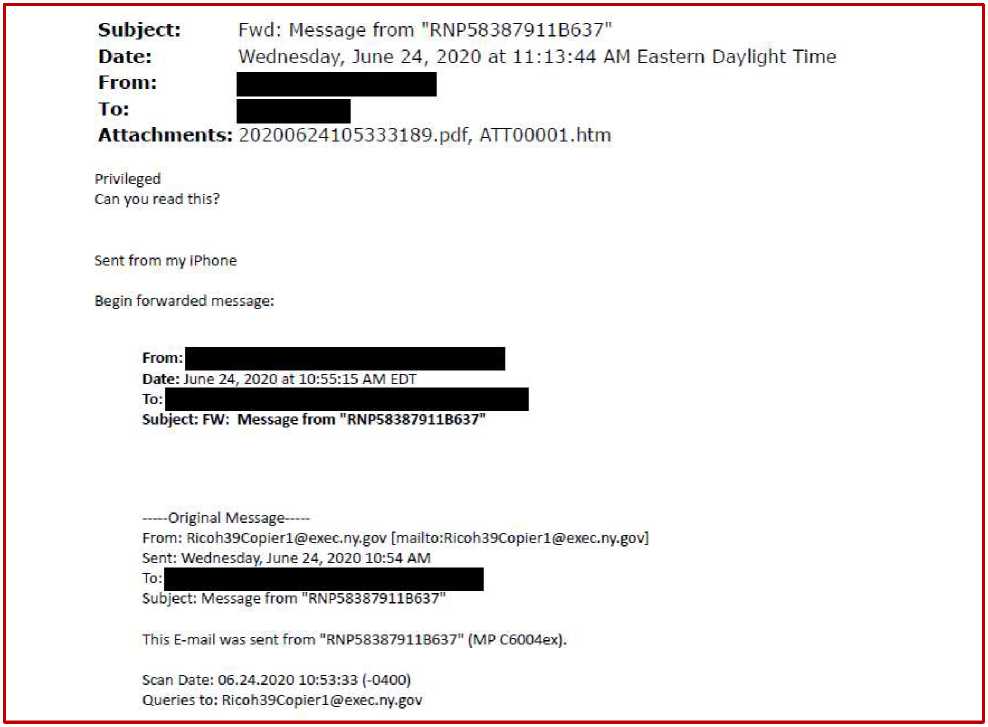
Oh mon dieu! Il y a des choses qui peuvent ne pas être scientifiquement exactes et qui nous ouvriront à la critique. S'il vous plaît assurez-vous que je vois ce qu'il écrit.



Message texte • SMS

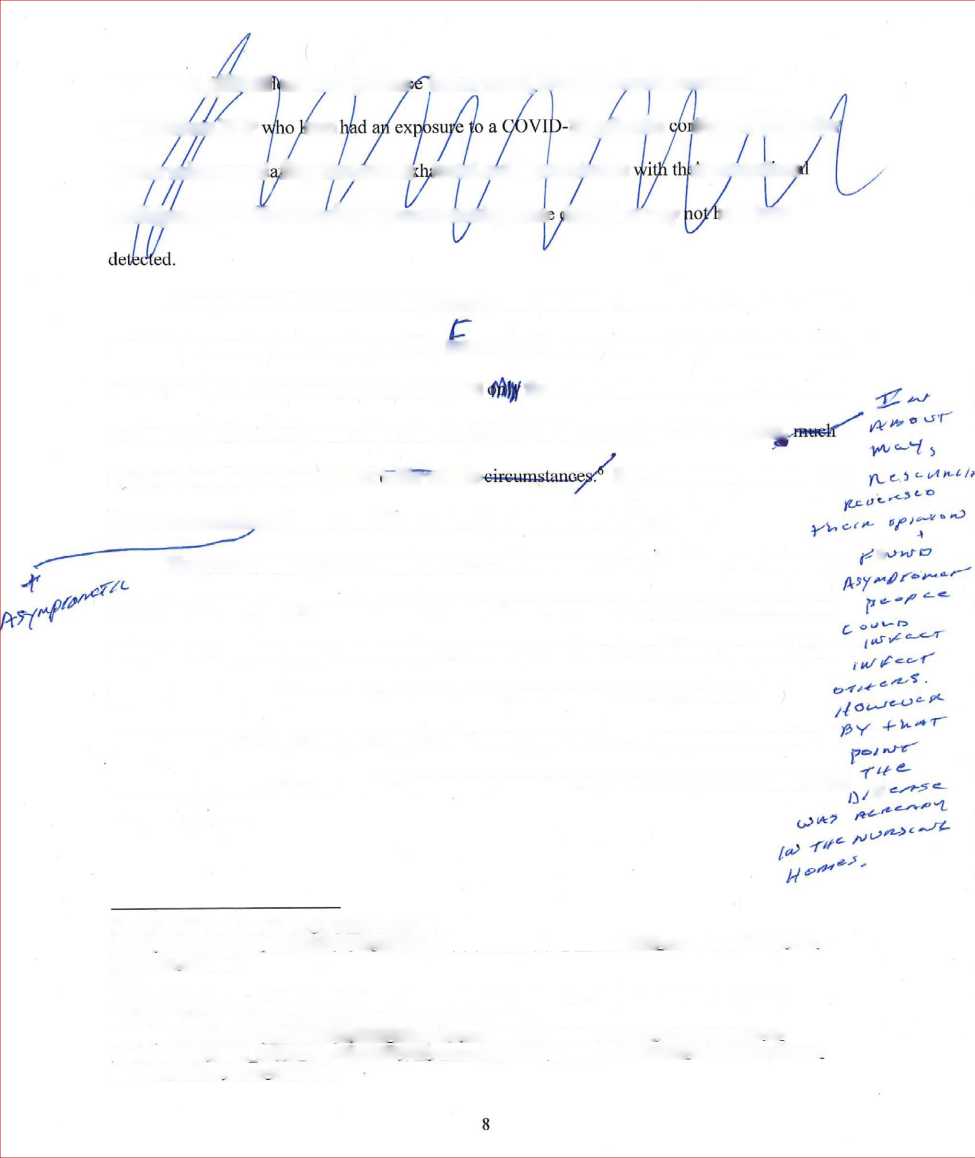
Le 24 juin 2020, une version numérisée du rapport du 6 juillet a été envoyée au personnel de la Chambre exécutive.[[432]](#footnote-433) La version numérisée du rapport du 6 juillet comprenait des modifications manuscrites et des commentaires.[[433]](#footnote-434)

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK][REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK] [REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]



Mme Kennedy a témoigné qu’une partie de ses responsabilités en tant qu’adjointe exécutive du gouverneur consistait à transcrire les notes manuscrites de M. Cuomo. [[434]](#footnote-435)Lorsqu’on lui a demandé d’examiner les notes manuscrites du projet du 24 juin 2020, Mme Kennedy a témoigné qu’il semblait s’agir de l’écriture manuscrite de M. Cuomo.[[435]](#footnote-436) Vous trouverez ci-dessous un exemple des modifications manuscrites apportées par M. Cuomo au projet de rapport du 6 juillet du 24 juin 2020.

[REMAINDER OF PAGE INTETIONALLY BLANK][REMAINDER OF PAGE INTETIONALLY BLANK] [REMAINDER OF PAGE INTETIONALLY BLANK]



Le 28 juin 2020, le personnel de la chambre exécutive a communiqué d’autres modifications apportées par M. Cuomo au rapport du 6 juillet.[[436]](#footnote-437)

RE : Edits pour Nursing Home doc

Dimanche 28 juin 2020 à 15:20:56 Heure avancée de l'Est

**Pièces jointes:** infirmièrehomedoc-govedits.pdf

Une inspection unor^loser ce ne sont pas des modifications que je peux faire. Vous trouverez ci-joint les éditions du gouverneur. - Je crois ^^^Bias la version la plus récente du mot.

Merci.

À partir de:

Envoyé: Dimanche 28 juin 2020 15:04

À l'attention de: Cc :

La version du rapport du 6 juillet jointe à ce courriel comprenait également des modifications manuscrites et des commentaires. Interrogée sur la source de l’écriture, Mme Kennedy a déclaré qu’il semblait s’agir de l’écriture de M. Cuomo.[[437]](#footnote-438) Vous trouverez ci-dessous un exemple des modifications manuscrites apportées par M. Cuomo au projet de rapport du 6 juillet du 24 juin 2020.

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 43 | District de Colum­bia | 20 | 1,072 | 173 | 32 % |
| 44 | Wyoming | 4 | 54 | 6 | 30 % |
| 45 | Nevada | 75 | 1,289 | 135 | 27 % |
| 46 | New York | 509 | 7,177 | 6,432 | 21 % |
| 47 | Alabama | 131 | 3,746 | 112 | ■ |
| 48 | Hawaï | 15 | 89 | 1 | — |
| 49 | Missouri | 118 | 1,394 | 15 | — |
| 50 | Alaska | 10 | 93 | 0 | — |
| 51 | Wisconsin | 318 | 1,242 | 0 | — |

SOURCE : AW *York Times;* Les États dont les données sont insuffisantes pour calculer une part des décès dus à la COVID-19 sont grisés.

En outre, un examen des décès dans nos États voisins - malgré la population­

tions beaucoup plus petites que celles de New York -illustre clairement que les décès dans les maisons de retraite n'étaient pas

Phénomène spécifique à New York: Rapports du New Jersey 6,61/7

augmentation des décès à domicile, Massachusetts

5 115 décès dans des maisons de soins infirmiers, Pennsylvanie 4 518

rapports de necticut 3,124^

■sing décès à domicile et Con-

**II. La maladie du personnel COVID-19 a contribué aux infections des résidents des maisons de soins infirmiers**

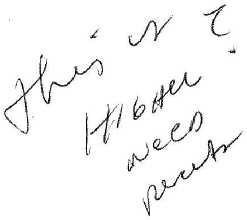
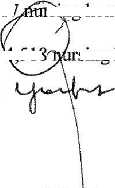
À l'intérieur de l'État de New York, il y a eu une variation géographique significative de la posi­globale.

Les tests tive au sein de la communauté (figure 1) et les cas de maisons de soins infirmiers aident les décès. Le plus im­

dans l'État de New York se trouvaient dans la région du bas de l'État (Mid-^Hudson Valley, New York

City et Long Island) et ces régions affichaient les taux de mortalité les plus élevés chez les infirmières.

10



Par conséquent, Mme Kennedy a témoigné que M. Cuomo avait participé à la rédaction du rapport du 6 juillet.[[438]](#footnote-439)

CONSTATATION : M. Andrew Cuomo a été impliqué dans le processus d’«examen par les pairs» et dirigé

Des personnes extérieures au gouvernement de l'État de New York examineront le rapport du 6 juillet.

Les documents et les témoignages établissent que M. Cuomo a participé à la direction d’un processus externe d’«examen par les pairs» du rapport du 6 juillet. M. Cuomo a nié avoir participé au processus­d'examen par les pairs.[[439]](#footnote-440)

|  |  |
| --- | --- |
| M. Andrew Cuomo (11 juin 2024) | |
| Q. | Avez-vous eu des discussions au sujet du rapport faisant l'objet d'un examen par les pairs? |
| A. | Non. |

M. Cuomo a témoigné qu'il ne savait pas si une personne à l'extérieur du NYSDOH avait participé à la rédaction ou à la révision du rapport du 6 juillet.[[440]](#footnote-441)

M. Andrew Cuomo (11 juin 2024)

Q. Savez-vous si des personnes extérieures au ministère de la Santé ont participé à la rédaction ou à l'édition de ce rapport?

A. Non.

Le Dr Malatras a témoigné devant le sous-comité spécial que des personnes extérieures au NYSDOH, y compris M. Dowling et M. Raske, président, étaient impliquées.[[441]](#footnote-442)

Des documents montrent que M. Cuomo a demandé que le rapport du 6 juillet fasse l'objet d'un examen par les pairs de la part de M. Dowling et de M. Raske. Le 30 juin 2020, Mme Benton a envoyé un courriel au personnel de la Chambre exécutive. Un ancien membre du personnel de la Chambre exécutive a déclaré au Sous-comité spécial que ce courriel provenait probablement de M. Cuomo, conformément à sa pratique consistant à dicter les courriels envoyés par Mme Benton. Le courriel indiquait que «[c]ette personne de Harvard[,] dowling[,] et ken Davis [sic] devaient être les experts en «examen par les pairs» du rapport. Demandez-leur d’étudier le projet dès maintenant.»[[442]](#footnote-443)

Objet: D'accord?

Date : Mardi 30 juin 2020 à 10:59:30 Heure avancée de l'Est

À partir de: Stephanie Benton

À l'attention de: (health.ny.gov), d

Nous avons besoin d'obtenir le rapport de la maison de soins infirmiers demain matin lors d'un briefing 9 30 dans la ville. Faites en sorte que le gars de Harvard Dowling et Ken Davis soient les experts en "examen par les pairs" du rapport. Apportez-leur le brouillon maintenant pour qu'ils l'étudient. Ils ont besoin de connaître les faits. Melissa fait une séance d'information avec eux tonite et marcher à travers le rapport. Dr zucker doit savoir que le rapport est froid et être un défenseur agressif. Les autres vont l'éliminer. Personne ne sera plus agressif que le Dr Zucker. S'ils voient que vous reportez, ils le feront aussi. Tu dois donner le ton. Les faits sont puissants Donner à ces gars un préavis d'un jour est injuste alors obtenez-leur le projet dès que possible et marchez-les à travers elle

Envoyé depuis mon smartphone BlackBerry 10 sur le réseau Verizon Wireless 4G LTE.

Le courriel ne précise pas qui sont «dowling» et «ken», mais des courriels ultérieurs établissent que M. Cuomo voulait dire M. Dowling et M. Raske. Plus tard le même jour, M. Dowling a renvoyé des modifications et des suggestions à un membre du personnel de la Chambre exécutive. [[443]](#footnote-444)M. Dowling a même déclaré: «Le personnel de Ken Raske et le mien peuvent faire une réécriture complète [du résumé] si vous le souhaitez.»[[444]](#footnote-445) Ce soir-là, M. Raske a envoyé ses modifications à M. Dowling, qui les a ensuite transmises à la chambre exécutive.[[445]](#footnote-446)

Par conséquent, ces documents et témoignages établissent que M. Cuomo a eu des conversations concernant l’«examen par les pairs» du rapport du 6 juillet et a dirigé et savait que des personnes extérieures au NYSDOH étaient impliquées dans le rapport du 6 juillet.

CONSTATATION : La Chambre exécutive a décidé de supprimer les données sur les décès hors établissement du rapport du 6 juillet.

Le Dr Adams a témoigné que l'analyse originale du NYSDOH - qui allait être un document scientifique - comprenait à la fois les décès en établissement et hors établissement. [[446]](#footnote-447)

Dre Eleanor Adams (8 avril 2024)

Q. ...[Est-ce que] ce nombre [de décès hors établissement] figurait dans le rapport scientifique sur lequel vous travaillez?

R. Oui. Dans notre projet – eh bien, je devrais reformuler. Je ne sais pas si cela répond à vos questions, mais dans notre projet de document, nous avons inclus le nombre d’entrées et de sorties de maisons de retraite, de décès de résidents de maisons de retraite...

Selon les témoignages, les premières ébauches du rapport analysaient les décès en établissement et hors établissement.[[447]](#footnote-448) En conséquence, les premières ébauches du rapport citaient le nombre total de décès dans les maisons de soins infirmiers à environ 10 000.

Le Dr Malatras a témoigné que la décision de ne pas inclure les décès hors établissement s'est produite lors d'un appel téléphonique le 27 juin 2020.[[448]](#footnote-449)

|  |  |
| --- | --- |
| Dr Jim Malatras (20 mai 2024) | |
| Q. | Qui était sur ce coup de fil? |
| A. | C’était – je crois que c’était moi, Beth Garvey, Linda Lacewell, Howard Zucker, Melissa DeRosa, et il aurait pu y en avoir d’autres. Je ne sais pas. . . |
| Q. | Pourquoi cet appel a-t-il été appelé? |
| A. | C'était à propos du rapport de la maison de retraite. |

En outre, le Dr Malatras a témoigné que la décision a été prise après que Mme DeRosa a «agressivement» interrogé le Dr Zucker sur les données de décès hors établissement.[[449]](#footnote-450)

Dr Jim Malatras (20 mai 2024)

Q. Vous avez mentionné plus tôt un appel lancé le 27 juin, je crois, à Mme DeRosa et à diverses autres personnes au sujet des chiffres figurant dans le rapport. Et vous avez dit que Mme DeRosa avait fait des demandes liées à ces chiffres. Si nous pouvions simplement répéter ce qu'elle a dit lors de cet appel?

R. L'appel en question portait sur les données que McKinsey nous a fournies et qu'elle nous a transmises après ce courriel initial de Stephanie Benton, ou du gouverneur Cuomo par l'intermédiaire de Stephanie Benton. Il contenait tout un tas de données, y compris les courbes et tout ce genre de choses dans les graphiques; y compris l’ensemble des soins de santé dispensés dans les établissements – dans les hôpitaux et dans les établissements de soins pour personnes décédées. Cela a continué d'être le rapport à travers tous ces graphiques, jusqu'à l'appeldu 27 juin. Je ne sais pas ce qui a précipité le changement chez Mme DeRosa – quelque chose s’est passé. Elle a parlé à quelqu'un. Quelque chose a déclenché une réponse, qu'elle a ensuite convoquée à une réunion, et a été très agressive pour remettre en question les chiffres, pourquoi ces chiffres. Il s’adressait principalement au Dr Zucker, mais nous étions – aucun d’entre nous n’était à l’abri – je dirais – d’une interaction passionnée. Et puis, par la suite, elle a dit qu'elle ne faisait pas confiance aux chiffres. Elle souhaite que ce soit toujours le cas – les chiffres qui ont été rendus publics jusqu’à ce que, vous savez, ils puissent faire un examen des chiffres.

Le Dr Malatras a témoigné que c’était la décision de Mme DeRosa de ne pas inclure les décès en établissement de soins infirmiers.[[450]](#footnote-451) Il a témoigné qu'il croyait que les données sur les décès hors établissement auraient dû être incluses dans le rapport.[[451]](#footnote-452)

Dr Jim Malatras (20 mai 2024)

Q. Pensez-vous que ces chiffres auraient dû être inclus dans le rapport?

R. Si j’avais le pouvoir de le faire, je les aurais inclus, encore une fois, afin que nous ne soyons pas assis ensemble en ce moment.

Q. Cela a-t-il été discuté parmi les personnes qui travaillaient à l'édition du rapport?

R. La plupart des gens pensaient que les chiffres devraient être épuisés, et c’était la fin. C’est pourquoi ils étaient dans le rapport jusqu’au mois de juin – ils étaient dans le – tous les graphiques avaient ces chiffres jusqu’au 27 juin .

Q. Vous avez dit que Mme DeRosa vous avait demandé d'apporter ce changement. Quelqu’un d’autre était-il d’accord avec elle?

A. Non.

Q. --ou était-ce juste elle qui est au sommet de la chaîne, je vais l’écouter?

A. Eh bien, M. Zucker – si je me souviens bien de l’appel – essayait de

Repoussez un peu. Je pense qu'à un moment donné, Mme Garvey l'a fait. Il y a eu une certaine colère à ce sujet, mais il y a – parfois, comme vous le savez avec le directeur, il n’y a pas – il y a certaines discussions – certaines décisions prises dont vous n’avez pas – elles ont l’autorité ultime et c’est tout.

Q. Bien sûr.

R. J'ai suivi avec un e-mail par la suite parce que j'étais frustré.

Q. Un courriel disant que vous pensiez:

R. Non, permettez-moi de partager ceci. J'étais celui dans le rapport de destitution qui a dit que personne n'aurait dû être choqué ou surpris par le nombre de 10 000. Vous m'avez donné - le rapport avec ces chiffres est venu de vous. Nous avons synthétisé l'information contenue dans le rapport. Nous vous avons donné le rapport, et maintenant vous nous critiquez pour les choses que vous nous avez données. J'étais donc très frustré à ce moment-là. Et j'étais tellement frustré par le ton de l'appel. Nous étions tous assez épuisés à ce moment-là...

Toutefois, Mme DeRosa a témoigné que c’était la décision du Dr Zucker d’éliminer les décès en maison de soins infirmiers hors établissement.[[452]](#footnote-453) Le Dr Zucker a témoigné qu'il s'en tenait aux conclusions du rapport du 6 juillet.[[453]](#footnote-454)

Mme Melissa DeRosa (23 juin 2024)

Q. L'avant-dernière conversation est-elle l'appel téléphoniquedu 27 juin?

R. Je ne connais pas la date réelle, mais il y avait cette conversation qui ressemblait à la grande conversation de groupe qui a été rapportée et discutée précédemment. Mais les questions au DOH ne viennent pas seulement de moi, mais d'autres, y compris Linda. Y compris Beth, y compris d'autres personnes, qui examinaient ce rapport, parce qu'il s'agissait de données qui n'avaient jamais été publiées auparavant, cela a-t-il été vérifié ou vérifié? Non. En examinant les chiffres sommaires, nous avons tous convenu précédemment que ces informations devaient être vérifiées parce qu’elles étaient incorrectes. Quelque chose a-t-il changé? Non. Avez-vous fait quelque chose pour déterminer quelles informations sont incorrectes? Non. Dans quelle mesure êtes-vous certain(e) que les chiffres communiqués par des établissements extérieurs sont exacts? Le silence. Proposez-vous sérieusement d’utiliser des chiffres dans un rapport pour étayer une conclusion selon laquelle lesorientations du 25 mars n’ont pas influencé l’introduction de la COVID-19 dans les maisons de retraite, sachant que les chiffres sont erronés? Ne pas penser qu’ils pourraient avoir tort, mais savoir qu’ils ont tort? Le silence. Qu'est-ce qu'on veut faire ici, les gars? Qu'est-ce que tu veux faire ici? Et Zucker a déclaré que cela ne change rien à la conclusion, la conclusion finale est la même, alors utilisons les chiffres vérifiés et vérifiés, soyons clairs, c’est ce que nous faisons et nous les auditerons plus tard. C’était donc l’appel de Zucker. Zucker a dû le défendre, Zucker a dû mettre son nom dessus. Comme Zucker l'a dit à l'Assemblée, s'il n'était pas d'accord avec cela, il ne le dirait pas à haute voix. Son nom était l'un d'eux. C'était son appel...

Avant l'appel téléphonique, Mme Lacewell a fait savoir par courriel au personnel de la Chambre exécutive que les données sur les décès à l'extérieur de l'établissement­n'étaient pas publiques.[[454]](#footnote-455) Mme Lacewell a également souligné d’autres préoccupations liées à d’autres sections du rapport, notamment le fait que New York ne donnait pas la priorité aux maisons de retraite pour les personnes âgées.

EPI.1001

**Le 27/06/20,10:13, a écrit:**

**Privilégié et confidentiel**

**Produit Attorney Work**

**Je reçois plus d'informations, mais voici ce que je sais jusqu'à présent:**

1. **sur les admissions Re, nous avons dit à doh d'obtenir les données pour environ 113 NH qui n'avaient pas répondu à l'enquête. (J'ai effacé avec vous MDR à l'époque). Au lieu de faire cela, le DOH a rouvert l'enquête pendant deux jours à TOUTES les maisons. Nous obtenons qui a répondu ou répondu.**
2. **ce rapport proposé comprend le nombre de résidents de NH décédés dans les hôpitaux. Ce numéro n'est pas public. Au lieu de 6 500 morts, il montrerait 10 000 morts.**
3. **Apparemment, le dernier projet (je n'ai pas encore vu) indique 30% d'anticorps chez le personnel selon Bioreference. Nous devons nous assurer que c'est réel, robuste et défendable. DOH n'a pas mis cela et ne sait rien à ce sujet.**
4. **"Causation" et "cause" sont des termes de sens artistique prouvés par les données. Les derniers brouillons utilisent ces termes de manière incorrecte et nous serions moqués. Nécessite des modifications.**
5. **Si le personnel était malade, cela soulève des questions sur la fourniture d'EPI aux maisons de retraite. Nous avons fait quelques grands**

**dispositions, mais apparemment, nous n'avons jamais donné la priorité aux NH pour cela et ne le faisons TOUJOURS pas. C'est problématique. J'ajoute Larry sur cette question. On doit arranger ça. Megan a des détails.**

Le Dr Malatras a répondu, une réponse précédemment rapportée en partie dans le rapport de mise en accusation, au courriel de Mme Lacewell pour exprimer ses préoccupations quant à la non-inclusion des décès hors établissement dans le rapport du 6 juillet.[[455]](#footnote-456) [[456]](#footnote-457)

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK][REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK] [REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]

En ce qui concerne: Rapport du NH

Samedi 27 juin 2020 à 10:58:23 Heure avancée de l'Est

**Pièces jointes:** imageOOl.png

Et juste pour qu'il y ait de la clarté ici. Le nombre de 10 000 morts ne devrait pas être une surprise, un choc ou quoi que ce soit pour les gens. C'est d'après des brouillons et des analyses que vous m'avez tous fournis que vous avez travaillé avec McKinsey. Lors de l'appel de briefing passant par ces données, il a été déclaré que nous devions utiliser le présumé et confirmé ou la courbe ne fonctionnerait pas pour l'argument de propagation de la communauté plus large, étant donné que les tests étaient irréguliers au début. Je suis heureux de supprimer cet argument, qui est venu des gens.

Vous trouverez ci-dessous le graphique du deck McKinsey original et figurait dans le brouillon original fourni par NYSDOH.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■ |  | **(JU wl f >a Jn** |  |  | **I4j.lj.l-J** |  |  |  |
| **État** | **fatalltm confirmé à l’échelle de l’État»** | **Date du décès** | **Moyenne des facilités de crédit** | **Nombre total de décès dans les foyers de soins et les établissements de soins de longue durée** | **Dont fatalltlea confirmée** | **Delta dans les décès pour 2020 (dernière COVID conf.)4** |  | **Décès à l'échelle de l'État p 100k population** |
| **New Jersey\*** | **12,103** | **Il-Mar \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | **119** | **6,172** |  | **4,356** |  |  |
| **New York2 (États-Unis)** | **24.348** | **■ 15M\*r|** | **169** | **9.250** | **5.832** | **2.968** |  |  |
| **Connecticut1 (États-Unis)** | **4,097** | **19 mars** | **103** | **2,542** | **2,015** | **415** |  |  |
| **Massachusetts** | **7,408** | **18-Mat** | **99** | **4,630** |  | **1,128** |  |  |
| **Louisiane3** | **2,944** | **| 15 mars [“** | **94** | **1,223** |  | **836** |  | **63.3** |
| **Michigan\*** | **5,943** | **19 mars** | **86** |  | **2,297** | **2,728** |  | **59.5** |
| **Illinois** | **6,018** | **17 mars** | **91** | **3.144** |  | **2,513** |  | **^^■47 5** |
| **Maryland** | **2,844** | **18-Mat** | **105** |  | **1,368** | **1,169** |  | **^^■47 0** |
| **Pennsylvanie** | **6,014** | **18 mars** | **109** |  | **4,117** | **4,691** |  | **47 0** |
| **Indiana** | **2.158** | **16 mars** | **73** | **1,011** |  | **585** |  | **■■ 32,1** |
| **Colorado2 (États-Unis)** | **1,553** | **14 mars** | **74** | **482** | **370** | **608** |  | **■■ 27,0** |
| **Minnesota** | **1,217** | **21 mars** | **65** |  | **968** | **171** |  | **■ 216** |
| **Géorgie** | **2,285** | **| 13mars|—** | **93** | **1,119** |  | **866** |  | **■ 21,5** |
| **Ohio** | **2,421** | **20 mars** | **75** |  | **1,272** | **769** |  | **■ 20 7** |
| **Virginie** | **1,514** | **15 mars** | **98** |  | **845** | **1,069** |  | **■ 17,7** |
| **Washington3 (États-Unis)** | **1.176** | **UBS** | **75** |  | **14** | **66** |  | **■ 15 4** |
| **État de l'Arizona1** | **1,070** | **21 mars** | **81** |  | **129** | **679** |  | **■ 14,7** |
| **Floride** | **2,765** | **Il-Mar \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | **106** | **1,332** |  | **953** |  | **| 12,9** |
| **Californie2** | **4,697** | **12 mars** | **87** | **2,003** |  | **2,230** |  | **■ 119** |
| **Nvith Caroline** | **1,029** | **25-Mer** | **86** |  | **544** | **171** |  | **| 9,8** |
| **Tews2 (jeu vidéo)** | **1.853** | **17 mars** | **77** |  | **751** | **2.972** |  | **|64** |
| **1 ’.<»m », <»»» |** | **00 <0\*0\*44 \*4** | **\*4«i4CV4o\*** |  |  |  |  |  |  |

*Ptcfiimnui*

En ce qui concerne: Rapport du NH

Samedi 27 juin 2020 à 11:00:36 Heure avancée de l'Est

F r o m:

À l'attention de:

Pièces jointes: imageOOl.png

C'était un Q du MDR et la raison de l'appel de ce matin.

Envoyé depuis mon iPhone

De plus, le Sous-comité spécial est au courant d'autres communications concernant l'appel du 27 juin. Cependant, au 4 décembre 2024, la Chambre exécutive ne les a pas encore produits.

En réponse aux questions relatives à la décision de la Chambre exécutive de supprimer les décès hors­établissement du rapport du 6 juillet, M. Cuomo a fait remarquer « qui s’en soucie ».

M. Andrew Cuomo (11 juin 2024)

Q. Est-ce que, comme Mme Lacewell l’a également confirmé, les ébauches du rapport avant l’appel téléphonique contenaient le numéro 9 844 et les ébauches du rapport après l’appel téléphonique en contenaient 6 432? Vous souvenez-vous de conversations à ce sujet?

R. Non, mais je ne sais pas comment exprimer – disons qu’il y a un différentiel de 3 000, 2 500. Qui s'en soucie? Quelle différence cela fait-il dans n'importe quelle dimension à quelqu'un à propos de quoi que ce soit? Savez-vous ce que je dis?[[457]](#footnote-458)

CONSTATATION : La Chambre exécutive de New York a pris la décision de ne pas rendre compte publiquement

Décès hors de l'établissement.

Le Dr Malatras a témoigné que Mme DeRosa avait pris la décision de modifier les méthodes selon lesquelles les décès en maison de soins infirmiers étaient publiquement comptabilisés et déclarés. [[458]](#footnote-459)

Dr Jim Malatras (20 mai 2024)

Q. Mais pour être clair, ce que vous témoignez, c’est que Melissa DeRosa a été impliquée dans la décision de changer la méthodologie qui a été utilisée tout au long de la pandémie?

R. C'était sa décision.

Le Dr Malatras a témoigné que Mme DeRosa n'avait pas « confiance dans les chiffres » liés à la déclaration des décès hors établissement et qu'elle avait pris la décision de les exclure.[[459]](#footnote-460) De même, Mme DeRosa a témoigné que les « chiffres étaient erronés ».[[460]](#footnote-461)

|  |  |
| --- | --- |
| Dr Jim Malatras (20 mai 2024) | |
| Q. | Savez-vous ce qui a nécessité ce changement de la part de l'administration? |
| A. | C'est une question de localisation? |
| Q. | Oui. |
| A. | Oui, c’est le cas, c’est le même problème. J’ai compris cela même après l’audit – je ne sais pas. Vous devez leur demander pourquoi ils ne l’ont pas fait après l’audit. Mais avant l’audit mené par Gareth Rhodes, Mme DeRosa a déclaré qu’elle ne faisait pas confiance aux chiffres. |
| Q. | ...Cette décision de changer la méthodologie pour exclure les décès en maison de soins infirmiers aurait été approuvée par Mme DeRosa? |
| A. | C'est exact. |

Selon les témoignages de témoins, de nombreux fonctionnaires ont conseillé à la Chambre exécutive de publier le compte rendu complet des décès dans les maisons de soins infirmiers. M. Rhodes a témoigné que Mme DeRosa lui avait ordonné d'effectuer une vérification des données du NYSDOH à la suite d'une audience tenue en août 2020.[[461]](#footnote-462) M. Rhodes a témoigné que Mme DeRosa était préoccupée par le double comptage.[[462]](#footnote-463)

M. Gareth Rhodes (3 mai 2024)

Q. Mais n’est-ce pas vrai . . . qu’à l’issue de cette audition, il vous a été ordonné de procéder à un audit des données du ministère de la santé?

R. Je m'en souviens comme d'un examen de bon sens d'un ensemble de données qu'on m'a demandé, vous savez, de passer en revue et de s'asseoir avec leur personnel et de passer en revue ligne par ligne et de s'assurer qu'il n'y avait pas de divergences ou d'incohérences.

Q. ...[Qui] vous a ordonné d'effectuer cette vérification?

A. Melissa m'a demandé d'aller là-bas et de faire cette revue.

Q. A-t-elle expliqué pourquoi?

R. Je ne me souviens pas vraiment de la conversation, mais, vous savez, pouvez-vous – quoi – vous savez, cela vous dérange-t-il d’y aller et d’y jeter un coup d’œil? Je pense qu’il y avait – je pense qu’elle – je me souviens qu’elle a mentionné comme un double comptage ou comme si elle voulait que je m’assure que les chiffres n’aient pas d’inexactitudes ou d’incohérences.

M. Rhodes a témoigné qu’il n’avait pas fallu plus d’une semaine pour terminer sa vérification des données sur les décès en maison de soins infirmiers et qu’il avait signalé «peut-être 600» entrées comme «incohérentes». [[463]](#footnote-464)

M. Gareth Rhodes (3 mai 2024)

Q. ...[C]et vous venez de fournir un résumé général de ce que vous avez trouvé?

R. Au meilleur de mon souvenir, c'était il y a quelque temps, il y avait comme une feuille de calcul Excel sur un ordinateur DOH. Pour chaque décès, il y avait comme une ligne qui avait comme les initiales, elle avait l'installation, elle avait la date d'admission, la date du décès, comme les comorbidités. J’avais l’impression d’en exécuter quelques-unes comme des formules Excel. Je cherchais vraiment à voir s’il y avait quelque chose comme: je ne suis pas un scientifique des données. Je regardais plutôt cela comme une approche de bon sens. Et je cherchais des choses comme – vous savez, tout ce qui semblait incohérent. Et je pense que j'ai signalé peut-être 600 entrées qui avaient une sorte de chose qui pourrait être considérée comme incohérente. Comme si quelqu'un avait été marqué comme étant décédé comme avant d'être admis. Il y avait comme certains cas de personnes dont il a été confirmé qu'elles étaient décédées de la COVID avant que la COVID n'ait été signalée à New York.

M. Rhodes s'est identifié comme le membre du groupe de travail dans le rapport de mise en accusation qui a conseillé à la Chambre exécutive de publier l'ensemble complet des données.[[464]](#footnote-465) M. Rhodes a témoigné qu'il croyait que sa vérification était suffisante et que l'ensemble des données aurait dû être divulgué avec un avis de non-responsabilité lié aux incohérences.[[465]](#footnote-466)

M. Gareth Rhodes (3 mai 2024)

Q. Mais pour mémoire, vous témoignez aujourd'hui que vous avez soutenu la publication des chiffres en août 2020?

R. Oui.

Q. Et vous rappelez-vous pourquoi vous avez soutenu la publication des chiffres?

R. À mon avis, dans le cadre de mon examen de ces chiffres, je pensais peut-être que mon examen, vous savez, était - vous savez, je pensais que j'avais fait mon travail. J'ai trouvé des divergences, je les ai identifiées. Nous pourrions – le ministère de la santé pourrait peut-être donner suite aux divergences et ce serait – vous savez, s’il y avait des préoccupations, vous savez, au sujet des incohérences, comme peut-être que mon examen avait contribué à les résoudre, je n’en étais pas sûr, mais comme au moins peut-être fourni une certaine contribution ou une aide de ce côté-là. Et que – vous savez, il est mentionné ici que le législateur avait écrit une lettre demandant les chiffres et, vous savez, j’ai pensé qu’il était logique de les mettre – mettez les chiffres dans cette lettre, puis ajoutez peut-être un astérisque indiquant que, vous savez, l’examen avait révélé qu’il y en avait peut-être 600 qui continuaient à faire l’objet d’un suivi. Ceux-ci – tout comme une note que ceux-ci étaient en cours de validation. C’est ce que je pensais juste logique sur la base de ce que mon examen était.

De même, le Dr Zucker a témoigné qu'il était le responsable principal du NYSDOH dans le rapport de destitution qui a préparé une lettre en août 2020 indiquant le nombre total de décès dans les maisons de soins infirmiers à l'Assemblée législative.[[466]](#footnote-467) Il a témoigné qu'il avait également préparé une deuxième lettre en octobre 2020 qui n'a jamais été approuvée. [[467]](#footnote-468)

Dr Howard Zucker (18 décembre 2023)

Q. Donc, d'après le rapport de mise en accusation, s'ensuit-il qu'il y avait des numéros de maisons de soins infirmiers qui comprenaient des résidents qui ont été transférés à l'hôpital que l'exécutif a choisi de ne pas libérer en août 2020?

R. Mais les chiffres – je ne suis pas clair. Je ne vois pas bien quelle est la question. Ce que je lis ici indique que la lettre que nous avons rédigée, qui contenait tous les chiffres, n’a pas été renvoyée à la législature. C’est ainsi que je le détermine. Je ne suis pas sûr de ce que vous m’avez demandé au sujet du 20 août 2020. Oui, c'était la lettre. D'accord, il y avait des lettres qui ont été envoyées là-bas. Il y avait, je crois, deux lettres. Eh bien, il y avait une lettre officielle, et je pense que c’était une information qui est également allée là-bas, disant que c’était le nombre de décès, et qui venait du ministère, vous savez, du ministère probablement avant – mis en place avant mon témoignage d’août.

Q. À ce stade, étiez-vous à l'aise lorsque vous avez envoyé la lettre, étiez-vous à l'aise avec les chiffres?

R. La lettre que j'ai envoyée en octobre, j'étais totalement à l'aise avec. C'était le nombre de morts à cette époque.

Le Dr Zucker a estimé que les chiffres n’avaient pas besoin d’être audités davantage, et en ne publiant pas les données, l’administration Cuomo a simplement «retardé». [[468]](#footnote-469)

Dr Howard Zucker (18 décembre 2023)

Q. Croyez-vous que [le nombre de décès] devait faire l'objet d'un audit plus approfondi?

R. Non. Non. J'ai pensé que cette lettre devrait disparaître.

Q. Encore une fois, c'est votre opinion personnelle. À ce stade, tout retard dans la publication des chiffres n'était qu'un retard?

R. Oui, j'ai senti que c'était un retard. J'ai senti qu'il devrait sortir, et je serai le premier à dire que je l'ai soulevé à plusieurs reprises au sujet de les sortir, et j'ai eu quelques jours où je pensais que s'ils étaient si inquiets à propos de quelque chose, ils devraient le sortir le jour X ou le jour Y. Comme Thanksgiving.

M. Cuomo a témoigné qu'il ne se souvenait ni de M. Rhodes ni du Dr Zucker qui lui avaient conseillé de publier l'ensemble complet des données.[[469]](#footnote-470) En réponse à l’audit de M. Rhodes, M. Cuomo a noté que M. Rhodes «n’était pas un auditeur».[[470]](#footnote-471) M. Cuomo a témoigné que M. Rhodes n’aurait pas conseillé de divulguer les chiffres. [[471]](#footnote-472)

En réponse aux lettres que le Dr Zucker a rédigées en publiant l'ensemble complet des données, M. Cuomo a nié les avoir jamais examinées, affirmant que ces lettres auraient été examinées par les avocats répondant à l'enquête du ministère de la Justice.[[472]](#footnote-473) M. Cuomo a témoigné que la Chambre exécutive avait informé l'Assemblée législative de l'État de New York qu'elle publierait le total des décès hors établissement en janvier 2021.[[473]](#footnote-474)

M. Andrew Cuomo (11 juin 2024)

Q. Il a été largement rapporté qu’au cours d’un appel téléphonique avec la législature, Mme DeRosa a déclaré que l’État avait gelé en réponse à la demande du ministère de la justice. Est-ce la situation à laquelle vous faites référence?

R. Froze signifiant que nous devions nous assurer que tout était prudent. Nous devions faire attention et nous assurer que tout allait bien. C’est à cela qu’elle faisait référence. Ils ont tous deux fait des demandes à peu près au même moment. La législature a fait une demande au sujet du mois d'août, la lettre du ministère de la Justice arrive vers le mois d'août. Nous avons appelé les leaders législatifs et leur avons dit : Pouvons-nous le faire en janvier parce que nous devons être très prudents parce que nous avons cette chasse aux sorcières purement politique au ministère de la Justice dirigée par deux méchants. Et c’est à cela qu’elle fait référence.

Q. Vous mentionnez que vous avez demandé à l'Assemblée législative si vous pouviez faire une pause pour répondre... [Qui] a spécifiquement parlé à l'Assemblée législative depuis votre bureau?

R. Cela aurait été la personne gouvernementale, cela aurait pu être Beth ou si c'était le conseil ou cela aurait pu être Melissa.

Q. Vous dites qu’en août 2020, vous avez demandé à attendre janvier 2021?

R. Quelque part là-bas, oui.

Mme DeRosa a également témoigné qu'en raison de l'enquête en cours du ministère de la Justice, il y avait un accord avec l'Assemblée législative pour retarder la publication des chiffres jusqu'en janvier 2021. 1020

|  |  |
| --- | --- |
| Mme Melissa DeRosa (23 juin 2024) | |
| Q. | Qu’est-il arrivé à la lettre du [Dr Zucker] ? A-t-il fait son chemin jusqu'à la législature? |
| A. | Non, le plan est resté le même. Nous allions revenir à [la législature] en janvier avec l'audience avec l'accord que nous avions conclu avec les dirigeants. |
| Q. | Pourquoi? |
| A. | Eh bien, je peux donner la raison pour laquelle je crois. Je ne me souviens pas, comme – je ne me souviens pas avoir pensé à cela en temps réel. Mais après l'arrivée de la lettre de Jeff Clark le 28 octobre, c'était un peu comme revenir au carré zéro, si cela a du sens. Nous étions maintenant dans une situation où nous avions affaire au ministère de la Justice, ils avaient une nouvelle enquête, et nous devions y répondre. Et pendant que nous faisions cela, nous attendions la législature. Nous avions tous |

1020 DeRosa TI, supra note 910, p. 83.

Nous avons l'intention de tenir parole à l'Assemblée législative, qui devait les entendre pour la première fois lorsqu'ils reviendront et reprendront la session en janvier. Mais ce n'était pas notre priorité. Notre priorité était de retourner au ministère de la Justice.

CONSTATATION : M. Andrew Cuomo a agi d’une manière compatible avec une tentative d’influencer de manière inappropriée le témoignage d’un témoin et d’entraver l’enquête du sous-comité restreint.

Le Dr Malatras a été le seul fonctionnaire de la Chambre exécutive à témoigner de l’implication de M. Cuomo dans le rapport du 6 juillet avant que Mme Kennedy ne témoigne de la même manière le 8 octobre 2024.[[474]](#footnote-475) Les hauts fonctionnaires de la Chambre de la haute direction qui ont participé au rapport du 6 juillet, y compris Mme DeRosa, Mme Lacewell et Mme Garvey, ont témoigné qu'ils ne savaient ni ne se souvenaient que M. Cuomo avait participé au rapport du 6 juillet.[[475]](#footnote-476)

Le Dr Malatras a témoigné au sujet de ses plus récentes communications avec l'ancien gouverneur Cuomo.[[476]](#footnote-477)

Dr James Malatras (20 mai 2024)

Q. Depuis janvier 2023, avez-vous eu des conversations avec l'ancien gouverneur... au sujet de notre enquête?

R. Je n'ai eu aucune conversation avec le gouverneur depuis le début de 2021. Il m'a envoyé plusieurs textos pour m'enregistrer. La dernière fois qu'il m'a envoyé un texto, c'étaitle 18 février de cette année, je crois, juste pour dire que j'espère que vous allez bien, des choses comme ça. Je n'ai pas répondu...

Le sous-comité restreint croit comprendre qu’au moment de son entretien transcrit, le Dr Malatras n’a répondu à aucun des messages texte qu’il a reçus de M. Cuomo et, conformément à son témoignage, le sous-comité restreint a déclaré que le Dr Malatras n’avait pas «parlé» à l’ancien gouverneur Cuomo depuis 2021.

À la suite de l’entretien transcrit par le Dr Malatras, le sous-comité restreint a demandé le message texte référencé de M. Cuomo au Dr Malatras à partir du 18 février 2024. [[477]](#footnote-478)



**Andrew**

**Dim, Fév 18 à 9 58AM**

Bonjour Jim, maintenant que la poussière est retombée et que la vérité est révélée, je voulais vérifier avec vous et voir comment vous allez. Je suis sûr que vous ferez bien parce que la qualité et le talent gagnent toujours à la fin. Tout le meilleur, Andrew

Compte tenu du calendrier de ce message texte – dans les 48 heures suivant l’annonce publique par le sous-comité restreint de sa demande de témoignage du Dr Malatras – et du fait qu’il n’avait pas parlé avec l’ancien gouverneur Cuomo depuis 2021, le sous-comité restreint a déterminé:

...ce SMS fait craindre que M. Cuomo n’ait tenté d’influencer le témoignage du Dr Malatras et d’entraver l’enquête du sous-comité restreint.

M. Cuomo a témoigné que le message texte était «c’est juste une belle note» et qu’il n’était pas au courant de la lettre du sous-comité restreint au Dr Malatras.[[478]](#footnote-479)

M. Andrew Cuomo (11 juin 2024)

Q. [Le texte a été envoyé] 48 heures après que le Dr Malatras ait reçu une invitation à témoigner devant nous.

R. Je n’avais pas parlé à Jim. Je ne pense pas lui avoir parlé depuis cette période. Je pense que cela ne faisait que dire – il a traversé une période très difficile et a été contraint de démissionner du système universitaire d’État, et je pense que je lui dis – je pense que c’est ce à quoi cela fait référence... Il y avait également des conversations en cours avec Jim et des litiges avec lui et je le connais depuis longtemps. C’est un grand gars et il se faisait tabasser, et je pense que je lui disais juste, vous savez, vous êtes un homme bon.

Q. Pour autant que vous vous en souveniez, quand avez-vous contacté le Dr Malatras pour la dernière fois avant ce texte?

|  |  |
| --- | --- |
| A. | Je ne pense pas avoir parlé à Jim depuis mon départ en tant que gouverneur. |
| Q. | Je suppose que ce n’est qu’une coïncidence si le Dr Malatras a reçu ce SMS dans les deux jours suivant l’invitation à témoigner dans les maisons de retraite. |
| A. | Je ne savais pas que Jim – je n’ai pas eu – je n’ai pas eu de conversations avec Jim. Jim ne m'a jamais dit qu'il venait témoigner ici. |
| Q. | Mais saviez-vous qu'il avait reçu une lettre? |
| A. | Non. |
| Q. | Ce texte ne l’était donc pas – vous n’essayiez pas d’influencer son témoignage de quelque manière que ce soit en envoyant ce message texte? |
| A. | Non. |
| Q. | Avez-vous tenté d’influencer le témoignage d’un témoin fournissant des informations concernant la réponse de votre administration à ce sous-comité restreint? |
| A. | Non. Au fait, c'est juste une bonne note pour une personne. |
| A. | Je ne demande pas à lui parler. Je ne suggère rien. C'est juste une bonne note. |

Le 9 septembre 2024, l’avocate de M. Cuomo a envoyé un courrier électronique au personnel de la sous-commission Select afin d’exprimer ses objections concernant la détermination de la sous-commission Select concernant ce message texte. [[479]](#footnote-480)

J’ai expliqué qu’il n’y avait rien de néfaste dans ce texte à partir duquel vous pourriez suggérer que le gouverneur Cuomo a peut-être tenté d’influencer le témoignage du Dr Malatras ou d’entraver l’enquête de la sous-commission...

Je vous ai dit que si le Dr Malatras ne comprenait pas ce texte inoffensif de cette façon, vous ne pourriez pas suggérer quelque chose de néfaste par le gouverneur Cuomo et vous devriez noter que le Dr Malatras n'a pas témoigné qu'il comprenait ou pensait qu'il pouvait y avoir un but néfaste ...

Le RSM [Mémo du personnel républicain] induit délibérément le public en erreur en omettant ... le fait que [Dr Malatras] ne vous a jamais dit qu'il comprenait le message texte comme un effort pour l'influencer indûment ou faire obstruction à cette enquête. Vos suggestions selon lesquelles le gouverneur Cuomo a peut-être tenté de violer la loi ne sont absolument pas étayées.

Pour répondre aux préoccupations du conseil de M. Cuomo, le personnel de la sous-commission Select a répondu et a déclaré:

Étant donné qu'on n'a pas demandé explicitement au Dr Malatras comment il [interprétait] le texte, il est probable que nous envoyions une demande de renseignements au Dr Malatras pour lui demander quelles étaient ses interprétations ou ses sentiments. Une fois que nous aurons reçu sa réponse, nous veillerons à ce que la note soit mise à jour de manière à inclure à la fois son témoignage et celui de M. Cuomo.[[480]](#footnote-481)

L’avocate de M. Cuomo est allée au-delà de la simple expression de ses objections et a « rappelé » aux membres du personnel du sous-comité restreint leurs obligations éthiques.[[481]](#footnote-482) L’avocat de M. Cuomo l’a fait en faisant référence aux règles applicables du barreau de l’État de deux membres du personnel – ce qui signifie qu’elle a fait des recherches sur leurs numéros de barreau de l’État – et a cité l’affaire de radiation contre l’ancien maire de la ville de New York, Rudolph Guiliani.[[482]](#footnote-483) Une personne raisonnable peut percevoir ce «rappel» comme une menace de déposer des plaintes pour radiation contre ces membres du personnel. Ce n'est pas la première fois que l'avocat de M. Cuomo recourt à de telles tactiques d'intimidation à l'encontre du personnel de certains sous-comités.[[483]](#footnote-484)

Le 26 septembre 2024, pour répondre aux objections de l’avocat de M. Cuomo, le sous-comité restreint a envoyé des demandes de renseignements au Dr Malatras.[[484]](#footnote-485) Ces demandes de renseignements visaient à répondre aux préoccupations de l’avocat de M. Cuomo, notamment à savoir s’il y avait davantage de communications entre M. Cuomo et le Dr Malatras, et comment le Dr Malatras interprétait les communications. Le 19 septembre 2024, le sous-comité restreint a reçu le témoignage complémentaire du Dr Malatras. [[485]](#footnote-486)

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]

Chronologie des communications entre l'ancien gouverneur Cuomo et le Dr Malatras

17 mai 2023: La sous-commission «Sélection» a organisé une audition intitulée «Like Fire Through Dry» (Comme le feu à travers le sec).

Herbe : Nursing Home Mortality & COVID-19 Policies»,[[486]](#footnote-487) lors de cette audition. Les membres du sous-comité restreint ont interrogé, sur une base bipartite, la directive du 25 mars de M. Cuomo et les données relatives à la manière dont l’État de New York calculait les décès à domicile.[[487]](#footnote-488)



Le président Wenstrup a promis une enquête approfondie sur la mortalité et les politiques domestiques à New York.[[488]](#footnote-489) Le président a précisé que le sous-comité spécial étudierait la directive du 25 mars, les questions entourant la dissimulation possible des données sur les maisons de rêve applicables et le rapport du 6 juillet.

Compte tenu de la position du Dr Malatras sur le groupe de travail de M. Cuomo et de son implication dans le rapport du 6 juillet, y compris sur les questions relatives aux données des maisons de soins infirmiers, il serait logique pour M. Cuomo de supposer en toute sécurité que le Dr Malatras serait probablement un témoin dans l’enquête du sous-comité restreint et disposerait d’informations potentiellement préjudiciables à M. Cuomo.

18 mai 2023: Dans les 24 klaxons de la sous-commission spéciale qui tient sa première audition sur sa

enquête sur les maisons de rêve de New York et pour la première fois depuis

début 2021, M. Cuomo a contacté le Dr Malatras. M. Cuomo a envoyé le message texte suivant au Dr Malatras. Le Dr Malatras n'a pas répondu.

|  |  |
| --- | --- |
| **<© 0**  Andrew iMessage 18 mai 2023 à 16:43  Bonjour Jim, Andrew Cuomo ici. Ça fait longtemps. Je veux juste que vous sachiez que je pense souvent à vous. Je suis vraiment désolé pour la douleur que vous avez endurée. C'était injuste et méchant. Je suis désolé que 1 soit le paratonnerre qui vous a fait mal. J'ai toujours su que la politique était une mauvaise affaire, mais le niveau m'a même surpris. 1 entendez que vous allez bien et s'il y a quelque chose que 1 peut faire pour vous aider, bien sûr, 1 le fera. Je sais que ça fait mal. Rappelez-vous simplement que la vie a des chapitres et comment  + iMessage **4\*** | <® o  Andrew  LI II UUy 11. IL Web Ullldll et mean. Je suis désolé que 1 soit le paratonnerre qui vous a fait mal. J'ai toujours su que la politique était une mauvaise affaire, mais le niveau m'a même surpris. J'ai entendu dire que vous allez bien et s'il y a quelque chose que 1 peut faire pour vous aider, bien sûr, 1 le fera. Je sais que ça fait mal. Rappelez-vous simplement que la vie a des chapitres et que la façon dont nous terminons le dernier est la façon dont nous commençons le suivant. se faire frapper au cul fait mal, mais c’est le lever qui fait l’homme. Encore une fois, je suis désolé d'avoir été la source de votre douleur. Meilleures salutations.  + iMessage **4** |

16février 2024: Le sous-comité restreint a demandé le témoignage du Dr Malatras lors d’un entretien volontaire transcrit. [[489]](#footnote-490)Le New York Post a rendu publique la demande du sous-comité restreint au Dr Malatras.[[490]](#footnote-491)

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK][REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK] [REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]

**Le panel de la Maison COVID-19 demande le témoignage de 4 anciens fonctionnaires de l'administration Cuomo**

**Par Victor Nava**

**PUDIEnM févr. 16 2024,6'46 pm ET**

18février 2024: Dans les 48 heures suivant la lettre du sous-comité restreint, et pour la deuxième fois depuis 2021, M. Cuomo a de nouveau contacté le Dr Malatras.



**Andrew**

**Dim, Fév 18 à 09:58**

Bonjour Jim, maintenant que la poussière est retombée et que la vérité est révélée, je voulais vérifier avec vous et voir comment vous allez. Je suis sûr que vous ferez bien parce que la qualité et le talent gagnent toujours à la fin. Tout le meilleur, Andrew

En réponse aux demandes de renseignements du sous-comité restreint, le Dr Malatras a déclaré qu’il pensait que ce texte répondait à la lettre du sous-comité restreint.[[491]](#footnote-492) En outre, le Dr Malatras a déclaré que ce message texte était une «éruption — ou un signal — le signalant que [l’ancien gouverneur Cuomo] était au courant» du témoignage à venir du Dr Malatras. [[492]](#footnote-493)

Dr James Malatras (19 septembre 2024)

Q. Le Dr Malatras vous a-t-il adressé le message texte du 18 février 2024 de M. Cuomo en réponse à l’invitation du sous-comité restreint à témoigner?

R. Oui.

Q. Dr Malatras, comment avez-vous interprété le contenu du message texte du 18 février 2024 de M. Cuomo?

R. Je l’ai pris comme un type de fusée éclairante – ou de signal – m’informant qu’il savait que la sous-commission parlementaire avait demandé que je témoigne sur des questions liées au traitement par l’administration de la réponse à la COVID-19.

15juillet 2024: Après avoir négocié pendant une semaine, le sous-comité restreint, M. Cuomo, et

L'avocat de M. Cuomo a convenu d'une audience publique le 10 septembre 2024 avec M. Cuomo comme seul témoin. Afin d’assurer la coopération volontaire de M. Cuomo, le sous-comité restreint a accepté de ne pas annoncer publiquement la date tant que les règles de la commission de surveillance et de responsabilité ne l’exigent pas, sept jours avant la date de l’audition.[[493]](#footnote-494)

15juillet 2024: Le même jour, l'audience a été confirmée et, pour la première fois,

Pendant trois ans, M. Cuomo a appelé le Dr Malatras.[[494]](#footnote-495) Le Dr Malatras n'a pas répondu.[[495]](#footnote-496) M. Cuomo poursuit par un texte.[[496]](#footnote-497)

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]

<«a o

Andrew

Lun, Juil 15 à 08:25

Bonjour mon ami, Andrew Cuomo ici. Donnez-moi un buzz quand vous avez *une chance s'il* vous plaît. rien d'urgent. J'espère que tout va bien avec toi.

r

Bonjour Gouverneur, je suis dans le train en ce moment avec une réception irrégulière donc je vous appellerai plus tard.

**Livré**

Super, je serai là cet après-midi. Merci.

+ iMessage

Le Dr Malatras a déclaré que lui et M. Cuomo ont parlé plus tard dans la journée vers 17 h pendant environ une demi-heure et que M. Cuomo a discuté de son prochain témoignage devant le sous-comité spécial et de l'enquête sur les maisons de soins infirmiers en particulier.[[497]](#footnote-498) Le Dr Malatras a déclaré qu’il ne s’était pas engagé dans cette conversation parce qu’il était « mal à l’aise ».[[498]](#footnote-499)

À la connaissance du sous-comité restreint, au moment de cet appel, M. Cuomo et son avocat étaient les seuls, à l'extérieur du sous-comité restreint, à être au courant de l'audience à venir.

Dr James Malatras (17 septembre 2024)

Q. Dr Malatras, avez-vous été contacté par M. Cuomo depuis votre entrevue du 20 mai 2024 devant le sous-comité restreint?

A. Oui.

Q. ...[D]id Monsieur Cuomo discute des questions liées au Select

Sous-comité?

A. Oui.

Q. ...[W]hat sujets?

A. Le gouverneur Cuomo a commencé l'appel en mentionnant qu'il témoignerait publiquement devant le sous-comité spécial de la Chambre. Dans le cadre de la conversation, il a parlé des maisons de retraite, décrivant spécifiquement comment l'histoire à New York était bien meilleure que je ne le savais et a mentionné plusieurs faits et points de données pour démontrer son point. Je ne me souviens pas des détails exacts des faits ou des points de données, mais je me souviens généralement qu’il a mentionné que les chiffres des maisons de soins infirmiers de New York par rapport à d’autres États étaient encore meilleurs qu’on ne le pensait.

Q. ...[H]ow avez-vous interprété l'appel téléphonique?

R. Pour ce qui est de la partie de l'appel concernant le Sous-comité spécial, j'ai interprété l'appel comme un effort pour me faire prendre conscience de l'information positive au sujet de laquelle il avait l'intention de témoigner. J'ai seulement écouté et je n'ai pas répondu à sa discussion sur les maisons de soins infirmiers, parce que j'étais mal à l'aise de devoir potentiellement contredire ou être en désaccord avec le gouverneur Cuomo lors de l'appel, ou de nuire d'une manière ou d'une autre à la prochaine audience du sous-comité restreint en en discutant.

CONSTATATION : Andrew Cuomo a probablement fait de fausses déclarations au sous-comité spécial en violation de 18 U.S.C. 1001.

Le Sous-comité spécial croit que M. Cuomo a fait de fausses déclarations au sujet de sa participation et de sa connaissance de la rédaction du rapport du 6 juillet. Le 30 octobre 2024, le sous-comité restreint a renvoyé M. Cuomo au ministère de la Justice en vertu du 18 U.S.C. § 1001.[[499]](#footnote-500)

Le même jour, M. Cuomo, par l’intermédiaire de son conseil, a transmis une saisine du sous-comité restreint au ministère de la justice pour non pas violation explicite du droit, mais plutôt une vague référence à « l’utilisation abusive des ressources gouvernementales et à l’invasion des prérogatives de l’État ».[[500]](#footnote-501) À titre liminaire, cette saisine n’a aucun fondement en fait. En outre, le conseil de M. Cuomo a intentionnellement tronqué la compétence du sous-comité restreint dans une tentative apparente de donner l’apparence d’une incompétence.[[501]](#footnote-502) En outre, il semble que la position de M. Cuomo est qu’un citoyen des États-Unis ne conserve plus son droit au premier amendement et n’est pas autorisé à adresser une pétition à son gouvernement s’il se prévaut simultanément du système judiciaire. Cette position est en nette divergence avec les droits accordés aux Américains et va à l'encontre des principes fondateurs des États-Unis.

À la suite de la saisine, M. Cuomo, toujours par l’intermédiaire de son conseil, a transmis une lettre au ministère de la justice pour défendre la saisine du sous-comité restreint.[[502]](#footnote-503) Dans cette lettre, l’avocat de M. Cuomo a déclaré que «[l]a nature politique grotesque du renvoi Wenstrup est également révélée par l’inclusion d’une note de bas de page qui cite l’enquête discréditée, partiale et désespérément erronée sur les allégations de harcèlement sexuel contre le gouverneur Cuomo par le procureur général de New York».[[503]](#footnote-504)

L’aversion de M. Cuomo pour le procureur général de New York dans cette affaire est contradictoire avec les éloges de M. Cuomo pour le procureur général lors de son audition publique devant la sous-commission spéciale.

Le procureur général de New York, qui régit la loi de New York et interprète la loi de New York, a trouvé exactement contraire à ce que vous dites, et l'a dit à plusieurs reprises, et vous savez qu'elle l'a dit à plusieurs reprises.

\*\*\*

Les lignes directrices du 25 mars étaient conformes aux lignes directrices de la SMC. Les lignes directrices du 25 mars étaient conformes aux lignes directrices de la SMC si les maisons de soins infirmiers ont la capacité de respecter les recommandations en matière de prévention et de contrôle des infections. Il était également compatible avec les précautions de transmission publiées par le CDC. C’est la position et l’avis du procureur général, et c’est la loi de l’Étatde New York. [[504]](#footnote-505)

VIII. Bien que les tests de dépistage de la COVID-19 aient été faussés, l'utilisation de partenariats public-privé a donné lieu à des tests facilement disponibles et précis

Historiquement, le CDC a pris l'initiative de développer des tests pour de nouvelles maladies et de distribuer les tests par l'intermédiaire du réseau de laboratoires de santé publique. [[505]](#footnote-506)Une fois la séquence génétique de la COVID-19 identifiée, le CDC a assumé la responsabilité initiale du développement des kits de test de la COVID-19.[[506]](#footnote-507) L'agence a produit un test de diagnostic, qui a été distribué aux laboratoires de santé publique début février 2020.[[507]](#footnote-508) Cependant, des problèmes avec la précision du test ont entraîné des retards dans les tests généralisés. La FDA a commencé à émettre des EUA[[508]](#footnote-509) en février 2020 pour permettre aux laboratoires et aux fabricants de développer, valider et distribuer des tests COVID-19.[[509]](#footnote-510) Les EUA ont permis un déploiement plus rapide des tests sans passer par le processus d'approbation typique, plus long.

Étant donné que les tests du CDC étaient limités et, par conséquent, entravaient la capacité d’essai, le gouvernement fédéral a encouragé les entreprises privées et les laboratoires à développer leurs propres tests. En mars 2020, des laboratoires commerciaux, tels que Quest Diagnostics et LabCorp, ont été approuvés pour développer et distribuer des tests, ce qui a considérablement augmenté la capacité de test.[[510]](#footnote-511) En outre, le gouvernement fédéral s'est associé à l'industrie privée pour augmenter les capacités de test, y compris le lancement de sites de test drive-through en collaboration avec des entreprises comme Walmart, Walgreens, CVS, et d'autres.[[511]](#footnote-512) Le Groupe de travail sur la stabilisation de la chaîne d'approvisionnement pour le dépistage de la COVID-19 a également été créé pour remédier aux pénuries de matériel de dépistage.[[512]](#footnote-513)

En plus d'élaborer et de distribuer des tests, le gouvernement fédéral a également publié des lignes directrices sur les tests. Au début du mois de mars 2020, les lignes directrices du CDC en matière de dépistage ont donné la priorité aux personnes symptomatiques, ayant voyagé dans les zones touchées ou ayant été exposées à des cas confirmés. [[513]](#footnote-514)Les travailleurs de la santé et ceux qui occupent des rôles critiques ont également été priorisés en raison de la capacité de test limitée. [[514]](#footnote-515)À mesure que la disponibilité des tests augmentait en juin 2020, le CDC a mis à jour ses lignes directrices pour inclure les personnes asymptomatiques, en particulier celles se trouvant dans des milieux à haut risque comme les établissements de soins de longue durée ou les prisons.[[515]](#footnote-516) Les orientations ont progressivement évolué pour encourager des tests plus larges.

Le gouvernement fédéral a également fourni des fonds pour faciliter les tests. Il y avait un soutien financier important pour les tests par le biais de la Loi CARES, qui a alloué des milliards de dollars pour les tests et la surveillance des maladies.[[516]](#footnote-517) Ce financement a permis d'agrandir les sites de dépistage, d'acheter des fournitures de dépistage et de soutenir les efforts de santé publique des États et des collectivités locales. La loi sur l'amélioration des soins de santé a alloué 25 milliards de dollars supplémentaires pour les tests, y compris des fonds pour les États, les territoires et les tribus afin d'élaborer des plans de test et d'accroître les capacités.[[517]](#footnote-518)

CONSTATATION : Les scientifiquesde carrière des centres américains de contrôle et de prévention des maladies ont sapé la confiance dans la santé publique en surpromettant et en sous-livrant des kits de dépistage précoce, y compris en mettant sciemment des tests avec un taux d'échec élevé sur le marché sans divulgations appropriées.

Dans les premiers stades de la pandémie, les États ont envoyé des échantillons au CDC, qui les a ensuite testés dans ses laboratoires.[[518]](#footnote-519) Bien que le CDC ait une capacité limitée pour effectuer ces tests, le Dr Redfield a témoigné que les échantillons des États n'ont pas été refusés par le CDC, bien qu'il ait peut-être fallu plusieurs jours pour tester ces échantillons.[[519]](#footnote-520) Les États voulaient leurs propres kits de test afin qu'ils puissent tester leurs propres échantillons, et le CDC a cherché à faciliter cette demande.

Le Dr Redfield n’a pas participé au développement de ces kits de test par le CDC. [[520]](#footnote-521)En fait, le Dr Redfield a témoigné que la CDC «n’est pas une entreprise de fabrication [et] si [il] avait été impliqué dans ces décisions à l’époque, [il] aurait recommandé une entreprise de fabrication sous contrat fabriquant [les kits de test]».[[521]](#footnote-522)

Si la volonté des scientifiques de carrière du CDC de développer rapidement ces kits de test était louable, l’exécution a été désastreuse. Ces scientifiques de carrière ont assuré au public que des tests fiables et généralisés seraient bientôt accessibles, contribuant ainsi à contenir les épidémies et à protéger la santé publique. [[522]](#footnote-523)Ces responsables ont choisi de développer leurs propres kits de test plutôt que d'utiliser des tests déjà approuvés et distribués à l'échelle internationale[[523]](#footnote-524) ou de demander l'aide de l'industrie. Cela a considérablement ralenti le processus et empêché un accès plus large aux tests.

Le premier lot de kits de test COVID-19 du CDC, distribué en février 2020, s’est révélé défectueux en raison de problèmes de contamination.[[524]](#footnote-525) Ces tests qui ont été précipités sur le marché sans

une validation suffisante présentait des taux d’échec élevés. Il s'agissait à la fois de faux positifs et de faux négatifs, ce qui compromettait la fiabilité des tests en tant qu'outil de santé publique. [[525]](#footnote-526)

Toutefois, quelques semaines après la distribution, il a été découvert que les essais produisaient des résultats peu concluants en raison d’une faille dans l’un des composants utilisés dans l’analyse chimique (appelé «réactif») de l’échantillon collecté.[[526]](#footnote-527) Cette faille a entraîné un retard important dans la capacité des laboratoires de santé publique à effectuer des tests, laissant les États-Unis aveugles à la propagation précoce du virus. Ces problèmes ont entraîné des retards dans le dépistage à un moment critique où le virus commençait à se propager largement aux États-Unis. Il y a eu des cas où les scientifiques du CDC n'ont pas complètement divulgué les limites et les taux d'échec de certains tests.[[527]](#footnote-528) Par exemple, certains tests approuvés par la FDA en vertu des EUA se sont révélés plus tard moins précis que ceux initialement rapportés. [[528]](#footnote-529)

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK][REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK] [REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]

Graphique 2: Calendrier initial de production du kit de test COVID-19

*(Dates spécifiques* *sont* iir

**OECEM&ER 70JS**

131J I he Ww 'I J I leal th Orga hi tab6h (OMS| note plusieurs cas de pneumonie à Wuhin. Cli na.

**JANVIER 2020**

(S| CDC active une réponse dirigée par Canter.

1. Les recherches dans le pacte de Chinn la séquence du génome pour COViD-19. CDC commence la création du kit de test CDVID-19.

< 13) CpC Cl IAI a h est un ppmvfid pour utiliser le test COVIC-19 sur des échantillons d'humine.

1. Premier cas américain de mon nouveau coronavirus est fiofiirmed par le CDC.
2. COC active l'orteil pour une réponse 11 Agence Wise.
3. CDC à l'arrêt! Icly publie le pl Oc Cd b i u et sequin ze s fo' son test COVID-19, un ILowi ng Autres rhe a hi Ity pour développer le test simitar k ty
4. OMS dec est une urgence de santé publique nt mternafonal préoccupation.
5. HHS déclare une urgence de santé publique nationale pour le United Statu.

FÉVRIER 2020

(l}T«t kit est assemblé.

i 2] CDC expédie des trousses d'essai à internsadlarv pour distribution aux LSP.

1. La FDA délivre des EUA pour le kit de test CCMD-19 du CDC.
2. Ih.tlal COVID-19 lest kits a re distribué aux PHLs.

(Bl PH commence à réorienter les prob'ems avec des kits de test COVID-13.

1. CDC supplie pour résoudre lesproblèmes de test COVI D 19 u t.
2. Deuxième kltsane de test COVID-19 distribué au PHLS

MARS 2020

1. La FDA réédite l'EUA

La combinaison de promesses excessives, de retards et de la publication de tests peu fiables a créé de la confusion et de la frustration parmi le public. Cette confusion a été aggravée par les messages mitigés des fonctionnaires fédéraux, qui ont encore érodé la confiance. Les erreurs initiales dans les tests ont non seulement entravé les efforts visant à contrôler la pandémie, mais ont également eu des effets durables sur la confiance du public dans le gouvernement et les institutions de santé publique. La perception que les scientifiques des CDC avaient induit le public en erreur sur la disponibilité et l'efficacité des tests a contribué au scepticisme quant à d'autres mesures de santé publique, y compris la vaccination.

Bien que les scientifiques des CDC aient finalement reconnu le problème des kits de test, le retard dans la résolution du problème et le manque de transparence initiale ont contribué à une méfiance croissante à l’égard de la gestion de la pandémie par les responsables de la santé publique. L’échec des premiers kits de test du CDC a mis en évidence la nécessité de procédures de test et de validation plus rigoureuses avant de déployer des outils de diagnostic en cas d’urgence de santé publique.

Les scientifiques du CDC promettant des tests étendus et fiables, suivis par la sous-exécution de tests défectueux et peu fiables, ont créé un écart important entre les attentes du public et la réalité. Cet écart, exacerbé par un manque de transparence sur les limites des tests précoces, a contribué à une plus grande érosion de la confiance dans les mesures de santé publique. À l'avenir, il est essentiel que les leçons tirées de ces échecs précoces soient utilisées pour améliorer le développement, la validation et la communication des interventions de santé publique.

CONSTATATION : Les partenariats public-privé ont été plus efficaces pour accroître la production, la distribution et la capacité d'essais que les bureaucrates gouvernementaux de carrière.

Dans les premiers stades de la pandémie, le CDC a été chargé de développer et de distribuer des tests de diagnostic de la COVID-19. Cependant, comme discuté précédemment, le déploiement initial a été lent et les tests produits par le CDC ont été en proie à des inexactitudes et à des pénuries d'approvisionnement. Ces premiers revers ont entravé la capacité des États-Unis à renforcer rapidement leurs capacités de dépistage et à suivre la propagation du virus. En outre, l’accent mis par la CDC sur le contrôle centralisé de la production et de la distribution des tests a créé des goulets d’étranglement qui ont retardé les efforts de test plus larges.

À la mi-mars 2020, il est devenu clair que les autorités de santé publique ne pouvaient pas gérer seules la demande croissante de tests. La participation de l'industrie privée, en particulier des entreprises de diagnostic, des entreprises de biotechnologie et des laboratoires commerciaux, est devenue essentielle pour améliorer les essais à grande échelle. Le passage au secteur privé a catalysé une expansion rapide de la disponibilité et de la qualité des tests.

L’industrie privée a joué un rôle central dans l’augmentation de la capacité de production des kits de dépistage de la COVID-19. Les laboratoires de diagnostic commerciaux tels que LabCorp, Quest Diagnostics, Abbott Laboratories et Roche Diagnostics ont mis à profit leur infrastructure et leur expérience établies pour accélérer la production de kits de test moléculaires [ci-après «PCR»] et à base d’antigènes.[[529]](#footnote-530) À la mi-2020, ces entreprises avaient considérablement augmenté la production quotidienne de tests, contribuant à une augmentation exponentielle de la capacité de test globale des États-Unis.

Par exemple, Abbott Laboratories [ci-après «Abbot»] a mis au point le test rapide de détection d’antigènes BinaxNOW, qui est devenu largement utilisé en raison de son caractère abordable, de sa facilité d’utilisation et de son délai d’exécution rapide.[[530]](#footnote-531) Avec l'approbation de la FDA en vertu d'une EUA, Abbott a été en mesure de produire des millions de tests, augmentant considérablement l'accès aux diagnostics COVID-19.[[531]](#footnote-532) De même, Roche Diagnostics a produit

Kits de test PCR qui ont été largement considérés comme la norme d'or pour la précision et la sensibilité. [[532]](#footnote-533)[[533]](#footnote-534) Ces efforts ont permis de remédier aux pénuries précoces qui avaient entravé la stratégie de dépistage initiale des responsables de la santé publique et ont contribué à faire en sorte que l’offre puisse répondre à la demande croissante.

Les entreprises privées ont également utilisé des techniques de fabrication avancées pour rationaliser la production. Cela comprenait des innovations dans l'automatisation, la robotique et l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement, ce qui a permis à la production de kits de test de se développer sans sacrifier la qualité. La capacité de produire des millions de tests hebdomadaires est devenue une réalité à la mi-2020, en grande partie grâce à l'engagement du secteur privé.

La participation du secteur privé a non seulement augmenté la capacité de dépistage, mais a également amélioré la qualité et la précision des tests de dépistage de la COVID-19. Les kits de test initiaux du CDC ont été confrontés à des problèmes liés à des réactifs défectueux, ce qui a conduit à des résultats peu concluants et entravé les efforts de santé publique. En revanche, de nombreux tests de diagnostic mis au point par des entreprises privées ont démontré une sensibilité et une spécificité plus élevées, ce qui les rend plus fiables pour détecter le SARS-CoV-2, le virus à l’origine de la COVID-19. 1080

Les laboratoires commerciaux ont investi massivement dans la recherche et le développement pour améliorer les performances des tests. Des entreprises comme Thermo Fisher Scientific et Hologic ont développé des tests PCR qui ont fourni des résultats précis dans les 24 heures, tout en réduisant la probabilité de faux négatifs.[[534]](#footnote-535) En outre, les entreprises privées ont joué un rôle essentiel dans le développement de tests rapides de détection d'antigènes, tels que le test de Quidel Sofia, qui a permis des tests de masse dans des environnements tels que les écoles, les lieux de travail et les maisons de retraite.[[535]](#footnote-536) Ces tests, bien que moins sensibles que les tests PCR, étaient cruciaux pour identifier rapidement les individus infectieux et prévenir les épidémies. [[536]](#footnote-537)En outre, l'industrie privée a veillé à ce que la qualité des tests reste constante à mesure que la production augmentait. De nombreuses entreprises ont adhéré à des mesures strictes de contrôle de la qualité, validant régulièrement leurs tests par rapport aux normes CDC et FDA. Cet engagement en faveur de tests de haute qualité a contribué à rétablir la confiance du public dans les outils de diagnostic disponibles pendant la pandémie.

La capacité de l’industrie privée à créer des réseaux de distribution efficaces a été un autre facteur clé du succès des efforts de dépistage de la COVID-19. Au début de la pandémie, les tests ont été largement confinés aux hôpitaux et aux laboratoires spécialisés, qui ont été submergés par la demande. Cependant, les entreprises privées, avec leurs réseaux logistiques établis, ont été en mesure d'étendre rapidement la distribution de kits de test à travers le pays. Des détaillants tels que Walmart, Walgreens et CVS se sont associés à des sociétés de diagnostic pour ouvrir des sites de test au volant, offrant des tests facilement accessibles dans les parkings et les cliniques du pays. Cette approche décentralisée a permis de tester davantage de personnes dans les zones urbaines et rurales, réduisant ainsi les disparités géographiques en matière de disponibilité des tests. En outre, le secteur privé a facilité la distribution de trousses de dépistage directement aux services de santé des États et des collectivités locales, assurant ainsi une répartition plus équitable des ressources.

L'industrie privée a également été pionnière dans le développement de kits de test à domicile, tels que ceux créés par Ellume et Everlywell.[[537]](#footnote-538) Ces tests ont permis aux individus de prélever des échantillons à la maison et de recevoir des résultats rapides en quelques minutes. L'introduction du dépistage à domicile a révolutionné l'accessibilité, en particulier pour les personnes qui ne pouvaient pas facilement visiter les centres de dépistage en raison de problèmes de mobilité ou de préoccupations concernant l'exposition au virus dans les lieux publics.

La contribution la plus importante de l’industrie privée à la riposte à la COVID-19 a peut-être été l’augmentation spectaculaire de la capacité de dépistage. Comme les laboratoires privés et les fabricants sont entrés sur le marché des tests, la capacité de test quotidienne est passée de quelques milliers de tests par jour au début de 2020 à plus d'un million de tests par jour à la mi-2021.[[538]](#footnote-539) Cette augmentation était essentielle pour contrôler la propagation du virus, en particulier pendant les périodes de forte transmission et l'émergence de nouveaux variants.

L’investissement du secteur privé dans la technologie de laboratoire à haut débit a permis de traiter de grands volumes d’essais en peu de temps. Des laboratoires comme Quest Diagnostics et LabCorp ont implémenté l'automatisation dans leurs processus de test, réduisant les délais d'exécution et minimisant l'arriéré d'échantillons non traités.[[539]](#footnote-540) En outre, l'introduction de tests rapides de détection d'antigènes a fourni une approche complémentaire aux tests moléculaires, permettant des résultats plus rapides pour ceux qui ont besoin d'un diagnostic immédiat.

Le succès des contributions du secteur privé souligne l'importance des partenariats public-privé pour faire face aux crises sanitaires de grande ampleur. Alors que le monde se prépare aux futures pandémies, il sera essentiel de tirer parti de l'expertise, des ressources et de l'agilité de l'industrie privée pour élaborer des stratégies de dépistage efficaces et assurer des réponses rapides aux menaces émergentes.

1. Des restrictions de voyage rapidement mises en œuvre peuvent sauver des vies

La pandémie de COVID-19 a conduit à une série sans précédent de mesures de santé publique à l’échelle mondiale, les mesures de contrôle internationales liées aux voyages jouant un rôle précoce dans la réaction des États-Unis. L'efficacité de ces mesures fait l'objet de débats depuis qu'elles ont été imposées. L’expression «mesures de contrôle liées aux voyages» pourrait inclure les actions suivantes: « (1) la fermeture des frontières, (2) les interdictions de voyager, (3) les restrictions de voyage [par exemple, l’interdiction de personnes ayant séjourné dans certains pays avec les exceptions énumérées], (4) le filtrage d’entrée/sortie, (5) la quarantaine liée aux voyages et (6) . . . [une combinaison de différentes] mesures de contrôle liées aux déplacements.»[[540]](#footnote-541) Aux fins du présent rapport et comme décrit ci-dessous, les actions de l’administration Trump au début de la pandémie sont mieux classées dans la catégorie des restrictions de déplacement.

Le 31 janvier 2020, alors que la Chine reconnaissait à contrecœur que les cas de COVID-19 et les décès augmentaient dans son pays, l'administration Trump a promulgué des restrictions de voyage axées sur la Chine.[[541]](#footnote-542) Plus précisément, les États-Unis ont suspendu l'entrée de tous les étrangers, avec une liste de 11 exceptions énumérées, qui étaient physiquement présents en Chine 14 jours avant leur entrée ou leur tentative d'entrée aux États-Unis.[[542]](#footnote-543)

Le 12 mars 2020, l'administration Trump a annoncé des restrictions de voyage pour une période initiale de 30 jours couvrant 26 pays européens de l'espace Schengen, ce qui exclut le Royaume-Uni et l'Irlande.[[543]](#footnote-544) Deux jours plus tard, les restrictions de voyage européennes ont été étendues aux voyageurs du Royaume-Uni et d'Irlande et contenaient des critères similaires (par exemple, les personnes qui étaient un pays couvert avec 14 jours de tentative d'entrée aux États-Unis) et des exceptions à ceux de l'ordre concernant la Chine (par exemple, les résidents permanents légaux et les membres de leur famille immédiate pouvaient entrer). [[544]](#footnote-545)

Au moment des restrictions de voyage en Europe, la COVID-19 avait atteint les côtes américaines. Le 12 mars 2020, il y avait plus de 1 000 cas connus aux États-Unis, mais plus de 125 000 cas connus dans le monde.[[545]](#footnote-546)

CONSTATATION : Les restrictions de voyageinternationales ont retardé la propagation de la COVID-19 au début de la pandémie.

L’efficacité des restrictions internationales en matière de déplacements pour freiner la propagation de la COVID-19 reste un sujet de discorde parmi les experts de la santé publique. Bien que ces interdictions aient été considérées comme cruciales aux premiers stades de la pandémie, leur efficacité à long terme a été remise en question.

À la fin de janvier 2020, il n'y avait que sept cas connus de COVID-19 aux États-Unis[[546]](#footnote-547) À ce moment-là, les restrictions de voyage concernant la Chine, l'origine du virus, étaient raisonnablement fondées sur la conviction que limiter les mouvements internationaux pourrait empêcher l'introduction et la propagation du virus aux États-Unis, en particulier aux premiers stades de la pandémie avant que la transmission communautaire ne se généralise. Même si l’Europe est devenue un point névralgique du virus en mars 2020, les cas connus aux États-Unis se situaient à un niveau gérable, à peine plus de 1 000.

Avec quatre ans de recul, il est clair que les restrictions de voyage internationales au début de la pandémie ont retardé la propagation du virus, mais n'ont pas empêché la COVID-19 d'entrer aux États-Unis.[[547]](#footnote-548) Cependant, les restrictions ont probablement contribué à réduire le nombre de nouveaux cas entrant aux États-Unis en provenance d'Europe, où le virus se propageait rapidement à l'époque.

Une étude a estimé que les interdictions de voyager aux États-Unis ont contribué à prévenir environ 77 000 cas de COVID-19 au cours du premier mois de leur mise en œuvre.[[548]](#footnote-549) Cette étude a conclu que, bien que les restrictions de voyage n'aient pas entièrement empêché le virus d'entrer aux États-Unis, elles ont été efficaces pour ralentir le taux de transmission, donnant au système de santé américain plus de temps pour se préparer et réagir à la pandémie.[[549]](#footnote-550) Une autre étude a estimé que sans la mise en œuvre des restrictions de voyage des personnes venant de Chine, les cas américains auraient été 83% plus élevés à la fin du mois de février 2020. [[550]](#footnote-551)

Contrairement aux affirmations sans fondement selon lesquelles les restrictions de voyage étaient inutiles ou pire le résultat de motivations fâcheuses, le 31 juillet 2020, le Dr Fauci a témoigné qu'il appuyait les restrictions de voyage lorsqu'il a été interrogé par le whip de l'époque, Steve Scalise.

Dr Anthony Fauci (31 juillet 2020)

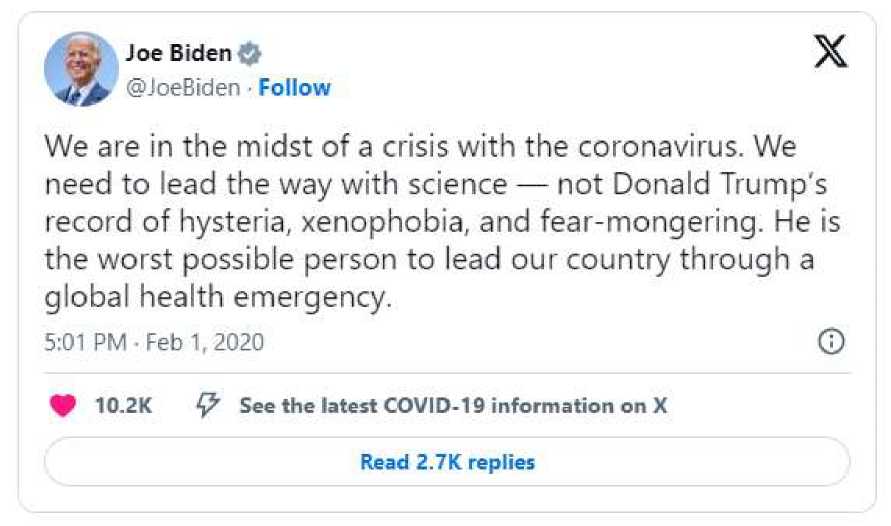
Q. Dr Fauci, permettez-moi de vous poser des questions sur certaines des décisions sur lesquelles vous avez travaillé avec le président Trump et que toute l'équipe a prises. Je sais que quand vous revenez au début de cela, l'interdiction de la Chine était très

|  |  |
| --- | --- |
|  | a fait l'objet de discussions approfondies. Avez-vous travaillé avec le président Trump pour décider d'interdire les vols en provenance de Chine? |
| A. | Oui, monsieur, je l'étais. |
| Q. | Êtes-vous d'accord avec cette décision? |
| A. | Je le fais. |
| Q. | Pensez-vous que cette décision a sauvé des vies, Dr Fauci? |
| A. | Oui, oui. |
| Q. | Êtes-vous d'accord avec la décision, lorsque nous avons finalement vu la propagation en Europe, puis que le président a recommandé que nous étendions cela à l'Europe, avez-vous participé à cette discussion? |
| A. | J'ai participé activement à cette discussion, monsieur. |
| Q. | Êtes-vous d'accord avec cette décision? |
| A. | Oui, oui. |
| Q. | Pensez-vous que cette décision a sauvé des vies? |
| A. | Oui, oui. |
| Q. | Finalement, alors, nous avons vu le Royaume-Uni avoir une épidémie, et il a fallu prendre une décision difficile, est-ce que nous étendons cela au Royaume-Uni? Avez-vous participé à cette décision? |
| A. | Je l'étais. |
| Q. | Et êtes-vous également d'accord avec cette décision? |
| A. | Je le fais. |
| Q. | Cette décision a-t-elle sauvé des vies? |
| A. | Oui, c'est vrai.[[551]](#footnote-552) |

En 2024, le Dr Fauci a réitéré son soutien aux restrictions de voyage, estimant qu'elles donnaient au pays le temps de se préparer à l'impact total du virus.

|  |  |
| --- | --- |
| Dr Anthony Fauci (9 janvier 2024) | |
| Q. | Le Dr Fauci, à votre avis, les restrictions de voyage sont-elles un bon outil de santé publique? |
| A. | C'est une dépendance au contexte et aux circonstances, et cela dépend de ce qui est - en général. Je parle génériquement. Je ne parle pas de votre question. Cela dépend à quel stade de l'épidémie vous le faites. Cela dépend du niveau de l'infection en question qui est déjà dans votre pays. Cela dépend de l'efficacité de la transmissibilité d'une infection particulière, car si vous avez des personnes dans votre pays qui sont déjà infectées et que c'est hautement transmissible, il n'est pas logique de restreindre. Mais dans une période très, très précise où vous n'avez pratiquement rien là-dedans, vous voudrez peut-être avoir une restriction temporaire pour vous donner le temps de vous préparer. C'est une des choses que nous avons faites. |
| Q. | Êtes-vous d'accord avec la décision du président de restreindre les voyages en provenance de Chine? |
| A. | Je l'ai fait, et j'ai dit qu'il y avait des mises en garde contre les restrictions. J'étais d'accord avec cela, mais j'ai dit que nous devions être prudents parce que parfois, lorsque vous faites des restrictions, elles ont des conséquences négatives en ce sens que vous n'avez pas un accès ouvert à l'aide ou même à l'information. Mais fondamentalement, j'étais d'accord à ce moment-là, puisque nous n'avions presque aucune infection que nous connaissions dans notre pays, qu'au moins une restriction temporaire serait importante. |
| Q. | Êtes-vous également d’accord avec la restriction de déplacement imposée par l’UE? |
| A. | J'étais d'accord avec la suggestion que cela soit fait, oui. |
| Q. | Êtes-vous d'accord avec la restriction de voyage au Royaume-Uni? |
| A. | Oui, je l'ai fait.[[552]](#footnote-553) |

Contrairement au soutien du Dr Fauci, le candidat à la présidence de l’époque, M. Biden, a qualifié ces premières restrictions de déplacement de xénophobes.[[553]](#footnote-554) [[554]](#footnote-555)





Alors que le Dr Fauci a exprimé son soutien aux restrictions de voyage au Congrès en 2020 et 2024, il n'a pas publiquement exprimé son soutien à ces restrictions avec le candidat à la présidence de l'époque, Biden, puis le président Pelosi, et d'autres ont qualifié les restrictions de voyage de xénophobes. En outre, une fois en fonction, le président Biden a adopté des restrictions de déplacement similaires en provenance de plusieurs pays africains à la fin de 2021 en réponse au variant Omicron du virus. [[555]](#footnote-556)À l'époque, le président Biden n'était pas accusé de xénophobie ou de racisme pour cette action, et il n'aurait pas dû l'être.

De même, le président Trump n'aurait pas dû être critiqué pour des actions soutenues par des responsables de la santé publique.

Dans les premiers jours de la pandémie, avant la transmission communautaire généralisée, la plupart des cas de COVID-19 aux États-Unis étaient associés à des voyages internationaux. En limitant les déplacements en provenance de zones à haut risque telles que la Chine et l'Europe, l'administration Trump a pu réduire l'afflux d'individus infectés et sauver des vies.

CONSTATATION : Mais pour le Parti communiste chinois, minimisant et mentant ouvertement au sujet de la menace sérieuse posée par le COVID-19, les restrictions de voyage auraient été imposées plus tôt et auraient été plus efficaces.

Sans aucun doute, le calendrier des restrictions de voyage a joué un rôle primordial dans leur efficacité. Logiquement, plus les restrictions de déplacement sont mises en œuvre tôt, plus elles risquent d'être efficaces. Les restrictions de voyage en Chine ont été mises en œuvre le 31 janvier 2020, alors que le virus était encore principalement concentré en Chine. Bien que certains critiques aient fait valoir que ces restrictions étaient inefficaces parce qu'elles auraient dû être mises en œuvre plus tôt, il est important de noter que les États-Unis ont été l'un des premiers pays à prendre une telle mesure.[[556]](#footnote-557) En revanche, de nombreux autres pays ont attendu que le virus se soit déjà propagé à l'échelle internationale avant d'imposer des restrictions similaires.

Les détracteurs des restrictions de déplacement imposées par l’administration Trump affirment qu’elles ont été réactives plutôt que proactives et que des mesures nationales telles que l’amélioration des tests et de la recherche des contacts auraient été plus efficaces pour contrôler la propagation de la COVID-19. Toutefois, ces critiques ne reconnaissent pas l’absence de dépistage généralisé et de préparation nationale dans les premiers jours de la pandémie, laissant les restrictions de déplacement comme l’un des rares outils disponibles pour ralentir la propagation de la COVID-19.

Il est important de reconnaître que les États-Unis étaient confrontés à une crise de santé publique sans précédent avec des informations limitées sur le virus au moment où les interdictions de voyager ont été promulguées. L’objectif de ces mesures n’était pas d’arrêter complètement la COVID-19, mais de retarder sa propagation et de permettre une réponse nationale plus coordonnée.

Les restrictions de déplacement auraient pu être plus efficaces si elles avaient été adoptées plus tôt, mais la responsabilité de ne pas les avoir mises en œuvre début janvier 2020 ou peut-être même en décembre 2019 repose directement sur les épaules du PCC. Plutôt que d'informer l'OMS et la communauté internationale de l'épidémie virale alarmante, les autorités du PCC ont censuré et dissimulé des informations et réduit au silence les médecins qui tentaient d'avertir d'autres membres de la communauté scientifique. [[557]](#footnote-558)Un examen caritatif de la chronologie connue des événements qui se sont déroulés en Chine indique que les responsables du PCC auraient dû signaler à la communauté internationale une épidémie de préoccupation avant Noël en 2019.[[558]](#footnote-559) Le désir du PCC de cacher des détails et de mentir carrément aux États-Unis et à d’autres dirigeants mondiaux a coûté incommensurablement et inutilement des vies et des ressources supplémentaires aux États-Unis. À l'époque, les États-Unis et l'OMS n'avaient aucune capacité à savoir que le PCC avait menti sur le contrôle du virus.

Les restrictions de déplacement imposées par l’administration Trump à l’Asie et à l’Europe au début de la pandémie de COVID-19 ont permis de retarder efficacement la propagation du virus aux États-Unis. Bien que ces mesures n’aient pas été conçues et n’aient pas été conçues pour empêcher complètement l’introduction de la COVID-19, elles ont considérablement ralenti sa transmission et ont laissé un temps critique aux responsables américains de la santé publique pour réagir. Les données appuient l'argument selon lequel ces restrictions de déplacement ont réduit le nombre de cas importés et ont contribué à atténuer l'impact initial de la pandémie, achetant le temps critique aux États-Unis. Bien qu'aucune mesure unique ne puisse contenir complètement une pandémie, les preuves suggèrent que les restrictions de déplacement, lorsqu'elles sont mises en œuvre tôt et en conjonction avec d'autres stratégies de santé publique, peuvent jouer un rôle important dans le contrôle de la propagation des maladies infectieuses.

1. Désinformation sur la COVID-19 perpétrée par le gouvernement

Il a été largement discuté que la pandémie de COVID-19 a entraîné une nouvelle vague de désinformation omniprésente aux États-Unis et dans le monde. Les médias sociaux ont fourni un terrain fertile pour les mensonges accidentels et les mensonges délibérés pour bourgeonner dans la conscience publique.

Malheureusement, les réactions réflexes du gouvernement fédéral n'ont pas fait grand-chose pour résoudre le problème et ont peut-être plutôt semé une méfiance plus profonde à l'égard des institutions gouvernementales tout en piétinant le premier amendement de la Constitution. Parfois, les tentatives du gouvernement pour réprimer la désinformation ont eu pour résultat contradictoire la diffusion de nouvelles informations erronées.

CONSTATATION : Les responsables de la santépublique ont qualifié à tort la théorie des fuites en laboratoire de «théorie du complot».

Au cours des premiers mois de la pandémie, le Dr Fauci a joué un rôle essentiel dans le dénigrement de la théorie des fuites en laboratoire. Le Dr Fauci est apparu aux côtés du Dr Daszak dans un épisode du podcast de l’ancien président de la Chambre Newt Gingrich, Newt’s World.1107 Au cours du podcast, le président Gingrich a demandé si le Dr Fauci avait entendu parler de la «légende urbaine» selon laquelle la COVID-19 s’était échappée d’un «centre de guerre biologique à Wuhan».1108 Le Dr Fauci lui a dit qu’il s’agissait de «théories du complot sans aucune base scientifique».

|  |  |
| --- | --- |
| Dr Anthony Fauci (9 février 2020) | |
| Q. | Je ne sais pas si vous avez eu accès à suffisamment d'informations de la part des Chinois, mais comme vous le savez, il existe une sorte de légende urbaine selon laquelle il existe un centre de guerre biologique à Wuhan et que le coronavirus s'en est échappé. Aviez-vous une idée d'où ça venait probablement? |
| A. | Eh bien, je pense qu'en fin de compte, nous savons que ces choses viennent d'un réservoir animal. J’ai entendu ces théories du complot, et comme toutes les théories du complot, Newt, ce ne sont que des théories du complot. Est-il impossible que cela ait pu se produire? Je ne pense pas pouvoir dire que ce n'est pas impossible. Mais je pense que si vous examinez tous les isolats et regardez le modèle très détaillé ou la carte de leur structure moléculaire, vous pouvez avoir plus de perspicacité quant à savoir s'il s'agissait d'un saut direct naturel, s'il s'est percolé chez une autre espèce, de la chauve-souris à tout, un chat civique ou un autre animal, puis a sauté des espèces chez les humains. Je pense que plus vous examinerez les isolats et plus nous obtiendrons d’informations, plus nous serons en mesure de clarifier l’origine évolutive des isolats. |

1106 Tiffany Hsu, As Covid-19 Continues to Spread, So Does Misinformation About It, The N.Y. Times (28 décembre 2022).

1107 Newt’s World: China’s Coronavirus, Gingrich 360 (9 février 2020).

1108 Id.

1109 Id.

virus. Mais en ce moment, je pense que les choses que vous entendez sont toujours dans le domaine des théories du complot sans aucune base scientifique pour cela. [[559]](#footnote-560)

Le Dr Fauci a également participé directement à la rédaction et à la promotion de Proximal Origin, dans laquelle les auteurs ont conclu que «nous ne pensons pas qu’un quelconque scénario en laboratoire soit plausible».[[560]](#footnote-561) Les éléments de preuve suggèrent que le Dr Fauci a «incité» la rédaction du document Proximal Origin à «réprouver» la théorie des fuites en laboratoire.[[561]](#footnote-562) Depuis sa publication le 18 mars 2020, Proximal Origin a été consulté près de 6 millions de fois et a été cité d'innombrables fois pour discréditer la possibilité d'une fuite en laboratoire.[[562]](#footnote-563) Cet article était peut-être l'outil le plus conséquent utilisé pour peindre la théorie des fuites en laboratoire comme une théorie du complot.

Au cours de l’enquête du sous-comité restreint, le Dr Fauci a tenté à plusieurs reprises de revenir sur son affirmation selon laquelle la théorie des fuites en laboratoire était une conspiration. Interrogé lors d’une interview transcrite, il a reconnu que la fuite en laboratoire «n’est pas intrinsèquement une théorie du complot», mais a également affirmé que certaines personnes en avaient «fait des aspects conspirationnistes».[[563]](#footnote-564)

|  |  |
| --- | --- |
| Dr Anthony Fauci (9 janvier 2024) | |
| Q. | Juste vous assis ici aujourd'hui, pensez-vous que la possibilité ou l'hypothèse que le coronavirus a émergé d'un accident de laboratoire est une théorie du complot? |
| A. | Eh bien, c'est une possibilité. Je pense que les gens en ont fait des aspects conspirationnistes. Et je pense que vous devez séparer les deux quand vous gardez un esprit ouvert, que cela pourrait être une fuite de laboratoire ou cela pourrait être un événement naturel. J'ai mentionné devant ce comité que je crois que les preuves que j'ai vues pèsent mon opinion sur l'une d'entre elles, ce qui est naturel, mais je laisse quand même l'esprit ouvert. Je pense donc que ce n'est pas en soi une théorie du complot, mais certaines personnes en tirent des choses qui sont un peu folles. [[564]](#footnote-565) |

De même, lors d’une audition publique devant le sous-comité restreint, le Dr Fauci a témoigné qu’il ne croyait pas que «le concept d’une fuite en laboratoire est intrinsèquement une théorie du complot», mais que certaines «distorsions sur ce sujet particulier» le sont.[[565]](#footnote-566)

Dr Anthony Fauci (3 juin 2024)

Q. Je veux juste clarifier pour le compte rendu, parce qu'aujourd'hui vous avez témoigné que vous n'avez pas supprimé la théorie des fuites de laboratoire, mais dans le passé vous avez dit, citez, "C'est une distorsion de la réalité," sans citer. Vous avez dit, je cite, "J'ai entendu ces théories du complot, et, comme toutes les théories du complot, ce ne sont que des théories du complot." C'est ce que vous avez dit au peuple américain. Alors, voulez-vous clarifier, quelle science suiviez-vous à l'époque par rapport à maintenant?

A. Oui. Non, en fait, j'ai aussi été très, très clair et j'ai dit à plusieurs reprises que je ne pense pas que le concept d'une fuite en laboratoire soit intrinsèquement une théorie du complot. Ce qui est conspiration est le genre de distorsions de ce sujet particulier. Comme, c'était une fuite de laboratoire, et j'ai été parachuté dans la CIA comme Jason Bourne et dit à la CIA qu'ils ne devraient vraiment pas --

Q. D'accord.

A. -- parler d'une fuite de laboratoire.[[566]](#footnote-567)

Pourtant, dans le mémoire du Dr Fauci – qui a été publié quelques semaines seulement après l’audience –, le Dr Fauci a fait valoir que les allégations selon lesquelles la sous-subvention d’EcoHealth au WIV aurait pu causer la pandémie de COVID-19 sont des théories du complot.

La campagne de diffamation s'est rapidement transformée en théories du complot. L'un des exemples les plus épouvantables en est l'allégation, sans la moindre preuve, selon laquelle une subvention du NIAID à EcoHealth Alliance (EHA) avec une sous-subvention à l'Institut de virologie de Wuhan (WIV) en Chine a financé des recherches qui ont causé la pandémie de COVID-19.[[567]](#footnote-568)

Plus tard dans ses mémoires, le Dr Fauci a écrit:

Nous ne pouvons pas rendre compte de toutes les recherches qui ont lieu à Wuhan ou dans le reste de la Chine. C’est pourquoi, comme je l’ai souvent déclaré publiquement, nous devons garder l’esprit ouvert à l’origine de la COVID-19, comme je le fais. [[568]](#footnote-569)

Bien que le Dr Fauci ait cru que la théorie des fuites en laboratoire était une théorie du complot au début de la pandémie, il semble maintenant que sa position est qu'il a un esprit ouvert sur l'origine du virus - tant que cela n'implique pas EcoHealth Alliance, et par extension lui-même et NIAID. Naturellement, comme il l'a signé sur la subvention de l'Alliance EcoHealth.

CONSTATATION : L'administration Biden a utilisé des méthodes antidémocratiques et probablement anticonstitutionnelles pour lutter contre ce qu'elle considérait comme de la désinformation.

Le 1er mai 2024, la sous-commission spéciale de la Chambre sur l’armement du gouvernement fédéral a publié un rapport intérimaire du personnel [ci-après le «rapport judiciaire»], qui a mis en évidence certains des exemples les plus flagrants de la campagne de censure de la Maison-Blanche de Biden.[[569]](#footnote-570) Le rapport judiciaire a révélé que les grandes entreprises technologiques Meta, Alphabet et Amazon ont modifié leurs politiques de modération de contenu en réponse à la pression de la Maison Blanche de Biden.[[570]](#footnote-571) Par exemple, le rapport a mis en évidence les courriels envoyés par M. Zuckerberg qui indiquaient que la pression de la Maison Blanche avait conduit Facebook à supprimer des publications affirmant que la COVID-19 était «fabriquée par l’homme, fabriquée, bio-conçue, une arme biologique ou créée par un gouvernement ou un pays individuel, ce qui comprend des allégations selon lesquelles le virus a été modifié grâce à des recherches fonctionnelles et a fui d’un laboratoire». [[571]](#footnote-572)

À partir de: > com>

Envoyé: Vendredi. 4 juin. 2021 14:24:23 PM

À l'attention de: Mark Zuckerberg^Mgfb.COtTi9

Cc^n^^eca <M^Wcoti>; Joel Kaplan (acteur) corp

IMHMMII^^^'Corri^;

Objet: Désinformation sur la COVID-19 Wihan lab leas theory

Mark

Sur la question de notre décision de supprimer les allégations liées à l'origine de la COVID-19 - En mai 2020, nous avons décidé de tirer parti des travaux existants des 3PFC (parce qu'ils ont été submergés par des informations erronées sur la COVID-19) par le rapprochement des allégations par FB pour les allégations que plusieurs 3PFC avaient étiquetées comme fausses au lieu d'exiger que les 3PFC trouvent et ajoutent manuellement leurs vérifications de faits à tout contenu faisant les allégations. Il y avait cinq affirmations qui satisfaisaient à la norme, y compris l'affirmation selon laquelle le Covid est «fabriqué par l'homme, fabriqué, bio-conçu, une arme biologique ou créé par un gouvernement ou un pays individuel», ce qui inclut les affirmations selon lesquelles le virus a été modifié grâce à des recherches sur les fonctions et a fuité d'un laboratoire Entre mai 2020 et février 2021, nous avons réduit la distribution du contenu faisant les cinq allégations, appliqué une étiquette et lié à l'article de démystification.

En février 2021, en réponse à la pression continue du public et aux conversations tendues avec la nouvelle administration, nous avons commencé à supprimer les cinq allégations de COVID-19 qui avaient été démystifiées à plusieurs reprises par les 3PFC et les huit allégations que nous avions identifiées (en partenariat avec l’OMS). CDC, et d'autres autorités de santé publique) avant Covid comme largement démystifié la désinformation vaccinale. Vous nous avez demandé à l'époque de revoir la décision plus tard dans l'année pour déterminer si nous devions revenir à réduire & informer.

Dans une lettre adressée le 26 août 2024 au président de la commission judiciaire de la Chambre, M. Jim Jordan, M. Zuckerberg a écrit que l’administration Biden «a fait pression à plusieurs reprises sur nos équipes pendant des mois pour censurer certains contenus liés à la COVID-19, y compris l’humour et la satire, et a exprimé beaucoup de frustration lorsque nos équipes n’étaient pas d’accord».[[572]](#footnote-573)

26 août 2024

L'honorable Jim Jordan

président

Commission de la magistrature

Chambre des représentants des États-Unis 213S Rayburn House Office Building

Washington, D.C. 20515

Président de la Jordanie:

J’apprécie l’intérêt du Comité pour la modération des contenus sur les plateformes en ligne. Comme vous le savez, Meta a produit des milliers de documents dans le cadre de votre enquête et a mis une douzaine d'employés à disposition pour des interviews transcrites. Suite à notre coopération avec votre enquête, je me réjouis de l'occasion de partager ce que j'ai retiré de ce processus.

Il y a beaucoup de discussions en ce moment sur la façon dont le gouvernement américain interagit avec des entreprises comme Meta, et je veux être cher à propos de notre position. Nos plates-formes sont pour tout le monde - nous visons à promouvoir la parole et à aider les gens à se connecter de manière sûre et sécurisée. Dans ce cadre, nous entendons régulièrement des gouvernements du monde entier et d'autres personnes ayant diverses préoccupations concernant le discours public et la sécurité publique.

En 2021, de hauts responsables de l'administration Biden, y compris la Maison Blanche, ont fait pression à plusieurs reprises sur nos équipes pendant des mois pour censurer certains contenus COVID-19, y compris l'humour et la satire, et ont exprimé beaucoup de frustration avec nos équipes lorsque nous n'étions pas d'accord. En fin de compte, c'est nous qui avons décidé de retirer ou non le contenu, et nous sommes propriétaires de nos décisions, y compris les changements liés à la COVID-19 que nous avons apportés à notre application de la loi à la suite de cette pression. Je crois que la pression du gouvernement était mauvaise, et je regrette que nous n'ayons pas été plus franc à ce sujet, je pense aussi que nous avons fait des choix que, avec le recul et de nouvelles informations, nous ne ferions pas aujourd'hui. Comme je l’ai dit à nos équipes à l’époque, je suis fermement convaincu que nous ne devrions pas compromettre nos normes de contenu en raison de la pression exercée par toute administration dans les deux sens - et nous sommes prêts à repousser si quelque chose comme cela se reproduit.

Dans une situation distincte, le FBI nous a mis en garde contre une éventuelle opération de désinformation russe sur la famille Biden et Burisma dans la perspective des élections de 2020. Cet automne-là, lorsque nous avons vu un article ***du New fork Post***faisant état d’allégations de corruption impliquant la famille de Joe Biden, alors candidat démocrate à la présidence, nous avons envoyé cet article aux vérificateurs de faits pour examen et l’avons temporairement rétrogradé en attendant une réponse. Il a depuis été précisé que les reportages n'étaient pas de la désinformation russe et, rétrospectivement, nous n'aurions pas dû rétrograder l'histoire. Nous avons modifié nos politiques et nos processus pour nous assurer que cela ne se reproduise plus – par exemple, nous ne rétrogradons plus temporairement des choses aux États-Unis en attendant les vérificateurs de faits.

Les preuves disponibles suggèrent qu’une fuite de laboratoire peut être le scénario le plus probable, mais quoi qu’il en soit, toute affirmation selon laquelle la fuite de laboratoire est une « désinformation » est clairement fausse – un sentiment qui a été partagé par de nombreux fonctionnaires fédéraux interrogés par le sous-comité restreint, y compris le Dr Fauci.[[573]](#footnote-574)

D’autres courriels mis en évidence dans le rapport judiciaire montrent que M. Zuckerberg regrettait de « compromettre les normes [de Facebook] en raison de la pression exercée par une administration ».[[574]](#footnote-575)

À partir de: Mark Zuckerherg^^Bjfitb com>

Envoyé: Dimanche. 6 juin 2021 10:31

Cc : Nick 0 œuf; Joel Kaplan.

Objet: En ce qui concerne: Ccvid désinformation Wunan théorie des fuites de laboratoire

Merci pour le contexte. Cela semble être un bon rappel que lorsque nous compromettons nos normes en raison de la pression d'une administration dans les deux sens, nous le regretterons souvent plus tard.

Le rapport judiciaire a également mis en évidence des courriels indiquant que les responsables de la Maison Blanche de Biden ont fait pression sur les entreprises de médias sociaux pour qu'elles suppriment ou suppriment d'autres messages liés à d'autres éléments de la pandémie de COVID-19, y compris les vaccins et les traitements contre la COVID-19. Par exemple, le rapport comprend un courriel envoyé par le directeur de la stratégie numérique du président Biden, M. Robert Flaherty, faisant pression sur Facebook pour qu’il réduise les publications de M. Tucker Carlson et de Mme Tomi Lahren concernant les vaccins.[[575]](#footnote-576)

À partir de: Flaherty. Rob EOP/OMS Aho eop gov\*

Envoyé: Mercredi 14 avril 2021 13h10 41h

À l'attention de: fb com\*

Cc : Slavitt. Andrew M EOP/OMS qui eop gov\*

Objet: tucker

Depuis que nous avons été au téléphone - le premier message sur les vaccins aujourd'hui est tucker Carlson disant tliey don t work Hier était Tomi Lehren disant qu'elle n'a pas gagné un Ths est exactement pourquoi je veux savoir à quoi ressemble réellement la réduction - si réduction » signifie « pomper notre public le plus hésitant à la vaccination avec tucker Carlson disant que cela ne fonctionne pas » alors je ne suis pas sire c'est la réduction!

Rob Flaherty

Directeur de la stratégie numérique

La Maison Blanche

Cellule :

Le rapport judiciaire contient également de nombreux autres exemples des efforts déployés par la Maison-Blanche de Biden pour supprimer le contenu des médias sociaux, dont beaucoup ont été obtenus à l’origine dans le cadre d’un litige intenté par les procureurs généraux de l’État, y compris M. Bailey.[[576]](#footnote-577) Lors de l’audition du sous-comité restreint du 21 juin 2023 intitulée «Churches vs. Casinos: La Constitution n'est pas

Suspendu en temps de crise», M. Bailey a qualifié ses efforts pour mettre fin à la suppression par le gouvernement de contenus sur les médias sociaux de «bataille acharnée pour le caractère même de notre nation».

C’est la raison pour laquelle l’arrêt Missouri c. Biden est si important. La question de notre temps est de savoir si les Américains apprécieront l'héritage de la liberté d'expression qui nous a été transmis par la génération fondatrice et protégé par les générations suivantes, ou si les fonctionnaires fédéraux contrôleront ce que nous disons, ce que nous entendons et comment nous débattons de la véracité des revendications et des arguments. Nous sommes enfermés dans une bataille acharnée pour le caractère même de notre nation. Si nous ne l’emportons pas sur les représentants du gouvernement qui cherchent à contrôler le discours de millions d’Américains, il nous restera, selon les termes du juge Gorsuch, «une coquille de démocratie et de libertés civiles tout aussi creuse». [[577]](#footnote-578)

CONSTATATION : L'administration Biden et de nombreux responsables de la santé publique ont exagéré le pouvoir des vaccins contre la COVID-19.

Les vaccins contre la COVID-19 ont joué un rôle extrêmement important dans la réduction de la gravité des symptômes de la COVID-19 et ont été extrêmement efficaces à cet égard.[[578]](#footnote-579) Cependant, l'administration Biden a survendu le pouvoir de ces vaccins. À plus d’une occasion, le président Biden lui-même a surestimé la capacité du vaccin à prévenir l’infection et la transmission. Ces fausses déclarations ont probablement contribué à la confusion des Américains au sujet des vaccins contre la COVID-19 et ont réduit la confiance globale dans les vaccins.

Le président Biden a obtenu une vérification des faits de l’Associated Press [ci-après l’« AP »] pour une déclaration que l’AP a décrite comme « une garantie absolue [...] que les personnes qui se font vacciner contre la COVID-19 sont complètement protégées contre l’infection, la maladie et la mort du coronavirus ». [[579]](#footnote-580) Plus précisément, le président Biden a déclaré lors d’une réunion de la mairie de CNN le 21 juillet 2021 que « [s]i vous êtes vacciné, vous n’allez pas être hospitalisé, vous n’allez pas être dans l’unité IC et vous n’allez pas mourir ».[[580]](#footnote-581) Selon les vérificateurs des faits de l’AP, au moment de cette déclaration, près de 5 500 personnes vaccinées avaient été hospitalisées ou étaient mortes de la COVID-19.[[581]](#footnote-582) En conséquence, le PA a affirmé que Biden «[allait] trop loin en matière d’assurances sur les vaccins».[[582]](#footnote-583)

De même, lors de son annonce du mandat de vaccination contre la COVID-19 pour les travailleurs fédéraux et les contractants le 9 septembre 2021, le président Biden a laissé entendre que les vaccins contre la COVID-19 étaient efficaces pour prévenir la propagation du virus lorsqu’il a déclaré: «En fin de compte, nous allons protéger les travailleurs vaccinés contre les collègues non vaccinés». [[583]](#footnote-584)

D'autres responsables ont également fait des déclarations fausses ou trompeuses sur les vaccins contre la COVID-19. Le 29 mars 2021, lors d’une apparition au Rachel Maddow Show, le Dr Walensky a affirmé que les données du CDC indiquaient que «les personnes vaccinées ne sont pas porteuses du virus, ne tombent pas malades et que ce n’est pas seulement dans les essais cliniques, mais aussi dans les données du monde réel».[[584]](#footnote-585) Le 1er avril 2021, un porte-parole du CDC a rappelé les affirmations du Dr Walensky dans un commentaire au New York Times.

Le Dr Walensky s’est exprimé largement au cours de cet entretien... Il est possible que certaines personnes entièrement vaccinées puissent contracter la COVID-19. Les preuves ne sont pas claires quant à savoir s’ils peuvent transmettre le virus à d’autres personnes. Nous continuons d'évaluer les preuves.[[585]](#footnote-586)

Le 16 mai 2021, lors d’une apparition sur Face the Nation de CBS, le Dr Fauci a affirmé que les personnes vaccinées peuvent se passer de masques même si elles présentent un cas asymptomatique de COVID-19 parce qu’«il est très peu probable qu’une personne vaccinée, même s’il y a une infection révolutionnaire, la transmette à quelqu’un d’autre».[[586]](#footnote-587) Le Dr Fauci a également fait un pas de plus et a indiqué que les personnes vaccinées deviennent des «fins mortes» du virus.

C'est la raison pour laquelle nous disons que lorsque vous vous faites vacciner, vous protégez non seulement votre propre santé, celle de la famille, mais vous contribuez également à la santé de la communauté en empêchant la propagation du virus dans toute la communauté. En d'autres termes, vous devenez une impasse pour le virus. Et quand il y a beaucoup d'impasses, le virus n'ira nulle part.[[587]](#footnote-588)

Lors de chacune de leurs comparutions devant le sous-comité restreint, le Dr Walensky et le Dr Fauci ont défendu sans enthousiasme leurs déclarations antérieures. Le Dr Walensky a témoigné qu’elle « parlait en général ».

Dre Rochelle Walensky (13 juin 2023)

Q. Dr Walensky, tout simplement oui ou non. Est-ce qu'un porte-parole du CDC va enregistrer et corriger les déclarations que vous avez faites saper et briser la confiance dans le leadership du CDC?

R. Dr Joyce, je sais que vous savez que je parlais en général, que nous avons vu des données et des preuves qui étaient plus de 90 pour cent que les vaccins étaient efficaces dans la prévention des maladies graves et la mort et en fait, dans la prévention des maladies symptomatiques. Et qu'une fois que les gens avaient été vaccinés, même s'ils devaient être infectés, ils ne tombaient pas malades et ils n'étaient pas en mesure de transmettre à d'autres, alors c'était l'information. [[588]](#footnote-589)

Le Dr Fauci a fait valoir qu’il s’agissait «d’une question compliquée» et que les vaccins prévenaient l’infection et la transmission «au début».

Dr Anthony Fauci (3 juin 2024)

Q. Le vaccin contre la COVID-19 a-t-il mis fin à la transmission du virus?

A. C'est une question compliquée, parce qu'au début, la première

l’itération des vaccins a eu un effet – pas 100 %, pas un effet élevé –, ils ont empêché l’infection et, par la suite, évidemment, la transmission. Cependant, il est important de souligner que ce que nous ne savions pas très tôt et qui est devenu évident au fil des mois, c’est que la durabilité de la protection contre les infections et, par conséquent, la transmission était relativement limitée, tandis que la durée de la protection contre les maladies graves, les hospitalisations et les décès était plus longue. Nous ne le savions pas au début. Au début, il a été estimé qu'en fait, il prévenait l'infection et, par conséquent, la transmission, mais il a été prouvé, au fil du temps, qu'il ne s'agissait pas d'un effet durable.[[589]](#footnote-590)

Le Dr Fauci a déclaré qu’il ne s’agissait «pas d’un effet durable», reconnaissant donc que les vaccins n’empêchaient pas efficacement la propagation des variants ultérieurs du virus. [[590]](#footnote-591)Toutefois, même avec la lecture la plus charitable des données contemporaines étayant ces déclarations, il semble qu’il s’agisse d’exagérations flagrantes des capacités de protection des vaccins contre la COVID-19, même contre les variants antérieurs.[[591]](#footnote-592) Peut-être commodément, le CDC a cessé de suivre toutes les infections révolutionnaires à partir du 1er mai 2021, et n'a suivi que les cas révolutionnaires qui ont conduit à l'hospitalisation ou à la mort.[[592]](#footnote-593) Le CDC a fait valoir que cette décision aiderait à «maximiser la qualité des données collectées sur les cas présentant la plus grande importance clinique et de santé publique». [[593]](#footnote-594) Le rapport final du CDC montrant des infections révolutionnaires indiquait que 10 262 infections s’étaient produites dans 46 États américains.[[594]](#footnote-595)

Avec l’apparition du variant Delta aux alentours de juillet 2021, il est devenu évident que toute protection légère que le vaccin aurait pu fournir contre l’infection et la transmission a été considérablement réduite. Cela a d'abord émergé avec des données rapportées dans le comté de Barnstable, dans le Massachusetts, après une épidémie de COVID-19 à la suite des célébrations de la fête de l'indépendance. [[595]](#footnote-596)Une étude du CDC a révélé que les trois quarts des 469 cas concernaient des personnes entièrement vaccinées. [[596]](#footnote-597)Le CDC a ensuite décidé d’inverser la tendance et est revenu à recommander le masquage quel que soit le statut vaccinal d’une personne dans de nombreux domaines.[[597]](#footnote-598) Selon CNN, une source impliquée dans le processus de décision a indiqué que:

De nouvelles données non publiées montrant que les personnes vaccinées infectées par le variant du coronavirus Delta peuvent avoir autant de virus que celles qui ne sont pas vaccinées sont le principal moteur du dernier changement d’orientation du CDC en matière de masque.[[598]](#footnote-599)

Comme la variante Delta a continué à se propager à travers les États-Unis, cela est devenu clair pour la plupart des Américains que les infections de percée sont devenues monnaie courante. Ironiquement, le président Biden, le Dr Walensky et le Dr Fauci, ainsi que de nombreuses autres personnalités publiques entièrement vaccinées, ont déclaré avoir été testés positifs à la COVID-19 lors d'épidémies de variants, bien qu'ils aient été entièrement vaccinés et stimulés.[[599]](#footnote-600)

L’exagération par l’administration Biden de la capacité du vaccin contre la COVID-19 à prévenir l’infection et la transmission de la COVID-19 peut avoir contribué à la perte de confiance des Américains dans les vaccins dans leur ensemble.[[600]](#footnote-601) Il est probable que de nombreux Américains, en particulier ceux qui étaient jeunes et en bonne santé, ont choisi d'être vaccinés sous prétexte qu'ils ne rendraient pas leurs proches malades. Lorsque ces prétentions se sont avérées fausses, les Américains étaient naturellement contrariés. Cela peut également avoir contribué au nombre terne de personnes qui ont choisi de recevoir des doses de rappel ultérieures. Une étude d'octobre 2023, publiée dans la revue Vaccine, a étudié les raisons pour lesquelles moins de 20% des Américains éligibles avaient obtenu une dose de rappel bivalente.[[601]](#footnote-602) Selon les conclusions de l’étude, 23,1 % des personnes interrogées ont indiqué que la raison pour laquelle elles n’avaient pas reçu le rappel était qu’elles pensaient que cela ne les protégerait pas contre l’infection.[[602]](#footnote-603)

CONSTATATION : La Food and Drug Administration des États-Unis et d'autres responsables de la santé publique ont faussement supposé que l'ivermectine n'était que pour les chevaux et les vaches.

Tout au long de la pandémie, face à une maladie mortelle pour laquelle il y avait peu de traitements disponibles, de nombreux médecins ont exploré l'utilisation de médicaments déjà approuvés pour d'autres indications.[[603]](#footnote-604) Cette pratique est appelée «utilisation hors AMM» et est courante dans la profession médicale. Cette situation a donné l’un des exemples les plus flagrants de la diffusion de fausses informations par l’administration Biden – la tristement célèbre déclaration de la FDA qui impliquait que l’ivermectine était un médicament vétérinaire pour les chevaux et les vaches et non pour les humains. [[604]](#footnote-605)Plus précisément, la FDA a tweeté le 21 août 2021, à partir de son compte Twitter officiel (maintenant X), «Vous n’êtes pas un cheval. Tu n'es pas une vache. Sérieusement, vous tous. Stop it.», [[605]](#footnote-606) qui a apparemment confondu la prescription hors AMM de l’ivermectine avec la prise intentionnelle par l’homme de la version vétérinaire du médicament sans médecin.



L’ivermectine est approuvée par la FDA pour traiter certains parasites chez l’homme et toute implication selon laquelle elle ne concerne que les «chevaux» ou les «vaches» est manifestement fausse.[[606]](#footnote-607)

L'élaboration de vaccins et de traitements, ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de vaccination pour les employés fédéraux et les membres des forces armées

1. Le succès de l'opération Warp Speed

OWS était une stratégie de 10 milliards de dollars développée et initiée par l'administration Trump au cours des premiers mois de la pandémie de COVID-19 qui visait à accélérer le développement d'un vaccin sûr et efficace et à disposer de quantités substantielles d'ici janvier 2021.[[607]](#footnote-608) OWS consistait en un partenariat entre HHS, DOD et le secteur privé et employait plusieurs stratégies de gain de temps, tout en atténuant les risques financiers grâce au soutien du gouvernement fédéral. En fin de compte, le premier vaccin contre la COVID-19 a été autorisé le 11 décembre 2020, un peu moins de 7 mois après l'annonce d'OWS. [[608]](#footnote-609)

Les principaux mécanismes utilisés par OWS pour accélérer le développement des vaccins contre la COVID-19 étaient de permettre aux fabricants de vaccins de commencer la fabrication à grande échelle au cours des essais cliniques et de combiner les phases des essais cliniques ou de les exécuter simultanément, tout en limitant la responsabilité. [[609]](#footnote-610)Cela diffère considérablement de la chronologie traditionnelle pour le développement de vaccins, qui tend à être plus rigidement séquentielle.[[610]](#footnote-611)

OWS» a également fourni une gamme d’options potentielles en soutenant des vaccins présentant des caractéristiques variables plutôt que de mettre tous les œufs dans un seul panier. Plus précisément, OWS avait initialement prévu d'inclure l'ARNm, le vecteur vivant défectueux par réplication, la protéine adjuvée par sous-unité recombinante et les plates-formes vectorielles vivantes atténuées par réplication et a finalement soutenu six candidats vaccins qui utilisaient trois plates-formes.[[611]](#footnote-612) Une fois le vaccin mis au point, OWS a utilisé les fournisseurs de services logistiques et d'expédition existants dans le cadre d'un partenariat public-privé solide pour assurer une distribution rapide.[[612]](#footnote-613)

CONSTATATION : L'opération Warp Speed a été un grand succès et a permis de sauver des millions de vies.

Avant 2020, la mise au point du vaccin le plus rapide prenait quatre ans.[[613]](#footnote-614) OWS a produit un vaccin qui était disponible pour des millions d'Américains en moins d'un an.[[614]](#footnote-615) Selon presque tous les témoignages, il s'agissait d'un exploit scientifique incroyable rendu possible par la structure unique de l'OWS. Le Dr Fauci, bien que réticent à accorder du crédit à l'administration Trump, a qualifié l'effort de

«la meilleure décision [qu’il ait] jamais prise en ce qui concerne une intervention en tant que directeur de l’institut». [[615]](#footnote-616) Le Dr Fauci a également témoigné qu’OWS était un «grand succès».

Dr Anthony Fauci (9 janvier 2024)

Q. Pensez-vous que ce genre de processus de pensée pourrait être étendu à d'autres produits pharmaceutiques?

R. Je pense que c'est possible. Je veux dire, je ne pense pas que quiconque puisse prétendre que l’opération Warp Speed a été un grand succès. Il n'y a aucun doute là-dessus. Je pense qu’une approche similaire à celle de l’opération Warp Speed pourrait être appliquée – et, je suppose, lorsque vous parlez des leçons apprises pour d’autres maladies, elle pourrait être appliquée à d’autres maladies.[[616]](#footnote-617)

En janvier 2021, les critiques ont fait valoir que le fait que l’objectif de vacciner 20 millions de personnes d’ici à la fin de 2021 n’ait pas été atteint était une indication que le système OWS était globalement défaillant. [[617]](#footnote-618)Cependant, il ne fait guère de doute que le développement rapide et l’autorisation des vaccins contre la COVID-19 ont sauvé des millions de vies.[[618]](#footnote-619) Le NIH estime que jusqu’à 140 000 vies américaines ont été sauvées en mai 2021, dans les cinq mois suivant la première autorisation. [[619]](#footnote-620)

Au cours d'une entrevue transcrite, le Dr Woodcock a définitivement convenu que l'OWS était un succès et devrait être imité à nouveau.

Dre Janet Woodcock (13 mai 2024)

Q. À votre avis, pensez-vous que l'opération Warp Speed a été un succès?

R. Oui.[[620]](#footnote-621)

Le Dr Woodcock a également suggéré qu'au cours d'une future pandémie, une stratégie de type OWS pourrait être encore plus puissante si les États-Unis disposaient d'une meilleure infrastructure d'essais cliniques afin de produire plus de données exploitables pour les vaccins et les traitements.

Dre Janet Woodcock (13 mai 2024)

Q. Pensez-vous que quelque chose devrait être fait différemment dans une future pandémie, en ce qui concerne l'opération Warp Speed?

R. Je tiens certainement à dire que cela a plus à voir avec l'infrastructure des essais cliniques. En fait, nous ne disposons pas vraiment d’une sorte de base supplémentaire pour les essais cliniques aux États-Unis. C'était très évident pour la thérapeutique. Et il y a eu des centaines et des centaines d’essais qui se sont poursuivis, j’ai publié à ce sujet, dont aucun n’a été en mesure de fournir des données exploitables. Du côté des vaccins, les entreprises ont fini par mener les essais parce qu'elles disposaient de l'infrastructure nécessaire pour y parvenir, vous savez, avec l'aide du gouvernement et la participation des sites gouvernementaux.

Q. Vous dites donc que nous avons besoin d’un peu plus d’infrastructures sur le plan thérapeutique pour générer de bonnes données?

A. Des deux côtés. Et j'ai certainement, comme je l'ai dit, publié à ce sujet et j'ai été très vocal à ce sujet.[[621]](#footnote-622)

CONSTATATION : Le candidat à la présidence de l'époque, Joe Biden, et la candidate à la vice-présidence, Kamala Harris, ont peut-être contribué à la méfiance précoce à l'égard de l'opération Warp Speed et des vaccins contre la COVID-19.

Au cours de la période précédant l’élection présidentielle de 2020, le candidat à la vice-présidence de l’époque, Harris, est devenu l’un des premiers fonctionnaires à politiser publiquement OWS lorsqu’elle a suggéré que le président Trump « supprimerait », « musellerait » et « marginaliserait » les experts en santé publique parce que le président Trump « envisageait une élection dans moins de 60 jours, et um, et il saisit tout ce qu’il peut faire pour prétendre qu’il a été un leader sur cette question alors qu’il ne l’a pas été ».[[622]](#footnote-623) Harris a également refusé de dire de manière définitive si elle obtiendrait un vaccin s’ils étaient autorisés ou approuvés avant le jour de l’élection, en disant : « [w]ell, je pense que cela va être un problème pour nous tous. »[[623]](#footnote-624) Pendant ce temps, le candidat à la présidence de l’époque, Biden, a fait valoir que le peuple américain avait perdu confiance dans l’administration Trump, en disant : « pourquoi pensons-nous que le public va faire la queue pour être prêt à prendre l’injection ? »[[624]](#footnote-625)

Il devrait être évident pour tous ceux qui ont vécu ces événements qu’il s’agissait d’une tentative à peine voilée de politiser le développement de vaccins contre la COVID-19 afin de nuire aux chances du président Trump lors des élections de 2020. Il était tout à fait irresponsable de remettre en question, sans aucune preuve, la sécurité et l’efficacité des vaccinations contre la COVID-19 à ce moment critique de la pandémie et de la pandémie. Ces déclarations irresponsables se sont finalement révélées être de l'hypocrisie pure et simple moins qu'un

Un an plus tard, lorsque l'administration Biden-Harris a commencé à dénoncer avec audace toutes les personnes qui ont décidé de renoncer à la vaccination contre la COVID-19 pour des raisons personnelles, religieuses ou médicales. 1176

1176 Id.

1. La décision de passer outre au Comité consultatif des pratiques d'immunisation

L’arrangement bureaucratique des États-Unis pour l’étude, la réglementation et la recommandation des vaccins implique plusieurs agences, dont les NIH, la FDA et les CDC. Chaque agence dispose de comités consultatifs composés d'experts qui évaluent les données disponibles et votent sur les recommandations. Le VRBPAC de la FDA est un organe consultatif indépendant composé de 15 membres votants qui fournissent des recommandations au commissaire de la FDA.[[625]](#footnote-626) Ces recommandations ne sont pas contraignantes, mais sont utilisées par le commissaire pour éclairer les décisions réglementaires concernant les produits biologiques tels que les vaccins.

De même, l’ACIP de la CDC est un organe consultatif indépendant composé de 15 membres votants qui « élaborent des recommandations sur l’utilisation de vaccins dans la population civile des États-Unis ».[[626]](#footnote-627) Selon sa charte, l’ACIP fournit « des conseils et des orientations au directeur de la CDC concernant l’utilisation de vaccins et d’agents connexes pour un contrôle efficace des maladies évitables par la vaccination ».[[627]](#footnote-628) Les décisions prises par l’ACIP ne sont pas juridiquement contraignantes, mais, avant septembre 2021, il semble que le directeur de la CDC n’ait jamais rejeté une recommandation formulée par l’ACIP qu’une seule fois.

CONSTATATION : L'administration Biden a annoncé arbitrairement et sans soutien scientifique que les boosters de vaccins contre la COVID-19 seraient disponibles pour tous les Américains.

Avant que des recommandations officielles n'aient été faites par la FDA, le CDC ou leurs comités consultatifs, le président Biden a commencé à promettre que des rappels pour tous les Américains allaient bientôt arriver. Le 18 août 2021, le président Biden, ainsi que le CDC et la FDA, ont annoncé un plan visant à offrir des injections de rappel à tous les Américains à partir de la semaine du 20 septembre.[[628]](#footnote-629) Ils ont noté que le plan dépendait de l’évaluation finale de la FDA et des recommandations de l’ACIP de la CDC. Cependant, ils ont également noté que des rappels seraient disponibles pour «de nombreux prestataires de soins de santé, résidents de maisons de soins infirmiers et autres personnes âgées».[[629]](#footnote-630) Ces déclarations sont intéressantes compte tenu du fait que la Dre Walensky a finalement ignoré son propre ACIP pour mettre les rappels à la disposition d’un plus grand nombre de travailleurs, y compris dans les soins de santé. Il est également préoccupant que l'administration Biden ait choisi d'annoncer un calendrier spécifique pour ce plan alors que la FDA n'avait pas encore pris de décision réglementaire.

Le Dr Woodcock a témoigné devant le Sous-comité spécial que les futures mesures réglementaires de la FDA sont généralement considérées comme de l'information sur le marché qui ne devrait pas être rendue publique. [[630]](#footnote-631)

Lorsque le personnel du sous-comité Select a soulevé la préoccupation concernant l'annonce du plan de rappel, le Dr Woodcock a témoigné que le partage de ce type d'information était inhabituel pour la FDA, mais qu'il était explicable en raison de l'urgence de santé publique, parce que l'annonce craignait qu'il dépendait de l'examen de la FDA et des CDC, et parce qu'il ne s'agissait pas d'une décision sur l'approbation d'une nouvelle entité moléculaire.

Dre Janet Woodcock (13 mai 2024)

Q. ...[L]ors de notre conversation précédente sur le partage de ces délais prévus à l'extérieur de la FDA, diriez-vous que cette annonce s'inscrit dans les lignes directrices générales de quels types d'informations peuvent être partagées à l'extérieur de la FDA?

R. Eh bien, encore une fois, comme je l'ai dit, il a été mis en garde à propos de la semaine du 20 septembre. Il ne s'agit pas d'une approbation, il s'agit potentiellement d'une approbation, mais pas d'une nouvelle entité moléculaire. C'est à peu près une autre dose, plus ou moins la même, pour ainsi dire. C'est donc un peu moins vague que ce que la FDA ferait habituellement, mais c'est pourtant dans le cadre de l'urgence de santé publique.[[631]](#footnote-632)

Il est important de tenir compte du fait que ces événements se sont produits au cours de la même période que celle au cours de laquelle la FDA a procédé à l’examen final de la BLA pour la série primaire de vaccins contre la COVID-19 de Pfizer, au cours de laquelle des scientifiques de haut niveau de la FDA ont exprimé des préoccupations importantes quant aux délais hâtifs imposés par leurs supérieurs. Dans ce rapport, le Sous-comité spécial a illustré comment ce processus a pu être entaché de pressions politiques. Certains de ces mêmes scientifiques de la FDA ont de nouveau exprimé leur inquiétude concernant le processus d'autorisation des boosters.

Le 31 août 2021, le New York Times a publié un article annonçant que le Dr Gruber et le Dr Krause quittaient la FDA à la fin du mois suivant.[[632]](#footnote-633) Le Dr Gruber et le Dr Krause ont été « bouleversés par l’annonce récente de l’administration Biden selon laquelle les adultes devraient recevoir une vaccination de rappel contre le coronavirus huit mois après avoir reçu leur deuxième injection », qu’« ils ne croyaient pas encore qu’il y avait suffisamment de données pour justifier l’offre de vaccins de rappel » et qu’ils « considéraient l’annonce, amplifiée par le président Biden, comme une pression sur la FDA pour les autoriser rapidement ».[[633]](#footnote-634)

Le 13 septembre 2021, le Dr Gruber et le Dr Krause, ainsi que 16 autres scientifiques, ont écrit un article dans The Lancet intitulé «Considérations pour stimuler les réponses immunitaires vaccinales contre la COVID-19».[[634]](#footnote-635) L’article soulevait des préoccupations quant à l’introduction trop précoce de rappels pour la population générale, en particulier compte tenu des risques potentiels d’effets secondaires à médiation immunitaire tels que la myocardite.[[635]](#footnote-636) Les auteurs ont fait valoir que «[s]i un renforcement inutile provoque des effets indésirables importants, il pourrait y avoir des implications pour l’acceptation des vaccins qui vont au-delà des vaccins contre la COVID-19. Par conséquent, un renforcement généralisé ne devrait être entrepris que s’il existe des preuves évidentes[[636]](#footnote-637) de son adéquation.» Ils ont également fait valoir que les preuves disponibles ne semblent pas suggérer la nécessité d’un renforcement de la population générale, étant donné que l’efficacité de la série primaire est restée élevée contre les maladies graves.

Les données actuelles ne semblent donc pas montrer la nécessité d'un renforcement dans la population générale, dans laquelle l'efficacité contre les maladies graves reste élevée. Même si l'immunité humorale semble diminuer, les réductions du titre d'anticorps neutralisants ne prédisent pas nécessairement des réductions de l'efficacité du vaccin au fil du temps, et les réductions de l'efficacité du vaccin contre les maladies bénignes ne prédisent pas nécessairement des réductions de l'efficacité (généralement plus élevée) contre les maladies graves.[[637]](#footnote-638)

L’enquête du sous-comité restreint a confirmé que les hauts fonctionnaires de la FDA étaient au courant des préoccupations du Dr Gruber et du Dr Krause concernant les rappels COVID-19, mais il semble qu’ils n’aient pas été pris très au sérieux. Au cours d’une interview transcrite, le Dr Woodcock a témoigné qu’elle était au courant de l’existence de l’article du Dr Gruber et du Dr Krause, mais qu’elle ne l’avait jamais lu parce qu’elle «n’avait pas ressenti le besoin de lire leur argument».

Dre Janet Woodcock (13 mai 2024)

Q. Vous souvenez-vous [de l'article du Lancet]?

A. Je savais qu'il était publié. Je ne l'ai jamais lu.

\*\*\*

Q. Vous avez mentionné que vous n'aviez pas lu cet article. Y avait-il une raison particulière pour laquelle vous ne l’aviez pas lu, ou était-ce simplement que vous ne l’aviez pas lu – vous aviez beaucoup à faire?

R. À l'époque, j'étais très au courant de toutes les données, y compris des données provenant d'autres pays sur l'utilisation des boosters et l'impact, et ainsi de suite. Je n’ai donc pas ressenti – je connais ces gens, et je n’ai pas ressenti le besoin de lire leurs arguments. [[638]](#footnote-639)

Le Dr Woodcock a également tenté de s’excuser d’avoir ignoré l’article en affirmant que, sur la base de son premier coup d’œil superficiel alors qu’elle était assise pour son entretien transcrit, le journal discutait de la «population générale» et que le rappel «n’était pas indiqué dans la population générale» au moment de la première autorisation en septembre 2021.

|  |  |
| --- | --- |
| Dre Janet Woodcock (13 mai 2024) | |
| Q. | Avez-vous entendu ce genre de préoccupation soulevée au sein de la FDA avant le 13 septembre 2021, lorsque cet article a été publié? Similaire, ce qui signifie des préoccupations que les preuves peuvent ne pas ou ne pas montrer la nécessité d'une utilisation généralisée de la vaccination de rappel dans les populations qui ont reçu un régime primaire efficace? |
| A. | Eh bien, tout d'abord, si je peux me permettre. |
| Q. | Certainement. |
| A. | Ils parlent de la population en général. Cela n'a pas été indiqué -­le rappel au moment de l'approbation n'a pas été indiqué dans la population générale. Donc, vous pourriez dire qu'ils se disputaient contre quelque chose qui ne s'est pas produit.[[639]](#footnote-640) |

L’excuse du Dr Woodcock n’est pas étayée par les faits. Alors que les docteurs Gruber et Krause s’opposaient à la nécessité de renforcer la « population générale » à cette époque, il est inexact d’affirmer que leurs arguments sont donc dénués de pertinence. L’essentiel de leur argument est qu’en raison de l’insuffisance des preuves à l’appui de la nécessité des rappels, ceux-ci devraient être limités aux doses les plus vulnérables en premier, et les doses restantes – puisqu’elles sont identiques aux doses de la série primaire – devraient être utilisées pour vacciner entièrement ceux qui n’étaient pas encore vaccinés.

Pourtant, le Dr Woodcock, elle-même, a approuvé le plan du président Biden visant à commencer à stimuler tous les adultes d’ici le 20 septembre.[[640]](#footnote-641) Un article de la NBC de septembre sur les votes du VRBPAC du 17 septembre a souligné comment le plan du président Biden pourrait faire pression sur la FDA pour que les rappels soient disponibles pour tous les adultes.

Pourtant, la décision pourrait mettre la FDA en désaccord avec les responsables de l'administration Biden qui ont fait pression pour commencer à donner des injections de rappel à la population générale à partir de la semaine du 20 septembre, commençant essentiellement le compte à rebours pour que la FDA et le CDC agissent. [[641]](#footnote-642)

Le même jour où la FDA a autorisé le rappel pour une population limitée, le président Biden a doublé ses promesses prématurées en déclarant publiquement qu'elles seraient bientôt mises à la disposition de tous les adultes.[[642]](#footnote-643) En outre, les décisions de la FDA et du Dr Walensky de recommander des rappels pour les travailleurs occupant des professions prétendument à haut risque incluaient nécessairement des millions de jeunes travailleurs en bonne santé pour lesquels le bénéfice marginal d’un rappel était, selon les arguments avancés par les Drs Gruber et Krause, probablement très faible. [[643]](#footnote-644)

CONSTATATION : La directrice des Centers for Disease Control and Prevention desÉtats-Unis, Rochelle Walensky, a annulé les conseillers experts dans une tentative apparente de satisfaire les objectifs arbitraires du président Joe Biden en matière d’approbation des vaccins.

Le 17 septembre 2021, le VRBPAC a convoqué une réunion publique pour évaluer l’utilisation du vaccin COVID-19 de la série primaire de Pfizer en tant que doses de rappel pour ceux qui avaient déjà reçu la série primaire. Le panel a voté contre une recommandation pour l'ensemble de la population, mais a recommandé à la FDA d'autoriser les rappels pour les Américains âgés de 65 ans et plus, ceux âgés de 18 à 64 ans qui présentaient un risque élevé de maladie grave, ainsi que ceux occupant certaines professions à haut risque. [[644]](#footnote-645)Le 22 septembre 2021, la FDA a annoncé une EUA modifiée pour les doses de rappel dans les mêmes populations recommandées par VRBPAC. [[645]](#footnote-646)

Le 23 septembre 2021, l’ACIP a convoqué sa réunion publique sur le même sujet. [[646]](#footnote-647)L’ACIP a approuvé la recommandation de la FDA relative à un rappel du vaccin contre la COVID-19 pour les Américains de 65 ans et plus et âgés de 18 à 64 ans qui présentaient un risque élevé de maladie grave.[[647]](#footnote-648) Cependant, s'écartant de la FDA par un vote de 6 à 9, l'ACIP s'est spécifiquement prononcée contre une recommandation générale pour les travailleurs des professions à haut risque, y compris les travailleurs de la santé et les enseignants. [[648]](#footnote-649)

Le 24 septembre 2021, dans une décision jugée «très inhabituelle», le Dr Walensky a annulé la recommandation de l’ACIP et a publié des orientations actualisées du CDC qui concordaient pleinement avec la FDA. [[649]](#footnote-650)Mme Walensky a qualifié son annonce de nouvelles orientations de la CDC de simple approbation des recommandations de l’ACIP. Cependant, elle a complètement ignoré le fait qu’elle avait renversé le comité consultatif de sa propre agence sur l’aspect clé de la stimulation des travailleurs dans les professions à haut risque.

Aujourd’hui, la directrice des CDC, Rochelle P. Walensky, M.D., M.P.H., a approuvé la recommandation du comité consultatif des CDC sur les pratiques de vaccination (ACIP) concernant un rappel du vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 dans certaines populations et a également recommandé une dose de rappel pour les personnes se trouvant dans des environnements professionnels et institutionnels à haut risque.[[650]](#footnote-651)

Lors de la réunion de l’ACIP, les experts qui ont voté contre la mesure ont fait valoir qu’il n’y avait pas suffisamment de données pour étayer la recommandation, qu’elle était trop étroite et prématurée, et qu’il y avait peu d’avantages marginaux à agir alors plutôt qu’à attendre de meilleures données. [[651]](#footnote-652)Ils ont également déclaré qu’ils avaient l’impression d’être entraînés dans une «décision émotionnelle» et que cette décision pourrait saper la confiance dans la série de vaccins primaires.

Mme Bahta a dit qu'elle avait l'impression qu'ils étaient entraînés dans une décision émotionnelle. La science montre qu'il s'agit d'un vaccin très efficace. Cette décision a été prise pour les vaccinés, pas pour les non vaccinés. Elle ne croyait pas qu'ils avaient les données dans les groupes d'âge plus jeunes pour prendre une décision pour une dose de rappel. Pour elle, cela suggère que le vaccin ne fonctionne pas. Bien qu'ils sachent que ce n'est pas vrai, c'est probablement ainsi que ce message sera transmis au grand public. C’est pourquoi elle a voté «non» aux troisième et quatrième recommandations intermédiaires.[[652]](#footnote-653)

Le Dr Bell était d’accord avec tout ce que le Dr Bahta a dit pour expliquer pourquoi elle a voté «non» et pour souligner que cela représentait le début d’une grande activité autour des doses de rappel et d’autres efforts de vaccination à venir. Dans cette situation, en ce moment, et compte tenu du manque de preuves sur les avantages marginaux des doses de rappel pour les personnes de certains groupes qui ont reçu une série primaire de Pfizer, il était trop étroit et trop tôt. En ce qui concerne les risques potentiels pour les résultats indésirables de l'attente jusqu'à ce que plus est connu, il y avait peu d'avantages marginaux à rendre cette dose de rappel disponible à ce moment-là à son avis compte tenu de toutes les inconnues. [[653]](#footnote-654)

La décision de Mme Walensky de rompre avec les recommandations de l’ACIP aurait été une surprise pour certains membres de son propre personnel.[[654]](#footnote-655) Selon les rapports, il était entendu qu’«avant la déclaration de [Walensky], les initiés de l’agence prédisaient qu’elle s’en tiendrait au protocole habituel, car le contraire compromettrait le processus et perturberait les conseillers ainsi que son propre personnel».[[655]](#footnote-656)

Au cours de la réunion de l’ACIP, avant les votes, le Dr Walensky s’est adressé directement aux membres de l’ACIP, en disant: «[s]achant que je suis reconnaissante de vos efforts et que j’apprécie tant votre expertise, votre conseil et votre partenariat».[[656]](#footnote-657) Malheureusement, il semble que le Dr Walensky n’ait peut-être pas voulu dire ce qu’elle a dit étant donné qu’elle a ignoré de manière flagrante l’expertise et les conseils de l’ACIP sur cette décision clé.

II. Examen de la demande de licence de produits biologiques de Pfizer

Les vaccins contre la COVID-19 étaient nouveaux à bien des égards, notamment parce qu'ils ont été largement distribués dans le cadre de l'EUA avant d'avoir reçu l'approbation complète de la FDA. Plus précisément, le premier vaccin contre la COVID-19 a été administré dans le cadre de l’EUA le 11 décembre 2020 et le premier vaccin a reçu une approbation complète le 23 août 2021.[[657]](#footnote-658) Au cours de cette période de 255 jours, plus de 360 millions de doses de vaccins contre la COVID-19 ont été distribuées aux États-Unis [[658]](#footnote-659) Depuis que la FDA a établi son programme d'EUA en 2004, le vaccin contre le charbon était le seul autre vaccin à recevoir une EUA et ce vaccin n'a été administré qu'à une cohorte extrêmement limitée de personnes. [[659]](#footnote-660)

Tout au long du déploiement précoce des vaccinations contre la COVID-19 au cours de l’hiver et du printemps 2021, il y a eu une campagne agressive et généralisée — souvent avec le soutien des institutions gouvernementales de santé publique — pour convaincre le peuple américain de se faire vacciner. Toutefois, les nuances du statut réglementaire des vaccins n’étaient pas claires pour la plupart des personnes ordinaires. Au lieu de cela, ces nouveaux vaccins à ARNm ont été simplement qualifiés de «sûrs et efficaces», avec très peu de possibilités pour les patients de discuter de ces vaccins avec leur médecin et d’évaluer leurs risques et avantages individuels.

En réalité, les normes de la FDA pour l’EUA diffèrent de leurs normes pour l’approbation d’une BLA. Plus important encore, pour qu'un BLA soit approuvé, un produit doit démontrer qu'il est sûr et efficace, alors que pour qu'un EUA soit autorisé, le produit doit seulement démontrer qu'il peut être sûr et efficace.[[660]](#footnote-661) La décision de distribuer largement les vaccins contre la COVID-19 dans le cadre d’une EUA a probablement eu des effets négatifs importants sur la perception des vaccins par le public. Il semble que certains responsables de la FDA aient partagé cette préoccupation car elle a ensuite été utilisée comme justification pour expliquer pourquoi l'examen de la BLA a été accéléré de manière agressive.

Le 18 mai 2021, Pfizer est devenue la première entreprise à soumettre un BLA à la FDA pour examen.[[661]](#footnote-662) Dans des circonstances normales, cet examen aurait pris environ 12 mois et aurait été achevé vers mai 2022. Toutefois, cette BLA a fait l’objet d’un examen prioritaire, qui prévoit que le processus devrait être achevé dans environ 8 mois, ce qui a conduit à la fixation d’un droit antidumping à la mi-janvier 2022. Les détails fournis par le Dr Gruber et son adjoint, le Dr Krause, ont indiqué que les responsables de haut niveau de la FDA ont exercé une pression importante sur eux pour accélérer continuellement le calendrier malgré leurs préoccupations quant à la sécurité et à l'efficacité des vaccins.

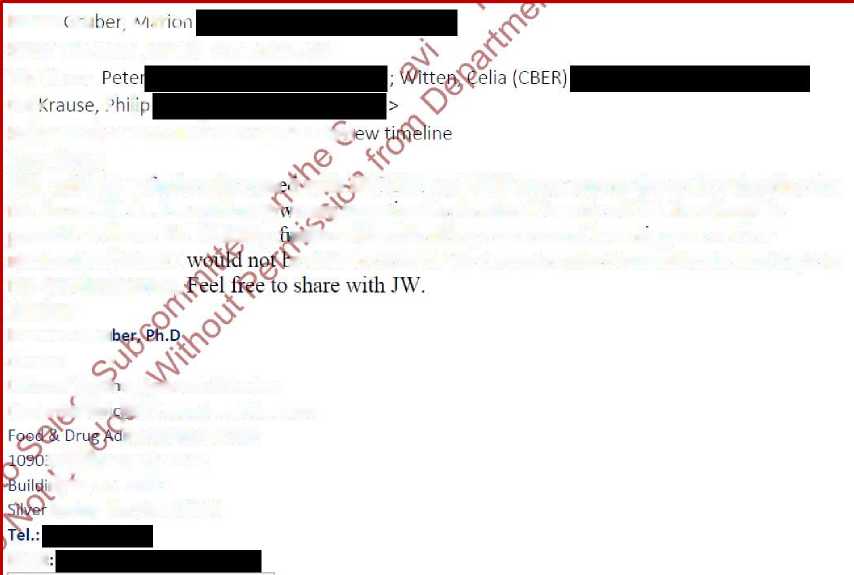
La FDA a finalement considérablement accéléré le processus, Pfizer ayant reçu sa lettre d’approbation officielle pour son vaccin contre la COVID-19 sous la marque COMIRNATY le 23 août 2021, soit près de 5 mois plus rapidement que le calendrier d’examen prioritaire typique.[[662]](#footnote-663) En septembre 2021, il est devenu public que le Dr Gruber et le Dr Krause prenaient leur retraite de la FDA. [[663]](#footnote-664)Peu de temps après, il a été signalé que le départ du Dr Gruber et du Dr Krause était lié à leur désaccord interne sur la question de savoir si les données disponibles soutenaient les injections de rappel pour le grand public.[[664]](#footnote-665)

Depuis lors, les preuves indiquent en outre que la FDA a peut-être permis à la politique d'interférer avec ce qui aurait dû être un processus réglementaire impartial et scientifiquement motivé. Le Dr Gruber et le Dr Krause ont exprimé des préoccupations légitimes concernant l'hyperaccélération de l'examen des vaccins contre la COVID-19 et des injections de rappel et ont été ignorés. Quand ils ont détaillé ces préoccupations au Dr Marks, il les a fait pression davantage.[[665]](#footnote-666) Lorsque la question a été portée à l'attention du Dr Woodcock, elle a confié la responsabilité au Dr Marks et a écarté le Dr Gruber et le Dr Krause.[[666]](#footnote-667) Malheureusement, l’accélération du processus par la FDA a peut-être contribué à la perte de confiance du public dans les vaccins, la santé publique et les institutions gouvernementales, et peut-être à faciliter les mandats de vaccination nocifs contre la COVID-19.[[667]](#footnote-668)

CONSTATATION : L’administration Biden a mis à l’écart des scientifiques de haut niveau après avoir exprimé des inquiétudes concernant le rythme rapide de l’examen de la demande d’approbation des produits biologiques de Pfizer.

En tant que directeur de l’OVRR, le Dr Gruber était l’expert le plus expérimenté chargé d’examiner les BLA pour les vaccins et le décideur ultime. Selon leur propre témoignage, le Dr Gruber, le Dr Krause et le Dr Marks ont initialement accepté de fixer les droits antidumping à la mi-octobre 2021. [[668]](#footnote-669)Selon le Dr Krause, le Dr Marks est revenu peu de temps après et a demandé qu'il soit accéléré jusqu'au 15 septembre 2021.[[669]](#footnote-670) Le Dr Gruber et le Dr Krause ont discuté avec leur équipe et ont dit au Dr Marks qu'il serait possible de compresser l'examen et de respecter la date limite du 15 septembre. [[670]](#footnote-671)Peu de temps après, le Dr Marks les a approchés une fois de plus et a exigé que le calendrier soit repoussé encore plus tôt que le 15 septembre - une date cible qui était déjà huit mois plus tôt que le calendrier d'examen standard et quatre mois plus tôt que le calendrier d'examen prioritaire. [[671]](#footnote-672)

Dans un courriel du 15 juillet 2021 adressé par le Dr Gruber au Dr Marks, elle a expliqué qu’après avoir discuté avec son équipe, elle et le Dr Krause pensaient qu’il serait impossible d’accélérer davantage l’examen sans «couper les coins».[[672]](#footnote-673)



Un mémo expliquant leur logique plus en détail était joint à ce courriel. [[673]](#footnote-674)

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK][REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK] [REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]

Pfizer COVID-19 STN 125742.0 BLA cible AD: 09/15/2021

La décision de l'OVRR d'accélérer l'achèvement prévu de l'examen de la BLA de Pfizer jusqu'au 15 septembre 2021 reposait sur un examen attentif des mesures à prendre. La logique de l'OVRR est décrite ci-dessous. ^0

Le Pfizer BLA est un BLA complexe

Il convient de noter que l'étude pivot à l'appui de la BLA a été menée sur plus de 40 000 sujets. Pour fournir.. L'assurancesupplémentaire de la sécurité et de l'efficacité de ce produit qui est actuellement administré à des millions de sujets aux États-Unis et dans le monde, nous avons demandé un suivi de sécurité de 6 mois tmsupportthe BLA par opposition au suivi de sécurité de 2 mois qui a soutenu l'EUA. Le demandeur a soumis des données d'efficacité supplémentaires sur un nombre important de cas dans les groupes vaccinaux et témoins qui n'étaient pas disponibles avec la soumission de la demande d'EUA et les données sur l'expérience de sécurité post-autorisation. Ces données supplémentaires sont substantielles et permettent une analyse supplémentaire importante??-

La BLA mérite un examen complet et approfondi

d’autres BLA, et bien qu’elle prenne beaucoup de temps, l’OVRR suscite la confiance dans les vaccins contre la COVID-19 ne serait pas servie en commençant à réduire les coûts de cette revie .

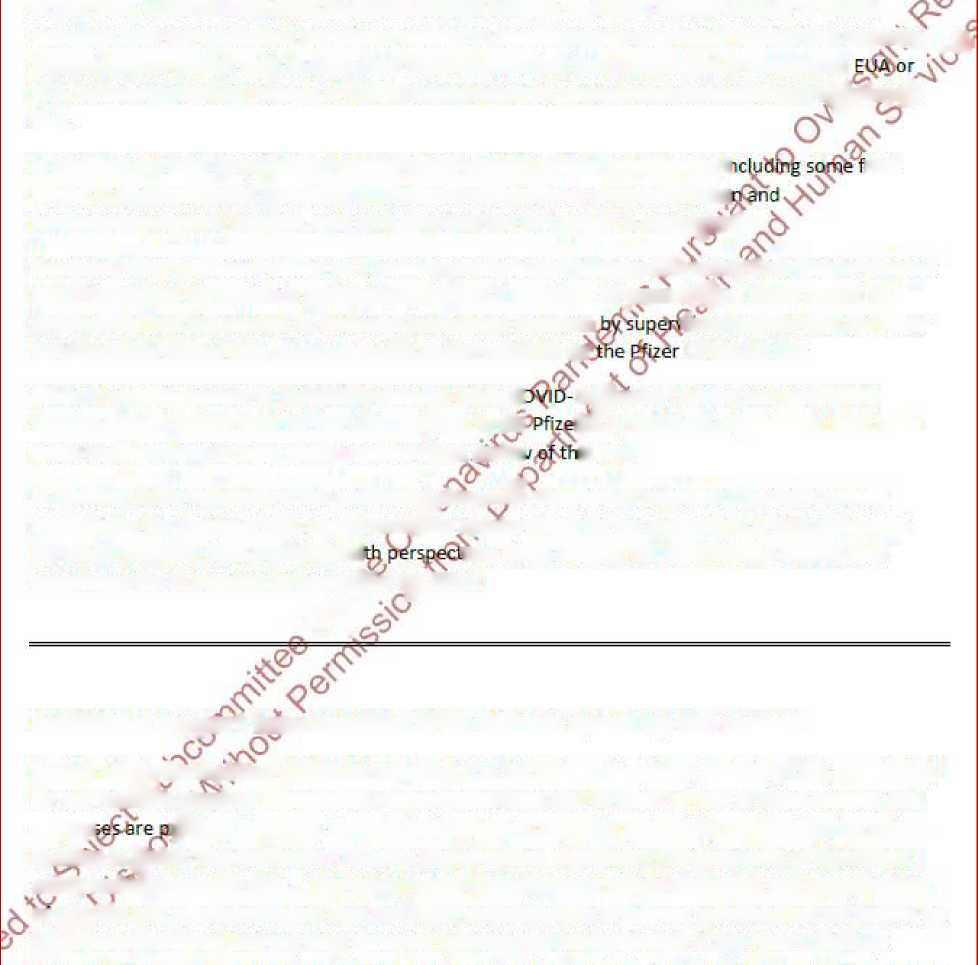
Bien que les données sur l'efficacité puissent sembler simples à évaluer, le suivi à plus long terme des données contrôlées par placebo fournit des informations essentielles qui peuvent être d'une grande pertinence pour les discussions sur le renforcement. En outre, les données de sécurité représentent les données contrôlées par onl\rplacebb dont nous disposons sur la sécurité de ce vaccin. Ces données contrôlées par placebo sont susceptibles d'être exemptes de biais qui pourraient survenir dans les études observationnelles post-autorisation, il est donc impératif que <4Ecarefafiy examine les événements indésirables rapportés, y compris l'évaluation de la

ou absence de vaccin) à la vaccination.

Par rapport à d'autres BLA, la date d'achèvement proposée du 15 septembre serait sans précédent.

Le Pfize(^OVlD3.9 BLA a reçu la désignation de priorité, accordant 8 mois pour l'examen du REC et est un

Ilconvient de noter que la dernière pièce du rôle a été reçue le 18 mai 2021, date à laquelle le réexamen s’est achevé. Nous ciblons le 15 septembre 2021 comme la date à laquelle nous prendrons le règlement v4^iojy, soit moins de 4 mois à compter de la date à laquelle la dernière section de la BLA a été soumise. Ainsi, nous allonspasser en revue ce BLA très grand et complexe dans un tiers du temps généralement accordé pour un BLA.

Cela n'est possible qu'avec la dépriorisation d'autres examens, y compris certains

liées à la COVID-19 et réaffectation du travail à d’autres services médicaux expérimentés

officiers.

À l'heure actuelle, bien que nous ayons embauché des médecins-conseils supplémentaires, nous avons un nombre limité d'examinateurs cliniques ayant l'expérience spécialisée nécessaire pour évaluer les dossiers complexes de vaccins préventifs nécessitant unexamencomplet, tels que ceux pour les vaccins contre la COVID-19 qui ont progressé à la poursuite d'un BLA. Pour faire face au volume élevé de travail lié à la COVID-19, il a fallu déprioriser les fichiers sonr^v^ccji^'-.

En outre, nous avons dé-priorisé certaines présentations liées au vaccin contre la COVID (ii Pfizer), par exemple, les modifications relatives aux protocoles et aux études sur les femmes enceintes.

sujets immunodéprimés, jusqu'à ce que la revue BLA soit conforme

Cependant, Pfizer a demandé des conseils sur 4 protocoles de rappel et des conseils sur la base de données de sécurité pour soutenir l’utilisation du vaccin contre la COVID-19 dans les populations pédiatriques de 6 mois à12 ans.

ne sont plus prioritaires et devront faire l’objet d’un examen par le personnel et d’une supervision du vaccin contre la COVID-19 IND ad EUA, parallèlement aux activités d’examen pour

Bien qu'il n'ait pas été possible de réaffecter complètement d'autres C< travail d'examen lié aux vaccins pour les MO assignés au fait pour leur permettre de se concentrer presque exclusivement sur le neviev

En outre, si la trajectoire de la pandémie/de la variante des préoccupations (c.-à-d. la variante delta) nécessite l'examen des doses de modification de l'UCE ou des doses de bposter pour l'UCE actuellement autorisée par les États-Unis.

ive, ces révisions devront avoir la priorité sur

achèvement de l’examen de la BLA au plus tard le 1er septembre 2021. cT.

Un soutien supplémentaire de l'extérieur de l'OVRR n'accélérera pas l'examen

Les efforts d’examen de la BLA du vaccin contre la COVID-19 de Pfizer dans les différentes disciplines, y compris le CMC, le non-clinique, le PV et la mode, sont en cours. Des demandes d'information ont été envoyées à Pfizer dans le cadre de ces examens, et

^bing. Cependant, l'étape de limitation des taux en ce qui concerne l'accélération potentielle de l'examen

Le délai jusqu'au 15 septembre est l'examen clinique, compte tenu de la complexité des données sur l'efficacité de l'innocuité clinique. L’examen de l’innocuité comprend une évaluation et une interprétation critiques des données d’innocuité sollicitées et non sollicitées et des SAES, ainsi que des EI cliniques présentant un intérêt, y compris, mais sans s’y limiter, le signal de la myocardite qui a été observé à la suite de l’administration de Pfizer COVID-19.

- (Jaccin dans le cadre de l'EUA. Nous effectuons également des analyses de sous-groupes de données sur la sécurité et l'efficacité pour la race, l'ethnicité v et les sujets présentant des conditions sous-jacentes. L'achèvement de ces examens pourrait nécessiter des

correspondance avec le promoteur. Nous espérons que les examinateurs seront en mesure de terminer leurs notes d'examen détaillées pour les diverses activités d'examen d'ici le début de septembre, comme prévu. Une fois cela terminé, il y a d'importantes activités d'examen supplémentaires à compléter, y compris l'étiquetage.

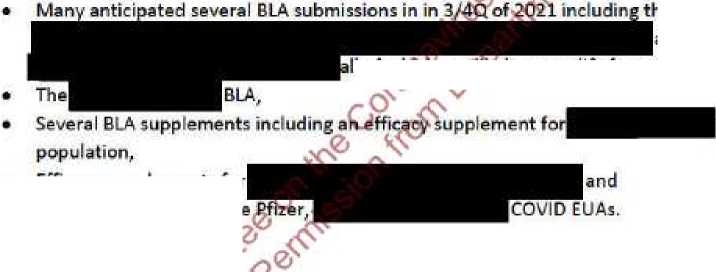
négociations, contrôle prudentiel, préparation de SURA, etc. de telle sorte qu'il ne serait pas possible de délivrer la licence avant le 15 septembre,

J'ai expérimenté MOs affectés à ce fichier travaillent en étroite collaboration avec l'équipe d'analyse de données Che dans CDER-QCb et le personnel de CBER / OBE qui soutiennent leurs efforts d'examen. La nécessité d'une coordination de l'évaluation et d'une cohérence au sein de l'examen entraînerait une diminution des rendements si des effectifs supplémentaires venaient s'ajouter à cet effort. De plus, les examens ont déjà été entrepris et des sections de l'examen sont en cours de rédaction au fur et à mesure qu'elles sont terminées. D'autres sections dépendent des révisions des sections précédentes, de sorte que ces parties de la révision ne peuvent pas être achevées tant que les parties précédentes de la révision n'ont pas été effectuées, et parce qu'elles ont besoin de prendre les subtilités des parties précédentes: compte nta, ne peut pas être aussi fiable p erf ar med par les médecins-conseils qui sont nouveaux dans le dossier. Ainsi, en attribuant des MO supplémentaires (même s'ils ont de l'expérience) pour aider à l'examen de la BLA du vaccin contre la COVID de Pfizer, il est vif que l'effort d'examen soit retardé plutôt que d'accélérer l'effort d'examen, car ces personnes réaffectées auraient besoin de se familiariser avec le dossier.

zCy <7^

En outre, la réaffectation de médecins-conseils expérimentés au BLA p'fiier entraînerait une cascade de réaffectations supplémentaires; et leurs propres missions se traduiront en fin de compte par une augmentation de l'arriéré, y compris des activités critiques d'examen en cours à l'appui:

x ZS'-»

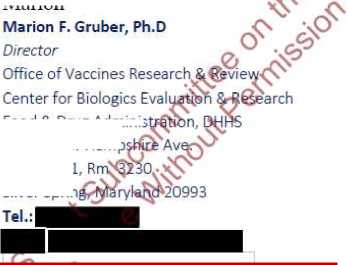
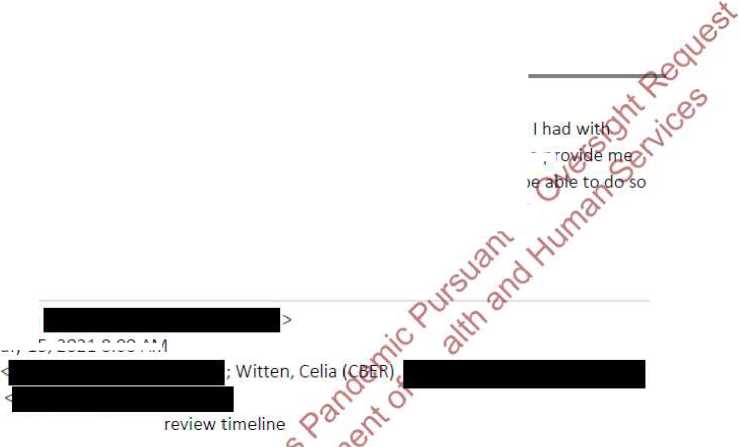
e BLA pour t et BLA pour

II dont certains sont susceptibles de faire l'objet d'un examen prioritaire

Les en-têtes de paragraphe de cette note fournissent un résumé succinct de leurs arguments:

* Le Pfizer BLA est un BLA complexe
* La BLA mérite un examen complet et approfondi
* Par rapport à d'autres BLA, la date d'achèvement proposée du 15 septembre serait sans précédent.
* Cela n'est possible qu'avec la redéfinition des priorités d'autres examens, y compris certains liés à la COVID-19, et la réaffectation du travail à d'autres médecins-conseils expérimentés.
* Un soutien supplémentaire de l'extérieur de l'OVRR n'accélérera pas l'examen
* Un soutien supplémentaire de l'extérieur de l'OVRR, s'il est utilisé efficacement, pourrait réduire la nécessité de ne pas prioriser certaines présentations.[[674]](#footnote-675)

Le Dr Marks a transmis ce courriel et la note de service jointe au Dr Woodcock et leur a suggéré de passer un appel téléphonique pour discuter de la situation.



Le Dr Woodcock a répondu et a indiqué qu'elle avait l'intention que le Dr Marks prenne en charge l'examen du BLA de Pfizer et remplace le Dr Gruber et le Dr Krause.[[675]](#footnote-676) Au cours de son entrevue transcrite, la Dre Woodcock a témoigné que cette décision de les remplacer avait été prise par elle-même.

|  |  |
| --- | --- |
| Dre Janet Woodcock (13 mai 2024) | |
| Q. | Et vous avez dit, "Peter, vous pouvez en savoir plus quand vous prenez la relève." Vous parlez du Dr Marks qui prend la relève du Dr Gruber? |
| A. | Oui, je crois que je l'étais. |
| Q. | Est-il donc juste de dire qu'au 16 juillet, vous aviez décidé que le Dr Marks prendrait la relève? |
| A. | C'est juste. |
| \*\*\* |  |
| Q. | Avez-vous pris cette décision par vous-même? |
| A. | Oui. |
| Q. | Et le Dr Marks l'a-t-il demandé, ou était-ce votre idée? |
| A. | C'était mon idée.[[676]](#footnote-677) |

Le 19 juillet 2021, le Dr Gruber, le Dr Krause, le Dr Marks, le Dr Woodcock et sa chef de cabinet, Mme Julia Tierney, ont convoqué une réunion pour en discuter davantage. Le 21 juillet 2021, le Dr Gruber a envoyé un courriel au groupe pour commémorer son point de vue sur ce qui avait été discuté lors de la réunion.[[677]](#footnote-678)

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK][REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK] [REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]

**À partir de:** Marion de Gruber

**Envoyé:** Mercredi 21 juillet 2021 11:59 Al

**À l'attention de:** Marks, Pierre

Cc : Tierney, Julia

Objet: Examen du BLA de Pfi2er/BioNTe<tL pour Comirnaty, vaccin à ARNm contre la COVID-19 – Résumé de la réunion du 19 juillet 2021 – 8 h 30 </

Chères Janet et Peter, ysU

Ce qui suit résume ma compréhension de la réunion du 19 juillet 2021 à 8h30 entre vous, PhT Krause. Julie Tierney et moi-même discuterons de l'examen du BLA de Pfizer/BioNTech pour Comirnaty, vaccin à ARNm contre la COVID-19. Au cours de cette réunion, j'ai fait re(etWice à la note de service que le Dr Krause et moi avons composée et envoyée au Dr Marks le 15 juillet. 2021, delineati ne peut pas »

les vaccins ne seraient pas servis en précipitant notre examen et notre évaluation des données soumises. En outre, le Dr.

Krause et moi-même avons souligné les questions réglementaires très importantes qui doivent encore être réglées au moment où nous prendrons des mesures sur ce BLA – y compris le plan pédiatrique – qui devient de plus en plus complexe à la lumière des preuves croissantes de l’association de ce vaccin et du développement de la myocardite (en particulier chez les jeunes hommes, mais aussi des âges inclus dans l’indication BLA). Cela a également une incidence sur la finalisation des exigences post-commercialisation et des engagements post-commercialisation. En outre, il y a des demandes d'information en attente au promoteur, et il y aura probablement des demandes d'information supplémentaires basées sur l'examen continu des données, et le moment de la réponse du promoteur est hors du contrôle du REC.

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]



**Marion F. Gruber, Ph.D 0**

*Directeur*

Bureau du Centre^ Food^t

**EubHampshire cinq jri, Rm. 3230 mng, Maryland 20993**

Le Dr Gruber a écrit qu'elle et le Dr Krause demeuraient préoccupés par le fait que:

[Un] examen qui est hyper-accéléré au-delà de la date cible déjà très rapide du 15 septembre et, par conséquent, peut être moins approfondi que notre examen typique semble plus susceptible de saper la confiance dans le vaccin (et, en fait, dans la crédibilité de la FDA) que de l’augmenter.[[678]](#footnote-679)

Le Dr Gruber a également commémoré la décision du Dr Woodcock de confier l’examen au Dr Marks et au Dr Krause.

Vous nous avez informés de votre décision selon laquelle la gestion et la supervision de l'examen de la LBA par l'OVRR seront déléguées au Dr Marks, qui vous fournira des mises à jour hebdomadaires sur le processus d'examen et veillera à ce que la diligence raisonnable soit exercée pendant mon absence [SUPPRIMÉ]. Vous m'avez également informé que le Dr Krause ne participera pas à la surveillance de la BLA, car il supervisera d'autres programmes réglementaires et programmatiques de l'OVRR. Je note que le Dr Krause est un expert reconnu en matière de réglementation et de développement des vaccins et qu'il connaît très bien les enjeux scientifiques et cliniques présentés par ce produit vaccinal en particulier, et que l'équipe d'examen s'appuie sur son expertise et ses conseils.[[679]](#footnote-680)

Le Dr Woodcock a témoigné que la justification qu'elle a donnée au cours de la réunion pour avoir mis à l'écart le Dr Gruber et le Dr Krause avec le Dr Marks était centrée sur le fait que le Dr Gruber allait être en vacances à l'extérieur du pays et que le Dr Krause était un expert, mais pas un clinicien.

|  |  |
| --- | --- |
| Dre Janet Woodcock (13 mai 2024) | |
| Q. | Êtes-vous généralement d’accord avec le résumé de la réunion [du Dr Gruber]? |
| A. | Elle se concentre sur les échéanciers. Je ne me suis pas concentré là-dessus pendant ma partie de la réunion. Je me suis concentré sur le fait qu'elle serait en vacances, ce qui est parfaitement raisonnable, un peu de temps en famille, à l'extérieur du pays, pas en mesure de superviser cette révision très compliquée, comme elle l'a dit. Le Dr Krause est un expert, ce n'est pas un clinicien, et j'ai demandé à Peter de prendre en charge l'examen. [[680]](#footnote-681) |

Lors d’une audition du sous-comité restreint le 15 février 2024, le Dr Marks a témoigné avec dédain que, selon lui, les préoccupations du Dr Gruber et du Dr Krause étaient simplement liées à «la charge de travail».

Dr Peter Marks (15 février 2024)

Q. Vous rappelez-vous pourquoi le Dr Gruber et le Dr Krause se sont dits préoccupés par l'accélération de l'approbation du vaccin?

R. Ils étaient préoccupés par la charge de travail. [[681]](#footnote-682)

Pourtant, ces explications semblent laisser de côté le fait que le Dr Gruber et le Dr Krause étaient devenus «intransigeants» en augmentant les droits antidumping au-delà du 15 septembre, ce qu’ils ont expliqué en détail dans leur raisonnement d’expert, et que ni le Dr Gruber ni le Dr Krause n’ont déclaré qu’ils n’étaient pas en mesure de s’acquitter de leurs fonctions.

CONSTATATION : L’administration Biden a accéléré l’approbation de la demande d’approbation des produits biologiques de Pfizer pour imposer des mandats de vaccination

Le résumé de la réunion du 19 juillet établi par le Dr Gruber a également explicitement souligné le fait que le Dr Marks et le Dr Woodcock ont indiqué qu’ils souhaitaient avancer la date cible, en partie parce que c’était une condition préalable à l’entrée en vigueur des mandats de vaccination.

Vous avez exprimé votre inquiétude face à l'augmentation du nombre de cas de COVID aux États-Unis et dans le monde, en grande partie causée par le variant Delta, et avez déclaré [leur] opinion selon laquelle, en l'absence d'une licence, les États ne peuvent pas exiger la vaccination obligatoire et que les personnes hésitant à obtenir un vaccin autorisé par l'EUA seraient plus enclines à le faire lorsque le produit est autorisé.[[682]](#footnote-683)

Lorsqu’elle a été confrontée au résumé de la réunion du Dr Gruber, le Dr Woodcock a témoigné qu’elle n’était pas en mesure de se rappeler si des mandats de vaccination avaient été émis lors de leur réunion du 19 juillet.

|  |  |
| --- | --- |
| Dre Janet Woodcock (13 mai 2024) | |
| Q. | Le sujet des mandats de vaccination ou des politiques de vaccination obligatoire a-t-il été abordé au cours de cette réunion? |
| A. | Pas par moi. |
| Q. | Mais vous rappelez-vous que quelqu'un d'autre les a peut-être élevés? |
| A. | Je ne m'en souviens pas.[[683]](#footnote-684) |

Toutefois, elle a pu se rappeler qu’à un moment indéterminé, le Dr Marks avait effectivement discuté des mandats de vaccination contre la COVID-19, ainsi que du fait que le statut réglementaire des vaccins contre la COVID-19 pourrait avoir une incidence sur la capacité de percevoir des mandats.

Dre Janet Woodcock (13 mai 2024)

|  |  |
| --- | --- |
| Q. | Est-ce que des conversations [avec le Dr Marks] ont déjà porté sur les mandats de vaccination ou les politiques de vaccination obligatoire, en général? |
| A. | Je crois que le Dr Marks l'a évoqué plusieurs fois. |
| Q. | Deux ou trois fois? |
| A. | Oui. |
| Q. | Vous souvenez-vous d'heures précises? |
| A. | Non. |
| \*\*\* |  |
| Q. | Le Dr Marks vous a-t-il déjà parlé de la nécessité d'une approbation complète des produits biologiques pour que les groupes instaurent des mandats de vaccination? |
| A. | Le Dr Marks a commenté le fait que les mandats pour certaines populations seraient liés à leur statut de FDA.[[684]](#footnote-685) |

During his transcribed interview with the House Committee on the Judiciary, Dr. Marks said that he recalled having some discussions about the link between full BLA approval and vaccine mandates, but that he did not recall bringing up vaccine mandates during the July 19 meeting, or who else may have done so.

Dr Peter Marks (15 avril 2024)

Q. Était-ce Janet Woodcock ou était-ce vous qui avez dit au Dr Gruber que [en l'absence d'une licence, les États ne peuvent pas exiger la vaccination obligatoire]?

R. Je ne peux pas parler – je ne sais pas. Et je ne me souviens pas que j’aurais jamais dit cela, mais je ne me souviens pas, et je ne peux pas parler à qui l’a dit.

Q. Étiez-vous présent lorsque cela a été dit?

R. Encore une fois, je ne me souviens pas que cela ait été dit. J’étais quelque chose qui avait – regardez, le potentiel de mandats vaccinaux est quelque chose qui a peut-être été discuté au fil du temps, même dès le début – pendant la pandémie. Mais je ne me souviens pas qui aurait introduit cela dans la conversation.[[685]](#footnote-686)

Lors de l’audition du sous-comité restreint du 15 février 2024, le Dr Marks a témoigné de manière indécise qu’il ne se souvenait pas de la conversation spécifique sur les mandats de vaccination, mais qu’il s’agissait probablement simplement d’une «déclaration de fait».

|  |  |
| --- | --- |
| Dr Peter Marks (15 février 2024) | |
| Q. | Vous souvenez-vous de conversations concernant la nécessité d’approuver les vaccins pour qu’ils soient ensuite mandatés? |
| A. | Il a été reconnu qu’une approbation pouvait permettre la mise en place de mandats de vaccination, mais il ne s’agissait pas de conversations à ce sujet: |
| Q. | Donc, le Dr Gruber a écrit que vous et le Dr Woodcock avez exprimé votre opinion qu'en l'absence d'une licence, les États ne peuvent pas exiger la vaccination obligatoire. Vous souvenez-vous de cette conversation? |
| A. | Je ne sais pas à quoi vous faites référence, mais je -- il y a probablement -- c'est juste une déclaration de fait qu'une fois que vous avez un vaccin homologué, un mandat pourrait être placé.[[686]](#footnote-687) |

Contrairement au Dr Marks et au Dr Woodcock, lors d'entrevues transcrites avec le Comité judiciaire de la Chambre, le Dr Gruber et le Dr Krause ont tous deux témoigné sans ambiguïté que c'était à la fois le Dr Marks et le Dr Woodcock qui ont exprimé leur opinion qu'une licence était une condition préalable aux mandats de vaccination.

Le Dr Gruber a témoigné:

Dr. Marion Gruber (18 juillet 2023)

Q. Votre courriel est adressé à la fois à Marks et à Woodcock, et vous dites ici « vous ». Était-ce Woodcock ou était-ce Marks ou était-ce les deux qui ont exprimé leur opinion qu’une licence serait nécessaire pour les mandats de vaccination?

R. C'était les deux. Oui.[[687]](#footnote-688)

Le Dr Krause a témoigné:

Dr Philip Krause (7 septembre 2023)

Q. Le Dr Woodcock ou le Dr Marks ont-ils déclaré que l'objectif était d'exiger la vaccination obligatoire?

R. Eh bien, comme indiqué dans le courriel, la discussion portait sur les mandats de l'État, et bien sûr, certains mandats avaient déjà été annoncés par l'administration Biden. Il y avait une soi-disant règle de vaccination ou de test qu'ils avaient mise en place à un moment donné plus tôt en août, si je me souviens bien. Il ne faisait donc aucun doute, selon mes souvenirs, que le Dr Marks et le Dr Woodcock considéraient l'homologation du vaccin comme une condition préalable aux mandats.[[688]](#footnote-689)

Le Dr Gruber et le Dr Krause ont également tous deux témoigné que le fait de faire place à des mandats de vaccination semblait avoir joué un rôle clé dans la persistance du Dr Marks et du Dr Woodcock à accélérer l’examen­de la BLA de Pfizer:

Le Dr Gruber a témoigné:

Dr. Marion Gruber (18 juillet 2023)

Q. Y avait-il d'autres raisons qu'ils ont données, ou pourriez-vous déterminer pourquoi ils avaient un tel sentiment d'urgence pour obtenir cela?

R. La raison qui m'a été donnée était le mandat de vaccination. Et la deuxième raison que j’ai également mentionnée dans mon courriel est que les personnes qui hésitent à prendre un vaccin autorisé mais non approuvé peuvent être enclines à prendre le vaccin s’il est autorisé. Telles sont les deux raisons qui m'ont été fournies.[[689]](#footnote-690)

Le Dr Krause a témoigné:

Dr Philip Krause (7 septembre 2023)

Q. Maintenant, vous venez de dire qu'il faut appuyer les mandats. À votre avis, est-ce que cela explique en partie pourquoi vous avez tous subi des pressions pour respecter ce délai, car cette date est supposée?

A. Étant donné qu’ils en ont parlé, il est difficile d’imaginer que cela n’ait pas été une composante de cette pression.[[690]](#footnote-691)

Il est très préoccupant que le fait d’ouvrir la voie à des politiques de vaccination obligatoires ait joué un rôle quelconque dans le processus d’approbation des vaccins contre la COVID-19 par la FDA, et pire encore qu’il semble avoir joué un rôle primordial dans leur justification pour écarter les meilleurs experts en vaccins et accélérer la date cible. Les mandats de vaccination sont fondamentalement des questions hautement politiques dont la FDA devrait être complètement isolée. Le Dr Woodcock a volontiers admis ce fait lors de son entrevue transcrite.

Dre Janet Woodcock (13 mai 2024)

Q. La FDA a-t-elle un rôle à jouer dans l'élaboration de politiques comme les mandats de vaccination?

A. Non.[[691]](#footnote-692)

CONSTATATION : Les responsables de la Food and Drug Administration desÉtats-Unis ont refusé de réfuter les allégations selon lesquelles la Maison Blanche de Biden était impliquée dans la demande d'approbation des produits biologiques Pfizer.

Le 9 août 2021, après que le Dr Marks eut repris l’examen de la BLA de Pfizer, mais avant qu’il ne soit achevé, le secrétaire Austin a publié une note annonçant son intention de demander l’approbation du président Biden pour mandater des vaccins contre la COVID-19 pour les militaires américains «au plus tard à la mi-septembre, ou immédiatement après l’autorisation de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis, selon la première éventualité».[[692]](#footnote-693) Comme indiqué dans la note, le secrétaire Austin n’a pas été en mesure de délivrer un mandat pour les vaccins contre la COVID-19 sans une dérogation du président Biden tant que les vaccins restaient sous le statut d’EUA.[[693]](#footnote-694) La note implique que le secrétaire Austin savait que la FDA avait travaillé avec un ADD du 15 septembre 2021. En outre, le communiqué de presse du ministère de la défense annonçant cette note indique que «la Food and Drug Administration devrait donner son approbation complète aux vaccins, éventuellement d’ici la fin du mois».[[694]](#footnote-695)

En fin de compte, la FDA a délivré son approbation pour la BLA de Pfizer le 23 août 2021 et le lendemain, le 24 août 2021, le secrétaire Austin a publié une note annonçant le mandat vaccinal du ministère de la défense.[[695]](#footnote-696) Le moment douteux soulève des inquiétudes quant à savoir si le secrétaire Austin, ou tout autre fonctionnaire de l'exécutif, pourrait avoir été impliqué dans l'hyper-accélération de l'ADD. Le Dr Krause a témoigné qu'il pensait qu'il semblait que certaines décisions que l'OVRR prendrait normalement étaient prises ailleurs:

Dr Philip Krause (7 septembre 2023)

J'admets que les événements de juillet et d'août entourant la BLA et les vaccins de rappel m'ont préoccupé, sans connaissance directe d'une interférence extérieure spécifique, parce que je ne connaissais aucune communication de l'extérieur, mais il semblait que des décisions majeures qui auraient normalement été du ressort du bureau étaient maintenant prises à l'extérieur du bureau, que ce soit au niveau du directeur du centre ou même ailleurs.[[696]](#footnote-697)

Lors de l’audition du sous-comité restreint du 15 février 2024, le Dr Marks a témoigné qu’il avait pris la décision de faire pression sur le Dr Gruber et le Dr Krause pour qu’ils augmentent seuls les droits antidumping avant le 15 septembre.

|  |  |
| --- | --- |
| Dr Peter Marks (15 février 2024) | |
| Q. | Quelqu'un vous a-t-il instruit, ou est-ce juste une décision que vous avez prise par vous-même? |
| A. | C'était une décision que j'avais prise toute seule. [[697]](#footnote-698) [[698]](#footnote-699) [[699]](#footnote-700) |

La Dre Woodcock a nié avoir eu connaissance à l’avance du projet du secrétaire Austin d’émettre un mandat de vaccination.

|  |  |
| --- | --- |
| Dre Janet Woodcock (13 mai 2024) | |
| Q. | Saviez-vous que le secrétaire Austin prévoyait de rendre obligatoire la vaccination contre la COVID-19 avant le 24 août 2021? |
| A. | N° 1250 |

Le Dr Woodcock a également nié avoir communiqué avec quiconque au DOD au sujet de la BLA de Pfizer avant qu'elle ne soit approuvée.

|  |  |
| --- | --- |
| Dre Janet Woodcock (13 mai 2024) | |
| Q. | Avez-vous communiqué avec quelqu'un au ministère de la Défense avant l'émission de la BLA concernant la BLA? |
| A. | N° 1251 |

Cependant, le Dr Woodcock a admis qu'elle avait communiqué avec la Maison Blanche au sujet de la BLA de Pfizer.

Dre Janet Woodcock (13 mai 2024)

Q. Avez-vous communiqué avec quelqu'un à la Maison Blanche au sujet de la BLA de Pfizer avant d'être émise?

R. Oui.[[700]](#footnote-701)

Lorsqu'on lui a demandé des détails, l'avocat de l'administration Biden a demandé au Dr Woodcock de ne pas répondre aux questions sur ses conversations avec la Maison Blanche concernant l'ADD pour la revue Pfizer BLA à mesure qu'elle évoluait au fil du temps.

|  |  |
| --- | --- |
| Dre Janet Woodcock (13 mai 2024) | |
| Personnel majoritaire. | Avez-vous discuté avec la Maison Blanche de l'ADD attendu à mesure qu'il évoluait au fil du temps pour la BLA de Pfizer? |
| Conseil du HHS. | Maintenant, nous nous penchons davantage sur le fond et, à ce stade, nous ne serons pas en mesure de répondre. |
| Personnel majoritaire. | Vous demandez au témoin de ne pas répondre? |
| Conseil du HHS. | Oui.[[701]](#footnote-702) |

Le Dr Woodcock a également témoigné que les mises à jour sur le calendrier d'un ADD pour une approbation de vaccin sont généralement partagées avec les CDC, car ils ont des mesures connexes à prendre, mais pas d'autres organismes. Elle a expliqué que cette information est considérée comme privée.

Dre Janet Woodcock (13 mai 2024)

Q. Alors que l'ADD se déplace, fournissez-vous des mises à jour au CDC à ce sujet?

R. Oui.

Q. Fournissez-vous généralement - ou la FDA fournit-elle généralement des mises à jour sur les ADD à d'autres organismes que le CDC?

R. La FDA ne fait généralement pas cela, parce que c'est une information en mouvement sur le marché, n'est-ce pas? Et nous demandons à quiconque que nous ne dirions généralement pas cela aux gens, n'est-ce pas? Mais cette relation avec les CDC est très spéciale, car ils ont également une action à entreprendre.

|  |  |
| --- | --- |
| Q. | Donc, en dehors du CDC, il s'agit généralement d'informations privées? |
| A. | Absolument.[[702]](#footnote-703) |

Le Dr Woodcock a reconnu que même si cette information était considérée comme privée, elle serait parfois rapportée publiquement dans les journaux.

Dre Janet Woodcock (13 mai 2024)

Q. [D]pendant le processus d'approbation du vaccin contre la COVID-19, les droits antidumping ont-ils été partagés avec d'autres organismes?

R. Pas pour moi - pas par moi.

Q. À votre connaissance, quelqu'un d'autre l'a-t-il fait?

R. Eh bien, cela apparaissait souvent dans les journaux. Mais cela pourrait provenir des entreprises, parce que nous le disons à l'entreprise, afin qu'elle puisse se préparer. Ils doivent -- l'entreprise doit faire beaucoup de travail. C'est une activité très frénétique vers la fin de cela, alors que vous approchez de cette date finale. Et ainsi les compagnies seraient informées. Il est donc difficile de savoir qui le ferait - mais les dates pourraient commencer à flotter là-bas. Vous savez, les entreprises en parlent. [[703]](#footnote-704)

Il semble peu probable que ni le Dr Marks ni le Dr Woodcock ne se rappellent qui a mentionné les mandats de vaccination lors de la réunion du 19 juillet, malgré le rappel de nombreux autres détails sur l'appel et le temps qui l'entoure. Il semble également peu probable que le Dr Gruber se soit trompé dans son résumé très détaillé – qui n’a été envoyé que deux jours après la réunion – et qu’elle et le Dr Krause se soient tous deux trompés lors de leurs entretiens transcrits.

Au lieu de cela, il semble que le Dr Marks et le Dr Woodcock aient peut-être choisi de feindre l’amnésie ou de ne pas répondre intentionnellement aux questions, car ils seraient autrement impliqués dans une campagne de pression visant à accélérer l’approbation des vaccins contre la COVID-19 afin de faciliter les mandats vaccinaux nationaux et fédéraux qui étaient fondés sur le statut réglementaire des vaccins. Néanmoins, leur témoignage contredit directement celui du Dr Gruber et du Dr Krause et a laissé des questions sans réponse sur les informations fournies par la Maison Blanche ou d'autres agences exécutives avant l'approbation de la BLA.

En fin de compte, le Dr Gruber a approuvé le BLA de Pfizer et a témoigné qu’elle croyait que le vaccin était sûr et efficace.[[704]](#footnote-705) Toutefois, cela n’excuse pas le fait que le processus qui a été entrepris était imprudent, et cela ne dément pas non plus la perception du public selon laquelle ces vaccins ont été approuvés à la hâte pour satisfaire un agenda politique – qui a culminé avec des mandats vaccinaux nocifs qui ont bafoué la liberté individuelle, le consentement éclairé et la relation médecin-patient. Les agences sanitaires fédérales auraient dû faire davantage pour garantir l’intégrité du processus et préserver la confiance du peuple américain dans la santé publique et les vaccins. En omettant de le faire, ils ont probablement causé des dommages irréparables à la confiance du public et à notre préparation à une pandémie.

1. Les responsables de la santé publique ont ignoré l'immunité naturelle, malgré son efficacité et sa durabilité prouvées

L’immunité naturelle et l’immunité acquise par infection sont la capacité de l’organisme à créer une protection interne contre un agent infectieux envahissant.[[705]](#footnote-706) En termes simples, une protéine appelée anticorps pénètre dans la circulation sanguine et aide le corps à détecter et à combattre l'agent infectieux s'il revient. C'est une science connue et étudiée depuis les années 1800.[[706]](#footnote-707) Un exemple courant de cela, est la varicelle, communément appelée varicelle. Au moins 90 pour cent des adultes américains sont immunisés contre la varicelle en raison d'avoir la maladie comme un enfant.[[707]](#footnote-708) En plus du taux élevé d'infection acquise immunité à la maladie, lors de la licence du vaccin en 1995, le nombre de cas de varicelle a diminué de plus de 95 pour cent.[[708]](#footnote-709)

CONSTATATION : Ceux qui se sont rétablis de la COVID-19 ont reçu l'immunité.

Bien que la nouveauté et le manque de connaissances initiales sur la COVID-19 ne puissent être sous-estimés, il a été établi scientifiquement que l'infection par les coronavirus, y compris le SARs-CoV-1, produisait une immunité acquise par l'infection.[[709]](#footnote-710) Cependant, il n'a pas fallu longtemps pour présenter une recherche mondiale établissant que la COVID-19 produisait une immunité naturelle après l'infection.

Une étude, publiée en octobre 2021, a examiné le taux de réinfection par la COVID-19 chez les personnes en Lombardie, en Italie, lors de la première vague d’infections.[[710]](#footnote-711) L’étude a suggéré que la réinfection par la COVID-19 était rare et que ceux qui s’étaient rétablis du virus présentaient un risque plus faible de réinfection.[[711]](#footnote-712) Les résultats suggèrent en outre que l'immunité naturelle a fourni un effet protecteur pendant environ un an, similaire aux études vaccinales rapportées.[[712]](#footnote-713) Une autre étude italienne de mars 2020 a suivi 36 patients présentant des cas documentés du virus. [[713]](#footnote-714)Ces patients ont été suivis jusqu’en septembre 2021 et les 17 qui n’ont pas été vaccinés ont continué à présenter des anticorps IgG pendant au moins 18 mois.[[714]](#footnote-715)Une autre étude réalisée en février 2020 au Qatar et publiée dans le New England Journal of Medicine a conclu qu’une infection antérieure par la COVID-19 empêchait la réinfection du virus.[[715]](#footnote-716)Une étude réalisée en janvier 2021 à l’Institut d’immunologie de La Jolla a révélé que 95 % des 200 participants présentaient des réponses immunitaires durables jusqu’à huit mois après l’infection par la COVID-19.[[716]](#footnote-717) Des études supplémentaires menées en Angleterre et en Israël en 2021 ont révélé des taux d’infection tout aussi faibles chez les personnes entièrement vaccinées et celles qui étaient précédemment infectées par la COVID-19. [[717]](#footnote-718)

Le 16 février 2023, plus de trois ans après le début de la pandémie, The Lancet a publié un rapport confirmant les avantages associés à l'immunité acquise naturellement. [[718]](#footnote-719)L'étude a révélé qu'une infection antérieure à la COVID-19 offre au moins le même niveau de protection que deux doses d'un vaccin à ARNm de haute qualité, comme Moderna ou Pfizer-BioNTech. [[719]](#footnote-720)La protection contre la réinfection du virus peut atteindre 40 semaines ou plus. [[720]](#footnote-721)La probabilité de ne pas être infecté à nouveau est la plus forte avec la souche originale (ancêtre) du virus, et les variantes alpha, bêta et delta, qui restent toutes à plus de 78% après 40 semaines. [[721]](#footnote-722)La variante omicron est plus faible, à 36,1%. [[722]](#footnote-723)La protection était élevée pour toutes les variantes de la maladie grave (hospitalisation ou décès). [[723]](#footnote-724)

Cette étude a été la première à «évaluer de manière exhaustive la protection immunitaire naturelle contre la réinfection par la COVID-19 par variant (infection primaire et réinfection) et à évaluer la diminution de l’immunité avec le temps depuis l’infection primaire». [[724]](#footnote-725) Les chercheurs ont examiné la gravité des symptômes, la variante du virus et la durée écoulée depuis le dernier test positif de dépistage de la COVID-19 chez les sujets. L'article du Lancet comprenait 65 études de 19 pays.

Même avec toutes les données scientifiques mondiales selon lesquelles ceux qui ont contracté la COVID-19 ont bénéficié d'une longue période d'immunité, l'administration Biden et les CDC ont commencé à promouvoir une stratégie uniquement vaccinale pour l'immunité de la population. Lorsque les vaccins ont été déployés, environ 91 millions d'Américains avaient déjà été infectés par le COVID-19.[[725]](#footnote-726) Pourtant, tout statut de récemment récupéré du virus, et donc fourni avec un court laps de temps d'immunité, a été complètement ignoré.

CONSTATATION : L'immunité de troupeau est un concept et une occurrence réels soutenus par des leaders de la santé publique, tels que le Dr Fauci, et il y a eu un effort coordonné des responsables de la santé publique pour ignorer l'immunité naturelle et supprimer les opinions dissidentes.

Il est compréhensible que les phases initiales de la pandémie de COVID-19 aient été truffées d’inconnues. Pourtant, alors que la recherche et l'information ont été recueillies, la science a soutenu l'infection par les coronavirus, y compris le SARS-CoV-1, a fourni aux individus une immunité acquise par l'infection.[[726]](#footnote-727) De nombreux chercheurs ont reconnu la science existante et ont appelé les décideurs politiques et les responsables gouvernementaux à utiliser l'immunité acquise contre la COVID-19 pour aider à contrôler la propagation du virus. De nombreux pays à travers le monde ont autorisé une infection antérieure à la COVID-19 à satisfaire le «statut de vaccination» des personnes.[[727]](#footnote-728) Pourtant, les responsables de la santé publique des États-Unis ont résisté à l’inclusion de l’immunité acquise par l’infection lors de l’élaboration de lignes directrices et de politiques pendant la pandémie. Malgré cette résistance, dans une interview transcrite, le Dr Fauci a témoigné que l’immunité naturelle est une «vraie chose».

Dr Anthony Fauci (9 janvier 2024)

Q. Je veux parler de l'immunité naturelle pendant une minute. En général, l'immunité naturelle est-elle une chose réelle?

\*\*\*

R. C’est une chose réelle.[[728]](#footnote-729)

Le manque de discussions sur les politiques était évident lorsque d'autres idées ont été proposées, mais n'ont jamais été discutées. Par exemple, la Déclaration de Great Barrington était une lettre ouverte publiée en octobre 2020 en réponse aux confinements massifs.[[729]](#footnote-730) Signé à l'origine par des scientifiques de l'Université d'Oxford, de l'Université Stanford et de l'Université Harvard, le document présentait l'idée que les confinements avaient des effets néfastes sur la santé mentale et physique des populations.[[730]](#footnote-731) Il a plaidé en faveur d’une stratégie de «protection ciblée» contre la pandémie.[[731]](#footnote-732) Les auteurs ont proposé de réduire les méfaits du confinement en mettant fin aux restrictions obligatoires pour la plupart des gens, tout en protégeant les personnes les plus vulnérables.[[732]](#footnote-733)

Les critiques de cette idée ont immédiatement disqualifié la proposition, à un degré troublant jamais vu auparavant dans la communauté scientifique. Toute personne associée au document a été immédiatement classée comme un théoricien «fringe».[[733]](#footnote-734) Plutôt que d’être autorisée à s’engager dans un débat scientifique et politique, la proposition alternative a été qualifiée de dangereuse et qualifiée d’approche «laissez-la déchirer», c’est-à-dire de vaste propagation du virus. La déclaration de Great Barrington n’a catégoriquement pas plaidé en faveur d’une infection intentionnelle par la COVID-19 ou d’une approche consistant à «laisser tomber». Dès les premiers jours de la pandémie de COVID-19, il était évident que les dirigeants de la santé publique avaient peu d’intérêt à s’engager dans une forme quelconque de débat alternatif.

Dans un courriel du 8 octobre 2020 adressé par le Dr Collins au Dr Fauci, au Dr Lane et au Dr Tabak, le Dr Collins a écrit que la proposition d’une politique autre que les confinements nationaux nécessitait «un retrait publié rapide et dévastateur de ses prémisses».[[734]](#footnote-735)

Une semaine après ce courriel, le Dr Collins a qualifié la déclaration de Great Barrington de «composante marginale de l’épidémiologie [...] qui n’est pas la science dominante».[[735]](#footnote-736) Il l’a également qualifiée de tout à fait dangereuse.[[736]](#footnote-737) À la suite des vives réprimandes des responsables des NIH, des médias réputés et internationaux, tels que Wired, The Wall Street Journal, The Guardian, Independent et Telegraph, parmi presque tous les autres, ont commencé à rejeter l'idée que la Grande Déclaration de Barrington était quelque chose à prendre au sérieux ou même à discuter. [[737]](#footnote-738)

L’administration Biden s’est également rendue complice d’une tentative de gestion du flux d’informations sur la COVID-19 dans les espaces publics. Dans une lettre d'août 2024 au Comité de la Chambre sur le pouvoir judiciaire, M. Zuckerberg a écrit que la Maison Blanche avait fait pression sur l'entreprise pour censurer certains messages sur le COVID-19.[[738]](#footnote-739)

Ce genre de rhétorique et de comportement a créé un environnement scientifique qui a favorisé l'hostilité et le mépris pur et simple pour les opinions divergentes. Les scientifiques et les médecins ont été diabolisés par leurs collègues et leurs pairs au sein de leur propre communauté.[[739]](#footnote-740) Même s'il était évident que ce virus était nouveau, il n'y avait absolument pas de place pour un débat scientifique de haut niveau.

Les auteurs de la Déclaration de Great Barrington, et tous les autres scientifiques ayant une idée différente de celle dictée par les responsables de la santé publique, n'exigeaient pas que leurs idées politiques deviennent loi. Ils demandaient simplement qu'on leur permette de participer à la conversation. Pourtant, l’immunité acquise par l’infection n’a jamais fait partie de la politique nationale de santé publique pendant la pandémie de coronavirus.

Le travail des responsables de la santé publique est d'offrir les meilleurs conseils scientifiques pour protéger la nation dans son ensemble. Pourtant, pendant la pandémie de COVID-19, de nombreux responsables de la santé publique se sont concentrés de près sur une mission, au détriment des autres, y compris la confiance du public. En juillet 2023, lors d'un panel pour Broken Angels, le Dr Collins a réfléchi à son temps en tant que leader pendant la pandémie.

Si vous êtes un professionnel de la santé publique et que vous essayez de prendre une décision, vous avez cette vision très étroite de ce qu’est la bonne décision, et c’est quelque chose qui sauvera une vie ... vous attachez donc une valeur infinie à l’arrêt de la maladie et au sauvetage d’une vie. Vous n'attachez aucune valeur à la question de savoir si cela perturbe totalement la vie des gens, ruine l'économie et empêche de nombreux enfants d'aller à l'école d'une manière qu'ils ne se sont jamais tout à fait rétablis, c'est un état d'esprit de santé publique... une autre erreur que nous avons commise.[[740]](#footnote-741)

Lors d'une audience du sous-comité spécial du 8 mars 2023, le député Ronny Jackson (R-T.X.) a demandé au Dr Redfield ce qui pouvait être fait pour regagner la confiance des responsables de la santé publique.

Dr Robert Redfield (8 mars 2023)

Deuxièmement, il faut avoir le courage, quand on est agent de santé publique, de dire, je ne sais pas, quand on ne sait pas. Et je pense que c’est vraiment fondamental: c’est ainsi que nous commençons à le perdre lorsque les gens disent que tout ira bien une fois que nous aurons obtenu 30 % d’immunité, puis plus tard, ils disent 50 %, puis plus tard, ils disent 70 %. Et puis la presse dit, eh bien, pourquoi avez-vous dit 50 pour cent avant, et maintenant vous dites 70 pour cent? Et les [responsables de la santé publique] disent, eh bien, je ne pensais pas que le public était prêt à entendre cela.[[741]](#footnote-742)

L’exclusion agressive de l’immunité naturelle par les responsables de la santé publique, même considérée comme faisant partie de la lutte contre le virus de la COVID-19, a créé un climat d’hostilité au sein de la communauté scientifique qui produira des effets néfastes durables. Le leadership en santé publique semblait ne promouvoir qu'un seul programme et ne pas favoriser une atmosphère de respect mutuel et de discussion solide.

1. Les mandats de vaccination n'ont pas été soutenus par la science et ont causé plus de tort que de bien

La FDA a publié des EUA pour les vaccins Pfizer-BioNTech et Moderna COVID-19 en décembre 2020.[[742]](#footnote-743) L’EUA pour le vaccin contre la COVID-19 de Janssen (Johnson et Johnson) a été délivrée en février 2021.[[743]](#footnote-744) Début février, les États-Unis avaient administré environ 26,5 millions de vaccins, l'un des déploiements les plus rapides au monde.[[744]](#footnote-745) À la fin de février, les doses administrées avaient presque doublé pour atteindre 50 millions de doses administrées. [[745]](#footnote-746)

Le 19 mars 2021, les États-Unis ont administré leur 100 millionième vaccin. [[746]](#footnote-747)Au 18 avril, la moitié de tous les adultes américains avaient reçu au moins une dose de COVID-19,[[747]](#footnote-748) et le 19 avril, tous les adultes américains sont devenus admissibles à un vaccin.[[748]](#footnote-749) Début août 2021, 70 % de la population américaine avait été vaccinée, dont 90 % des Américains âgés de 65 ans et plus.[[749]](#footnote-750)

En décembre 2020, le président élu Biden a déclaré qu’il ne rendrait pas les vaccins obligatoires. Le président Biden et d'autres responsables de l'administration ont réitéré cette promesse pendant une grande partie du début et de la mi-2021, alors que les vaccins étaient déployés.[[750]](#footnote-751) Cependant, la promesse a rapidement été rompue lorsque, le 24 août 2021, le secrétaire Austin a annoncé le premier mandat fédéral en matière de vaccin contre la COVID-19, un jour après l’approbation complète du vaccin Pfizer par la FDA. Ce premier mandat de vaccination contre la COVID-19 imposait aux secrétaires de chaque département militaire de « commencer immédiatement la vaccination complète de tous les membres des forces armées sous l’autorité du ministère de la défense ». Le secrétaire Austin a également noté que cette décision avait été prise « avec le soutien du président ». Le [[751]](#footnote-752) ministère de la défense n’a toutefois pas mentionné ni fait référence à des études scientifiques spécifiques étayant son mandat. En outre, le secrétaire Austin a ignoré à plusieurs reprises les lettres des membres du Congrès concernant la prise de décisions fondées sur des données concernant la santé de l'armée.[[752]](#footnote-753)

Après que le DOD a publié son mandat, les vannes des mandats fédéraux se sont ouvertes. Le 9 septembre 2021, le président Biden a publié le décret 14043, qui exigeait que les employés fédéraux soient vaccinés contre la COVID-19 au plus tard le 8 novembre 2021, ou risquent d'être retirés ou licenciés de leur emploi fédéral.[[753]](#footnote-754) Le 4 novembre 2021, l'OSHA a publié une règle qui obligeait tous les employeurs comptant 100 employés ou plus à imposer des mandats de vaccination contre la COVID-19, et CMS a annoncé un mandat de vaccination contre la COVID-19 pour tous les travailleurs de la santé qui travaillaient dans des établissements participant à Medicare et Medicaid.[[754]](#footnote-755) Enfin, le 30 novembre 2021, HHS a annoncé une règle exigeant la vaccination contre la COVID-19 pour tout le personnel, les contractants et les bénévoles du programme Head Start.

Bien que les cinq principaux mandats fédéraux en matière de vaccin contre la COVID-19 soient maintenant annulés, annulés ou autrement terminés, leurs conséquences persisteront pendant des années à venir. Les mandats de vaccination contre la COVID-19 ont fait perdre aux gens leurs moyens de subsistance, réduit notre personnel de santé et d'éducation, réduit notre préparation militaire et notre recrutement, provoqué une hésitation à la vaccination, réduit la confiance dans la santé publique, piétiné les libertés individuelles, approfondi les divisions politiques et interféré dans la relation patient-médecin.

Outre ces graves conséquences, la base scientifique des mandats de vaccination contre la COVID-19 était très discutable. Les mandats COVID-19 ont ignoré l’immunité naturelle, la stratification du risque lié au virus, le risque d’événements indésirables liés au vaccin, ainsi que le fait que les vaccins n’empêchent pas la propagation de la COVID-19. Entre-temps, comme la sous-commission spéciale l’a établi lors d’auditions précédentes, les responsables fédéraux de la santé ont constamment surestimé le pouvoir des vaccins et creusé les clivages politiques avec des déclarations telles que «la pandémie des non-vaccinés».[[755]](#footnote-756) Il s’agit d’un autre exemple des orientations et des politiques de l’administration Biden qui s’écartent des limites des preuves disponibles tout en proclamant fièrement qu’elles «suivaient la science».[[756]](#footnote-757) Pour eux, «parce que je vous l’ai dit» était suffisant.

Mandat du DOD

Le secrétaire Austin a publié le mandat de vaccination contre la COVID-19 du ministère de la Défense le 24 août 2021 , [[757]](#footnote-758)et il est resté en vigueur jusqu’à ce qu’il l’annule le 10 janvier 2023[[758]](#footnote-759), comme l’exige la loi sur l’autorisation de la défense nationale (NDAA) pour l’exercice 2023.[[759]](#footnote-760) Au cours des 16 mois pendant lesquels le mandat de vaccination contre la COVID-19 était en vigueur, environ 8 000 militaires ont été séparés en raison de leur statut vaccinal contre la COVID-19.[[760]](#footnote-761) Toutefois, plus de 17 500 exemptions religieuses des troupes étaient encore en cours de jugement juste avant l’annulation du mandat relatif au vaccin contre la COVID-19.[[761]](#footnote-762) Certains ont également fait valoir que le langage NDAA n'allait pas assez loin pour atténuer les dommages causés par le mandat de vaccination contre la COVID-19, car les militaires séparés ne seraient pas automatiquement réintégrés ou remboursés. [[762]](#footnote-763)Le sous-comité restreint convient que les membres devraient être réintégrés avec un paiement rétroactif.

Mandat sur la main-d'oeuvre fédérale

Le 9 septembre 2021, le président Biden a publié le décret 14043 qui exigeait que les 3,5 millions d'employés fédéraux reçoivent un vaccin contre la COVID-19 d'ici le 22 novembre 2021. [[763]](#footnote-764)Dans le communiqué de presse publié par la Maison Blanche, le président Biden a déclaré que «[l]a santé et la sécurité de la main-d’œuvre fédérale, ainsi que la santé et la sécurité des membres du public avec lesquels ils interagissent, sont fondamentales pour l’efficacité de la fonction publique» et que «[les vaccins contre la COVID-19] protègent les personnes contre l’infection et les maladies graves, et réduisent considérablement la probabilité d’hospitalisation et de décès». L’administration Biden a officiellement mis fin à ce mandat (ainsi qu’au mandat de la CMS) à la fin de l’urgence de santé publique le 11 mai 2023. [[764]](#footnote-765)

Mandat de l'OSHA

Le 4 novembre 2021, l'administration Biden a annoncé qu'elle utiliserait l'OSHA pour obliger toutes les entreprises de plus de 100 employés à imposer des mandats de vaccination contre la COVID-19.[[765]](#footnote-766) En vertu de cette norme temporaire d’urgence [ci-après l’«ETS»], les employés seraient tenus de se faire vacciner ou de subir des tests hebdomadaires. Les entreprises devraient également accorder aux travailleurs des congés payés pour recevoir des vaccins et se remettre de tout effet indésirable. Les entreprises qui ne s'y conformeraient pas encourraient jusqu'à 14 000 $ d'amendes par infraction. [[766]](#footnote-767)

On s'est immédiatement demandé si l'OSHA avait le pouvoir d'imposer une telle exigence. Le 9 novembre 2021, la Fédération nationale des entreprises indépendantes (ci-après la «NFIB») a intenté une action en justice contre l’OSHA concernant ce SEQE.[[767]](#footnote-768) Peu de temps après, le 12 novembre 2021, la Cour d'appel du cinquième circuit a prononcé un sursis.[[768]](#footnote-769) Le 17 décembre 2021, la cour d’appel du sixième circuit a annulé la suspension de la cour du cinquième circuit, ce qui a permis la mise en œuvre du SEQE. Le 13 janvier 2022, la Cour suprême s'est rangée du côté du NFIB et a empêché l'OSHA d'appliquer le SEQE seulement trois jours après son entrée en vigueur. Cependant, de nombreux employeurs avaient déjà mis en œuvre des mandats de vaccination contre la COVID-19 à ce stade.

Mandat du CMS

Dans la même annonce du 4 novembre 2021 du mandat de vaccination contre la COVID-19 de l'OSHA, l'administration Biden a simultanément annoncé qu'elle procéderait à un mandat de vaccination contre la COVID-19 pour tous les travailleurs de la santé qui travaillaient dans des établissements participant à Medicare et Medicaid. En raison de l'échelle incroyablement grande de ces deux programmes fédéraux, ce mandat a couvert environ 10 millions de personnes et environ 76 000 fournisseurs de soins de santé. [[769]](#footnote-770)Il s’agissait de l’un des mandats de vaccination contre la COVID-19 les plus importants en raison du nombre important de personnes relevant de son champ d’application, du fait qu’il est resté en vigueur jusqu’en mai 2023 et des dommages qu’il a causés au personnel de santé au milieu d’une pandémie. De nombreux travailleurs de la santé ont volontairement démissionné ou ont été licenciés pour non-respect du mandat. [[770]](#footnote-771)

Mandat du Programme d'aide préscolaire

Le 30 novembre 2021, le Bureau de l’aide préscolaire – le programme fédéral d’éducation préscolaire au sein du HHS – a annoncé une règle finale provisoire [ci-après l’«IFR»] imposant à la fois des exigences en matière de vaccination et de masquage aux bénéficiaires de subventions du programme.[[771]](#footnote-772) Plus précisément, l'IFR a rendu obligatoire le vaccin contre la COVID-19 pour l'ensemble du personnel, des bénévoles et des entrepreneurs, ainsi que le masquage universel pour toutes les personnes âgées de deux ans ou plus.[[772]](#footnote-773) Avant le 11 mai 2023, date officielle de la fin de l’urgence de santé publique liée à la COVID-19, il avait été interdit à l’administration Biden d’appliquer le mandat Head Start par un juge d’un tribunal fédéral de district le 21 septembre 2022. [[773]](#footnote-774)

Autres juridictions:

Les mandats fédéraux de vaccination contre la COVID-19 de l’administration Biden imposaient directement des exigences de vaccination à plus de 12 millions d’Américains, mais même les personnes ne relevant pas de ces mandats risquaient de rencontrer une autre entité qui en imposerait une. [[774]](#footnote-775)Bon nombre de ces entités ont peut-être même été encouragées à le faire en raison des mandats fédéraux en matière de vaccins contre la COVID-19, même si elles ne sont pas obligées de le faire. Les États, les comtés, les municipalités, les écoles, les employeurs, les restaurants, les compagnies aériennes, les gymnases, les lieux de divertissement et bien d'autres à travers le pays ont imposé des mandats de vaccination contre la COVID-19.

En réponse au mandat de l'OSHA, de nombreuses entreprises privées ont poussé à mettre en œuvre leurs propres politiques de vaccination. Après que la FDA a accordé à la hâte l'approbation complète du vaccin Pfizer le 23 août 2021, ces entreprises, entre autres, ont annoncé une forme de plan de vaccination: American Express, Amtrak, Cisco, Citigroup, CVS Health, Deloitte, Delta Airlines, DoorDash, Equinox, Facebook, Ford, General Electric, Goldman Sachs, Google, Lyft, McDonalds, MGM Resorts International, Microsoft, Morgan Stanley, NBCUniversal, Netflix, The New York Times, Saks, Southwest Airlines, Twitter, Uber, United Airlines, Walgreens, The Walt Disney

Company, Walmart et le Washington Post.[[775]](#footnote-776) Les personnes qui ont refusé de se conformer à ces mandats de vaccination contre la COVID-19 ont été licenciées de leur emploi et beaucoup plus de personnes ont choisi de cesser de fumer à la place.[[776]](#footnote-777)

Les campus universitaires à travers le pays ont été un autre domaine considérablement touché par les mandats de vaccination contre la COVID-19. Avant le déploiement du vaccin contre la COVID-19, les étudiants avaient déjà été dépouillés de l'expérience universitaire traditionnelle et les portes étaient ouvertes de manière fragmentaire et incohérente. Cependant, la mise en œuvre des mandats de vaccination contre la COVID-19 sur les campus a entraîné de nouvelles perturbations. Il y avait encore de nombreux campus en 2023 qui exigeaient que les étudiants reçoivent un vaccin contre la COVID-19 et des rappels, même si les rappels se sont révélés inutiles pour les jeunes[[777]](#footnote-778) et que le risque de myocardite est plus élevé chez les jeunes hommes.[[778]](#footnote-779)

Les effets négatifs des confinements liés à la COVID-19 ont été largement signalés et, pour certains, les exigences relatives au «passeport vaccinal» sont devenues un nouveau confinement de facto. Par exemple, à Washington DC, les bars, les gymnases, les salles de concert et d'autres entreprises ont été contraints d'exiger une preuve de vaccination contre la COVID-19 pour leurs clients.[[779]](#footnote-780) Même après que le mandat de vaccination contre la COVID-19 a été abandonné,[[780]](#footnote-781) de nombreuses entreprises ont choisi de maintenir leurs exigences de vaccination en vigueur.[[781]](#footnote-782) Une histoire similaire s'est déroulée dans d'autres juridictions à travers le pays.

CONSTATATION : Les mandats de vaccination contrela COVID-19 ont causé des dommages collatéraux massifs et étaient très probablement contre-productifs.

Les vaccins seuls, et donc les mandats de vaccination contre la COVID-19, ne pouvaient pas et ne nous ont pas amenés à une «immunité collective».[[782]](#footnote-783) Pourtant, ils ont causé des dommages collatéraux qui ont été ressentis par des millions d’Américains.

Un article de mai 2022 du British Medical Journal [ci-après «BMJ»] sur la santé mondiale rédigé par le Dr Bardosh et plusieurs autres experts en santé publique et en bioéthique du monde entier a constaté que les mandats de vaccination contre la COVID-19 causaient des dommages collatéraux importants. Le résumé du document indiquait ce qui suit:

Notre analyse suggère fortement que les politiques obligatoires de vaccination contre la COVID-19 ont eu des effets néfastes sur la confiance du public, la confiance dans les vaccins, la polarisation politique, les droits de l'homme, les inégalités et le bien-être social. Nous remettons en question l'efficacité et les conséquences de la politique de vaccination coercitive dans la réponse à la pandémie et exhortons la communauté de la santé publique et les décideurs à revenir à des approches de santé publique non discriminatoires et fondées sur la confiance.[[783]](#footnote-784)

Le document du BMJ a également constaté que les mandats de vaccination contre la COVID-19 servaient principalement à encourager la vaccination chez les jeunes qui étaient les moins à risque de maladie grave liée à la COVID-19, et que cela renforçait encore la méfiance et provoquait une réaction:

Bien que les études suggèrent que les politiques actuelles sont susceptibles d'augmenter les taux de vaccination au niveau de la population dans une certaine mesure, les gains ont été les plus importants chez les moins de 30 ans (un groupe à très faible risque) et dans les pays avec une consommation inférieure à la moyenne. En outre, les enseignements tirés de la psychologie comportementale suggèrent que ces politiques sont susceptibles d’ancrer la méfiance et de provoquer une réaction – une motivation pour contrer une menace déraisonnable pour la liberté. [[784]](#footnote-785)

Le Dr Bardosh a témoigné devant le sous-comité restreint lors d’une audition du 27 juillet 2023 intitulée «Parce que je l’ai dit: Examen de la science et de l’impact des mandats de vaccination contre la COVID-19.» Le Dr Bardosh a pu approfondir ces conclusions sur les mandats de vaccination contre la COVID-19.

Dr Kevin Bardosh (27 juillet 2023)

Q. Dr Bardosh, amplifions certains points de vos publications. Il y a eu un effort de collaboration que vous avez publié avec des chercheurs et des médecins de Johns Hopkins, Harvard et Oxford, oui ou non?

R. Oui.

Q. Les mandats de vaccination contre la COVID-19 issus de vos recherches, de votre publication avec d'autres, ont-ils érodé les libertés civiles?

R. Oui, c'est vrai.

Q. Le vaccin contre la COVID impose-t-il de rompre la confiance dans les responsables de la santé publique?

R. Oui, c'est vrai.

|  |  |
| --- | --- |
| Q. | Les mandats de vaccination contre la COVID-19 ont-ils créé un stress financier pour les personnes et les familles qui ont perdu leur emploi en raison des mandats de vaccination contre la COVID-19? |
| A. | Absolument. |
| Q. | Et Dr Bardosh, pensez-vous que la diminution du nombre de personnes recevant des vaccins pédiatriques de routine pour leurs enfants est due aux mandats du vaccin contre la COVID-19? |
| A. | Oui, oui. |
| Q. | Et, enfin, et je vous remercie pour votre brièveté. Dr Bardosh, pensez-vous que les mandats de vaccination contre la COVID-19 ont nui à l’Amérique? |
| A. | Oui, oui.[[785]](#footnote-786) |

Ces dommages collatéraux ont peut-être entravé notre préparation à une future pandémie. Le Dr Bardosh a témoigné que les mandats de vaccination contre la COVID-19 ont diminué la confiance du public dans les vaccins et seraient probablement responsables de la résistance aux vaccins lors d'une future pandémie.

Dr Kevin Bardosh (27 juillet 2023)

Q. Dr Bardosh, votre article dans le British Medical Journal of Global Health traite des conséquences imprévues des mandats de vaccination contre la COVID-19. L'administration Biden en a imposé plusieurs, y compris le mandat du DOD pour les membres du service militaire, le mandat du décret pour les employés et les entrepreneurs fédéraux, le mandat de l'OSHA pour les employeurs de 100 employés ou plus, le mandat du CMS pour les travailleurs de la santé dans les établissements qui participent à Medicare et Medicaid, et le mandat du vaccin contre la COVID-19 du programme HHS Head Start pour lequel nous savons que les jeunes enfants sont au moins à risque. Pouvez-vous mettre en évidence les ramifications de ces mandats, tels que les politiques de non-vaccination, de non-vaccination, de passeport vaccinal et de confinement social pour les non-vaccinés?

R. Il ne fait aucun doute dans mon esprit que ces politiques de mandat seront responsables de l’augmentation de la méfiance la prochaine fois qu’il y aura une pandémie et de la mobilisation de la résistance à un futur vaccin lors d’une future pandémie. Et je pense qu’il est vraiment choquant, et un peu triste, que mes collègues de la communauté de la santé publique, qui sont pro-mandat, ne comprennent pas cela.[[786]](#footnote-787)

Comme le Dr Bardosh l'a souligné dans le document du BMJ, les mandats de vaccination semblent également avoir approfondi les divisions politiques. La rhétorique de certains politiciens et responsables de la santé publique a décrit les mandats de vaccination comme une politique nécessaire pour lutter contre les «non vaccinés» égoïstes, ignorants ou malveillants qui perpétuaient la pandémie. Les Américains voulaient être honnêtement éduqués sur le virus et les vaccins, pas endoctrinés. Lors de l’audition du 27 juillet 2021 du sous-comité restreint, le Dr Bardosh a témoigné que cette rhétorique était une «réponse de bouc émissaire», ce qui, selon les preuves, pourrait être contre-productif en tant que stratégie de santé publique.

Dr Kevin Bardosh (27 juillet 2023)

Q. Dr Bardosh, dans votre article, vous avez mentionné que les dirigeants politiques ont pointé du doigt les personnes non vaccinées et les ont blâmées pour la poursuite de la pandémie. En fait, en juillet 2021, au début de la vague de variantes Delta, la directrice des CDC, Rochelle Walensky, a déclaré qu’elle «devenait une pandémie de non-vaccinés». Est-ce le genre de blâme, Dr Bardosh, auquel vous faisiez référence dans votre article?

R. Oui, c'est une réponse de bouc émissaire.

Dr Bardosh, je vais simplifier les choses. Croyez-vous que ce genre de langage est nocif lorsque nous recherchons des fonctionnaires en charge de faire des boucs émissaires?

R. Je pense, vous savez, que la communauté du VIH/sida a fait beaucoup de recherches sur la stigmatisation et les boucs émissaires, n'est-ce pas? Et, vous savez, des décennies de recherche ont montré que la stigmatisation en tant que stratégie de santé publique est contre-productive. J'en resterai là. [[787]](#footnote-788)

Dans une interview accordée à Fox 5 New York en décembre 2022, le Dr Anthony Fauci a semblé admettre ce fait, en disant: «[Je] voudrais que les gens fassent preuve de bon jugement pour se protéger et protéger leur famille dans cette communauté sans nécessairement avoir à mandater quoi que ce soit, car, vous savez, il y a une lassitude à être mandaté. Les gens n’aiment pas qu’on leur dise quoi faire.»[[788]](#footnote-789) Pourtant, c’était trop - un peu trop tard. Le Dr Fauci lui-même avait déjà fait des remarques extrêmement incendiaires sur les non-vaccinés, y compris lors d’une interview pour un livre audio par le journaliste Michael Specter, où il considérait avec condescendance que les préoccupations de ne pas se faire vacciner étaient simplement des «conneries idéologiques» et impliquait que les institutions devraient rendre la vie difficile aux non-vaccinés en utilisant des mandats de vaccination:

Une fois que les gens se sentiront responsabilisés et protégés légalement, vous aurez des écoles, des universités et des collèges qui diront: «Tu veux venir dans cette université, mon pote? Tu vas te faire vacciner. Madame, vous allez vous faire vacciner.» Les grandes entreprises comme Amazon et Facebook et tous ces autres vont dire: «Vous voulez travailler pour nous, vous vous faites vacciner.»

Et il a été prouvé que lorsque vous compliquez la vie des gens, ils perdent leurs conneries idéologiques et se font vacciner.[[789]](#footnote-790)

Lors de l’audition du sous-comité restreint du 3 juin 2024, le Dr Fauci a reconnu rétrospectivement que toutes les objections aux vaccins contre la COVID-19 n’étaient pas des conneries idéologiques.

Dr Anthony Fauci (3 juin 2024)

Q. Est-ce que toutes les objections aux vaccinations contre le COVID sont des conneries idéologiques, Dr Fauci?

R. Non, ils ne le sont pas.[[790]](#footnote-791)

Certains ont également fait valoir que les mandats de vaccination contre la COVID-19 iraient à l’encontre de leur objectif déclaré de mettre fin à la pandémie. En juin 2021, la psychologue Katrin Schmelz et l’économiste Samuel Bowles ont coécrit un article du Washington Post intitulé: «Imposer des mandats de vaccination peut être contre-productif, selon nos recherches.»[[791]](#footnote-792) Schmelz et Bowles ont écrit que leurs recherches suggéraient que cela pourrait «nuire à la conformité volontaire, prolonger la pandémie et augmenter ses coûts sociaux».[[792]](#footnote-793) Plus précisément, leur enquête par panel représentative en Allemagne a montré que:

[Faire de la vaccination une exigence légale aurait pu retarder le taux de vaccination, car cela aurait considérablement réduit la volonté d’être vacciné, conformément à la théorie de l’autodétermination et de la réactance en psychologie et à ce que les économistes appellent «l’aversion au contrôle».[[793]](#footnote-794)

Les mandats de vaccination semblent également avoir contribué à une augmentation de la réticence à la vaccination et de la méfiance générale à l'égard des autorités de santé publique. Par exemple, une étude récente des CDC a montré que les taux de vaccination des enfants d'âge préscolaire diminuaient chaque année depuis le début de la pandémie. [[794]](#footnote-795)Cette tendance pourrait s’avérer problématique pour les efforts de vaccination au cours d’une future pandémie.

Les mandats de vaccination contre la COVID-19 ont également forcé des millions de personnes à choisir entre leurs moyens de subsistance et la vaccination, même si elles avaient des convictions personnelles ou religieuses ou une raison médicale. Ce n'est pas seulement injuste, mais cela a également fait perdre leur emploi à des milliers de personnes au milieu d'une pandémie et d'un environnement économique instable. [[795]](#footnote-796)

Lors de l’audition du sous-comité restreint du 27 juillet 2023, Mme Allison Williams a témoigné au sujet de la perte de son emploi de journaliste sportive d’ESPN après avoir demandé une exemption de l’obligation pour Disney de

Mandats en matière de vaccins contre la COVID-19. Mme Williams a dit au Sous-Comité spécial qu'au moment du mandat, elle travaillait activement avec des spécialistes de la fertilité pendant qu'elle et son mari essayaient d'avoir leur deuxième enfant.[[796]](#footnote-797) Son médecin a soutenu sa décision de renoncer au vaccin en raison de son jeune âge, de sa bonne santé et des efforts continus pour concevoir un enfant. [[797]](#footnote-798)Néanmoins, Mme

Williams a été licencié.[[798]](#footnote-799)

Mme Allison Williams (27 juillet 2023)

Tout comme cela, nouvellement enceinte, j'ai été dépouillée de mon emploi, de mon assurance maladie et de mes décisions personnelles et médicales sur le sujet des nouvelles nationales. Il est difficile d'expliquer ce que c'est que d'avoir autant pris de vous pour faire ce que vous savez dans votre cœur et votre esprit d'être la bonne chose pour vous et votre famille. Le tribut financier qu'il a pris sur ma famille et tant d'autres comme nous était important, et encore durable. Les salaires perdus et les sacrifices consentis par des familles comme la mienne qui ont résisté aux mandats excessifs et injustifiés visant à préserver leur autonomie et leur santé ne pourront jamais être entièrement récupérés. [[799]](#footnote-800)

Pire encore, l'un des secteurs les plus touchés, en raison du mandat de vaccination contre la COVID-19 de la CMS, était notre personnel de santé. Les mêmes personnes annoncées comme des «héros» en 2020 ont rapidement été licenciées pour non-conformité en 2021.[[800]](#footnote-801) Cette notion est absurde à première vue, mais elle est prise à un autre niveau étant donné que la main-d'œuvre de la santé, en particulier dans le domaine des soins infirmiers, était à un niveau de pénurie de crise à travers le pays au cours de cette période.

Dans un article de décembre 2022, l’AP a mis en évidence cette hypocrisie absurde et a noté que «les fondations investissent des millions de dollars dans les efforts visant à faire en sorte que davantage de personnes restent dans la profession [infirmière]».[[801]](#footnote-802) L’AP a également cité une étude publiée en avril 2022 par Health Affairs, qui a montré que plus de 100 000 infirmières, soit 1,8 % de la main-d’œuvre nationale, sont parties en 2021.[[802]](#footnote-803) Beaucoup de ces conséquences potentielles étaient connues avant les mandats fédéraux de vaccination contre la COVID-19 et étaient largement discutées dans les médias, mais l'administration Biden a quand même continué.[[803]](#footnote-804) Malheureusement, de nombreuses personnes qui ont été licenciées ou qui ont quitté leur emploi ont probablement acquis une immunité naturelle contre une infection antérieure et cette immunité a peut-être été supérieure à l'immunité acquise par la vaccination.

CONSTATATION : Les mandats de vaccination contrela COVID-19 n'étaient pas soutenus par la science.

Non seulement les mandats de vaccination contre la COVID-19 ont-ils entraîné de nombreuses conséquences imprévues, mais ils n'étaient pas non plus fondés sur la science. Dans l’annonce du 9 septembre 2021 par le président Biden du mandat de la main-d’œuvre fédérale, il a cité l’idée que les vaccins protègent contre l’infection comme premier exemple de la raison pour laquelle le mandat était nécessaire.[[804]](#footnote-805)

WH.GOV

Les vaccins contre la COVID-19 sont largement disponibles aux États-Unis. Ils protègent les gens contre l'infection et les maladies graves.et ils réduisent considérablement la probabilité d'hospitalisation et de décès. À la date de la présente ordonnance, l'un des vaccins contre la COVID-19, le vaccin Pfizer-BioNTech CO\TD-19, également connu sous le nom de Comirnaty, a reçu l'approbation de la Food and Drug Administration (FDA), et deux autres, le vaccin ModernaCOVID-19 et le vaccin Janssen COVID-19, ont été autorisés par la FDA pour une utilisation d'urgence. La FDA a déterminé que les trois vaccins répondent à ses normes rigoureuses en matière de sécurité, d'efficacité et de qualité de fabrication.

Cependant, il était déjà évident à l'époque et est maintenant communément connu que les vaccins ne vous empêchent pas d'être infecté ou de transmettre le virus.[[805]](#footnote-806) Cela semble invalider la logique la plus fondamentale d'un mandat vaccinal. Comme l’a noté le Dr Vinay Prasad, professeur au département d’épidémiologie et de biostatistique de l’université de Californie à San Francisco, «les mandats médicaux sont interdits s’ils ne procurent aucun avantage à des tiers». [[806]](#footnote-807)

Les mandats de vaccination contre la COVID-19 ont également largement ignoré la notion d’immunité naturellement acquise. Selon la norme de la plupart des mandats de vaccination contre la COVID-19, aucune exception n'a été faite pour ceux qui avaient déjà contracté le virus. Au contraire, l'exception la plus courante était d'autoriser le dépistage hebdomadaire au lieu d'être complètement vacciné. Le président Wenstrup a une expérience directe du mépris pour l'immunité naturelle acquise lors d'une infection antérieure. Le président a été vacciné avec le vaccin Pfizer à deux coups. Six mois plus tard, il a contracté la COVID avec des symptômes légers.[[807]](#footnote-808) Un fournisseur de soins de santé de la maison a dit au président qu'il avait besoin d'une injection de rappel avant de partir en voyage officiel.[[808]](#footnote-809) Préoccupé par une réponse hyperimmune en raison de sa récente guérison d’une infection, le président demande son nombre d’anticorps – un nombre élevé est de 40, mais le nombre du président est de 821.[[809]](#footnote-810)

Cela semble aller à l'encontre de décennies de recherche scientifique. Alors que la COVID-19 était un nouveau virus, il était clair que les infections par les coronavirus, y compris le SARS-CoV-1, produisaient une immunité naturelle.[[810]](#footnote-811) En 2021, une fois que la recherche a commencé à émerger spécifiquement sur le SARS-CoV-2, cette notion a été davantage soutenue. Une étude publiée en octobre 2021, utilisant des données provenant d’Italie, a montré que les réinfections étaient rares et que la protection durait environ un an. [[811]](#footnote-812)D'autres études étaient d'accord avec cela, et certaines ont même directement remis en question la logique des mandats de vaccination contre la COVID-19.[[812]](#footnote-813)

En février 2023, une étude a été publiée dans The Lancet qui a montré que l'immunité naturelle offre la même protection que deux doses d'un vaccin à ARNm.[[813]](#footnote-814) Plus précisément, il a montré que l'immunité acquise par l'infection réduisait le risque d'hospitalisation et de décès de 88% pendant au moins 10 mois.[[814]](#footnote-815) Cette étude a été la première à «évaluer de manière exhaustive la protection immunitaire naturelle contre la réinfection par la COVID-19 par variant (infection primaire et réinfection) et à évaluer la diminution de l’immunité avec le temps depuis l’infection primaire».[[815]](#footnote-816)

Dans le même ordre d’idées, les mandats de vaccination contre la COVID-19 ont appliqué une approche unique à la médecine, ce qui a gravement compromis la relation patient-médecin. Les mandats ont réduit l’espace de décision du médecin pour effectuer des évaluations personnalisées fondées sur les risques afin de déterminer la ligne de conduite appropriée. Cela signifie qu’indépendamment de l’infection antérieure par la COVID-19, des réactions indésirables antérieures aux vaccins, de la probabilité de subir un effet indésirable du vaccin contre la COVID-19 ou du risque de maladie grave due à la COVID-19, toutes les personnes ont été vues de la même manière par les mandats de vaccination contre la COVID-19.

CONSTATATION : COVID-19Vaccine Mandates Hampered U.S. Military Readiness (en anglais seulement).

Selon les rapports, seulement 43 des plus de 8 000 militaires séparés ont rejoint l'armée.[[816]](#footnote-817) Le mandat de vaccination contre la COVID-19 du ministère de la défense a directement conduit à la séparation de milliers de militaires américains, mais il a également entravé la capacité de l’armée à recruter. Au cours de l’exercice 2022, l’armée a manqué son objectif de recrutement de 15 000 personnes, soit 25 % de son objectif.[[817]](#footnote-818)

S’il est vrai que les déficits de recrutement sont probablement également dus à d’autres facteurs tels que l’inéligibilité croissante des jeunes, le faible taux de chômage et la diminution de la confiance dans l’armée, il ne fait guère de doute que le mandat de vaccination contre la COVID-19 a ajouté à ce problème. De plus, ces autres facteurs ont également été exacerbés par notre réponse à la COVID-19 à l'intérieur et à l'extérieur de l'armée. Par exemple, les confinements et les fermetures d'écoles n'ont certainement pas aidé à résoudre la crise de l'admissibilité militaire chez les jeunes. [[818]](#footnote-819)

Certains chefs militaires ont convenu que le mandat de vaccination contre la COVID-19 avait eu une incidence négative sur le recrutement et la préparation militaire. En août 2022, le major-général James O. Eifert de la garde nationale de Floride a rédigé un éditorial dans le Wall Street Journal intitulé The Vaccine Mandate Puts National Security at Risk. Le maj. Général de division Eifert a écrit:

Je n’ai jamais été aussi inquiet pour l’avenir des forces armées américaines que je ne le suis actuellement. Je dis cela en tant que citoyen concerné qui a servi pendant plus de 40 ans, dont les trois derniers ont été en tant qu'adjudant général de la Garde nationale de Floride. L’une des tâches les plus fondamentales de l’armée est de recruter et de retenir des hommes et des femmes désireux de défendre leur pays. Malheureusement, la politique fédérale actuelle rend cet objectif inatteignable. [[819]](#footnote-820)

Eifert poursuit en affirmant que la COVID-19 elle-même n’a pas nui à la préparation de ses unités, mais plutôt aux réponses politiques de l’armée. Il a également déclaré qu’il était d’accord avec l’obligation d’administrer le vaccin dans l’armée au début, mais que «les circonstances ont changé» et que l’efficacité des vaccins «semble avoir une durée de vie plus courte qu’on ne le pensait».[[820]](#footnote-821)

De même, en décembre 2022, lors du Forum de défense de la Fondation Reagan, le désormais ancien général commandant du Corps des Marines. David Berger a reconnu que le mandat de vaccination contre la COVID-19 nuisait «à coup sûr» aux efforts de recrutement militaire. [[821]](#footnote-822)

Dans l'ensemble, il est très préoccupant que le DOD ait choisi de délivrer ce mandat controversé et radical à un moment où il était bien en deçà des objectifs de recrutement. La nécessité discutable de rendre obligatoire le vaccin pour une cohorte aussi jeune et en bonne santé de personnes qui étaient simultanément confrontées à un risque plus élevé d'événements indésirables liés au vaccin est également préoccupante. [[822]](#footnote-823)Les adversaires de notre nation ont pris du recul et ont observé que nous affaiblissions notre propre préparation militaire en raison de cette politique erronée.

1. Le vaccin contre la COVID-19, bien que largement sûr et efficace, a eu des événements indésirables qui doivent faire l'objet d'une enquête approfondie

Selon l’OMS, la pharmacovigilance consiste en «la science et les activités relatives à la détection, à l’évaluation, à la compréhension et à la prévention des effets indésirables ou de tout autre problème lié aux médicaments/vaccins». Les agences[[823]](#footnote-824) fédérales de la santé participent à une variété d’efforts de pharmacovigilance entrelacés, y compris la surveillance passive et active.

La surveillance passive est la collecte de rapports non sollicités d'événements indésirables qui sont envoyés à une base de données centralisée.[[824]](#footnote-825) Le principal système de surveillance passive du gouvernement fédéral est le VAERS.[[825]](#footnote-826)

La surveillance active implique la collecte et l'analyse proactives des données pour vérifier les signaux détectés via la surveillance passive ou pour en détecter de nouveaux.[[826]](#footnote-827) Les principales voies de surveillance active du gouvernement fédéral sont le système BEST Sentinel CBER de la FDA, les données CMS et les systèmes VSD et V-Safe de la CDC.[[827]](#footnote-828)

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence certaines lacunes et problèmes potentiels de ces systèmes. Par exemple, à la mi-2021, des inquiétudes ont surgi quant au fait que les CDC et la FDA n'étaient pas en mesure d'utiliser avec succès leurs systèmes de surveillance pour identifier rapidement un risque accru de myocardite chez les jeunes hommes recevant le vaccin contre la COVID-19 de Pfizer, que d'autres pays, dont Israël et la France, ont été en mesure de reconnaître.[[828]](#footnote-829) Plus précisément, le 17 mai 2021, les CDC ont signalé que «les taux de rapports de myocardite dans la fenêtre suivant la vaccination contre la COVID-19 n’ont pas différé des taux de référence attendus».[[829]](#footnote-830) Une semaine plus tard, et à la suite des rapports du ministère israélien de la santé, les CDC ont inversé leur position en affirmant que les taux étaient «plus élevés que prévu». [[830]](#footnote-831)

CONSTATATION : Le système de déclaration des effets indésirables des vaccins est insuffisant et non transparent.

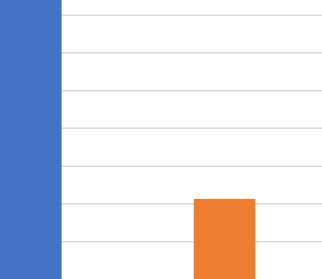
Le HHS décrit le VAERS comme «un système national d’alerte précoce destiné à détecter d’éventuels problèmes de sécurité dans les vaccins sous licence américaine. VAERS est cogéré par la CDC et la FDA.» [[831]](#footnote-832) VAERS est exploité comme une base de données accessible au public qui contient des millions de rapports qui ont été soumis par des particuliers. Il est important de noter que les professionnels de la santé et les fabricants de vaccins sont spécifiquement tenus de signaler les événements indésirables qui se produisent après une vaccination au VAERS, mais n'importe qui peut signaler un événement indésirable.

Bien que le système soit opérationnel depuis 1990, il est devenu une source de controverse importante avec le déploiement des vaccins contre la COVID-19 à partir de la fin de 2020 et du début de 2021. Pendant ce temps, de nombreux messages ont circulé sur les médias sociaux attirant l'attention sur le nombre alarmant de décès et d'événements indésirables associés aux vaccins contre la COVID-19. [[832]](#footnote-833)Ces postes ont rapidement fait l’objet d’un déluge d’articles de vérification des faits qui les réfutent.[[833]](#footnote-834)Le graphique ci-dessous présente les données de VAERS en novembre 2024.[[834]](#footnote-835)

|  |  |
| --- | --- |
| Rapports VAERS mondiaux pour les vaccins contre la COVID-19 au 30/11/2024[[835]](#footnote-836) | |
| Total des événements indésirables | 1,844,839 |
| Hospitalisations | 216,646 |
| Handicaps permanents | 72,161 |
| Décès | 38,068 |
| Décès dans les deux jours suivant la vaccination | 9,167 |

Les chiffres les plus alarmants sont peut-être les comparaisons entre les vaccins contre la COVID-19, qui ne sont largement disponibles que depuis le début de 2021, et tous les autres vaccins combinés depuis 1990. Les graphiques ci-dessous illustrent cette comparaison. [[836]](#footnote-837)

[REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK][REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK] [REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK]



Comme indiqué précédemment, n'importe qui peut soumettre un rapport à VAERS, et ces rapports sont automatiquement publiés et accessibles au public. Par conséquent, il n'a probablement pas été prouvé qu'un rapport sur le VAERS était causé par un vaccin. Toutefois, la grande divergence entre la comparaison des vaccins contre la COVID-19 sur trois ans et celle de tous les autres vaccins sur plus de 30 ans suscite de vives inquiétudes. Conformément à l’EUA pour les vaccins contre la COVID-19, les fabricants et les fournisseurs étaient tenus de notifier les événements indésirables graves au VAERS, indépendamment de la preuve d’attribution. [[837]](#footnote-838)

Une enquête menée par le BMJ a soulevé des inquiétudes quant au fait que VAERS « ne fonctionne pas comme prévu et que les signaux sont manqués ».[[838]](#footnote-839) Le BMJ a constaté plusieurs problèmes troublants, notamment que le système pourrait être gravement en sous-effectif face au nombre sans précédent de nouveaux rapports déposés à la suite de la campagne massive d’administration de vaccins contre la COVID-19.[[839]](#footnote-840)

Plus précisément, le BMJ rapporte que « les effectifs de VAERS n’étaient probablement pas à la mesure des exigences liées à l’examen des rapports sérieux soumis, y compris les rapports de décès », et que « Pfizer compte environ 1 000 employés à temps plein de plus travaillant sur la surveillance des vaccins que le CDC ».[[840]](#footnote-841) Le Journal a souligné que d’autres pays ont reconnu des décès qui étaient « probables » ou « probables » causés par les vaccins contre la COVID-19, mais le CDC n’a reconnu que les décès « causaux » causés par les vaccins contre la COVID-19 – ce qui peut être le signe que le système est gravement submergé.[[841]](#footnote-842)

Le BMJ a également constaté que les représentants de VAERS étaient incohérents dans le suivi des rapports transmis au système.[[842]](#footnote-843) Le BMJ s’est entretenu avec plus de 12 personnes qui ont déposé des rapports sérieux auprès de VAERS et qui n’ont « jamais été contactées ou ont été contactées des mois plus tard ». [[843]](#footnote-844) Cela est d’autant plus grave que, comme le BMJ l’a signalé, la base de données publique ne contient que des rapports préliminaires, et toutes les mises à jour et corrections sont hébergées sur un « système back-end séparé » qui n’est pas accessible aux patients, aux médecins et aux autres utilisateurs publics de la base de données.[[844]](#footnote-845)

Le BMJ a parlé avec le Dr Whelan. Le Dr Whelan a témoigné lors d'une audience du sous-comité spécial le 21 mars 2024, où il a expliqué que VAERS ne parvient pas à cultiver la confiance.

Dr Patrick Whelan (21 mars 2024)

Q. Dr Whelan, croyez-vous qu'il est approprié d'héberger toutes les mises à jour et corrections possibles du VAERS dans une base de données non publique?

A. Je pense qu'il y a beaucoup de confiance dans la communauté médicale,

mais aussi pour le grand public, que quelque chose se passe dans les coulisses lorsque vous ne pouvez pas le voir juste devant. Et je pense, deux, que les gens étaient très conscients que vous n'aviez pas le genre de suivi sur la vaccination en général que nous attendons, par exemple, de nos pédiatres, où vous avez une infirmière qui va appeler la semaine suivante et assurez-vous que votre enfant va bien. Et, je veux dire, mon propre sentiment fort est que nous avions vraiment besoin d'un mécanisme de surveillance beaucoup plus proactif, et je pense que beaucoup d'entre nous comprennent que la FDA était sous une pression énorme et aussi que c'était une tâche écrasante. Et à en juger par le nombre de rapports VAERS qu'il y a eu et sachant à quel point il peut être difficile de déposer un rapport VAERS, la tâche aurait pu être encore beaucoup plus grande que la grande tâche qu'elle est déjà. Je veux dire, vous devez avoir un certain niveau, je pense, de dialogue interne qui a lieu. Mais je pense qu'en fin de compte, comme vous l'avez mentionné plus tôt, vous devez être en mesure de créer un certain niveau de confiance entre les gens, et je pense que le système ne cultive pas cela actuellement.[[845]](#footnote-846)

Au cours d’une interview sur VAERS, le Dr Paul Offit, expert en vaccins et membre de l’ACIP des CDC, a raconté l’histoire d’un collègue qui, pour prouver un point, a soumis avec succès un rapport VAERS indiquant qu’«il a reçu un vaccin et il s’est transformé en l’incroyable Hulk». [[846]](#footnote-847) Étonnamment, le directeur Walensky a témoigné devant le sous-comité restreint en juin 2023 et a déclaré: «Nous, au CDC, avons la responsabilité de passer au peigne fin chacun d’entre eux [rapports VAERS] pour examiner les dossiers médicaux et voir s’ils sont liés.»[[847]](#footnote-848) Selon l’enquête du BMJ, il semble que ces mises à jour et corrections ne soient pas reflétées dans la version publique de VAERS.

Toute cette controverse soulève des questions quant à savoir si VAERS est un système de surveillance suffisant ou efficace tel qu'il est actuellement exploité.

CONSTATATION : Les systèmes de sécurité des vaccins existants peuvent manquer d'importants signaux de sécurité, en particulier liés aux affections neurologiques.

En mai 2024, le New York Times a publié un article qui traitait de la question des blessures causées par le vaccin contre la COVID-19 et du fait que beaucoup de ceux qui en ont subi une ont le sentiment d'avoir été ignorés.[[848]](#footnote-849) L'article portait sur des problèmes neurologiques que les gens croyaient causés par le vaccin contre la COVID-19, mais dont les preuves scientifiques sont limitées. Par exemple, l'article contenait des histoires de personnes qui avaient des acouphènes après avoir reçu un vaccin contre la COVID-19, y compris le rédacteur en chef de la revue Vaccine et un médecin qui a dirigé plusieurs essais de vaccins contre la COVID-19 à l'Université Vanderbilt.[[849]](#footnote-850)

En outre, dans l'article, le Dr Woodcock a exprimé ses regrets quant à la façon dont la FDA a traité les blessures causées par les vaccins pendant la pandémie.

Je crois que leur souffrance doit être reconnue, qu'ils ont de vrais problèmes et qu'ils doivent être pris au sérieux.

\*\*\*

Je suis déçu de moi-même. J’ai fait beaucoup de choses pour lesquelles je me sens très bien, mais c’est l’une des rares choses que j’ai l’impression de ne pas avoir ramenées à la maison. [[850]](#footnote-851)

La Dre Woodcock explique qu’elle estime qu’il est difficile d’établir la causalité de ces symptômes neurologiques, car ils n’ont pas de définitions de recherche bien définies.

Je veux dire, vous ne trouverez pas de «brouillard cérébral» dans le dossier médical ou les données des réclamations.[[851]](#footnote-852)

Au cours de son interview transcrite avec le sous-comité Select, le Dr Woodcock a développé ses déclarations au New York Times. Le Dr Woodcock a témoigné que cette difficulté à trouver un lien de causalité pour les affections neurologiques existait avant la pandémie de COVID-19 parce qu'il est difficile de classer clairement les symptômes neurologiques dans une catégorie diagnostique.

|  |  |
| --- | --- |
| Dre Janet Woodcock (13 mai 2024) | |
| Q. | L'article indique que vous croyez que certains receveurs de vaccins contre la COVID-19 « ont fait l'expérience de réactions inhabituelles mais « graves » et « qui ont changé leur vie » au-delà de celles décrites par les agences fédérales. » |
| A. | Je fais référence à des réactions auxquelles la science médicale a du mal à faire face. Un problème courant qui s'est produit avant cela, avant la COVID était appelé syndrome de fatigue chronique ou encéphalite myalgique. Et l'establishment médical a lutté pendant 20 ans pour essayer de comprendre ce que c'est et n'en a toujours aucune idée. Très bien. C'est généralement une maladie post-virale ou post-infectieuse. Cependant, je pense que cela pourrait se produire après n'importe quel stimulus immunitaire. Donc, pour répondre à votre question, les gens avaient du brouillard cérébral, de la fatigue, de la prostration, certains d'entre eux avaient des symptômes neurologiques. Aucun d'entre eux ne correspond parfaitement à une catégorie de diagnostic. |
| Q. | Donc, parce qu'ils ne correspondaient pas parfaitement à une catégorie de diagnostic, vous dites qu'ils sont plus difficiles à décrire ou à analyser? |
| A. | Eh bien, ils sont plus difficiles à identifier parce que beaucoup de ces gens ont lutté pendant des mois et des mois pour même être reconnus qu'il y avait quelque chose de mal avec eux. On a dit à beaucoup d’entre eux, vous savez, qu’ils étaient justes: tout est dans votre tête. Et c'est très similaire au syndrome de fatigue chronique, l'encéphalite myalgique. [[852]](#footnote-853) |

Le Dr Woodcock a également témoigné que, tout en faisant fonction de commissaire de la FDA, elle avait fait pression pour que les NIH établissent un bras de recherche pour étudier l’association possible de ces neuropathies avec les vaccins contre la COVID-19, afin que les personnes qui les subissent puissent être reconnues et aussi pour commencer à explorer les traitements possibles.

Dre Janet Woodcock (13 mai 2024)

R. J'ai même parlé aux NIH, j'ai même parlé pour voir s'ils ajouteraient un bras, parce que c'est très similaire à certaines des choses que les gens obtiennent avec le long COVID. Vous obtenez-- les gens obtiennent la COVID longue beaucoup plus fréquemment après avoir contracté la COVID qu'ils ne le font après la vaccination. Mais cela semble se produire. Je voulais donc l'étudier parce que je pense que la première chose dont nous avons besoin est l'étude. Et l'étude des NIH sur la COVID-19 longue cherche des définitions syndromiques. C'est principalement ce qu'ils font, ils essaient de trouver des amas syndromiques afin qu'ils puissent nommer ces conditions de la même manière que les gens obtiennent POTS, le syndrome tachycardique orthostatique postural, qui est une autre neuropathie probablement autonome, d'accord? Mon objectif était donc d'essayer et, numéro un, de faire étudier les gens afin qu'ils puissent être reconnus, qu'ils avaient un problème, et aussi commencer à élaborer des idées de traitement. Maintenant, je n'étais pas vraiment plein d'espoir parce que le SFC ME est resté si longtemps sans interventions efficaces.[[853]](#footnote-854)

Le Dr Woodcock a expliqué que ces efforts ont finalement stagné, apparemment en raison d'un manque de financement.[[854]](#footnote-855) Cependant, elle a également indiqué qu'elle croyait que d'autres personnes à la FDA ne semblaient pas avoir pris cette question aussi au sérieux qu'elle.

Dre Janet Woodcock (13 mai 2024)

Q. Pourquoi pensez-vous que cela a calé?

R. Eh bien, j'avais trop de choses à faire. Et je pense que la raison principale est sans signal, vous savez, comme si nous obtenions beaucoup de signaux dans notre réel, comme je vous le disais tout à l'heure. Vous devez les travailler et ils ne sont pas liés causalement. Cela nécessite un lien de causalité fort – les signaux potentiellement liés à un lien de causalité n’obligent guère les entreprises à payer pour cela. Ils auraient dû payer pour une étude comme celle-là au NIH.

Q. Pensez-vous que d'autres au sein de la FDA ont pris cela aussi au sérieux que vous?

A. Non.[[855]](#footnote-856)

Il semble donc que le gouvernement doit faire plus pour donner la priorité à la recherche sur ces conditions pour le bien de ceux qui les vivent, mais aussi pour préserver la confiance du public dans la vaccination à l'avenir.

CONSTATATION : Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont créé un nouveau système de surveillance spécifiquement pour la COVID-19, mais n'ont pas été totalement transparents dans le partage des données collectées.

Lancé en décembre 2020, V-Safe est un système de surveillance active qui surveille spécifiquement la sécurité des vaccins contre la COVID-19.[[856]](#footnote-857) Il invite les personnes inscrites à des contrôles de santé par le biais de messages texte et d'enquêtes sur le Web dans lesquelles les individus rendent compte des expériences post-vaccination. [[857]](#footnote-858)

Selon le CDC, 10,1 millions de participants à V-Safe ont répondu à plus de 151 millions d'enquêtes sur leurs expériences de santé après avoir reçu des vaccins contre la COVID-19 et la variole. [[858]](#footnote-859)

V-Safe fait l'objet d'un nombre important de litiges. Plus précisément, le CDC se défend contre les poursuites FOIA intentées par des groupes cherchant des données et des millions de réponses en texte libre recueillies par le biais du programme.[[859]](#footnote-860) ICAN a obtenu et publié les données de la «case à cocher» en octobre 2022. [[860]](#footnote-861)ICAN a également créé un tableau de bord public qui met en évidence les données, qui, selon eux, contiennent «de nombreux résultats alarmants».[[861]](#footnote-862) Plus précisément, ICAN signale que les données montrent que 782 913 personnes, soit plus de 7,7 % des utilisateurs, ont signalé un événement de santé nécessitant des soins médicaux, une intervention aux urgences et/ou une hospitalisation.[[862]](#footnote-863)

Le CDC est réticent à fournir les entrées en texte libre et a fait part de ses préoccupations selon lesquelles leur libération serait trop lourde, mais une décision de justice de janvier 2024 a exigé que le CDC les libère au cours des 12 prochains mois.[[863]](#footnote-864) Les plaignants affirment que le CDC «a conçu V-Safe pour garantir que les dommages sont cachés dans des champs de texte libre» et que l’analyse de ces données permettra de «calculer le taux et les effets indésirables», ce qui n’est «pas possible avec VAERS».[[864]](#footnote-865) Si un système tel que V-Safe serait mieux équipé pour calculer réellement le taux d’un événement indésirable particulier, il est préoccupant de constater que les agences de santé publique n’ont pas pleinement exploité cette approche.

VII. Les systèmes insuffisants du gouvernement américain pour compenser les blessures causées par les vaccins contre la COVID-19

En général, les vaccins sont sûrs et efficaces. Cependant, il est inévitable que certaines personnes subissent des événements indésirables, parfois graves, qui modifient leur vie ou mettent leur vie en danger. Cela est vrai pour pratiquement tous les produits pharmaceutiques et les vaccins contre la COVID-19 ne font pas exception. Étant donné que les vaccins sont un outil important pour protéger la santé publique, il est impératif de préserver la confiance du public dans la vaccination, et il est donc essentiel de compenser ces dommages rares mais inévitables. À l'inverse, limiter la responsabilité des fabricants favorise également le développement rapide de technologies vaccinales nouvelles et innovantes qui sauvent des vies.

En outre, le système juridique américain moderne a longtemps fourni des outils pour une indemnisation appropriée pour les blessures de tous types. Bien que ce type de litige soit souvent mal compris et parfois maltraité, le système fournit un outil crucial pour que les personnes qui ont subi un préjudice soient guéries financièrement, émotionnellement et autrement. Les blessures causées par les vaccins ne font pas exception et, par conséquent, les sociétés modernes ont l'obligation de veiller à ce que des systèmes appropriés soient en place pour assurer la responsabilité, la justice et le soutien financier aux personnes qui subissent une blessure attribuable à une vaccination.

Dans la poursuite de ces objectifs, le Congrès a créé le VICP dans le cadre du National Childhood Vaccine Injury Act de 1986.[[865]](#footnote-866) VICP couvre tous les vaccins qui sont recommandés pour l'administration de routine aux enfants et / ou aux femmes enceintes par le CDC.[[866]](#footnote-867) Cette liste comprend actuellement 16 vaccins individuels.[[867]](#footnote-868) Le VICP permet aux particuliers de déposer une demande d’indemnisation, et ces demandes sont ensuite jugées par l’Office of Special Masters [ci-après «OSM»], qui relève de la Cour fédérale des réclamations des États-Unis.[[868]](#footnote-869)Les indemnités sont versées par le Vaccine Injury Compensation Trust Fund, qui tire son financement d’une taxe d’accise de 0,75 $ sur chaque dose de vaccin couverte.[[869]](#footnote-870)

En 2005, le Congrès a adopté la loi PREP qui contient des dispositions visant à promouvoir le développement rapide de vaccins en cas d'urgence de santé publique, y compris le CICP.[[870]](#footnote-871) Le CICP a un champ d’application plus limité que le VICP et ne prévoit d’indemnisation que pour les «contre-mesures couvertes», y compris les vaccins.[[871]](#footnote-872) Étant donné que les vaccins contre la COVID-19 ont été achetés et distribués par le gouvernement fédéral en vertu de la PREPAct, toute blessure grave causée par ces vaccins est indemnisée par l'entremise du PCCI plutôt que du PCVI. La loi PREP limite également

la responsabilité des fabricants de vaccins en prévoyant ce processus distinct pour statuer sur les réclamations et protéger les fabricants des poursuites judiciaires.[[872]](#footnote-873)

Vous trouverez ci-dessous un tableau comparatif entre les deux programmes, qui figure sur la page web CICP de HRSA et qui a été simplifié ici.[[873]](#footnote-874)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | CICP | VICP |
| Délais de dépôt | * Délai de dépôt d'un (1) an * Date limite de dépôt lorsqu'un tableau de préjudice relatif aux contre-mesures est élaboré ou modifié | * Date limite de dépôt des demandes d'indemnisation * Date limite de dépôt des demandes d'indemnisation en cas de décès * Date limite de dépôt lorsque des modifications sont apportées au tableau des blessures causées par un vaccin |
| Processus d'ajout de vaccins couverts/contre-mesures | Les contre-mesures couvertes sont identifiées par le secrétaire du HHS dans les déclarations publiées en vertu de la loi PREP. | Pour qu'une catégorie de vaccins soit couverte par le VICP, la catégorie de vaccins doit être recommandée pour l'administration de routine aux enfants et / ou aux femmes enceintes par les Centers for Disease Control and Prevention, soumise à une taxe d'accise par la loi fédérale, et ajoutée au tableau des blessures par le secrétaire de la santé et des services sociaux. Cela n'a pas été fait pour les vaccins contre la COVID-19 autorisés aux États-Unis, qui n'ont pas été développés à ce jour. |
| Type de blessure  Couvert | Blessures physiques graves, Décès | Blessures ayant des effets pendant plus de 6 mois après l'administration du vaccin ou ayant entraîné une hospitalisation et une intervention chirurgicale, ou décès |
| Paiement des frais juridiques  Frais et coûts | Les honoraires et frais des avocats ne sont pas pris en charge par le programme. | Les honoraires et frais d’avocat peuvent être disponibles si certaines conditions sont remplies (pétition déposée de bonne foi et sur une base raisonnable) |
| Processus de dépôt d'une  Demande/pétition | Déposer la demande  Formulaire et documentation avec le secrétaire du HHS. | Déposer la pétition et la documentation auprès de la Cour des réclamations fédérales des États-Unis et du secrétaire du HHS. |
| Processus de résolution  Demandes/ Pétitions | Processus administratif | Procédure judiciaire |
| Déterminations des blessures couvertes | HHS prend la décision. | Les maîtres spéciaux (ou les juges) de la Cour des réclamations fédérales des États-Unis prennent une décision. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | CICP | VICP |
| Droits de recours | Un réexamen administratif en une étape est possible. Aucun recours judiciaire n'est autorisé. | Un recours juridictionnel peut être formé par l'une ou l'autre des parties devant les juridictions supérieures. |
| Financement du programme | Fonds alloués | Fonds d ' affectation spéciale pour l ' indemnisation des victimes de vaccins |

CONSTATATION : Le gouvernement des États-Unis ne parvient pas à statuer de manière efficace, équitable et transparente sur les demandes d'indemnisation pour les blessures causées par le vaccin contre la COVID-19.

En raison des ressources limitées du CICP, le règlement des demandes est un processus long. HRSA indique que 10 226 des 13 356 demandes totales liées à la COVID-19 sont actuellement en instance ou en cours d’examen.[[874]](#footnote-875)

|  |  |
| --- | --- |
| CICP réclame des données pour les vaccins contre la COVID-19 | |
| Réclamations déposées | 13,520 |
| Réclamations en instance ou en cours d'examen | 10.082 |
| Décisions | 3,438 |
| Réclamations indemnisées | 18 |
| Réclamations rejetées | 3,373 |

Ces chiffres indiquent que seulement 25 pour cent de toutes les demandes de contre-mesures contre la COVID-19 ont été jugées jusqu'à présent. avec un taux de refus de plus de 98 pour cent. Pire encore, les différences de conception signifient également qu'il est beaucoup plus difficile d'être compensé via CICP et les paiements sont considérablement plus petits. Au 30 novembre 2024, le PCCI n'a indemnisé que 18 des 65 réclamations liées à la COVID-19 qu'il a jugées admissibles à une indemnisation, et l'indemnité moyenne n'était que d'environ 24 514 $. Cela comprend également un prix aberrant extrême de plus de 370 000 $, de sorte que le prix médian n'est que de 4 207 $. D'autre part, le paiement moyen du VICP au cours des 35 dernières années est d'environ 468 000 $.[[875]](#footnote-876) Le graphique ci-dessous met en évidence chacune des demandes d'indemnisation du PCCI pour les vaccins contre la COVID-19.[[876]](#footnote-877)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Contre-mesure | Préjudice | Montant de la compensation |
| Vaccin contre la COVID-19 | Myopéricardite | 8 962 $ |
| COVTD-19 Vaccin | Myocardite | 4 990 $ |
| Vaccin contre la COVID-19 | Myocardite | 4 230 $ |
| COVTD-19 Vaccin | Myopéricardite | 4 183 $ |
| COVTD-19 Vaccin | Myocardite | 1 583 $ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vaccin contre la COVID-19 | Myocardite | 1 033 $ |
| Vaccin contre la COVID-19 | Myocardite | 12 403 $ |
| Vaccin contre la COVID-19 | Anaphylaxie | 2 020 $ |
| Vaccin contre la COVID-19 | Myopéricardite | 3 958 $ |
| Vaccin contre la COVID-19 | Myocardite | 4 919 $ |
| Vaccin contre la COVID-19 | Myocardite | 1 900 $ |
| Vaccin contre la COVID-19 | Myocardite | 4 934 $ |
| Vaccin contre la COVID-19 | Myocardite | 5 392 $ |
| Vaccin contre la COVID-19 | Myocardite | 370 376 $ |
| Vaccin contre la COVID-19 | Syncope | 4 493 $ |
| Vaccin contre la COVID-19 | Myocardite | 1 171 $ |
| Vaccin contre la COVID-19 | Myocardite | 1 161 $ |
| Vaccin contre la COVID-19 | Syndrome de Guillain-Barré | 3 546 $ |

Comme indiqué ci-dessus, les réclamations faites en vertu du VICP sont jugées par le biais d'une procédure judiciaire devant la Cour des réclamations fédérales des États-Unis. Entre-temps, les demandes présentées en vertu du PCCI sont réglées au moyen d'un processus administratif géré par HRSA. Les détails de chaque décision du CICP ne sont pas rendus publics, ce qui signifie que la justification de l’octroi ou de la décision d’indemnisation de chaque cas est indiscernable pour le public et les autres demandeurs du programme. Cette opacité signifie que la justification de l’octroi ou de la décision d’indemnisation de chaque cas est indiscernable pour le public et pour les autres demandeurs du programme. Par exemple, la raison pour laquelle le CICP a accordé 370 376 $ pour une demande relative à la myocardite, mais 1 033 $ pour une autre, n’est pas claire. Bien qu'il soit probable que l'indemnité la plus élevée ait été accordée pour une demande d'indemnisation en cas de décès, cela n'est pas explicitement indiqué, et il n'est pas clair non plus comment ce nombre a été déterminé lorsque l'indemnité maximale accordée pour une demande d'indemnisation en cas de décès est de 437 503 $ pour l'exercice 2024. [[877]](#footnote-878)

La nature de CICP étant un processus administratif HRSA signifie également que tout pouvoir­de prise de décision incombe en fin de compte au secrétaire HHS. Pendant ce temps, le HHS agit comme un fervent promoteur des vaccins en général, y compris le vaccin contre la COVID-19. Cette situation remet en question la question de savoir si les contre-mesures qui ont été mandatées par le gouvernement peuvent être jugées équitablement par une agence exécutive qui est inexorablement liée à une telle politique de vaccination. Cet arrangement pose un conflit d'intérêts apparent et peut saper la confiance du public dans le processus d'indemnisation et dans les vaccins en général.

Le sous-comité spécial a entendu plusieurs demandeurs du PCCI qui ont partagé leurs expériences personnelles avec le programme. M. Cody Flint, un pilote d'agriculture commerciale du Mississippi, a expliqué comment il avait subi une réaction indésirable grave au vaccin contre la COVID-19 de Pfizer dans les 30 minutes suivant sa réception en février 2021. M. Flint a été diagnostiqué avec des fistules périlymphatiques gauche et droite en raison de l'augmentation de la pression intracrânienne et a été incapable de travailler en tant que pilote en conséquence.[[878]](#footnote-879)

M. Flint a présenté une réclamation au CICP en avril 2021 et n'a reçu aucune communication jusqu'à ce que la sénatrice Cindy Hyde-Smith (R-M.S.) soulève son cas auprès du secrétaire du HHS, Becerra, lors d'une audience de la commission des crédits du Sénat le 4 mai 2022. [[879]](#footnote-880)Deux semaines après l'audience, M. Flint a reçu une lettre de refus pour sa réclamation.[[880]](#footnote-881) La lettre de refus de HRSA indiquait que le CICP n'était au courant d'aucun lien entre le vaccin contre la COVID-19 de Pfizer et la pression intracrânienne.[[881]](#footnote-882) M. Flint a immédiatement soumis un dossier de réexamen qui comprenait une lettre de son chirurgien, mais il a reçu une autre lettre de refus quelques mois plus tard. Malheureusement, contrairement au VICP, la conception du CICP ne permet pas un recours juridictionnel.[[882]](#footnote-883) Par conséquent, des personnes comme M. Flint ont peu de recours si leur demande est rejetée.

Ce n’est qu’un exemple, mais les expériences de nombreuses autres personnes racontent une histoire similaire: le programme ne semble pas fonctionner suffisamment pour atteindre ses objectifs. Selon Mme Renée Gentry, directrice de la Vaccine Injury Litigation Clinic de l’Université George Washington, qui a représenté de nombreux demandeurs, le CICP n’offre « guère plus que le droit de déposer une plainte et de perdre ».[[883]](#footnote-884) Si le gouvernement souhaite exonérer les fabricants de responsabilité et reprendre le rôle que les tribunaux joueraient habituellement, il doit faciliter un processus équitable et solide.

CONSTATATION : Le programme d'indemnisation des blessures des contre-mesures n'a pas réussi à gérer un programme de­vaccination de masse.

Le PCCI a été créé pour offrir des prestations d'indemnisation pour les blessures associées aux contre-mesures déployées pour lutter contre une urgence de santé publique ou une menace à la sécurité. Bien que les États-Unis aient certainement déjà été confrontés à de graves menaces pour la santé publique, la pandémie de COVID-19 a été un événement unique en son genre qui a posé des défis sans précédent à de nombreux établissements et systèmes de santé publique. Malheureusement, le CICP ne semble pas être conçu pour compenser une contre-mesure qui a été aussi largement distribuée que le vaccin contre la COVID-19.

Au 1er août 2024, le nombre total de réclamations jamais déposées auprès du CICP s’élevait à 13 920, et les réclamations liées à la COVID-19 représentaient 13 356 – soit plus de 97 % du total. Le 15 février 2024, le CDR Reed Grimes a témoigné sur les défis auxquels le programme est confronté. CDR Grimes a spécifiquement noté cette énorme augmentation de la charge de travail dans sa déclaration d'ouverture.

CDR George Reed Grimes (15 février 2024)

Bien que les blessures soient rares et que ces réclamations ne représentent qu'une petite fraction des quelque 676 millions de vaccins contre la COVID-19 qui ont été administrés aux États-Unis, la charge de travail actuelle est d'un ordre différent du volume précédent de réclamations dans le Programme compte tenu de l'ampleur de l'utilisation des contre-mesures couvertes par la COVID-19. [[884]](#footnote-885)

La députée Miller-Meeks a interrogé CDR Grimes sur la cause de l'arriéré. Le REC Grimes a témoigné que l'arriéré était dû au fait que le PCCI ne comptait que quatre employés au début de la pandémie.

CDR George Reed Grimes (15 février 2024)

Q. Je comprends qu’il existe actuellement un arriéré de créances dans le CICP d’environ 10 000. Pourquoi existe-t-il un arriéré de demandes pour les vaccins contre la COVID-19?

R. Merci pour cette question. Ainsi, au début de la pandémie de COVID-19, nous n’avions pas d’appropriation directe avec le CICP. Nous n'avions également que quatre employés. Lorsque nous avons reçu notre premier crédit direct au cours de l'exercice 2022, nous avons été en mesure d'augmenter rapidement, et nous avons maintenant plus de 35 employés qui aident à statuer sur les demandes.[[885]](#footnote-886)

Les chiffres actualisés de HRSA indiquent qu’au 1er août 2024, 10 226 demandes étaient en instance ou en cours d’examen.[[886]](#footnote-887) Avec l'augmentation du personnel à 35, CDR Grimes a témoigné que le nombre de demandes réglées chaque mois est passé d'une moyenne de zéro par mois à une moyenne de plus de 90 par mois:

CDR George Reed Grimes (15 février 2024)

Nous avons également mis en œuvre d’autres améliorations clés du processus pour résoudre les litiges à un rythme plus rapide. En 2023, nous avons réglé en moyenne plus de 90 demandes chaque mois, ce qui est en hausse par rapport à zéro par mois l'année précédant mon entrée en fonction. [[887]](#footnote-888)

Cependant, même avec ce taux accru, l'arriéré actuel prendrait près d'une décennie à éliminer sans tenir compte des nouvelles réclamations.[[888]](#footnote-889) Il semble donc qu'il faille faire davantage pour rationaliser le processus afin d'assurer la prise de décisions en temps opportun. Le REC Grimes a également témoigné des efforts déployés par le CICP pour établir un tableau des blessures pour les vaccins contre la COVID-19, ce qui, selon lui, permettrait de rationaliser le processus d’examen des demandes:

CDR George Reed Grimes (15 février 2024)

La CICP est également en train d’établir un tableau des blessures pour les blessures liées au vaccin contre la COVID-19 qui sont présumées être directement causées par une contre-mesure couverte. Afin d'établir ce tableau, HHS doit répondre aux normes élevées de preuve fixées par le Congrès. Le tableau des blessures est un autre outil qui nous permettra de rationaliser le processus d'examen des demandes et de traiter plus rapidement les demandes.[[889]](#footnote-890)

Ce sera une étape importante vers l'amélioration de l'efficacité. Pour les demandeurs dont les blessures apparaissent sur la table des blessures et ont été subies dans la fenêtre de temps pertinente, CICP supposera automatiquement que le dommage était le résultat direct de la contre-mesure. [[890]](#footnote-891)Alors que, pour les préjudices non liés à la table, le demandeur doit prouver que le préjudice était un «résultat direct» de la contre-mesure, sur la base de «preuves convaincantes, fiables, médicales et scientifiques».[[891]](#footnote-892) Ainsi, les préjudices non liés à­la table sont nettement plus compliqués et prennent beaucoup plus de temps à statuer, et constituent un obstacle supplémentaire à l’indemnisation des demandeurs.

Au 12 septembre 2024, il semble que HRSA n’ait pas établi de tableau des blessures pour les contre-mesures contre la COVID-19.[[892]](#footnote-893) Pourtant, depuis au moins juin 2021, le gouvernement fédéral reconnaît certaines conditions, telles que la myocardite, comme des effets secondaires connus des vaccins contre la COVID-19.[[893]](#footnote-894)

CONSTATATION : Un programme d'indemnisation des blessures causées par un vaccin solide et transparent est nécessaire pour promouvoir la confiance dans les vaccins.

Indépendamment de toute allégation selon laquelle les vaccins contre la COVID-19 sont particulièrement dangereux, il semble que le gouvernement fédéral les ait mandatés sans un système adéquat en place pour statuer sur les blessures inévitables qu'ils causent. Cela peut avoir des effets importants sur la confiance du public et nuire à la confiance dans les vaccins. Un article de Politico de juin 2022 examinait la manière dont les efforts déployés par le Congrès pour réformer le système «débordé» avaient échoué jusqu’à présent et soulignait le fait que cela pouvait alimenter la réticence à la vaccination.[[894]](#footnote-895) Selon le Dr Renée Gentry, «le coût de l’échec [de la CICP] sera comme jeter du kérosène sur le feu antivax».[[895]](#footnote-896)

Le Dr Woodcock a convenu qu'une indemnisation adéquate des dommages causés par les vaccins est importante, en particulier pour promouvoir la confiance dans les vaccins:

1. Id. [↑](#footnote-ref-2)
2. Sarah Fitzpatrick & Kit Ramgopal, Hackers linked to Chinese government stole millions in Covid benefits, Secret Service says, NBC NEWS (5 décembre 2022). [↑](#footnote-ref-3)
3. Id. [↑](#footnote-ref-4)
4. Id. [↑](#footnote-ref-5)
5. Id. [↑](#footnote-ref-6)
6. Communiqué de presse, U.S. Attorneys Office Dist. of Mass., Nigerian Man Arrested in Alleged $10 Million Pandemic Unemployment Assistance Fraud Scheme (19 août 2024). [↑](#footnote-ref-7)
7. Id. [↑](#footnote-ref-8)
8. Communiqué de presse, DOJ, Indian National Charged in $8 Million COVID-19 Relief Fraud Scheme (9 novembre 2022). [↑](#footnote-ref-9)
9. Id. [↑](#footnote-ref-10)
10. Id. [↑](#footnote-ref-11)
11. Id. [↑](#footnote-ref-12)
12. Le gaspillage, la fraude et l'abus deviennent viraux: Inspecteurs généraux sur la guérison de la maladie: Audition devant la sous-comm. sur les opérations du gouvernement et la Fed. Workforce H. Comm. on Oversight and Accountability, 118e Cong, 1. (9 mars 2023) (Témoignage de Larry D. Turner, inspecteur général, Office of Inspector General U.S. Dep’t of Labor). [↑](#footnote-ref-13)
13. Id. [↑](#footnote-ref-14)
14. Id. [↑](#footnote-ref-15)
15. Communiqué de presse, U.S. Attorney’s Office District of Maryland, Six Individuals, including Two Maryland State Department of Labor Subcontractors, Facing Federal Indictment for a Scheme to Fraudulently Obtain COVID-19 CARES Act Unemployment Insurance Benefits (15 décembre 2023). [↑](#footnote-ref-16)
16. Id. [↑](#footnote-ref-17)
17. Id. [↑](#footnote-ref-18)
18. Id. [↑](#footnote-ref-19)
19. Fiche d’information – Two-Year Mark of the CARES Act and the Creation of the Pandemic Response Accountability Committee, PANDEMIC OVERSIGHT, disponible à l’adresse [suivante: https://www.pandemicoversight.gov/media/file/prac-two-year-fact-sheet](https://www.pandemicoversight.gov/media/file/prac-two-year-fact-sheet). [↑](#footnote-ref-20)
20. Id. [↑](#footnote-ref-21)
21. Id. [↑](#footnote-ref-22)
22. Dépenses fédérales liées à la pandémie: Une prescription pour les déchets, la fraude et les abus: Audition devant H. Comm. on Oversight and Accountability, 118e Cong. 1, (1er février 2023). [↑](#footnote-ref-23)
23. Id. [↑](#footnote-ref-24)
24. Communiqué de presse, H. Comm. on Oversight and Accountability, sous-comm. on Gov’t Operations and the Federal Workforce, Hearing Wrap Up: Défauts existants, faiblesses structurelles et niveaux de dépenses sans précédent liés à la fraude rampante dans les programmes de secours en cas de pandémie (10 mars 2023). [↑](#footnote-ref-25)
25. Id. [↑](#footnote-ref-26)
26. Id. [↑](#footnote-ref-27)
27. Id. [↑](#footnote-ref-28)
28. Id. [↑](#footnote-ref-29)
29. Id. [↑](#footnote-ref-30)
30. Id. [↑](#footnote-ref-31)
31. Id. [↑](#footnote-ref-32)
32. Id. [↑](#footnote-ref-33)
33. Id. [↑](#footnote-ref-34)
34. Id. [↑](#footnote-ref-35)
35. Comité de responsabilisation en matière d’intervention en cas de pandémie, PRAC-2023-02, SUIVI DE L’ALERTE DE FRAUDE: L'amélioration du partage des dossiers de décès et de l'utilisation du système de non-paiement renforcerait l'intégrité du programme et protégerait mieux le public (11 mai 2023). [↑](#footnote-ref-36)
36. Dépenses fédérales en cas de pandémie, supra note 562. [↑](#footnote-ref-37)
37. Id. [↑](#footnote-ref-38)
38. Id. [↑](#footnote-ref-39)
39. Id. [↑](#footnote-ref-40)
40. Garrett Hatch & Natalie R. Ortiz, Cong. Research Servs., R47902, Improper Payments in Pandemic Assistance Programs (19 janvier 2024). [↑](#footnote-ref-41)
41. Administration des petites entreprises des États-Unis. Bureau de l’inspecteur général, rapport 24-18, Evaluation of COVID-19 Economic Injury Disaster Loan Applicants on the U.S. Department of the Treasury’s Do Not Pay List (4 juin 2024). [↑](#footnote-ref-42)
42. Département du travail des États-Unis, supra note 455. [↑](#footnote-ref-43)
43. Département du travail des États-Unis, supra note 455. [↑](#footnote-ref-44)
44. Id. [↑](#footnote-ref-45)
45. Id. [↑](#footnote-ref-46)
46. Id. [↑](#footnote-ref-47)
47. Id. [↑](#footnote-ref-48)
48. Comité de responsabilisation en matière d'intervention en cas de pandémie, TOP CHALLENGES FACING FEDERAL AGENCIES: COVID-19 Emergency Relief and Response Efforts Tel que rapporté par les bureaux de l'inspecteur général dans l'ensemble du gouvernement (juin 2020). [↑](#footnote-ref-49)
49. Examen des dépenses fédérales liées à la COVID-19 et prévention des fraudes futures: Audition devant la sous-commission sur les menaces émergentes et la surveillance des dépenses, commission sénatoriale de la sécurité intérieure et des affaires gouvernementales, 118e Cong. 1, (1er novembre 2023) (témoignage de Rebecca Shea, directrice du service d’audits et d’enquêtes judiciaires). [↑](#footnote-ref-50)
50. Id. [↑](#footnote-ref-51)
51. Id. [↑](#footnote-ref-52)
52. Id. [↑](#footnote-ref-53)
53. Id. [↑](#footnote-ref-54)
54. Id. [↑](#footnote-ref-55)
55. Id. [↑](#footnote-ref-56)
56. Id. [↑](#footnote-ref-57)
57. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1er novembre 1946) (L'OMS compte 194 États membres, tous membres de l'ONU, à l'exception du Liechtenstein). [↑](#footnote-ref-58)
58. United Nations Academic Impact, World Health Org., disponible à [l’adresse suivante: https://www.un.org/fr/academic- impact/who#:~:text=The%20objective%20of%20WHO%20is,absence%20of%20disease%20or%20infirmity](https://www.un.org/en/academic-impact/who%23:~:text=The%20objective%20of%20WHO%20is,absence%20of%20disease%20or%20infirmity). [↑](#footnote-ref-59)
59. Lawrence O. Gostin, COVID-19 Reveals Urgent Need to Strengthen the World Health Organization, JAMA Health Forum (30 avril 2020). [↑](#footnote-ref-60)
60. Urgences : International health regulations and emergency committees, World Health Org., disponible à [l’adresse suivante: https://web.archive.org/web/20210815072835/https://www.who.int/news-room/q-a-detail/emergencies-international- health-regulations-and-emergency-committees.](https://web.archive.org/web/20210815072835/https://www.who.int/news-room/q-a-detail/emergencies-international-health-regulations-and-emergency-committees) [↑](#footnote-ref-61)
61. Id. [↑](#footnote-ref-62)
62. Id. (L'OMS a déclaré six PHIEC: épidémie de grippe porcine (H1N1) de 2009; 2014 en réaction à l'inversion des progrès en matière de poliomyélite; Épidémie d'Ebola en 2014; virus Zika 2016; Ebola 2019; et 2020 COVID-19.) [↑](#footnote-ref-63)
63. CRF.org Editors, What Does the World Health Organization Do?, Council on Foreign Relations (dernière mise à jour le 2 juin 2022). [↑](#footnote-ref-64)
64. Mara Pilinger, de l’OMS, a déclaré une urgence de santé publique concernant les effets du virus Zika. Voici trois plats à emporter., The Wash. Post (2 février 2016). [↑](#footnote-ref-65)
65. Id. [↑](#footnote-ref-66)
66. Financing of 2022-2023 Biennium, World Health Org., disponible à l’adresse [suivante: http://open.who.int/2022-23/budget-and- financing/summary.](http://open.who.int/2022-23/budget-and-financing/summary) [↑](#footnote-ref-67)
67. Id. [↑](#footnote-ref-68)
68. Id. [↑](#footnote-ref-69)
69. Id. [↑](#footnote-ref-70)
70. Le gouvernement des États-Unis et l'Organisation mondiale de la santé, KFF (juin. (À l'exception de 2020, lorsque l'administration Trump a suspendu son soutien financier, et de 2021, lorsque l'administration Biden a rétabli ses relations.) [↑](#footnote-ref-71)
71. Id. [↑](#footnote-ref-72)
72. Id. [↑](#footnote-ref-73)
73. Id. (mis à jour Jun. 13, 2024). [↑](#footnote-ref-74)
74. Id. [↑](#footnote-ref-75)
75. Contributions volontaires – Spécifié, WORLD HEALTH ORG., disponible à l’adresse [suivante: https://open.who.int/2020-21/contributors/overview/vcs](https://open.who.int/2020-21/contributors/overview/vcs). [↑](#footnote-ref-76)
76. Ce que nous faisons, WORLD HEALTH ORG. (2024). [↑](#footnote-ref-77)
77. Id. [↑](#footnote-ref-78)
78. Le comité de rédaction, World Health Coronavirus Disinformation, The Wall St. J. (5 avril 2020); Nick Wadhams & Jennifer Jacobs, China Concealed Extent of Virus Outbreak, U.S. Intelligence Says, Bloomberg (1er avril 2020). [↑](#footnote-ref-79)
79. Javier C. Hernandez & Chris Horton, Taiwan’s Weapon Against Coronavirus: Un épidémiologiste en tant que vice-président, THE N.Y. TIMES (9 mai 2020). [↑](#footnote-ref-80)
80. Organisation mondiale de la santé (@OMS), Twitter (14 janvier 2020) disponible à l’adresse suivante:

    <https://twitter.com/WHO/status/1217043229427761152?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed&ref_ur> l=https%3A%2F%2Fwww.foxnews.com%2Fworld%2Fworld-health-organization-january-tweet-china-human-transmission-coronavirus. [↑](#footnote-ref-81)
81. Jim Geraghty, Whom Does WHO Trust?, National Review (20 mars 2020). [↑](#footnote-ref-82)
82. Wadhams supra, note 618. [↑](#footnote-ref-83)
83. François Godement, Combattre la pandémie de coronavirus: L’influence de la Chine à l’Organisation mondiale de la santé, Institut Montaigne (23 mars 2020). [↑](#footnote-ref-84)
84. Les décès dépassent les 200, et le Département d'État exhorte à ne pas se rendre en Chine, THE N.Y. TIMES (30 janvier 2020). [↑](#footnote-ref-85)
85. Sarah Boseley, China’s handling of coronavirus is a Diplomatic Challenge for WHO (La gestion du coronavirus par la Chine est un défi diplomatique pour l’OMS), Bloomberg (18 février 2020). [↑](#footnote-ref-86)
86. Naveed Jmali & Tom O’Connor, Exclusif: Alors que la Chine stockait des fournitures médicales, la CIA pense qu'elle a essayé d'empêcher l'OMS de sonner l'alarme sur la pandémie, NEWSWEEK (12 mai 2020). [↑](#footnote-ref-87)
87. Sarah Boseley, OMS déclare que le coronavirus est une urgence sanitaire mondiale, The Guardian (30 janvier 2020). [↑](#footnote-ref-88)
88. Matthew Strong, Chine, a demandé à l'OMS de dissimuler l'épidémie de coronavirus: Service de renseignement allemand, Taiwan News (5 mai 2020). [↑](#footnote-ref-89)
89. Yasufumi Saito, Andrew James, & Rosa de Acosta, Trains à grande vitesse, Vols internationaux: Comment le coronavirus se propage, THE WALL STREET JOURNAL (5 mars 2020); Boseley, supra, note 72. [↑](#footnote-ref-90)
90. Dan McLaughlin, Trump Could Have Restricted Travel Further, National Review (7 avril 2020). [↑](#footnote-ref-91)
91. Nécessité urgente d'un plan national de lutte contre le coronavirus: Audition devant la sous-comm. sélective sur la crise du coronavirus, H. Comm. on Oversight & Reform, 116e Cong (31 juillet 2020). [↑](#footnote-ref-92)
92. Derrick Bryson Taylor, A Timeline of the Coronavirus Pandemic, The N.Y. Times (7 avril 2020). [↑](#footnote-ref-93)
93. Le chef de l’OMS fait l’éloge de la lutte contre le virus menée par la Chine et demande plus au monde, ASSOCIATED PRESS (15 février 2020). [↑](#footnote-ref-94)
94. Wadhams supra, note 618. [↑](#footnote-ref-95)
95. Id. [↑](#footnote-ref-96)
96. Whom Does WHO Trust?, supra note 623. [↑](#footnote-ref-97)
97. Boseley, supra, note 627. [↑](#footnote-ref-98)
98. Li Wenliang : Coronavirus kills Chinese Whistleblower doctor, BBC (7 février 2020). [↑](#footnote-ref-99)
99. Jeremy Page et al., How the WHO’s Hunt for Covid’s Origins Stumbled in China, Wall St. Journal (17 mars 2021). [↑](#footnote-ref-100)
100. Id. [↑](#footnote-ref-101)
101. Id. [↑](#footnote-ref-102)
102. Id. [↑](#footnote-ref-103)
103. La Chine n’a pas averti le public d’une pandémie probable pendant six jours clés, ASSOCIATED PRESS (15 avril 2020). [↑](#footnote-ref-104)
104. Li Wenliang : Coronavirus kills Chinese Whistleblower doctor, BBC (7 février 2020). [↑](#footnote-ref-105)
105. Jim Geraghty, Whom Does WHO Trust?, National Review (20 mars 2020). [↑](#footnote-ref-106)
106. Id. [↑](#footnote-ref-107)
107. Tony Munroe, et al., China expulse des journalistes américains alors que la crachat avec les États-Unis s'intensifie, Reuters (18 mars 2020). [↑](#footnote-ref-108)
108. Id. [↑](#footnote-ref-109)
109. Public Service Announcement, Federal Bureau of Investigation & Cybersecurity and Infrastructure Security Agency People’s Republic of China (PRC) Targeting of COVID-19 Research Organizations (13 mai 2020); Gordon Lubhold & Dustin Volz, U.S. Says Chinese, Iranian Hackers Seek to Steal Coronavirus Research, The Wall St. Journal (14 mai 2020). [↑](#footnote-ref-110)
110. Chen Qingqing & Li Sikun, China targets GOP hawks, US forms, states over lawsuits, Global Times (14 mai 2020). [↑](#footnote-ref-111)
111. Paul D. Shinkman, China Threatens to Sanction U.S. Politicians for Coronavirus Criticism, U.S. News & World Report (14 mai 2020). [↑](#footnote-ref-112)
112. Adam Sabes, ambassade de Chine, courriels du personnel républicain de la Chambre exprimant une «grave préoccupation» à l’égard de l’audition sur les origines de la COVID-19, FOX NEWS (15 avril 2023). [↑](#footnote-ref-113)
113. Lettre de Jim D. Jordan, et. al., membre de rang, H. Comm. on Oversight & Reform, au Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général, World Health Org. (9 avril 2020). [↑](#footnote-ref-114)
114. Lettre du Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, directeur général de l’Organisation mondiale de la santé, à Jim D. Jordan, membre de rang, H. Comm. on Oversight & Reform (15 juin 2020). [↑](#footnote-ref-115)
115. Id. [↑](#footnote-ref-116)
116. Déclaration, World Health Org., Archivé: OMS Timeline – COVID-19 (dernière mise à jour le 29 juin 2020), disponible à l’adresse [suivante: https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline--covid-19](https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19). [↑](#footnote-ref-117)
117. Id. [↑](#footnote-ref-118)
118. Lettre du Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, directeur général de l’Organisation mondiale de la santé, à Jim D. Jordan, membre de rang, H. Comm. on Oversight & Reform (15 juin 2020). [↑](#footnote-ref-119)
119. World Health Org., Conférence de presse virtuelle (20 avril 2020), transcription disponible à l’adresse suivante:

     [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press- conference-20apr2020.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-20apr2020.pdf). [↑](#footnote-ref-120)
120. Adam Kredo, La Chine n'a jamais signalé l'existence du coronavirus à l'Organisation mondiale de la santé, The Wash. Free Beacon (2 juillet 2020). [↑](#footnote-ref-121)
121. Listes de la réponse de l’OMS à la COVID-19, World Health Org. (dernière mise à jour le 29 juin 2021), disponible à l’adresse [suivante: https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline](https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline). [↑](#footnote-ref-122)
122. Id; Adam Kredo, China Never Reported Existence of Coronavirus to World Health Organization (La Chine n’a jamais signalé l’existence du coronavirus à l’Organisation mondiale de la santé), THE WASH. Free Beacon (2 juillet 2020). [↑](#footnote-ref-123)
123. WORLD HEALTH ORG., INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS, 2nd, p. 12 (2005);

     Matthew Lee, Trump US informe l'ONU du retrait de l'Organisation mondiale de la santé, The Associated Press (juillet)

     7, 2020). [↑](#footnote-ref-124)
124. RSI, supra note 665. [↑](#footnote-ref-125)
125. Id. aux pp. 44-46. [↑](#footnote-ref-126)
126. Id. à 12 h. [↑](#footnote-ref-127)
127. Joséphine Ma, Coronavirus: Le premier cas confirmé de COVID-19 en Chine remonte au 17 novembre, South China Morning Post (13 mars 2020); Déclaration, Organisation mondiale de la santé, OMS Timeline-COVID-19 (dernière mise à jour le 27 avril 2020). [↑](#footnote-ref-128)
128. Id. [↑](#footnote-ref-129)
129. Id. [↑](#footnote-ref-130)
130. Stephen Buranyi, The WHO v coronavirus: pourquoi elle ne peut pas faire face à la pandémie, The Guardian (10 avril 2020). [↑](#footnote-ref-131)
131. Id. [↑](#footnote-ref-132)
132. Daszak TI, supra note 256, p. 169-170 et 173. [↑](#footnote-ref-133)
133. Étude mondiale de l'OMS sur les origines du SARS-CoV-2, World Health Org. (5 novembre 2020). [↑](#footnote-ref-134)
134. Étude mondiale de l'OMS sur les origines du SARS-CoV-2: Termes de référence pour la partie Chine (31 juillet 2020), disponible à l’adresse [suivante: https://www.who.int/publications/m/item/who-convened-global-study-of-the-origins-of-sars-cov-2](https://www.who.int/publications/m/item/who-convened-global-study-of-the-origins-of-sars-cov-2). [↑](#footnote-ref-135)
135. Id. [↑](#footnote-ref-136)
136. Smriti Mallapaty, OMS abandonne les plans pour la deuxième phase cruciale de l'enquête sur les origines de la COVID-19, Nature (Mar.

     3, 2020). [↑](#footnote-ref-137)
137. Organisation mondiale de la santé, Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part (du 14 janvier au 14 février)

     10 2021). [↑](#footnote-ref-138)
138. Peter Beaumont, Royaume-Uni et États-Unis, critiquent le rapport de l’OMS sur la COVID-19 et accusent la Chine de retenir des données, The Guardian (30 mars 2021). [↑](#footnote-ref-139)
139. Id. [↑](#footnote-ref-140)
140. Id. [↑](#footnote-ref-141)
141. Id. [↑](#footnote-ref-142)
142. Transcription, Anthony Fauci, Face the Nation (28 mars 2021). [↑](#footnote-ref-143)
143. Javier C. Hernandez, The U.S. est préoccupé par l’influence de la Chine sur un rapport sur les origines de la pandémie, The N.Y. Times (29 mars 2021). [↑](#footnote-ref-144)
144. Jeremy Page, Betsy McKay & Drew Hinshaw, How the WHO’s Hunt for Covid’s Origins Stumbled in China, Wall St. Journal (17 mars 2021). [↑](#footnote-ref-145)
145. Id. [↑](#footnote-ref-146)
146. Lipkin TI, supra note 38, p. 73 à 74. [↑](#footnote-ref-147)
147. Fauci TI 2, supra note 81, p. 2. [↑](#footnote-ref-148)
148. Jeremy Page, Betsy McKay & Drew Hinshaw, How the WHO’s Hunt for Covid’s Origins Stumbled in China, Wall St. Journal (17 mars 2021). [↑](#footnote-ref-149)
149. Id. [↑](#footnote-ref-150)
150. Id. [↑](#footnote-ref-151)
151. Id. [↑](#footnote-ref-152)
152. Id. [↑](#footnote-ref-153)
153. Id. [↑](#footnote-ref-154)
154. Id. [↑](#footnote-ref-155)
155. Id. [↑](#footnote-ref-156)
156. Id. [↑](#footnote-ref-157)
157. Ken Moritsugu, Chine, présente les conclusions relatives à l’origine de la COVID-19 avant le rapport de l’OMS, ABC News (26 mars 2021). [↑](#footnote-ref-158)
158. Courriel de Li Xiang, conseiller, ambassade de Chine aux États-Unis d’Amérique, au personnel de Select Subcomm. sur la pandémie de coronavirus (3 mai 2023, 2 h 15). [↑](#footnote-ref-159)
159. Stephen Buryani, The WHO v coronavirus: pourquoi elle ne peut pas faire face à la pandémie, The Guardian (10 avril 2020). [↑](#footnote-ref-160)
160. Id. [↑](#footnote-ref-161)
161. Myungsei Sohn, The problem of International Health Regulations (IHR) in the process of response to COVID-

     19 et mesures d’amélioration visant à améliorer son efficacité, JOURNAL OF GLOBAL HEALTH SCIENCE (13 décembre 2021). [↑](#footnote-ref-162)
162. Nick Cumming-Bruce, W.H.O. membres conviennent d'entamer des pourparlers sur un traité mondial sur la pandémie, The N.Y. Times (Dec.

     1, 2021). [↑](#footnote-ref-163)
163. Assemblée mondiale de la santé, deuxième session extraordinaire (1er décembre 2021). [↑](#footnote-ref-164)
164. Communiqué de presse, Organisation mondiale de la Santé, Les gouvernements progressent dans les négociations d'un accord sur la pandémie

     renforcer la préparation mondiale aux futures urgences (20 septembre 2024). [↑](#footnote-ref-165)
165. Projet révisé du texte de négociation de l’accord de l’OMS sur les pandémies, WORLD HEALTH ORG. (13 mars 2024)

     disponible à l’adresse [suivante: https://apps.who.int/gb/inb/pdf\_files/inb9/A\_inb9\_3-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb9/A_inb9_3-en.pdf). [↑](#footnote-ref-166)
166. Id. [↑](#footnote-ref-167)
167. Id [↑](#footnote-ref-168)
168. Réformer l'OMS: Assurer la sécurité et la responsabilité en matière de santé mondiale: Audition Before Select Subcomm. on the Coronavirus Pandemic, H. Comm. on Oversight & Accountability, 118e Cong., 11 (13 décembre 2023). [↑](#footnote-ref-169)
169. 42 U.S.C. §247d-6b. [↑](#footnote-ref-170)
170. Stock national stratégique, ADMINI. POUR STRATEGIC PREPAREDNESS & RESPONSE, disponible à l’adresse [suivante: https://aspr.hhs.gov/SNS/Pages/default.aspx](https://aspr.hhs.gov/SNS/Pages/default.aspx). [↑](#footnote-ref-171)
171. Id. (Le SNS s'appelait à l'origine le National Pharmaceutical Stockpile (NPS) et sous la direction des Centers for Disease Control and Prevention (CDC)). [↑](#footnote-ref-172)
172. Todd Kuiken & Frant Gottron, Cong. Service de recherche, R47400, The Strategic National Stockpile: Aperçu et enjeux pour le Congrès (mis à jour le 26 septembre 2023). [↑](#footnote-ref-173)
173. Réponse de la réserve, ADMIN. FOR STRATEGIC PREPAREDNESS & RESPONSE, disponible à l’adresse [suivante: https://aspr.hhs.gov/SNS/Pages/Stockpile-Responses.aspx](https://aspr.hhs.gov/SNS/Pages/Stockpile-Responses.aspx). [↑](#footnote-ref-174)
174. Public Health Security and Bioterrorism Preparedness and Response Act of 2002, P.L. 107-188 (En réponse aux attaques terroristes et à l'anthrax du 11 septembre 2011, le Congrès a promulgué la Public Health Security and Bioterrorism Preparedness Response Act of 2002 qui a officiellement changé le nom en SNS et élargi le rôle à ses capacités actuelles.). [↑](#footnote-ref-175)
175. Todd Kuiken & Frant Gottron, CONG. RESEARCH SERV., R47400, The Strategic National Stockpile: Aperçu et enjeux pour le Congrès (mis à jour le 26 septembre 2023). [↑](#footnote-ref-176)
176. Stock national stratégique, ADMINISTRATION FOR STRATEGIC PREPAREDNESS & RESPONSE, disponible à l’adresse [suivante: https://aspr.hhs.gov/SNS/Pages/default.aspx](https://aspr.hhs.gov/SNS/Pages/default.aspx). [↑](#footnote-ref-177)
177. Todd Kuiken & Frant Gottron, CONG. RESEARCH SERV., R47400, The Strategic National Stockpile: Aperçu et enjeux pour le Congrès (mis à jour le 26 septembre 2023). [↑](#footnote-ref-178)
178. Id. [↑](#footnote-ref-179)
179. Id. (CHEMPACKs sont des conteneurs d'antidotes d'agent neurotoxique qui peuvent être utilisés pour traiter l'exposition à un incident chimique, même avec un agent inconnu. Plus de 90% de la population américaine se trouve à moins d'une heure d'un emplacement CHEMPACK; Les FMS sont des caches déployables rapidement avec des ressources médicales et pharmaceutiques qui peuvent transformer un bâtiment pré-identifié en un abri médical temporaire lors d'une urgence nationale; Les colis poussoirs sont des conteneurs préemballés et prêts pour le transport qui peuvent être livrés dans une zone n'importe où aux États-Unis dans les douze heures suivant la décision de déploiement.). [↑](#footnote-ref-180)
180. 42 U.S.C. §247d-6b. [↑](#footnote-ref-181)
181. 42 U.S.C. §247d-6b(a)(2). [↑](#footnote-ref-182)
182. Id. [↑](#footnote-ref-183)
183. 42 U.S.C. §300hh-10a. [↑](#footnote-ref-184)
184. Todd Kuiken & Frant Gottron, CONG. RESEARCH SERV., R47400, The Strategic National Stockpile: Aperçu et enjeux pour le Congrès (mis à jour le 26 septembre 2023). [↑](#footnote-ref-185)
185. Id. [↑](#footnote-ref-186)
186. GAO, GAO-23-106210, État de préparation en matière de santé publique: Le HHS devrait s’attaquer aux exigences stratégiques en matière de stocks nationaux et aux risques liés aux stocks (octobre 2022). [↑](#footnote-ref-187)
187. Stock national stratégique, ADMINISTRATION FOR STRATEGIC PREPAREDNESS & RESPONSE, disponible à l’adresse [suivante: https://aspr.hhs.gov/SNS/Pages/default.aspx](https://aspr.hhs.gov/SNS/Pages/default.aspx). [↑](#footnote-ref-188)
188. Nick Miroff, équipement de protection dans la réserve nationale est presque épuisé, disent les responsables du DHS, The Wash. Post (1er avril 2020). [↑](#footnote-ref-189)
189. Center for the Strategic National Stockpile, Admin. for Strategic Preparedness & Response, disponible à l’adresse [suivante: https://aspr.hhs.gov/SNS/Pages/default.aspx.](https://aspr.hhs.gov/SNS/Pages/default.aspx) [↑](#footnote-ref-190)
190. Todd Kuiken & Frant Gottron, CONG. RESEARCH SERV., R47400, The Strategic National Stockpile: Aperçu et enjeux pour le Congrès (mis à jour le 26 septembre 2023). [↑](#footnote-ref-191)
191. Voir, de manière générale, Amy Goldstein, et al., Desperate for medical equipment, states meet a beleaguered national stockle, THE WASH. POST (28 mars 2020). [↑](#footnote-ref-192)
192. Id. [↑](#footnote-ref-193)
193. Voir, de manière générale, Amy Goldstein, et al., Desperate for medical equipment, states meet a beleaguered national stockle, THE WASH. POST (28 mars 2020). [↑](#footnote-ref-194)
194. Todd Kuiken & Frant Gottron, CONG. RESEARCH SERV., R47400, The Strategic National Stockpile: Aperçu et enjeux pour le Congrès (mis à jour le 26 septembre 2023). [↑](#footnote-ref-195)
195. Id. [↑](#footnote-ref-196)
196. Center for the Strategic National Stockpile, Admin. for Strategic Preparedness & Response, disponible à l’adresse [suivante: https://aspr.hhs.gov/SNS/Pages/default.aspx.](https://aspr.hhs.gov/SNS/Pages/default.aspx) [↑](#footnote-ref-197)
197. Alicia Wallace, Covid a brisé les chaînes d'approvisionnement. Maintenant, sur la réparation, peuvent-ils résister à un autre choc?, CNN (16 janvier 2023). [↑](#footnote-ref-198)
198. Id. [↑](#footnote-ref-199)
199. Matt Egan, 24 milliards de dollars de marchandises flottent en dehors des plus grands ports de Californie, CNN (25 octobre 2021). [↑](#footnote-ref-200)
200. Vanessa Yurkevich & Peter Valdes-Dapena, GM se prépare à expédier la première série de ventilateurs, CCN (14 avril 2020). [↑](#footnote-ref-201)
201. Jim Wyss, Rum à la rescousse? Comment Bacardi peaufine la production pour lutter contre le coronavirus, Miami Herald (24 mars 2020). [↑](#footnote-ref-202)
202. Bacardi aide à produire des désinfectants pour les mains avec le changement de production, BACARDI LIMITED (19 mars 2020). [↑](#footnote-ref-203)
203. Megan Cerullo, Comment les entreprises sont passées de la fabrication de robes, de snowboards et de whisky à des masques, des gants et des désinfectants pour le visage, CBS NEWS (10 mars 2021). [↑](#footnote-ref-204)
204. Laurie McGinley & Carolyn Y. Johnson, Coronavirus soulève des craintes de perturbations de l'approvisionnement en médicaments aux États-Unis, The Wash. POST (26 février 2020). [↑](#footnote-ref-205)
205. Rosemary Gibson & Janardan Prasad Singh, China Rx: Exposer les risques de la dépendance de l'Amérique à la Chine pour la médecine (Prometheus, 2018) [↑](#footnote-ref-206)
206. Sauvegarder les chaînes d'approvisionnement pharmaceutiques dans une économie mondiale: Audition devant le sous-comm sur la santé, House Comm. sur l'énergie et le commerce, 116e Cong. (29 octobre 2019) (déclaration du Dr Janet Woodcock, directrice du Center for Drug Evaluation and Research). [↑](#footnote-ref-207)
207. Doug Palmer & Finbarr Bermingham, décideurs américains s’inquiètent de ce que la Chine «arme» les exportations de médicaments, POLITICO (20 décembre 2019, mise à jour le 10 avril 2020). [↑](#footnote-ref-208)
208. Chuin-Wei Yap, Pandemic Lays Bare U.S. Reliance on China for Drugs, The Wall St. Journal (5 août 2020). [↑](#footnote-ref-209)
209. Willy C. Shih, Global Supply Chains in a Post-Pandemic World, Harvard Business Review (septembre-octobre 2020). [↑](#footnote-ref-210)
210. Id. [↑](#footnote-ref-211)
211. Id. [↑](#footnote-ref-212)
212. Melanie Evans & Drew Hinshaw, Masks Run Short as Coronavirus Spreads, The Wall St. Journal (27 février,

     2020). [↑](#footnote-ref-213)
213. Se préparer à la prochaine pandémie, supra note 232. (Déclaration du Dr Marston, directeur médical en chef, U.S. Food and Drug Admin.). [↑](#footnote-ref-214)
214. Id. [↑](#footnote-ref-215)
215. Brenda Goodman & Raenu Charles, Meds pour les enfants souffrant de douleur et de fièvre sont en forte demande. Voici ce qu’il faut faire si vous ne les trouvez pas, CNN (9 décembre 2022). [↑](#footnote-ref-216)
216. Id. [↑](#footnote-ref-217)
217. Se préparer à la prochaine pandémie, supra note 232. (Déclaration du Dr Marston, directeur médical en chef, U.S. Food and Drug Admin.). [↑](#footnote-ref-218)
218. Mary Van Beusekom, Report details where top 100 brand-name Rx drugs are made, CIDRAP News (26 janvier 2022). [↑](#footnote-ref-219)
219. 761 Se préparer à la prochaine pandémie, supra note 232. (Déclaration du Dr Marston, directeur médical en chef, U.S. Food and Drug Admin.). [↑](#footnote-ref-220)
220. Id. [↑](#footnote-ref-221)
221. Id. [↑](#footnote-ref-222)
222. Distanciation sociale: garder une distance de sécurité pour ralentir la propagation, Ctr. for Disease Control and Prevention (6 juillet 2020). [↑](#footnote-ref-223)
223. Dan Diamond, Dans la pandémie, on nous a dit de garder 6 pieds de distance. Il n’y a aucune science à l’appui de cela, The Wash. POST (2 juin 2024). [↑](#footnote-ref-224)
224. Kevin Sikali, *Les dangers de la distanciation sociale: How COVID-19 can reshape our social experience,* Journal of Community Psychology (16 août 2020). [↑](#footnote-ref-225)
225. Id. [↑](#footnote-ref-226)
226. Fauci TI 2, supra note 81, p. 183-184. [↑](#footnote-ref-227)
227. Collins TI, supra note 221, p. 225 à 226. [↑](#footnote-ref-228)
228. Audience Fauci, supra note 233, p. 24. [↑](#footnote-ref-229)
229. Audience Fauci, supra note 233, p. 36 et 37. [↑](#footnote-ref-230)
230. Audience Fauci, supra note 233, aux pp. 58-59. [↑](#footnote-ref-231)
231. Holly Yan, Vous voulez empêcher un autre arrêt, sauver 33 000 vies et vous protéger? Portez un masque facial, disent les médecins, CNN (29 juin 2020). [↑](#footnote-ref-232)
232. Id. [↑](#footnote-ref-233)
233. Chris Megerian, et al., CDC recommande de porter des masques faciaux pendant la pandémie de coronavirus, Los Angeles Times (3 avril 2020); Colin Dwyer & Allison Aubrey, CDC Now Recommends Americans Consider Wearing Cloth Face Coverings In Public, NPR (3 avril 2020). [↑](#footnote-ref-234)
234. Holly Yan, Vous voulez empêcher un autre arrêt, sauver 33 000 vies et vous protéger? Portez un masque facial, disent les médecins, CNN (29 juin 2020). [↑](#footnote-ref-235)
235. Ce tweet a depuis été supprimé. [↑](#footnote-ref-236)
236. 60 Minutes, CBS (8 mars 2020). [↑](#footnote-ref-237)
237. Voir en général, Holly Yan, Voulez-vous empêcher un autre arrêt, sauver 33 000 vies et vous protéger? Portez un masque facial, disent les médecins, CNN (29 juin 2020). [↑](#footnote-ref-238)
238. Chris Megerian, et al., CDC recommande de porter des masques faciaux pendant la pandémie de coronavirus, LOS ANGELES TIMES (3 avril 2020); Colin Dwyer & Allison Aubrey, CDC Now Recommends Americans Consider Wearing Cloth Face Coverings In Public, NPR (3 avril 2020). [↑](#footnote-ref-239)
239. Recommandations concernant l'utilisation de revêtements faciaux en tissu, en particulier dans les zones de transmission communautaire importante, RTC. Pour le contrôle et la prévention des maladies (3 avril 2020), disponible à l’adresse [suivante: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/86440.](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/86440) [↑](#footnote-ref-240)
240. Tom Jefferson, et al., Interventions physiques visant à interrompre ou à réduire la propagation des virus respiratoires, Cochrane (30 janvier 2023). [↑](#footnote-ref-241)
241. Exec. Arrêté no 13991, 86 FR 7045 (25 janvier 2021). [↑](#footnote-ref-242)
242. Exec. Ordonnance no 13998. 86 FR 7205 (21 janvier 2021). [↑](#footnote-ref-243)
243. Jason Hoffman & Maegan Vazquez, Biden pousse les nouvelles directives sur les masques des CDC comme une raison pour laquelle tous les Américains devraient se faire vacciner, CNN (27 avril 2021); Elizabeth Cohen, et al., CDC issues new outdoor mask guidance for full vaccinated people, CNN (27 avril 2021). [↑](#footnote-ref-244)
244. Paul LeBlanc & Kaitlan Collins, Biden vante le nouveau guide du CDC sur les masques comme «un grand jour pour l’Amérique», CNN (13 mai 2021). [↑](#footnote-ref-245)
245. Id. [↑](#footnote-ref-246)
246. Une mise à jour des fonctionnaires fédéraux sur les efforts de lutte contre la COVID-19: Audition devant la Commission sénatorialede la santé, de l'éducation, du travail et des pensions, 117 e Cong., (11 mai 2021). [↑](#footnote-ref-247)
247. Chas Banner, Mask Mandates Are Back – Même pour les vaccinés. Voici ce qu’il faut savoir, N.Y. Magazine (août.

     7, 2021). [↑](#footnote-ref-248)
248. Voir Wilson Wong, Fauci dit que le public « interprète mal » le dernier guide du CDC sur les masques, NBC (20 mai 2021). [↑](#footnote-ref-249)
249. Id. [↑](#footnote-ref-250)
250. Comment se protéger & Autres, Ctrs. Pour le contrôle et la prévention des maladies (mis à jour le 26 juillet 2021) (copie archivée avec Select Subcomm. personnel). [↑](#footnote-ref-251)
251. Id. [↑](#footnote-ref-252)
252. Berkeley Lovelace Jr. (acteur) & Erika Edwards, L'utilisation de masques d'intérieur n'est plus nécessaire dans la plupart des États-Unis, dit le CDC, NBC (25 février 2022). [↑](#footnote-ref-253)
253. Katie Teague, et al., Where Are COVID-19 Mask Mandates Still in Effect?, CNET (13 avril 2022). [↑](#footnote-ref-254)
254. James Hamblin, Can Public Health Be Saved?, The N.Y. Times (12 mars 2022). [↑](#footnote-ref-255)
255. Health Freedom Defense Fund, Inc. c. Joseph R. Biden, no 8:21-cv-01693-KKM-AEP, 2022 (M.D. Fla. 18 avril 2022). [↑](#footnote-ref-256)
256. Will Stone & Pien Huang, CDC prolonge le mandat du masque de transport jusqu'au 3 mai, NPR (13 avril 2022). [↑](#footnote-ref-257)
257. Apoorva Mandavilli, New C.D.C. Guidelines Suggest 70 % of Americans Can Stop Wearing Masks, The N.Y. Times (25 février 2022). [↑](#footnote-ref-258)
258. Health Freedom Defense Fund, Inc. c. Joseph R. Biden, no 8:21-cv-01693-KKM-AEP, 2022 (M.D. Fla. 18 avril 2022). [↑](#footnote-ref-259)
259. Id. [↑](#footnote-ref-260)
260. Id. [↑](#footnote-ref-261)
261. Id. [↑](#footnote-ref-262)
262. Id. [↑](#footnote-ref-263)
263. Id. [↑](#footnote-ref-264)
264. Id. [↑](#footnote-ref-265)
265. Id. [↑](#footnote-ref-266)
266. Id. [↑](#footnote-ref-267)
267. Id. [↑](#footnote-ref-268)
268. Id. [↑](#footnote-ref-269)
269. Id. [↑](#footnote-ref-270)
270. Résumé scientifique: Community Use of Masks to Control the Spread of SARS-CoV-2, Ctrs. for Disease Control and Prevention (dernière mise à jour le 6 décembre 2021). [↑](#footnote-ref-271)
271. Id. [↑](#footnote-ref-272)
272. M. Joshua Hendrix, et al., Absence of Apparent Transmission of SARS-CoV-2 from Two Stylists After Exposure at a Hair Salon with a Universal Face Covering Policy – Springfield (Missouri), mai 2020, MMWR (17 juillet 2020). [↑](#footnote-ref-273)
273. Id. [↑](#footnote-ref-274)
274. Jeffrey H. Anderson, Do Masks Work?, City Journal (11 août 2021). [↑](#footnote-ref-275)
275. Megan Jegn, P.hD, et al., Association Between K–12 School Mask Policies and School-Associated COVID-19 Outbreaks — Maricopa and Pima Counties, Arizona, juillet-août 2021, MMWR (24 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-276)
276. Id. [↑](#footnote-ref-277)
277. Id. [↑](#footnote-ref-278)
278. Id. [↑](#footnote-ref-279)
279. Id. [↑](#footnote-ref-280)
280. Id. [↑](#footnote-ref-281)
281. David Zweig, The CDC’s Flawed Case for Wearing Masks in School, The Atlantic (6 décembre 2021). [↑](#footnote-ref-282)
282. Jenna Gettings, et al., Mask Use and Ventilation Improvements to Reduce COVID-19 Incidence in Elementary Schools — Georgia, 16 novembre-11 décembre 2020, MMWR (28 mai 2021). [↑](#footnote-ref-283)
283. Id. [↑](#footnote-ref-284)
284. Id. [↑](#footnote-ref-285)
285. Id. [↑](#footnote-ref-286)
286. David Zweig, The CDC’s Flawed Case for Wearing Masks in School, The Atlantic (6 décembre 2021). [↑](#footnote-ref-287)
287. Jingyi Xiao, et al., Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings—Personal Protective and Environmental Measures, EMERGING INFECTIOUS DISEASES (26 mai 2020). [↑](#footnote-ref-288)
288. Maladies infectieuses émergentes (26 mai 2020). [↑](#footnote-ref-289)
289. Michael Klompas, M.D., M.P.H., et al., Universal Masking in Hospitals in the Covid-19 Era, The New England Journal of Medicine (1er avril 2020). [↑](#footnote-ref-290)
290. Id. [↑](#footnote-ref-291)
291. Ermengol Coma, et al., Unravelling the role of the mandatory use of face covering masks for the control of SARS-CoV-2 in schools: une étude quasi expérimentale nichée dans une cohorte basée sur la population en Catalogne (Espagne), British Journal of Medicine (3 novembre 2022). [↑](#footnote-ref-292)
292. Missouri c. Biden, 3:22-cv-01213, (W.D. La. 11 janvier 2023) (Déposition du Dr Anthony Fauci (23 novembre 2022)). [↑](#footnote-ref-293)
293. Id. [↑](#footnote-ref-294)
294. Id. [↑](#footnote-ref-295)
295. Id. [↑](#footnote-ref-296)
296. David Wallace-Wells, le Dr Fauci regarde en arrière: «Something Clearly Went Wrong», The N.Y. Times (24 avril 2023). [↑](#footnote-ref-297)
297. Id. [↑](#footnote-ref-298)
298. Tom Jefferson, et al., Interventions physiques visant à interrompre ou à réduire la propagation des virus respiratoires, Cochrane (30 janvier 2023). [↑](#footnote-ref-299)
299. Jeremy Grimshaw, Qu'est-ce que la Collaboration Cochrane a fait pour nous? Un bulletin de rendement sur les 10 premières années, JAMC (28 septembre 2004). [↑](#footnote-ref-300)
300. A. Cipriani, et al., What is a Cochrane review?, Epidemiology and Psychiatric Sciences (20 septembre 2011). [↑](#footnote-ref-301)
301. Tom Jefferson, et al., Interventions physiques visant à interrompre ou à réduire la propagation des virus respiratoires, Cochrane (30 janvier 2023). [↑](#footnote-ref-302)
302. John Tierney, Environ zéro, City Journal (17 février 2023). [↑](#footnote-ref-303)
303. A. Cipriani, et al., What is a Cochrane review?, Epidemiology and Psychiatric Sciences (20 septembre 2011). [↑](#footnote-ref-304)
304. Ian Miller, Unmasked (Post Hill Press, 2022). [↑](#footnote-ref-305)
305. Id. [↑](#footnote-ref-306)
306. Orientation opérationnelle à l'intention des écoles de la maternelle à la 12e année et des programmes de soins et d'éducation de la petite enfance à l'appui de l'apprentissage en toute sécurité en­personne, RTC. Pour le contrôle et la prévention des maladies (dernière mise à jour le 4 octobre 2023). [↑](#footnote-ref-307)
307. Coronavirus (COVID-19): Enfants et masques, WORLD HEALTH ORG. (7 mars 2022). [↑](#footnote-ref-308)
308. Id. [↑](#footnote-ref-309)
309. Id. [↑](#footnote-ref-310)
310. Stephanie H. Murray, Speech Therapy Shows the Difficult Trade-Offs of Wearing Masks, The Atlantic (2 mars 2022). [↑](#footnote-ref-311)
311. Lara S. Shekerdemian, et al., Characteristics and Outcomes of Children With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection Admitted to US and Canadian Pediatric Intensive Care Units, JAMA (mai 2020). [↑](#footnote-ref-312)
312. Stephanie H. Murray, Speech Therapy Shows the Difficult Trade-Offs of Wearing Masks, The Atlantic (2 mars 2022). [↑](#footnote-ref-313)
313. Liza Stahnke, Mots insaisissables: Confronting the Post-Pandemic Skills Gap, ASHAWIRE (17 mai 2024). [↑](#footnote-ref-314)
314. Communiqué de presse, Maison Blanche, 15 jours pour ralentir la propagation (16 mars 2020). [↑](#footnote-ref-315)
315. David R. Henderson, Revue de livre: Silent Invasion, Cato Institute (printemps 2023). [↑](#footnote-ref-316)
316. Braver Angels, A Deplorable and an Elitist Walk into a Bar (Anges courageux, déplorables et élitistes entrent dans un bar): Francis Collins et Wilk Wilkinson (10 juillet 2023). [↑](#footnote-ref-317)
317. Ibtihal Ferwana & Lav. R Varshney, The impact of COVID-19 lockdowns on mental health patients populations in the United States (L’impact des confinements liés à la COVID-19 sur les populations de patients en santé mentale aux États-Unis), NATURE (7 mars 2024). [↑](#footnote-ref-318)
318. Id. [↑](#footnote-ref-319)
319. Mark É. (homonymie) Czeisler, et al., Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States, 24-30 juin 2020, MMWR (14 août 2020). [↑](#footnote-ref-320)
320. Kevin Gallagher, Pandemic Lockdowns led to Spike in Behavioral Addictions, Mad in America (22 novembre 2023). [↑](#footnote-ref-321)
321. Id. [↑](#footnote-ref-322)
322. Jeffrey A. Bridge, et al., Youth Suicide During the First Year of the COVID-19 Pandemic, Pediatrics (15 février 2023). [↑](#footnote-ref-323)
323. Lauren J. Tanz, et al., Drug Overdose Deaths Among Persons Aged 10–19 Years — United States, juillet 2019–décembre 2021, MMWR (16 décembre 2022). [↑](#footnote-ref-324)
324. Le sondage montre une augmentation de l'audition, de la parole et des références linguistiques, plus de défis de communication chez les jeunes enfants, ASHA (30 avril 2023). [↑](#footnote-ref-325)
325. Id. [↑](#footnote-ref-326)
326. Sarah D. Sparks, les bébés disent moins depuis la pandémie: Why That’s Concerning, Semaine de l’éducation (avril)

     7, 2022). [↑](#footnote-ref-327)
327. CrisAnna Mink, La COVID cause-t-elle des retards de développement chez les enfants?, USC Center for Health Journalism (déc.

     21, 2021). [↑](#footnote-ref-328)
328. Jo Napolitano, Nouvelle recherche: Les bébés nés pendant la COVID parlent moins avec les soignants, plus lentement pour développer des compétences linguistiques critiques, THE 74 (18 avril 2022). [↑](#footnote-ref-329)
329. L'équipe LENA, les nourrissons de l'ère COVID vocalisent moins et connaissent moins de virages conversationnels, explique l'équipe de recherche LENA, LENA (7 mars 2022). [↑](#footnote-ref-330)
330. Richard Fry, et al., Une majorité de jeunes adultes aux États-Unis vivent avec leurs parents pour la première fois depuis la Grande Dépression, PEW RESEARCH CENTER (4 septembre 2020). [↑](#footnote-ref-331)
331. Lauren Kirschman, COVID-19 lockdowns prématurément vieux cerveaux d'adolescents, UW étude montre, UW Nouvelles (Sept.

     9, 2024). [↑](#footnote-ref-332)
332. Id. [↑](#footnote-ref-333)
333. Casey B. Mulligan & Robert D. Arnott, Les jeunes n'étaient pas épargnés: What Death Certificates Reveal about Non­Covid Excess Deaths, SAGE JOURNALS (15 décembre 2022). [↑](#footnote-ref-334)
334. Id. [↑](#footnote-ref-335)
335. Id. [↑](#footnote-ref-336)
336. 15 Days to Slow the Spread, supra note 856. [↑](#footnote-ref-337)
337. David R. Henderson, Revue de livre: Silent Invasion, Cato Institute (printemps 2023). [↑](#footnote-ref-338)
338. Sophie Bethune, Un an après: Gains de poids malsains, augmentation de la consommation d'alcool signalée par les Américains confrontés au stress pandémique, AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (11 mars 2021). [↑](#footnote-ref-339)
339. Oliver Kharraz, Long waits to see a doctor are a public health crisis, STAT (2 mai 2023). [↑](#footnote-ref-340)
340. Jamie Ducharme, Longue attente, Rendez-vous courts, Énormes projets de loi: U.S. Health Care is Causing Patient Burnout, Time (27 février 2023). [↑](#footnote-ref-341)
341. Anna Rouw, et al., Key Questions about COVID-19 Vaccine Passports and the U.S., KFF (15 avril 2021). [↑](#footnote-ref-342)
342. Ayana Archie, Le CDC ne délivrera plus de cartes de vaccination contre la COVID-19, NPR (5 octobre 2023) [↑](#footnote-ref-343)
343. Emma G. Fitzsimmons, New York City to Require Preuve of Vaccination for Indoor Dining and Gyms, The N.Y. TIMES (3 août 2021). [↑](#footnote-ref-344)
344. Id. [↑](#footnote-ref-345)
345. Emily Anthes & Alexander E. Petri, C.D.C. Director Warns of a «Pandemic of the Unvaccinated», The N.Y. TIMES (16 juillet 2021, mise à jour le 22 juillet 2021). [↑](#footnote-ref-346)
346. Reuters Fact Check, Fact Check: la prévention de la transmission n’a jamais été requise pour l’approbation initiale des vaccins contre la COVID-19; Pfizer vax a effectivement réduit la transmission des premiers variants, REUTERS (12 février 2024). [↑](#footnote-ref-347)
347. Madeline Holcombe & Christina Maxouris, Les personnes entièrement vaccinées qui contractent une infection par le Covid-19 peuvent transmettre le virus, a déclaré le chef des CDC, CNN HEALTH (6 août 2021). [↑](#footnote-ref-348)
348. Carlie Porterfield, Here Are The U.S. Cities Where You Need A Covid Vaccine To Dine In A Restaurant, Forbes (22 décembre 2021). [↑](#footnote-ref-349)
349. Kevin Bardosh, et al., The unintended consequences of COVID-19 vaccine policy: pourquoi les mandats, les passeports et les restrictions peuvent causer plus de tort que de bien, BMJ GLOBAL HEALTH (mai 2023). [↑](#footnote-ref-350)
350. Plan de sécurité COVID de la Nouvelle-Orléans, (dernière mise à jour le 19 avril 2022) disponible à l’adresse suivante:

     <https://www.neworleans.com/blog/post/new-orleans-covid-safety/>. [↑](#footnote-ref-351)
351. Kayla Benjamin, DC’s Vaccine Mandate is Over — but Many Restaurants, Gyms, and Entertainment Venues Still Need Vax Proof, WASHINGTONIAN (16 février 2022). [↑](#footnote-ref-352)
352. Mémorandum du Département de la santé de l'État de New York aux administrateurs de maisons de soins infirmiers, et. al. (25 mars 2020) (au dossier avec Select Subcomm. Personnel) [ci-après la «directive du 25 mars»]. [↑](#footnote-ref-353)
353. Id. [↑](#footnote-ref-354)
354. Bernard Condon & Jennifer Peltz, Plus de 9 000 patients infectés par le virus envoyés dans des maisons de retraite à New York, Associated Press (11 février 2021). [↑](#footnote-ref-355)
355. Id. [↑](#footnote-ref-356)
356. Marisa Kwiatkowski, «Une honte nationale»: 40 600 décès liés aux maisons de retraite américaines, USA Today (1er juin 2020). [↑](#footnote-ref-357)
357. Andrew Cuomo, La crise américaine: Leadership Lessons from the COVID-19 Pandemic (Groupe d'édition de la Couronne, 13 octobre 2020). [↑](#footnote-ref-358)
358. The Lead avec Jake Tapper, CNN (10 mars 2020). [↑](#footnote-ref-359)
359. Id. [↑](#footnote-ref-360)
360. Steven Nelson & Bernadette Hogan, Cuomo craignait le «feu» de la COVID-19 dans les maisons de retraite avant l’ordre notoire: Kushner, N.Y. POST (2 août 2022) (soulignement ajouté). [↑](#footnote-ref-361)
361. Lettre du ministère de la santé de l’État de N.Y. aux maisons de soins infirmiers et aux établissements de soins pour adultes (13 mars 2020). [↑](#footnote-ref-362)
362. Le gouverneur Cuomo signe le décret exécutif de l'État de New York sur PAUSE, le gouvernement. Kathy Hochul (20 mars 2020). [↑](#footnote-ref-363)
363. Interview transcrite du Dr Howard Zucker, par H. Select Subcomm. sur le personnel affecté à la pandémie de coronavirus, 88­89 (18 décembre 2023) [ci-après «Zucker TI»]; Voir également Jimmy Vielkind et al., In Worst-Hit COVID State, New York’s Cuomo Called All the Shots, WALL STREET JOURNAL (11 septembre 2020) (rapporté que « M. Raske, président de la Greater New York Hospital Association, a déclaré avoir contacté l’équipe de M. Cuomo pour obtenir de l’aide concernant les maisons de retraite. Les hôpitaux ne pouvaient pas se permettre d’héberger à long terme des résidents de maisons de soins infirmiers récupérés, les modèles montrant qu’ils pourraient bientôt être submergés.»). [↑](#footnote-ref-364)
364. Zucker TI, supra note 905, p. 93. [↑](#footnote-ref-365)
365. Interview transcrite d'Andrew Cuomo, par H. Select Subcomm. sur la pandémie de coronavirus, à 38-41 (juin)

     11, 2024) [ci-après «Cuomo TI»]. [↑](#footnote-ref-366)
366. Cuomo TI, supra note 918, p. 202 à 203. [↑](#footnote-ref-367)
367. Id. [↑](#footnote-ref-368)
368. Entretien transcrit de Mme Melissa DeRosa, par H. Select Subcomm. sur le personnel affecté à la pandémie de coronavirus, à 20 (le 21 juin 2024) [ci-après «DeRosa TI»]. [↑](#footnote-ref-369)
369. Id. aux pp. 114-115. [↑](#footnote-ref-370)
370. Interview transcrite de Bradley Hutton, par H. Select Subcomm. sur le personnel affecté à la pandémie de coronavirus, du 26 au 28 août 2024 (ci-après «Hutton TI»). [↑](#footnote-ref-371)
371. Id. [↑](#footnote-ref-372)
372. Hutton TI, supra note 912, p. 51. [↑](#footnote-ref-373)
373. Zucker TI, supra note 905, p. 43-44. [↑](#footnote-ref-374)
374. Id. aux pp. 22-23. [↑](#footnote-ref-375)
375. Courriel du personnel de la Chambre exécutive au personnel de la Chambre exécutive (7 juillet 2020, 15h01). [↑](#footnote-ref-376)
376. Interview transcrite de Beth Garvey, par Select Subcomm. sur la pandémie de coronavirus, aux pp. 81-82 (30 mai 2024) [ci-après «Garvey TI»]. [↑](#footnote-ref-377)
377. Courriel de Joseph Popcun, N.Y. Dep’t of State, à Beth Garvey, conseillère spéciale du gouverneur, et al. (25 mars 2020). [↑](#footnote-ref-378)
378. Interview transcrite de Linda Lacewell, par H. Select Subcomm. sur le personnel de la pandémie de coronavirus, à 42-43 (mai. 31, 2024) [ci-après «Lacewell TI»]. [↑](#footnote-ref-379)
379. Id. [↑](#footnote-ref-380)
380. Id. à 20-21. [↑](#footnote-ref-381)
381. Interview transcrite de Larry Schwartz, par H. Select Subcomm. sur le personnel affecté à la pandémie de coronavirus, 12-13 (le 24 juin 2020) [ci-après «Schwartz TI»]. [↑](#footnote-ref-382)
382. Id. à 13. [↑](#footnote-ref-383)
383. Voir, d'une manière générale, Cuomo TI, supra, note 907. [↑](#footnote-ref-384)
384. Id. au 129. [↑](#footnote-ref-385)
385. Zucker TI, supra note 905, p. 90-91. [↑](#footnote-ref-386)
386. Charles Creitz, chef de l'assurance-maladie, Verma, reproche à Cuomo d'avoir tenté de rejeter la faute sur la Maison Blanche pour les décès dans les maisons de retraite de New York, FOX NEWS (28 mai 2020). [↑](#footnote-ref-387)
387. Note de David R. Wright, directeur, Quality, Safety & Oversight Group, U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, aux directeurs des agences d'enquête d'État (13 mars 2020) (au dossier de Comm. personnel). [↑](#footnote-ref-388)
388. Directive du 25 mars, supra 894. [↑](#footnote-ref-389)
389. Interview transcrite du Dr Deborah Birx, par H. Select Subcomm. sur le Coronavirus Crisis Staff, aux pp. 119-121 (13 octobre 2021) [ci-après Birx TI]. [↑](#footnote-ref-390)
390. Id. au 123. [↑](#footnote-ref-391)
391. Zucker TI, supra note 905, p. 90-91. [↑](#footnote-ref-392)
392. Directive du 25 mars, supra note 894; Voir également «Like Fire Through Dry Grass: Nursing Home Mortality and COVID-19 Policies », Hearing Before the Select Subcomm. on the Coronavirus Pandemic, 118e Cong. (17 mai 2023) (Témoignage écrit de Bill Hammond, Senior Fellow for Health Policy, Empire Center for Public Policy). [↑](#footnote-ref-393)
393. Id. [↑](#footnote-ref-394)
394. Hutton TI, supra note 912, p. 60. [↑](#footnote-ref-395)
395. Zucker TI, supra note 905, p. 169-170. [↑](#footnote-ref-396)
396. Cuomo TI, supra note 907, p. 152. [↑](#footnote-ref-397)
397. Cuomo TI, supra note 907, p. 153. [↑](#footnote-ref-398)
398. N.Y. Exec. Arrêté n° 202.30 (10 mai 2020). [↑](#footnote-ref-399)
399. DeRosa TI, supra note 910, p. 115-116. [↑](#footnote-ref-400)
400. Courriel de Kristen Navarette, N.Y. State Dep’t of Health, à Jill Montag, N.Y. State Dep’t of Health, et al. (12 mai 2020). [↑](#footnote-ref-401)
401. Courriel d’Adrianne Mazeau, N.Y. State Dep’t of Health, à Kristen Navarette, N.Y. State Dep’t of Health, et al. (27 mai 2020). [↑](#footnote-ref-402)
402. Cuomo TI, supra note 907, p. 158. [↑](#footnote-ref-403)
403. Zucker TI, supra note 905, p. 159. [↑](#footnote-ref-404)
404. Département de la santé de l'État de New York, Factors Associated with Nursing Home Infections and Fatalities in New York State During the COVID-19 Global Health Crisis (6 juillet 2020). [↑](#footnote-ref-405)
405. Département de la santé de l'État de New York, Factors Associated with Nursing Home Infections and Fatalities in New York State During the COVID-19 Global Health Crisis (6 juillet 2020). [↑](#footnote-ref-406)
406. Courriel de Stephanie Benton, adjointe exécutive du gouverneur, au Dr Jim Malatras, conseiller du gouverneur, et. al. (7 juin 2020) (soulignement ajouté). [↑](#footnote-ref-407)
407. Id. [↑](#footnote-ref-408)
408. Zucker TI, supra note 905, p. 160-161; Interview transcrite de Gareth Rhodes, par Select Subcomm. sur le personnel de la pandémie de coronavirus, à 104-105 (3 mai 2024) [ci-après Rhodes TI]; Interview transcrite du Dr Jim Malatras, par Select Subcomm. sur le personnel de la pandémie de coronavirus, à 130 (20 mai 2024) [ci-après Malatras TI]; DeRosa TI, supra note 910, p. 198-199. [↑](#footnote-ref-409)
409. Malatras TI, supra note 950, p. 130. [↑](#footnote-ref-410)
410. Id. au 198. [↑](#footnote-ref-411)
411. Zucker TI, supra note 905, p. 167-168. [↑](#footnote-ref-412)
412. Interview transcrite d’Eleanor Adams, M.D., conseillère, N.Y. State Dep’t of Health, 118-119 (8 avril 2024) [ci-après « Adams TI »]. [↑](#footnote-ref-413)
413. Id. à 80. [↑](#footnote-ref-414)
414. Courriel du Dr Eleanor Adams, conseillère spéciale auprès du commissaire, N.Y. State Dep’t of Health, au Dr Howard Zucker, commissaire, N.Y. State Dep’t of Health, (7 juin 2020). [↑](#footnote-ref-415)
415. Id. (au dossier de Comm. personnel). [↑](#footnote-ref-416)
416. Id. [↑](#footnote-ref-417)
417. Malatras TI, supra note 950, p. 161. [↑](#footnote-ref-418)
418. Malatras TI, supra note 950, p. 29, 162-163, 197; DeRosa TI, supra note 910, p. 235.

     [REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK] [↑](#footnote-ref-419)
419. Goodman, supra, note 962. [↑](#footnote-ref-420)
420. Voir Bernadette Hogan & Bruce Golding, fonctionnaire de Cuomo Malatras semble jeter des cohortes sous le bus dans le déni de maisons de soins infirmiers, N.Y. POST (5 mars 2021). [↑](#footnote-ref-421)
421. Malatras TI, supra note 950, p. 212 à 214; Lacewell TI, supra note 920, p. 63-64. [↑](#footnote-ref-422)
422. Id. [↑](#footnote-ref-423)
423. Cuomo TI, supra note 907, p. 173 et 285 à 286. [↑](#footnote-ref-424)
424. Rapport d’enquête sur la destitution au président du comité judiciaire, Charles Levine, et au comité judiciaire de l’Assemblée de l’État de New York, 40 ans, Davis Polk & Wardwell LLP (22 novembre 2021) [ci-après le «rapport de destitution»] («[L]es éléments de preuve obtenus dans le cadre de notre enquête démontrent que l’ancien gouverneur Cuomo a ordonné à des fonctionnaires de la chambre exécutive, du groupe de travail et du DOH de préparer un rapport du DOH afin de lutter contre les critiques à l’égard de la directive du 25 mars. Le rapport a été initié par le gouverneur de l'époque et influencé par des membres de l'exécutif.

     Chambre et Task Force, puis libéré sous les auspices du DOH. Tout au long du processus de rédaction, l’ancien gouverneur a examiné et édité le projet de rapport du DOH à plusieurs reprises et a apporté des modifications pour renforcer la défense de la directive du 25 mars»). [↑](#footnote-ref-425)
425. Malatras TI, supra note 950, p. 207 à 208. [↑](#footnote-ref-426)
426. Id. à 165. [↑](#footnote-ref-427)
427. Cuomo TI, supra note 907, p. 177. [↑](#footnote-ref-428)
428. Malatras TI, supra note 950, p. 208-209. [↑](#footnote-ref-429)
429. Courriel de Farrah Kennedy, assistante exécutive, Chambre exécutive, New York, au personnel de la Chambre exécutive (juin)

     23 décembre 2020, 14 h 42). [↑](#footnote-ref-430)
430. Interview transcrite de Farrah Kennedy, assistante exécutive, chambre exécutive de New York, 20-21 (8 octobre 2024) [ci-après «Kennedy TI»]. [↑](#footnote-ref-431)
431. Id. [↑](#footnote-ref-432)
432. Courriel du personnel de la Chambre exécutive au personnel de la Chambre exécutive (24 juin 2020, 10 h 55). [↑](#footnote-ref-433)
433. Id. [↑](#footnote-ref-434)
434. Kennedy TI, supra note 976, p. 24-25. [↑](#footnote-ref-435)
435. Id. à 25. [↑](#footnote-ref-436)
436. Courriel du personnel de la Chambre exécutive au personnel de la Chambre exécutive (28 juin 2020, 15 h 20). [↑](#footnote-ref-437)
437. Kennedy TI, supra note 976, p. 26. [↑](#footnote-ref-438)
438. Kennedy TI, supra note 976, p. 26. [↑](#footnote-ref-439)
439. Cuomo TI, supra note 907, p. 287. [↑](#footnote-ref-440)
440. Id. à la p. 173. [↑](#footnote-ref-441)
441. Malatras TI, supra note 950, p. 29. [↑](#footnote-ref-442)
442. Courriel de Stephanie Benton au personnel de la Chambre exécutive (30 juin 2020 10h59). [↑](#footnote-ref-443)
443. Courriel de Michael Dowling, chef exécutif. Bureau, Northwell Health, au personnel de la Chambre exécutive (30 juin 2020), 16 h 31. [↑](#footnote-ref-444)
444. Id. [↑](#footnote-ref-445)
445. Courriel de Kenneth Raske, président & Chef Exec. Officier, Greater N.Y. Hospital Ass’n, à Michael Dowling, directeur exécutif. Agent, Northwell Health (30 juin 2020, 18 h). [↑](#footnote-ref-446)
446. Adams TI, supra note 954, p. 98. [↑](#footnote-ref-447)
447. Malatras TI, supra note 950, p. 160-161; Lacewell TI, supra note 920, p. 115; Garvey TI, supra note 918, p. 163. [↑](#footnote-ref-448)
448. Malatras TI, supra note 950, p. 106 à 107. [↑](#footnote-ref-449)
449. Id. [↑](#footnote-ref-450)
450. Id. aux pp. 106 et 206. [↑](#footnote-ref-451)
451. Id. aux pp. 168-169. [↑](#footnote-ref-452)
452. DeRosa TI, supra note 910, p. 245. [↑](#footnote-ref-453)
453. Zucker TI, supra note 905, p. 200. [↑](#footnote-ref-454)
454. Courriel du personnel de la Chambre exécutive au personnel de la Chambre exécutive (27 juin 2020 10h13). [↑](#footnote-ref-455)
455. Id. [↑](#footnote-ref-456)
456. Courriel du personnel de la Chambre exécutive au personnel de la Chambre exécutive, État de New York (27 juin 2020 10h58).

     Une réponse subséquente de Mme Lacewell a confirmé que l'appel téléphonique du 27 juin, où la décision a été prise de retirer les décès hors établissement, était une réponse à une question posée par Mme DeRosa. Bien que Mme Lacewell ait déclaré qu’« une [question] de MDR » et une « raison » de l’appel téléphonique du 27 juin, il n’est pas clair que Mme DeRosa l’ait demandé parce que la chambre exécutive a invoqué le privilège du client avocat.

     [REMAINDER OF PAGE INTENTIONALLY BLANK] [↑](#footnote-ref-457)
457. Cuomo TI, supra note 907, p. 289. [↑](#footnote-ref-458)
458. Malatras TI, supra note 950, p. 143-144. [↑](#footnote-ref-459)
459. Id. à la p. 147. [↑](#footnote-ref-460)
460. DeRosa TI, supra note 910, p. 55. [↑](#footnote-ref-461)
461. Rhodes TI, supra note 950, p. 116 à 117. [↑](#footnote-ref-462)
462. Id. [↑](#footnote-ref-463)
463. Id. aux pp. 118-119. [↑](#footnote-ref-464)
464. Id. au 121. [↑](#footnote-ref-465)
465. Id. aux pp. 122-123. [↑](#footnote-ref-466)
466. Zucker TI, supra note 905, p. 179-180. [↑](#footnote-ref-467)
467. Id. aux pp. 180-181. [↑](#footnote-ref-468)
468. Zucker TI, supra note 905, p. 181. [↑](#footnote-ref-469)
469. Cuomo TI, supra note 907, p. 275. [↑](#footnote-ref-470)
470. Id. [↑](#footnote-ref-471)
471. Id. au 276. [↑](#footnote-ref-472)
472. Id. au 279. [↑](#footnote-ref-473)
473. Id. à la p. 282. [↑](#footnote-ref-474)
474. Mme Kennedy a témoigné de la participation de M. Cuomo après avoir examiné les documents obtenus par le sous-comité restreint. [↑](#footnote-ref-475)
475. Garvey TI, supra note 918, p. 163; Lacewell TI, supra note 920, p. 58; DeRosa TI, supra note 910, p. 238. [↑](#footnote-ref-476)
476. Malatras TI, supra note 950, p. 30. [↑](#footnote-ref-477)
477. Texte d'Andrew Cuomo, ancien gouverneur de New York, au Dr Jim Malatras, ancien conseiller du gouverneur (18 février 2024). [↑](#footnote-ref-478)
478. Cuomo TI, supra note 907. [↑](#footnote-ref-479)
479. Courriel de Mme Rita Glavin, avocate de M. Andrew Cuomo, à certains membres du personnel du sous-comité (9 septembre 2024 14 h 30). [↑](#footnote-ref-480)
480. Courriel du personnel de certains sous-comités à Mme Rita Glavin, avocate d'Andrew Cuomo (10 septembre 2024 à 10 h 58). [↑](#footnote-ref-481)
481. Courriel de Mme Rita Glavin, avocate de M. Andrew Cuomo, note de bas de page 26; Voir également Dan Diamond, Andrew Cuomo, une fois une étoile pandémique, grillé par le Congrès sur les faux pas pandémiques, WASH. POST. (10 septembre 2024) («Rich Azzopardi, porte-parole de Cuomo, a déclaré que ses collègues «rappelaient» aux avocats de la Chambre qu’il y avait des conséquences à faire des déclarations «fausses et trompeuses» dans le rapport publié lundi par les républicains. «Je pense que les avocats ont l’obligation éthique de dire la vérité, et je ne pense pas qu’il y en ait beaucoup dans ce rapport», a déclaré Azzopardi). [↑](#footnote-ref-482)
482. Id. [↑](#footnote-ref-483)
483. Courriel de Mme Rita Glavin, avocate de M. Andrew Cuomo, à certains membres du personnel du sous-comité (8 mars 2024 à 17 h 07). [↑](#footnote-ref-484)
484. Lettre de Brad Wenstrup, D.P.M., président, Select Subcomm. on the Coronavirus Pandemic, H. Comm. on Oversight & Accountability, à James Malatras, ancien conseiller, gouverneur des États de New York (16 septembre 2024). [↑](#footnote-ref-485)
485. Lettre de James Malatras, ancien conseiller, gouverneur des États de New York, à Brad Wenstrup, D.P.M., président, Select Subcomm. on the Coronavirus Pandemic, H. Comm. on Oversight & Accountability (19 septembre 2024) [ci-après la «lettre de Malatras»]. [↑](#footnote-ref-486)
486. *Comme le feu à travers l'herbe sèche: Nursing Home Mortality & COVID-19 Policies».* Audition avant de sélectionner une sous-comm. sur la pandémie de coronavirus, H. Comm., sur la surveillance et l’ampliation; la responsabilisation. 118e Cong. 1 (17 mai). 2023). [↑](#footnote-ref-487)
487. *Id.* [↑](#footnote-ref-488)
488. *Id.* [↑](#footnote-ref-489)
489. Lettre de Brad Wenstrup, D.P.M., président, Select Subcomm. on the Coronavirus Pandemic, H. Comm. on Oversight & Accountability, à James Malatras, ancien conseiller, gouverneur des États de New York (16 février 2024). [↑](#footnote-ref-490)
490. Victor Nava, panel de la Maison COVID-19, demande le témoignage de 4 anciens responsables administratifs de Cuomo, N.Y. Post (fév.

     16, 2024) (Bien que l’ancien gouverneur ait témoigné qu’il ne savait pas que le sous-comité restreint avait demandé le témoignage de M. Malatras, son porte-parole, Rich Azzopardi, a été en mesure de fournir une déclaration en son nom concernant cet article en réponse aux demandes du sous-comité restreint de transcrire des entretiens avec M. Malatras et d’autres). [↑](#footnote-ref-491)
491. Lettre de Malatras, Supra note 1032. [↑](#footnote-ref-492)
492. Id. [↑](#footnote-ref-493)
493. Courriel de Mme Rita Glavin, avocate d'Andrew Cuomo, à certains membres du personnel du sous-comité (15 juillet 2024 18 h 38). [↑](#footnote-ref-494)
494. Lettre de Malatras, Supra note 1032. [↑](#footnote-ref-495)
495. Id. [↑](#footnote-ref-496)
496. Id. [↑](#footnote-ref-497)
497. Id. [↑](#footnote-ref-498)
498. Id. [↑](#footnote-ref-499)
499. Lettre de M. Brad Wenstrup, président, Select Subcomm. sur la pandémie de coronavirus, H. Comm. sur la surveillance et l’ampliation; la responsabilité, à M. Merrick Garland, procureur général, ministère de la justice (30 octobre 2024); Saisine d’Andrew M. Cuomo, Select Subcomm. on the Coronavirus Pandemic (30 octobre 2024). [↑](#footnote-ref-500)
500. Lettre de Sarah Sulkowski, avocate d’Andrew Cuomo, à Merrick Garland, avocat général, ministère américain de la justice (30 octobre 2024). [↑](#footnote-ref-501)
501. Id. [↑](#footnote-ref-502)
502. Lettre de Mme Rita Glavin, avocate d’Andrew Cuomo, à M. Merrick Garland, avocat général, U.S. Dep’t of Justice (31 octobre 2024). [↑](#footnote-ref-503)
503. Id. [↑](#footnote-ref-504)
504. Une audience avec l'ancien gouverneur de New York Andrew Cuomo: Avant de sélectionner Subcomm. on the Coronavirus Pandemic, H. Comm. on Oversight & Accountability, 118e Cong. (10 septembre 2024) [↑](#footnote-ref-505)
505. U.S. Dep’t of Health and Human Services Office of Inspector General, A-04-20-02027, Internal Control Weaknesses’ CDC’s led to its initial COVID-19 Test Kit Failure, but CDC Ultimately Created a Working Test Kit, at 4-5 (octobre 2023). [↑](#footnote-ref-506)
506. Id. à 6. [↑](#footnote-ref-507)
507. Id. [↑](#footnote-ref-508)
508. Pour une discussion et une compréhension approfondies des EUA, voir la section xxx infra/supra à la page #. [↑](#footnote-ref-509)
509. Rapport HHS IG à la figure 6, figure 2. [↑](#footnote-ref-510)
510. Noah Weiland & Katie Thomas, Trump Administration Moves to Speed Coronavirus Testing, The N.Y. Times (13 mars 2020). [↑](#footnote-ref-511)
511. Amy Goldstein, et al., Trump dit qu'il s'associera au secteur privé pour étendre les tests de dépistage du coronavirus, mais les détails sont sommaires, THE WASH. POST (13 mars 2020). [↑](#footnote-ref-512)
512. Groupe de travail de la FEMA sur la chaîne d’approvisionnement COVID-19: Stabilisation de la chaîne d’approvisionnement, FEMA, disponible à [l’adresse suivante: https://www.fema.gov/news-release/20200725/nhom-cong-tac-chuoi-cung-ung-trong-dai-dich-covid-19-cua-fema- dinh-chuoi-cung.](https://www.fema.gov/news-release/20200725/nhom-cong-tac-chuoi-cung-ung-trong-dai-dich-covid-19-cua-fema-dinh-chuoi-cung) [↑](#footnote-ref-513)
513. Roni Caryn Rabib & Katie Thomas, Coronavirus Testing Offered With Just a Doctor’s Approval, C.D.C. Says, The N.Y. Times (4 mars 2020). [↑](#footnote-ref-514)
514. Carolyn Y. Johnson, et al., Dans les zones durement touchées, les tests sont limités aux travailleurs de la santé, aux patients hospitalisés, The Wash. Post (21 mars 2020). [↑](#footnote-ref-515)
515. Calendrier COVID-19, CDC (13 juin 2020) (CDC publie des lignes directrices consolidées pour le dépistage de la COVID-19, y compris pour les maisons de retraite, les établissements de soins de longue durée et les lieux de travail d’infrastructures critiques à haute densité, comme les installations de production alimentaire.) [↑](#footnote-ref-516)
516. Voir acte CARES [↑](#footnote-ref-517)
517. Citez la section HCEA [↑](#footnote-ref-518)
518. Redfield TI, à 43 ans. [↑](#footnote-ref-519)
519. Id. [↑](#footnote-ref-520)
520. Redfield TI, à 75 ans («Il y avait des gens aux États-Unis, évidemment un certain nombre d'entre eux ont dit que ce serait plus facile pour eux s'ils pouvaient faire les tests eux-mêmes. Et les gens du CDC avaient décidé qu'ils essaieraient de faciliter cela. Et ce n'est pas quelque chose que j'étais engagé dans la prise de décision à l'époque. Mais le groupe de laboratoire et le groupe de commandement de l’incident ont décidé que l’équipe de laboratoire développerait des réactifs qu’elle distribuerait ensuite aux laboratoires de santé publique.») [↑](#footnote-ref-521)
521. Id. [↑](#footnote-ref-522)
522. Arman Azad, l'OMS et les CDC n'ont jamais discuté de la fourniture de kits de test internationaux aux États-Unis, a déclaré l'agence mondiale de la santé, CNN (18 mars 2020). [↑](#footnote-ref-523)
523. Id. [↑](#footnote-ref-524)
524. Dina Temple-Raston, CDC Rapport: Les responsables savaient que le test du coronavirus était faussé mais l'ont publié de toute façon, NPR (6 novembre 2020). [↑](#footnote-ref-525)
525. Résumé des conclusions de l’enquête du cabinet du procureur général concernant la production par CDC de kits de test COVID-19, DEP’T OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (19 juin 2020), disponible à[l’adresse https://www.documentcloud.org/documents/6953861-6-19-20-Summary-of-the-Findings-of-the-Immediate.html](https://www.documentcloud.org/documents/6953861-6-19-20-Summary-of-the-Findings-of-the-Immediate.html). [↑](#footnote-ref-526)
526. Id. [↑](#footnote-ref-527)
527. Dan Vergano, Le gouvernement nous a demandé de ne pas divulguer les enregistrements du premier test COVID échoué de la CDC. Here They Are, BUZZFEED NEWS (8 décembre 2021). [↑](#footnote-ref-528)
528. Id. [↑](#footnote-ref-529)
529. U.S. Dep’t of Health and Human Services, RAPPORT TO CONGRESS, COVID-19 Strategic Testing PLAN, à 11 (le 24 mai 2020). [↑](#footnote-ref-530)
530. Jessica Prince-Guerra, et al., Evaluation of Abbott BinaxNOW Rapid Antigen Test for SARS-CoV-2 Infection at Two Community-Based Testing Sites — Pima County, Arizona, 3-17 novembre 2020, MMWR (22 janvier 2021). [↑](#footnote-ref-531)
531. BINAXNOW COVID-19 Antigen Self Tests, Abbott, disponible à l’adresse suivante:

     [https://www.globalpointofcare.abbott/us/fr/product-details/binaxnow-covid-19-antigen-self-test-](https://www.globalpointofcare.abbott/us/en/product-details/binaxnow-covid-19-antigen-self-test-)

     us.html?utp=UTID&utid=SEM\_G\_BR\_BinaxNOW\_Tests&utm\_term=abbott%20binaxnow%20home%20test&utm \_source=google&utm\_medium=cpc&gclid=Cj0KCQiAgJa6BhCOARIsAMiL7V90XdpTKJfKIxSfigZEpW9T\_s8w GfO8emzrBSLWVwWCRKDivXcP9UaAsCREALw\_wcB&gclsrc=aw.ds#find-test. [↑](#footnote-ref-532)
532. Olena Filchakova, et al., Review of COVID-19 testing and diagnostic methods, Science Direct (1er juillet 2022). [↑](#footnote-ref-533)
533. Id. [↑](#footnote-ref-534)
534. ThermoFisher Scientific disponible à l’adresse [suivante: https://www.thermofisher.com/us/fr/home/life-science/pcr/digital-](https://www.thermofisher.com/us/en/home/life-science/pcr/digital-)

     pcr.html?ef\_id=EAIaIQobChMI-

     qzawqe7iAMVtkxHAR3s7R5CEAAYASAAEgIUvD\_BwE:G:s&s\_kwcid=AL!3652!3!606132910994!p!!g!!!therm ofisher%20dpcr!17574808538!139287683938&cid=gsd\_pcr\_sbu\_r02\_co\_cp1491\_pjt9601\_gsd00000\_0se\_gaw\_rs\_ lgn\_&gad\_source=1&gclid=EAIIQobChMI-qzawqe7iAMVtkxHAR3s7R5CEAAYASAAEgIUvD\_BwE. [↑](#footnote-ref-535)
535. Avalon, Coronavirus Testing in the Outpatient Setting, Care Source (date d’entrée en vigueur: 1er novembre 2022), disponible à l’adresse [suivante: https://avalonhcs.com/wp-](https://avalonhcs.com/wp-)

     content/uploads/CareSource/KYDSNP/G2174%20v3%20Coronavirus%20Testing%20in%20the%20Outpatient%20 Setting%20efd;%2011-01-2022.pdf. [↑](#footnote-ref-536)
536. Greg Slabodkin, dépistage de l’antigène COVID-19 à égalité avec la PCR lorsqu’il est utilisé souvent: Étude financée par les NIH, MEDTECHDIVE (1er juillet 2021). [↑](#footnote-ref-537)
537. William Wan, FDA autorise le premier rapide, over-the-counter test de coronavirus à domicile, The Wash. Post (15 décembre 2020). [↑](#footnote-ref-538)
538. Laura Strickler & Adiel Kaplan, Private labs do 85 pour cent of U.S. COVID-19 tests but still struggle with backlogs, shortages, NBCNEWS (8 avril 2020). [↑](#footnote-ref-539)
539. Will Feuer, Quest, a déclaré que la FDA avait approuvé une nouvelle «méthode de laboratoire» qui réduira les retards dans les tests de dépistage du coronavirus, CNBC (29 juillet 2020). [↑](#footnote-ref-540)
540. Ani Movsisyan, et al., Travel-related control measures to contain the COVID-19 pandemic: une carte des éléments de preuve, BMJ OPEN (avril 2021). [↑](#footnote-ref-541)
541. Proclamation, Maison Blanche, Proclamation sur la suspension de l'entrée en tant qu'immigrants et non-immigrants de personnes qui présentent un risque de transmission du nouveau coronavirus de 2019 (31 janvier 2020). [↑](#footnote-ref-542)
542. Id. L'ordonnance excluait les régions administratives spéciales de Hong Kong et de Macao. [↑](#footnote-ref-543)
543. Saim Saeed, Trump’s Europe travel ban explained, Politico (12 mars 2020) (notant «[l]es 26 pays européens de l’espace Schengen — Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Slovaquie, Slovénie, Suède et Suisse). [↑](#footnote-ref-544)
544. Proclamation, Maison Blanche, Proclamation sur la suspension de l'entrée en tant qu'immigrants et non-immigrants de personnes qui présentent un risque de transmission du nouveau coronavirus de 2019 (31 janvier 2020). [↑](#footnote-ref-545)
545. Contagion Live News Network (réseau d’information en direct sur la contagion): Coronavirus Updates for March 12, 2020, Contagion Live (12 mars 2020). [↑](#footnote-ref-546)
546. <https://www.cdc.gov/museum/timeline/covid19.html> («30 janvier 2020: Le CDC confirme que le virus SARS-CoV-2 s'est maintenant propagé entre deux personnes dans l'Illinois sans aucun antécédent de voyage récent. Il s’agit du premier cas enregistré de propagation de personne à personne du nouveau coronavirus de 2019 aux États-Unis et porte le nombre total de cas à sept.»). [↑](#footnote-ref-547)
547. Bingyi Yang, et al, Effectiveness of International Travel Controls for Delaying Local Outbreaks of COVID-19, Emerging Infectious Diseases (28 janvier 2022). [↑](#footnote-ref-548)
548. Nicole A. Errett et al., An integrative review of the limited evidence on international travel bans as a emerging infectious disease disaster control measure, JOURNAL OF EMERGENCY MANAGEMENT (1er janvier 2020). [↑](#footnote-ref-549)
549. Id. [↑](#footnote-ref-550)
550. Nahae Kang & Beomsoo Kim, The Effects of Border Shutdowns on the Spread of COVID-19, Journal of Preventative Medicine and Public Health (30 août 2020). [↑](#footnote-ref-551)
551. Nécessité urgente d'un plan national de lutte contre le coronavirus: Audition devant la sous-comm. choisie sur la pandémie de coronavirus de la Commission sur la surveillance et la réforme, 116e Cong. 2, (31 juillet 2020). [↑](#footnote-ref-552)
552. Fauci TI 2, supra note 81, p. 125-126. [↑](#footnote-ref-553)
553. Joe Biden (@JoeBiden), Twitter (1er février 2020), disponible à l’adresse [suivante: https://x.com/JoeBiden/status/1223727977361338370.](https://x.com/JoeBiden/status/1223727977361338370) [↑](#footnote-ref-554)
554. Joe Biden (@JoeBiden), Twitter (12 mars 2020), disponible à l’adresse [suivante: https://x.com/JoeBiden/status/1238254697695326209](https://x.com/JoeBiden/status/1238254697695326209). [↑](#footnote-ref-555)
555. Andrew Mark Miller, Flashback: Biden a suggéré que l'interdiction de voyager de Trump contre le coronavirus était «xénophobe», Fox News (26 novembre 2021). [↑](#footnote-ref-556)
556. Nahae Kahg & Beomsoo Kim, The Effects of Border Shutdowns on the Spread of COVID-19, Journal of Preventative Medicine and Public Health (30 août 2020) (Les restrictions de voyage imposées par les États-Unis aux personnes en provenance de Chine ont été annoncées le 31 janvier 2020, mais mises en œuvre et appliquées le 2 février 2020. Seuls le Koweït (31 janvier 2020) et l'Australie (1er février 2020) ont mis en œuvre leurs restrictions plus tôt). [↑](#footnote-ref-557)
557. Annie Sparrow, The Chinese Government’s Cover-Up Killed Health Care Workers Worldwide (La dissimulation du gouvernement chinois a tué des travailleurs de la santé dans le monde entier): De mauvais conseils fondés sur de fausses informations ont conduit à des erreurs fatales, FOREIGN POLICY (18 mars 2021). [↑](#footnote-ref-558)
558. Jim Geraghty, The Comprehensive Timeline of China’s COVID-19 Lies, National Review (23 mars 2020). Les médecins de Wuhan commencent à remarquer un «groupe de cas de pneumonie dont la cause est inconnue» et le 25 décembre: Le personnel médical chinois de deux hôpitaux de Wuhan est soupçonné de contracter une pneumonie virale et est mis en quarantaine. Il s’agit là d’une preuve supplémentaire solide de la transmission interhumaine.»). [↑](#footnote-ref-559)
559. Id. [↑](#footnote-ref-560)
560. Proximal Origin, supra, note 41. [↑](#footnote-ref-561)
561. Note de Select Subcomm. on the Coronavirus Pandemic Majority Staff to Select Subcomm. on the Coronavirus Pandemic Majority Staff, New Evidence Resulting from the Select Subcommittee’s Investigation into the Origins of COVID-19 (5 mars 2023). [↑](#footnote-ref-562)
562. Proximal Origin, supra, note 41. [↑](#footnote-ref-563)
563. Fauci TI 2, supra note 81, p. 116. [↑](#footnote-ref-564)
564. Id. [↑](#footnote-ref-565)
565. Audience Fauci, supra note 233, p. 52. [↑](#footnote-ref-566)
566. Id. [↑](#footnote-ref-567)
567. Anthony Fauci, Sur appel: A Doctor’s Journey in Public Service, au 418 (Penguin Random House 2024). [↑](#footnote-ref-568)
568. Identifiant 423. [↑](#footnote-ref-569)
569. Sélectionnez Subcomm. on the Weaponization of the Fed. Gov’t, H. Comm. on the Judiciary, Interim Staff Report, The Censorship-Industrial Complex: Comment les hauts responsables de la Maison Blanche de Biden ont contraint Big Tech à censurer les Américains, les véritables informations et les critiques de l'administration Biden (1er mai 2024). [ci-après le «rapport d’armement»] [↑](#footnote-ref-570)
570. Id. [↑](#footnote-ref-571)
571. Id., à 12 heures [↑](#footnote-ref-572)
572. Lettre de Mark Zuckerberg, Chairman & CEO, Meta Platforms, Inc., à Jim Jordan, Chairman, H. of Representatives Judiciary Comm. (26 août 2024).

     Outre lamodération du contenu, je voudrais aborder les contributionsque j'ai faites au cours du dernier cycle présidentiel pour soutenir l'infrastructure électorale. L'idée ici était de s'assurer que les administrations électorales localesà travers le pays avaientles ressources dont elles avaient besoin pour aiderles gens à voter en toute sécurité pendant une pandémiemondiale. J'ai apporté ces contributions parle biais de l'Initiative Chan Zuckerberg. Ils ont été conçus pour être non partisans - répartis dans lescommunautés urbaines, rurales et suburbaines. Pourtant, malgré les analyses que j’ai vues montrer le contraire, je sais quecertaines personnes pensent que ce travail a profité à une partie plutôt qu’à l’autre. Mon objectif est d'être neutre et de ne pas jouer un rôle d'unemanière oud'une autre - ou même de paraître jouer un rôle. Je n'ai donc pasl'intention d'apporter une contribution similaire à ce cycle.

     Respectueusement,

     /s/ Mark Zuckerberg

     Mark Zuckerberg (acteur)

     Fondateur, Président & CEO

     Meta Platforms, Inc.

     cc : L'Honorable Jerrold Nadler, Membre de Classement [↑](#footnote-ref-573)
573. Voir, d'une manière générale, Fauci TI, supra, note 81. [↑](#footnote-ref-574)
574. Rapport judiciaire, p. 13. [↑](#footnote-ref-575)
575. Rapport judiciaire, à la p. 25 [↑](#footnote-ref-576)
576. Voir, d'une manière générale, le rapport du pouvoir judiciaire. [↑](#footnote-ref-577)
577. Églises vs. Casinos: La Constitution n'est pas suspendue en temps de crise: Audition de la sous-comm. sur la pandémie de coronavirus, H. Comm. on Oversight and Accountability, 118e Cong. 1, (21 juin 2023). [↑](#footnote-ref-578)
578. [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(22)00320-6/texte intégral](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(22)00320-6/fulltext) [↑](#footnote-ref-579)
579. Calvin Woodward & Hope Yen, VÉRIFICATION DES FAITS AP: Biden va trop loin dans les assurances sur les vaccins, Associated Press (22 juillet 2021). [↑](#footnote-ref-580)
580. Alexandra Jaffe & Aamer Madhani, Biden dit que se faire vacciner est «important d’un point de vue gigantique», Associated Press (21 juillet 2021). [↑](#footnote-ref-581)
581. Calvin Woodward & Hope Yen, VÉRIFICATION DES FAITS AP: Biden va trop loin dans les assurances sur les vaccins, AP News (22 juillet 2021). [↑](#footnote-ref-582)
582. Id. [↑](#footnote-ref-583)
583. Kathryn Watson, et al., Biden annonce des mandats de vaccination contre la COVID-19 qui toucheront 100 millions d'Américains, CBS NEWS (10 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-584)
584. The Rachel Maddow Show, MSNBC (29 mars 2021). [↑](#footnote-ref-585)
585. Apoorva Mandavilli, Les personnes vaccinées peuvent-elles propager le virus? We Don’t Know, Scientists Say, The N.Y. Times (1er avril 2021). [↑](#footnote-ref-586)
586. Transcription, Anthony Fauci, Face the Nation (16 mai 2021). [↑](#footnote-ref-587)
587. Id. [↑](#footnote-ref-588)
588. Surveillance des politiques et des décisions des CDC pendant la pandémie de COVID-19: Audition devant le sous-comité spécial sur la pandémie de coronavirus, H Comm. on Oversight and Accountability, 118th Cong. 1, à 23 (13 juin 2023). [↑](#footnote-ref-589)
589. Audience Fauci, supra note 233, p. 15. [↑](#footnote-ref-590)
590. Id. [↑](#footnote-ref-591)
591. Apoorva Mandavilli, Les personnes vaccinées peuvent-elles propager le virus? We Don’t Know, Scientists Say., The N.Y. Times (1er avril 2021). [↑](#footnote-ref-592)
592. CDC COVID-19 Vaccine Breakthrough Case Investigations Team, COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections Reported to CDC — United States, 1er janvier-30 avril 2021, MMWR (28 mai 2021). [↑](#footnote-ref-593)
593. Rachel Roubein & David Lim, CDC sous le feu des critiques pour la décision de limiter le suivi des cas de Covid-19 chez les personnes vaccinées, POLITICO (30 juillet 2021). [↑](#footnote-ref-594)
594. CDC COVID-19 Vaccine Breakthrough Case Investigations Team, COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections Reported to CDC — United States, 1er janvier-30 avril 2021, MMWR (28 mai 2021). [↑](#footnote-ref-595)
595. Katie Brace, et al., New Provincetown COVID Cases «Overwhelmingly» in Vaccinated: Town Manager, NBC Boston (12 juillet 2021). [↑](#footnote-ref-596)
596. Catherine M. Brown, et al., Outbreak of SARS-CoV-2 Infections, including COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections, Associated with Large Public Gatherings — Barnstable County, Massachusetts, juillet 2021, MMWR (6 août 2021). [↑](#footnote-ref-597)
597. Jacqueline Howard, CDC actualise les conseils, recommande aux personnes vaccinées de porter des masques à l'intérieur dans certaines zones, CNN (27 juillet 2021). [↑](#footnote-ref-598)
598. Id. [↑](#footnote-ref-599)
599. Jamie Gumbrecht & Jen Christensen, Fauci tests positifs pour Covid-19, CNN (15 juin 2022); Déclaration aux médias, CDC, CDC Director Tests Positive For COVID-19 (22 octobre 2022); Maegan Vazquez, et al., Biden tests positifs pour Covid-19 et connaît des symptômes légers, CNN (21 juillet 2022). [↑](#footnote-ref-600)
600. La confiance du public dans les vaccins est en baisse, NATURE INDIA (8 mai 2024). [↑](#footnote-ref-601)
601. Elizabeth T. Jacobs, et al., Understanding low COVID-19 booster uptake among US adults, Vaccine (6 octobre 2023). [↑](#footnote-ref-602)
602. Id. [↑](#footnote-ref-603)
603. Utilisation hors AMM des médicaments contre la COVID-19, WORLD HEALTH ORG., disponible à [l’adresse https://www.who.int/news- room/commentaries/detail/off-label-use-of-medicines-for-covid-19](https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/off-label-use-of-medicines-for-covid-19). [↑](#footnote-ref-604)
604. U.S. FDA (@US\_FDA), Twitter (21 août 2021) Tweet a depuis été supprimé. [↑](#footnote-ref-605)
605. Id. [↑](#footnote-ref-606)
606. Ivermectine et COVID-19, F.D.A. (dernière mise à jour le 5 avril 2024) disponible à l’adresse suivante:

     [https://www.fda.gov/consommateurs/consumer-updates/ivermectin-and-covid-19](https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/ivermectin-and-covid-19). [↑](#footnote-ref-607)
607. Release, U.S. Dep’t of Defense, Trump Administration Announces Framework and Leadership for 'Operation Warp Speed' (15 mai 2020). [↑](#footnote-ref-608)
608. Communiqué de presse, Food & Drug Administration des États-Unis, la FDA prend des mesures clés pour lutter contre la COVID-19 en délivrant une autorisation d'utilisation d'urgence pour le premier vaccin contre la COVID-19 (11 décembre 2020). [↑](#footnote-ref-609)
609. U.S. Gov’t Accountability Office, Opération Warp Speed: État d’avancement accéléré de la mise au point de vaccins contre la COVID-19 et efforts déployés pour relever les défis liés à la fabrication (février 2021) (GAO-21-319). [↑](#footnote-ref-610)
610. Id. [↑](#footnote-ref-611)
611. Id. [↑](#footnote-ref-612)
612. From the Factory to the Frontlines The Operation Warp Speed Strategy for Distributing a COVID-19 Vaccine, U.S. Dep’t of Health & Human Services (16 septembre 2020). [↑](#footnote-ref-613)
613. Sandy Cohen, Le vaccin le plus rapide de l'histoire, UCLA Health (10 décembre 2020). [↑](#footnote-ref-614)
614. GAO, Operation Warp Speed, supra note 3. [↑](#footnote-ref-615)
615. Jackie Salo, Fauci réclame un crédit pour les vaccins contre la COVID: « Best decision I’ve ever made », N.Y. Post (29 mars 2021). [↑](#footnote-ref-616)
616. Fauci TI, Jour 2, à 192. [↑](#footnote-ref-617)
617. Dan Diamond, The crash landing of «Operation Warp Speed», Politico (17 janvier 2021). [↑](#footnote-ref-618)
618. Meagan C. Fitzpatrick, et al., Two Years of U.S. COVID-19 Vaccines Have Prevented Millions of Hospitalizations and Deaths, THE COMMONWEALTH FUND (13 décembre 2022). [↑](#footnote-ref-619)
619. Erin Bryant, Les vaccins ont permis d’éviter jusqu’à 140 000 décès dus à la COVID-19 aux États-Unis, NIH Research Matters (24 août 2021). [↑](#footnote-ref-620)
620. Woodcock TI, à 35 ans. [↑](#footnote-ref-621)
621. Woodcock TI, à 35 ans. [↑](#footnote-ref-622)
622. Evan Semones, Harris, dit qu’elle ne ferait pas confiance à Trump pour tout vaccin publié avant les élections, Politico (5 septembre 2020). [↑](#footnote-ref-623)
623. Evan Semones, Harris, dit qu’elle ne ferait pas confiance à Trump pour tout vaccin publié avant les élections, Politico (5 septembre 2020). [↑](#footnote-ref-624)
624. Id. [↑](#footnote-ref-625)
625. Comité consultatif sur les vaccins et les produits biologiques apparentés, U.S. FOOD & DRUG ADMIN. (dernière mise à jour le 26 avril 2019) disponible à [l’adresse suivante: https://www.fda.gov/advisory-committees/blood-vaccines-and-other-biologics/vaccines-and- related-biological-products-advisory Committee](https://www.fda.gov/advisory-committees/blood-vaccines-and-other-biologics/vaccines-and-related-biological-products-advisory-committee). [↑](#footnote-ref-626)
626. ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (dernière mise à jour le 10 septembre 2024) disponible à l’adresse suivante:

     https://www.cdc.gov/acip/about/?CDC\_AAref\_Val=https://www.cdc.gov/vaccines/acip/committee/index.html. [↑](#footnote-ref-627)
627. Charte du comité consultatif sur les pratiques de vaccination, ministère américain de la santé et des services sociaux (date de dépôt: 1er avril 2024). [↑](#footnote-ref-628)
628. Nouvelle version, déclaration conjointe des experts en santé publique et des experts médicaux du HHS sur les coups de booster COVID-19, Food and Drug Administration des États-Unis (18 août 2021); Communiqué, FICHE D'INFORMATION: Le président Biden annoncera de nouvelles actions pour protéger les Américains de la COVID-19 et aider les dirigeants étatiques et locaux à lutter contre le virus, à la Maison Blanche (18 août 2021). [↑](#footnote-ref-629)
629. Id. [↑](#footnote-ref-630)
630. Voir en général, Woodcock TI. [↑](#footnote-ref-631)
631. Woodcock TI, à 103. [↑](#footnote-ref-632)
632. Noah Weiland & Sharon LaFraniere, Two Top F.D.A. Vaccine Regulators Are Set to Depart During a Crucial Period, THE N.Y. TIMES (31 août 2021). [↑](#footnote-ref-633)
633. Id. [↑](#footnote-ref-634)
634. Philip R. Krause, et al., Considerations in boosting COVID-19 vaccine immune responses, The Lancet (sept.

     13, 2021). [↑](#footnote-ref-635)
635. Id. [↑](#footnote-ref-636)
636. Id. [↑](#footnote-ref-637)
637. Id. [↑](#footnote-ref-638)
638. Woodcock TI, à 105. [↑](#footnote-ref-639)
639. Woodcock TI, à 105-106. [↑](#footnote-ref-640)
640. New Release, U.S. Food & Drug Admin., Joint Statement from HHS Public Health and Medical Experts on COVID-19 Booster Shots (18 août 2021). [↑](#footnote-ref-641)
641. Sara G. Miller, et al., groupe consultatif de la FDA rejette les boosters Covid pour la plupart, limites aux groupes à haut risque, NBC NEWS (17 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-642)
642. Jonathan Wolfe, Séance d’information sur le coronavirus: What Happened Today, The N.Y. Times (24 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-643)
643. Id. [↑](#footnote-ref-644)
644. Administrateur des aliments et des médicaments. Center for Biologics Evaluation and Research, Summary Minutes (17 septembre 2021), disponible à l’adresse [suivante: https://www.fda.gov/media/152597/download](https://www.fda.gov/media/152597/download). [↑](#footnote-ref-645)
645. Communiqué de presse, La FDA autorise la dose de rappel du vaccin contre la COVID-19 Pfizer-BioNTech pour certaines populations, US Food & Drug Administration (22 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-646)
646. Melissa Mahtani & Meg Wagner, The latest on Covid-19 and vaccine boosters, CNN (23 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-647)
647. Réunion du Comité consultatif des pratiques de vaccination (ACIP), compte rendu sommaire (22-23 septembre 2021, date de publication: 4 novembre 2021), disponible à l’adresse [suivante: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/114944.](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/114944) [↑](#footnote-ref-648)
648. Réunion du Comité consultatif des pratiques de vaccination (ACIP), compte rendu sommaire (22-23 septembre 2021, date de publication: 4 novembre 2021), disponible à l’adresse [suivante: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/114944.](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/114944) [↑](#footnote-ref-649)
649. Apoorva Mandavilli & Benjamin Mueller, C.D.C. Chief Overrules Agency Panel and Recommends Pfizer- BioNTech Boosters for Workers at Risk, THE N.Y. TIMES (24 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-650)
650. Communiqué de presse, Déclaration du CDC sur les recommandations ACIP Booster, Centers for Disease Control and Prevention (24 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-651)
651. Id. [↑](#footnote-ref-652)
652. Procès-verbal sommaire de l'ACIP, supra note 8, p. 92. Réunion du Comité consultatif des pratiques de vaccination (ACIP), compte rendu sommaire (22-23 septembre 2021, date de publication: 4 novembre 2021), disponible à l’adresse [suivante: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/114944.](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/114944) [↑](#footnote-ref-653)
653. Id. [↑](#footnote-ref-654)
654. Apoorva Mandavilli & Benjamin Mueller, C.D.C. Chief Overrules Agency Panel and Recommends Pfizer- BioNTech Boosters for Workers at Risk, THE N.Y. TIMES (24 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-655)
655. Id. [↑](#footnote-ref-656)
656. Id. [↑](#footnote-ref-657)
657. New Release, U.S. Food & Drug Admin., FDA Approves First COVID-19 Vaccine (23 août 2021). [↑](#footnote-ref-658)
658. Kanishka Singh, États-Unis, administre 361,7 millions de doses de vaccins contre la COVID-19 - CDC, Reuters (22 août 2021). [↑](#footnote-ref-659)
659. 70 Règl. de la Fed 5452 (2 février 2005). [↑](#footnote-ref-660)
660. Document d'orientation, Autorisation d'utilisation d'urgence de produits médicaux et autorités connexes, États-Unis Food & Drug Admin. (janvier 2017). [↑](#footnote-ref-661)
661. Citez la lettre d'approbation FDA BLA d'août 2021? [↑](#footnote-ref-662)
662. Lettre de Mary A. Malarkey, directrice, Office of Compliance and Biologics Quality & Marion F. Gruber, directrice, Offices to Vaccines Research and Review, à Amit Pate, Pfizer Inc., (23 août 2021), disponible à l’adresse <https://www.fda.gov/media/151710/download>. [↑](#footnote-ref-663)
663. Dan Diamond, deux responsables de la FDA qui supervisent les examens des vaccins contre le coronavirus pour partir, The Wash. Poste (1er septembre 2021). [↑](#footnote-ref-664)
664. Noah Weiland & Apoorva Mandavilli, In Review, Top F.D.A. Scientists Question Imminent Need for Booster Shots, THE N.Y. TIMES (13 septembre 2021, mis à jour le 1er octobre 2021). [↑](#footnote-ref-665)
665. Courriel de Marion Gruber, Ph.D., Dir., Office of Vaccines Research & Review, U.S. Food & Drug Admin, à Peter Marks, FDA Center for Biologics Evaluation and Research (CBER), et al., (19 juillet 2021, 11h59). [↑](#footnote-ref-666)
666. Woodcock TI, à 79-91 [↑](#footnote-ref-667)
667. Elizabeth Williams & Robin Rudowitz, Retour à l'école en 2024: An Update on Children’s Routine Vaccination Trends, KFF (18 juillet 2024). [↑](#footnote-ref-668)
668. Select Subcomm. on the Administrative State, Regulatory Reform, and Antitrust of the Comm. on the Judiciary, Interim Staff Report, Politics, Private Interests, and the Biden Admin.’s Deviation from Agency Regs. in the COVID-19 Pandemic, at 85-86 (24 juin 2024) [ci-après le «rapport judiciaire»]. [↑](#footnote-ref-669)
669. Id. [↑](#footnote-ref-670)
670. Id. [↑](#footnote-ref-671)
671. Id. au 248. [↑](#footnote-ref-672)
672. Courriel de Marion Gruber, Ph.D., Dir., Office of Vaccines Research & Review, U.S. Food & Drug Admin, à Peter Marks, FDA Center for Biologics Evaluation and Research (CBER) (15 juillet 2021, 8 h 00). [↑](#footnote-ref-673)
673. Note interne, U.S. Food & Drug Admin. (15 juillet 2021). [↑](#footnote-ref-674)
674. Id. [↑](#footnote-ref-675)
675. Courriel de Janet Woodcock, directrice par intérim de la FDA, à Peter Marks, directeur du CBER (16 juillet 2021, 11 h 10). [↑](#footnote-ref-676)
676. Woodcock TI, à 80 ans. [↑](#footnote-ref-677)
677. Courriel de Marion Gruber, Ph.D., Dir., Office of Vaccines Research & Review, U.S. Food & Drug Admin, à Peter Marks, FDA Center for Biologics Evaluation and Research (CBER) (19 juillet 2021, 11h59). [↑](#footnote-ref-678)
678. Courriel de Marion Gruber, Ph.D., Dir., Office of Vaccines Research & Review, U.S. Food & Drug Admin, à Janet Woodcock, et al., (21 juillet 2021, 11 h 59). [↑](#footnote-ref-679)
679. Id. [↑](#footnote-ref-680)
680. Woodcock TI à 92 ans. [↑](#footnote-ref-681)
681. Vaccins partie 1 [↑](#footnote-ref-682)
682. Courriel de Marion Gruber, Ph.D., Dir., Office of Vaccines Research & Review, U.S. Food & Drug Admin, à Janet Woodcock, et al., (21 juillet 2021, 11 h 59). [↑](#footnote-ref-683)
683. Woodcock TI, à 90 ans. [↑](#footnote-ref-684)
684. Woodcock TI, à 29 ans. [↑](#footnote-ref-685)
685. Rapport judiciaire, supra note 1220, p. 89. [↑](#footnote-ref-686)
686. Audience sur les vaccins Partie 1. [↑](#footnote-ref-687)
687. Judiciary Report, supra note 1220, p. 60. [↑](#footnote-ref-688)
688. Judiciary Report, supra note 1220, TI de Philip Krause, page 288. [↑](#footnote-ref-689)
689. Judiciary Report, supra note 1220, TI de Marion Gruber, page 131. [↑](#footnote-ref-690)
690. Judiciary Report, supra note 1220, TI de Philip Krause, page 295. [↑](#footnote-ref-691)
691. Woodcock TI, à 96-97 [↑](#footnote-ref-692)
692. Note de Lloyd Austin, secrétaire à la défense, à tous les employés du département de la défense, message à la force (9 août 2021). [↑](#footnote-ref-693)
693. Wen. W. Shen, Cong. Research Servs., R46745, State and Federal Authority to Mandate COVID-19 Vaccination (17 mai 2022) (dans le contexte militaire, par exemple, des exigences supplémentaires en matière de dérogation au titre de l’article 1107a du titre 10 du code des États-Unis peuvent s’appliquer à l’administration de produits médicaux soumis à des EUA aux militaires.) [↑](#footnote-ref-694)
694. Jim Garamone, Biden to Approve Austin's Request to Make COVID-19 Vaccine Mandatory for Service Members, DOD News (9 août 2021). [↑](#footnote-ref-695)
695. Memorandum from Lloyd Austin, Sec’y of Defense, to Senior Pentagon Leadership, Commanders of the Combatant Commanders, Defense Agency and DOD Field Activity Directors, Rescission of August 24, 2021 and November 30, 2021 Coronavirus Disease 2019 Vaccination Requirements for Members of the Armed Forces (Jan. 10, 2023) available at [https://media.defense.gov/2023/Jan/10/2003143118/-1/-1/1/SECRETARY-OF-DEFENSE- MEMO-ON-RESCISSION-OF-CORONAVIRUS-DISEASE-2019-VACCINATION-REQUIREMENTS-FOR- MEMBERS-OF-THE-ARMED-FORCES.PDF](https://media.defense.gov/2023/Jan/10/2003143118/-1/-1/1/SECRETARY-OF-DEFENSE-MEMO-ON-RESCISSION-OF-CORONAVIRUS-DISEASE-2019-VACCINATION-REQUIREMENTS-FOR-MEMBERS-OF-THE-ARMED-FORCES.PDF). [↑](#footnote-ref-696)
696. Rapport judiciaire, supra note 1220, Krause TI, page 303 [↑](#footnote-ref-697)
697. Audience sur les vaccins Partie 1. [↑](#footnote-ref-698)
698. Woodcock TI, à 99 [↑](#footnote-ref-699)
699. Woodcock TI, 68 ans, [↑](#footnote-ref-700)
700. Woodcock TI, à 68 [↑](#footnote-ref-701)
701. Id. [↑](#footnote-ref-702)
702. Woodcock TI, à 25-26 [↑](#footnote-ref-703)
703. Voir en général, Woodcock TI. [↑](#footnote-ref-704)
704. Rapport judiciaire page 120 [↑](#footnote-ref-705)
705. Natural Immunity, Cleveland Clinic (dernière révision le 15 août 2024). [↑](#footnote-ref-706)
706. Jonathan D. Kaunitz, The Development of Monoclonal Antibodies, publié au centre (avril 2017). [↑](#footnote-ref-707)
707. Varicelle (variole du poulet): Questions et réponses, IMMUNIZE.ORG disponible à [l’adresse https://www.immunize.org/wp- content/uploads/catg.d/p4202.pdf](https://www.immunize.org/wp-content/uploads/catg.d/p4202.pdf) [↑](#footnote-ref-708)
708. Id. [↑](#footnote-ref-709)
709. Jonathan D. Kaunitz, The Development of Monoclonal Antibodies, publié au centre (avril 2017). [↑](#footnote-ref-710)
710. Jose Vitale et coll. Évaluation de la réinfection par le SARS-CoV-2 1 an après l’infection primaire dans une population de Lombardie, Italie, PUBMED CENTRAL (mai 2021). [↑](#footnote-ref-711)
711. Id. [↑](#footnote-ref-712)
712. Id. [↑](#footnote-ref-713)
713. Sheena Meredith, COVID-19: Why Are We Ignoring Infection-Acquired Immunity?, medscape (28 février 2022). [↑](#footnote-ref-714)
714. Puya Dehgani-Mobaraki, et al., Long-term persistence of IgG anticorps in recovered COVID-19 individuals at

     18 mois après l'infection et l'impact de la vaccination à deux doses par ARNm BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) sur la réponse en anticorps: Analyse à l’aide d’un modèle de régression linéaire à effets fixes, PUBMED (6 décembre 2022). [↑](#footnote-ref-715)
715. Heba N. Altarawneh, et al., Protection against the Omicron Variant from Previous SARS- CoV-2 Infection, The New England Journal of Medicine (9 février 2022). [↑](#footnote-ref-716)
716. Sharon Reynolds, Lasting Immunity Found After Recovery From COVID-19, National Institutes of Health (26 janvier 2021). [↑](#footnote-ref-717)
717. Voir Victoria Hall et coll., SARS-CoV-2 Infection Rates of Antibody-Positive Compared With Antibody-Negative Health-care Workers in England: une étude de cohorte prospective multicentrique de grande envergure, THE LANCET (2021); Yair Goldberg et coll. La protection contre l'infection antérieure par le SARS-CoV-2 est semblable à celle contre le vaccin BNT162b2: A Three Month Nationwide Experience from Israel, AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY (24 avril 2021). [↑](#footnote-ref-718)
718. Caroline Stein, Protection antérieure contre l'infection par le SARS-CoV-2 contre la réinfection: une revue systématique et­une méta-analyse, THE LANCET (16 février 2023; mise à jour: 11 mars 2023). [↑](#footnote-ref-719)
719. Id. [↑](#footnote-ref-720)
720. Id. [↑](#footnote-ref-721)
721. Id. [↑](#footnote-ref-722)
722. Id. [↑](#footnote-ref-723)
723. Id. [↑](#footnote-ref-724)
724. Id. [↑](#footnote-ref-725)
725. Id. [↑](#footnote-ref-726)
726. Li-Ping Wu, et al., Duration of Antibody Responses After Severe Acute Respiratory Syndrome, PUBMED CENTRAL (octobre 2007). [↑](#footnote-ref-727)
727. Id. [↑](#footnote-ref-728)
728. Fauci TI 2, supra note 81, p. 209. [↑](#footnote-ref-729)
729. Déclaration et pétition de Great Barrington (4 octobre 2020). [↑](#footnote-ref-730)
730. Id. [↑](#footnote-ref-731)
731. Id. [↑](#footnote-ref-732)
732. Id. [↑](#footnote-ref-733)
733. The Editorial Board, How Fauci and Collins Shut Down Covid Debate, Wall Street Journal (21 décembre 2021). [↑](#footnote-ref-734)
734. Courriel de Francis Collins, directeur, National Institutes of Health, à Anthony Fauci, et al., directeur, National Institute for Allergy and Infectious Diseases (8 octobre 2020, 14h31). [↑](#footnote-ref-735)
735. Joel Achenbach, Proposition visant à accélérer l’immunité collective contre le coronavirus attire l’attention de la Maison-Blanche, mais consterne les scientifiques de haut niveau, THE WASH. POST (14 octobre 2020). [↑](#footnote-ref-736)
736. Id. [↑](#footnote-ref-737)
737. Voir, de manière générale, Matt Reynolds, Il n’y a pas de «fracture scientifique» en ce qui concerne l’immunité collective, WIRED (7 octobre 2020). [↑](#footnote-ref-738)
738. Lettre de Mark Zuckerberg, Chairman & CEO, Meta Platforms, Inc., à Jim Jordan, Chairman, H. of Representatives Judiciary Comm. (26 août 2024). [↑](#footnote-ref-739)
739. Vinay Prasad & Jeffrey S. Flier, Les scientifiques qui expriment des points de vue différents sur le Covid-19 devraient être entendus, et non diabolisés, STAT (27 avril 2020). [↑](#footnote-ref-740)
740. Braver Angels est disponible à l’adresse [suivante: https://www.youtube.com/watch?v=W1eAvh1sWiw](https://www.youtube.com/watch?v=W1eAvh1sWiw). [↑](#footnote-ref-741)
741. Enquêter sur les origines de la COVID-19: Audition avant de sélectionner le sous-comm. sur la pandémie de coronavirus, 118e Cong. 1, à 44 (8 mars 2023). [↑](#footnote-ref-742)
742. COVID-19 Vaccines, U.S. DEP’T OF HEALTH & HUMAN SERVICES, disponible à l’adresse [suivante: https://www.hhs.gov/coronavirus/covid-19-vaccines/index.html](https://www.hhs.gov/coronavirus/covid-19-vaccines/index.html). [↑](#footnote-ref-743)
743. Id. [↑](#footnote-ref-744)
744. Personnel de l’AJMC, A Timeline of COVID-19 Vaccine Developments in 2021, AJMC (juin. 3, 2021). [↑](#footnote-ref-745)
745. Biden marque 50 millions de doses de vaccin au cours des 5 premières semaines de son mandat, ASSOCIATED PRESS (25 février 2021). [↑](#footnote-ref-746)
746. Zeke Miller, Biden envisage un nouveau but après que les États-Unis aient effacé 100 millions de tirs depuis le 20 janvier, Associated Press (19 mars 2021). [↑](#footnote-ref-747)
747. Jeannette Muhammad, Global COVID-19 Deaths Top 3 Million, National Public Radio, (17 avril 2021). [↑](#footnote-ref-748)
748. Biden marque 50 millions de doses de vaccin au cours des 5 premières semaines de son mandat, ASSOCIATED PRESS (25 février 2021). [↑](#footnote-ref-749)
749. Personnel de l’AJMC, Ce que nous lisons: 70 % des États-Unis sont vaccinés; Règles de paiement CMS publiées; Consommation d’alcool et cancer, AJMC (3 août 2021). [↑](#footnote-ref-750)
750. Tommy Pigott, Biden n'a promis aucun mandat. He Lied, Rapid Response (10 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-751)
751. Memorandum for Senior Pentagon Leadership Commanders of the Combatant Commands Defense Agency and DOD Field Activity Directors, Mandatory Coronavirus Disease 2019 Vaccination of Department of Defense Service Member (24 août 2021). [↑](#footnote-ref-752)
752. Communiqué de presse, membre du Congrès Brad Wenstrup, Wenstrup exige une réponse substantielle du DOD après avoir reçu une réponse de quatre phrases (27 février 2023). [↑](#footnote-ref-753)
753. Guidance on Enforcement of Coronavirus Disease 2019 Vaccination Requirements for Federal Employees – Executive Order 14043, FFICEOF PERSONNEL MANAGEMENT des États-Unis; Voir Exec. Ordonnance no 14043, 86 Fed. Reg. 50985 (14 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-754)
754. Communiqué, Maison Blanche, Fiche d'information: L'administration Biden annonce les détails de deux grandes politiques de vaccination (4 novembre 2021). [↑](#footnote-ref-755)
755. Président Joe Biden, allocution du président Biden sur la lutte contre la pandémie de COVID-19 (9 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-756)
756. Président Joe Biden, déclaration du président Joe Biden sur les orientations de la CDC (27 juillet 2021). [↑](#footnote-ref-757)
757. Communiqué, Maison Blanche, Fiche d'information: L'administration Biden annonce les détails de deux grandes politiques de vaccination (4 novembre 2021). [↑](#footnote-ref-758)
758. DOD annule le mandat de vaccination contre la COVID-19, U.S. DEP’T OF DEFENSE (10 janvier 2023). [↑](#footnote-ref-759)
759. James M. Inhofe Loi sur l'autorisation de la défense nationale pour l'exercice 2023, Pub. L. no 117-263, Stat. 2395 (2022). [↑](#footnote-ref-760)
760. Oren Liebermann, Seulement 43 des plus de 8 000 démobilisés de l'armée américaine pour avoir refusé le vaccin contre la COVID-19 ont rejoint CNN (2 octobre 2023). [↑](#footnote-ref-761)
761. Steve Beynon, Thousands of Troops with COVID Vaccine Exemption Requests No Longer Facing Separation With Mandate Gone, MILITARY TIMES (4 janvier 2023). [↑](#footnote-ref-762)
762. Communiqué de presse, Ted Cruz, sénateur américain pour le Texas, Sen. Cruz présente une législation mise à jour s'appuyant sur l'interdiction du mandat vaccinal pour rétablir les membres du service licenciés pour un vaccin contre la COVID-19 (24 janvier 2023). [↑](#footnote-ref-763)
763. Président Joe Biden, allocution du président Biden sur la lutte contre la pandémie de COVID-19 (9 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-764)
764. Libération, Maison Blanche, L'administration Biden-Harris mettra fin aux exigences de vaccination contre la COVID-19 pour les employés fédéraux, les entrepreneurs, les voyageurs internationaux, les éducateurs Head Start et les installations certifiées CMS (1er mai 2023). [↑](#footnote-ref-765)
765. Release, U.S. Dep’t of Defense, DOD Rescinds COVID-19 Vaccination Mandate (10 janvier 2023). [↑](#footnote-ref-766)
766. Point de presse de M. Munoz, Background Press Call on OSHA and CMS Rules for Vaccination in the Workplace, salle de briefing de la Maison Blanche (4 novembre 2021). [↑](#footnote-ref-767)
767. La NFIB intente une action en justice contre le mandat vaccinal de l’OSHA sur les entreprises américaines (9 novembre 2021). [↑](#footnote-ref-768)
768. BST Holdings LLC, et al. c. OSHA, et al. No 21-60845 (5e Cir. 2021). [↑](#footnote-ref-769)
769. Tom Hals, Judge blocks U.S. COVID-19 vaccine rule for health workers in 10 states, Reuters (29 novembre 2021). [↑](#footnote-ref-770)
770. Dave Muoio, Combien d'employés les hôpitaux ont-ils perdus à cause des mandats de vaccination? Voici les chiffres jusqu'à présent, Fierce Healthcare (22 février 2022). [↑](#footnote-ref-771)
771. 86 Règl. de la Fed 68 052 (30 novembre). 2021). [↑](#footnote-ref-772)
772. Id. [↑](#footnote-ref-773)
773. Louisiane c. Becerra, 3:21-CV-04370 (W.D. La. 21 septembre 2022). [↑](#footnote-ref-774)
774. Voir Where 12 Million U.S. Employees Are Affected by Government Vaccine Mandates, THE N.Y. TIMES (18 décembre 2021). [↑](#footnote-ref-775)
775. Haley Messenger, From McDonald’s to Goldman Sachs, voici les entreprises qui imposent des vaccins à tous les employés ou à certains d’entre eux, NBCNEWS (3 août 2021). [↑](#footnote-ref-776)
776. Andrea Hsu, Des milliers de travailleurs choisissent de se faire licencier plutôt que de prendre le vaccin, Radio publique nationale (24 octobre 2021). [↑](#footnote-ref-777)
777. Berkeley Lovelace Jr., Jeune, les professionnels de la santé n’ont pas besoin d’un autre rappel contre la COVID-19, selon un expert en vaccins, NBCNews (11 janvier 2023). [↑](#footnote-ref-778)
778. Berkeley Lovelace, Jr., Une petite étude indique une cause possible de myocardite après la vaccination par ARNm chez les jeunes hommes, NBCNEWS (5 mai 2023). [↑](#footnote-ref-779)
779. Karina Elwood & Fritz Hahn, Préparez vos cartes de vaccination: Les entreprises de DC se préparent à appliquer le nouveau mandat, The Wash. Poste (14 janvier 2022). [↑](#footnote-ref-780)
780. Tori Bergel, DC Is Ending Its Vaccination and Mask Mandates, Washingtonian, 14 février 2022. [↑](#footnote-ref-781)
781. Tierney Plumb, Some D.C. Restaurants and Bars Refuse to Stop Asking for Customers’ Vax Status, Eater (fév.

     16, 2022). [↑](#footnote-ref-782)
782. Christie Aschwanden, Cinq raisons pour lesquelles l’immunité collective contre la COVID-19 est probablement impossible, Nature (18 mars 2021). [↑](#footnote-ref-783)
783. Kevin Bardosh, et al., The unintended consequences of COVID-19 vaccine policy: pourquoi les mandats, les passeports et les restrictions peuvent causer plus de tort que de bien, BMJ GLOB HEALTH (25 mai 2022). [↑](#footnote-ref-784)
784. Id. [↑](#footnote-ref-785)
785. Témoignage de Bardosh (27 juillet 2023). [↑](#footnote-ref-786)
786. Id. [↑](#footnote-ref-787)
787. Mandats relatifs aux vaccins Transcription de l'audience page 30 [↑](#footnote-ref-788)
788. Julia Musto, Fauci reconnaît que les Américains ont un mandat de « fatigue »: « Les gens n'aiment pas qu'on leur dise quoi faire », Fox News (10 décembre 2022). [↑](#footnote-ref-789)
789. Michael Specter, Fauci (Puskin 2020) (audio). [↑](#footnote-ref-790)
790. Audience Fauci, supra note 233, p. 97. [↑](#footnote-ref-791)
791. Katrin Schmelz & Samuel Bowles, Imposer des mandats vaccinaux peut être contre-productif, selon nos recherches, THE WASH. POST (7 juin 2021). [↑](#footnote-ref-792)
792. Id. [↑](#footnote-ref-793)
793. Id. [↑](#footnote-ref-794)
794. Ranee Seither, et al., Coverage with Selected Vaccines and Exemption Rates Among Children in Kindergarten — United States, 2023–24 School Year, MMWR (17 octobre 2024). [↑](#footnote-ref-795)
795. Id. [↑](#footnote-ref-796)
796. Parce que je l'ai dit: Examen de la science et de l'impact des mandats de vaccination contre la COVID-19: Audition devant le sous-comité de sélection sur la pandémie de coronavirus, 118e Cong. 1, (27 juillet 2023) [ci-après «Parce que je l’ai dit»]. [↑](#footnote-ref-797)
797. Id. [↑](#footnote-ref-798)
798. Id. à 30. [↑](#footnote-ref-799)
799. Id. [↑](#footnote-ref-800)
800. Dave Muoio, Combien d'employés les hôpitaux ont-ils perdus à cause des mandats de vaccination? Voici les chiffres à ce jour, Fierce Healthcare (22 février 2022); Honorer nos héros publics qui nous protègent tous, Fondation CDC, disponible à l'adresse suivante:

     [https://www.cdcfoundation.org/hero#:~:text=A%20hero%20is%20every%20public,essential%20health%20and%20](https://www.cdcfoundation.org/hero%23:~:text=A%20hero%20is%20every%20public,essential%20health%20and%20) wellbeing%20services. [↑](#footnote-ref-801)
801. Alex Daniels, Foundations, major donors tackle nation’s nursing shortage, Associate Press (5 décembre 2022). [↑](#footnote-ref-802)
802. David I. Auerbach, et al., A Worrisome Drop In The Numbers Of Young Nurses, Health Affairs Forefront (13 avril 2022). [↑](#footnote-ref-803)
803. Taylor Dotson & Nicholas Tampio, Les mandats de vaccins vont se retourner contre eux. Les gens résisteront encore plus, The Wash. POST (31 juillet 2021). [↑](#footnote-ref-804)
804. Président Joe Biden, allocution du président Biden sur la lutte contre la pandémie de COVID-19 (9 septembre 2021). [↑](#footnote-ref-805)
805. Umair Irfan, Some Vaccinated People Have Gotten COVID-19, That’s No Reason to Panic, VOX, (15 juillet 2021). [↑](#footnote-ref-806)
806. Vinay Prasad (@VPrasadMDMPH), Twitter (13 mai 2023, 13 h 46), disponible à l’adresse [https://twitter.com/VPrasadMDMPH/status/1657442159904038913.](https://twitter.com/VPrasadMDMPH/status/1657442159904038913) [↑](#footnote-ref-807)
807. Parce que je l'ai dit, supra note 1348, p. 42. [↑](#footnote-ref-808)
808. Id. [↑](#footnote-ref-809)
809. Id. [↑](#footnote-ref-810)
810. Li-Ping Wu et coll. Durée des réponses aux anticorps après le syndrome respiratoire aigu sévère PUBMED CENTRAL (13 octobre 2007). [↑](#footnote-ref-811)
811. Jose Vitale et coll. Évaluation de la réinfection par le SARS-CoV-2 1 an après l’infection primaire dans une population de Lombardie, Italie, PUBMED CENTRAL (28 mai 2021). [↑](#footnote-ref-812)
812. Sheena Meredith, COVID-19: Why Are We Ignoring Infection-Acquired Immunity?, MEDSCAPE (28 février 2022). [↑](#footnote-ref-813)
813. Akshay Syal, Immunité acquise à la suite d’une infection par la COVID-19 est aussi protectrice que la vaccination contre les maladies graves et les décès, selon une étude, NBCNEWS (16 février 2023). [↑](#footnote-ref-814)
814. Caroline Stein et coll., Protection antérieure contre l'infection par le SARS-CoV-2 contre la réinfection: une revue systématique et une méta-analyse,­THE LANCET (11 mars 2023). [↑](#footnote-ref-815)
815. Steven Lim et coll. Protection antérieure contre l'infection par le SARS-CoV-2 contre la réinfection: A Systematic Review and Meta­Analysis, THE LANCET (16 février 2023). [↑](#footnote-ref-816)
816. VOIR OREN IBERMAN CNN ARTICLE [↑](#footnote-ref-817)
817. David Barno & Nora Bensahel, Addressing the U.S. Military Recruiting Crisis, War On The Rocks (10 mars 2023). [↑](#footnote-ref-818)
818. Dave Philipps, With Few Able and Fewer Willing, U.S. Military Can’t Find Recruits, The N.Y. Times, 14 juillet 2022. [↑](#footnote-ref-819)
819. James O. Eifert, The Vaccine Mandate Puts National Security at Risk, The Wall St. Journal (4 août 2022). [↑](#footnote-ref-820)
820. Id. [↑](#footnote-ref-821)
821. Michelle Lee, général de Top Marine, affirme que le mandat de vaccination contre la COVID-19 nuit aux efforts de recrutement militaire, Fox NEWS (5 décembre 2022). [↑](#footnote-ref-822)
822. Id. [↑](#footnote-ref-823)
823. Réglementation et préqualification: Qu’est-ce que la pharmacovigilance?, WORLD HEALTH ORG. [↑](#footnote-ref-824)
824. Surveillance de la sécurité des vaccins contre la COVID-19, U.S. FOOD & DRUG ADMIN. (7 décembre 2021). [↑](#footnote-ref-825)
825. Département américain de la santé et des services sociaux, Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS.), Département américain de la santé et des services sociaux (dernière visite le 14 novembre 2024). [↑](#footnote-ref-826)
826. CDC : Comité consultatif sur les pratiques d'immunisation, COVID-19 VaST Work Group Report (17 mai 2021). [↑](#footnote-ref-827)
827. Id. [↑](#footnote-ref-828)
828. Id. [↑](#footnote-ref-829)
829. Id. [↑](#footnote-ref-830)
830. Elizabeth Cohen, Un lien entre la vaccination contre la COVID-19 et une maladie cardiaque peut devenir plus clair, CNN (juin.

     10, 2021). [↑](#footnote-ref-831)
831. À propos de VAERS,U.S. D EP’T OF HEALTH & HUMAN SERVICES disponible à l’adresse [suivante: https://vaers.hhs.gov/about.html](https://vaers.hhs.gov/about.html). [↑](#footnote-ref-832)
832. Voir, de manière générale, Posts continue de dénaturer les données relatives au vaccin VAERS contre la COVID-19, ASSOCIATED PRESS (23 septembre 2022); Reuters Fact Check, les données VAERS ne suggèrent pas que les vaccins contre la COVID-19 ont tué 150 000 personnes, comme le prétend l’analyse,R EUTERS (4 octobre 2021); Catalina Jaramillo, Viral Posts Misuse VAERS Data to Make False Claims About COVID-19 Vaccines, FACTCHECK.ORG (31 mars 2021). [↑](#footnote-ref-833)
833. Voir, de manière générale, Posts continue de dénaturer les données relatives au vaccin VAERS contre la COVID-19, ASSOCIATED PRESS (23 septembre 2022); Reuters Fact Check, les données VAERS ne suggèrent pas que les vaccins contre la COVID-19 ont tué 150 000 personnes, comme le prétend l’analyse,R EUTERS (4 octobre 2021); Catalina Jaramillo, Viral Posts Misuse VAERS Data to Make False Claims About COVID-19 Vaccines, FACTCHECK.ORG (31 mars 2021). [↑](#footnote-ref-834)
834. Base de données en ligne CDC WONDER disponible à l’adresse <http://wonder.cdc.gov/vaers.html> (dernière visite le 30 novembre 2024). [↑](#footnote-ref-835)
835. Id. [↑](#footnote-ref-836)
836. Id. [↑](#footnote-ref-837)
837. 86 Fed. Reg. 54111 (19 janvier 2021), [↑](#footnote-ref-838)
838. Jennifer Block, Le système américain de notification des effets indésirables des vaccins est-il cassé? BMJ (10 novembre 2023). [↑](#footnote-ref-839)
839. Id. [↑](#footnote-ref-840)
840. Id. [↑](#footnote-ref-841)
841. Id. [↑](#footnote-ref-842)
842. Id. [↑](#footnote-ref-843)
843. Id. [↑](#footnote-ref-844)
844. Id. [↑](#footnote-ref-845)
845. Assessing America’s Vaccine Safety Systems Part II (Évaluation des systèmes américains de sécurité des vaccins), partie II: Audition avant de sélectionner le sous-comm. sur la pandémie de coronavirus, 118e Cong. 2 (21 mars 2024). [↑](#footnote-ref-846)
846. MicrobeTV, Au-delà du bruit #26: VAERS, YouTube (16 janvier 2024). [↑](#footnote-ref-847)
847. Surveillance des politiques et des décisions des CDC pendant la pandémie de COVID-19: Audition avant de sélectionner le sous-comm. sur la pandémie de coronavirus, 118e Cong. 1 (13 juin 2023) (déclaration du Dr Rochelle Walensky, Dir., U.S. CDC [↑](#footnote-ref-848)
848. Apoorva Mandavilli, des milliers de personnes croient que les vaccins contre la COVID leur ont fait du mal. Is Anyone Listening?, The N.Y. Times (3 mai 2024, mis à jour le 4 mai 2024). [↑](#footnote-ref-849)
849. Id. [↑](#footnote-ref-850)
850. Id. [↑](#footnote-ref-851)
851. Id. [↑](#footnote-ref-852)
852. Woodcock TI, à 110. [↑](#footnote-ref-853)
853. Woodcock TI, à 112. [↑](#footnote-ref-854)
854. Woodcock TI, à 114-115 [↑](#footnote-ref-855)
855. Woodcock TI, à 115. [↑](#footnote-ref-856)
856. V-safe Landing Page, U.S. CTRS. FOU DISEASE ET CONTROL, disponible à l’adresse suivante:

     [https://vsafe.cdc.gov/vsafeportal/s/login/?language=fr\_US&ec=302&startURL=%2Fvsafeportal%2Fs%2F](https://vsafe.cdc.gov/vsafeportal/s/login/?language=en_US&ec=302&startURL=%2Fvsafeportal%2Fs%2F). [↑](#footnote-ref-857)
857. Qu'est-ce que V-safe? U.S. CTRS. FOU DISEASE ET CONTROL; Tanya R. Myers, et al., The v-safe after vaccination health checker: Surveillance active de la sécurité des vaccins pendant la réaction des CDC à la pandémie de COVID-19, VACCINE (23 janvier 2023). [↑](#footnote-ref-858)
858. À propos de V-safe,? U.S. CTRS. FOU DISEASE ET CONTROL [↑](#footnote-ref-859)
859. Jenna Greene, De nouvelles données sont disponibles sur les allégations de blessures liées au vaccin contre la COVID-19. Qu'est-ce qu'il y a à en faire? Reuters (12 octobre 2022). [↑](#footnote-ref-860)
860. Communiqué de presse, Réseau d'action sur le consentement éclairé, Dernières nouvelles: ICAN Obtient des données CDC V-safe (3 octobre 2022). [↑](#footnote-ref-861)
861. Id. [↑](#footnote-ref-862)
862. Id. [↑](#footnote-ref-863)
863. Freedom Coalition of Doctors for Choice c. Centers for Disease Control and Prevention, 2:23-cv-00102-Z, (N.D. Tex. 5 janvier 2024); Greg Piper, juge ordonne aux CDC de remettre rapidement des millions de rapports de blessures par vaccin contre la COVID par les premiers patients, JUST THE NEWS (13 janvier 2024). [↑](#footnote-ref-864)
864. Aaron Siri, V-Safe Partie 4: CDC conçoit V-Safe pour s'assurer que les méfaits sont cachés dans des champs de texte libre afin qu'il puisse contrôler ce qui devient public, y compris limiter les méfaits soumis à VAERS, INJECTING FREEDOM (10 janvier 2023). [↑](#footnote-ref-865)
865. 42 U.S.C. § 300aa-10, et suivants. [↑](#footnote-ref-866)
866. Comparaison of Countermeasures Injury Compensation Program (CICP) to the National Vaccine Injury Compensation Program (VICP), Health Resources & Services Admin., disponible à l’adresse <https://www.hrsa.gov/cicp/cicp-vicp>. [↑](#footnote-ref-867)
867. Id. [↑](#footnote-ref-868)
868. Hannah-Alise Rogers, Cong. Research Servs., IF 12213, The National Vaccine Injury Compensation Program and the Office of Special Masters (14 septembre 2022). [↑](#footnote-ref-869)
869. Id. [↑](#footnote-ref-870)
870. 42 U.S.C. § 247-6d(a)–(b). [↑](#footnote-ref-871)
871. Countermeasure Injury Compensation Program (CICP), HEALTH RESOURCES & SERVICES ADMIN. disponible à l’adresse [suivante: https://www.hrsa.gov/cicp](https://www.hrsa.gov/cicp). [↑](#footnote-ref-872)
872. CRS, The National Vaccine Injury Compensation Program and the Office of Special Masters (14 septembre 2022). [↑](#footnote-ref-873)
873. Comparaison entre le Programme d'indemnisation des blessures (PIB) et le Programme national d'indemnisation des victimes d'accidents vaccinaux (PNIV). HEALTH RESOURCES & SERVICES ADMIN, *disponible à l’adresse* suivante: https ://[www.hrsa](http://www.hrsa).gov/cicp/cicp-vicp. [↑](#footnote-ref-874)
874. *Programme d'indemnisation des victimes de blessures (PICC) Données: Aggregate,* HEALTH RESOURCES & SERVICES ADMINISTRATION (1er août 2024) *disponible à l’adresse* [suivante: https://www.hrsa.gov/cicp/cicp-data.](https://www.hrsa.gov/cicp/cicp-data) [↑](#footnote-ref-875)
875. Programme *national d'indemnisation des victimes de vaccins: Rapport statistique mensuel, RESSOURCES* DE SANTÉ & SERVICES ADMINISTRATION (Dernière mise à jour le 1er nov. 2024) disponible à l’adresse [suivante: https://www.hrsa.gov/vaccine-compeiisation/data.](https://www.hrsa.gov/vaccine-compeiisation/data) [↑](#footnote-ref-876)
876. *Programme d'indemnisation des victimes de blessures (PICC) Données: Aggregate,* HEALTH RESOURCES & SERVICES Administration (août 1.2024) *disponible à l’adresse* [suivante: https://www.hrsa.gov/cicp/cicp-data.](https://www.hrsa.gov/cicp/cicp-data) [↑](#footnote-ref-877)
877. Countermeasure Injury Compensation Program, Request for Benefits Form Instructions (dernière mise à jour le 23 avril 2023), disponible à l’adresse [suivante: https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/cicp/cicp-request-form-instructions.pdf;](https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/cicp/cicp-request-form-instructions.pdf) Avantages par année, Programme d’avantages sociaux des agents de sécurité publique disponible à l’adresse [https://bja.ojp.gov/program/psob/resources/benefits- by-](https://bja.ojp.gov/program/psob/resources/benefits-by-)

     year#:~:text=Contact%20Us&text=The%20amount%20of%20PSOB,October%201%2C%202023%20is%20 %241%2C488.00 (PSOB indique que le maximum FY2024 est $473,503). [↑](#footnote-ref-878)
878. Lettre de Cody Flint (en possession du sous-comité restreint) [↑](#footnote-ref-879)
879. Examen de la demande de financement et de la justification budgétaire du département de la santé et des services sociaux du président pour l’exercice 2023: Audition devant la Commission du Sénat des États-Unis sur les crédits, 117e Cong. 2 (4 mai 2022). [↑](#footnote-ref-880)
880. Lettre de Cody Flint (en possession de Select Subcommittee) [↑](#footnote-ref-881)
881. Id. [↑](#footnote-ref-882)
882. Comparaison des contre-mesures Programme d'indemnisation des blessures (PICC) au Programme national d'indemnisation des blessures causées par un vaccin (PNIV), HEALTH RESOURCES & SERVICES ADMIN. [↑](#footnote-ref-883)
883. Témoignage écrit de Renée Gentry, audience VAERS Partie II, 21 mars 2024. [↑](#footnote-ref-884)
884. Témoignage écrit du commandant Grimes, audience VAERS Partie 1, 15 février 2024. [↑](#footnote-ref-885)
885. Audience VAERS Partie 1, 15 février 2024, page 35 de la transcription [↑](#footnote-ref-886)
886. Programme d'indemnisation des victimes de blessures (PICC) Données: Aggregate, HEALTH RESOURCES & SERVICES Administration (1er novembre 2024), disponible à l’adresse [suivante: https://www.hrsa.gov/cicp/cicp-data.](https://www.hrsa.gov/cicp/cicp-data) [↑](#footnote-ref-887)
887. Audience VAERS Partie 1, 15 février 2024, déclaration liminaire de Grimes, page 9 de la transcription [↑](#footnote-ref-888)
888. 10 226 réclamations en attente d ' examen / 90 par mois = 113,6 mois (maths du personnel) [↑](#footnote-ref-889)
889. Assessing America’s Vaccine Safety Systems, partie 1, 15 février 2024, transcription page 13, déclaration liminaire de Grimes [↑](#footnote-ref-890)
890. Kevin J. Hickey, et coll., Cong. Research Servs., R46982, Compensation for COVID-19 Vaccine Injuries (mise à jour le 31 mars 2023). [↑](#footnote-ref-891)
891. Id. [↑](#footnote-ref-892)
892. Données agrégées du CICP [↑](#footnote-ref-893)
893. Berkeley Lovelace, Jr., groupe de sécurité des CDC, affirme qu’il existe probablement un lien entre une inflammation cardiaque rare chez les jeunes après le vaccin contre la COVID-19, CNBC (23 juin 2021). [↑](#footnote-ref-894)
894. Lauren Gardner, Vaccine injury compensation programs overwhelmed as congressional reform languishes, Politico, (1er juin 2022). [↑](#footnote-ref-895)
895. Id. [↑](#footnote-ref-896)