

Grippe « porcine » : je vaccine mes enfants ?

Dr Marc GIRARD

Conseil en pharmacovigilance et pharmacoépidémiologie
Expert européen (AEXEA)

76 route de Paris, 78760 Jouars-Pontchartrain (agosgirard@free.fr)

site : <http://www.rolandsimion.org>

Date de première diffusion : 19/11/2009

Mise à jour : 04/12/2009

Table des matières

Table des matières	2
1. Introduction.....	3
2. Bénéfices attendus d'une vaccination antigrippale	5
2.1. Gravité de la grippe porcine.....	5
2.2. Efficacité des vaccins contre la grippe porcine	7
3. Risques documentés et risques potentiels d'une vaccination antigrippale	9
3.1. Remarques préliminaires	9
3.2. Risques documentés	10
3.2.1. Réactions générales au cours des essais cliniques	10
3.2.2. Réactions graves au cours des essais cliniques	11
3.2.3. Toxicité connue des vaccins antigrippaux en général.....	12
3.3. Risques potentiels.....	12
3.3.1. Effet d'échelle	12
3.3.2. La face obscure de la vaccination.....	13
4. Conclusion	14

1. Introduction

On l'a su depuis longtemps : culpabiliser les parents par le biais de leurs enfants est un moyen éprouvé de promotion pharmaceutique ([Vacciner les bébés ?](#)). On découvre aujourd'hui que malgré sa perversité, il a été validé, et même relayé par l'autorité sanitaire, qui – *via* la « Commission de contrôle de la publicité et de la diffusion de recommandations sur le bon usage des médicaments » – dispose pourtant de tous les moyens pour sanctionner les abus en pareille matière.

Rédigé dans des conditions d'urgence – et à ce titre limité aux références essentielles – le présent article vise à faire le bilan des éléments de fait que peuvent **se réapproprier** les parents pour comprendre et choisir en toute connaissance de cause l'intérêt de vacciner leurs enfants contre la grippe dite « porcine ». Outre offrir au lecteur des sources précisément localisables (par conséquent : vérifiables), un effort particulier y sera fait pour aider le lecteur à accéder aux références qui ne sont disponibles qu'en anglais.

A elle seule, cette exigence de référencement pourtant élémentaire mettra le lecteur même profane en position de supériorité par rapport aux « experts » régulièrement mandés par les médias pour diffuser la bonne parole sur les excellents vaccins contre la grippe, comme illustré par deux récentes histoires survenues à deux jours d'intervalle seulement.

- Le 12/11/09, à 10h35, j'étais confronté sur LCI (« On en parle ») à un éminent pneumologue, patron d'un grand Service parisien. Après l'émission au cours de laquelle il s'était référé en tout et pour tout à ses observations personnelles, il s'est pris à mettre en doute l'authenticité des données bien plus alarmantes dont j'avais fait état, pourtant directement tirées du *seul* document actuellement disponible sur chacun des nouveaux vaccins, à savoir le rapport public d'évaluation diffusé par l'Agence européenne. Peu confiant dans sa détermination à aller le chercher sur internet, je lui ai proposé de lui laisser le document papier que j'avais sur moi (à savoir : [Pandemrix CHMP](#)), mais en vain.
- Deux jours plus tard, à 16h30, j'étais confronté sur RFO de St Pierre et Miquelon à un éminent virologue, patron d'un grand Service parisien d'ailleurs voisin du précédent. Même jeu au cours de l'émission, les données dont je faisais état s'opposant du tout au tout aux évaluations excessivement positives de mon contradicteur, qui finit cependant par admettre que « il n'avait pas connaissance du document de l'EMA », mais que si les données étaient aussi alarmantes que je le prétendais, jamais l'autorisation de mise sur le marché n'aurait été délivrée...

Dans ces deux scénettes d'apparence anecdotique, il y a là *le* motif central du désarroi qui s'est emparé des populations sous l'influence de son personnel médical – fût-il éminent ; à savoir, le désintérêt radical des médecins – *entretenu* par leur formation – pour les sources qui dépassent celui de leur seule *impression personnelle*

– ou celle qu'on leur a inculquée (« Dans mon Service », « Comme disait mon Maître »...) D'où évidemment leur formidable dépendance au marketing pharmaceutique sur des questions de santé publique et de prévention qui, par essence, sortent de l'expérience personnelle. Aucun médecin n'a, à l'échelle de sa pratique ou de son Service, les moyens de *vérifier* le bien-fondé de ses prescriptions en matière de vaccination ou de prophylaxie : il dépend donc, pour ce faire, d'une documentation externe et l'on voit bien, sur les deux exemples qui viennent d'être cités, que quelle que soit sa notoriété, il n'a ni la capacité ni – et c'est plus grave – l'inclination naturelle à opérer un inventaire objectif des sources disponibles suivi d'une hiérarchisation critique.

L'analyse de ces questions dépasse le cadre du présent article, mais démonstration est faite, en tous les cas, que les plus éminents des « experts » qui se répandent actuellement dans les médias sur les « bénéfices immenses »¹ de la vaccination contre la grippe porcine **n'ont tout simplement pas pris connaissance des seuls documents actuellement disponibles (du moins en Europe) sur l'efficacité et la tolérance de ces nouveaux produits**, à savoir les rapports publics d'évaluation tels que rédigés par l'autorité (EMA) qui a accordé l'autorisation de mise sur le marché – à ce titre peu suspecte d'avoir péché par excès de critique à l'égard desdits vaccins.

¹ *Dixit* Bachelot : cf. [Les perles](#), 12/11/09

2. Bénéfices attendus d'une vaccination antigrippale

2.1. Gravité de la grippe porcine

D'autant plus convaincants qu'ils confirment mes analyses de l'époque² ([L'art de créer des alertes](#)), les aveux récents se sont multipliés pour attester qu'à l'époque où s'est crédibilisée l'idée d'une pandémie, le nombre de cas a été exagéré au-delà de toute mesure : parmi les personnes réputées avoir contracté la maladie – et médiatisées comme telles – le pourcentage de celles *effectivement* atteintes par le virus « porcin » ne dépassait pas 4% selon le Prof. Raoult ([Se faire vacciner ou pas ?](#)), 5% selon le Prof. Bricaire ([Un vaccin pris en grippe](#)), 3% selon le Prof. Derenne (*On en parle*, LCI, 12/11/09).

C'est pourtant sur la base d'une exagération aussi indécente que les autorités sanitaires se sont autorisées à cesser tout dénombrement dès la fin du printemps ([Les perles](#), 12/10/09), se fondant désormais pour exacerber l'inquiétude des gens sur des « estimations » (du nombre d'hospitalisations) dont la dynamique perverse résulte directement de cette falsification éhontée : indûment alarmés, les gens consultent pour un oui pour un non, ce qui alimente un cercle vicieux d'une croissance continue – mais complètement artificielle sur un plan épidémiologique.

Outre les aveux précités, deux documents suffiront pour rétrograder l'alarmisme des autorités à une scandaleuse manipulation.

1. Un bilan officiel français de la saison grippale 2004-2005, réalisé avant toute cette agitation médiatique ([InVS 2004-5](#)) et qui, malgré ses insuffisances méthodologiques, permet d'éclairer deux questions centrales :
 - qualitativement, il est patent qu'on n'a pas attendu cette année pour constater ce que tout le monde sait, à savoir que la grippe peut tuer, des enfants en particulier ; d'où une première question aux autorités : **par rapport aux années précédentes, qu'est-ce qu'il y a de *plus* alarmant dans les quelques décès pédiatriques recensés cette année ?**
 - quantitativement, il est non moins patent que l'Institut de veille sanitaire ne cache pas son incapacité à faire des dénombrements précis, à l'échelle du territoire ; d'où une seconde question aux autorités : **sur la base de quelle comparaison *objective* s'autorisent-elles à clamer qu'il y aurait plus de cas graves cette année ?**

² Et, il faut le dire, celles de quelques autres : la « grippette » (B. Debré), la pandémie de l'indécence (M. Gentilini)...

2. Un bilan australien de la saison 2009³ qui confirme, sans la moindre ambiguïté que, désormais achevée dans ce pays de l'hémisphère sud, **la grippe a été moins grave cette année que les années précédentes** – notamment en termes de mortalité.

Quant au faux problème auquel se raccrochent les autorités, pour ne pas perdre complètement la face, de savoir que nonobstant cette bénignité difficilement contestable, certaines sous-populations (femmes enceintes, jeunes adultes) seraient plus à risque de complications graves, les quelques remarques suivantes devraient suffire à le remettre en perspective :

1. pour autant qu'il soit disponible, le nombre absolu de ces complications ne peut être que faible, de telle sorte que le risque, s'il existe, est très en dessous du risque documentable lié à une vaccination (cf. section 3) ;
2. lors des essais sur les vaccins antigrippaux, les sujets jeunes ont – également – plus souvent présenté des réactions indésirables que les sujets âgés ([Pandemrix CHMP](#), p. 46 [ligne 1]) : l'un dans l'autre...
3. eu égard au manque notoire de dénombrements précis des complications graves lors des précédentes saisons grippales, on se demande sur quelle nouvelle falsification les autorités se fondent pour crédibiliser quelque comparaison que ce soit ;
4. en raison directe de l'alarmisme irresponsable des autorités, des personnes se sont présentées à l'hôpital qui, en d'autres saisons, seraient tranquillement restées au fond de leur lit (voire seraient aller travailler) : à ce titre, elles ont été exposées de façon strictement iatrogène aux contaminations et infections nosocomiales ; on peut même postuler sans grand risque (cela s'est vu lors de précédentes alertes virales) que certaines victimes ont contracté leur grippe à l'hôpital ;
5. là encore conséquence directe d'un alarmisme irresponsable, nombre de patients ont vu Tamiflu se substituer au traitement classique de la grippe (grog+aspirine)⁴ ; or, **un article récent⁵ suggère que ce médicament pourrait justement exacerber la virulence du virus H1N1** ; c'est d'ailleurs l'occasion de remarquer que dans les décès de jeunes gens qui ont

³ HA Kelly. A pandemic response to a disease of predominantly seasonal intensity. MJA 16 Nov 2009

⁴ D'aucuns semblent vouloir me chercher mauvaise querelle sur cette formulation sans doute excessivement raccourcie. Il va de soi que j'ai la même exigence de validation méthodologique par rapport à l'association « grog+aspirine » que par rapport à Tamiflu. Mais ce que je veux dire, et qui me paraît significatif, c'est la facilité avec laquelle des millions de gens ont, en quelques semaines, basculé d'un « savoir profane » séculaire à une recommandation hautement technicisée sur l'intérêt de laquelle les preuves font défaut.

⁵ Lin X et coll. Oseltamivir boosts 2009 H1N1 virus infectivity in vitro. Biochemical and Biophysical Research Communication (2009) ; doi : 10.1016/j.bbrc.2009.10.142

été outrageusement médiatisés ces derniers temps, la prescription de Tamiflu semble avoir été systématique⁶.

2.2. Efficacité des vaccins contre la grippe porcine

Je ne reviens pas en détail sur ce que j'ai déjà documenté à de multiples reprises ([Les perles](#), [Vacciner ou pas ?](#)), à savoir que :

- par rapport à la pratique habituelle tant technico-scientifique que réglementaire, ces nouveaux vaccins ont été bâclés ;
- la référence au savoir-faire déjà acquis avec les vaccins contre la grippe saisonnière est d'autant moins convaincante que :
 - les évaluations disponibles de la collaboration Cochrane débouchent sur un bilan d'efficacité désastreux pour ces vaccins contre la grippe saisonnière ;
 - il est difficile de comprendre la logique qui conduit les autorités sanitaires, leurs experts – et leurs sponsors (*Le Parisien*, 20/10/09) – à présenter ce virus porcine comme assez *nouveau* pour justifier l'actuelle panique alors que, dès qu'il s'agit de l'intégrer à un vaccin, il redeviendrait un principe archi-connu ne justifiant aucune investigation pharmaceutique, toxicologique ou clinique tant soit peu approfondie.

Les communiqués publics de l'EMA (l'Agence européenne du médicament) confirment sans la moindre ambiguïté que l'autorisation de ces vaccins ne s'est pas faite au terme d'un processus « normal » :

Pandemrix a été autorisé dans des « circonstances exceptionnelles ».
Cela signifie qu'il n'a pas été possible d'obtenir des informations complètes sur le vaccin pandémique. ([Pandemrix-EPAR](#), p. 2)

Cet aveu dépourvu d'ambiguïté justifie trois remarques.

1. Ceux – ministre ou directeur de la DGS en tête – qui soutiennent le contraire ont le choix entre une seule alternative : ils mentent ou ils ne sont pas informés.
2. Les documents présentés en section 2.1 permettent de réfuter l'existence de quelque « situation exceptionnelle » justifiant un tel écart à la pratique réglementaire normale : ils suggèrent que l'autorisation de mise sur le marché accordée à ces vaccins est *entachée d'illégalité*.

⁶ Et je rappelle que, selon la pratique réglementaire pourtant systématique que les autorités semblent avoir subitement oubliée, lesdits décès – indûment imputés à la grippe – eussent dû être rapportés à l'AFSSAPS comme complication à tout le moins *potentielle* du Tamiflu.

3. L'EMA poursuit (*ibid*, p. 2) qu'en conséquence d'une telle incertitude, le recueil des informations « relatives à la sécurité et à l'efficacité du vaccin » (une fois qu'il a été introduit sur le marché en vue d'une commercialisation exceptionnellement large !) est confiée « à la société qui fabrique Pandemrix » et qui, à ce titre, **a un intérêt évident** à privilégier les « informations » suggérant que son vaccin est efficace et bien toléré. On a le droit de trembler – et de s'interroger sur la légalité d'une décision qui confie ainsi un rôle sanitaire crucial à une instance dont les conflits d'intérêt tombent sous le sens.⁷

Dans l'ordre des incertitudes imputables à une précipitation aussi injustifiée, on relèvera cet autre aveu, lui aussi dépourvu d'ambiguïté :

Les données présentées sont très limitées et ne permettent pas de tirer la moindre conclusion sur le profil de Focetria lorsqu'il est administré à la femme enceinte. ([Focetria CHMP](#), p. 48, dernier paragraphe).

Raison de plus pour inclure les femmes enceintes dans les populations à vacciner « en priorité »... Comme disait Madame Bachelot sur Europe 1 – en insistant sur le dernier mot – « c'est un vaccin sûr » ([Girard vs Bachelot](#)).

Notons au passage qu'une incertitude aussi préjudiciable aux femmes enceintes n'est aucunement susceptible d'être levée par la mise à disposition d'un vaccin sans adjuvant : dûment explicité par l'EMA, le motif de cette incertitude est bien l'insuffisance *quantitative* d'exposition chez les femmes enceintes. Comme je l'ai déjà souligné ailleurs ([L'invité du matin](#)), on voit mal comment un vaccin sans adjuvant, réalisé dans des conditions d'urgence encore plus caractérisées, pourrait améliorer quoi que ce soit à cet égard.

Pour revenir plus précisément sur les questions d'efficacité, on relèvera que les critères retenus par l'Agence européenne frappent par leur extraordinaire confusion. Sans entrer dans le détail, on retiendra simplement qu'ils s'agit de ce qu'on appelle classiquement – et non sans péjoration – des « critères intermédiaires » (en l'occurrence : une élévation d'anticorps), lesquels ne peuvent, en aucun cas, être tenus pour une garantie d'efficacité.

⁷ Alors que les experts *de l'EMA* sont, eux, supposés ne pas prendre part aux délibérations pour peu qu'ils aient le moindre conflit d'intérêt significatif...

3. Risques documentés et risques potentiels d'une vaccination antigrippale

3.1. Remarques préliminaires

Profuse et pointilleuse, la réglementation pharmaceutique est très précise dans ses exigences concernant l'analyse et la présentation des études cliniques. Or, les documents d'évaluation diffusés par l'EMA (par exemple : [Pandemrix CHMP](#)) frappent par le non respect de ces exigences et la confusion qui préside à la présentation des résultats : à l'évidence, il s'agit d'un parti-pris visant à empêcher les vérifications telles qu'elles pourraient être opérées par un professionnel tant soit peu exercé.

Sans pouvoir entrer dans le détail, on relèvera – parmi bien d'autres – les points suivants.

- Il est patent qu'en majorité, les essais n'ont pas été conduits contre placebo, ce qui maximise les biais dans l'interprétation de ce qui s'est passé, notamment dans l'imputabilité des problèmes de tolérance.
- Le protocole est extrêmement peu clair, notamment pour ce qui concerne le suivi de tolérance : on ne sait pas précisément la façon dont les effets indésirables ont été recueillis ou validés.
- Il est extrêmement difficile de reconstituer le devenir des patients (total inclus, total traité, total sorti d'essai), la durée de suivi, ses modalités et les effectifs concernés.
- On ne distingue jamais clairement si les pourcentages rapportés concernent les événements indésirables observés ou ceux qui ont été considérés comme liés au traitement, alors que la littérature disponible⁸ atteste que carte blanche a été laissée aux investigateurs (rémunérés par les fabricants) pour décider si telle ou telle réaction indésirable était, ou non, liée au vaccin.
- Il est impossible d'avoir une liste tant soit peu factuelle des événements dits « graves » (« *serious* ») et des modalités qui ont présidé à leur imputation.

⁸ Greenberg, M. E., M. H. Lai, et al. (2009). "Response after One Dose of a Monovalent Influenza A (H1N1) 2009 Vaccine -- Preliminary Report." *N Engl J Med*. doi NEJMoa0907413 [pii] 10.1056/NEJMoa0907413

3.2. Risques documentés

3.2.1. Réactions générales au cours des essais cliniques

Au contraire de ce qui se dit un peu partout sur les ondes, les réactions au vaccin ne sont pas de petites réactions locales (rougeur ou douleur au point d'injection).

- Le rapport d'évaluation distingue clairement « symptômes locaux » et « symptômes généraux » ; or, chez les sujets vaccinés, ces symptômes généraux ont été rapportés **chez 76,9% des jeunes** (18-60 ans) et chez 55,8% des plus âgés (> 60 ans) ([Pandemrix CHMP](#), 9^e et 10^e lignes du tableau donné en p. 46).
- Ces symptômes généraux sont décrits comme des diarrhées, des nausées et... des syndromes pseudo-grippaux (fièvres, douleurs musculaires, fatigue) (*ibid*, p. 46, lignes 2 et 3).
- Dans l'essai H5N1-002⁹, loin de rapporter ces syndromes pseudo-grippaux à une réaction (d'ailleurs attendue) au vaccin, les autorités considèrent qu'ils sont imputables « à des pathologies respiratoires *intercurrentes* » (*ibid*, p. 47, dernier paragraphe avant H5N1-012), alors même qu'il n'est pas contesté que les sujets recrutés dans l'essai étaient jeunes et en bonne santé ([Pandemrix 2008 CHMP](#), p. 15, 5^e ligne).

On croit rêver.

1. Alors que conscientes de s'être décrédibilisées en brandissant le spectre d'une maladie effroyable, les autorités essaient de rattraper le coup en arguant que leur principal souci, c'est surtout de ne pas paralyser le pays par une épidémie qui collerait au lit les forces vives du pays ([Interview](#)), on apprend que ce vaccin – en principe préventif – est susceptible de *provoquer* des symptômes similaires à ceux de la grippe chez près de 4 sujets vaccinés sur 5. Mais la grippe porcine n'a jamais été supposée toucher 4 sujets sur 5 et encore moins être cliniquement symptomatique sur un tel pourcentage !
2. De fait, et nonobstant les réassurances contraires de ceux qui n'ont même pas l'idée d'aller vérifier leurs sources (cf. Introduction), des informations me remontent de services hospitaliers où une proportion *non négligeable* des professionnels vaccinés développeraient des symptômes post-vaccinaux, assez significatifs pour imposer un arrêt de travail de plus de trois jours chez certains. Situation d'autant plus significative que la plupart de ces professionnels vaccinés appartiennent à la frange « activiste » de la corporation, et qu'ils se trouvent assez ridiculisés pour dissimuler leurs

⁹ L'essentiel des données de tolérance pour l'actuel vaccin Pandemrix contre le H1N1 provient d'essais *antérieurs* avec le vaccin éponyme contre le H5N1 : mais dans la mesure où l'EMA justifie sa précipitation par cette expérience antérieure, il est parfaitement légitime de l'inclure dans l'évaluation de tolérance du nouveau vaccin. C'est d'ailleurs ce que fait l'EMA.

réactions indésirables et, surtout, ne pas les notifier : tout à fait spécifique de la situation présente, ce biais s'ajoute aux autres causes connues de sous-notification pour réduire à pas grand-chose les bilans prétendument rassurants de la pharmacovigilance française...

3. Si, bien que le recrutement de l'essai clinique H5N1-002 se soit limité à des volontaires sains et jeunes, leurs réactions après l'injection sont imputables à des « infections respiratoires *intercurrentes* », alors :
 - on s'interroge sur l'intérêt d'un vaccin antigrippal qui fait ainsi le lit des infections « pseudo-grippales » intercurrentes...
 - si ces patients réputés volontaires *sains* étaient aussi fragiles des bronches, on s'interroge sur le sérieux qui a présidé à leur recrutement, partant sur celui de l'essai, et on en tire une raison supplémentaire de soutenir que le développement de ce vaccin a bel et bien été bâclé.

Dans le même ordre de galéjade, on relèvera la satisfaction non dissimulée des experts de l'EMA au constat qu'au cours du développement de Focetria, aucune réaction au vaccin ne se soit soldée **par une fièvre supérieure à 40°C** ([Focetria CHMP](#), p. 44, avant-avant dernier paragraphe, dernière ligne ; p. 45, dernière ligne) : avec la grippe, normalement, quand on a plus que 40°C, on est proche de la réanimation...

3.2.2. Réactions graves au cours des essais cliniques

Comme si la chose allait de soi, on apprend qu'au cours du développement clinique de l'un des vaccins, **pas moins de sept décès ont été rapportés** dans trois essais cliniques regroupant un effectif total de 2000 sujets exposés ([Pandemrix CHMP](#), p. 57, lignes 2, 4 et 14). Bien entendu, on nous affirme que ces décès n'ont rien à voir avec le vaccin ; mais :

- il n'est pas dans la pratique usuelle du développement clinique d'écarter sans une once de justification la responsabilité du médicament à l'étude dans des événements aussi graves ;
- deux des décès sont survenus dans des essais ayant recrutés des sujets jeunes en bonne santé : c'est curieux de mourir si brutalement quand on est jeune et en bonne santé ;
- certes, le troisième essai (H5N1-010) était mené chez des sujets âgés (61 ans et plus, *ibid.* p. 19), mais il n'est pas usuel, à ce stade du développement, d'inclure des sujets malades : de toute façon, 5 décès sur 413 sujets âgés – même fragilisés par la maladie – c'est plus que ce qu'on attend d'habitude en matière de mortalité grippale...

On apprend également en passant que **deux cas d'hépatite auto-immune** ont été rapportés dans l'étude H5N1-009 ([Pandemrix CHMP](#), p. 57, lignes 25) précisément consacrée aux effets du vaccin **chez des enfants âgés de 3 à 9 ans** (*ibid.* 19,

ligne 11) ! Deux cas d'une pathologie aussi grave (débouchant, en gros, sur une cirrhose du foie) sur 400 patients environ, ça fait **un cas d'hépatite auto-immune chez 200 enfants traités** : on est loin de la fréquence de un sur un million alléguée (faussetement, d'ailleurs) par les autorités pour les Guillain-Barré vaccinaux... Gageons que si des « circonstances exceptionnelles » ne l'avaient interdit, les autorités européennes et le fabricant auraient mis toutes leurs forces en commun pour investiguer à fond un aussi troublant concours de circonstances¹⁰...

C'est aussi l'occasion de rappeler – en passant, évidemment – qu'une mort inattendue (*unexpected death* : [Pandemrix CHMP](#), p. 16, paragraphe 6, lignes 1) a été rapporté chez une rate enceinte : heureusement pour la pauvre bête (et ses petits), la chose « a été considérée comme non liée au vaccin » (*was judged unrelated to the vaccine* : on croirait entendre D. Rumsfeld après un dégât collatéral...).

3.2.3. Toxicité connue des vaccins antigrippaux en général

J'ai déjà documenté ailleurs que, au temps où ils n'étaient pas encore au centre d'enjeux commerciaux assez sordides pour déformer la parole des « experts », les vaccins antigrippaux étaient généralement placés parmi les plus neurotoxiques des vaccins – avec notamment un risque significatif de syndrome de Guillain-Barré ([Un second précédent](#)).

3.3. Risques potentiels

Par rapport à ma précédente contribution sur le sujet ([Vacciner ou pas ?](#)), je me contenterai d'évoquer ci-après les éléments *nouveaux* qui s'additionnent à ceux sur lesquels j'ai déjà attiré l'attention du public.

3.3.1. Effet d'échelle

La chose a fait le tour du net – et je l'avais de toute façon soutenue en d'autres lieux : dans une émission de France 24 qui commence à dater ([Les mesures de la Chancellerie](#)), j'affirmais que, même au terme d'un développement bien mené, il était difficile de garantir l'inexistence d'effets indésirables si leur fréquence de survenue était de l'ordre de 1 sujet exposé sur mille. J'en concluais que la précipitation irresponsable du gouvernement à vouloir imposer cette vaccination à 65 millions de Français exposait donc à un risque au moins *théorique* susceptible de toucher 65 000 sujets (soit un effectif très supérieur à la morbi-mortalité normalement attendue avec cette « grippe »).

Il m'est pénible de le reconnaître, *mais je m'étais trompé*...

¹⁰ Encore que... Lors de l'autorisation d'Hexavac (ultérieurement retiré du marché sous un fallacieux prétexte), les données publiées sur le site de l'EMA permettaient de reconstituer qu'au cours du développement faisaient état d'un nombre de morts subites chez les enfants vaccinés **au moins 35 fois supérieur** au nombre normalement attendu si les enfants n'avaient pas été vaccinés. Il ne semble pas que cet état de fait ait jamais gêné ni les autorités, ni les fabricants, ni les gardiens de l'orthodoxie vaccinale comme *Prescrire*...

En effet, dans le dossier d'un des autres vaccins ([Celpavan CHMP](#), p. 51, par. 6, lignes 6-7), les autorités européennes se targuent que l'expérience disponible pour la tolérance devrait permettre de repérer des effets indésirables qui surviendraient à une fréquence de... 1%.

C'est dire qu'on ne peut rien garantir en dessous. En reprenant mon raisonnement précédent, il apparaît qu'en envisageant sérieusement de vacciner la totalité de la population française, **les autorités sanitaires ont placidement admis la survenue d'une toxicité pouvant toucher jusqu'à 300 000 personnes, voire plus¹¹** (pour prévenir une grippe dont, selon toute probabilité, la mortalité ne dépassera guère 1000 personnes au total).

3.3.2. La face obscure de la vaccination

Dans un article sous presse dans *The Lancet Infectious Diseases* – en principe revue de premier plan –, une équipe hollandaise (qui évoque, elle, l'image de « l'épée à double tranchant »)¹² soutient que la contamination *naturelle* par la grippe confère une immunité « large » à l'égard des formes ultérieures du virus et qu'une vaccination est donc susceptible d'empêcher l'installation de cette immunité, « par exemple chez l'enfant » (tiens donc ?)

Rapidement posée, la question est de savoir si les enfants vaccinés cette année ne seront pas ceux qui seront hospitalisés en urgence lors des prochaines épidémies...

¹¹ Les autorités sanitaires ont donc progressé depuis la campagne de vaccination contre l'hépatite B où, dans l'espoir d'éviter quelques dizaines de complications graves chaque année, en majorité chez des populations s'obstinant dans des comportements à risque, elles ont toujours clamé qu'elles ne s'arrêteraient pas à quelques dizaines de milliers de scléroses en plaques supplémentaires dans la population....

¹² Bodewes et coll. Yearly influenza vaccinations : a double-edged sword ? *The Lancet.com/infection* (2009) ; doi.10.1016/S1473-3099(09)70263-4

4. Conclusion

Les lecteurs de cet article sont instamment priés de ne pas lui faire dire ce qu'il ne dit pas : j'ai soigneusement distingué les risques vaccinaux *documentés* des risques *potentiels* et il n'est nulle part écrit que ces vaccins *vont* (futur de l'indicatif) provoquer 300 000 victimes ou envoyer les jeunes enfants en réanimation l'an prochain.

Cependant, l'attention du lecteur est, de nouveau, attirée sur le fait qu'on ne peut pas discuter de ce vaccin sans penser en termes de *rapport bénéfice/risque* – alors qu'il est patent que le bénéfice de ce vaccin (c.-à-d. les risques de la grippe et l'efficacité de la vaccination) a été honteusement exagéré par une propagande ignoble dont nos autorités sanitaires ont pris la tête.

De plus :

- s'il est indigne de répondre à l'alarmisme par l'alarmisme, il est en revanche utile – dans l'optique de *logique élémentaire* qui a toujours été celle de mon engagement citoyen – que les citoyens aperçoivent la perversité *d'une logique du pire* quand le virus H1N1 est considéré par les « experts » de nos autorités (il est assez bénin pour l'instant, mais ça peut déraiper à tout moment : [Un vaccin pris en grippe](#)) alors que ces mêmes experts s'accordent sur un optimisme très au-delà des données disponibles quand sont posées des questions pourtant légitimes sur la sécurité de ces vaccins bâclés (« ce vaccin est **sûr** », *dixit* Bachelot) : rien que du pire avec le virus, rien que du meilleur avec le vaccin – d'ailleurs constitué à partir de ce virus parmi les pires...
- ce sera aux citoyens de qualifier l'attitude d'un gouvernement qui, tout en brandissant à tort et à travers un « principe de précaution » visant à camoufler son incompétence et son irresponsabilité¹³, ne craint pas de recommander à la population française (notamment les enfants et les femmes enceintes) un vaccin incorrectement évalué qui expose au risque de complications graves chez des centaines de milliers de gens et à un avenir sanitaire incertain chez les enfants vaccinés : certes, je le redis, il s'agit de risques potentiels pour l'instant, mais *principe de précaution* oblige, non ?...

¹³ M. Girard. Alertes grippales – Comprendre et choisir. Dangles, 2009 : chapitre 4.