

DOSSIER SPÉCIAL

Ces idées fausses sur les vaccins...



Par le Dr Michel de Lorgeril

Ces idées fausses sur les vaccins...

Par le Dr Michel de Lorgeril

Le **Dr Michel de Lorgeril**, épidémiologiste, expert international en cardiologie et nutrition et chercheur au CNRS est un des plus grands médecins français vivants.

Il est auteur d'une douzaine de livres.

Depuis 25 ans, il mène des combats d'envergure qui ont radicalement changé la compréhension de la santé en France.

Il a notamment :

- Prouvé les effets protecteurs de l'acide gras oméga-3 et démontré que le régime méditerranéen est le modèle alimentaire optimal pour la prévention des maladies cardiovasculaires, cancers et autres maladies chroniques.
- Dénoncé la désinformation autour des réels effets du cholestérol (qu'il ne considère pas comme nocif en soi), montrant que les laboratoires pharmaceutiques interprétaient volontairement de façon erronée les statistiques... pour justifier l'emploi des statines qui sont de colossales sources de revenus.
- Prêté sa voix aux victimes des scandales du Vioxx, du Mediator ou de la Dépakine, montrant comment l'industrie pharmaceutique pouvait cacher des données techniques au grand public.
- Pris très activement part au débat vaccinal depuis 2015, se prononçant fermement pour la fin de l'obligation vaccinale en France.

Les articles de ce dossier sont également parus sur le blog du Dr de Lorgeril : michel.delorgeril.info

Sommaire

Introduction : Les vaccins miraculeux du professeur Sansonetti	03
1. Question vaccinale : dialogue impossible, pas d'arbitre	05
2. L'illusion pasteurienne, quid des autres facteurs de maladies ?	07
3. Les vaccins n'élimineront pas les maladies infectieuses	10
4. Pas d'effets secondaires ? Vraiment ?	15
5. Experts indépendants et enjeux financiers	18
6. Injecter des vaccins à des bébés... non ça n'est pas banal	22
7. Tous différents, tous vaccinés de la même façon	25
8. Variole et rougeole, « erreurs » et incompetence	28
9. Épidémie d'encéphalites : à quand les études ?	31
10. Sinistres arithmétiques à propos du vaccin contre l'hépatite B	35

Introduction :

Les vaccins miraculeux

du professeur Sansonetti

Dans toute contestation ou controverse scientifique, il y a (à mon avis) au moins trois prérequis que j'oserais qualifier de *sacrés* :

1. rester **bienveillant** avec ses opposants, car c'est peut-être eux qui ont raison,
2. **écouter** attentivement leurs arguments, car c'est peut-être eux qui ont raison,
3. et **respecter** religieusement les personnes elles-mêmes indépendamment de leurs supposées qualifications expertes et/ou professionnelles.

Ce n'est pas parce que j'ai été moi-même traîné dans la boue, jusqu'à être traité de criminel, que je vais adopter de telles attitudes contraires à l'éthique scientifique.

Un expert en microbiologie, **le bon professeur Sansonetti**, a fait bruyamment campagne sur les écrans et les ondes début 2017 (et encore beaucoup depuis), avec comme message principal que « *le vaccin reste le pilier de la santé publique* ».

C'est *un peu* outrancier certes quand on examine vraiment et attentivement les causes de mortalité dans nos pays développés; mais pourquoi pas ?



Je me suis évidemment abstenu d'enquêter sur les éventuels **liens d'intérêt** (en particulier avec l'industrie des vaccins) de notre expert; partant du **principe fondateur bienveillant** que l'éloge enthousiaste de ce type de trai-

tement était obligatoirement associé à une totale indépendance vis-à-vis du commerce des vaccins. Respect donc !

Maintenant que j'ai assumé (oups!) pour la **bienveillance** et le **respect**, je me dois d'être à l'**écoute**.

Une description effroyable

Et me voici lisant attentivement la belle prose du respectable professeur; c'est-à-dire son livre « *Vaccins* » avec le sous-titre provocateur pour les quelques rares sceptiques dont je fais partie: « *Pourquoi ils sont indispensables* ».

Ce sont 12 chapitres intéressants que je ne peux pas résumer en quelques lignes; ce serait offensant.

Je vais donc procéder en plusieurs étapes, à moins que je ne sois assassiné avant d'avoir terminé.

Pour commencer, lisons attentivement les 5 premiers chapitres.

C'est une effroyable description des terribles maladies infectieuses du « **monde d'hier** » selon les termes du professeur. C'est bien écrit et émouvant; c'est ponctué d'anecdotes historiques (Apollinaire, Mahler, etc...) avec des témoignages personnels qui démontrent la bonne foi de notre expert. Il croit à ce qu'il écrit !

Et il nous décrit en plus les non moins horribles maladies infectieuses du « **monde d'aujourd'hui** »: HIV, Ebola, etc... En nous

rappelant qu'il y aura toujours des maladies infectieuses. Ah !

Et quand il écrit *Arrêtons ces vaccins contre ces maladies infectieuses du monde d'hier et tout repartira, venant s'ajouter aux maladies du monde d'aujourd'hui*, nous voilà terrorisés et coupables: comment peut-on oser mettre en jeu la vie et la santé de nos enfants et petits-enfants en contestant les bienfaits de la vaccination ?

Toutefois si on examine attentivement les terribles maladies du **monde d'hier** décrites par le professeur et qui ont été en grande partie, sinon éradiquées, au moins neutralisées, qu'observe-t-on ?

En toute objectivité et bienveillance, bien sûr !

Certaines ont disparu (ou presque disparu) de nos régions.

Pour certaines de ces disparitions, on peut supposer (mais sans aucune donnée scientifique solide) que la vaccination a joué un rôle; si on accepte évidemment que ces **vaccins sont réellement efficaces** cliniquement (et pas seulement sur la base de détection d'anticorps supposés protecteurs) et qu'avec beaucoup de bienveillance on s'abstient d'exiger des essais cliniques en double aveugle. Exemples ?

La variole, la diphtérie et la poliomyélite ! Peut-être...

Pas sûr ! D'autres facteurs (que la vaccination) ont joué un rôle protecteur c'est certain. Que serait-il arrivé en l'absence de vaccin ? Nul ne le sait; faute de science !

Impossible de prédire

Mais d'autres maladies infectieuses ont aussi disparu alors que nous ne disposons d'**aucun vaccin**. Exemples ?

La peste et le choléra ! Je ne connais pas beaucoup de mes contemporains et voisins qui ont été vaccinés contre ces deux maladies...

D'autres sont endiguées (en le disant vite) également **en l'absence de vaccin**: syphilis, streptococcies malignes.

D'autres, certes, sont plus ou moins neutralisées (en le disant vite) et on pourrait accepter l'idée que les **vaccins existants** [quoique reconnus peu ou pas efficaces; ça dépend des zones et des périodes...] puissent jouer un rôle: tuberculose, grippe maligne. Que serait-il arrivé en l'absence totale de vaccin ? Nul ne le sait; faute de science !

Première conclusion évidente, émise sur la base des données et descriptions produites par notre aimable professeur, et sans entrer dans le détail des données biologiques: **l'efficacité des vaccins pour (au moins) neutraliser les maladies infectieuses est loin d'être évidente.**

Surtout, à mon humble avis de médiocre scientifique de province (je travaille à Grenoble) peu expert en maladies infectieuses (mais bon connaisseur de l'épidémiologie), il n'est pas possible (au moins pour nos pays) de prédire quoique ce soit d'intelligent si la couverture vaccinale venait à diminuer comme conséquence de l'abolition de l'obligation vaccinale actuelle.

Écrire bravement que « *Arrêtons ces vaccins contre ces maladies infectieuses du monde d'hier et tout repartira, venant s'ajouter aux maladies du monde d'aujourd'hui* » est de l'ordre de la prophétie religieuse... et donc de peu d'intérêt scientifique. Désolé !

1. Question vaccinale : dialogue impossible, pas d'arbitre

Pourquoi les protagonistes de la **question vaccinale** n'arrivent pas à se parler avec sérénité ?

C'est quoi la **question vaccinale** à ce jour ?

En résumant de façon un peu grossière, on peut dire :

1. Les vaccins sont-ils utiles (efficaces) ?
2. On peut décliner la question précédente en deux parties : utiles à l'échelon individuel ? Utiles à l'échelon sociétal ?
3. Les vaccins sont-ils toxiques ? Un peu ou beaucoup ? Rarement ou fréquemment ?
4. Quel est le vrai rapport bénéfice/risque à l'échelon individuel et à l'échelon sociétal ?

Pourquoi ces questions (apparemment) simples ne peuvent être discutées ?

Le blocage est en France mais aussi, selon des collègues américains et italiens récemment consultés, dans d'autres pays développés.

Le blocage s'explique, à mon avis, parce que deux camps irréductibles s'opposent : les pros et les antis !

Les deux camps ont parfaitement conscience de leurs faiblesses (médicales et scientifiques) respectives ; et en conséquence refusent de participer à une analyse froide et objective de ces questions.

Des familles face au déni

Qui sont ces deux camps ?

À ma droite, le camp académique (médecins et experts en tout genre) et administratif (voire politique) pour lequel : *la vaccination ne se discute pas...* Ce qui n'est rien d'autre qu'un **aveu de faiblesse**. Pour un scientifique (surtout en médecine), rien ne doit échapper à l'analyse objectives des faits ; ce qui nécessite des discussions approfondies, qui ne sont pas souhaitées par les protagonistes d'une vaccination obligatoire et élargie !

À ma gauche, le camp des résistants issus de la société civile dans leur grande majorité. Ici on trouve beaucoup de victimes (supposées ou réelles) de la vaccination ; réunies de façon générale en association et qui luttent pour faire reconnaître les dommages qu'ils pensent avoir subis. Faire reconnaître pour eux signifie « faire la lumière » ; ce qui nécessite à nouveau des analyses et interprétation des faits ; et donc des discussions.

Forts des témoignages multiples venant des victimes ou des familles des victimes, les résistants sont de façon générale contre la vaccination obligatoire de masse.

On peut les comprendre ; on doit les écouter car, les médecins le savent (c'est un exemple fréquent dans le milieu des résistants), quand une maman pense que la maladie de son bébé est survenue à la suite d'une vaccination, il est impossible de lui dire qu'elle a tort ; il n'y a pas

de meilleur témoignage que celui des parents d'une victime !

Mais **un témoignage n'est pas une donnée scientifique robuste**; selon la science médicale moderne.

Et ces familles se retrouvent généralement face à un déni académique et administratif ! Ce qui ajoute à leur douleur; et peut engendrer de la colère, on les comprend.

À l'inverse, l'examen objectif des données épidémiologiques et biologiques présentées comme favorables à la vaccination sont généralement faibles; selon la science médicale moderne.

Si on appliquait à la vaccination (efficacité et innocuité) les mêmes critères élaborés pour autoriser une autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un médicament (essai randomisé en double aveugle avec une hypothèse primaire clairement énoncée), en général les vaccins n'obtiendraient pas d'AMM.

Et voilà pourquoi les deux camps, en opposition, ne se parlent pas. Ils connaissent leurs faiblesses respectives et savent que l'autre camp les connaît aussi. Dialogue impossible !

L'absolue nécessité d'une indépendance scientifique

Il faudrait, pour sortir de cette situation (potentiellement explosive), un **arbitrage**.

Cet arbitrage ne peut être que scientifique et totalement **indépendant**.

Il faut que les arbitres soient « titulaires » d'une **véritable expertise** (au moins partielle dans un domaine que la vaccination implique : épidémiologie d'intervention, statistiques, art de l'essai clinique, immunologie, infectiologie, bactériologie, virologie, vaccination, etc...). Je donnerai absolue priorité à l'expertise en méthodologie scientifique.

Quand on dit « indépendance » de l'expertise, cela signifie qu'il est crucial de **débarquer un passager clandestin** de la problématique vaccinale : **l'industrie du vaccin**; c'est-à-dire l'industrie des médicaments; ce sont les mêmes et on les connaît trop bien !

Certes, on ne peut disposer de vaccins que si des industriels fabriquent des vaccins !

Certes, ces industriels ne peuvent s'impliquer (vis-à-vis de leurs actionnaires) que si des profits substantiels peuvent être espérés de cette implication industrielle...

Tout le monde a compris que nous sommes face à des défis difficiles.

D'où l'importance d'un arbitrage scientifique et médicale totalement indépendants : **priorité absolue à l'évaluation scientifique du rapport bénéfice/risque de chaque vaccin !**

Sans cette évaluation, la confiance ne sera pas rétablie et la controverse perdurera; et des comportements (supposés) illégaux se multiplieront du côté des candidats à la vaccination (ou de leurs parents) comme du côté des médecins vaccinants. Ce serait catastrophique.

Merci de remettre la lumière !

2. L'illusion pasteurienne, quid des autres facteurs de maladies ?

Certains prônent la vaccination obligatoire pour tous et avec tous les vaccins existants.

D'autres sont plus modérés mais veulent étendre la vaccination obligatoire au-delà des actuelles obligations sur le DTPolio (diphtérie, tétanos et polio).

D'autres enfin préconisent le statu quo.

Tous se font des illusions sur le principe vaccinal.

Beaucoup d'illusions; et même trop.

Lesquelles ?

Restons scientifique et médical, les deux en même temps, pas facile !

Première illusion : à propos de la médecine dite pasteurienne; du nom de notre icône nationale; attention, pas toucher sinon « *panpan cucul* » comme on disait autrefois...

Je ne vais pas entrer dans une polémique séculaire mais rappeler que la vision pasteurienne de la maladie et de la médecine repose sur l'idée qu'**une** maladie a **une** cause (un agent infectieux pour Pasteur; d'autres pathogènes pour d'autres plus modernes, certains non infectieux) qui nécessite **un** traitement salvateur. Dans le même ordre d'idée, en se protégeant de la cause, on se protège de la maladie.

Dans le cas des maladies infectieuses, c'est facile: la cause est l'agent infectieux, le traitement est un antibiotique ou un antiviral et la prévention passe avant tout par le vaccin.

C'est une rengaine officielle, à chaque fois qu'un nouvel agent infectieux apparaît avec ou sans cortège contagieux épidémique, on promet un vaccin.

L'exemple typique (maintes fois érigé en pavillon) de ce modèle est **la variole**. Pas de virus, pas de maladie ! Et on est guérit quand il n'y a plus de virus.

Pas la seule et unique méthode

La variole est un cas quasi unique dans les pathologies infectieuses pour la raison fondamentale à comprendre qu'**il n'y a pas de « porteur sain »**. Si vous avez le virus, vous êtes malade; si vous n'êtes pas malade, c'est que vous n'avez pas le virus. S'il n'y a pas de « porteur sain », il n'y a pas (c'est la théorie actuelle), de **réservoir invisible**.

Le jour où il n'y a plus eu de patient atteint de la variole, la maladie a été proclamée « éradiquée » par l'OMS. Plus besoin de vaccin aussi et on a arrêté de vacciner.

Jusqu'à présent, rien n'indique que cette théorie soit fausse; et la seule crainte des experts c'est que des apprentis sorciers travaillant en laboratoire hyper protégé (ou des terroristes) bricolent volontairement (ou par erreur) un virus proche qui devienne pathogène et soit disséminé... Jusqu'à présent, tout va bien...

Le vaccin contre la variole, ou diverses techniques visant à immuniser (organiser l'autodéfense) des sujets avant qu'ils soient exposés au virus, est présenté comme un modèle du genre. Malgré l'absence de données scientifiques solides (selon nos normes contemporaines) permettant d'en être sûr, il serait absurde de prétendre que ces techniques d'immunisation préalable étaient inefficaces ou inutiles. Et il serait tout aussi présomptueux de prétendre que le vaccin a éradiqué la variole (j'y reviendrai plus tard).

En effet, d'autres maladies infectieuses et contagieuses épouvantables ont aussi été débarrassées de nos territoires.

La vaccination n'est pas, jusqu'à preuve du contraire, la seule et unique technique connue pour protéger les populations et il est loin d'être évident que la vaccination de masse préalable (c'est-à-dire avant que la population à risque soit exposée à l'agent infectieux) soit la stratégie optimale. Tout dépend évidemment des critères utilisés pour calculer le rapport bénéfice/risque; et tout dépend encore de nos capacités, voire de notre volonté, à évaluer les supposés risques d'une façon aussi objective et efficace que l'évaluation du supposé bénéfice.

Tout le monde a compris qu'en posant le problème de cette façon, nous alimentons de quoi organiser plusieurs meetings (et disputes) de Santé Publique chaque semaine dans nos capitales.

Il serait préférable (et même impératif) que les discutants et « disputants » soient totalement indépendants de tout lien ou intérêt commercial.

Choléra : exemple-type de vaccin inefficace

Il serait pourtant peu cohérent, sous prétexte d'une « ignorance relative », de rejeter le principe vaccinal sans autre forme de procès comme certains font. L'exemple de l'épidémie de **choléra** en Haïti est utile à analyser; rapidement certes et je m'excuse à l'avance de ne pas écrire une thèse à ce sujet.

L'épidémie de choléra en Haïti survient au décours d'une catastrophe naturelle (tremblement de terre) le 12 janvier 2010 qui a fait plus de 200 000 morts. Il est généralement admis que ce sont des soldats népalais **porteurs sains** venus prêter main forte (à une population hyper-stressée et soumise à des conditions d'hygiène catastrophiques) qui seraient à l'origine de l'importation du choléra qui avait disparu de Haïti depuis plus d'un siècle. Selon l'OMS, près d'un million d'Haïtiens ont été exposés à la bactérie *Vibrio cholerae* et près de 9 000 en seraient décédés. La cause du décès est une diarrhée épouvantable qui provoque une déshydratation massive et un collapsus cardiovasculaire terminal en l'absence de mesures de réanimation (réhydratation) appropriées.

L'antibiothérapie préventive est, selon certains experts, peu efficace du fait de l'émergence de souches bactériennes multirésistantes aux antibiotiques.

Concernant la vaccination préventive, je recopie ci-dessous un paragraphe publié par l'Institut Pasteur; on ne pourra pas me dire que je sélectionne arbitrairement mes sources.

C'est là: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cholera>

« L'OMS considère l'utilisation des vaccins anticholériques oraux comme outils de santé publique potentiellement utiles en complément des mesures de prévention classiques. Il est cependant important de souligner qu'il n'existe pas aujourd'hui de vaccin induisant une protection à long terme contre le choléra. Or la menace que représente aujourd'hui le choléra et les difficultés de mise en œuvre des mesures d'hygiène et d'assainissement rencontrées dans de nombreux pays, montrent qu'il est plus que jamais nécessaire de disposer de moyens de lutte efficaces contre le choléra et qu'il reste donc indispensable de poursuivre les recherches sur la vaccination anticholérique. »

C'est moi qui souligne.

Je ne vais pas me lancer dans une polémique stérile quant à l'efficacité (l'utilité) des *vaccins anticholériques oraux* actuels, le paragraphe

ci-dessus dit tout ce qu'il faut comprendre: le vaccin n'est visiblement pas très efficace et n'est pas la bonne façon d'éradiquer le choléra ou de s'en protéger socialement. Dit autrement et sans rentrer dans les détails: le choléra est toute autre chose que la variole! C'est le niveau de développement économique des populations (directement corrélé aux niveaux d'hygiène publique: accès à l'eau potable et gestion des eaux usées pour dire les choses simplement) qui est la vraie cause des épidémies de choléra.

Cela dit, face à la catastrophe sanitaire provoquée par le tremblement de terre et une fois identifié le début d'épidémie, il eût été absurde (et inhumain) de ne pas mettre en œuvre tous les moyens possibles pour essayer de protéger ces populations terrorisées. Utiliser un vaccin dans ces conditions ne paraît pas absurde.

Admettre l'échec

Tout en ayant à l'esprit les « limites » de cette vaccination; qu'on peut résumer par le constat

de l'existence de porteurs sains (et de réservoirs invisibles); dit autrement, la vaccination ne peut pas empêcher la transmission d'une part et son efficacité est très relative au niveau de chaque individu (surtout chez l'enfant de moins de 5 ans, hélas) et dans la durée; selon les experts!

L'idée principale est la suivante: même en prenant ces maladies terriblement contagieuses comme exemples, il est difficile de rester figé sur une vision pasteurienne de la médecine. L'agent pathogène fait la maladie, certes, mais **d'autres facteurs** beaucoup plus importants en font la sévérité et la contagiosité.

Qu'il n'y ait pas aujourd'hui de traitement antibiotique efficace du choléra est stupéfiant. Les explications fournies à cet égard sont de peu d'intérêt scientifique et humanitaire.

Que les vaccins soient également peu efficaces apparemment (et selon les experts) laisse entendre que, malgré des efforts semble-t-il importants, la vaccinologie anticholérique est en échec. Il faut simplement l'admettre.

3. Les vaccins n'élimineront pas les maladies infectieuses

Je vais maintenant essayer d'analyser une autre sympathique illusion des vaccinologues : c'est l'idée qu'on puisse éliminer ou « **éradiquer** » (c'est le vocabulaire en cours) **les maladies infectieuses**. Le sujet est compliqué ; je vais essayer d'être simple.

Certains « experts » [« experts » entre guillemets car l'expertise scientifique ici est très limitée : on a affaire à des ingénieurs ou des techniciens du vaccin plus qu'à des vrais scientifiques...] pensent en effet que des **vaccinations de masse** peuvent nous débarrasser de certains fléaux infectieux. J'ai pris l'exemple de la variole dans mon message précédent ; sans m'interdire de penser que la vaccination ne fut pas la principale cause de la disparition de la variole.

Ce fut aussi l'avis de l'OMS ; donc rien d'original de ma part. Peut-être, ou peut-être pas, ou peut-être un peu ! Pas la peine de se disputer : on ne peut pas le savoir avec nos moyens scientifiques et historiques actuels. Humilité, chers confrères !

En effet, **d'autres maladies infectieuses ont disparu sans qu'un vaccin n'ait été utilisé** pour les combattre ou les neutraliser. « Vie et mort des maladies infectieuses » ; ça pourrait faire le titre d'un roman anxiogène : je vais donner des exemples plus loin.

L'interaction avec l'environnement n'est pas prise en compte

Comme je ne suis pas un cerveau ubiquitaire, je me garderais bien d'essayer de paraître exhaustif. Chaque médecin, du fait de son parcours professionnel, dispose d'une expérience clinique spécifique : le mien tourne autour des maladies cardiovasculaires depuis plus de 40 ans ; je me bornerais donc à discuter brièvement de **maladies cardiovasculaires de causes infectieuses qui ont disparu** (ou presque) et aussi de **maladies cardiovasculaires (supposément) infectieuses qui sont apparues**.

Ici pointe une idée d'importance que nos experts vaccinologues n'ont pas encore apparemment (dans leur majorité) appréhendée : les maladies infectieuses disparaissent et apparaissent donc à un rythme soutenu dans nos sociétés.

Il est illusoire d'espérer un monde sans maladie infectieuse.

Pourquoi ?

Parce que ces maladies sont le résultat d'une interaction conflictuelle entre notre environnement et notre système immunitaire.

Et comme notre environnement change sans cesse (en partie à cause des activités humaines, par exemple le changement climatique), ces interactions sont très variables ; d'autant plus que **cet environnement est aussi une partie de nous-mêmes**.

Qu'est-ce que cela veut dire ?

Nous transportons avec nous [et pas seulement au niveau de notre tube digestif : un à 2 kg de microbiote], dans nos yeux, nos oreilles et chaque pore de notre peau (je limite là ma description) une partie de notre environnement, c'est-à-dire le monde des micro-organismes dans lequel nous baignons.

C'est important à comprendre : nous sommes nous-mêmes une partie de notre propre environnement ! Ce qui signifie que **quand je me fais vacciner, c'est aussi contre moi-même que je me vaccine !**

Le facteur environnemental ici c'est le **monde bactérien, viral et parasite dans lequel nous nageons**. Quand nous disons que cet environnement change, nous ne parlons pas que du climat mais aussi de tous ces agents potentiellement pathogènes qui s'adaptent aux changements de leur propre environnement (qui est aussi le nôtre) beaucoup plus vite et beaucoup mieux que nous. Une espèce bactérienne en danger, quel que soit l'origine du péril, aura tôt fait d'inventer une nouvelle méthode de survie en milieu hostile. Ainsi de nouvelles espèces apparaissent sans cesse, ce qui est la principale explication des résurgences de maladies infectieuses qu'on croyait éteintes sous l'effet supposé (selon certains) des vaccinations de masse.

Évidemment, cet environnement interagit avec notre système immunitaire qui est, selon la théorie prévalente, le gardien de notre intégrité et donc de notre survie dans notre environnement.

Et **notre système immunitaire** [au-delà de ses spécificités génétiques] **est lui-aussi constamment changeant** : non seulement il s'adapte à notre environnement mais il se modifie en fonction de nos conditions existentielles : vieillissement, nutrition, activité physique, stress, pollution, médicaments, etc...

Des agents pathogènes et protecteurs partout

Tout le monde a compris la complexité du sujet que je discute : une multitude de facteurs interagissent et ce sont ces interactions qui vont donner naissance soit à des maladies individuelles soit à des épidémies. Il y en a toujours eu et il y en aura toujours car l'irruption d'un déséquilibre dans cette complexité peut entraîner des **perturbations sanitaires**.

On peut appeler ces **perturbations** des maladies ou des épidémies ; ce qu'il faut comprendre c'est qu'il faut du temps pour un **retour à un certain équilibre** (équivalent de la fin de l'épidémie ou de la guérison du patient, ou de son décès ; ce qui est aussi la fin d'une maladie) avant la survenue inéluctable d'une nouvelle perturbation ; ou d'une nouvelle « catastrophe » selon le vocabulaire des disciples du mathématicien René Thom.

Telle est la condition humaine !

Chacun peut donc comprendre que notre environnement, tout rempli qu'il soit d'agents pathogènes et d'agents protecteurs s'opposant aux précédents par un identique réflexe de survie, n'est pas notre ennemi. Il est ! Rien de plus.

Il est potentiellement notre allié pour préserver notre santé ; à condition de le respecter !

Cette idée rejoint une approche philosophique ancestrale ; et plus récemment Rousseauiste (dudit célèbre Jean-Jacques) qu'on peut résumer par la formule : **la Nature ne nous est pas hostile !**

Ce qui fait question dès lors, c'est la complexité de la Nature (c'est-à-dire, de notre environnement) et la façon dont nous insérons, comme des sioux (l'image n'est pas prise au hasard), dans cette complexité. Ce n'est pas affaire de « bons » et de « méchants » qui effectivement pullulent dans la Nature, c'est adaptation et respect des équilibres !

Car dans cet environnement, les agents (potentiellement) infectieux cohabitent eux-mêmes dans des équilibres instables : notre microbiote intestinal lui-même est un extraordi-

naire mélange de bactéries, virus, parasites en constante discussion entre eux, et avec notre système immunitaire.

Il n'aura pas échappé aux lecteurs que j'essaie de délivrer ici **une vision très écologique de la question vaccinale**.

À mon avis, c'est la seule possible.

Elle risque d'avoir échappé à nos ingénieurs vaccinateurs...

J'entends déjà la critique: « il se prend pour Emmanuel... Kant! »

Or cette vision a une implication immédiate: il y aura toujours des maladies infectieuses et les vaccinations de masse ne sont rien de plus que des éléments potentiellement perturbateurs qui induisent (potentiellement encore) des déséquilibres. Sans discuter la possible efficacité protectrice de la vaccination, la vision des maladies infectieuses décrite ci-dessus implique que la disparition (apparente ou réelle) d'une maladie sera suivie inéluctablement de l'apparition d'une autre maladie ou de la résurgence d'une ancienne, en un peu différée; de multiples exemples ont été décrits.

Disparitions de maladies sans vaccins

J'ai promis de donner quelques exemples et illustrations de « disparitions » et « apparitions » récentes de **maladies cardiovasculaires de causes infectieuses**, indépendamment de toute vaccination. C'est maintenant.

Dans mes premières années de pratique médicale, une de nos obsessions était le diagnostic des **pathologies valvulaires cardiaques** dites rhumatismales: sténose mitrale, insuffisance aortique, etc... Elles étaient le résultat (secondaire ou retardé) d'**infections streptococciques**, le prototype étant l'angine à streptocoque. Selon la théorie prévalente, le conflit entre l'agent infectieux et le système immunitaire provoque des maladies rhumatismales, rénales (glomérulonéphrites) et cardiaques. Ces pathologies des valves cardiaques des sujets jeunes (incluant des enfants) étaient

un des principaux chapitres de la cardiologie clinique. Elles ont pratiquement disparu aujourd'hui sous nos climats. Sans vaccin contre le streptocoque!

De même que la **scarlatine** [la fameuse « *angine qui vomit* »]: presque disparue apparemment. Sans vaccin contre le streptocoque encore!

D'autres types d'angine ont aussi pratiquement disparu, alors qu'elles nous faisaient peur: par exemple, l'angine « fuso-spirillaire », dite **angine de Vincent**, qui souvent nécessitait l'hospitalisation; c'est l'ancien temps, le temps où l'amygdalectomie et l'adénoïdectomie (ablation des végétations) se pratiquaient avec une promptitude inversement proportionnelle à toute rationalité médicale et scientifique supposée les justifier... Le temps passe, la médecine change!

Une fois ces pathologies valvulaires cardiaques (minimes ou sévères) installées, les patients étaient menacés par d'autres infections beaucoup plus sournoises et non moins dangereuses: l'**endocardite infectieuse**, aussi appelée « endocardite bactérienne subaiguë » ou encore *Maladie d'Osler*. C'est encore souvent un streptocoque [un de ceux qui vivent dans notre bouche...] qui est responsable. Si la fréquence de la maladie n'a pas, selon les statistiques US récentes, réellement diminuée, elle se présente de façon très différente de nos jours; comme si la forme classique avait disparu et qu'une nouvelle maladie était apparue. Comme les pathologies valvulaires « ordinaires » (post-rhumatismales) sont beaucoup plus rares, les streptocoques vont plutôt investir toutes les formes de prothèses installées dans le cœur et que notre système immunitaire a du mal à protéger.

Maladies infectieuses sans agent pathogène clairement identifié

De façon parallèle, nous avons vu apparaître de **vraies nouvelles maladies cardiovasculaires** dont la cause infectieuse n'est pas for-

AHA SCIENTIFIC STATEMENT

Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease

A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association

BACKGROUND: Kawasaki disease is an acute vasculitis of childhood that leads to coronary artery aneurysms in ≈25% of untreated cases. It has been reported worldwide and is the leading cause of acquired heart disease in children in developed countries.

Brian W. McCrindle, MD,
MPH, FAHA, Chair
Anne H. Rowley, MD
Jane W. Newburger, MD,

mellement démontrée. Par exemple, la **Maladie de Kawasaki** qui est devenue la principale cause de maladie cardiaque acquise chez les enfants des pays développés. Ce n'est pas rien quoique ignorée de nos ingénieurs vaccinologues.

Elle a été décrite pour la première fois au Japon seulement dans les années 1960s et a donné lieu récemment (mars 2017) à une mise au point un peu « affolée » de l'American Heart Association. J'ignore les connaissances qu'en ont les médecins français actuellement.

Il va falloir s'y habituer : nous devons apprendre à diagnostiquer et traiter malgré l'absence d'identification de ce nouvel agent pathogène.

De même qu'il va falloir s'habituer aux manifestations cardiaques de cette nouvelle maladie infectieuse qu'est la **Maladie de Lyme**. Ici on connaît l'agent infectieux causal, c'est la bactérie *Borrelia burgdorferi* qui nous est transmise par des tiques dont les principaux vecteurs seraient, apparemment, les cervidés de nos forêts. Au moins en Europe.

En somme on n'a plus de rickettsioses (par exemple, le typhus) et ça n'est pas grâce à un vaccin ; mais on a des borrélioses !

Quand j'étais stagiaire à Toulouse dans le service des maladies infectieuses du Pr Armengaud, on nous parlait beaucoup de brucellose et de lep-

tospirose. C'était les menaces de l'époque. Le temps a passé... Les ingénieurs vaccinologues les ignorent.

Je ne peux dire quelle était la fréquence réelle de ces maladies et quelle est la situation actuelle. Je doute que ces maladies représentent de graves problèmes sanitaires aujourd'hui mais je peux dire qu'on a un vrai problème de santé publique avec les **borrélioses** ; et c'est tellement nouveau qu'il y a encore aujourd'hui des disputes à propos de la validité des tests diagnostic...

Si j'ai fait quelques détours, et discuter les maladies cardiovasculaires d'origine infectieuse, c'est pour illustrer l'idée que nous aurons toujours des victimes des maladies infectieuses. Beaucoup moins qu'avant l'ère des antibiotiques mais le compteur ne sera jamais à zéro.

Principe de prudence et obligation vaccinale

Les victimes **des anciennes, des résurgentes ou des nouvelles maladies infectieuses** sont et seront les plus fragiles d'entre nous : les plus jeunes, les plus âgés, les diabétiques et surtout ceux qui à la naissance ou plus tard de façon acquise souffrent de déficience de leur système immunitaire.

Pour ces derniers, même les maladies bénignes chez les autres peuvent constituer un danger. **Est-ce que la vaccination de masse permet de protéger ces sujets fragiles?** Y aurait-il d'autres façons de procéder? Plus efficaces?

Ceux qui ont toujours réponse à tout répondent positivement. C'est pourtant loin d'être évident, c'est-à-dire scientifiquement démontré.

Face à ces questions sans réponse, la moindre des choses est de rester humble et prudent. Faut-il interrompre l'actuelle politique de vaccination de masse? Ce ne serait sans doute pas prudent pour des raisons que je discuterai dans un prochain chapitre.

Faut-il pour autant nous obliger tous à nous vacciner?

Peut-on, face à ces questions, perpétuer les obligations vaccinales? Sachant qu'il y a une sous-estimation tragique des effets adverses de la vaccination...

Peut-on prendre le risque de provoquer des tragédies vaccinales sous prétexte de protéger **peut-être** quelques sujets si fragiles qu'ils seront hélas victimes de leur fragilité d'une façon ou l'autre?

Pas facile!

D'où le respect des grands principes, à commencer par celui maintes fois répété:

D'abord ne pas nuire!

4. Pas d'effets secondaires ? Vraiment ?

Les vaccinologues, de façon générale, rejettent l'idée que des vaccins (certains) puissent avoir des effets nocifs chez certaines personnes, notamment les enfants. Pour résumer, ce serait selon eux des questions *négligeables* par rapport aux miraculeux bienfaits individuels et sociétaux de la vaccination de masse !

Contrairement à ce que pensent ces **simplifiologistes** assermentés, la question n'est pas si simple et doit être analysée avec beaucoup de sérieux ; et de façon scientifique si possible.

Je vais m'y essayer en plusieurs étapes.

Discutons d'un 1er aspect de la question des effets (plus ou moins) toxiques des vaccins, objet d'une cruelle controverse entre les **victimes de la vaccination** (et leurs défenseurs) et les technocrates pro-vaccinaux dont les points de vue sont trop souvent la simple négation injurieuse d'évidences... qu'ils refusent d'admettre.

Au chapitre précédent j'ai expliqué le caractère inéluctable des maladies infectieuses et nos limites pour s'en protéger. Il y en aura toujours et les victimes seront toujours les mêmes : les pauvres, les mal-nourris, les immunodéprimés, etc... S'il est difficile (mais pas impossible) d'éradiquer la pauvreté, il est très réaliste d'essayer **d'apprendre à vivre et se nourrir** à nos contemporains de façon telle qu'ils acquièrent un système immunitaire qui les protégera ; sans pour autant compromettre leur santé.

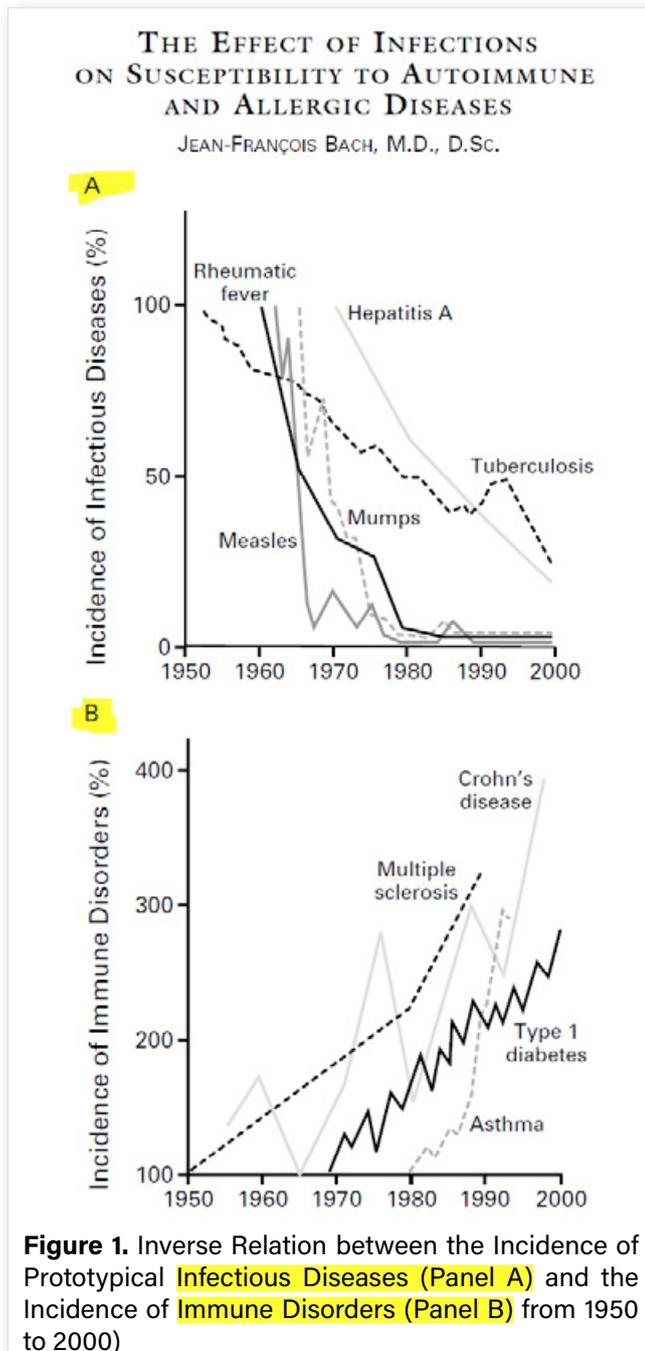
Pourquoi je dis ça ?

Parce que si notre **capacité immunitaire nous protège** – ou, dit autrement, nous permet de nous adapter à notre environnement – il peut aussi nous rendre malade. Ce sont, par exemple, les **maladies auto-immunes**, des circonstances bizarres où notre immunité se retourne contre nous. Il se trouve que nous vivons une époque où les maladies auto-immunes sont devenues quasi épidémiques. Et ces maladies – qui attaquent nos organes de façon spécifique : la thyroïde, le pancréas, le système nerveux – peuvent être sévères. Pas vraiment amusant d'être **diabétique insulino-dépendant** (type 1) ou de devoir vivre avec une **sclérose en plaques**.

Maladies auto-immunes, une concordance troublante

Certains scientifiques (des vrais, des sérieux, cette fois) ont avancé une théorie explicative de cette épidémie contemporaine de maladies auto-immunes. Leur fréquence ascendante serait, selon eux, inversement proportionnelle à la fréquence descendante des maladies infectieuses depuis environ 60 ans. Je laisse chacun apprécier les courbes ci-dessous extraites d'un article publié dans un journal de référence (le *New England Journal of Medicine*) en septembre 2002.

Que concordance ne veuille pas dire causalité, soit. Mais est-ce juste le hasard ?



Autre point: rien ne dit que les vaccins aient effectivement joué un rôle majeur dans cette régression des maladies infectieuses. Certains le disent; mais les données scientifiques appellent à la plus grande réserve, comme je l'ai dit dans mes premiers chapitres.

Il se trouve toutefois qu'au moment où la vaccination de masse se mettait en place dans nos pays on avait aussi les phénomènes décrits ci-dessus. Que la vaccination de masse ait vaincu (ou pas) certaines maladies infectieuses n'altère en rien l'intangible réalité qu'au même moment... les maladies auto-immunes explosaient.

Cette théorie donne lieu à des discussions et controverses évidemment, mais rien ne peut

nous empêcher de penser que les progrès accomplis dans la lutte contre les maladies infectieuses peuvent avoir un versant négatif.

Dit autrement, il est préférable d'avoir à gérer 2 semaines d'oreillons ou de rubéole d'un enfant à la maison que toute une vie de diabète à l'insuline.

Stimulation du système immunitaire ?

Se pose donc la terrible question de la **responsabilité de la vaccination de masse** dans cette **épidémie de maladies auto-immunes**.

Ce qui d'un autre côté clouerait définitivement le bec à ceux qui prétendent que la vaccination n'est pas efficace...

D'autres facteurs ont joué des rôles cruciaux (outre la découverte et la large prescription des antibiotiques) dans la régression des maladies infectieuses, en particulier l'hygiène urbaine (la qualité des eaux dites potables, le tout-à-l'égout), l'éducation (nettoyage de plaies), l'asepsie, l'extraordinaire augmentation des niveaux de vie avec la régression de la sous-alimentation, etc.

Ce qui caractérise toutefois la vaccination (contrairement par exemple aux antibiotiques et à l'eau potable), c'est que cette technique prétend **stimuler le système immunitaire**; ce qui peut conduire **chez certains** (pas tous, on est d'accord) vaccinés à des **réactions aberrantes** comme le développement inapproprié [les auto-anticorps] d'une attaque contre l'organisme que le système immunitaire est supposé protéger. Impossible de rejeter cette théorie !

Impossible aussi de la prouver définitivement. Tel est le sort des scientifiques sérieux: toujours dans le doute et le questionnement !

On peut toutefois avancer quelques arguments susceptibles de faire pencher la balance vers une théorie. Dans ce cas précis, on peut par exemple se demander si les vaccinés sont en meilleure santé que les non-vaccinés, ou l'inverse.

Difficile de répondre à cette question sans avoir accès aux données récoltées par les assurances-maladies. Il suffirait de vouloir savoir; mais il n'est pas sûr qu'on le veuille...

Bravant tous les interdits et conformismes, des investigateurs américains ont essayé... Et malgré des obstacles multiples, ils ont réussi à publier quelques résultats. Ci-dessous :

Journal of Translational Science


Research Article
ISSN: 2059-268X

Pilot comparative study on the health of vaccinated and unvaccinated 6- to 12-year-old U.S. children

Anthony R Mawson^{1*}, Brian D Ray², Azad R Bhuiyan³ and Binu Jacob⁴

¹Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Jackson State University, Jackson, MS 39213, USA

²President, National Home Education Research Institute, PO Box 13939, Salem, OR 97309, USA

³Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Jackson State University, Jackson, MS 39213, USA

⁴Former graduate student, Department of Epidemiology and Biostatistics School of Public Health, Jackson State University, Jackson, MS 39213, USA

J Transl Sci, 2017 doi: 10.15761/JTS.1000186

Bien que cette étude ait quelques évidentes limites (ce n'est pas prospectif, pas de tirage au sort, etc...) mais aussi quelques forces (multiples ajustements pour des facteurs qui ont pu biaiser les données recueillies), les résultats sont impressionnants ; et très inquiétants pour les vaccinologues.

En effet, si (sans surprise) on observe moins d'antécédents de coqueluche et autre rubéole chez les vaccinés par rapport aux non-vaccinés (données qui crédibilisent les autres résultats de l'étude), il est assez évident que **les non-vaccinés sont en meilleure santé.**

Ils ont eu beaucoup moins d'allergies (rhinites et autres eczémas), moins d'otites et moins de pneumonies ; et évidemment, ils fréquentent moins les docteurs et les hôpitaux ; et ils consomment moins de médicaments, notamment moins d'antibiotiques !

Il est temps de réfléchir !

Ce dernier point est crucial puisque les vaccinologues avancent souvent **l'argument (très probablement fallacieux) que les vaccins permettraient de moins prescrire les antibiotiques.**

Ils utilisent aussi moins de médicaments contre la fièvre, et moins de traitements de l'allergie. Nous avons ainsi une indirecte **confirmation que les vaccinations effectivement perturbent le système immunitaire** ! Ce qui n'a rien d'étonnant...

Mais le plus inquiétant concerne la plus grande fréquence chez les vaccinés de pathologies dites du développement neurocognitif ; ce qui inclut, selon les termes des auteurs « *learning disability, Attention Deficient Hyperactivity Disorder, and Autism Spectrum Disorder* », c'est-à-dire **plus de troubles de l'apprentissage** (intellectuel), **plus de troubles de l'attention** (avec la classique hyperactivité) et enfin **plus d'autisme** !

Oserais-je avouer que je suis effaré ?

N'est-il pas temps d'arrêter et... réfléchir ?

Devant des données aussi inquiétantes, il est désormais impératif d'abolir toutes les formes d'obligation vaccinale.

Car rien ne peut obliger des parents à injecter des produits suspects à leurs enfants ; et rien ne doit obliger un médecin réfractaire à le faire !

Chers pouvoirs publics, pensez à l'avenir de nos enfants et petits-enfants, puisque pour certains d'entre nous, le mal est déjà fait !

5. Experts indépendants et enjeux financiers

L'analyse attentive de la littérature supposée scientifique dans le domaine de la **vaccinologie** conduit inéluctablement à la conclusion que nous sommes en présence de **données scientifiques faibles**, pour le moins.

Dans ces conditions, toutes les formes de recommandations et autres « avis » officiels et académiques doivent trouver autre chose (que la robustesse scientifique) pour justifier de leur pertinence et faire autorité.

Un minimum serait que les auteurs des recommandations (et autres admonestations et obligations) et les Autorités qu'ils représentent soient au-dessus de tout soupçon, c'est-à-dire **libres et indépendants**.

S'agit-il d'une autre grande illusion de la vaccinologie ?

Il ne s'agit pas d'expertise proprement dite ici, on l'a compris. Mais d'indépendance vis-à-vis de toutes les formes d'influences **notamment financières** et commerciales (ça tombe sous le sens) mais aussi **non financières**: ego, réputation, autorité académique et/ou hospitalo-universitaire...

Une révolution est en cours

Parmi les influences possibles, les non-financières ne sont pas les moindres, je l'ai déjà dit et répété, car nous connaissons bien toutes ces influençables et sympathiques personnalités !

Est-il possible, en vaccinologie, d'être en même temps **un expert audible et un indépendant** ?

Tout dépend de ce qu'on entend évidemment par « expertise » et indépendance », j'en ai déjà discuté.

C'est une question difficile; que l'on peut toutefois simplifier en la scindant en deux parties inégales:

1. les experts (ou supposés experts) favorables aux vaccins et défenseurs des obligations vaccinales (ici et ailleurs) sont-ils indépendants ?
2. les experts (ou supposés...) plus mesurés (moins favorables ou plutôt défavorables) et hostiles aux obligations vaccinales (quel qu'en soit la forme) sont-ils indépendants ?

Pour la **2^{ème} question**, la réponse est évidente: ces experts-là suscitent une forte animosité de la part de l'industrie (et des académiciens amis) des vaccins; et en conséquence sont, **de force**, indépendants de ces industries. Concernant leurs éventuels liens d'intérêt non-financiers, et vu l'hostilité que provoque leur raisonnement, il est clair qu'ils n'ont rien à attendre de positif... Ils feraient mieux d'être discrets, à mon avis, à moins d'être de courageux combattants !

C'est donc bien la **1^{ère} question** qui doit être discutée de façon plus systématique.

Mais cela nous renvoie à une autre question, encore plus fondamentale: **qu'est-ce que l'industrie des vaccins aujourd'hui ?**

Un livre serait nécessaire pour expliquer son histoire et l'évolution récente de la vaccinologie. Ce n'est pas l'objet de ce texte; je vais faire court et évidemment schématique.

Le monde du vaccin – c'est-à-dire l'industrie des vaccins et les connaissances très techniques (et peu scientifiques) qui vont avec, en

un mot la vaccinologie contemporaine – est en pleine **Révolution**.

Cette révolution du vaccin va de pair avec la crise de l'industrie pharmaceutique qui, faute d'investir dans une recherche patiente et prudente (et peu lucrative), est dans une phase de grande stérilité.

Pour pallier cette incapacité d'innovation, les financiers qui gèrent désormais l'industrie du médicament ont fait le pari de la médecine dite personnalisée.

En bref, cela consiste à identifier des cibles thérapeutiques très spécifiques puis à créer des molécules (des anticorps monoclonaux) qui vont « neutraliser » ces cibles. Ces anticorps sont produits par le système immunitaire d'animaux d'expérience puis, en général, « humanisés » pour éviter des conflits immunitaires lors de l'injection de ces anticorps qui sont étrangers à notre propre système immunitaire.

C'est la forme moderne du célèbre « **sérum antitétanique** ». C'était du sérum de cheval ! Il contenait des anticorps dirigés contre la toxine tétanique.

Après le succès (supposé) au début du 20ème siècle du sérum antitétanique, on a décidé de faire fabriquer ces anticorps antitétaniques par les humains eux-mêmes : c'est le principe de la **vaccination antitétanique** !

J'espère que tout le monde a compris : d'abord on injecte des anticorps exogènes ; la suite logique est de faire faire ces anticorps par le système immunitaire de la personne qu'on veut protéger ou traiter. Les deux approches sont complémentaires, autrement dit sont basées sur des visions communes de la médecine : d'abord les anticorps, puis les vaccins.

L'industrie du médicament parie donc sur la découverte de nouvelles cibles et la mise au point d'anticorps monoclonaux ; puis parfois de vaccins.

Le principe vaccinal, un énorme enjeu

En conséquence et contrairement à ce qu'on pourrait croire, la vaccinologie de demain ne

se limitera pas à la prévention des maladies infectieuses.

Les vaccinologues modernes s'intéressent à toutes les pathologies : les cancers, les maladies cardiovasculaires et même... (certains en parlent) un **vaccin anti-gluten**...

Certains labos travaillent, je ne plaisante pas, sur un **vaccin anticholestérol** ; qui serait en fait « dirigé » contre des molécules participant au métabolisme du cholestérol, et pas contre le cholestérol lui-même ; avec l'idée absurde de diminuer le cholestérol circulant aux plus bas niveaux possibles...

Des centaines de vaccins sont aujourd'hui en préparation ou en phase d'essai dans le monde !

Dans la vaccinologie moderne, le business est roi !

L'industrie du vaccin n'est donc qu'à ses balbutiements ; et les grands groupes sont prêts à investir dès qu'une cible attrayante est identifiée. On l'a vu de façon caricaturale avec le vaccin contre le cancer du col de l'utérus...

En parallèle, des experts et des sociétés savantes en recherche de financement pour leurs célébrations saisonnières se précipitent pour participer et réclamer leurs récompenses anticipées pour les bons et loyaux services qu'ils sont prêts à rendre.

S'il est relativement aisé de fabriquer (bricoler) un anticorps monoclonal dans un labo de 3 pièces, la vaccinologie moderne ne peut rien faire sans un industriel de la technologie vaccinale et capable de développer un vaccin susceptible d'être testé sur des humains.

Pas d'industriel, pas de vaccin !

Dans ce contexte, chacun peut comprendre que les vaccins anti-polio ou anti-coqueluche (efficacité supposée et toxicité niée) sont une sorte de petit caillou dans la chaussure de l'investisseur... Il s'en fout l'investisseur, de la polio et du tétanos.

Mais il ne se fout pas du tout du **principe vaccinal** ; ça il faut le défendre ; car en défendant le vaccin, on défend aussi les anticorps mono-

clonaux; et aussi la vision moderne de la médecine dite personnalisée.

Autrement dit, **pendant que** le petit peuple s'agite (**les chiens aboient**) autour de l'obligation du vaccin DTP, **la caravane passe!** En silence!

Je conclus: dans l'état actuel des choses, **il ne peut pas y avoir de vaccinologues indépendants!**

11 vaccins obligatoires plutôt que 3 ?

À Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, juillet 2017

Madame la Ministre,

Avec tout le respect que nous devons à votre titre ministériel et à votre expérience professionnelle, je me permets par la présente de vous alerter sur la gravité de la décision que vous êtes en train de prendre à propos de l'obligation vaccinale: **onze plutôt que trois!**

Question évidente pour un médecin praticien: **pourquoi 11? Pourquoi pas 10 ou 9 ou 6?**

Quelles sont les justifications médicales, acceptables pour un scientifique, de décider 11 plutôt que 9 ou 6 ?

Nous savons que vous êtes sous la pression de la décision du Conseil d'État (février 2017) qui enjoignait les pouvoirs publics, dans un délai de six mois, [et sauf à ce que la législation évolue en élargissant le champ des vaccinations obligatoires] « *de prendre des mesures ou de saisir les autorités compétentes pour permettre de rendre disponibles des vaccins correspondant aux seules obligations de vaccination prévues par le code de la santé publique* » c'est-à-dire les 3 vaccins contenus dans le DTP.

Il semblerait que ce délai de 6 mois n'ait pas suffi pour résoudre ces questions très matérielles de production industrielle des vaccins et que, en conséquence, vous soyez contrainte de modifier la législation en faveur d'un élargissement (à onze?) des obligations vaccinales.

Ce serait modifier la législation (avec des conséquences sanitaires majeures) sans autre raison que de se conformer à des impératifs juridiques et administratifs ?

Pensez-vous que les citoyens de notre beau pays soient prêts à laisser injecter à leurs proches (et à eux-mêmes) des substances douteuses sans autre justification qu'administrative ?

Madame la Ministre, nous savons (et si les citoyens français ne le savent pas encore, ils le sauront rapidement) qu'il n'y a **pas de justifications médicales et scientifiques à cet élargissement des obligations vaccinales.**

Il existe une controverse médicale et scientifique de longue date [et qui s'exacerbe ces dernières années] sur les vaccins, sur le **rapport bénéfice/risque** pour dire les choses simplement.

Madame la Ministre, contrairement aux allégations de certains supposés experts (dont l'indépendance doit être vérifiée conformément à la nouvelle Loi de moralisation), la concertation citoyenne sur les vaccinations mise en place par la Ministre précédente n'a pas permis un examen objectif et approfondi de la question vaccinale, tel que l'exige la

communauté scientifique indépendante; et la question du rapport bénéfice/risque reste en suspens.

Dans ces conditions, il est humainement (et éthiquement) impossible de vouloir imposer à des familles **l'obligation de laisser injecter à leurs bébés des substances qu'elles estiment suspectes**; impossible aussi de vouloir **imposer à des médecins l'obligation d'injecter des substances supposées suspectes** aux bébés de leur patientèle.

Que ces substances soient réellement suspectes (voire toxiques pour certains d'entre nous que nous ne savons pas identifier) n'est pas la question actuellement quoiqu'elle mérite d'être posée et discutée par de vrais experts vraiment indépendants; en prenant le temps d'examiner l'ensemble du dossier y compris dans ses aspects historiques.

Que des scientifiques, des médecins et des familles les estiment « suspectes » devrait suffire à immédiatement suspendre tout élargissement de l'obligation vaccinale. **D'abord ne pas nuire** et donc prudence et attentisme.

Qu'il y ait eu en France au cours de la dernière décennie **un décès par an environ** supposément **de rougeole** ne peut servir de prétexte à rendre obligatoire la vaccination (entre autres) contre l'hépatite B (chez le nourrisson) dont la transmission est (presque) exclusivement liée à des rapports sexuels contagieux ou à des contacts périlleux avec des produits sanguins, par exemple chez les toxicomanes utilisant des aiguilles...

Un décès (supposé) dû à la rougeole par an (probablement dans un contexte d'immunosuppression) d'un côté et un peu moins d'un million de bébés vaccinés (avec 11 substances douteuses) chaque année de l'autre côté...

Que certains (médecins et familles) acceptent ces injections massives et répétées à des bébés les yeux fermés n'est pas non plus le meilleur argument en faveur de l'élargissement.

La seule et vraie question, Madame la Ministre, c'est l'acceptation par les citoyens de ces injections. Beaucoup d'entre eux n'en veulent pas et exigent que leurs enfants en soient protégés.

Vous ne pouvez le faire sous la contrainte, évidemment, et par conséquent les nouvelles obligations vont être à l'origine de **graves troubles sociaux**.

J'en appelle à votre intelligence et votre bienveillante humanité: **si vous devez** [c'est inéluctable] **choisir entre « abolir les obligations existantes » ou « élargir les obligations à onze »**, vous devez **choisir courageusement la première option !**

Certes, vous allez ainsi vous attirer l'hostilité de quelques académiciens, des quelques énarques de votre Ministère (qui ont de façon calamiteuse géré la question des vaccins et depuis longtemps) et de l'industrie des vaccins. Il faudra résister, et nous vous soutiendrons, car le résultat final est déjà connu: l'élargissement vaccinal ne passera pas !

Car ceux qui n'en veulent pas n'en veulent vraiment pas; et aucune police ni aucun chantage abject (en termes de scolarité et de socialisation de leurs progénitures) ne les fera plier !

Madame la Ministre, nous vous le demandons solennellement, renoncez à votre projet, préservez les Libertés !

6. Injecter des vaccins à des bébés... non ça n'est pas banal

Comme déjà vu, deux camps s'opposent dans nos sociétés occidentales (là où la parole est la plus libre en principe) à propos des vaccins ; et cette opposition semble irréductible sur de nombreux aspects de la vaccinologie.

Je vais rapidement discuter un de ces aspects particuliers : la supposée « **banalité immunologique** » de la vaccination.

Cette idée (défendue mordicus par les vaccinalistes) de « banalité » repose sur l'affirmation que nous (y compris nos bébés et jeunes enfants) sommes dès notre naissance soumis à un intense **bombardement antigénique** ; dit autrement, nous subissons de façon quotidienne une intense exposition à toutes sortes de substances et objets de la Nature (et d'autres objets moins naturels) susceptibles de stimuler notre système immunitaire.

Dans ces conditions, selon les vaccinologues, **redouter les effets d'une exposition supplémentaire à quelques antigènes vaccinaux** [administrés selon un calendrier (vaccinal) pensé par des experts pour nous protéger de terribles maladies infectieuses] sous prétexte qu'il y en aurait plusieurs dans la même seringue **est simplement absurde**.

Sauf que...

Sauf que la façon dont nous sommes exposés aux antigènes infectieux naturels – virus et bactéries, pour faire simple – est très différente de celle induite par les vaccins.

Prenons un exemple simple : la triple vacci-

nation contre la **Rougeole**, les **Oreillons** et la **Rubéole**, aussi appelée ROR, on comprend immédiatement pourquoi.

Il s'agit d'injecter deux fois (à quelques mois d'intervalle) **simultanément** trois virus pathogènes vivants (certes atténués) à des bébés de 9 à 15 mois.

Composants des vaccins : des questions, un problème de confiance

Question : quelle est la probabilité *naturelle* qu'un bébé de quelques mois rencontrent **simultanément** et à dose massive trois virus pathogènes à la **même minute** ? Et deux fois à quelques semaines ou mois d'intervalle ?

Les vaccins ROR les plus utilisés en France ne contiennent pas d'aluminium, pas de mercure et pas de *formaldéhyde* (très toxique et parfois utilisée pour inactiver les agents pathogènes).

Sauf que...

Ils contiennent par contre un antibiotique [la **néomycine**, qui est en principe exclusivement utilisé par voie orale car non absorbable] et du **sorbitol** qui peut provoquer des réactions chez des personnes sensibilisées par exemple au fructose.

Question : quelle est la probabilité qu'un bébé de quelques mois se voit **injecter** (y compris à faible dose) un **antibiotique** hautement

toxique (uniquement autorisé en forme injectable en médecine vétérinaire) et une sorte de sucre utilisé uniquement par voie orale pour traiter la constipation ?

Autre question: sachant que la charge virale administrée avec un vaccin a été fabriquée avec des techniques spécifiques [**multiplication virale** sur des **culture de cellules** animales entretenues et nourries avec toutes sortes d'ingrédients, y compris du sérum de fœtus de veau (FBS ou *fetal bovine serum*)], et sachant que c'est avec grande surprise qu'un beau matin on découvrit la présence de prions dans des produits animaux couramment utilisés en nutrition humaine, quelle garantie avons-nous que nous n'injectons pas des ingrédients de cultures de cellules toxiques à plus ou moins long terme à nos bébés ?

Question: pouvons-nous faire confiance aux fabricants pour immédiatement diffuser toute information à propos de la toxicité d'un vaccin ?

Pouvons-nous faire confiance aux Administrations ailleurs et ici pour assurer notre protection ?

Les **études de surveillance** après mise sur le marché des vaccins sont-elles suffisamment pro-actives, suffisamment longues et les échantillons concernés sont-ils suffisants pour détecter des effets secondaires rares ?

Tout le monde sait répondre à ces questions...

Question: quelle est la façon *naturelle* de rencontrer ces trois virus pathogènes ? Est-ce différent de la rencontre par vaccination ?

Ces microbes sont autour de nous et nous y sommes exposés quand nous rencontrons des porteurs sains ou malades. Comme dit précédemment, il est quasi impossible que ces porteurs nous contaminent avec les trois virus en même temps. Il n'est pas impossible que la dose d'un virus soit forte, un gros toussueur pouvant effectivement émettre des doses massives d'aérosols contaminants dans une atmosphère contrainte (salle de classe, bureau, salle de spectacle...).

Ce qui est certain c'est que cette rencontre se produira via des contacts aériens et/ou digestifs. Autrement dit, la pénétration dans notre

organisme sera **progressive**; et sera « **filtrée** » par nos systèmes immunitaires locaux et régionaux.

Être exposé à des agents pathogènes par voie aérienne ou digestive et se faire injecter des antigènes avec des produits plus ou moins toxiques, n'ont pas grand-chose à voir.

Je m'explique en prenant l'exemple d'une exposition digestive. On pourrait discuter aussi de l'immunité pulmonaire mais je veux faire simple.

Nous savons tous que notre intestin n'a pas qu'une fonction digestive. Il est aussi notre premier organe de défense anti-infectieux. Ce système immunitaire intestinal travaille de façon étroite avec notre microbiote intestinal (environ deux kilos de bactéries et autres pathogènes pour un individu de 70 kg). Autrement dit, quand un agent pathogène arrive jusqu'à nos organes (y compris le cerveau) via la circulation sanguine, il a déjà subi des transformations et les organes cibles ont été « avertis ».

Sauf que...

La vaccination avec le ROR est une **injection intramusculaire ou sous-cutanée** d'agents pathogènes qui court-circuite tous nos systèmes de défense loco-régionaux.

Faut-il mettre les points sur les i ?

La vaccination par injection répétée de doses massives d'agents pathogènes multiples n'a rien à voir avec une exposition naturelle aérienne ou digestive.

Elle s'accompagne en outre de l'**injection de produits toxiques** (certains identifiés, d'autres non) qui même à faibles doses en théorie peuvent avoir des conséquences inattendues chez des bébés d'autant qu'il s'agit

d'injections et qu'aucune étude de toxicité sérieuse n'a été conduite pour nous rassurer.

Contrairement aux idées farfelues ou naïves de quelques idéologues et académiciens, l'exposition à des agents pathogènes via la vaccination par injection est une agression majeure de nos bébés et petits enfants.

Que certains d'entre eux développent, à court ou moyen terme, des complications (notamment neurologiques, vu le tropisme cérébral de ces virus-là) n'a rien d'étonnant !

Que des médecins et des parents soient méfiants n'a rien d'étonnant ! Qu'on veuille les obliger à injecter quand même... est très étonnant !

Dernière question : qui donc a eu l'idée saugrenue de mettre dans la même seringue ces trois virus-là ?

Scientifiquement et médicalement absurde !

Répondre à cette question nécessite une enquête indépendante et permettrait peut-être de dévoiler quelques aspects sombres de l'histoire de la vaccinologie.

7. Tous différents, tous vaccinés de la même façon

Parmi les arguments supposés fondateurs de **l'obligation vaccinale**, il y a celui d'une supposée « morale sociale ».

Je l'explique en deux mots : **si vous ne vous vaccinez pas pour vous-même, vaccinez-vous pour les autres**, en interrompant la chaîne de transmission et de contamination de proche en proche.

Car, même si vous n'êtes pas malade, vous pouvez être **un porteur sain qui transmet** à d'autres. Ces autres peuvent être fragiles, le microorganisme que vous portez pourrait les rendre malades, voire les tuer !

En étant vacciné, vous stoppez la contagion !

Certes, vous ne portez (en théorie) qu'un seul microorganisme dangereux (pour cette personne fragile) et si cette personne est très fragile, elle sera inéluctablement contaminée par autre chose... Par exemple, une personne immunodéprimée peut être victime de bien d'autres microorganismes que ceux visés par les obligations vaccinales. Cette sorte de « chantage » paraît donc un peu « surdimensionnée », voire stupide. C'est un point de vue ; et je le partage avec moi-même.

Cette vision des maladies contagieuses a été théorisée en langue anglaise dans l'expression maintenant classique de *herd immunity*.

Bien que la traduction littérale du mot « herd » soit « troupeau », les francophones le traduisent pudiquement par *immunité grégaire* (ou encore *immunité de communauté*).

Médecins-chiens et patients-moutons

Pourtant le concept lui-même est d'origine vétérinaire, si je puis me permettre, avec l'idée que quand un animal est malade (« vache folle » et autres pathologies contagieuses dans diverses espèces animales), on sacrifie le troupeau : abattage massif. C'est radical ; on stoppe l'épidémie, on nettoie les locaux, on attend un peu et on redémarre courageusement son activité.

On a compris que c'était inapplicable chez les humains. Heureusement, il y aurait un substitut au sacrifice de masse : c'est la vaccination de masse !

Seulement voilà, les **communautés humaines ne sont pas des troupeaux** et les **médecins ne sont pas des chiens**, ni chien-berger, ni chien de garde !

Certes, nous pourrions accepter d'être assimilé au **troupeau de moutons de Panurge** [je renvoie au grand Rabelais].

Je recopie un paragraphe explicatif trouvé sur la toile : *le mouton étant réputé pour être un animal faible et peu intelligent, on emploie aujourd'hui cette expression pour désigner une personne qui se plie à un règlement sans réfléchir à son bien-fondé.*

Sommes-nous collectivement des moutons (sans réflexion), comme nos médecins seraient nos chiens-berger ?

Cela mérite quelque réflexion car il pourrait s'agir d'une illusion supplémentaire dans le monde de la vaccinologie.

Commençons par le premier aspect: **les médecins sont-ils des chiens ?**

Le rôle essentiel du chien-berger, notamment dans nos beaux alpages, est de ramener au troupeau les **brebis égarées**, n'est-il pas ?

Qu'est-ce que serait une **brebis égarée** dans nos communautés humaines ? Les génies, les innovateurs, les brigands, les alcooliques, les anti-vaccinalistes ?

Si j'étais un chien, je me méfierais des brebis égarées, certaines mordent. Trêve de plaisanteries, je connais peu de médecins qui aient une mentalité servilement canine...

Notre extraordinaire diversité génétique

Discutons le deuxième aspect: **sommes-nous un troupeau ?**

Comme à propos du réflexe canin de quelques collègues, je me demande parfois si nous ne nous comportons pas parfois en troupeau.

Mais dans le monde de l'élevage moderne, un comportement particulier ne suffit pas à définir le « troupeau ».

A mon avis, ce qui définit biologiquement un troupeau, c'est la **similitude génétique**. Un éleveur a intérêt à avoir un troupeau très homogène sur le plan génétique; ne serait-ce que pour systématiser (simplifier) son travail.

Voilà j'ai tout dit: à l'exception de quelques rares groupes (à santé précaire généralement), **les communautés humaines se caractérisent par une extraordinaire diversité génétique !**

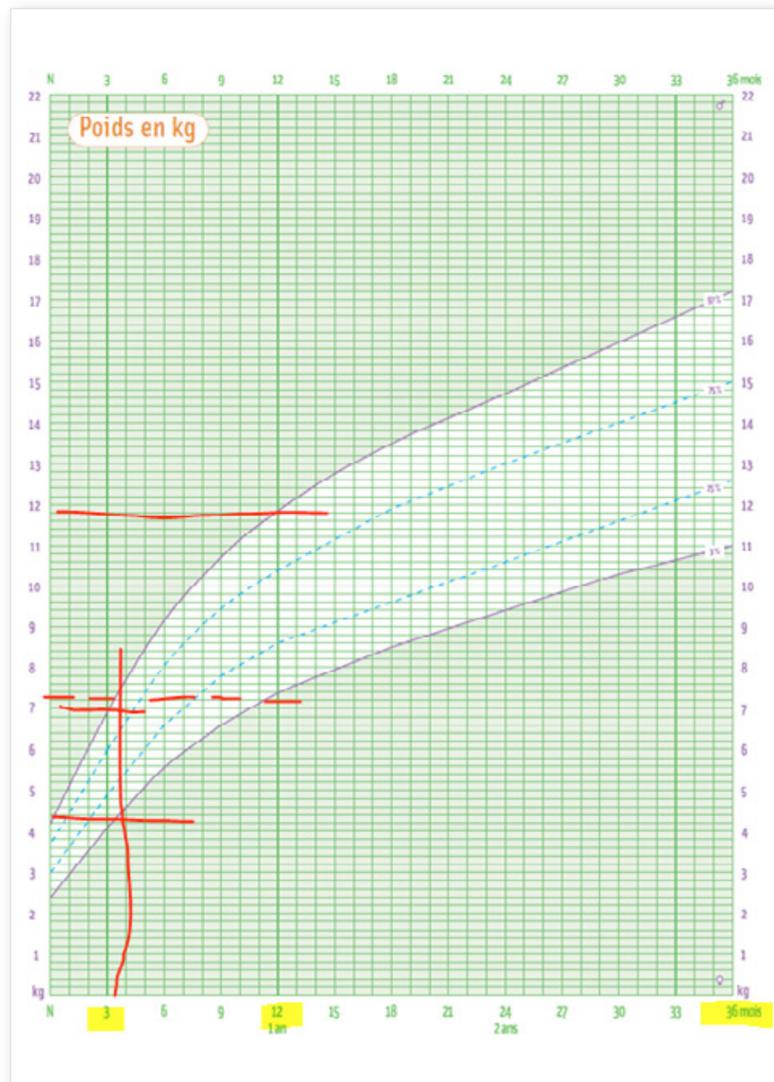
Nous ne pouvons donc être assimilés à un troupeau et c'est une **terrible illusion des vaccinologues** de penser qu'un traitement vaccinal identique puisse s'appliquer de façon identique à chacun d'entre nous, et puisse avoir une efficacité identique (ou similaire) et

des réactions toxiques identiques (ou similaires) chez chacun d'entre nous.

Chez nos bébés et enfants, le constat est le même et en pire. Sans parler des variations génétiques invisibles (qui conditionnent notre physiologie et notre éventuelle réponse aux vaccins), il est curieux (voire horrible) de constater que la même dose de vaccins (présents dans une seringue donnée) puisse être injectée à nos petits dont les poids peuvent varier en fonction de l'âge du simple au double.

Est-ce la même chose d'injecter 250 microgrammes d'aluminium [je ne discute pas ici si c'est toxique ou pas] à un bébé de 3-4 mois ou 11-12 mois ?

Et **au même âge**, le poids normal d'un bébé peut varier grandement; j'ai reproduit ci-dessous les courbes de poids en fonction de l'âge. Les traits rouges sont de moi !



Si le médecin ne réfléchit pas et applique aveuglément les recommandations, il injecte la même dose d'aluminium à des bébés dont le poids varie du simple au triple !

Est-ce raisonnable ?

Tous les parents savent que pour tous les médicaments pédiatriques (y compris le paracétamol), on administre **une dose en fonction du poids**.

Quel troublant laxisme vaccinal entraîne des **conduites médicales aussi aberrantes ?**

En discutant le poids des bébés dont la variabilité dépend en partie de leur génome, je veux donner un exemple simple à comprendre de l'importance de notre extraordinaire diversité génétique. Tous les médecins savent que nos réponses aux médicaments sont extrêmement variables.

Les médicaments sont certes des substances exogènes mais, de façon générale, ils ne stimulent pas notre système immunitaire ; sauf en cas d'allergie et dans ces cas il y a contre-indication à l'usage de ce médicament.

Avec les vaccins, nous stimulons notre système immunitaire. Notre système immunitaire est justement ce qui définit notre moi, notre individualité ; et donc socialement notre extrême diversité.

Imaginer que nous puissions tous réagir de façon identique est peu rationnel.

Je retiens mes mots.

C'est peut-être la pire des illusions de la vaccinologie moderne.

8. Variole et rougeole, « erreurs » et incompétence

Dans leur profession de foi en faveur d'une obligation vaccinale élargie, 200 fidèles vaccinalistes ont signé une tribune, fin juin 2007, perpétuant un mythe que l'OMS (**Organisation Mondiale de la Santé**) elle-même a de longue date piétiné allègrement: que le vaccin anti-variologique ait éradiqué la maladie.

C'est tout simplement inexact.

Le vaccin fut un échec selon les propagandistes de la vaccination antivariologique eux-mêmes. On peut les croire; leur rapport montre qu'ils ont bien travaillé, voici le lien vous permettant d'y accéder: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39258/1/a41464_fre.pdf

En 1980, l'OMS écrivait donc sans ambiguïté (capture du rapport ci-dessous):

L'ÉRADICATION MONDIALE
DE LA VARIOLE

Rapport final de la Commission mondiale pour
la Certification de l'Éradication de la Variole
Genève, décembre 1979



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE
1980

En page 32, on peut lire (c'est facile, même nos 200 devraient y parvenir):

8.2.4 Succès et échecs

Les campagnes d'éradication reposant entièrement ou essentiellement sur la vaccination de masse furent couronnées de succès dans quelques pays mais échouèrent dans la plupart des cas. Les campagnes de vaccination de masse connurent les plus grands succès dans les pays dotés de services de santé relativement bien développés et bien administrés, de systèmes de notification adéquats et de communications suffisamment bonnes. Des succès notables furent enregistrés en Chine, dans plusieurs pays d'Amérique du Sud, dans quelques pays d'Afrique et du Proche-Orient, dans certaines parties de l'Asie du Sud-Est telles que la Birmanie, et dans un certain nombre d'États méridionaux de l'Inde.

Toutefois, dans certains pays, même lorsque la couverture de vaccination atteignait 80 ou même 90 %, les sujets sensibles non vaccinés, regroupés en certains secteurs particuliers du pays ou dans les zones de faible niveau socio-économique des villes, constituaient une population suffisamment importante pour que la transmission de la variole se perpétue. Il eût été extrêmement coûteux et logistiquement difficile sinon impossible d'atteindre des niveaux beaucoup plus élevés de couverture. Pour extirper la variole de ces pays avec les moyens disponibles, il fallait absolument changer de stratégie.

On ne va pas discuter ici [les lecteurs intéressés le trouveront dans le rapport de l'OMS disponible sur Internet] ce qui a vraiment permis cet indéniable succès sanitaire.

Nous observons toutefois que les 200 signataires auraient mieux fait de se taire plutôt que de proclamer des faussetés assimilables à de la propagande.

Mais peut-être ont-ils eu raison de signer finalement. Car ils nous font la démonstration implacable de leur ignorance primaire.

Qu'il s'agisse d'ignorance serait **péché véniel** de la part de sommités qui accusent leurs contradicteurs d'être des obscurantistes sectaires et antiscientifiques...

Péché mortel serait que ce soit en toute connaissance de cause qu'ils nous servent ces « erreurs ».

Y aurait-il là **intention de tromper** les citoyens ?

Fake news, diraient les jeunes ?

Propagande mensongère, répondraient les vieux militants des Droits de l'Homme.

Voudrait-on fourvoyer les décideurs politiques qui finalement voteront pour ou contre une éventuelle nouvelle Loi ?

Des amateurs... qui feraient mieux de travailler leurs dossiers

Qu'il s'agisse de péché véniel ou mortel (soyons bienveillants, nous aussi pôvres pêcheurs...), l'évidence criante est que ces 200 signataires sont bien peu crédibles; et je retiens, une fois de plus, mes mots...

Une autre évidence criante, c'est que le reste de leur argumentaire (à propos des nouvelles épidémies, de la soudaine vague de mortalité due à la rougeole et autres...) n'a aucune valeur scientifique et médicale !

Prenons le cas de la rougeole.

Vous l'avez entendu, un des rares arguments de nos Autorités serait que notre beau pays serait victime d'une épouvantable épidémie de rougeole qui décimerait la population... !

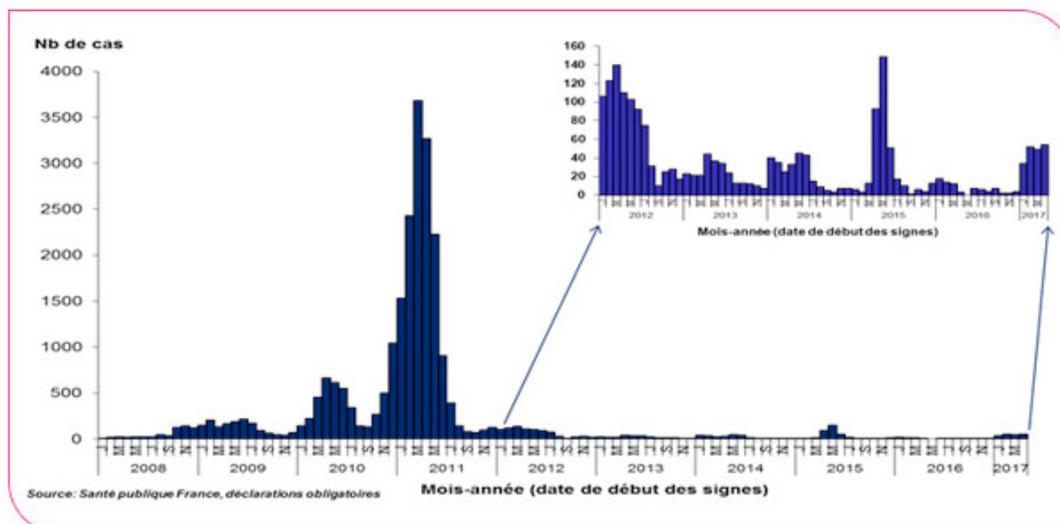
Et les médias d'abonder...

Pourquoi ces *amateurs* ne travaillent pas (au moins un peu) leurs dossiers avant de s'exprimer ?

Il suffit pourtant de consulter les chiffres de l'Institut de Veille Sanitaire via Internet; pas si compliqué même pour moi qui suis de la génération qui écrit avec un crayon...

Que voit-on ?

Cas de rougeole par mois - Déclarations obligatoires, France, Janvier 2008 – Avril 2017 / Number of measles cases per month – Mandatory notification, France, January 2008 – April 2017



En plissant un peu les yeux, vous verrez que depuis 2011, les courbes sont plates; et il n'y a pourtant pas d'obligation vaccinale !

Quelle est la définition d'une épidémie? Soyons simples: c'est quand la fréquence d'une maladie est supérieure à la fréquence attendue.

Pour la rougeole, les chiffres sont très stables depuis 6 ans...

Certes, on pourrait craindre qu'une nouvelle épidémie survienne... Par exemple de rage chez les renards... Et rendre obligatoire la vaccination contre la coqueluche... On ne sait jamais !

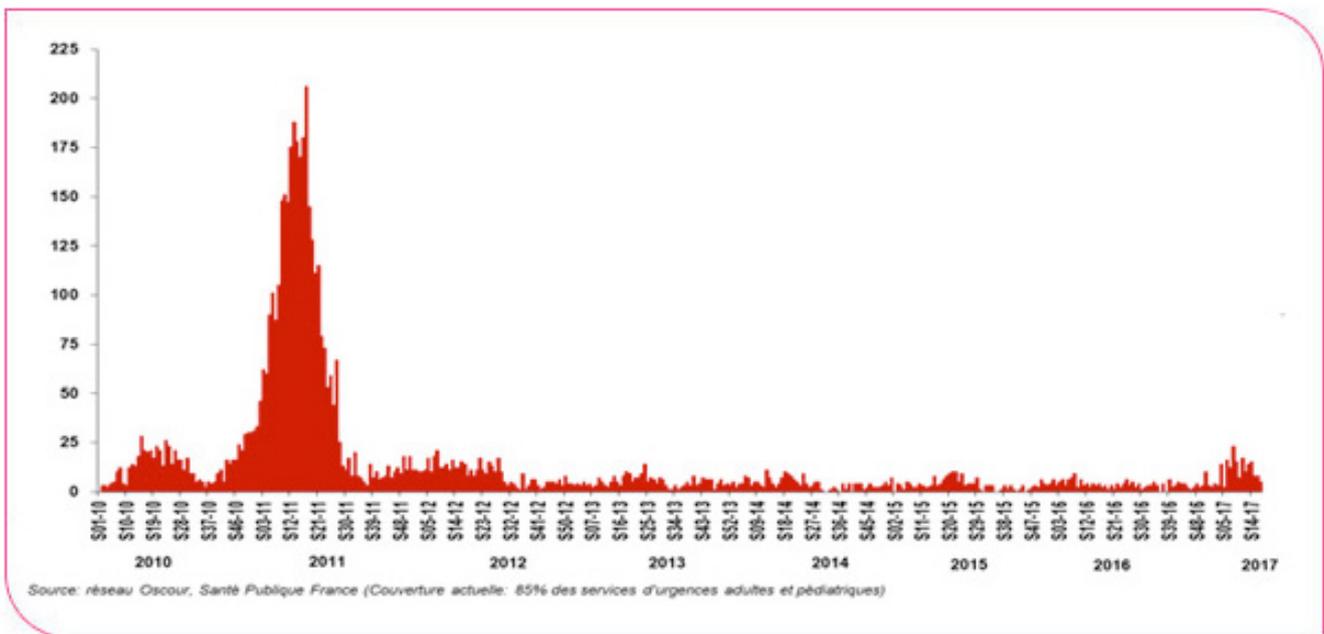
Aujourd'hui on veut rendre obligatoire le vaccin contre l'hépatite B (et aussi la coqueluche...) sous prétexte d'une épidémie de rougeole qui n'existe pas...

Ils ont beau essayer de caricaturer leurs statistiques en grossissant les chiffres... ça ne fonctionne pas.

On pourrait certes prétexter qu'il n'y a peut-être pas d'épidémie mais que les cas déclarés sont particulièrement sévères; et donc qu'il est urgent d'obliger...

Un bon critère est d'examiner les consultations aux urgences pour cause de (supposées) rougeoles inquiétantes. Que voit-on ?

Nombre de passages hebdomadaires aux urgences pour rougeole - France métropolitaine du 01/01/2010 au 30/04/2017



Décidément, les courbes sont plates...

Vous êtes sûr, docteur ?

Je suis sûr de quelque chose: on me prend pour un niais analphabète, comme tous les bons citoyens français, et c'est agaçant...

9. Épidémie d'encéphalites : à quand les études ?

Les promoteurs de la vaccination de masse, éventuellement obligatoire, défendent de **façon générale** l'idée que les vaccins apportent plus de bénéfice que d'inconvénients.

La **façon générale** est intéressante, certes, mais les médecins ont affaire à des individus ou à des familles, pas à des généralités.

Autrement dit, la conversation devient vite difficile quand les uns parlent en termes généraux (couverture vaccinale, éradication, etc...) alors que les autres sont fixés sur des cas particuliers (des victimes de certains vaccins, par exemple).

Une épidémie, vraiment ?

Si nous nous élevons un peu au-dessus des nuages des controverses fébriles et que nous examinons un cas bien spécifique et particulièrement tragique, celui des **encéphalites survenant après une rougeole**, qu'apercevons-nous ?

Apparemment, la fréquence de cette complication serait de 1 cas (diagnostic avéré et sévérité variable) pour 1000 cas de rougeole de diagnostic avéré et de sévérité variable.

La notion de « diagnostic avéré », qu'il s'agisse de rougeole ou d'encéphalite, doit être prise avec précaution car, par exemple, certains cas de rougeole semblent reposer sur des signes cliniques peu spécifiques (fièvre + éruption cutanée) et surtout l'argument indépassable de l'**absence de vaccination contre la rougeole**. En effet, il y a apparemment peu de confirmation biologique systématique, par exemple au Royaume-Uni;

mais je n'ai pas été capable de vérifier la réalité des faits en France.

C'est un peu « court » de mon point de vue pour en tirer des conséquences scientifiques robustes et des décisions de Santé Publique. Mais n'en faisons pas un point de blocage sinon aucun échange n'est possible.

Ne faisons pas non plus de blocage sur le fait que si nous observons réellement un cas d'encéphalite sur 1000 cas de rougeole, et sachant que lors de la dernière poussée (supposée) épidémique de rougeole en France quelques milliers de cas ont été comptés, nous observons en conséquence seulement quelques cas d'encéphalite (10 au maximum ?). Difficile dans ces conditions de comprendre objectivement une **épidémiologie des encéphalites**.

La fréquence augmente vraiment ou diminue vraiment ? Passer de 10 à 5 ou 3 est-il statistiquement significatif ? Simple coïncidence ? J'appelle à la prudence avant des grands discours volontaristes !

Vacciner 800 000 bébés pour prévenir 1 encéphalite ?

Si 1/1000 semble beaucoup, les cas avec séquelles sont mal documentés (pour ne pas dire : pas du tout) rendant difficile l'évaluation de la menace réelle. Si une encéphalite sur 10 laisse des séquelles (et ça dépend quoi), on peut dire qu'une rougeole sur 10000 est réellement menaçante en termes d'encéphalite sévère de l'enfant... Pas de statistiques possibles !

Peut-être, en plus, que toutes les encéphalites sévères surviennent chez des sujets immuno-déficients... Ce qui rend la menace difficile à évaluer pour la population générale.

Peu importe. On peut éventuellement comprendre que certains veuillent vacciner massivement pour empêcher cette encéphalite rare mais sévère. Mais comprendre n'est pas approuver car on peut être d'un avis différent: faut-il **obligatoirement** vacciner 800 000 bébés chaque année pour empêcher une encéphalite? Pour empêcher 0,1 encéphalite sévère?

On doit aussi admettre du côté des vaccinalistes, étant donné les interrogations diagnostiques suscitées, que la menace est sans doute exagérée et qu'il s'agit d'examiner avec pondération les effets réels de la vaccination anti-rougeole. On se heurte malheureusement à une difficulté immédiate: **il n'y a pas d'étude (scientifiquement robuste) qui ait analysé les effets de la vaccination anti-rougeole sur le risque d'encéphalite rougeoleuse.** On a examiné seulement les effets du triple vaccin ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole).

Majorité d'origine virale !

Cela introduit un facteur de confusion majeur. C'est très ennuyeux pour qui veut comprendre les effets positifs (et négatifs) d'une

immunisation anti-rougeole. Pas de science robuste donc pour justifier des changements législatifs urgents à propos de la rougeole.

Il faut insister sur le fait que la **grande majorité des encéphalites de l'enfant sont d'origine virale** [pas seulement du virus de la rougeole ou celui des oreillons] ou **auto-immune**. Il est clair qu'une politique de vaccination massive telle celle avec le ROR (des virus vivants) peut avoir des conséquences non négligeables sur le système immunitaire de millions d'enfant: stimulation chez les uns (avec risque de maladies auto-immunes) ou inhibition chez d'autres avec augmentation du risque de pathologies virales jusque-là bénignes.

Sans parler des virus mutants susceptibles d'être créés avec cette dissémination massive de virus vivants un peu bricolés.

Faisons semblant de croire que ROR est un équivalent de R.

Cette efficacité vaccinale anti-encéphalite a été analysée au Royaume-Uni (RU). Rien en France apparemment. C'est dommage car les **circonstances** au RU et en France sont très différentes. Nouvelle approximation qui pourrait m'être reprochée... Je reconnais que ça commence à faire beaucoup.

Je reproduis des captures de cet article récent (2017) ci-dessous.

[Lancet Infect Dis. 2017 Apr;17\(4\):422-430. doi: 10.1016/S1473-3099\(17\)30114-7. Epub 2017 Mar 2.](#)

30-year trends in admission rates for encephalitis in children in England and effect of improved diagnostics and measles-mumps-rubella vaccination: a population-based observational study.

Iro MA¹, Sadaranqani M², Goldacre R³, Nickless A⁴, Pollard AJ⁵, Goldacre MJ³.

⊕ Author information

Abstract

BACKGROUND: Encephalitis is a serious neurological disorder, yet data on admission rates for all-cause childhood encephalitis in England are scarce. We aimed to estimate admission rates for childhood encephalitis in England over 33 years (1979-2011), to describe trends in admission rates, and to observe how these rates have varied with the introduction of vaccines and improved diagnostics.

Findings

We found 16 571 encephalitis hospital admissions in the period 1979–2011, with a mean hospital

Interpretation

Hospital admission rates for all-cause childhood encephalitis in England are increasing. Admissions for measles and mumps encephalitis have decreased substantially. The numbers of encephalitis admissions without a specific diagnosis are increasing despite availability of PCR testing, indicating the need for strategies to improve aetiological diagnosis in children with encephalitis.

Pour ceux qui ne lisent pas l'anglais ou qui n'ont pas le courage de se procurer (et lire) l'article, je résume: étude rétrospective sur plus de 30 ans (de 1979 à 2011) et 16 571 cas d'encéphalite (quel que soit la cause) chez l'enfant. La vaccination ROR a été introduite (et vite adoptée par les médecins et les familles) en 1988.

Ils observent une augmentation des cas d'encéphalite de l'enfant pendant la période; mais surtout à partir de 1994; tout en observant une diminution des encéphalites dues (selon les déclarations des médecins) à la rougeole et aux oreillons.

Triste bilan global: plus d'encéphalites depuis que le ROR a été introduit !

Bien entendu, ce sont toujours des coïncidences...

Plus inquiétant: ils ne connaissent pas l'origine (les causes exactes) de ces nouvelles encéphalites... J'ai reproduit les graphiques concernant les fréquences d'encéphalites dues aux virus herpétiques (B) et celles d'étiologie inconnue. Notez la nette augmentation APRÈS l'introduction de la vaccination massive par le ROR en 1988.

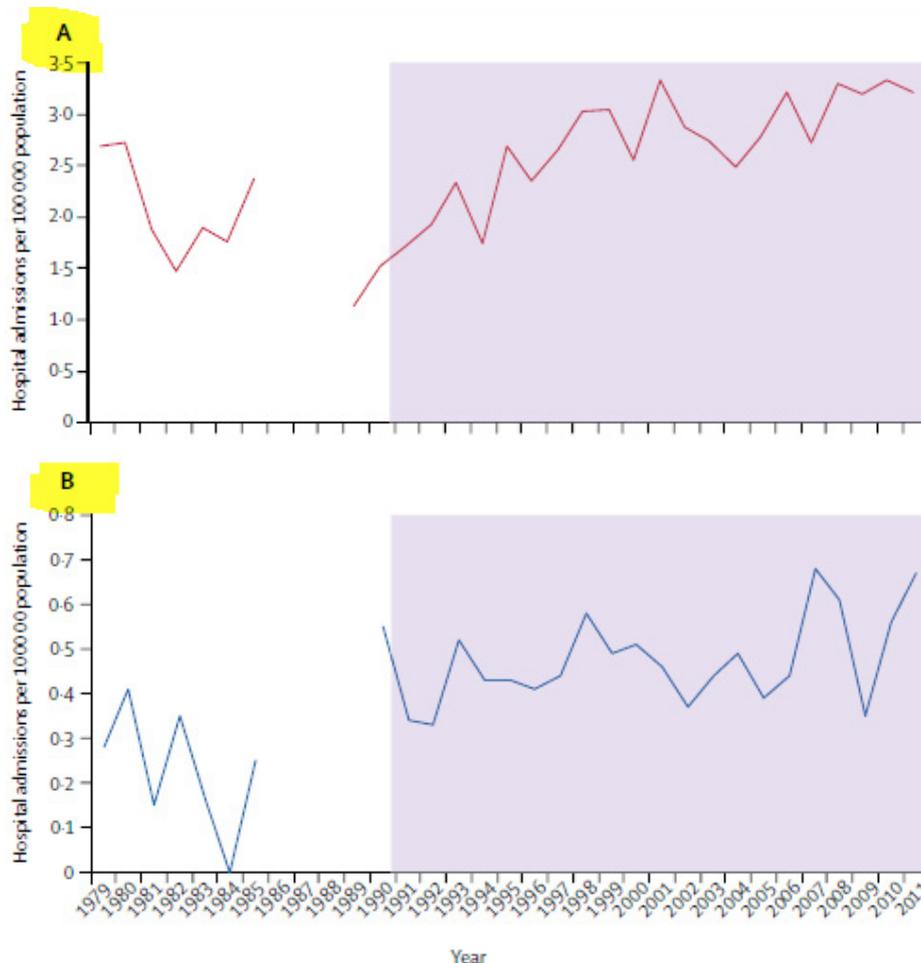


Figure 3: Hospital admission rates for encephalitis of (A) unknown aetiology and (B) herpes viral encephalitis

Est-ce une coïncidence ?

Parmi les encéphalites d'origine inconnue (*unknown aetiology*), il y a sans doute des encéphalites auto-immunes dont l'émergence a probablement été favorisée par les programmes de vaccination massive; pas seulement à cause du ROR sans doute.

Pendant la même période, on a massivement vacciné avec des vaccins contenant des virus vivants (certes atténués) qui ont provoqué des effets secondaires non négligeables notamment des crises d'épilepsie et des maux de tête (ce que personne ne conteste) qui évoquent des complications neurologiques, et donc un impact immédiat des vaccins sur le système nerveux de ces bébés.

Que ces nouvelles encéphalites – les herpétiques, les virales non identifiées et les auto-immunes – ne soient pas attribuées au ROR et autres vaccins ne doit pas nous étonner.

En effet, si une encéphalite survient au décours d'une maladie susceptible d'être prévenue par la vaccination, cette maladie (même si elle ne concerne que quelques milliers de cas) en est toujours la cause pour les vaccinalistes maximaux. Ce n'est jamais une **coïncidence** ! Jamais !

Mais si une encéphalite survient dans le contexte d'une vaccination massive (des centaines de milliers de cas; voire des millions si on compte les revaccinations), il s'agit toujours de coïncidences... Toujours !

Ce n'est pas étonnant: la différence est sociologique: dans la 1^{ère} circonstance, il s'agit de « booster » le business vaccinal; dans la 2^{ème} circonstance, admettre (ou simplement examiner les choses) on pourrait « freiner » le business vaccinal !

10. Sinistres arithmétiques à propos du vaccin contre l'hépatite B

Bouclons la boucle et revenons au livre de notre sympathique et fervent défenseur des vaccinations massives, le Pr Sansonetti. Dans son livre Vaccins. Pourquoi ils sont indispensables ce dernier se livre à d'étonnants calculs à propos de l'**hépatite B** et de son vaccin.

Cela donne à réfléchir sur la façon dont fonctionnent les cerveaux de nos collègues vaccinalistes maximaux.

Voici ce qu'il écrit (page 147): « *Si on met le vaccin contre l'hépatite B à 45 €, considérant le chiffre annuel de naissances à 700 000, le coût annuel de la vaccination... est de 31 millions d'euros. Si maintenant on considère le nombre de porteurs chroniques évalué à 75 000... dont la moitié vont nécessiter un traitement par au moins un comprimé quotidien de Ténofovir ou d'Entécavir à 15 € le comprimé, le coût annuel est de 410 millions d'euros. Je vous fais grâce... des points d'exclamation... Enfin, l'effet négatif des campagnes infondées contre la vaccination universelle... nous devons nous attendre à une remontée de l'incidence... et donc des coûts induits. Pas grave le **contribuable paiera.*** »

Je répète: c'est lui qui a écrit tout ça.

Laissons de côté les chiffres avancés (vrais ou pas) et admirons le peu d'erreurs de calcul [ça mérite les palmes académiques!] et la faible exagération [pourquoi traiter les 75 000 si seulement la moitié en a besoin? et arrêtons-nous sur une autre outrance: la mise en parallèle de 700 000 bébés en bonne santé avec trois dizaines de milliers de malheureux patients atteints d'hépatite B chronique nécessitant un médicament antiviral.

Pour justifier quoi? Une nouvelle obligation vaccinale?

Je ne vais pas faire un cours de 4ème ou 5ème année de médecine sur l'hépatite B, les formes aiguës et les formes chroniques. Laissons de côté aussi la vérification de la réelle utilité clinique de ces médicaments antiviraux et les causes réelles de la chronicité de cette hépatite B. Oublions enfin (transitoirement) la question (je suis généreux avec le vaccinaliste maximaliste) des possibles effets nuisibles du vaccin.

Arrêtons-nous simplement sur ces 410 millions d'euros que coûterait annuellement à la communauté nationale la **négligence de quelques non-vaccinés parmi les 700 000 bébés qui naissent chaque année**, puisque c'est ainsi que les choses nous sont présentées.

Vu par un médecin traditionnel, le raisonnement est sordide. Mais ravalons nos nausées; et examinons les chiffres tels qu'ils nous sont présentés, un bébé étant donc une unité de compte économique pour notre académicien palmé, ou palmidé ou palmipède, je ne connais pas le vocabulaire de ce petit monde désuet...

D'où viennent ces **410 millions d'euros**? Ces 15 € le comprimé quotidien?

Commençons par visiter le centre d'information de l'OMS, en version française et récente (2015). Je fais une capture que je reproduis ci-dessous.



Centre des médias

Publications

Pays

Programmes et projets

Gouvernance

À propos de l'OMS

Centre des médias

L'OMS publie ses premières lignes directrices sur le traitement de l'hépatite B

Communiqué de presse

12 MARS 2015 | GENÈVE - L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié aujourd'hui ses premières orientations sur le traitement de l'hépatite B chronique, une infection virale qui se transmet par le sang et les liquides biologiques, attaque le foie et provoque selon les estimations 650 000 décès par an, pour la plupart dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Principales recommandations:

- L'utilisation de quelques tests simples, non invasifs, pour évaluer le stade de l'affection hépatique afin d'aider à identifier ceux qui ont besoin d'être traités;
- la priorité du traitement pour ceux qui ont une cirrhose, le stade le plus avancé de l'affection hépatique;
- l'utilisation de deux médicaments sûrs et très efficaces, le ténofovir ou l'entécavir, pour le traitement de l'hépatite B chronique; et
- le contrôle régulier par des tests simples pour le dépistage précoce du cancer du foie, pour évaluer si le traitement marche et s'il peut être arrêté.

Les deux médicaments recommandés sont déjà disponibles dans de nombreux pays sous forme de médicaments génériques et ils sont donc relativement peu coûteux, parfois pas plus de US\$ 5 par personne et par mois. «Comme le traitement est à vie dans un très grand nombre de cas, il est important que les patients puissent avoir accès à ces médicaments au prix le plus bas possible», indique le Dr Wiktor.

Que vois-je?

Outre quelques généralités fort intéressantes, l'OMS nous donne un coût approximatif de traitement par ces miraculeux antiviraux de... **5 dollars américains par personne et par mois.**

Voilà une toute autre version que celle de notre professeur palmé.

Se serait-il trompé?

Retour sur Internet et nageons (comme un palmidé le ferait) sur le site du VIDAL, la référence des médecins pour obtenir une information crédible sur les médicaments.

Que vois-je?

Horreur!

L'académicien ne s'est pas trompé: je résume ci-dessous avec quelques captures concernant un antiviral (l'Entécavir ou Baraclude*) cité par le collègue vaccinaliste dans son livre.



L'information médicale grand public de référence

Dans quel cas le médicament BARACLUDE est-il prescrit ?

Ce médicament est un **antiviral actif sur le virus** de l'hépatite B (VHB). Il appartient à la famille des analogues nucléosidiques. Il empêche la reproduction du VHB en bloquant une **enzyme du virus**. Des études ont montré que **l'entécavir** permet de faire baisser les taux d'**ADN du virus** dans le sang et de normaliser les **transaminases**. Toutefois, il ne permet pas son élimination.

Il est utilisé dans le **traitement de l'hépatite B chronique active**, chez les **adultes dont le foie est lésé** mais fonctionne normalement et qui ont des **transaminases** et des marqueurs de l'infection (**ADN du virus**, antigènes) **élevés**.

Présentations du médicament BARACLUDE

BARACLUDE 0,5 mg : comprimé (blanc) ; **boîte de 30**
Sur ordonnance (Liste I) - Remboursable à 65 % - **Prix : 395,18 €.**

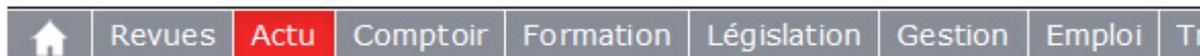
BARACLUDE 1 mg : comprimé (rose) ; **boîte de 30**
Sur ordonnance (Liste I) - Remboursable à 65 % - **Prix : 395,18 €.**

BARACLUDE 0,05 mg/ml : solution buvable (arôme orange) ; flacon de 210 ml
Sur ordonnance (Liste I) - Remboursable à 65 % - **Prix : 460,06 €.**

Effectivement le traitement mensuel par personne (30 comprimés ou solution buvable) tourne autour de 400 à 450 euros, à 65 % remboursables.

On atteint bien les 15 € par jour...

Et on est prié de ne pas se plaindre. En effet, en Novembre 2016, une diminution massive des prix a été obtenue : capture ci-dessous ; on est aussi prié de ne pas s'esclaffer, nos palmipèdes pourraient s'en trouver offensés !



25/11/2016 | Le Moniteur des pharmacies.fr ..

Baraclude, Reyataz : baisse de prix



DR

Le Journal officiel du 25 novembre 2016 annonce la baisse de prix de deux antiviraux à compter du **1^{er} décembre 2016**.

A cette date, la solution buvable de **Baraclude (entécavir)** passera de 551,15 € à 460,06 € tandis que les comprimés s'afficheront à 395,18 € au lieu de **474,62 €**.

Les gélules **Reyataz (atazanavir)** seront quant à elles vendues 421,43 € contre **474,62 €** actuellement.

Les prix sont mentionnés hors honoraires de dispensation.

Commentaire N° 1: chacun aura noté le délicieux « hors honoraires de dispensation » ; l'industriel ne fera pas cadeau d'un centime d'euro au pharmacien.

Commentaire N° 2: par quel processus (probablement très rationnel quand on a des liens étroits avec le business du médicament) peut-on acheter un médicament identique à **450 euros** ici et **5 euros là-bas**? Je fais un change d'un dollar pour un euro: **90 fois plus dispendieux!**

Commentaire N° 3: il ne serait pas du tout étonnant que tout cela nous soit présenté comme une forme de générosité envers les consommateurs à 5 euros... Plus les serres du prédateur sont acérées, mieux les plumes les cachent et plus la patte est douce au toucher...

Commentaire N° 4: comment un médecin et académicien (palmé, j'insiste) peut-il exercer un chantage aussi ignoble sur des familles pour les obliger à faire vacciner leurs bébés sur une base aussi économiquement curieuse ?

Commentaire N° 5: dans le petit monde de l'économie du vaccin et des médicaments, nous ne sommes que des unités de compte.

On pourrait certes évoquer, comme d'habitude, pour justifier le prix astronomique de ce médicament, le retour sur investissement en recherche et développement.

Mais, sans entrer dans la discussion justifiant ces procédures, il existe des règles internationales admises concernant la protection des brevets et la mise sur le marché de génériques; à la fois pour protéger (et encourager) les découvreurs et faire bénéficier les patients des progrès scientifiques, pourtant très généralement financés par leurs impôts.

Pour le **Baraclude***, en fait, la messe est dite et les génériques sont autorisés depuis 2015. Ci-dessous une capture du bas de l'article Wikipédia sur le **Baraclude*** (très probablement rédigé et mis en ligne par l'industriel):

Effectivement, le Baraclude* [résultant d'un large programme de recherche sur les antiviraux et pas d'une voie de recherche spécifique et supposée très coûteuse sur l'hépatite B] a été **commercialisé en 2005**, et l'exclusivité du brevet a expiré en 2015 (comme écrit ci-dessus en anglais).

Ça fait donc longtemps que l'industriel est rentré dans ses frais...

Plutôt que d'assurer exclusivement le marketing de la vaccination massive, nos académiciens [eux qui ont aussi l'oreille attentive des administrations sanitaires] pourraient distraire quelques minutes de leur temps professionnel à poser des questions telles que :

1. Pourquoi les patients français (et l'Assurance-maladie dont le bilan financier est en berne) ne disposent-ils pas des génériques commercialisés ailleurs? (à 5 € par mois tant qu'à faire !)
2. Pour reprendre la délicieuse formule de notre collègue dans le paragraphe cité de son livre [*Pas grave le **contribuable paie-ra***], pourquoi laisse-t-on les contribuables payer ?

Conclusion générale: comment peut-on raisonner sur l'**obligation vaccinale** – en des termes plus qu'arrogants et méprisants vis-à-vis des familles, médecins et scientifiques résistants – sur la base d'**arrangements économiques** hautement suspects entre des industriels et des administrations complices ?

Plus les serres du prédateur sont acérées...

Patent information [edit]

Bristol-Myers Squibb was the original patent holder for Baraclude, the brand name of entecavir in the US and Canada. **The drug patent expiration for Baraclude was in 2015.**^[29] On August 26, 2014, **Teva Pharmaceuticals USA** gained FDA approval for generic equivalents of Baraclude 0.5 mg and 1 mg tablets.^[31] **Hetero Labs** received such approval on August 21, 2015.^[32] and **Aurobindo Pharma** on August 26, 2015.^[33]

Perspectives

La controverse sur les vaccins est avant tout, pour le moment (Juillet 2017), **un problème juridique** – le réquisitoire du Conseil d'état en Février 2017 obligeant l'administration à assurer la présence du DTP sur le marché, ce à quoi se refusent les industriels du vaccin – **maquillé en impératif de Santé Publique** : il n'y a pas de nouvelles épidémies qui nécessiteraient de légiférer en urgence !

Cette mise en scène est déshonorante pour ceux qui la montent ; et aussi pour ceux qui y assistent en spectateurs consentants, ou actifs.

L'organisation d'une « *grande consultation nationale pour renforcer la confiance des Français dans la vaccination* » n'a évidemment rien à voir avec une conférence scientifique et médicale sur les vaccins qui pourrait (via un consensus expert et citoyen) justifier l'élargissement des obligations vaccinales. Ce fut aussi une mise en scène morbide qui déshonore ceux qui l'ont monté.

Ce fut d'ailleurs un fiasco total. Contrairement aux espérances des amateurs incompétents qui l'ont organisée, cette « *grande consultation nationale* » a renforcé la défiance des français dans la vaccination ; et aussi leur défiance vis-à-vis des experts, des bureaucrates et des industriels impliqués dans ce mauvais mélodrame.

La question vaccinale reste entière en cet été 2017 !

Ou plutôt **tant de question sont posées** qu'il est impossible d'obliger quiconque (familles et médecins) à respecter des réglementations vaccinales ne reposant ni sur de la science robuste ni sur une éthique médicale acceptable.

L'heure est à la réflexion et à la prudence ; certainement pas en de nouvelles Lois obligeantes.

En toutes circonstances cliniques, la médecine systématique et bureaucratique conduit à des échecs inéluctables.

En termes de vaccination, la seule méthode acceptable est : « **Le bon vaccin à la bonne personne au bon moment !** »

Je m'expliquerai prochainement (livre à paraître au plus tard en janvier 2018) de façon pragmatique pour les familles et les médecins sur les meilleures façons d'utiliser les vaccins.

Michel de Lorgeril

Dossier spécial :

Ces idées fausses sur les vaccins...

Directeur de la publication : Vincent Laarman

Rédaction : Dr Michel de Lorgeril

Santé Nature Innovation - SNI Éditions SA

Adresse : Am Bach 3, 6072 Sachseln – Suisse

Registre journalier No 4835 du 16 octobre 2013

CH-217-3553876-1

Capital : 100.000 CHF