

— ENQUÊTE SUR LA VACCINATION

Papillomavirus, hépatites, vaccin hexavalent et mort subite

Enquête sur la vaccination · Épisode 6

AU SOMMAIRE

1	Une enquête née de l'amour paternel	3
2	Le papillomavirus : corrélation contre causalité	6
3	Les atteintes neurologiques et auto-immunes	12
4	Décryptage du discours public	17
5	Vers l'hépatite B : un placebo compromis	21

— PREMIER CHAPITRE

Une enquête née de l'amour paternel

Jusqu'à présent, je me suis toujours intéressé à la santé, aux moyens d'y parvenir, sans jamais m'attarder sur les maladies, les médicaments ou la médecine. Ce n'est pas mon métier, je ne suis pas compétent pour cela et cela ne m'a pas particulièrement attiré. Pour moi, la santé passe avant tout le reste.

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 tôt ou tard à la question de la vaccination. J'entendais tout et son contraire : d'un côté, le discours classique sur l'évidence et le caractère absolument incontournable et anodin des vaccins ; de l'autre, les témoignages les plus inquiétants, notamment dans mon entourage proche, dont j'ai des exemples concrets sous les yeux.

Je me suis rendu compte, au fil du temps, que je n'avais pas les éléments nécessaires pour faire un choix éclairé sur la vaccination. Pour mon fils, je veux le meilleur, 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, et ce principe mérite d'être pris au sérieux.

Puisque personne ne semblait pouvoir m'éclairer sans prendre parti, je me suis lancé dans une enquête personnelle, avec toute l'énergie que me donne l'amour que je porte à mon fils. Je voulais enfin savoir ce qu'il en était de la vérité sur la vaccination. Mon opinion personnelle n'a, au fond, aucune importance, et mes choix individuels non plus. Ce que je souhaite, 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, et pour des enfants heureux et en bonne santé. C'est dans cet esprit que je pose des questions et que je tente d'y répondre. Nous voulons tous que nos enfants se portent bien. Ce film est le témoignage de cette enquête, le récit de mon chemin vers la vérité sur la vaccination.

Des sources publiques, un travail ouvert

Je tiens à préciser, avant d'aller plus loin, qu'il n'y a rien de spectaculaire dans ce que j'avance. Toutes les informations que je présente sont accessibles. Je n'ai fait que prendre le temps de consulter des sites de référence : des revues de recherche scientifique, le site du CDC aux États-Unis, celui de l'OMS, de la FDA, c'est-à-dire la

Food and Drug Administration, ainsi que le site de Vaccination Info Service en France. Ces sources sont publiques et disponibles pour quiconque souhaite les consulter. J'y ai simplement consacré du temps, et c'est ce temps que je mets aujourd'hui au service de ceux qui ne peuvent pas en faire autant.

L'ensemble de mes documents de travail, avec toutes les études citées, en anglais comme en français, accompagnées de leurs liens actifs, est disponible en téléchargement gratuit. Il suffit de cliquer pour accéder aux sources, les comparer, les étudier, et vérifier l'origine de chacune de mes affirmations. J'invite chaque personne à le faire.

Dans cet épisode, qui est l'avant-avant-dernier de la série, je souhaite passer en revue deux vaccins emblématiques : le vaccin contre le papillomavirus humain et le vaccin contre l'hépatite B. Nous aborderons également la question du syndrome de mort subite du nourrisson et celle des vaccins hexavalents, qui constituent la petite surprise du début de l'année 2018, avec la nouvelle loi qui vient d'entrer en vigueur. Cette loi légitime l'utilisation de ces vaccins hexavalents, et je me suis posé la question de savoir comment on en est arrivé là.

Comment la France a-t-elle abouti à des choix vaccinaux qui, par certains aspects, vont à l'encontre de ceux adoptés par la plupart des autres pays européens ? La grande majorité des pays d'Europe s'oppose à l'obligation vaccinale, tandis que la France, elle, a choisi de la renforcer. Il n'existe en réalité que quelques pays du sud de l'Europe où l'obligation vaccinale est encore en place, à savoir l'Espagne, l'Italie et la France. Dans tous les pays du nord de l'Europe, il n'y a plus aucune obligation : la vaccination y est recommandée, soutenue par des mesures d'incitation, mais elle n'est pas imposée. Ce point fera l'objet du prochain épisode.

— DEUXIÈME CHAPITRE

Le papillomavirus : corrélation contre causalité

Pour l'heure, intéressons-nous au papillomavirus humain, désigné par le sigle HPV. Il existe plus de deux cents virus dans cette famille. Aussi, lorsqu'on dit « le papillomavirus », il faudrait en réalité dire « les papillomavirus ». Ce virus est couramment associé à ce qu'on appelle une verrue génitale, ce qui, considéré ainsi, ne semble pas particulièrement grave. Cependant, il est affirmé que certains génotypes de papillomavirus, c'est-à-dire certaines souches parmi ces deux cents, seraient responsables de 99 % des cancers du col de l'utérus. Ces souches se transmettent par voie sexuelle et infectent les muqueuses, tandis que d'autres souches se transmettent par simple contact cutané.

Ces affirmations, je les ai relevées sur Wikipédia, et ce sont elles que reprennent en boucle les grands médias. On se retrouve alors face à un tour de passe-passe très semblable à celui que j'ai déjà décrit à propos des anticorps : vaccination égale élévation des anticorps, élévation des anticorps égale immunisation, donc vaccination égale immunisation. Ici, le raisonnement est le suivant : éradication du papillomavirus égale éradication du cancer. Or je vais démontrer que le lien de causalité entre papillomavirus et cancer n'a jamais été prouvé. L'affirmation selon laquelle certaines souches de papillomavirus seraient responsables de 99 % des cancers du col de l'utérus est une allégation sans fondement scientifique solide.

Je comprends la logique du législateur : si l'on nous dit que des souches de papillomavirus causent 99 % des cancers du col de l'utérus, et que ce cancer est particulièrement dévastateur, puisqu'il implique souvent le retrait des trompes de Fallope et prive ainsi de jeunes femmes en âge de procréer de toute possibilité d'avoir des enfants, alors il paraît cohérent de mettre en place une politique de vaccination. Cela se tient, en apparence. Mais encore faut-il que la prémisse soit vraie.

La politique de vaccination cible les jeunes filles dès l'âge de neuf ans. J'avoue que cela me pose quelques difficultés. Si l'on considère que ce virus se transmet principalement par voie sexuelle, fixer la limite à neuf ans revient à présupposer que c'est l'âge des premières relations sexuelles, ce que je trouve, à titre personnel, révélateur d'un certain dérèglement dans notre rapport à l'enfance. Un âge de treize à quinze ans me paraîtrait plus cohérent avec la nature même de la transmission.

Un vaccin sans preuve d'efficacité

Mais revenons à l'essentiel : corrélation ne vaut pas causalité. Ce n'est pas parce qu'on observe simultanément des cancers du col de l'utérus et la présence du papillomavirus que ce dernier en est nécessairement la cause. Sur ce point, je cite quelques-unes des études que j'ai réunies. En s'appuyant sur les données existantes, on est forcé de conclure que, si les données expérimentales suggèrent un potentiel oncogénique, c'est-à-dire un potentiel cancérigène pour le HPV, les preuves épidémiologiques impliquant ce virus comme cause de néoplasie du col de l'utérus demeurent extrêmement limitées. On est très loin des 99 % annoncés.

Une autre citation mérite d'être lue avec attention, et je la répète volontairement deux fois tant elle est importante : « L'affirmation selon laquelle le vaccin HPV aboutirait à réduire d'environ 70 % le cancer du col de l'utérus a été prononcée malgré le fait que les données relatives aux essais cliniques n'ont pas démontré à ce jour que les vaccins ont réellement empêché un seul cas de cancer du col de l'utérus. » Pas un seul cas. Il n'existe pas une seule preuve scientifique qu'un vaccin contre le papillomavirus ait empêché un seul cancer du col de l'utérus.

Parmi ces deux cents souches, il est dit qu'une quinzaine seraient responsables du cancer du col de l'utérus. Sur la base de cette affirmation, deux vaccins ont été développés pour cibler ces souches spécifiques. Le premier se nomme le Cervarix, le second le Gardasil. Le Cervarix est un vaccin bivalent, ciblant les souches HPV 16 et 18. Le Gardasil est un vaccin quadrivalent, ciblant les souches 6, 11, 16 et 18. Les souches 6 et 11 seraient, quant à elles, responsables de 90 % des verrues génitales.

Sur le plan économique, une injection de Gardasil coûte 150 euros. Or il faut trois injections par personne, ce qui représente 450 euros par individu traité. Ce n'est plus anodin. Nous aborderons plus en détail, dans un prochain épisode, la question du marché des vaccins, mais je peux déjà indiquer que la marge brute sur les vaccins dépasse les 60 %. Appliquée à 450 euros, cette marge représente environ 300 euros de bénéfice net par personne et par programme complet. Ce sont des chiffres qui méritent d'être gardés à l'esprit lorsqu'on évalue les motivations qui entourent ce type de politique de santé publique.

Pression sur quatre souches, explosion des autres

Je me suis donc posé la question suivante : en vaccinant contre seulement quatre souches du papillomavirus humain, à savoir les souches 6, 11, 16 et 18, sur une famille qui en compte deux cents, exerce-t-on une pression suffisante sur ces quelques souches pour provoquer une explosion compensatoire des autres ? C'est précisément ce raisonnement que j'ai cherché à vérifier dans la littérature scientifique.

Je n'ai pas trouvé une quantité considérable d'études sur ce sujet, mais j'en ai trouvé suffisamment pour affirmer qu'il se passe vraisemblablement quelque chose de cet ordre. L'une de ces études indique que la prévalence totale des types de papillomavirus humain, c'est-à-dire la présence et la circulation des infections à HPV dans la population, était similaire durant l'ère pré-vaccinale et durant l'ère post-vaccinale. Autrement dit, entre la période où les vaccins n'existaient pas encore et celle où ils sont largement administrés, on n'observe globalement aucune évolution de la quantité de souches de HPV en circulation dans la population.

Ce constat appelle une conclusion inévitable. Si les vaccins ont effectivement éradiqué certaines souches, comme on le prétend, alors d'autres souches ont nécessairement pris leur place, puisque la prévalence globale, elle, est restée stable. Il n'existe pas d'autre façon d'interpréter cette donnée : on a observé une forte augmentation de la virulence et de la circulation des souches de HPV non ciblées par les vaccins. L'autre interprétation, tout aussi recevable, est que le vaccin n'a tout simplement rien fait, et que la stabilité de la prévalence s'explique par une absence totale d'effet vaccinal réel.

Cette étude apporte un autre élément troublant : le pourcentage de types de HPV à haut risque ne figurant pas dans le vaccin était plus élevé que prévu. Il s'est avéré que huit types de HPV, précédemment classifiés comme étant à faible risque ou seulement probablement à haut risque, sont en réalité des HPV à haut risque avéré. Pour mieux comprendre ce que cela signifie, il faut rappeler le cadre général : sur les deux cents souches connues de papillomavirus, les autorités scientifiques en avaient identifié quinze comme étant responsables du cancer du col de l'utérus. Je rappelle au passage que cette causalité n'a jamais été démontrée scientifiquement. Au mieux, on dispose d'une corrélation, mais la relation causale entre l'infection à HPV et le cancer du col de l'utérus n'a jamais été établie de façon rigoureuse.

Sur ces quinze souches supposément responsables, les fabricants ont choisi de cibler les quatre les plus communes. Et voilà que l'on découvre, après coup, que des souches jugées sans danger se révèlent en fait préoccupantes. On nage, en somme. On ne sait pas vraiment. Il faudrait peut-être vacciner contre les deux cents souches pour obtenir un résultat quelconque, et encore, puisque les données mêmes des études montrent qu'avant les vaccins et après les vaccins, la situation globale n'a pas évolué. Et je le rappelle une fois encore : il n'existe pas la moindre preuve scientifique qu'un seul vaccin ait empêché le moindre cancer du col de l'utérus.

La question du rapport bénéfice-risque se pose alors avec une acuité particulière. Si l'on vaccine des fillettes de neuf ans avec un vaccin contenant de l'aluminium et l'ensemble des adjuvants connus, avec tous les risques de toxicité avérés que cela implique, et que l'on ne peut démontrer aucun bénéfice réel en termes de prévention du cancer, on est en droit de s'interroger sérieusement sur la légitimité de cette pratique.

Des tests biaisés, un placebo qui n'en est pas un

Il y a un autre point qui a particulièrement retenu mon attention : les conditions dans lesquelles les tests de sécurité de ces vaccins ont été réalisés. Pour qu'un vaccin soit mis sur le marché, il doit faire l'objet d'études d'innocuité. Or, sur les quatre tests cliniques ayant permis la validation des vaccins contre le papillomavirus humain, trois ont été réalisés par les fabricants des vaccins eux-mêmes. Gardasil a ainsi été évalué par Merck, son propre fabricant. On peut s'interroger sur l'indépendance d'un laboratoire qui a investi des millions pour mettre au point un vaccin et qui se retrouve ensuite à en évaluer lui-même la sécurité. Techniquement, il lui serait très difficile de conclure que son produit est dangereux ou inefficace.

À cela s'ajoute un problème méthodologique fondamental : dans ces études, le placebo utilisé comme groupe contrôle n'était pas une solution saline inerte. C'était un vaccin de type hépatite B, ou directement l'adjuvant aluminique contenu dans le vaccin lui-même, c'est-à-dire le sulfate d'hydroxyphosphate d'aluminium amorphe. J'ai trouvé des études qui s'offusquent explicitement de ce choix. L'une d'elles énonce clairement que le choix de l'aluminium comme contrôle dans les études sur les vaccins est contraire aux principes scientifiques régissant les groupes témoins.

Des chercheurs le disent donc noir sur blanc : si l'on souhaite tester la sécurité d'un vaccin, on ne le compare pas à un produit que l'on connaît déjà comme neurotoxique.

— TROISIÈME CHAPITRE

Les atteintes neurologiques et auto- immunes

Poussé par mon caractère un peu fureteur, je suis allé consulter le site du laboratoire Merck consacré spécifiquement au Gardasil, afin d'y lire les effets indésirables mentionnés officiellement. Il est inscrit noir sur blanc que des évanouissements peuvent survenir après avoir reçu ce vaccin. Le simple fait que cet effet soit répertorié parmi les effets indésirables officiels signifie qu'il n'est pas anecdotique : il a été observé en nombre suffisant pour imposer une mention explicite. Or un évanouissement n'est pas un phénomène anodin : il suppose nécessairement une atteinte du système nerveux central. Il n'y a pas d'évanouissement sans perturbation neurologique.

Et juste en dessous de cette mention, je lis : « Certaines personnes qui s'évanouissent peuvent trembler ou devenir raides. » Ce tableau clinique ressemble fort à une crise d'épilepsie. J'ai donc cherché dans la littérature scientifique des témoignages et des données confirmant cette atteinte du système nerveux central. J'ai trouvé une étude portant sur le programme de vaccination infantile danois, où le vaccin quadrivalent contre le HPV a été introduit en 2009. Cette étude décrit, pour les années suivantes, divers symptômes correspondant principalement à un dysfonctionnement du système nerveux sympathique signalés comme effets secondaires suspectés. Toutes les patientes présentaient des symptômes liés à un dysfonctionnement du système nerveux autonome, incluant divers degrés d'intolérance orthostatique, des maux de tête sévères hors migraine, une fatigue excessive, des dysfonctionnements cognitifs, des troubles gastro-intestinaux et des douleurs généralisées de type neuropathique, ce que l'on désigne communément sous le nom de fibromyalgie.

Une autre étude, portant cette fois sur le Japon, évoque les effets indésirables suspectés après la vaccination contre le papillomavirus humain et leur relation temporelle avec l'administration du vaccin. Elle indique qu'il est suggéré que cette vaccination est liée à une haute prévalence des symptômes déjà cités, incluant le syndrome de douleur régionale chronique, apparenté à la fibromyalgie, ainsi que des dysfonctionnements végétatifs et cognitifs chez les patients vaccinés. Une haute prévalence signifie ici un risque élevé et récurrent, non un phénomène isolé. Le Japon, d'ailleurs, a supprimé la vaccination contre le HPV de ses recommandations officielles en raison d'un véritable scandale sanitaire provoqué par la multiplication des effets indésirables graves. Une troisième étude porte sur le dysfonctionnement du système nerveux sympathique périphérique chez des adolescentes japonaises à la suite de l'administration de ce vaccin.

Le mimétisme moléculaire en cause

Je me suis alors demandé quel pourrait être le mécanisme biologique à l'origine de ces atteintes neurologiques. Cette question, qui correspond tout à fait à ma façon de chercher, m'a rapidement conduit vers des pistes pointant vers ce que l'on appelle une réaction auto-immune. J'ai ainsi trouvé une étude intitulée « Réactivité croisée potentielle entre la protéine du HPV16 et des antigènes associés à des syndromes systémiques ». Pour comprendre ce dont il s'agit, il faut rappeler ce qu'est une maladie auto-immune : c'est une situation dans laquelle le système immunitaire d'un être humain se retourne contre ses propres tissus et commence à les attaquer. L'une des théories les plus en vogue actuellement pour expliquer ce mécanisme est précisément celle de la réactivité croisée, et c'est ce que je vais développer.

Ce phénomène porte un nom précis : le mimétisme moléculaire. Il désigne le processus par lequel des fragments de protéines venus de l'extérieur pénètrent dans l'organisme sans avoir été décomposés, et que le corps reconnaît comme des éléments étrangers. Face à ces intrus, le système immunitaire fabrique des anticorps pour les neutraliser. Or il se trouve que ces fragments de protéines partagent la même séquence que certains tissus humains. Le système immunitaire se met alors à attaquer ses propres constituants. Ce que soulignent les chercheurs, c'est que le vaccin contre le HPV contient des séquences protéiques ressemblant à des séquences que l'on trouve à l'intérieur du corps humain.

Ce processus auto-immun survient précisément lorsque la frontière entre le « moi » et le « non-moi » s'efface. Et c'est exactement ce qui se produit lorsque l'on injecte directement dans l'organisme des substances venues de l'extérieur, en contournant les voies naturelles de filtration. Chaque fois que l'on m'évoque une maladie auto-immune, je parle d'abord de perméabilité intestinale, c'est-à-dire de la perméabilité de ce qui constitue la frontière entre le « moi » et le « non-moi ».

Pour qu'une attaque auto-immune se produise, il faut que le système immunitaire du corps, qui est essentiellement mucosal, laisse pénétrer à l'intérieur de l'organisme des fragments protéiques non décomposés, ce qu'il ne devrait en aucun cas faire. Chaque fois que quelqu'un me dit souffrir d'une maladie auto-immune, je lui réponds que cela signifie que son système de sélection ne fonctionne plus correctement. Sauf que, précisément, lorsqu'on injecte directement, ce système de sé-

lection est court-circuité : la barrière muqueuse est entièrement contournée. On injecte ainsi des protéines non décomposées directement dans le système, et le corps ne sait pas les traiter.

Je l'avais déjà mentionné dans la première vidéo consacrée aux allergies alimentaires : on injecte des protéines complètes non digérées, et le corps développe en réponse des mécanismes allergiques. La réaction auto-immune n'est qu'une des facettes de ces mécanismes de type allergique, c'est-à-dire le résultat de protéines complètes non digérées qui pénètrent dans le système sans pouvoir y être traitées. Pour étayer cela, j'ai rassemblé plusieurs études. En voici une que je cite avec plaisir : « Nous avons documenté ici la preuve de la possibilité que le vaccin HPV déclenche un problème auto-immun aboutissant à un handicap permanent. Le nombre croissant de rapports similaires sur l'auto-immunité liée au vaccin HPV et l'incertitude liée au bénéfice clinique à long terme de la vaccination HPV sont un sujet de santé publique qui nécessite de nouvelles recherches rigoureuses. »

Je ne vous donnerai pas ces recherches rigoureuses en mille : je ne les ai pas trouvées. Cela dit, il serait injuste de le reprocher aux chercheurs qui ont rédigé ces conclusions. Un chercheur vous dira toujours qu'il est très difficile d'établir des rapports de causalité. Tout ce qu'ils peuvent faire, c'est signaler une corrélation très forte et appeler à la vigilance. C'est une démarche scientifique honnête. C'est un peu comme de dire : il y a eu un meurtre dans cette maison, et j'ai vu un homme en sortir juste après les faits. On n'a pas la preuve que c'est lui, c'est entendu. Mais on n'a pas non plus la preuve que ce n'est pas lui. Il y a une corrélation, sans qu'une causalité soit établie. C'est l'un des écueils majeurs de la démarche scientifique, et on le retrouve à plusieurs reprises dans ce dossier.

Ovaires attaqués, fertilité détruite

Je me suis alors posé la question suivante : cette attaque auto-immune, quelle partie du corps cible-t-elle de préférence ? Il semblerait qu'elle s'oriente particulièrement vers les ovaires, et que l'on assiste actuellement à une véritable épidémie d'insuffisance ovarienne précoce. Un nombre croissant de cas d'insuffisance ovarienne précoce après administration du HPV4, c'est-à-dire le Gardasil, sont signalés. Les mécanismes possibles de l'effet suspecté du vaccin HPV sur la fonction reproductive féminine sont soit une toxicité directe, soit une réponse auto-immune, soit les deux à la fois. Le déclencheur pourrait être le contenu immunogène du vaccin, c'est-à-dire les protéines qu'il contient, ou bien les adjuvants, soit l'aluminium.

Dans ce scénario, le corps attaque ses propres ovaires, provoquant une insuffisance ovarienne précoce. Pour de jeunes filles, cela signifie non seulement qu'elles ne pourront plus jamais avoir d'enfants, mais aussi qu'elles développeront très jeunes des troubles hormonaux considérables. C'est un handicap à vie, et ce n'est pas une chose anodine. L'étude conclut d'ailleurs en ces termes : « Les principes de l'autorisation éclairée de la santé de la population et de la confiance envers les vaccins nécessitent des études soigneuses, rigoureuses et indépendantes pour établir l'innocuité ovarienne du vaccin HPV. » Je suis entièrement d'accord. Il nous faut les conditions permettant un consentement éclairé, et cela suppose des études rigoureuses et indépendantes, non des essais d'innocuité réalisés par les fabricants eux-mêmes avec des placebos qui n'en sont pas vraiment.

Pour résumer l'état des connaissances : le papillomavirus humain cause de manière certaine des verrues génitales. Pour le reste, on ne sait pas, on n'a aucune preuve. Une vaste campagne a été menée pour associer le HPV au cancer du col de l'utérus, mais elle ne s'appuie sur rien, absolument rien. Il n'y a aucune justification scientifique solide. On pourrait annoncer n'importe quoi : je pourrais dire que le papillomavirus est responsable de l'enrichissement soudain des personnes qui le contractent. Mon opinion n'a aucune importance ; ce qui compte, c'est la vérité. Si j'arrivais avec une quantité de documents prouvant que tous les porteurs du papillomavirus se sont enrichis rapidement, on pourrait dire qu'il existe une forte corrélation. Établir la causalité serait une autre affaire. Vous voyez où je veux en venir.

— QUATRIÈME CHAPITRE

Décryptage du discours public

Résumons donc la situation de ce vaccin. On a un vaccin évalué en le comparant à un placebo chargé d'aluminium. On a un vaccin qui n'a jamais prévenu le moindre cancer du col de l'utérus. On a un vaccin suspecté, avec une forte corrélation, de provoquer une insuffisance ovarienne précoce, c'est-à-dire une attaque auto-immune dirigée contre les ovaires. Le fabricant lui-même a noté parmi les effets indésirables des épisodes de type épileptique, témoignant d'une atteinte du système nerveux central. Cela fait déjà beaucoup pour un seul et même vaccin. Mais ce n'est pas tout.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à condamner définitivement les personnes que je cite. N'importe qui peut commettre des erreurs, et n'importe qui peut y revenir. Je ne suis pas quelqu'un qui juge les êtres à vie. Cela étant, notre ministre Agnès Buzyn, qui est responsable des choix vaccinaux de notre pays, a déclaré : « La question qui se pose à notre pays est celle d'une large campagne de vaccination contre le virus HPV, pour les filles comme pour les garçons. Cela permettrait d'une part de faire diminuer la prévalence du virus dans la population, et d'autre part de prévenir chez les jeunes garçons homosexuels le cancer du canal anal ainsi que les cancers ORL. » Jamais le moindre lien n'a été prouvé entre ce vaccin et la prévention de ces cancers. De plus, vacciner des enfants de neuf ans contre des maladies sexuellement transmissibles me choque profondément.

Il faut également savoir ce que ces vaccinations impliquent concrètement sur le plan du suivi médical : des frottis vaginaux et des touchers rectaux chez des enfants de neuf ans. Je n'appelle pas cela bizarre. Je l'appelle pervers. Non pas que j'accuse les professionnels de santé qui pratiquent ces actes dans un cadre médical. Ce que je dis pervers, c'est l'effet que cela produit sur l'individu, sur l'enfant. Comment un enfant de cet âge peut-il vivre une telle intrusion dans sa sphère intime ? C'est une question qui mérite d'être posée sérieusement.

L'Australie : verrues éradiquées, cancer intact

On m'a rapporté, et j'avais moi-même remarqué, un article du Figaro consacré aux résultats de la vaccination en Australie, au titre évocateur : « L'Australie sur le point d'éradiquer le cancer du col de l'utérus. » Je vais vous proposer ici un exercice que l'on appelle la lecture critique, quelque chose qui fait cruellement défaut à notre époque. Ce n'est pas le cancer du col de l'utérus qui serait en voie d'éradication. Ce

que le Figaro a opéré, c'est un biais cognitif : il a associé la diminution du HPV à la disparition du cancer du col de l'utérus. Ce sont deux réalités distinctes, et cette confusion mérite d'être examinée de près.

L'Australie n'est donc pas sur le point d'éradiquer le cancer du col de l'utérus. Elle est sur le point d'éradiquer certaines souches du papillomavirus qu'on a associées, frauduleusement, au cancer du col de l'utérus. C'est là où réside toute la perversité du titre journalistique. Le journaliste, qui soit n'y connaît rien, soit est un menteur patenté, opère une substitution sémantique que rien ne justifie scientifiquement. Ce qui s'est passé en Australie est pourtant simple à décrire : on a vacciné massivement contre quatre souches du papillomavirus humain, et ces quatre souches sont effectivement en diminution. On n'a jamais prouvé que ces souches étaient à l'origine du cancer du col de l'utérus. Personne ne peut donc affirmer sérieusement qu'on est sur le point d'éradiquer ce cancer.

La question qui suit immédiatement est celle des autres souches de VPH. J'ai montré, études à l'appui, qu'elles ont augmenté. Ce qui s'est donc passé en Australie, c'est qu'on a vacciné contre quatre souches, toutes les autres ont progressé, et on n'a aucun moyen de dire si l'ensemble du tableau va se traduire par une diminution des cancers du col de l'utérus. Pour le prouver, il faudrait au minimum des études à vingt ans, ce que personne n'a réalisé. Le seul point positif sur lequel l'article ose s'engager, et que j'avais noté, est une baisse très significative en quelques années de la prévalence des verrues génitales. On ne mesure donc plus une réduction du cancer, on mesure une réduction des verrues génitales.

Et honnêtement, avec une poire à lavement et un peu de bicarbonate de soude, on règle la question des verrues génitales en moins de deux. La performance scientifique et technique se résume donc à ceci : on a développé un produit chargé d'aluminium, de triton X-100 et d'autres substances aux noms improbables, uniquement pour agir sur des verrues génitales. C'est le seul résultat mesurable disponible à ce stade. Tout le reste n'est qu'extrapolation.

Une répétition qui tient lieu de preuve

Il est impossible de prouver une réduction des cancers du col de l'utérus avec un recul de deux ou trois ans. Les données australiennes permettent de conclure sur les verrues génitales, et rien d'autre. Ce qui est pervers dans ce discours, c'est le lien de causalité qu'on construit progressivement dans les esprits. On répète sans cesse que le cancer du col de l'utérus est causé par le papillomavirus humain, et

plus précisément par ces quatre souches. On le répète, on le répète, on le répète, jusqu'à ce qu'on oublie que ce lien n'a jamais été démontré. Dès lors, quand on annonce que ces quatre souches sont en diminution, la conclusion semble s'imposer d'elle-même : le cancer va diminuer. Mais non, ce n'est scientifiquement pas vrai.

Le cancer du col de l'utérus est en explosion dans les pays modernes et industrialisés, c'est un fait établi, et il n'y a aucun endiguement observable. Comme je l'ai montré précédemment, avant et après les campagnes de vaccination, on arrive aux mêmes résultats, avec environ cinquante-cinq pour cent d'infection. Rien ne bouge. Le vaccin n'a aucune influence mesurable sur ce plan. Sur ce sujet, les conclusions s'arrêtent là.

— CINQUIÈME CHAPITRE

Vers l'hépatite B : un placebo compromis

Je souhaite maintenant passer à l'hépatite B. Mais avant cela, il me faut rappeler un élément que j'ai déjà mentionné : le Gardasil, le vaccin contre le papillomavirus humain, a été évalué en comparant sa toxicité à celle du vaccin contre l'hépatite B. Si l'on vient à démontrer que ce vaccin contre l'hépatite B est lui-même toxique, cela signifie que le Gardasil a été comparé à quelque chose d'extrêmement toxique. Ce n'est pas anodin. C'est même inquiétant. Et c'est précisément ce que je vais examiner maintenant.

J'ai plusieurs suspicions concernant le vaccin contre l'hépatite B, notamment parce qu'il contient à la fois du mercure et de l'aluminium. J'ai également en mémoire une importante polémique survenue en France autour des années 2010, concernant un lien supposé entre ce vaccin et la sclérose en plaques. Cette affaire s'est terminée par un non-lieu, mais de nombreuses personnes ont considéré que ce non-lieu était politiquement correct et qu'il dissimulait des réalités bien plus complexes. C'est dans ce contexte que j'aborde la question de l'hépatite B.

Il existe deux types d'hépatite. L'hépatite A est complètement anodine, la vaccination ne sert à rien, c'est une petite hépatite sans conséquence grave, on peut l'écarter. L'hépatite B, en revanche, est une hépatite virale dont la transmission se fait soit par voie sexuelle, soit par injection. Elle concerne donc, dans notre population, des personnes en âge d'avoir des relations sexuelles et des personnes toxicomanes. Pour un nourrisson dont la mère n'est pas elle-même porteuse du virus de l'hépatite B, il n'y a aucune logique à pratiquer une vaccination.

On a vu par ailleurs que le déclin vaccinal est assez rapide pour l'hépatite B. À quatorze ou quinze ans, l'immunité est déjà beaucoup plus faible, or c'est précisément l'âge auquel un enfant peut commencer à avoir des relations sexuelles, voire, malheureusement, à expérimenter des substances injectables. Et les données montrent que les populations les plus touchées par l'hépatite B chronique sont les personnes âgées de trente à quarante-neuf ans. C'est une donnée qui rassure sur un point : on ne commence généralement pas à se droguer par injection à quinze ans. Ce sont bien les trentenaires et les quadragénaires qui constituent les populations à risque réel, ce que je montrerai plus en détail ensuite.

On retrouve, avec le vaccin contre l'hépatite B, le même type de statistiques folkloriques que celles rencontrées avec la grippe. Sur le site du gouvernement français, sur la page [infovaccination](#), on annonce qu'en France, près de deux cent quatre-vingt mille personnes seraient porteuses d'une hépatite B chronique, et que

chaque année, près de mille cinq cents décès y seraient liés. Ces chiffres m'ont paru très élevés, d'autant que le gouvernement ne fournit aucune étude pour les étayer. J'ai donc cherché une source indépendante.

J'ai trouvé une étude réalisée en France par une équipe de chercheurs américains, portant sur les causes de décès chez des personnes atteintes d'infections chroniques par le virus de l'hépatite B, conduite sur des cohortes de population entre 1994 et 2009. Cette étude indique que sur cette période de quinze ans, mille cent dix-sept personnes ont reçu un diagnostic d'infection chronique par le VHB. On est très loin des deux cent quatre-vingt mille annoncés. Sur ces personnes diagnostiquées, cent trente-six sont mortes entre 1994 et 2009, soit en quinze ans. On nous annonce pourtant mille cinq cents décès par an. L'écart est proprement délirant.

Je suis allé vérifier, parce qu'une telle différence me semblait signaler une erreur quelque part. Je tiens à le préciser : je ne suis pas anti-vaccination. Je ne saute pas sur les chiffres sans les examiner. Si on me prouve que la vaccination présente un intérêt réel, je suis prêt à le reconnaître sans hésitation. Ce que je veux, c'est évaluer la balance bénéfice-risque avec rigueur, surtout lorsqu'il s'agit d'une injection. Si on me demandait d'avaler quelque chose, le système immunitaire pourrait encore faire son travail par les voies naturelles. Mais une injection court-circuite ce processus, et je veux savoir ce que l'on introduit ainsi dans l'organisme.

Je suis donc allé consulter le site du CDC, le Center for Disease Control, aux États-Unis. On y annonce mille huit cents morts par an liés à l'hépatite B. Or la population américaine est trois à quatre fois supérieure à celle de la France. Si les deux pays avaient une proportionnalité comparable, ce qui est généralement le cas pour des sociétés au même niveau de développement, la France devrait annoncer environ trois cent soixante morts par an, et non mille cinq cents. Il y a là une incohérence manifeste entre les deux gouvernements, et personne ne semble s'en préoccuper. Je livre ces éléments tels qu'ils sont, sans conclusion définitive : une étude française parle de cent trente-six morts sur quinze ans, le CDC américain annonce mille huit cents par an, et le gouvernement français avance mille cinq cents par an. Rien de tout cela n'est crédible dans sa cohérence d'ensemble, et pourtant ce sont les chiffres officiels sur lesquels repose la politique vaccinale.

Les chiffres que j'avais tirés du site de l'INED, ce fameux répertoire qui recense les causes de mortalité en France ainsi que les maladies mortelles, m'indiquaient une fourchette comprise entre 200 et 600 décès par hépatite virale par an. On était donc très loin des 1 500 décès avancés par certaines sources officielles. Le flou artistique était total.

Mais ce qui a vraiment retenu mon attention, au-delà de ces approximations chiffrées, c'est un phénomène que j'ai d'abord découvert à travers les statistiques que Christophe Jarry m'avait transmises, et que j'ai ensuite vérifié par moi-même. J'ai constaté une sorte de transfert, un glissement silencieux. Le nombre total d'hépatites, toutes formes confondues, était en explosion constante. Dans le même temps, les hépatites aiguës étaient en chute depuis l'apparition du vaccin, tandis que les hépatites chroniques, elles, ne cessaient de progresser.

La distinction entre ces deux formes est pourtant simple. Une hépatite aiguë est une hépatite qui ne dure pas longtemps. Une hépatite chronique est une hépatite qui s'installe dans la durée, une durée qui, si l'on ne change rien à sa vie, à ses habitudes ou aux causes profondes du trouble, devient en réalité une durée à vie. Ce que les courbes me montraient donc, c'est que grâce à la vaccination, on était passé d'hépatites qui ne duraient pas longtemps à des hépatites qui duraient toute la vie.

Je mets à l'écran ces courbes qui proviennent de l'INED et qui démarrent en 1930. On y voit très clairement les deux trajectoires s'inverser. Vers les années 1995-2000, au moment où la campagne vaccinale contre l'hépatite B a été véritablement intensifiée, les deux courbes se croisent. L'une monte, l'autre descend. Elles se passent la main, comme si l'une prenait le relais de l'autre. La meilleure explication que je puisse formuler, même si je n'en ai pas la preuve formelle, c'est un changement des souches virales. La vaccination aurait favorisé l'émergence de souches plus coriaces, des souches qui s'installent de façon chronique plutôt que de provoquer une réaction aiguë et transitoire.

Pour rappel, le vaccin contre l'hépatite B contient environ 25 microgrammes de mercure. C'est peut-être ce qui explique ce que j'ai découvert par la suite, à savoir le lien documenté entre troubles neurologiques et injection de ce vaccin. Il y a eu en France une grande polémique autour de la sclérose en plaques, qui a abouti sur un non-lieu. Mais à la lecture de ce que j'en ai étudié, ce non-lieu relève davantage de la politique que de la science.

Je vais citer quelques études scientifiques en lien avec cette question. La première porte sur l'évolution de la sclérose en plaques en France depuis le début de la vaccination contre l'hépatite B, et ses conclusions sont sans équivoque : les chiffres disponibles montrent un signal statistique certain en faveur d'un lien causal entre la vaccination contre l'hépatite B et l'apparition de la sclérose en plaques, avec une

corrélation maximale dans les deux ans qui suivent l'immunisation. Un signal statistique certain, ce n'est pas une simple coïncidence. Cela correspond à une occurrence suffisamment forte et répétée pour constituer un élément probant.

Pour comprendre la gravité de ce lien, il faut rappeler ce qu'est la sclérose en plaques. Cette maladie se traduit par ce que l'on appelle une démyélinisation. Toutes les fibres nerveuses du système nerveux volontaire, celui qui nous permet de bouger volontairement, sont enrobées d'une gaine de myéline, laquelle assure une conduction nerveuse beaucoup plus rapide et efficace. La sclérose en plaques, c'est la destruction progressive de cette gaine. Certains la qualifient de maladie auto-immune. En tout cas, cette destruction ne survient pas du jour au lendemain. Si c'est bien le vaccin contre l'hépatite B qui en est la cause, il est certain que les symptômes n'apparaissent pas dans les jours qui suivent l'injection. Cela peut prendre un an, deux ans, ce qui rend l'établissement d'une causalité extraordinairement difficile sur le plan médical et juridique.

Une seconde étude, intitulée « Étude cas-témoins des événements indésirables auto-immuns graves suite à la vaccination contre l'hépatite B », est encore plus précise dans ses conclusions. Elle établit qu'il existe cinq fois plus de risques de développer une sclérose en plaques, quatorze fois plus de risques pour la névrite optique, qui est également une atteinte de la gaine de myéline, neuf fois plus de risques pour le lupus érythémateux, dix-huit fois plus pour l'arthrite rhumatoïde, et ainsi de suite, pour les personnes ayant reçu le vaccin contre l'hépatite B.

La conclusion d'une troisième étude que je cite est la suivante : « Ces résultats correspondent à l'hypothèse selon laquelle l'administration du vaccin recombinant contre l'hépatite B est associée à un risque accru de sclérose en plaques, et remettent en question l'idée selon laquelle la relation entre ce vaccin et le risque de sclérose en plaques est bien comprise. » En d'autres termes, on ne comprend pas ce qui se passe. On ne le comprend pas.

Il existe également une autre maladie qui se traduit par une démyélinisation : le syndrome de Guillain-Barré. Je suis allé chercher sur PubMed, ce portail de publications scientifiques, en tapant simplement les mots-clés « hépatite B » et « syndrome de Guillain-Barré », pour voir ce que la littérature scientifique avait à dire sur le sujet. J'ai trouvé plusieurs occurrences, plusieurs études que j'indique dans mon document, et que je ne vais pas toutes citer ici pour ne pas alourdir excessivement l'exposé. J'ai également trouvé des liens documentés avec des formes d'arthrite chronique. Une étude a notamment révélé que les vaccins adultes contre la rubéole

et contre l'hépatite B étaient statistiquement associés à des formes d'arthrite chronique ayant persisté pendant au moins un an, et que l'étiologie de ces réactions indésirables pourrait impliquer des mécanismes auto-immuns.

La question de la balance bénéfices-risques se pose alors inévitablement. Est-ce que, s'il y a davantage de bénéfices que de risques, on peut se dire que le vaccin reste justifié ? C'est effectivement toujours cette question qui revient. Mais je maintiendrai la limite que j'évoquais précédemment : même s'il n'y a qu'une personne sur mille qui subit un effet grave, si cette personne, c'est vous ou c'est votre enfant, la balance bénéfices-risques sera évaluée d'une tout autre manière. Et par ailleurs, j'ai montré que l'apparition du vaccin a été corrélée à une flambée des hépatites chroniques. Donc globalement, on n'a pas résolu le problème des hépatites. On en a peut-être seulement changé la forme.

Quant au mercure, c'est un neurotoxique avéré. Cela dit, je ne pense pas que les attaques auto-immunes observées soient principalement liées au mercure lui-même. Je pense plutôt qu'elles sont liées à certaines protéines contenues dans le vaccin, des protéines connues pour favoriser ce type de réaction. Le mercure n'interviendrait alors que comme un catalyseur qui décuple la réaction.

C'est à ce stade de mes recherches que je me suis dit : nous avons passé en revue un nombre conséquent de vaccins, et pour chacun d'eux, nous avons constaté des effets indésirables, parfois lourds. Mais nous n'avons pas encore posé la question de ce qui se passe lorsqu'on les additionne. Or, depuis le 1er janvier 2018, c'est précisément ce qu'on fait. On les regroupe tous, et on les administre ensemble dès l'âge de deux mois. On en fait une salade, pour parler simplement. Ce sont ce qu'on appelle les vaccins hexavalents.

Je rappelle à ce sujet un rapport parlementaire italien que j'avais déjà évoqué, lequel étudiait des causes de mortalité suspectes sur plus de 18 000 cas. Ce rapport a identifié un risque significatif de développer des cancers et des maladies auto-immunes après l'administration de vaccins combinés et multidoses, tels qu'ils étaient recommandés dans le calendrier de prévention militaire. Il faut bien préciser que les vaccins recommandés dans ce calendrier militaire sont exactement les mêmes que ceux administrés aux enfants. Il n'existe pas deux types de vaccins distincts.

La conclusion de la commission parlementaire chargée de ce rapport est particulièrement saisissante : la commission n'a pas pu trouver une seule étude démontrant la sûreté des vaccins combinés. Pas une seule. On aurait pu s'attendre, à la li-

mite, à trouver une étude produite par un fabricant lui-même, ne serait-ce que pour la forme, pour sauver les apparences. Mais même ce minimum n'existait pas. Il n'y avait rien. Et de mon côté, en cherchant de façon indépendante, je n'ai rien trouvé non plus. Absolument rien.

La commission a par ailleurs estimé que la quantité cumulée des différents composants des vaccins, qui ne dépassent pas individuellement les seuils réglementaires, pouvait, une fois additionnée, atteindre des niveaux préoccupants dont personne n'avait étudié sérieusement les effets sur l'organisme, en particulier sur celui d'un nourrisson de deux mois.

Les quantités autorisées pour les autorisations de mise sur le marché concernent les vaccins monovalents pris séparément. La somme des adjuvants, des conservateurs et des contaminants biologiques présents dans les cocktails vaccinaux n'a jamais été testée dans son ensemble. Personne ne sait véritablement où l'on va. Et le principe selon lequel « la dose fait le poison » n'est plus valable dans ce contexte, car il existe des effets cumulatifs et des effets d'interaction que l'on ne maîtrise absolument pas. Gilles-Éric Séralini l'a démontré au niveau des pesticides, notamment avec le Roundup. Nous sommes donc dans un domaine où l'ignorance est totale, et pourtant on rend la chose obligatoire. C'est une prise de risque maximale, et je l'avoue, cela m'inquiète profondément.

Je voudrais que cette phrase devienne un leitmotiv, qu'on ne cesse jamais de l'avoir à l'esprit : « Ces résultats démontrent une relation qui semble illogique. Les nations qui exigent davantage de doses vaccinales ont tendance à avoir des taux de mortalité infantile supérieurs. » J'aimerais que cette conclusion soit affichée à l'entrée du ministère de la Santé, de sorte que ceux qui y travaillent la lisent chaque matin en franchissant le seuil. Non pas pour interdire les vaccins, mais pour imposer des précautions sérieuses, pour suspendre le mouvement, pour réfléchir. Il y a des suspicions, il y a des faits marquants. Les nations qui vaccinent le plus sont celles qui affichent les taux de mortalité infantile les plus élevés. N'y aurait-il pas là un lien de causalité, et non pas seulement une simple corrélation ?

C'est ce qui m'a conduit à m'intéresser de près à ce qu'on appelle le syndrome de mort subite du nourrisson. En tant que père, je dois confesser que j'ai traversé cette peur viscérale que connaissent tous les parents. Les premiers temps, je me réveillais dix fois par nuit pour aller écouter si mon bébé respirait encore. C'est une peur sourde, permanente, logée au fond de soi, face à laquelle on se sent totalement désarmé. J'ai d'ailleurs eu la chance extraordinaire, et bouleversante à la fois, d'avoir moi-même mis mon enfant au monde, seul avec ma femme, la sage-femme

n'étant pas arrivée à temps. C'est moi qui l'ai reçu. Et dans cet instant, on comprend quelque chose d'essentiel : la vie n'est pas quelque chose que l'on produit par ses propres compétences. On sent une frontière, on sent la fragilité immense et la puissance simultanée de ce qui se passe. On se sent totalement désemparé, et c'est peut-être cela qui rend les parents si attentifs, si vigilants, si tourmentés.

Le syndrome de mort subite du nourrisson, c'est précisément cela : l'enfant s'arrête, sans explication, sans signal préalable. Il existe des facteurs connus, comme la position de sommeil, mais on reste fondamentalement impuissants face à ce phénomène. Et c'est dans ce contexte que j'ai cherché des études portant sur un lien éventuel entre ce syndrome et la vaccination. J'en ai trouvé plusieurs qui méritent qu'on s'y arrête longuement.

La première porte ce titre : « Décès soudain et inattendu après l'administration de vaccins hexavalents, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, hépatite B, Haemophilus influenzae de type B. Y a-t-il un signal ? » Dans cette étude, on observe une augmentation de vingt-trois fois le risque de mort inexplicée durant la seconde année de vie de l'enfant avec un vaccin hexavalent. Je le précise honnêtement : le nombre de cas dans l'étude reste limité. Mais une multiplication par vingt-trois du risque constitue un signal d'une intensité considérable, d'autant que nous en sommes encore aux balbutiements de l'évaluation de ces effets.

Une autre étude, encore plus troublante, recense six cas de mort subite du nourrisson après administration du vaccin hexavalent. Cinq de ces enfants avaient reçu le vaccin Hexavac, un enfant le vaccin Infanrix Hexa, dans les quarante-huit heures précédant leur mort. Peu après la vaccination, trois d'entre eux avaient manifesté des symptômes : fatigue, manque d'appétit, fièvre atteignant trente-neuf degrés, insomnie. Tous sont morts sans explication dans le jour ou les deux jours suivants. Et tous présentaient un œdème cérébral extraordinaire, qui les distinguait nettement des autres cas de mort subite du nourrisson. Ce détail rappelle le témoignage d'un médecin légiste allemand que j'avais cité dans un épisode précédent : il parlait d'asphyxie cérébrale chez des bébés, une asphyxie non intentionnelle mais bien réelle, observée à l'autopsie.

J'ai également vu sur internet un témoignage qui m'a profondément bouleversé. Une mère avait mis au monde des triplés. Les trois ont été vaccinés le même jour, à l'âge de trois mois, contre l'hépatite B. La nuit suivante, deux d'entre eux sont morts du syndrome de mort subite du nourrisson. Statistiquement, il est impossible que deux enfants meurent simultanément de ce syndrome dans des circonstances ordinaires. Le troisième a été hospitalisé en urgence cette même nuit et a survécu

avec des séquelles extrêmement graves. La mère disait, et ces mots ne me quittent pas : « On ne peut pas me dire que c'est le fruit du hasard. Sur trois enfants, ce n'est juste pas possible. » Et elle a raison. Ce n'est pas possible.

L'étude sur ces six cas concluait en ces termes : « Nous avons signalé ces cas à l'autorité compétente comme étant un effet indésirable grave potentiel de la vaccination. Jusqu'à présent, il n'y a aucun moyen de prouver que ces morts ont été causées par la vaccination. La relation entre les vaccins et la mort de ces enfants doit donc rester incertaine. Néanmoins, nous pensons qu'il est important d'informer les médecins, les pédiatres et les parents concernant les complications mortelles possibles après administration des vaccins hexavalents. » Voilà ce que disent les chercheurs : non pas « arrêtez tout », mais « attention, il y a des signes inquiétants, faisons une pause, étudions cela sérieusement ». On est très loin d'une incitation à l'obligation.

Une autre étude précisait : « Cette étude ne prouve pas la relation causale entre le vaccin hexavalent et la mort subite du nourrisson. Cependant, nous formulons l'hypothèse que des composants du vaccin pourraient avoir un rôle direct dans le déclenchement d'un effet létal chez les bébés vulnérables. » La notion de « bébé vulnérable » est ici centrale. Qu'est-ce qu'un bébé vulnérable par rapport à un vaccin donné ? Comment l'identifier avant de vacciner ? Si l'on savait répondre à cette question, on pourrait moduler les choix : vacciner tel enfant à deux mois, différer pour tel autre. Mais nous n'avons aucun moyen de le déterminer. Et malgré cela, nous appuyons sur l'accélérateur.

Mon enfant est né en 2017, avant l'entrée en vigueur de la nouvelle obligation. Nous ne sommes donc pas directement concernés par cette loi. Mais j'espère encore être père à nouveau, et la question de ce qui attend les enfants nés après le premier janvier 2018 me préoccupe sincèrement. Sur le plan juridique, la loi française ne prévoit pas de peine pénale pour les parents qui refuseraient de vacciner. La sanction est d'une autre nature : l'exclusion. L'enfant non vacciné n'a pas le droit d'accéder à la crèche, ni à l'école. Ce qui est particulièrement choquant, c'est que l'on punit l'enfant pour un choix fait par ses parents. On prive l'enfant de l'instruction et de la socialisation, ce qui contraint les familles à une déscolarisation totale, à réorganiser entièrement leur vie. C'est une pression considérable, une contrainte par l'exclusion.

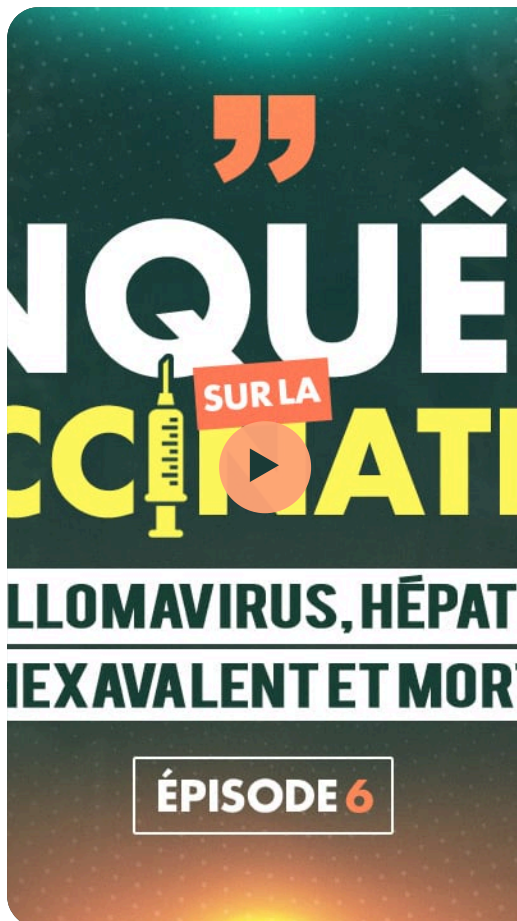
Et si tout était réellement clair, si les preuves de l'innocuité étaient absolues et incontestables, il suffirait de l'expliquer posément aux parents, de leur présenter les données, de les convaincre. Il n'y aurait aucun besoin de mesures de rétorsion. Or

ces mesures existent. Et elles existent précisément parce que tout n'est pas clair. Loin de là.

Nous nous arrêtons là pour cet épisode. Dans le suivant, nous ferons le bilan de l'ensemble de cette enquête et nous verrons comment la France en est arrivée à cette politique d'obligation vaccinale. Nous aurons malheureusement l'obligation d'aborder la question des conflits d'intérêts, non pas dans une visée polémique ou conspirationniste, mais en nous appuyant sur des éléments factuels précis, pour comprendre ce que représentent ces enjeux et qui en bénéficie.

— POUR ALLER PLUS LOIN

**Sources & la suite de
l'enquête.**



LA VERSION VIDÉO DE CET ÉPISODE

Papillomavirus, hépatites, vaccin hexavalent et mort subite

Thierry partage son enquête personnelle sur la vaccination, menée après être devenu père et avoir voulu faire un choix éclairé pour son fils. Il aborde notamment les vaccins contre le papillomavirus et l'hépatite B, le syndrome de mort subite du nourrisson, ainsi que la question de l'obligation vaccinale en France comparée aux autres pays européens.

[Regarder la vidéo sur RGNR →](#)

Sources et références citées

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

- **CDC (Centers for Disease Control and Prevention)** Thierry cite le site officiel du CDC américain comme source consultée dans son enquête sur la vaccination.
- **OMS (Organisation Mondiale de la Santé)** Thierry cite le site de l'OMS comme source de référence consultée durant son enquête.
- **FDA (Food and Drug Administration)** Thierry cite le site de la FDA américaine comme source de référence consultée durant son enquête.
- **Vaccination Info Service (France)** Thierry cite ce site officiel français comme source consultée dans le cadre de son enquête sur la vaccination.
- **Wikipédia – Papillomavirus humain** Thierry cite Wikipédia comme source de l'affirmation selon laquelle certaines souches de HPV seraient responsables de 99 % des cancers du col de l'utérus.

- **Étude épidémiologique sur le HPV et le cancer du col de l'utérus (non nommée explicitement)** Thierry cite une étude concluant que 'les preuves épidémiologiques impliquant le HPV comme cause de néoplasie du col de l'utérus restent extrêmement limitées', malgré des données expérimentales suggérant un potentiel oncogénique.

- **Étude sur les essais cliniques du vaccin HPV (non nommée explicitement)** Thierry cite une étude affirmant que 'les données relatives aux essais cliniques n'ont pas démontré à ce jour que les vaccins HPV ont réellement empêché un seul cas de cancer du col de l'utérus', malgré l'affirmation d'une réduction de 70 %.

- **Étude sur la prévalence des souches HPV pré- et post-vaccinale (non nommée explicitement)** Thierry cite une étude indiquant que la prévalence totale des infections à HPV était similaire durant l'ère pré-vaccinale et post-vaccinale, suggérant une substitution de souches.

- **Étude sur la reclassification des souches HPV à risque (non nommée explicitement)** Thierry cite une étude révélant que 8 types de HPV précédemment classifiés comme à faible risque ou probablement à haut risque sont en réalité des HPV à haut risque, non couverts par les vaccins Gardasil/Cervarix.

- **Loi française sur l'obligation vaccinale – début 2018** Thierry mentionne une nouvelle loi entrée en vigueur début 2018 en France renforçant l'obligation vaccinale et légitimant l'utilisation des vaccins hexavalents.

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