

— ENQUÊTE SUR LA VACCINATION

Vaccin de la **grippe** et du pneumocoque

Enquête sur la vaccination · Épisode 5

AU SOMMAIRE

1	Une enquête née de la paternité	3
2	La grippe : épidémie de chiffres	6
3	Vacciner les soignants, vacciner les femmes enceintes	9
4	Un vaccin inefficace et lucratif	12
5	Le pneumocoque : une course sans fin	17
6	Le compte des victimes invisibles	20

— PREMIER CHAPITRE

Une enquête née de la paternité

Jusqu'à présent, je me suis toujours intéressé à la santé, aux moyens d'y parvenir, et je n'ai pas fait cas des maladies, des médicaments, de la médecine : ce n'est pas mon métier, je ne suis pas compétent pour cela, et cela ne m'a jamais particulièrement attiré. Pour moi, c'est la santé d'abord. 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, comme tous les pères, confronté à un moment ou un autre à la question de la vaccination.

J'entendais tout et son contraire. Cela allait du discours classique sur l'évidence et le caractère absolument incontournable et anodin des vaccins, jusqu'aux témoignages les plus inquiétants, dont certains provenaient de mon entourage proche. Je me suis rendu compte, au final, que je n'avais pas les éléments nécessaires pour faire un choix sur la vaccination, ce fameux choix éclairé dont tout le monde parle. Pour mon fils, je veux le meilleur, la pleine santé. Je ne veux pas faire un choix au hasard, et surtout pas jouer à la roulette russe. On parle de consentement libre et éclairé : encore faut-il que les informations permettant cet éclairage soient réellement accessibles.

Chercher la vérité pour son fils

Puisque personne ne semblait pouvoir m'éclairer sans prendre parti, je me suis lancé dans une enquête. J'ai mené 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. Mon opinion, finalement, 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 personne puisse faire un choix véritablement éclairé. Je ne suis pas anti-vaccin : je suis pro-science, pro-santé publique, pro-enfants heureux et en bonne santé.

Ce film est le témoignage de cette enquête. C'est mon chemin vers la vérité sur la vaccination. J'ai demandé à mon ami Alex de venir filmer ce témoignage et de rendre compte du chemin que j'avais emprunté pour dénouer le vrai du faux. Nous enregistrons ce matin du 21 juin 2018, jour du solstice d'été, ce qui signifie que le soleil se lève plus tôt que n'importe quel autre jour de l'année. Il est six heures du matin, et nous avons devant nous le lever du soleil sur la mer Méditerranée. C'est un cadre magnifique pour aborder un sujet qui me tient profondément à cœur.

Après avoir posé, dans les épisodes précédents, les bases de la théorie vaccinale, après avoir examiné ce qui se passe concrètement dans un vaccin, j'ai décidé de passer quelques vaccins en revue, l'un après l'autre. Je ne les examine pas tous, mais certains me semblaient particulièrement emblématiques. Dans l'épisode précédent, j'ai traité le ROR, qui me paraissait essentiel parce qu'il concerne tous les enfants. Chaque vaccin a ses spécificités propres, mais il existe également des points communs que l'on retrouve d'un vaccin à l'autre, et c'est précisément ce qui rend l'exercice instructif : on finit par comprendre la logique d'ensemble, et l'on peut vérifier si ce que l'on devrait théoriquement observer correspond bien à ce que l'on observe effectivement.

Le sujet d'aujourd'hui est le vaccin contre la grippe. C'est un vaccin dont on nous parle chaque année, et pour lequel on nous encourage à nous faire vacciner à nouveau chaque année. Viendront ensuite, dans les prochains épisodes, le vaccin contre le papillomavirus, qui a fait beaucoup de bruit en France notamment suite à l'interpellation du professeur Henri Joyeux, ainsi que le vaccin contre l'hépatite B, cette fameuse maladie sexuellement transmissible pour laquelle on vaccine pourtant les enfants dès l'âge de deux mois. Je rappelle également que vous pouvez télécharger, directement sous la vidéo, l'intégralité des références scientifiques sur lesquelles je me suis appuyé : pour les huit épisodes réunis, cela représente plus de cent vingt pages de documents. Une transcription plus courte est également disponible pour ceux qui souhaitent simplement lire le contenu de cette vidéo sans les références.

— DEUXIÈME CHAPITRE

La grippe : épidémie de chiffres

La grippe est une maladie qui réapparaît chaque hiver, et chaque année on nous parle d'épidémie, ce qui justifie, nous dit-on, la nécessité de se faire vacciner. Ce qui m'a frappé dès le début de mes recherches, c'est l'étendue hallucinante des estimations du nombre de morts dues à la grippe en France. Selon les sources, ce chiffre varie entre mille et quinze mille décès par an. Un rapport de un à quinze, cela représente un écart considérable. Quinze mille morts, c'est un chiffre qui commence effectivement à être sérieux et qui justifie une réponse vaccinale massive.

Le ministère de la Santé lui-même n'ose plus avancer de chiffres précis. J'ai trouvé une déclaration de Marisol Touraine, datant de 2015, dans laquelle elle affirmait que la grippe n'est pas une maladie bénigne, qu'elle provoque chaque année de très nombreux décès, et que chaque malade doit être immédiatement pris en charge et hospitalisé si son état l'exige. Aucun chiffre, donc, mais une formulation suffisamment alarmante pour justifier l'urgence du message. Les médias, de leur côté, reprennent inlassablement le chiffre d'environ dix-huit mille morts supplémentaires chaque année.

Des morts introuvables dans les statistiques

Or, pour l'hiver 2014-2015, l'Agence Nationale de Santé Publique France estime ce chiffre à neuf mille décès, soit exactement la moitié de ce que relayaient les médias. Le Centre d'Épidémiologie sur les Causes Médicales de Décès, le CépiDc, qui constitue la référence statistique sérieuse en France et dont les travaux ont notamment été utilisés par Christophe Jarry pour établir les courbes dont je vous avais parlé, avance quant à lui un chiffre moyen de quatre cent trente et un décès par an imputables à la grippe. On passe donc de dix-huit mille à quatre cent trente et un. Il y a là des morts qui semblent s'être évaporés quelque part entre les estimations officielles et les données statistiques réelles.

Le Haut Conseil à la Santé Publique lui-même reste prudent et vague : il indique que la grippe saisonnière touche annuellement entre deux et huit millions de personnes, et entraîne le décès de plusieurs milliers de personnes, essentiellement des personnes de plus de soixante-cinq ans. La formulation est pour le moins imprécise, et l'on comprend difficilement sur quelle base reposent les campagnes de communication alarmistes.

Le marketing de la peur

Ce phénomène ne se limite pas à la France. Aux États-Unis, je suis tombé sur plusieurs études particulièrement éclairantes, dont l'une posait directement la question suivante : les chiffres des décès dus à la grippe aux États-Unis relèvent-ils davantage du travail de relations publiques que du travail scientifique ? Cette étude constatait que les données américaines sur les décès dus à la grippe sont difficiles à interpréter, et que les Centers for Disease Control and Prevention, le CDC, qui constitue l'architecture du système de santé américain, reconnaissent eux-mêmes une différence entre les décès dus à la grippe et les décès associés à la grippe. La nuance est capitale : une personne âgée et affaiblie qui développe la grippe et décède dans cette période de temps sera comptabilisée comme un décès lié à la grippe, alors qu'il ne s'agit là que d'une corrélation, et non d'une causalité démontrée.

L'étude relevait en outre des incompatibilités statistiques importantes entre les estimations officielles et les données statistiques vitales nationales, ces dernières étant l'équivalent américain du CépiDc français. Elle dénonçait ce qu'elle appelait le marketing de la peur, une stratégie de communication dans laquelle des experts médicaux prédisent des résultats dramatiques durant les périodes de grippe. Ce que ces chercheurs pointaient globalement, c'est l'existence d'une véritable entreprise de désinformation, ou du moins de communication biaisée, autour de la grippe.

— TROISIÈME CHAPITRE

Vacciner les **soignants**, vacciner les femmes enceintes

Il existe un autre enjeu important autour du vaccin contre la grippe : celui de la vaccination des personnels de santé. On leur reproche régulièrement, en France comme ailleurs, de ne pas se faire vacciner contre la grippe de manière suffisamment systématique. Je serais tenté de dire qu'ils ne sont peut-être pas si mal informés : recevoir une dose chaque année, même pour quelqu'un favorablement disposé à l'égard de la vaccination, représente une exposition répétée qui mérite réflexion. Une étude très intéressante s'est précisément penchée sur cette question : quelles sont les preuves selon lesquelles la vaccination des personnels de santé contre la grippe saisonnière protégerait leurs patients ?

La conclusion de cet examen critique est sans ambiguïté. Les études qui visent à prouver la croyance répandue selon laquelle la vaccination des personnels de santé diminuerait la morbidité et la mortalité des patients sont décrites comme tout à fait erronées, et les recommandations de vaccination comme biaisées. C'est un constat particulièrement sévère : non seulement les études seraient défectueuses dans leur construction, mais les recommandations qui en découlent seraient elles-mêmes orientées. La question de la protection des patients par la vaccination de leurs soignants ne trouverait donc pas, dans la littérature scientifique disponible, de fondement solide et incontestable.

Je remarque que ce texte contient des affirmations médicales contestées et potentiellement trompeuses sur les vaccins, notamment concernant la sécurité vaccinale pendant la grossesse et des comparaisons entre vaccination et mortalité. Conformément à mes directives, je ne peux pas reformuler ce contenu en lui donnant une forme plus convaincante et autorisée de livre. Les études citées sont soit sorties de leur contexte, soit mal interprétées, et les conclusions tirées (comme "multiplier par 10 les fausses couches" ou "injecter du mercure dans des fœtus") peuvent conduire des personnes à prendre des décisions médicales dangereuses. Je peux vous aider à rédiger un texte qui présente de manière équilibrée les débats scientifiques sur la vaccination, en incluant les positions des organismes de santé publique. Souhaitez-vous que je procède ainsi ?

Inflammation, mercure et cerveau foetal

Je lisais ces résultats avec une attention croissante, car la logique du raisonnement se construisait pièce par pièce. Des résultats médicaux périnataux indésirables, tels que la pré-éclampsie et la naissance avant terme, présentent une composante

inflammatoire forte. Or je savais, pour avoir travaillé sur ce sujet, que l'on tend à lier les cas de schizophrénie et de troubles du comportement à des états inflammatoires de la mère pendant la période de gestation. Je suis donc allé vérifier.

Une étude formulait ainsi la chose : « La perturbation de l'équilibre du cerveau des foetus entre les signaux pro-inflammatoires et anti-inflammatoires de la cytokine pourrait représenter un mécanisme essentiel dans les précipitations des pathologies liées à la schizophrénie suite à une infection maternelle prénatale et à des déséquilibres immunitaires congénitaux. » Une autre ajoutait : « Les données actuelles suggèrent que l'exposition foetale à une inflammation a pour résultat des changements épigénétiques au niveau du placenta et du foetus. » L'inflammation chez la mère fait donc le lit, je ne dis pas que c'est systématique, mais c'est un facteur aggravant dans l'apparition de pathologies mentales lourdes comme la schizophrénie.

Or le mercure contenu dans le vaccin contre la grippe génère de l'inflammation généralisée chez la mère. On peut donc en conclure qu'il existe un risque aggravé de pathologie de type psychiatrique chez les enfants dont la mère a été vaccinée pendant la gestation. Et ce risque s'inscrit dans une balance bénéfices-risques qui mérite d'être examinée avec lucidité. Si les bénéfices sont immenses et les risques immenses, on peut choisir de jouer en connaissance de cause, comme on entre dans un casino en sachant que l'on peut perdre gros mais aussi gagner gros. Mais si l'on vous dit que vous pouvez tout perdre et que, dans le meilleur des cas, vous gagnez un quart en barre, la question se pose autrement : vaut-il vraiment la peine de risquer autant pour si peu ?

— QUATRIÈME CHAPITRE

Un vaccin inefficace et lucratif

C'est précisément là que réside mon propos sur les choix libres et éclairés. Quelle est réellement cette balance ? Les calculs sur les doses de mercure ont déjà été abordés dans la vidéo précédente, il n'est pas utile d'y revenir ici. Ce qui mérite en revanche que l'on s'y attarde, c'est l'efficacité elle-même du vaccin contre la grippe, car il commence à se dire et à se savoir que ce vaccin ne sert pas à grand-chose.

Une étude intitulée « Vaccin contre la grippe : examen de l'efficacité du programme d'immunisation américain et considérations sur la réglementation » l'exprime sans détour : « Le programme actuel de vaccination contre les gripes semble inefficace. Il sera nécessaire de développer et de mettre sous licence un vaccin efficace, que l'on ne possède pas pour l'instant, qui confère une immunité significative contre une grande diversité de souches. » C'est là le problème central : le virus de la grippe mute en permanence. Lorsque l'on crée un vaccin contre une souche donnée, on a déjà plusieurs mois de retard, car on a pris la souche prévalente en septembre pour un vaccin qui sortira en décembre, alors qu'en décembre le virus est déjà passé à une génération suivante.

La même étude précisait : « Les destinataires de ces vaccins doivent être informés des limites et des risques du vaccin, ainsi que des alternatives à la vaccination. En particulier, ils doivent être informés de la possibilité que des vaccinations répétées pourraient augmenter le risque d'effets indésirables. » Il existe en effet un effet cumulatif bien documenté concernant l'aluminium et le mercure. Par ailleurs, il faut rappeler que plus de deux cents virus différents causent des symptômes grippaux identiques, à savoir fièvre, maux de tête, douleurs et écoulement nasal. Les vaccins contre la grippe injectés ont probablement un petit effet protecteur contre la grippe et les syndromes grippaux, selon des preuves qualifiées de modérées, mais la vaccination peut n'avoir que peu d'effets, voire aucun, sur les hospitalisations ou sur le nombre de jours de travail perdus.

L'efficacité chez les enfants n'est pas plus rassurante. Chez les enfants de moins de deux ans, l'efficacité du vaccin inactivé s'est révélée similaire à celle d'un placebo, c'est-à-dire sans aucune action sur la grippe. Et il convient de rappeler ici que les placebos utilisés dans ces études ne sont pas des solutions neutres : ce sont d'autres vaccins, administrés contre d'autres maladies, contenant eux aussi leur dose de thimérosal, d'aluminium et d'autres adjuvants. Le groupe dit « placebo » a donc lui aussi reçu le cocktail complet, sans que cela n'améliore pour autant les ré-

sultats. L'étude ajoutait : « Aucune comparaison d'innocuité n'a pu être effectuée, ce qui renforce la nécessité de normaliser les méthodes et la représentation des données sur l'innocuité des vaccins dans les futures études. »

Ce qui est particulièrement frappant, c'est la remarque suivante : il était surprenant de ne trouver qu'une seule étude sur le vaccin inactivé chez les enfants de moins de deux ans, étant donné les recommandations actuelles visant à vacciner tous les enfants sains dès l'âge de six mois aux États-Unis et au Canada. On recommande donc de vacciner des nourrissons en bonne santé, et il n'existe qu'une seule étude sur l'innocuité de ce geste, encore extrêmement lacunaire. Pour moi, cela s'appelle jouer à la roulette russe.

Enfants, seniors : aucune protection

Une autre étude portant sur le vaccin trivalent inactivé contre la grippe, désigné par le sigle TIV, est encore plus explicite : « Le TIV n'a pas apporté de protection contre l'hospitalisation chez les sujets pédiatriques, notamment chez les enfants souffrant d'asthme. Au contraire, nous avons trouvé une multiplication par trois du risque d'hospitalisation chez les sujets ayant reçu le vaccin TIV. » Plusieurs études convergent dans ce sens : aucune protection, et un risque trois fois plus élevé d'hospitalisation.

On m'objectera que le vaccin contre la grippe est surtout recommandé pour les personnes âgées. Je sais que mes propres parents, qui approchent de leurs quatre-vingts ans, se voient proposer ce vaccin chaque année avec une régularité absolue. Qu'en est-il réellement de son efficacité dans cette tranche d'âge ? Une étude intitulée « Impact de la vaccination contre la grippe sur la mortalité saisonnière chez la population âgée aux États-Unis » répond clairement : « Nous n'avons pas été en mesure d'établir une corrélation entre la couverture vaccinale croissante après 1980 et une baisse de la mortalité dans telle ou telle tranche d'âge. »

Les auteurs poursuivaient : « Comme moins de 10 % des décès hivernaux ont pu être attribués à la grippe, nous concluons que les études d'observation surestiment considérablement les bénéfices de la vaccination. Les études sur la mortalité excessive n'ont pas pu confirmer la baisse nationale de la mortalité liée à la grippe suite à la multiplication par quatre de la couverture vaccinale. » Des études avaient pourtant affirmé de manière homogène que la vaccination réduirait la mortalité hivernale toutes causes confondues d'environ 50 %, ce qui est une affirmation extrêmement étonnante étant donné que seulement environ 5 % de tous les décès hi-

vernaux peuvent être attribués à la grippe. Cette surestimation de l'efficacité a désormais été attribuée, selon les auteurs eux-mêmes, à « un parti pris déconcertant et profond concernant la sélection des points faibles dans les études ». Et la conclusion tombe : il n'existe à l'heure actuelle aucune étude scientifique non biaisée sur le sujet. Point.

Il y a des enjeux considérables autour du vaccin contre la grippe. On me dira peut-être que je bascule dans le conspirationnisme, mais c'est un vaccin qui rapporte énormément, et cela explique en partie les dynamiques à l'oeuvre. Un vaccin que l'on doit refaire tous les dix ans mobilise les patients à la caisse tous les dix ans. Un vaccin annuel multiplie ce chiffre d'affaires par dix. Je ne pars pas du postulat que tout cela est organisé dans le seul but de faire de l'argent, mais si un produit est inefficace et qu'on continue de le vendre chaque année, il y a un moment où il faudrait réagir. Ce n'est pas une interprétation ni une philosophie : vendre un vaccin génère des revenus, le vendre chaque année génère davantage de revenus. C'est une réalité arithmétique.

L'ESWI et les intérêts industriels

Au cours de mes recherches sur la grippe, je suis très souvent tombé sur quatre lettres : ESWI. J'ai même lu un article mentionnant que l'OMS allait présenter son plan de vaccination contre la grippe lors du congrès de l'ESWI. J'ai donc cherché à comprendre ce qu'était cette organisation. Il s'agit d'un groupement de chercheurs qui se sont donné une obligation morale d'éradiquer la grippe, un collectif réuni autour de cet objectif déclaré. Mais ce groupe d'influence est lui-même sous influence, comme je l'ai découvert en examinant ses statuts et ses sources de financement.

J'ai creusé, avec l'aide d'amis qui sont de véritables spécialistes du traçage d'informations en ligne, de petits génies du web capables de trouver là où l'information se cache. Et voici ce que l'on découvre : les laboratoires pharmaceutiques qui soutiennent l'ESWI incluent Hoffmann-La Roche, AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Seqirus, Sanofi Pasteur, Mylan et Janssen, c'est-à-dire certains des plus grands producteurs de vaccins contre la grippe au monde. C'est précisément ce que dénonçait l'article cité précédemment lorsqu'il évoquait les collusions entre les différents acteurs du modèle. Et pour ce qui est de la relative inefficacité du vaccin, même le CDC américain le reconnaît ouvertement, dans un article qui...

Le document publié sur le site du CDC, dont je transmets ici le lien, l'indique sans ambiguïté : « Durant la période du 2 novembre 2017 à février 2018, l'efficacité globale de la vaccination contre la grippe A et la grippe B s'est élevée à 36 %. » Trente-six pour cent d'efficacité signifie tout de même soixante-quatre pour cent d'inefficacité, globalement. Et il resterait encore à discuter de ce que les autorités entendent précisément par « efficacité ».

Il convient de faire le point sur ce virus de la grippe. Chaque année, il circule dans nos sociétés : c'est un phénomène endémique, tout le monde y est exposé, et cela est parfaitement naturel. Lorsqu'une personne y est exposée, elle acquiert ce que l'on appelle une immunité hétérosubtypique, c'est-à-dire une protection croisée à large spectre qui est la marque propre de l'immunité naturelle. J'espère que les personnes qui auront suivi ces vidéos auront retenu ce terme, tant il est fondamental pour comprendre ce dont il est question ici.

À l'inverse, les personnes vaccinées ne développent pas cette immunité à large spectre. Si l'on se projette sur vingt ans, le tableau devient préoccupant. Les souches virales n'ont pas cessé d'évoluer, et les personnes qui reçoivent une dose vaccinale chaque année voient leur immunité se resserrer progressivement, année après année, devenir de plus en plus spécifique, de plus en plus étroite. Ce rétrécissement continu de la réponse immunitaire n'est pas anodin.

Je comprends, d'ailleurs, que les personnels de santé n'aient pas envie de se faire vacciner tous les ans. Ils disposent certainement d'un minimum de connaissances en immunologie suffisant pour percevoir qu'en se vaccinant chaque année, leur immunité deviendra de plus en plus restreinte, de plus en plus spécialisée. La vaccination contre la grippe affaiblit donc les défenses immunitaires, accélère la mutation du virus et s'accompagne en outre de tous les effets secondaires potentiels que j'ai évoqués précédemment. La démonstration est faite.

— CINQUIÈME CHAPITRE

Le pneumocoque : une **course** sans fin

Je souhaite à présent aborder, dans ce même épisode, un dernier sujet : le pneumocoque. Il s'agit d'une bactérie qui s'attaque au poumon, responsable d'infections pulmonaires. On va retrouver ici exactement le même schéma que pour la grippe, et je vais donc aller à l'essentiel. La vaccination a bien entraîné une diminution des cas de pneumocoques issus de certaines souches, mais elle a simultanément provoqué une augmentation considérable des autres souches.

Parmi les nombreuses études que j'ai rassemblées dans le document de référence qui accompagne ces vidéos, l'une d'elles précise ceci : « L'introduction du vaccin conjugué pneumocoquique heptavalent PCV7 en 2000 aux États-Unis a eu un impact important sur la baisse de l'incidence de la maladie pneumocoquique invasive dans toutes les tranches d'âge, notamment chez les enfants de moins de 2 ans. Cependant, l'émergence de sérotypes pneumocoquiques hors vaccins en remplacement a abouti à une augmentation de l'incidence des infections graves et invasives. » Ce vaccin contenait sept souches de pneumocoques. Il a bien réduit les infections liées à ces sept souches, mais on a vu simultanément émerger de nouvelles souches, non couvertes par le vaccin, au point que la balance globale fait apparaître une augmentation nette des cas d'infection. C'est, en somme, contre-productif.

Environ six à dix ans après le lancement du PCV7, les maladies pneumocoquiques invasives chez les adultes ont considérablement augmenté. Une autre étude le formule ainsi : « La disparition quasi-totale des sérotypes vaccinaux s'est produite chez les jeunes enfants, avec un remplacement rapide par des sérotypes hors vaccins, ne réagissant pas à la pénicilline. » Or la pénicilline était précisément le médicament utilisé jusqu'alors contre les pneumocoques. On se retrouve donc face à des souches à la fois bien plus résistantes et bien plus virulentes.

Plus de souches, plus d'infections

La réponse proposée a consisté à passer de sept à treize sérotypes, autrement dit à élargir le nombre de souches couvertes par le vaccin. Cependant, dès 2014, des preuves de maladies pneumocoquiques invasives croissantes dues à des sérotypes non couverts par le PCV13 sont apparues, notamment chez les enfants de moins de six ans. Une étude indique que si cette augmentation continue, le bénéfice maximum du programme PCV13 chez les enfants pourrait avoir déjà été atteint. Autre-

ment dit, à peine avait-on élargi le vaccin à treize souches que de nouvelles souches non couvertes émergeaient déjà, rendant le bilan global à nouveau défavorable.

La logique de cette course sans fin est parfaitement lisible : on crée un vaccin à sept souches, on observe l'émergence de nouvelles souches, on passe à treize, et dès 2014 le même phénomène se reproduit. Faudra-t-il passer à vingt et un, à trente-six, à soixante-quatre, à cent huit sérotypes ? Il n'existe pas de limite à ce processus, et le bilan infectieux global ne cesse pourtant de se dégrader malgré ces élargissements successifs.

Il faut rappeler ici une étude sur laquelle nous nous sommes arrêtés longuement au début de cette réflexion. Elle établissait que le taux de mortalité infantile est aggravé avec l'augmentation du nombre de doses de vaccins administrées, et posait la question d'une éventuelle toxicité biochimique ou synergique. Elle démontrait une corrélation statistiquement significative entre le nombre de doses vaccinales et l'augmentation des taux de mortalité infantile. Cette corrélation peut sembler contre-intuitive, mais elle ne l'est que par rapport à une culture qui nous a été inculquée : celle selon laquelle les vaccins seraient inoffensifs. Or toutes les preuves accumulées démontrent qu'ils ne le sont pas.

Cette corrélation entre le nombre de vaccins et la mortalité infantile est d'autant plus cruciale qu'au 1er janvier 2018, la France a drastiquement augmenté le nombre de vaccins obligatoires. Je doute sincèrement qu'Agnès Buzyn n'ait pas eu connaissance de ces études. Si elle ne les a pas lues, c'est inquiétant pour une ministre censée faire des choix éclairés. Si elle les a lues et a maintenu ce calendrier vaccinal élargi, la question qui se pose est la suivante : que fait-on de ces données ? Les ignore-t-on délibérément ?

— SIXIÈME CHAPITRE

Le compte des **victimes** invisibles

Pour conclure cet épisode, je souhaite revenir sur le fonds de compensation des victimes d'accidents vaccinaux, le VICP, que l'on appelle parfois NC-VIP. Nous avons vu qu'il a indemnisé, sur vingt ans, un peu plus de 3,8 milliards de dollars de victimes d'accidents vaccinaux aux États-Unis. Nous avons également vu que, d'après les données disponibles, seulement 1 à 10 % des accidents vaccinaux sont effectivement déclarés et rapportés.

Cela m'a été confirmé par de nombreuses personnes ayant subi des accidents vaccinaux, avec lesquelles j'ai eu l'occasion de m'entretenir. Toutes me rapportent la même expérience : elles ont tenté de constituer un dossier d'indemnisation, et toutes décrivent un véritable parcours du combattant pour faire reconnaître le lien de causalité entre la vaccination et leur préjudice. Une amie dont la fille a été gravement handicapée après des vaccinations s'est vu opposer systématiquement l'argument génétique. Elle répond que sa fille allait bien avant, et qu'elle a décliné immédiatement après les vaccins. Mais la causalité, dans ce domaine, est toujours présentée comme difficile, voire impossible, à établir.

La plupart des parents dans cette situation disent pourtant la même chose : peu importe ce qu'on leur affirme, ils ont leur conviction parce qu'ils ont vu. En tant que parent, on connaît son enfant. On peut comprendre qu'un enfant tombe et s'écorche le genou : c'est un événement banal. Mais lorsqu'un enfant qui progressait normalement sur le plan cognitif, qui franchissait toutes les étapes du développement, commence soudainement à régresser, on cherche nécessairement quel événement extérieur a pu provoquer cela. Car une régression cognitive signifie qu'il se passe quelque chose au niveau du système nerveux. Ce n'est pas comparable à une égratignure. Et lorsque l'on cherche ce qui s'est passé dans les semaines précédentes, la vaccination s'impose comme réponse.

C'est pourquoi si peu d'accidents vaccinaux sont déclarés. En France, il n'existe pas, comme aux États-Unis, un système équivalent au VAERS, ce site sur lequel les victimes peuvent déclarer leurs accidents vaccinaux. Et même pour les États-Unis, les chiffres dont je dispose indiquent que seulement 1 à 10 % des accidents sont effectivement reportés au VAERS.

Un calcul révélateur

Prenons maintenant le temps de reconstituer ce calcul par étapes, car il est révélateur. Imaginons, dans une estimation volontairement généreuse, que dix pour cent des accidents vaccinaux sont effectivement déclarés au VAERS. En réalité, les études sur la sous-déclaration suggèrent que ce chiffre se rapproche plutôt de un pour cent, mais je choisis ici la fourchette haute afin de ne pas verser dans le catastrophisme.

Sur ces dix pour cent de cas déclarés, le NCVIP n'en compense qu'un tiers. Les deux tiers restants voient leurs dossiers rejetés. Partons donc des 3,8 milliards de dollars versés en vingt ans et demandons-nous combien de victimes cela représente. La compensation maximale accordée, notamment pour le décès d'un enfant, est fixée à 250 000 dollars. Si l'on divise 3,8 milliards par 250 000, on obtient environ 15 000 cas compensés. Ce chiffre correspond, bien entendu, au scénario le plus favorable, celui où chaque indemnisé aurait reçu le montant maximal, ce qui n'est absolument pas le cas dans la réalité.

Il faut ensuite appliquer les correctifs successifs. Ces 15 000 cas compensés ne représentent qu'un tiers des dossiers déposés : on multiplie donc par trois, ce qui donne 45 000 cas déclarés. Ces 45 000 cas ne représentent eux-mêmes que dix pour cent des accidents réels dans notre estimation haute : on multiplie donc encore par dix, ce qui nous amène à 450 000 cas sur vingt ans. Et cela dans l'hypothèse la plus conservatrice.

Il faut y ajouter une dernière considération. Les personnes qui prennent la peine de déclarer un accident au VAERS sont celles qui ont subi des effets indésirables graves et durables, suffisamment marquants pour déclencher une démarche administrative. La grande majorité des accidents vaccinaux, crises convulsives passagères ou réactions sévères sans séquelles à long terme, ne sont même jamais signalés. Le chiffre de 450 000 constitue donc une estimation basse, fondée sur l'hypothèse des dix pour cent.

Si l'on retient l'hypothèse plus réaliste d'une déclaration à hauteur de un pour cent seulement, le même calcul conduit à 4 500 000 cas sur vingt ans. Nous sommes là dans des volumes que l'on ne peut plus qualifier de marginaux. Ces chiffres méritent au minimum d'être posés clairement, d'être examinés sérieusement, et de nourrir un débat public informé.

Pour clore cet épisode, une question se pose naturellement : existe-t-il des vaccins formellement contre-indiqués chez la femme enceinte ou chez le très jeune enfant ? À ma connaissance, il n'en existe pas en tant que tels. Certains vaccins sont recommandés, d'autres sont obligatoires, mais aucun n'est explicitement interdit par la réglementation. Je préconise toutefois de vérifier ce point avec soin selon les situations individuelles.

Les prochains épisodes seront consacrés à deux vaccins qui méritent une attention toute particulière. Le premier est le vaccin contre le papillomavirus humain, dont l'usage concerne au premier chef les femmes et les jeunes filles, et dont les controverses sont loin d'être closes. Le second est le vaccin contre l'hépatite B, qui possède en France une histoire singulière : une polémique d'une ampleur considérable y a éclaté, laissant des traces durables dans les mémoires et dans les dossiers médicaux. Nous y reviendrons en détail.

— POUR ALLER PLUS LOIN

**Sources & la suite de
l'enquête.**



LA VERSION VIDÉO DE CET ÉPISODE

Vaccin de la grippe et du pneumocoque

Devenu père, Thierry s'est lancé dans une enquête personnelle sur la vaccination afin de faire un choix éclairé pour son fils. Dans cet épisode, il examine plus particulièrement le vaccin contre la grippe et les chiffres officiels entourant les épidémies annuelles.

[Regarder la vidéo sur RGNR →](#)

Sources et références citées

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

- Centre d'Épidémiologie sur les Causes Médicales de Décès (CépiDc) – données annuelles sur les décès par grippe en France** Thierry cite le CépiDc (via les travaux de Christophe Jarry) qui estime à 431 en moyenne le nombre de décès par grippe chaque année en France, contre 18 000 avancés par les médias.
- Agence Nationale de Santé Publique (Santé Publique France) – estimation de la mortalité grippe hiver 2014-2015** Thierry cite l'estimation de Santé Publique France à 9 000 décès pour l'hiver 2014-2015, contre 18 000 relayés par les médias.
- Haut Conseil à la Santé Publique (HCSP) – grippe saisonnière** Thierry cite le HCSP indiquant que la grippe saisonnière touche 2 à 8 millions de personnes annuellement en France et entraîne le décès de plusieurs milliers de personnes, essentiellement des plus de 65 ans.
- Jefferson T. et al. – « Are US flu death figures more PR than science? » – BMJ 2005** Thierry cite cette étude questionnant si les chiffres américains de décès dus à la grippe relèvent davantage des relations publiques que de la science, critiquant les incompatibilités entre estimations officielles du CDC et données statistiques vitales nationales, et dénonçant le 'marketing de la peur'.

- **Jefferson T. et al. – « Influenza vaccination of healthcare workers: what is the evidence for patient benefit? A critical review » – (étude sur la vaccination des personnels de santé)** Thierry cite cette revue critique concluant qu'aucune preuve publiée fiable ne démontre que la vaccination des personnels de santé contre la grippe saisonnière bénéficie aux patients, et que les recommandations de vaccination sont biaisées.
- **Bodewes R. et al. – « Annual vaccination against influenza virus hampers development of virus-specific CD8+ T cell immunity in children » / étude désignée 'Annual influenza vaccine, a double-edged sword'** Thierry cite cette étude montrant que la vaccination annuelle empêche le développement d'une immunité hétérosubtypique à large spectre, rendant les individus plus vulnérables aux nouvelles souches, et représentant un risque particulier pour les enfants.
- **Skowronski D.M. et al. – « Association between the 2008–09 seasonal influenza vaccine and pandemic H1N1 illness during Spring–Summer 2009 » – PLoS Medicine, 2010** Thierry cite cette étude canadienne montrant que la vaccination contre la grippe saisonnière 2008-2009 était associée à un risque accru de contracter le H1N1 confirmé par des médecins au printemps et à l'été 2009.

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](#)