

— ENQUÊTE SUR LA VACCINATION

Les non vaccinés font-ils courir un risque aux vaccinés ?

Enquête sur la vaccination · Épisode 4

AU SOMMAIRE

1	Une enquête née de l'amour paternel	3
2	Ce que contient vraiment le ROR	5
3	Vaccination n'est pas immunisation	8
4	La rougeole vaincue avant le vaccin	11
5	ROR, autisme et science manipulée	16
6	Le poids humain des risques acceptés	21

— PREMIER CHAPITRE

Une enquête née de l'amour paternel

Je poursuis la rédaction en conservant la continuité du texte : Jusqu'à présent, je me suis toujours intéressé à la santé, aux moyens d'y parvenir, et je n'ai pas prêté attention aux maladies, aux médicaments, à la médecine. Ce n'est pas mon métier, je ne suis pas compétent pour cela, et ce domaine ne m'a jamais particulièrement attiré. Pour moi, c'est la santé qui prime, avant tout. Et puis, il y a un an, je suis devenu père. C'est la plus belle expérience de toute ma vie, et j'ai été confronté, comme tous les parents, à un moment ou à un autre, à la question de la vaccination. Franchement, j'entends tout et son contraire. Cela va du discours favorable classique, celui qui présente la vaccination comme une évidence absolue, un geste incontournable et parfaitement anodin, jusqu'aux témoignages les plus inquiétants, notamment dans mon entourage proche. J'ai des exemples auprès de moi, des cas concrets, des visages.

Je me suis rendu compte, au final, que je ne possédais pas les éléments nécessaires pour faire un choix éclairé sur la vaccination. Et pour mon fils, je veux le meilleur, je veux la pleine santé. Je ne veux pas choisir au hasard, et surtout pas jouer à la roulette russe. On parle de consentement libre et éclairé : ces mots ont un sens, et je prends ce sens au sérieux. Puisque personne ne semblait pouvoir m'éclairer sans aussitôt prendre parti, je me suis lancé dans une enquête. J'ai conduit ma propre investigation, avec toute l'énergie que me donne l'amour pour mon fils. Je voulais enfin savoir ce qu'il en était de la vérité sur la vaccination.

Consentement éclairé, pas croyance

Mon opinion, au fond, n'a aucune importance, et mes choix personnels non plus. Ce que je veux, c'est donner à chacun des informations claires, rationnelles, fondées sur des faits scientifiques, afin que chaque parent puisse faire un choix véritablement éclairé. Je ne suis pas anti-vaccin. Je suis pro-sciences, pro-santé publique, pro-enfants heureux et en bonne santé. Je vais donc poser des questions, et tenter d'y répondre. Nous voulons tous que nos enfants soient en bonne santé, n'est-ce pas ? C'est depuis cet endroit-là, depuis cette intention simple et fondamentale, que j'ai entrepris ce travail. Ce film, ce témoignage, c'est le chemin que j'ai emprunté vers la vérité sur la vaccination.

— DEUXIÈME CHAPITRE

Ce que **contient** vraiment le ROR

La veille de cette séance de tournage, nous avons déjà consacré une longue session à l'étude des composants présents dans un vaccin. Nous avons constaté qu'un certain nombre de substances contenues dans ces produits n'étaient pas particulièrement adaptées à la santé humaine, et ce dans des proportions qui, contrairement à ce qu'on affirme le plus souvent, sont significatives et reconnues comme dangereuses : neurotoxicité, aluminium, mercure, entre autres. Nous avons également examiné la présence d'autres substances plus surprenantes encore, comme le glyphosate, qui est un désherbant systémique, le Triton X-100, qui est un détergent, ou encore des polyphénols, autant d'éléments qui prêtent sérieusement à caution.

Faux placebos, vrais angles morts

Nous avons terminé cette première journée en explorant la notion de test, en cherchant à comprendre comment les vaccins sont évalués avant leur mise sur le marché. Et nous nous étions rendu compte que la notion de placebo dans les essais cliniques sur les vaccins avait quelque chose d'assez singulier : les placebos utilisés n'en étaient pas vraiment. C'étaient des faux placebos. Il me semble donc que l'on peut affirmer, sans forcer le trait, que l'évaluation de la sécurité des vaccins est très lacunaire. Et lorsque l'on sait que les systèmes de repérage des victimes d'accidents vaccinaux sont eux aussi extrêmement lacunaires, on se retrouve dans une situation pour le moins inconfortable.

La plupart des gens vous diront : « Oui, les vaccins sont inoffensifs. » Mais le problème n'est pas qu'ils aient tort. Le problème, c'est qu'ils n'ont aucun moyen de le savoir. C'est pour cela que je parle souvent de religion à propos de ce sujet : la démarche est purement dogmatique. On affirme quelque chose sans disposer des outils pour le vérifier. C'est de la pure croyance. « Je crois que les vaccins sont inoffensifs. » Très bien. Mais pour mon enfant, il me faudra autre chose que des croyances. C'est précisément pour cette raison que j'ai poursuivi cette enquête.

Dans cet épisode, nous allons nous intéresser à un vaccin en particulier : le ROR. Et nous allons nous pencher tout spécialement sur la rougeole, cette maladie dont on parle tant. Quand j'étais jeune, la rougeole ne m'a jamais été présentée comme une maladie mortelle. Nous verrons qu'à une certaine époque, elle l'a effectivement été, et nous verrons ce qu'il en est aujourd'hui. Je souhaite également répondre à une question qui a été soulevée lors de notre session précédente : est-ce que les en-

fants non-vaccinés posent réellement un problème aux enfants vaccinés ? Ou est-ce, dans certains cas, l'inverse qui se produit ? Je me suis posé la même question, et la réponse que j'ai trouvée est, pour le moins, inattendue.

Je tiens à préciser que l'intégralité des études sur lesquelles je me suis appuyé est disponible en téléchargement libre, sous chaque épisode. Vous y trouverez également la transcription exacte de chaque vidéo, notamment pour les personnes malvoyantes ou non-voyantes. Toute la démarche de recherche est accessible, ouverte, vérifiable. Je suis repassé au moins trois fois sur l'ensemble de mes documents, et j'ai systématiquement éliminé tout ce qui pouvait présenter le moindre biais. J'ai ainsi retiré plus de la moitié des documents que j'avais initialement rassemblés. Chaque fois qu'un document me semblait insuffisamment révélateur, que les échantillons n'étaient pas assez importants, que la méthodologie prêtait le flanc à la critique, je l'écartais. Je voulais que ce corpus soit inattaquable. Pour moi, il l'est.

L'ADN foetal au cœur du vaccin

Venons-en donc au ROR et à la rougeole. La rougeole est une maladie virale qui a tué énormément de personnes au cours du XIXe siècle et au début du XXe siècle, cela est certain. Le vaccin ROR, dans sa dernière version, a été mis au point par un scientifique du nom de Maurice Hillman, dans les laboratoires Merck. Il est important de préciser immédiatement un point qui va se révéler significatif dans notre analyse : ce vaccin est fondé sur une souche que l'on appelle MRC5. Nous en avons parlé lors de l'épisode précédent. MRC5, c'est cette culture cellulaire débutée dans les années soixante à partir de cellules de fœtus humains avortés. Ce vaccin, comme beaucoup d'autres, contient donc de l'ADN humain en son sein, puisque les réplifications virales se font à partir de ce substrat. Nous verrons que cela peut poser un problème.

— TROISIÈME CHAPITRE

Vaccination n'est pas immunisation

Dans ma démarche d'investigation sur le ROR, qui est véritablement le vaccin emblématique de la petite enfance, je me suis posé plusieurs questions fondamentales. La première est celle-ci : la vaccination est-elle équivalente à une immunisation ? C'est ce que l'on cherche souvent à nous faire croire, une équivalence présentée comme une évidence, que j'avais déjà signalée dans le premier épisode comme relevant d'un raccourci fallacieux. Vaccination ne signifie pas immunisation. Voyons ce qu'il en est concrètement pour le ROR.

Des épidémies chez les vaccinés

La réponse est non. La vaccination contre la rougeole n'équivaut pas à une immunisation, et les études scientifiques le confirment. Je cite quelques exemples parmi ceux que vous trouverez dans le dossier complet. Une épidémie de rougeole s'est produite dans un lycée où le niveau de vaccination documenté était de 98 %. Certains objecteront que c'est à cause des 2 % non vaccinés, mais statistiquement, cet argument ne tient pas la route. Une autre étude porte sur une épidémie de rougeole dans une population scolaire vaccinée, en étudiant l'épidémiologie, les chaînes de transmission et le rôle des échecs vaccinaux. Une autre encore rapporte une épidémie de rougeole survenue parmi des personnes disposant d'une preuve préalable d'immunité, à New York, en 2011.

Cette dernière étude est particulièrement intéressante, car elle constitue le premier rapport scientifiquement authentifié sur la transmission de la rougeole par un individu vacciné deux fois, présentant ce que l'on appelle un échec vaccinal secondaire documenté. Expliquons ce que cela signifie. Un échec vaccinal secondaire désigne une situation dans laquelle le taux d'anticorps chez une personne vaccinée s'est d'abord élevé après la vaccination, puis s'est effondré. Mais ce qui rend cette étude remarquable, c'est que la personne en question, vaccinée contre la rougeole, est elle-même devenue vectrice de transmission de la maladie. Elle est porteuse du virus et le transmet à son entourage. Ce n'est pas le seul cas qui ait pu se produire dans les faits, mais c'est le premier cas authentifié scientifiquement. Nous y reviendrons lorsque nous aborderons la question des enfants vaccinés et non vaccinés.

Des personnes correctement vaccinées peuvent donc non seulement développer la maladie, comme nous venons de le voir, mais elles peuvent surtout la transmettre. C'est un élément que l'on omet généralement de mentionner dans les discours officiels. Il y a également une étude que j'avais peut-être déjà citée : la plus grande épidémie de rougeole des dix dernières années en Amérique du Nord s'est

produite en 2011, au Québec, au Canada, dans une population où les taux de couverture vaccinale parmi les enfants de trois ans s'élevaient à 97 %, avec seulement 3 % d'enfants non vaccinés. Ce fut pourtant la plus grande épidémie de rougeole de la décennie sur ce continent. Ce que cela signifie, c'est que la vaccination

L'immunité naturelle, un système entier

Je rappelle que la vaccination n'est pas obligatoirement égale à l'immunisation. La preuve en est que la rougeole existe encore. Je renvoie ici à ce que nous avons exposé dans la première partie de cette enquête, où nous montrions que l'élévation des anticorps constituait le seul critère retenu pour valider l'efficacité d'un vaccin. Or, en aucun cas, ce seul critère ne correspond à l'immunité naturelle humaine. L'immunité naturelle passe certes par une élévation des anticorps, mais elle passe aussi par une multitude d'autres paramètres : l'immunité muco-sale, l'immunité cellulaire, et bien d'autres encore. C'est un système d'ensemble. La vaccination, elle, ne joue que sur un seul facteur. Et l'on voit que cela ne fonctionne pas, puisque des épidémies de rougeole surviennent chez des enfants dans des populations affichant une couverture vaccinale de 97 ou 98 %. Comme diraient les Anglais : « period ». Le débat est clos.

Une question se pose alors d'elle-même, et elle mérite d'être posée franchement : n'est-il pas dangereux de vacciner une personne sans s'être assuré au préalable que son immunité est réellement solide ? Car si l'immunité de cette personne n'est pas en bon état, on lui injecte un virus, et si son organisme n'est pas capable de se défendre par lui-même, cela revient à la contaminer. Et comme nous venons de le voir, une personne ainsi contaminée peut à son tour transmettre la maladie. J'avais formulé cette tension sous forme de boutade à un ami : soit l'enfant a une bonne immunité, et dans ce cas il n'est pas nécessaire de le vacciner ; soit il a une mauvaise immunité, et dans ce cas il ne faut surtout pas le vacciner. C'était dit en souriant, mais cela pose des questions bien réelles.

— QUATRIÈME CHAPITRE

La rougeole **vaincue** avant le vaccin

J'avais également envie de m'attarder sur l'historique de la rougeole en France. Je dois admettre que, de moi-même, je ne m'y serais sans doute pas intéressé, tant on m'avait répété que la vaccination avait permis de limiter les épidémies de rougeole, et que « avant, les gens mouraient, alors qu'aujourd'hui ils ne meurent plus ». Pour moi, ce lien de causalité allait de soi, et je ne me posais pas de questions. Mais il se trouve qu'après avoir annoncé en vidéo que je menais un travail de recherche sur la vaccination, j'ai reçu de nombreuses contributions, d'inégale valeur. Parmi elles, l'une m'a tout particulièrement accroché.

Elle provenait d'un chercheur indépendant du nom de Christophe Jarry, qui s'est lui aussi passionné pour la question vaccinale et a conduit un travail de recherche rigoureux en s'appuyant sur les statistiques de l'INED, l'Institut National d'Études Démographiques. Il m'a d'ailleurs adressé une courte vidéo explicative que j'ai incluse dans ce travail, afin qu'il puisse lui-même présenter ses sources et sa méthode. Son point de départ était une observation simple mais décisive : chaque fois que l'on présente l'évolution de la mortalité liée à une maladie, les courbes commencent précisément au moment où l'on introduit le vaccin. On constate alors que la mortalité diminue à partir de cette date, et l'on en conclut naturellement que le vaccin en est la cause. Mais Christophe Jarry s'est demandé ce qui se passait avant ce point de départ artificiel.

Les courbes remontées à 1900

Le raisonnement est limpide : si la mortalité était stable avant l'introduction du vaccin et qu'elle diminue ensuite, on peut raisonnablement attribuer cette baisse au vaccin. En revanche, si cette mortalité était déjà en train de décroître selon la même pente avant l'arrivée du vaccin, alors celui-ci n'a rien changé à la tendance. C'est ce qu'il a voulu vérifier. La tâche n'a pas été aisée. Il m'explique qu'il a commencé par rechercher les dates de développement des vaccins et les obligations vaccinales, ainsi que les courbes officielles, qu'il a trouvées dans le Guide des vaccinations de 2012. Mais la plupart de ces courbes démarraient précisément au moment de la création du vaccin, ou même après. Il lui fallait donc remonter plus loin.

Pour la période allant de 1979 à 2011, il a utilisé les données du département CEPI-Décès de l'INSERM, organisme chargé de déterminer la cause de tout décès survenant en France depuis 1979, et qui dispose d'un outil en ligne permettant d'interroger les données. Pour remonter jusqu'à 1900, il a eu recours à l'Annuaire statistique

de la France, accessible sur le portail Gallica de la Bibliothèque nationale de France. J'ai personnellement vérifié une partie de ces données : celles que j'ai contrôlées se sont révélées parfaitement exactes.

Les courbes ainsi reconstituées sont saisissantes. En 1900 et en 1910, on dénombre en France environ trois à quatre mille morts par an dus à la rougeole. Puis la mortalité commence à décroître de façon très nette. En 1963, année où le vaccin contre la rougeole est développé, c'est-à-dire au moment de sa création, avant même que la vaccination ne commence à être pratiquée à grande échelle, le niveau de mortalité lié à la rougeole est déjà réduit à presque rien. Et en 1983, lorsque le vaccin devient recommandé et que sa diffusion se massifie, les courbes sont déjà quasiment à zéro. Cela remet sérieusement en cause l'idée que la vaccination a permis d'éradiquer la rougeole.

Un zoom sur la période 1950-2010 le confirme sans ambiguïté. En 1963, quand le vaccin est créé, on est déjà redescendu à environ cent morts par an en France : on est donc passé de plusieurs milliers à une centaine de décès annuels sans le moindre vaccin. Et quand on massifie la vaccination en 1983, on se situe déjà à vingt ou trente morts par an, un chiffre qui correspond vraisemblablement à des personnes particulièrement immunodéficientes. En clair : quand le vaccin arrive, la rougeole était déjà vaincue.

Après que ce travail a attiré mon attention, j'ai voulu vérifier si des chercheurs avaient conduit le même type d'analyse en Angleterre ou aux États-Unis. J'ai trouvé exactement les mêmes courbes. Aux États-Unis, l'annuaire statistique intitulé « *Vital Statistics of the USA* » constitue le document de référence sur les causes de décès, et l'on y retrouve une décroissance de la mortalité par rougeole tout aussi manifeste bien avant l'introduction du vaccin. Quels facteurs peut-on alors invoquer pour expliquer cette évolution ? L'amélioration de l'hygiène, des conditions d'accouchement, de l'assainissement urbain, de la nutrition, de l'ensemble des conditions de vie : autant de progrès liés au développement des pays industrialisés au cours du vingtième siècle.

Il me faut maintenant aborder une troisième question que je me suis posée : est-il si bon de ne pas attraper la rougeole ? Je pose cette question parce que j'ai grandi avec une grand-mère paternelle qui a eu une grande influence sur moi, et à qui j'ai toujours entendu dire qu'il fallait faire sa rougeole quand on était jeune, que c'était en quelque sorte un rite de passage. J'ai moi-même un fils qui a eu la coqueluche :

c'est long, c'est éprouvant, cela dure plusieurs mois. Mais on me disait systématiquement, pour me rassurer, que mon fils allait mûrir à un point incroyable après cette épreuve. Et c'est vrai que cela a constitué un vrai passage pour lui.

Quelques études semblent aller dans le sens de ce bon sens populaire. L'une d'elles porte sur la fréquence des maladies allergiques après la rougeole : ses résultats indiquent que les cas de maladies allergiques sont moins fréquents chez les enfants ayant contracté la rougeole, ces enfants étant par exemple beaucoup moins sensibles aux acariens. Il existe donc un lien entre la maturation du système immunitaire et la rencontre avec ce virus. Par ailleurs, la rougeole et les oreillons, en particulier lorsque les deux infections ont été contractées, ont été associés à des risques de mortalité plus faibles par artériosclérose et par maladies cardiovasculaires. J'en ai cité de nombreuses autres dans mes notes, que vous pourrez consulter.

Le virus utile, mise à jour du vivant

Pour résumer l'état de la réflexion à ce stade, plusieurs constats s'imposent. Premièrement, la vaccination n'est pas équivalente à l'immunisation : des épidémies de rougeole surviennent dans des populations vaccinées à 97 ou 98 %. Deuxièmement, la disparition de la rougeole comme cause majeure de mortalité n'est pas l'histoire des vaccins, c'est l'histoire d'une amélioration profonde des conditions de vie et de l'hygiène. Troisièmement, ne pas faire sa rougeole, ne pas traverser cette infection virale, pourrait avoir quelque chose à voir avec un défaut de développement du système immunitaire. Et c'est précisément ce que certains chercheurs ont commencé à formaliser dans ce qu'il est convenu d'appeler la théorie du virus utile, selon laquelle certains virus joueraient un rôle dans la maturation et l'équilibre de notre immunité.

Le virus n'est pas vivant. On a d'ailleurs du mal à définir précisément ce qu'est un virus : ce n'est en tout cas pas un être vivant, car il doit nécessairement s'associer à un élément vivant pour exister, et il apporte du matériel génétique. Certains chercheurs ont avancé l'hypothèse que ce matériel génétique fonctionnerait un peu à la manière d'une mise à jour logicielle sur un ordinateur : il s'agirait d'un moyen de transférer de l'information de façon horizontale au sein d'une population, et non de façon verticale, de génération en génération. La transmission verticale prend du temps, elle suit le rythme lent des générations. La transmission horizontale, elle, permettrait d'apporter rapidement un complément d'information pour répondre à

une adaptation particulière. On pourrait dès lors considérer que cela s'inscrit dans le cadre du virus utile, puisque, comme je l'ai mentionné, développer la rougeole semble réduire les risques d'allergie.

— CINQUIÈME CHAPITRE

ROR, autisme et science manipulée

Fort de tous ces éléments, je me suis demandé si ce vaccin présentait des alertes quant à sa dangerosité. Je rappelle qu'il contient de l'aluminium. Depuis quelques années, il ne contient plus de mercure, le thimerosal ayant été retiré de la composition du ROR, ce qui prouve d'ailleurs que le mercure devait poser problème. Il contient également, je le rappelle, le Triton X-100, ce produit utilisé pour nettoyer les sols. Je me suis donc demandé si cela pouvait être significatif, et si des alertes avaient été émises.

Il y a effectivement eu des alertes. En cherchant, je suis tombé immédiatement sur les travaux d'un certain docteur Wakefield. J'ai commencé à étudier ses travaux, puis je ne les ai pas retenus, et je vais vous expliquer pourquoi. Globalement, si vous citez Wakefield, vous êtes immédiatement traité de charlatan. Ce chercheur a mené des travaux sur le lien entre le vaccin ROR et l'autisme, et il a publié son étude dans un journal scientifique réputé, *The Lancet*, avec une équipe de douze chercheurs. Au bout de quelque temps, dix d'entre eux se sont rétractés, déclarant que leur étude ne valait rien. Deux chercheurs ont refusé de se rétracter : Wakefield lui-même et l'un de ses collègues. Ils ont alors été littéralement lynchés par la presse. Pendant longtemps, prononcer le nom de Wakefield revenait à évoquer un charlatan, un faussaire.

Je vais vous dire quelques mots à son sujet, mais je ne retiens pas ses études, précisément parce que la situation sent tellement le piège que je me suis dit : si je m'appuie là-dessus, on me dira aussitôt que je ne suis pas sérieux. Le biais qui lui a été reproché dans son étude est le suivant : il a effectué des prélèvements sanguins lors d'une fête d'anniversaire de son fils, dans des conditions qui n'étaient pas scientifiquement acceptables selon les protocoles établis. Cela n'enlève pourtant rien à la probabilité de ses résultats. Je peux vous donner une analogie : imaginez que je me rende chez vous pour faire un prélèvement de terrain, que je découvre la présence d'uranium et un niveau de radioactivité important, mais qu'on me reproche une violation de domicile. On me dirait alors que mes résultats sont nuls en raison de cette violation. Cela n'enlève rien au fait que votre terrain est réellement radioactif. Il y a certes eu un manquement au protocole, mais cela ne change pas la probabilité des résultats.

Plus de dix ou douze ans après, Wakefield a finalement été réhabilité par un jugement de tribunal. Mais sa carrière avait été si profondément détruite qu'il avait dû émigrer aux États-Unis. Il en a pris pour son grade, comme on dit. Dans mes recherches, j'ai été impressionné par cet homme, par sa rigueur, par le fait qu'il a tout perdu et qu'il a tenu droit dans ses bottes malgré tout. Je me suis moi-même fait

cracher dessus par quelques journalistes, mais ce que j'ai subi n'est rien, absolument rien, comparé à ce qu'il a traversé. Il est vraiment impressionnant. Cela dit, passons, car on n'a pas besoin de lui.

Des dizaines d'études sans Wakefield

Je vais vous citer quelques études, pour montrer que l'on se passe très bien des travaux de Wakefield. Première référence : « La prévalence croissante des troubles autistiques est directement liée aux vaccins fabriqués en utilisant des cellules de foetus humains. » C'est précisément le cas du ROR, qui contient des cellules de foetus humains. Deuxième référence : « Suggestion d'un lien fort entre le ROR et l'auto-immunité du système nerveux central dans l'autisme. À partir de ces preuves, nous suggérons que les réactions inappropriées des anticorps au ROR, spécifiquement pour le composant rougeole, pourraient être liées à la pathogénèse de l'autisme. » J'en ai retenu une bonne dizaine de ce type, uniquement pour démontrer qu'on n'avait pas besoin de Wakefield. La plupart du temps, quand on lit des propos sur le lien entre autisme et ROR, on vous dit qu'il n'existe qu'une seule étude sur la question, et qu'elle a de surcroît été rétractée, en désignant l'étude de Wakefield. Ce n'est tout simplement pas vrai : j'en ai trouvé plusieurs dizaines.

En voici une autre : « Les vaccins fabriqués dans les lignées de cellules de foetus humains contiennent des niveaux élevés inacceptables de contaminants provenant de fragments d'ADN de foetus. Le génome humain contient naturellement des régions sujettes à la formation de cassures double-brin et à la mutagénèse insertionnelle de l'ADN. » C'est du jargon, certes, mais le propos est sérieux. Et encore une autre : « La frayeur causée par Wakefield provenait d'une expérience naturelle qui pourrait démontrer un lien causal entre les vaccins fabriqués en lignée de cellules foetales et la prévalence des troubles du spectre autistique. » Il semblerait donc qu'il existe un lien, lié à la fois à l'adjuvant aluminium et à la présence d'ADN humain dans ces vaccins.

Dans ma démarche, je me suis naturellement demandé s'il n'existait pas des études contradictoires, soutenant la thèse inverse. J'en ai trouvé une. J'ai cherché, j'ai essayé de faire les choses sérieusement. La voici : « Les vaccins ne sont pas liés à l'autisme. Méta-analyse basée sur des preuves de cas témoins et d'études de cohortes. Les résultats de cette méta-analyse suggèrent que les vaccins ne sont pas associés au développement de l'autisme et du trouble du spectre autistique. En outre, les composants des vaccins simples, thimerosal ou mercure, ou multiples, ROR, ne

sont pas associés au développement de l'autisme et des troubles du spectre autistique. » Une méta-analyse, je le précise, est une étude qui centralise de nombreuses études existantes pour en faire une synthèse.

Quand une méta-analyse ment sur ses sources

Face à ces deux types d'études, je me suis demandé comment elles pouvaient cohabiter. Qui dit vrai ? Cela semblait profondément antagoniste. Je suis donc allé examiner de plus près les critères de cette méta-analyse. Premier constat intéressant : les auteurs n'ont sélectionné que les études portant sur le ROR. Quand ils affirment que les vaccins ne sont pas liés à l'autisme, ils devraient en vérité dire que le ROR spécifiquement ne serait pas lié à l'autisme, puisqu'ils n'ont travaillé que sur ce vaccin. Mais surtout, les auteurs de cette étude s'appuient essentiellement sur une étude dite étude Verstraeten, et affirment que cette étude ne montre aucune corrélation entre vaccins et autisme.

Comme je suis quelqu'un qui vérifie, je suis allé lire directement l'étude Verstraeten. Et lorsque je l'ai lue, je n'ai pas du tout trouvé ce que la méta-analyse prétendait y trouver. Les auteurs de l'étude Verstraeten ne disaient pas qu'il n'y avait pas de lien : ils disaient que des études supplémentaires étaient nécessaires. Et surtout, j'ai trouvé une réponse du docteur Verstraeten lui-même, publiée dans le *Journal of Pediatrics*, dans laquelle il écrivait : « Cependant, de manière surprenante, mon étude est maintenant interprétée comme négative par de nombreuses personnes », c'est-à-dire comme démontrant qu'aucune association n'existe entre autisme et ROR. Or, précisait-il, l'article que j'ai écrit n'indique pas que nous n'avons pas trouvé de preuves pour une association, comme le ferait une étude négative. Au contraire, il indique qu'il est recommandé de faire une étude supplémentaire, ce qui est la conclusion à laquelle une étude neutre devrait parvenir.

Verstraeten lui-même se plaignait donc, dans le *Journal of Pediatrics*, que son étude soit utilisée pour établir qu'il n'existe aucun lien entre vaccins et autisme, alors que ce n'est absolument pas ce qu'il avait conclu. Une autre formulation issue de la littérature scientifique le confirme d'ailleurs : « Les chercheurs n'ont ni pu confirmer ni exclure ce lien, et une étude supplémentaire est donc nécessaire. » En définitive, la seule étude qui s'oppose au lien entre ROR et autisme est elle-même biaisée, et elle cite de façon fallacieuse des travaux dont les auteurs eux-mêmes

contestent l'interprétation qui en est faite. D'un côté, une étude biaisée et mensongère dans ses références. De l'autre, des dizaines d'études qui pointent dans une direction contraire. C'est, je dois le dire, assez saisissant.

J'ai également rencontré d'autres études, pour ceux qui voudraient, comme moi, passer des nuits à vérifier chaque référence. Par exemple, celle-ci : « Les vaccins conjugués pourraient avoir perturbé les forces de l'évolution qui ont favorisé le développement précoce du cerveau par rapport aux besoins de protéger les nourrissons et les jeunes enfants des bactéries capsulaires. Les vaccins conjugués peuvent prédisposer les enfants à des troubles... »

— SIXIÈME CHAPITRE

Le poids humain des risques acceptés

Ces données sur les risques accrus de visites aux urgences dans les semaines suivant l'administration du vaccin ROR à douze et dix-huit mois sont prouvées, documentées, consignées dans la littérature scientifique. Il est donc pour le moins excessif, voire abusif, d'affirmer que les vaccins sont inoffensifs, comme se plaisent à le répéter certains responsables politiques avec une assurance qui confond la certitude rhétorique avec la rigueur scientifique. La question qui se pose naturellement est celle de l'équilibre réel entre bénéfices et risques, un équilibre que les données accumulées rendent de plus en plus difficile à tenir pour acquis.

Quelle part de risque est-on prêt à accepter pour son propre enfant ? Pour ma part, je dois reconnaître que devant l'accumulation de preuves, j'ai fini par prendre parti, même si je me suis longtemps battu pour rester neutre et conserver la distance nécessaire à une analyse honnête. Il y a des moments où l'accumulation des faits rend l'impartialité impossible sans tomber dans la malhonnêteté intellectuelle. Et ce qui frappe avant tout, c'est la disproportion entre la rapidité du geste vaccinal, quelques secondes d'injection, et la durée des conséquences potentielles, qui peuvent s'étaler sur une vie entière, voire au-delà.

Des séquelles qui durent une vie

Quand on lit les témoignages de parents sur les forums spécialisés, on découvre des récits de luttes épuisantes, de combats de toute une vie contre des dégâts qui ne se résorbent pas facilement. Certains parents ont réussi à améliorer l'état de leur enfant, parfois considérablement, mais il existe des atteintes quasi irréversibles, des séquelles qui résistent à tout ce que la médecine, conventionnelle ou non, peut proposer. Ces témoignages ne constituent pas des preuves au sens statistique du terme, mais ils représentent une réalité humaine concrète que les grands tableaux épidémiologiques tendent à noyer dans leurs moyennes.

Si l'on revient un instant sur la question des bénéfices, il faut bien admettre que l'ensemble de ce travail d'enquête, à travers les différentes dimensions abordées, que ce soit la philosophie sous-jacente à la vaccination, les résultats observés ou la composition même des produits, révèle quelque chose de profondément fragile dans les fondements de cette pratique. Je dirais volontiers qu'il y a là quelque chose de farfelu, pour reprendre un mot qui me paraît juste. Et si les bénéfices sont eux-mêmes remis en question, alors la balance risques-bénéfices penche encore davantage du mauvais côté.

Prenons l'exemple de la rubéole, qui fait partie du vaccin ROR. La rubéole est une maladie bénigne de l'enfance, à la symptomatologie légère et à la résolution spontanée dans l'immense majorité des cas. Développer un arsenal vaccinal contre une telle affection revient, pour filer une métaphore, à construire un char d'assaut pour écraser des fourmis. Les oreillons, eux aussi, sont une maladie de l'enfance dont la gravité réelle est très modeste : quelques jours d'inconfort, des glandes enflées, puis la résolution naturelle. Si quelqu'un devait un jour mourir des oreillons, il faudrait m'en apporter la démonstration rigoureuse, car la corrélation ne vaut pas causalité.

Ce point mérite d'être développé. Ce n'est pas parce qu'une personne est décédée en étant porteuse des oreillons qu'elle est morte des oreillons. Un système immunitaire gravement affaibli, un état de cachexie ou d'épuisement chronique sévère peut certes rendre une infection habituellement banale plus dangereuse. Mais dans ce cas, c'est l'état général du terrain qui est en cause, et non la maladie elle-même. Ce sont des cas extrêmes d'immunodépression profonde, qui ne sauraient justifier une politique vaccinale universelle.

Il y a derrière tout cela une question philosophique plus large, qui touche à notre rapport contemporain à la douleur et à l'inconfort. Nous vivons dans une civilisation qui a de plus en plus de mal à tolérer la moindre souffrance, le moindre à-coup dans le confort quotidien. Dès que surgit une petite vague, on cherche à la supprimer immédiatement, à tout prix. Or ce refus de l'inconfort n'est pas sans conséquences, et je reviendrai sur ce point, car le système immunitaire se structure précisément dans une certaine forme d'inconfort, dans la confrontation avec le monde microbien. Refuser la douleur à court terme, c'est souvent hypothéquer quelque chose de plus profond sur le long terme.

Venons-en maintenant à une question que l'on m'a souvent posée, et que je me suis moi-même posée avec insistance : les enfants non vaccinés font-ils courir un risque aux enfants vaccinés ? Et son pendant symétrique, moins souvent formulé mais tout aussi légitime : les enfants vaccinés font-ils courir un risque aux enfants non vaccinés ? Cette seconde question surprend souvent, mais elle mérite d'être prise au sérieux, car un enfant vacciné porte en lui, pendant un certain temps, le virus ou ses fragments qu'on lui a introduits.

Je partage régulièrement mes craintes et mes doutes au sujet de la vaccination, ce qui ne signifie pas nécessairement que je refuse de faire vacciner mes enfants. Je partage simplement des interrogations légitimes. Et immanquablement, on me répond par un argument d'autorité collective : si ce n'est pas pour vos enfants, faites-

le pour la France, pour la communauté, pour les autres. Mais si les vaccins sont efficaces, comme on nous l'affirme avec tant de certitude, pourquoi un enfant non vacciné mettrait-il en danger un enfant vacciné ? La logique interne de l'argumentation vaccinale se retourne contre elle-même.

La réponse que l'on donne parfois à cette objection est que le vaccin prépare le système immunitaire contre une souche spécifique, mais pas contre les variants proches ou les souches apparentées. Dans ce cas, il faudrait théoriquement vacciner contre tout, ce qui ouvre une spirale sans fin. On a bien vu, avec le vaccin anti-pneumococcique par exemple, que l'on est passé d'un vaccin à trois souches, puis à sept, puis à vingt et une, sans que cela règle le problème de fond, puisque le virus mute bien plus vite que notre capacité à le suivre. C'est un sujet sur lequel je reviendrai, mais il illustre parfaitement l'impasse logique de cette course-poursuite.

J'ai trouvé sur la question du risque posé par les vaccinés eux-mêmes une étude particulièrement frappante. Elle indique que l'on a observé six virgule trois fois plus d'excrétions d'aérosols parmi les personnes vaccinées durant la saison en cours et la saison précédente, par rapport aux personnes n'ayant reçu aucun vaccin durant ces deux saisons. Concrètement, cela signifie que lorsqu'une personne vaccinée respire, parle ou simplement existe dans un rayon d'environ un mètre cinquante, elle émet dans son environnement immédiat six virgule trois fois plus de virus qu'une personne non vaccinée. Ce chiffre est issu d'une recherche sérieuse et documentée.

Une autre étude, portant sur le vaccin contre la grippe saisonnière 2008-2009 et la pandémie de H1N1 au printemps et à l'été 2009, est tout aussi éloquente. Les estimations indiquent que l'administration préalable du vaccin en 2008-2009 a été associée à un risque accru de maladies H1N1 l'année suivante nécessitant une assistance médicale, ainsi qu'à une plus forte contagiosité. En d'autres termes, les personnes vaccinées une année se retrouvent plus vulnérables l'année suivante face aux nouvelles souches, parce que leur immunité a été orientée de façon trop étroite vers une souche particulière qui a entre-temps muté. Et de surcroît, elles sont plus contagieuses.

Il faut s'arrêter sur ce que cela implique. La vaccination contre la grippe ne produit pas une immunité robuste et polyvalente, mais une immunité ciblée et rigide, qui devient un désavantage dès que le virus évolue, ce qu'il fait régulièrement, parfois plusieurs fois au cours d'une même saison. La personne vaccinée, qui croyait être

protégée, se retrouve à la fois plus exposée et plus susceptible de transmettre le virus à son entourage. La dynamique est exactement inverse à celle que l'on promettait.

C'est dans ce contexte qu'il faut examiner la notion d'immunité de groupe, appelée en anglais « herd immunity », littéralement l'immunité de meute. Le principe avancé est qu'il faudrait vacciner entre quatre-vingt-quinze et cent pour cent de la population pour obtenir une couverture protectrice collective réelle. Or j'ai déjà cité une étude montrant que, chez les personnes ayant contracté une infection naturelle récente, le taux de réinfection est d'environ neuf pour cent, tandis que chez les personnes présentant un niveau similaire d'anticorps produit par la vaccination, ce taux monte à vingt-trois pour cent. Cela signifie que même avec cent pour cent de la population vaccinée, on aurait au minimum vingt-trois pour cent d'individus infectés malgré tout.

L'immunité de groupe vaccinale est donc, dans ses termes absolus, une illusion. Atteindre cent pour cent de vaccinés ne signifie pas atteindre cent pour cent d'immunisés. Un niveau élevé d'anticorps induit par la vaccination n'est pas une immunité définitive ni complète. Poursuivre un objectif de couverture totale en croyant que cela garantira une immunité collective parfaite, c'est courir après quelque chose qui, par définition, n'existera jamais.

Cela m'amène à une dernière question fondamentale sur laquelle je souhaite m'arrêter : combien de temps dure cette élévation des anticorps produite par un vaccin ? Au début de l'histoire de la vaccination, on pensait que l'immunité conférée était définitive, pour la vie. La réalité, que la science a progressivement mise en lumière, est bien différente. La durée de cette protection varie considérablement selon les individus, selon les vaccins, selon les conditions biologiques propres à chacun. C'est une variable, non une constante, et c'est une variable dont on parle trop peu quand on affirme, avec la tranquillité de ceux qui ne doutent pas, que les vaccins protègent.

La protection conférée par la vaccination varie considérablement d'un individu à l'autre et dure, de façon générale, peu de temps. Pour citer un exemple particulièrement éloquent, la protection assurée par le TDAP, c'est-à-dire le vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche, disparaît en deux à quatre ans. Cela signifie qu'il faudrait se faire revacciner tous les deux à quatre ans pour rester réellement immunisé. Ce que cela révèle, en somme, c'est que globalement, dans la population, les épidémies de tétanos sont absentes non pas parce que la vaccination est efficace sur la durée, mais pour d'autres raisons. Pour ma part, j'ai quarante-quatre

ans et mon dernier vaccin date de mon adolescence. Mes anticorps sont tombés depuis longtemps. Il en va de même pour la coqueluche et pour la diphtérie. La plupart des adultes ne sont absolument pas vaccinés.

On vaccine massivement dans la petite enfance, avec un enthousiasme débordant, mais ce qu'on appelle le déclin vaccinal est très court. Le maximum que j'aie trouvé dans la littérature scientifique est de dix ans. Au-delà de dix ans, le déclin vaccinal est définitif. Cela soulève d'ailleurs une question précise que j'aborderai plus en détail à propos de l'hépatite B. On vaccine des nourrissons dès six mois contre une maladie qui se transmet sexuellement ou par partage de seringues chez les personnes héroïnomanes. Le jour où ces enfants atteignent l'âge de leur première expérience sexuelle, le déclin vaccinal a déjà effacé toute protection. Le vaccin ne sert plus à rien.

Ce que je veux souligner ici, c'est que l'immunité vaccinale décline très rapidement. L'illusion de vacciner cent pour cent de la population supposerait de revacciner les gens tous les deux à quatre ans, tout au long de leur vie, ce qui est tout simplement impossible. On court après un objectif totalement inaccessible. Et même dans l'hypothèse où l'on revaccinerait l'intégralité de la population à cette fréquence, on aurait malgré tout un développement des infections dépassant au moins vingt-cinq pour cent, si ce n'est davantage, parce que l'immunité vaccinale n'est pas la vraie immunité.

À mesure que j'avais dans mes recherches, je me suis parfois arrêté, stupéfait, en me disant que c'était impossible, que c'était trop énorme. Car non seulement il existe une baisse d'efficacité des vaccins due au déclin vaccinal, mais la vaccination favorise également l'émergence de souches différentes, voire plus virulentes et plus résistantes, du même virus ou de la même bactérie. C'est une dynamique qui rappelle exactement ce qui s'est produit avec les antibiotiques. On connaît ce problème à l'échelle mondiale : de moins en moins d'antibiotiques fonctionnent, parce qu'à force de les utiliser pour un oui ou pour un non, on a provoqué une forme de musculation bactérienne. On en éliminait les trois quarts, mais le quart qui résistait se reproduisait, et l'on a ainsi sélectionné les individus les plus robustes.

L'image est simple : si l'on tire en permanence à vue avec un fusil automatique sur une population, ceux qui courent le plus vite, ceux qui se cachent le mieux, ce sont eux qui survivent et se reproduisent entre eux. On finit par sélectionner des individus très rapides et très résistants. On a fait exactement la même chose avec les souches virales et bactériennes. Il faut citer ici une étude portant sur l'introduction

du PCV-7, le vaccin conjugué contre le pneumocoque. Le pneumocoque est une bactérie qui attaque les poumons, et le chiffre sept désigne les sept souches différentes contre lesquelles ce vaccin tente d'offrir une couverture aussi large que possible. Or, de nombreux auteurs ont décrit une augmentation des cas de pneumonie après l'introduction de ce vaccin. L'augmentation fut quasi immédiate.

Les auteurs expliquent que ces observations sont certainement liées à des changements dans les sérotypes circulants et à leur capacité à provoquer des symptômes cliniques différents. Une modélisation mathématique a montré que les vaccins conçus pour réduire le taux de croissance des pathogènes pourraient provoquer l'évolution de ces pathogènes vers des niveaux de virulence supérieurs. Non seulement les vaccins accumulent un retard permanent sur l'évolution des virus et des bactéries qu'ils sont censés combattre, mais ils génèrent en outre une pression de sélection vers des souches plus virulentes et plus agressives. C'est exactement la même histoire que celle des antibiotiques.

Une autre étude mérite d'être citée. Elle porte sur *Bordetella pertussis*, la bactérie responsable de la coqueluche. Les auteurs notent que des changements importants dans les populations de cette bactérie ont été observés après l'introduction des vaccins, ce qui suggère que l'adaptation des pathogènes joue un rôle dans la persistance et la résurgence de la coqueluche. La bactérie s'adapte, sans nécessairement devenir plus virulente dans un premier temps, mais elle persiste et ressurgit. On est donc très loin de la polémique qui attribue ces résurgences à un trop faible taux de vaccination. Ce discours, on l'entend pourtant sans cesse. Le ministère de la Santé lui-même a vitupéré contre les professionnels de santé, en proclamant que c'était une honte, que leur exemple contribuait à la recrudescence de maladies comme la coqueluche. C'est faux. C'est archifaux. Il n'y a rien d'autre à dire. Et il est tout de même édifiant de constater que parmi les personnels de santé, ils sont très nombreux à ne pas se faire vacciner.

Je reviendrai sur les données précises concernant le niveau de vaccination chez les professionnels de santé, car j'ai réuni quelques études sur ce sujet, peu nombreuses certes, car c'est un sujet quelque peu tabou, mais suffisamment éloquentes. En attendant, il faut citer encore d'autres études. L'une d'elles rappelle qu'il est bien connu que les virus naturels à l'origine des maladies infantiles provoquent une réaction immunitaire très efficace, avec une protection à vie. C'est l'immunité naturelle. En revanche, la réaction immunitaire au virus de la grippe est courte et pas toujours productive. Une réaction immune partiellement efficace suffit à exercer une pression sélective, c'est-à-dire à favoriser les souches les plus

résistantes, sans pour autant être assez puissante pour supprimer tous les mutants viraux. Elle constitue ainsi la force motrice la plus efficace de la variation antigénique.

Ce que cela signifie concrètement est le suivant. L'immunité naturelle est suffisamment puissante pour éliminer toutes les souches virales, y compris celles qui mutent, sans laisser les plus résistantes se reproduire dans l'organisme. L'immunité partielle conférée par les vaccins, en revanche, supprime les souches les plus faibles mais laisse se développer les souches les plus fortes. On fait ainsi une sélection par le haut. Une autre étude l'affirme de façon remarquablement directe : les vaccins apportent rarement une protection complète contre les maladies. L'évolution ultérieure mène à de hauts niveaux de virulence intrinsèque et donc à des maladies plus graves chez les individus non vaccinés. Cette évolution peut éroder les avantages à l'échelle de toute la population, de telle manière que les taux de mortalité généraux ne diminuent pas, ou, pire, augmentent avec le niveau de couverture vaccinale.

Une dernière étude vient clore ce tableau. Les auteurs analysent l'évolution du taux de réplication des parasites et montrent que la vaccination pourrait favoriser l'évolution vers une réplication plus rapide et par conséquent vers des souches plus virulentes. L'immunité des hôtes peut exacerber la sélection des souches virulentes. Les vaccins qui réduisent la réplication des pathogènes peuvent donc sélectionner des pathogènes plus virulents, éroder ainsi les avantages de la vaccination et exposer les individus non vaccinés à des risques plus grands. Le tableau est presque ironique dans sa logique inversée : ce ne sont pas les personnes non vaccinées qui mettent en danger les personnes vaccinées, c'est l'inverse. Ce sont les vaccinés qui mettent en danger les non-vaccinés, en sélectionnant des souches plus agressives.

On me rétorquera peut-être que les personnes non vaccinées n'ont qu'à l'assumer. Mais voici ce qu'il faut comprendre : si vous êtes adulte et que vous ne vous êtes pas fait vacciner au cours des dix dernières années, vous êtes vous-même une personne non vaccinée. J'ai entendu ce discours ambiant qui associait les non-vaccinés à des enfants de hippies marginaux, sous-entendu qu'ils n'avaient qu'à en subir les conséquences. Mais en réalité, la personne non vaccinée, c'est vous. Si vous ne vous êtes pas fait injecter l'ensemble des vaccins obligatoires au cours des dix dernières années, vous ne bénéficiez d'aucune protection vaccinale. Le déclin vaccinal est passé par là. Vous êtes non vacciné, et selon la logique même que je viens d'exposer, vous êtes donc exposé.

Pour illustrer cela par un autre exemple, je souhaite évoquer la méningite liée à la bactérie *Haemophilus influenzae*. Il existe deux classes de cette bactérie : la souche B et la souche A. La souche B est préoccupante, mais sans gravité majeure. La souche A est terrible et peut provoquer une méningite mortelle. Or, depuis l'introduction du vaccin conjugué contre la souche B, l'infection par la souche A est devenue une maladie bactérienne invasive majeure chez les enfants. On a introduit un vaccin contre la souche la moins dangereuse, et la souche la plus meurtrière a pris sa place.

Aussitôt que la vaccination contre le type B se généralise, le type A remonte en force. Une étude le formule sans ambiguïté : « La vaccination HIB a contribué à augmenter le risque de méningite de type A à raison d'une sélection des clones circulants *influenzae* de type A. » Le mécanisme est d'une logique implacable : en vaccinant contre le B, on sélectionne préférentiellement les souches de type A, qui n'ont plus de concurrentes. Les chercheurs observent également ce qu'ils appellent un transfert entre les classes d'âge, phénomène que je trouve particulièrement révélateur.

Les données sont là, consignées noir sur blanc : « L'introduction d'un vaccin conjugué contre le type HIB a abouti à une réduction impressionnante de la maladie HIB. Cependant, l'incidence croissante de la maladie autre que de type B a récemment été signalée. Nous avons constaté une augmentation importante sur le plan statistique de l'incidence de la maladie invasive autre que B, particulièrement chez les individus de plus de 60 ans. Le fardeau clinique de la maladie de type non B, mesuré en jours d'hospitalisation pour 100 000 individus à risque et selon l'année, a considérablement augmenté tout au long de la période d'étude. » En clair, on a vacciné massivement les enfants contre le HIB et l'on a vu une augmentation massive des cas de HI non B chez les personnes de plus de 60 ans.

Le même phénomène se reproduit avec les vaccins contre le pneumocoque. Une étude le reconnaît explicitement : « Les gains de réduction de maladie ont été compensés par les augmentations des sérotypes de remplacement, notamment dans le groupe des plus de 65 ans. » Ce ne sont donc pas les non-vaccinés qui font courir un risque aux autres, mais bien plutôt les vaccinés eux-mêmes, car la vaccination entraîne une charge virale détectable plus importante dans la respiration de ceux qui l'ont reçue. Et ce n'est pas uniquement dans les jours qui suivent l'injection : des travaux montrent que, chez des personnes vaccinées au cours des deux années précédentes, la charge virale exhalée peut être jusqu'à six fois supérieure à la normale, pendant plus de deux ans après la vaccination.

Par ailleurs, la réalité de la couverture vaccinale mérite d'être regardée en face. La plupart des vaccinés ne le sont plus, en vérité, tant l'immunité vaccinale décline bien plus rapidement que ce que l'on avait prévu. Une couverture à 100 % est impossible, et la grande majorité d'entre nous ne sommes tout simplement pas vaccinés. Je suis moi-même dans ce cas : cela fait vingt ans que je n'ai reçu aucun vaccin. Et, chose frappante, personne ne m'a dit durant ces vingt dernières années qu'il me faudrait en recevoir un. Je n'ai même pas eu l'impression d'être hors-la-loi, tant ce sujet s'était éloigné de mon quotidien.

Il faut aussi rappeler ce que produit une immunisation partielle sur les souches circulantes. Comme le notent les chercheurs, « la vaccination, qui est une immunisation partielle, amène à une sélection des souches vaccinales en faisant la sélection des plus costauds ». On élimine les souches les plus faibles, on laisse prospérer les plus résistantes. C'est la logique même de la sélection naturelle appliquée au monde microbien, et la vaccination de masse l'accélère.

Pour conclure ce chapitre sur l'immunité de groupe, je souhaite rappeler un fait d'une grande importance. La plus grande épidémie d'oreillons de la décennie en Amérique du Nord est apparue au Québec, au Canada, dans une population vaccinée à 98 %. La conclusion de l'étude qui en a rendu compte pourrait être la conclusion de l'ensemble de cette réflexion : « Cette épidémie soulève des questions importantes concernant les contributions relatives des échecs vaccinaux par rapport au manque de vaccination. » C'est exactement cela. On attribue systématiquement la responsabilité des grandes épidémies au manque de couverture vaccinale. Mais si la vraie question était, bien plus simplement, que la vaccination ne fonctionne pas comme on le prétend ?

Je remercie tous ceux qui ont suivi ces épisodes, et je les invite à les partager aussi largement que possible, car je crois sincèrement que chacun a droit à une information complète et honnête sur la vaccination. L'ensemble des documents sur lesquels j'ai appuyé ce travail, plus de cent cinquante pages, est disponible gratuitement. J'aurais pu en faire un livre ; j'ai préféré en faire une ressource ouverte à tous. À vous, maintenant, de vous en emparer.

— POUR ALLER PLUS LOIN

**Sources & la suite de
l'enquête.**



LA VERSION VIDÉO DE CET ÉPISODE

Les non vaccinés font-ils courir un risque aux vaccinés ?

Dans cet épisode, Thierry explique pourquoi il a mené une enquête personnelle sur la vaccination après être devenu père, souhaitant disposer d'informations scientifiques fiables pour faire un choix éclairé pour son fils. Il aborde les composants des vaccins, les lacunes dans leur évaluation de sécurité, et se concentre sur le vaccin ROR ainsi que sur la question de savoir si les enfants non vaccinés représentent réellement un risque pour les vaccinés.

[Regarder la vidéo sur RGNR →](#)

Sources et références citées

Les références et données scientifiques mentionnées par Thierry dans cet épisode.

- **Épidémie de rougeole dans un lycée avec 98% de couverture vaccinale** Étude scientifique citée par Thierry sur une épidémie de rougeole survenue dans un lycée où le taux de vaccination documenté était de 98%, questionnant l'équivalence vaccination/immunisation.
- **Épidémie de rougeole dans une population scolaire vaccinée – épidémiologie, chaîne de transmission et rôle des échecs vaccinaux** Étude scientifique citée par Thierry portant sur une épidémie en milieu scolaire vacciné, analysant les échecs primaires et secondaires du vaccin.

- **Épidémie de rougeole parmi des personnes avec preuve préalable d'immunité, New York, 2011** Étude citée par Thierry comme premier rapport documenté de transmission de la rougeole par un individu vacciné deux fois présentant un échec vaccinal secondaire.
- **Grande épidémie de rougeole en Amérique du Nord, Québec, Canada, 2011** Étude citée par Thierry indiquant que la plus grande épidémie de rougeole des 10 dernières années en Amérique du Nord s'est produite au Québec avec une couverture vaccinale de 97% chez les enfants de 3 ans.
- **Statistiques de mortalité de l'INED (Institut National d'Études Démographiques, France)** Thierry cite les données de l'INED utilisées par le chercheur indépendant Christophe Jarry pour analyser l'évolution historique de la mortalité liée à la rougeole en France.
- **Souche cellulaire MRC-5 (Medical Research Council cell strain 5)** Thierry mentionne la souche MRC-5, culture initiée dans les années 1960 à partir de cellules de fœtus humains avortés, utilisée dans la fabrication du vaccin ROR développé par Maurice Hilleman chez Merck.

PORTAILS ET INSTITUTIONS CONSULTÉS

[PubMed](#) · [NCBI](#) · [OMS](#) · [INSERM](#) · [ANSM](#)

POUR ALLER PLUS LOIN

Voir toute la série « Enquête sur la vaccination »

Tous les épisodes de l'enquête, avec leurs sources, sont à retrouver dans votre espace membre RGNR.

→ [Voir la série complète](#)