

Obligations vaccinales, conséquences sociétales et politiques

Marc GIRARD

(Colloque [Liberté de soigner](#), Paris, 04/04/2014)

Table des matières

1. Le contexte historique	3
1.1. L'espérance de vie et ses déterminismes	3
1.2. Usurpation médicale	3
1.3. L'obligation comme échappatoire à l'évaluation	6
1.4. L'horizon d'attente du public.....	7
2. L'actuel	9
2.1. Un nouveau business pour Big Pharma	9
2.2. Les nouvelles formes de vente forcée	11
2.3. Bénéfices vs risques.....	15
2.3.1. Une effrayante inconscience	15
2.3.2. Évaluation du bénéfice	16
2.3.3. Évaluation des risques.....	19
2.3.4. Un paradoxe légal, réglementaire et médical	23
3. « The French touch »	24
3.1. Une longue histoire d'amateurisme	24
3.2. La mutation des années 1980	26
3.3. Les médecins dans la criminalité pharmaceutique	26
3.4. De l'amateurisme à la délinquance	29
4. Conclusion	30

4.1. La liberté de soigner	30
4.2. Les vaccins.....	31
4.3. La prévention	32
4.4. Les dépenses de santé	32

1. Le contexte historique

1.1. L'espérance de vie et ses déterminismes

À partir du XIXe siècle et pour autant qu'on dispose de statistiques, l'espérance de vie s'est spectaculairement allongée dans les pays développés. Quantitativement, l'essentiel de ces progrès tenait à : i/ une meilleure alimentation, ii/ une amélioration de l'hygiène (distribution d'eau sécurisée, pasteurisation du lait, réduction des fièvres puerpérales...) et des conditions de travail, iii/ un contrôle (non médicalisé) des naissances.

Même s'il n'est pas contesté que des professionnels de santé aient pu en inspirer certaines (notamment en ce qui concernait la promotion de l'hygiène), les actions et décisions qui ont permis cette évolution spectaculaire méritent d'être inscrites sous la rubrique « politique » : elles incluent les luttes, souvent héroïques, qui ont permis d'améliorer la condition de vie des travailleurs, de partager un peu mieux la valeur ajoutée et de redistribuer les richesses au moins dans une certaine mesure. Elles incluent également des mesures d'ordre administratif, telles que (en France) la déclaration obligatoire des nourrices (Loi Roussel, 1874) qui a permis de mettre fin à certains abus, partant de réduire cette mortalité néonatale et infantile qui pesait d'un poids disproportionné sur les statistiques d'espérance de vie.

Par souci de présentation, on peut distinguer le processus *politique* qui vient d'être rapidement esquissé du processus *thérapeutique* impliquant des médicaments administrés à des fins curatives ou préventives. Pour l'essentiel, l'évolution spectaculaire consécutive au processus de décision politique a largement précédé l'apparition de médicaments efficaces lesquels, au mieux, n'ont contribué que de façon quantitativement modeste à la poursuite d'un phénomène bien antérieur. De ces médicaments dont l'action a le plus probablement contribué à un allongement de l'espérance de vie, deux grandes classes émergent : les anti-infectieux d'une part, et les anesthésiques – qu'on me permettra d'inclure dans la classe des antalgiques qui, eux, ont indubitablement contribué à une amélioration de *la qualité de vie*.

Les anti-infectieux, par exemple, ont contribué à réduire la « queue » de la courbe – c'est flagrant avec la tuberculose ou avec la rougeole – tandis que les antalgiques, associés bien entendu à des pratiques nouvelles d'asepsie, ont ouvert la voie d'une chirurgie réparatrice, notamment à l'endroit des traumatismes accidentels, des malformations congénitales et de certains cancers : pour spectaculaires – et bénéfiques – qu'elles aient pu être, ces innovations n'ont pesé que d'un poids relativement faible sur les statistiques de mortalité générale.

1.2. Usurpation médicale

Dès à présent, certains d'entre vous ont peut-être mentalement réagi à mon propos en pensant qu'il était étrangement superposable à celui de ceux qu'il est convenu d'appeler les « anti-vaccinalistes ». Et de fait, il est facile – en consultant leurs sites

ou leurs revues – de constater que cette idée d’une réduction de la mortalité infectieuse *antérieure* aux vaccinations est toujours centrale dans leur contestation.

Mais il faut prendre garde à ne pas inverser l’ordre des choses : la faute à qui si l’argumentaire anti-vaccinaliste – qui brille pourtant rarement par sa rigueur ou sa scientificité – peut jouer sur une objection aussi difficile à contester ? Il suffit, cette fois, de se tourner symétriquement vers l’argumentaire pro-vaccinal – qui ne vaut guère mieux – pour se demander : la faute à qui si des questions aussi cruciales que la chronologie des évolutions épidémiologiques sont purement et simplement passées sous le silence par la doxa académique¹ ? La faute à qui, encore, si la démonstration de causalité est présumée acquise quand une évolution favorable suit une campagne de vaccinations, alors que le caractère iatrogène d’accidents qui suivent immédiatement une immunisation est quasi systématiquement nié au noble motif qu’il conviendrait de ne pas confondre « coïncidence » et « causalité » : la faute à qui, par conséquent, cette ridicule schizophrénie épistémologique qui tient la chronologie pour forcément causale si elle plaide en faveur des bienfaits vaccinaux, alors qu’elle serait évidemment fallacieuse dès qu’elle pourrait être l’indice d’une toxicité iatrogène ? La faute à qui, en d’autres termes, si des mesures qui nous sont présentées comme d’une importance majeure pour la santé publique sont justifiées de façon assez incohérente² pour alimenter jusqu’à la contestation des bouffons du *Net* ou d’ailleurs ?

Pour rendre à César ce qui lui appartient, la critique à ma connaissance la plus synthétique et la mieux argumentée du rôle de la médecine dans la prolongation de l’espérance de vie vient de Thomas McKeown³, professeur de médecine sociale et auteur étrangement négligé en France, au détriment du douteux Ivan Illich qui, à

¹ « La vaccination est l’innovation qui a le plus contribué à l’allongement de la durée de vie dans le monde » (« [Les valeurs ajoutées de la vaccination](#) », *La lettre de Galilée*, 13/11/2013). Dans une [récente interview](#), le chef du Service Maladies infectieuses et tropicales de l’hôpital de la Pitié-Salpêtrière de Paris n’hésite pas à asséner – évidemment sans preuves : « Si on ne vaccine plus contre ces maladies, elles réapparaîtront *immédiatement* » (c’est moi qui souligne). Pour apprécier la crédibilité de l’intéressé, rappelons que c’est le même qui n’avait pas craint d’affirmer publiquement que les responsables scandinaves de la première alerte sur les narcolepsies après vaccination contre le H1N1 s’étaient « rétractés » (*Le Parisien*, 23/09/2010) quand ils étaient juste en train de mettre en place les études qui ont largement confirmé le fait. Discours étrangement superposable chez mon homonyme Mérieux-pasteurien, dans un article du *Figaro* (14/04/14) consacré au tétanos : « Arrêter la vaccination antitétanique se traduirait par une recrudescence *immédiate* du nombre de cas de tétanos et un retour en force de la maladie. » C’est de l’*evidence-based medicine* ou je ne m’y connais pas...

² Dans une récente étude consacrée aux décès pédiatriques d’origine infectieuse enregistrés de 2003 à 2005 en Angleterre et au Pays de Galles (*Pediatr Infect Dis J* 2010 ; 29 : 310-312), les auteurs concluent péremptoirement que l’élargissement de la couverture vaccinale contre, entre autres, l’hépatite B, permettrait de réduire encore la mortalité infantile, alors que : i/ il n’y a *aucun* décès par le virus de l’hépatite B dans leur recensement, ii/ la morbi-mortalité potentiellement due à cette vaccination *n’est simplement pas envisagée*. Et alors que le vaccin contre le méningocoque B est simplement évoqué comme encore en phase de développement, il est posé comme allant de soi que celui-ci épargnera 46 décès par an. L’irrationalité n’est pas le monopole des anti-vaccinalistes...

³ *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis ?* Princeton University Press, 1979.

mon humble avis, ne fait vraiment pas le poids⁴. Je relève comme un autre indicateur de la préoccupante mauvaise foi académique qui prévaut dans les discussions de ce type que même dans le monde anglo-saxon où la notoriété de McKeown est assurée, les critiques – exagérément radicales – de sa thèse à la fois simple et nuancée soient incroyablement déloyales⁵, voire carrément trompeuses : le temps me manque pour entrer dans une réfutation détaillée de ces critiques, mais je déduis de leur impressionnante fausseté qu'il y a décidément quelque chose de pourri au royaume de l'évaluation médicale.

Je reviendrai, bien sûr, sur l'actuel ; mais peut-on essayer de reconstituer par quelle étrange usurpation les instances de *l'establishment* médical ont pu imputer à la médecine *thérapeutique* le prodigieux allongement de l'espérance de vie qui a marqué les deux derniers siècles ? Quoiqu'inspirée par la lecture du regretté Jacques Léonard, ma thèse est simplement hypothétique et je me permets de vous la soumettre au moins à titre de jalon possible dans la réflexion autour du mystère épistémologique dont je suis en train de vous parler. La « Nuit du 4 août » est loin d'avoir exercé immédiatement ses effets sur les mentalités et, dans un monde encore durablement marqué par les valeurs aristocratiques, deux professions ont précocement été en quête ardente d'une reconnaissance sociale : les médecins d'une part, les ingénieurs d'autre part. Mais alors que les seconds sont rapidement devenus les princes incontestés d'une révolution industrielle qui leur a fourni tous les titres pour justifier leur prétention – les ponts, les routes, les canaux, les chemins de fer, le réseau d'eau potable, de gaz puis d'électricité, la direction technique des entreprises, etc. –, on ne trouve rien de tel pour la médecine, qui – quoi qu'on en dise – n'a pas vraiment changé depuis Diafoirus : songez, par exemple, qu'il faut attendre les années 1990 pour voir *l'evidence-based medicine* (EBM) présentée comme la révolution copernicienne de la médecine, alors que son principe apparemment le plus bouleversant – expliciter ses sources après avoir procédé à leur hiérarchisation critique – était déjà tenu pour aller de soi chez les historiens de l'Antiquité... On peut donc comprendre que, aussi durablement confrontée à une telle misère de ses résultats comme de ses méthodes, la médecine se soit aussi avidement approprié un phénomène de santé publique sur lequel, pourtant, elle n'avait influé qu'à la marge, au mieux⁶.

⁴ Dans les dernières pages de son livre, McKeown procède d'ailleurs à une critique aussi synthétique que radicale de cet insupportable ouvrage intitulé *Némésis médicale*.

⁵ Colgrove J. The McKeown thesis : a historical controversy and its enduring influence. *Am J Public Health* 2002; 92: 725-9.

⁶ J'inclus dans cette marge le fait que certains médecins aient pu inspirer des mesures politiques qui se sont avérées profitables à la santé publique – et n'en déplaise à ses critiques de mauvaise foi, cette inclusion est aussi tout à fait explicite dans l'analyse de McKeown. Mais il est évident que l'enjeu profond – à commencer par celui qui a motivé mon invitation d'aujourd'hui – ce n'est pas cette médecine hygiénique, mais la médecine « thérapeutique » qui vise à justifier sur des arguments fallacieux des dépenses exorbitantes en termes de médicaments et de services (examens de dépistage, etc.).

1.3. L'obligation comme échappatoire à l'évaluation

Un bref historique des obligations vaccinales continuera d'alimenter notre réflexion sur les échappatoires au préalable de l'évaluation et sur l'amateurisme des autorités françaises en matière de santé publique.

Beaucoup l'ont oublié, mais c'est en Angleterre qu'est née, dès 1853, l'idée d'une obligation vaccinale significative, qui concernait, en l'occurrence, la variole. Pour problématique qu'elle fût – comme toujours en pareille matière – relativement aux libertés publiques, l'idée n'était quand même pas aberrante : i/ la variole restait une maladie assez préoccupante à cette époque, ii/ on ne disposait évidemment d'aucune thérapeutique curative contre la maladie, iii/ il y avait d'assez bons arguments en faveur d'une efficacité vaccinale, iv/ *last but not least*, l'Angleterre était l'un des rares pays développés (peut-être le seul) à disposer de statistiques sanitaires raisonnablement fiables. C'est d'ailleurs la conjonction d'une forte opposition du public et de statistiques attestant le recul de la maladie qui va conduire les autorités à une abolition définitive de l'obligation, à partir de 1907.

En France, après diverses mesures d'obligations théoriques (visant la variole, puis la tuberculose, la diphtérie et le tétanos) mais très peu appliquées en pratique, c'est autour du BCG que les autorités vont se crispier à partir de 1950. Par rapport à l'historique anglais qui vient d'être rappelé, la situation ici est caricaturalement antagoniste : i/ alors que la maladie était en net recul à l'époque de l'obligation, il va falloir attendre pour la supprimer (en 2007) une résurgence non contestée de la tuberculose ; ii/ l'administration avait attendu l'apparition de chimiothérapies curatives indubitablement efficaces pour introduire l'obligation vaccinale ; iii/ les doutes concernant l'efficacité de cette vaccination étaient assez notoires pour que les autorités, sans aucune crainte du ridicule, n'aient pas honte de les mettre en avant pour justifier leur revirement de 2007, iv/ avec la tuberculose comme avec la plupart des maladies, la France était en manque cruel de statistiques sanitaires⁷.

Pour grotesque qu'il apparaisse ainsi par comparaison, cet historique permet de reconstituer l'un des invariants idéologiques les plus frappants d'un pays comme le nôtre, décidément fâché avec l'épidémiologie et la santé publique. La question de l'efficacité – en l'espèce : la vaccination obligatoire permet-elle une réduction significative de la morbi-mortalité tuberculeuse ? – va en effet se trouver déplacée vers un faux problème, à savoir : la couverture vaccinale est-elle bonne ? On retrouvera ce déplacement du sanitaire pertinent vers l'administratif incongru à chaque fois que les autorités se trouveront confrontées aux insuffisances pourtant patentées des évaluations qui *auraient dû* précéder la décision : par exemple, lorsque la question de savoir combien de femmes se soumettent à la mammographie se substituera à celle, autrement centrale, des bénéfices – ou des inconvénients – du dépistage mammographique. Ou encore lorsqu'une résurgence infectieuse, loin d'appeler un questionnement pourtant naturel sur les effets contre-productifs d'une

⁷ On relèvera en passant qu'avec une incompétence bien digne de ses successeurs actuels, le rapporteur de la commission parlementaire qui, en 1949, avait concocté l'obligation du BCG avait affirmé que celle-ci existait déjà dans neuf états : ce n'était vrai que dans un seul.

immunisation décidée hors de toute évaluation sérieuse, se soldera par des consignes potentiellement désastreuses de revaccination – comme c’est le cas avec la rougeole aujourd’hui (cf. plus bas).

1.4. L’horizon d’attente du public

Alors que, justifiées ou non, les mesures d’obligation vaccinales visant des maladies aussi objectivement graves que la variole ou la tuberculose ont suscité d’intenses résistances dans les populations concernées, on ne manque pas d’être surpris par le succès paradoxal de vaccinations *facultatives*, contre des maladies dont le poids sanitaire était loin d’être équivalent : pensons à la vaccination contre la grippe en 1969, au ROR ou au vaccin contre la coqueluche dans les années 1980, au vaccin contre l’hépatite B en 1994.

L’analyse de ces succès paradoxaux permet de préciser l’horizon d’attente du public en matière de vaccination.

- Même si elle est plus rare et généralement bien moins intense qu’on ne le prétend souvent, la grippe, c’est l’humiliation du Narcisse contemporain soudain cassé dans sa vaine trépidation : on prend ça en pleine poire d’un jour à l’autre sans avoir rien vu venir, on se retrouve bloqué au lit sans pouvoir faire rien d’autre qu’attendre, et de toute façon, il n’y a pas de traitement curatif. Bref et pour tout dire : la grippe, c’est l’insupportable émasculatation du consommateur tout-puissant. Pas besoin d’avoir lu tout son Freud pour comprendre l’attractivité paradoxale d’une vaccination qui prétend contrecarrer un virus pourtant impliqué dans moins de 10% des syndromes qui en imposent pour une « grippe », et dont la notice annonce au titre des effets secondaires les plus prévisibles : fièvre, courbatures – bref : syndrome pseudo-grippal... Dans son vertige égocentrique, Narcisse n’est clairement pas meilleur évaluateur que nos experts de l’ANSM (à ceci près qu’à la différence du consommateur moyen, ces derniers ont quand même « l’excuse » de leurs conflits d’intérêts pour promouvoir des recommandations aussi imbéciles)...
- Rougeole, rubéole, oreillons, coqueluche renvoient à des maladies classiquement tenues pour infantiles. Dans ce « monde impitoyable » (Ch. Lasch) où la famille reste le dernier refuge même si on ne sait plus trop dire à quoi elle sert, la moindre des choses pour les parents c’est de faire « au mieux » pour leurs enfants – entendez : au mieux de ce que leur aura susurré la horde des « experts », mandés pour se substituer à une éducation dont les fondements se sont effrités sous les coups du capitalisme et de ses valets. Comme le disait récemment Vincent Peillon : « il faut être capable d’arracher l’élève à *tous* les déterminismes, familial, ethnique, social, intellectuel (...) » (AFP, 02/09/12), mission de déculturation radicale où sont passés maîtres la plupart des obstétriciens, pédiatres, éducateurs, enseignants et autres *missi dominici* du néolibéralisme triomphant. Rappelons que quand le projet d’obligations vaccinales avait germé dans la cervelle des parlementaires de la 3^e République, l’idée de base était de dissimuler les aspects les plus repoussants de la contrainte en faisant des instituteurs les promoteurs de

cette médicalisation, moyennant l'argumentaire que « la vaccination permet tout aussi naturellement d'illustrer le grand thème de la "solidarité humaine", précepte de base de la "foi laïque" ». Vous avez le droit d'essuyer une larme...

- Quant au juteux business du vaccin contre l'hépatite B, qui nous fait entrer dans l'actuel de la vaccination, il est fondé sur deux arguments suffisamment attractifs pour avoir été repris à l'identique avec le vaccin contre le HPV, malgré l'évidente contradiction de cette duplication promotionnelle : à dix ans d'intervalle, ces deux vaccins ne sont-ils pas réputés concrétiser, chacun, « la première » vaccination contre un cancer doublée de « la première » vaccination contre une MST ? Quoi de plus stimulant que l'argument anticancéreux pour séduire les Narcisses contemporains tétanisés à l'idée de la mort ? Quoi de plus inspirant, d'autre part, pour des parents dépassés en tout mais consolés de leur impuissance éducative à l'idée qu'en tout cas, ils auront garanti à leur progéniture un idéal de fornications précoces et sans risque ? C'est l'extension à tous les genres de [la grande « émancipation »](#) que la fée pilule avait, jusqu'à présent, réservé aux filles...

Au total, cette première partie visait à illustrer deux idées :

- on passe à côté de l'essentiel en se focalisant sur les malheurs du présent sans essayer de les mettre en contexte historique, afin de comprendre que les scandales actuels s'inscrivent dans une évolution sur le long terme ;
- les sirènes de la dénonciation ou de la victimisation ne doivent pas dissimuler que le mal, ce n'est pas toujours *la faute des autres* : les médecins ou, par-delà, les professionnels de santé, ne sont pas les seuls responsables des dérives. Il y a une demande (qu'elle soit académique ou « alternative ») dont l'emballage est bien d'essence consumériste.

2. L'actuel

2.1. Un nouveau business pour Big Pharma

Que, jusque récemment, les vaccinations aient fait l'objet d'une instrumentalisation idéologique (au service du pouvoir médical) et politique (au service de « la police des familles »⁸), c'est ce que la première partie de mon exposé s'est attachée à reconstituer. Mais, n'en déplaise à une propagande anti-vaccinaliste primaire, l'enjeu n'avait guère été financier : la rentabilité des principaux acteurs du secteur – le Canadien Connaught, par exemple – était loin d'atteindre celle de la pharmacie industrielle classique⁹. Mieux : comme illustré par le précédent de l'Institut Pasteur, certains acteurs du secteur – infectiologues ou biochimistes peut-être brillants – *n'étaient même pas des professionnels du médicament*, l'histoire parallèle de l'hormone de croissance ou du sang contaminé ayant montré les inconvénients d'une fabrication médicamenteuse opérée dans les conditions d'un tel amateurisme.

Dans le courant des années 1980, que s'est-il donc passé pour que l'on voie soudain des majors de l'industrie pharmaceutique s'intéresser à un domaine thérapeutique à l'écart duquel ils s'étaient prudemment tenus jusqu'alors ? Deux choses, au moins :

- la déprofessionnalisation d'une industrie pharmaceutique naguère hautement spécialisée, brutalement investie, via des rachats et des fusions spectaculaires, par des lobbies financiers sans scrupules, exclusivement attirés par la rentabilité du secteur – avec pour conséquence un dramatique effondrement de compétence rendant compte d'une incapacité de plus en plus voyante à assurer l'innovation thérapeutique qui, jusqu'alors, avait justifié cette rentabilité effectivement exceptionnelle ;
- la conscientisation, par les nouveaux maîtres de cette industrie naguère éminemment pointue, que les vaccinations allaient pouvoir compenser, en termes de rentabilité, les ravages d'incompétence où conduisait forcément leur avidité sans borne – notamment leur incapacité de remplacer dignement les grands médicaments de la « révolution thérapeutique » déjà tombés ou sur le point de tomber dans le domaine public. Innovation majeure d'un point de vue stratégique – sinon thérapeutique –, le redéploiement industriel autour d'un fort secteur vaccinal ne laissait présager rien que du bon¹⁰ :

⁸ L'expression est de Jacques Donzelot, disciple de M. Foucault. Je n'apprécie rien de son livre éponyme (Editions de Minuit, 1977) bizarrement loué par Ch. Lasch, mais il faut lui reconnaître la paternité de cette évocatrice expression.

⁹ P. Waldie & G. Robertson: "How vaccines became big business", Globe and Mail 2009, Dec 29.

¹⁰ Ce sera la honte de l'auteur du *Rapport sur le bioterrorisme* (2002) d'avoir osé attirer l'attention des autorités qui l'avaient mandaté sur le risque financier prodigieux censément assumé par les fabricants de vaccins, quand il suffisait de lire la presse pharmaceutique – ou les argumentaires destinés aux actionnaires – pour voir ces derniers revendiquer sans complexe le secteur vaccinal comme un nouvel eldorado.

- évidemment à la portée financière des majors de la pharmacie, la mise de fonds initiale pour acquérir les installations adéquates était suffisamment dissuasive pour décourager la concurrence d'éventuels emmerdeurs petits, mais créatifs ;
- abstraction faite de cet investissement initial et pour des raisons sur lesquels je reviendrai plus bas, le développement d'un nouveau vaccin est bien moins coûteux que celui d'un médicament classique ;
- pour d'excellentes raisons techniques, les vaccins modernes ne sont pas reproductibles en génériques ;
- les bien-portants étant évidemment plus nombreux que les malades, une reconfiguration de l'activité autour de la prévention allait réaliser le rêve de Knock en faisant tomber ce qui, jusqu'à présent, avait constitué la barrière naturelle du marché pharmaceutique – à savoir, la maladie : auparavant, cela n'aurait traversé l'idée d'aucun professionnel sérieux que l'on puisse imposer des médicaments à des gens en parfaite santé¹¹ – les obligations vaccinales passées étant nées, comme on l'a rappelé, d'inspirations qui n'avaient rien à voir avec la pharmacie industrielle ;
- comme la suite allait abondamment le démontrer – et comme la promotion du vaccin contre l'hépatite B devait en être le prototype – il allait suffire d'un lobbying adéquat auprès des professionnels de santé et des politiques pour créer à volonté (avec la complicité de l'OMS et des experts à la botte) des urgences de santé publique justifiant n'importe quelle vaccination et largement de nature à assurer le prospérité des actionnaires ;
- une fois les politiques et les décisionnaires mis en condition par une propagande forcenée, ce serait un jeu d'enfant d'obtenir des prix exorbitants, rendant compte du fait que, si j'en crois quelques bruits de couloir bien informés, la rentabilité du secteur vaccinal, très au-dessus de 90%, serait même supérieure à celle de la cosmétique : faut-il rappeler le précédent éloquent de la « pandémie » H1N1 – où les politiques affolés ont même cru bon de dispenser les fabricants de leur responsabilité en cas de défaut ou de faute¹² ? Lorsque j'étais chargé par le Pôle santé du dossier pénal concernant la vaccination contre l'hépatite B, j'avais plaidé pour l'ouverture d'un volet financier relatif à l'escroquerie évidente qui avait permis de fixer aux alentours de 12 € le

¹¹ Abstraction faite, bien sûr, de cette innovation capitaliste – tant célébrée par les féministes – que l'on appelle contraception orale, à laquelle j'ai consacré une bonne part de mon dernier livre.

¹² Faut-il rappeler, dans le même ordre d'idées, qu'à une seule exception près (*a posteriori* imputée à une erreur des tribunaux), les rares indemnités auxquelles a donné lieu la vaccination contre l'hépatite B se sont faites dans le cadre d'une juridiction administrative ou de sécurité sociale, c'est-à-dire aux frais du contribuable et jamais des fabricants ?

prix de chaque injection : dix ans plus tard, les volets sont toujours fermés tandis que la primo-vaccination par Gardasil atteint 420 € – sous les applaudissements complaisants de l'assurance maladie et des mutuelles...

Le cynisme mercantile parfaitement assumé de ce nouvel axe stratégique remet en perspective l'appel à la « responsabilité citoyenne » et la « solidarité » qui, depuis un siècle, nourrit la promotion vaccinale et justifie, en creux, les pires obligations : si les gens sont assez égoïstes pour refuser de se prêter à une mesure aussi manifestement bénéfique de santé publique¹³, on ne saurait reprocher aux *responsables* d'en venir à des mesures coercitives...

2.2. Les nouvelles formes de vente forcée

La poussée sociétale d'un individualisme incontrôlable et, de toute façon, la loi du 4 mars 2002 (avec son exigence censément « démocratique » relative au consentement) eussent dû naturellement conduire à l'abandon de toute obligation vaccinale. C'était d'ailleurs la conclusion optimiste d'un rapport¹⁴ intitulé *Libertés individuelles et santé collective – Une étude socio-historique de l'obligation vaccinale*, diffusé en novembre 2004 sous l'égide du Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société (lui-même dépendant du CNRS, de l'INSERM et de l'EHESS). C'était aussi un sentiment parallèle qui avait inspiré l'imprudent triomphalisme des anti-vaccinalistes français après l'abolition de l'obligation concernant le BCG.

Radicalement erronée comme on va le voir, cette anticipation à contre-courant des faits les plus manifestes (dont la propension connue de B. Kouchner à faire beaucoup de bruit pour rien...) reposait sur l'occultation obstinée et regrettamment unanime¹⁵ de ce qui représente pourtant le précédent le plus alarmant en la matière, à savoir la promotion du vaccin contre l'hépatite B, dont j'ai reconstitué ailleurs l'historique mercantile¹⁶ (lequel, il faut le souligner, ne remonte pas à 1994 – moment de la campagne scolaire –, mais à la seconde moitié des années 1980). Rappelons – et c'est un point essentiel – qu'avec une duplicité de Judas, les autorités françaises avaient proposé aux fabricants d'imposer une obligation généralisée, que ces derniers avaient refusée dans le pressentiment parfaitement justifié que l'efficacité de leur promotion serait proportionnelle à la marge de liberté qu'on laisserait au

¹³ Comme le répétait en boucle une responsable de l'administration sanitaire au moment où la campagne de 1994 s'est compliquée d'une singulière alerte de pharmacovigilance : « le bénéfice de la vaccination contre l'hépatite B *est évident* et ne sera pas discuté »...

¹⁴ http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/39/73/64/PDF/Obligation-vaccinale_Rapport-final.pdf

¹⁵ Nous aborderons dans un autre article les circonstances expliquant que – quoi qu'ils en disent aujourd'hui – les anti-vaccinalistes n'aient jamais été aux avant-postes de l'analyse concernant ce scandale pourtant déterminant. Comme le remarque en passant le rapport précité du CERMES à propos des associations anti-vaccinales, « le vaccin contre l'hépatite B apparaît alors comme un de leurs combats, parmi d'autres, *sans spécificité particulière* » (p. 55 ; c'est moi qui souligne).

¹⁶ M. Girard, *Alertes grippales – Comprendre et choisir*, Dangles, 2009 : chap. 5.

public : la suite – avec, jusqu’aux trottoirs devant les pharmacies, les queues interminables de citoyens affolés par une maladie que quasiment personne n’avait encore jamais vue – dit assez le bien-fondé d’une telle intuition.

Alors donc que le scandale de cette vaccination « universelle » a été solennellement reconnu par la proclamation de B. Kouchner (01/10/98) dénonçant l’élargissement indu de la cible initialement fixée, par quels moyens les autorités sanitaires – évidemment de mèche avec les fabricants – vont-elles promouvoir ce nouveau business des vaccinations pour tout et n’importe quoi, où le numéro un de la pharmacie française a trouvé sa chance unique d’accéder à la dimension internationale ?

- Pour des raisons de présentation chronologique, j’ai passé sous le silence une étape méconnue quoique fondamentale dans la promotion du « tout vaccinal », à savoir, dès le début de l’année 1991, l’obligation faite à tout un tas de professionnels de se soumettre à une vaccination contre l’hépatite B via une modification de l’article L. 10 du code de la santé publique dans le déterminisme de laquelle le Comité Technique des Vaccinations avait brillé par sa nullité. Mine de rien et d’un point de vue commercial, cette inclusion de catégories professionnelles d’une incongruité franchement désopilante si elle n’avait été tragique (les croque-morts et les courtiers de casino...) avait déjà contribué à élargir significativement la cible d’une vaccination concernant une maladie dont très peu d’entre nous avaient l’expérience. Y contraindre les professionnels de santé offrait, en outre, l’avantage de banaliser une immunisation qui n’allait pourtant pas de soi : au nom de quoi épargner aux autres ce qu’on a soi-même été obligé de subir ? Ce n’était plus la stratégie du bouc émissaire, mais celle du veau sacrificiel – ou de l’imbibition idéologique par contrainte des corps...
- Moyennant l’abandon conciliant du slogan de « vaccination universelle » et au prix de falsifications graves que j’ai documentées [ailleurs](#), l’AFSSAPS a – sans la reconnaître expressément (il y avait tellement de procès en cours...) – exploité le spectre d’une vague menace démyélinisante chez l’adulte pour accréditer qu’avant l’âge de deux ans, il n’y avait aucun risque – et qu’il convenait au contraire de se précipiter à vacciner avant cet âge fatidique *tous* les bébés contre l’hépatite B pour les prémunir d’une toxicité neurologique retardée au moins potentielle. L’injonction d’« universalité » s’est ainsi vue remplacée par une injonction de *précocité* vaccinale, avec au bout du compte le même objectif – maximiser coûte que coûte le nombre de personnes vaccinées : à près de 800 000 bébés immunisés en France chaque année, « l’universalité » chassée par la porte à contrecœur pouvait ainsi revenir par la fenêtre...
- Grâce à une pseudo-alerte de sécurité inconcevable pour n’importe quel professionnel de la pharmacie s’agissant de vaccins disponibles depuis des décennies, l’AFSSAPS a justifié, à partir de juin 2008, un retrait de fait des vaccins obligatoires... [tout en maintenant l’obligation](#) : de telle sorte que les parents n’ont depuis d’autre issue que de voir leurs enfants refoulés des institutions publiques (crèches, écoles) ou se soumettre – par obligation – à

des vaccinations pourtant non obligatoires (celles incluses, en sus du diphtérie/tétanos/polio, dans les multivalents qui sont désormais les seuls disponibles) et de ce fait dépourvues de la protection juridique offerte par l'article L. 3111-9 du code de la santé publique, régissant la responsabilité de l'État en cas d'accident après une immunisation dont ce dernier aurait imposé l'obligation.

- Dans une ligne de pensée séculaire faisant de la couverture vaccinale la priorité et n'envisageant l'obligation que comme le dernier recours en cas d'échec de la persuasion, les autorités – avec la connivence empressée des instances de propagande parmi les plus ramifiées (dont la presse pour enfants, [les manuels de SVT](#) des lycées et la complaisance éhontée des instances de remboursement [assurance maladie, mutuelle]) – ont organisé un endoctrinement sans précédent, comme spectaculairement illustré par la diabolisation en moins de 10 ans d'une maladie aussi notoirement bénigne que la grippe, ou encore par le remboursement du Gardasil malgré l'obstination du fabricant à ne fournir aucune preuve sérieuse d'efficacité.
- Cette propagande forcenée fondée notamment sur les « obligations » morales inhérentes à la responsabilité civique ou parentale a justifié – évidemment sans la moindre évaluation sérieuse – l'évolution tentaculaire des recommandations vaccinales, contribuant ainsi à brouiller les lignes de l'obligation légale¹⁷ : sans qu'il soit possible de discriminer entre la mauvaise foi ou l'incompétence, il est courant aujourd'hui d'entendre des médecins présenter comme obligatoires des immunisations qui ne le sont pas. On tiendra pour une illustration tragi-comique, mais éloquente, de cette confusion entre le légal et le moralement obligatoire qu'un juge du Pôle santé en charge de l'instruction sur la vaccination contre l'hépatite B m'ait confié avoir fait vacciner ses propres enfants en croyant que c'était obligé...
- Moyennant ce même endoctrinement des foules – incluant donc les professionnels de santé, les magistrats et, bien sûr, les politiques –, les autorités internationales ont couvert une modification drastique des obligations légales permettant aux fabricants – *via* la procédure du « *fast track* » – de se dispenser des contraintes technico-réglementaires qui avaient jusqu'à présent représenté l'Évangile du développement pharmaceutique : on a vu le résultat sanitaire avec Pandemrix. Inédite en pharmacie, cette nouvelle culture de la précipitation a aussi offert l'arrière-plan idéologique pour imposer ensuite dans une imparable urgence tous les coups de force, comme [la réquisition](#) des professionnels de santé lors de la « pandémie » H1N1.

¹⁷ Ce brouillage des lignes est parfaitement délibéré. Tout en plaidant l'abolition des obligations et leur remplacement par des recommandations, le président du Comité Technique des vaccinations conseille la création d'un « statut sur les vaccinations recommandées de façon à ce qu'elles ne soient pas perçues comme facultatives. » Car, ajoute-t-il, « le problème qui se pose en France, c'est que les recommandations sont assimilées à un choix possible au lieu d'une nécessité » (« [Le Comité des vaccinations suggère une levée de l'obligation vaccinale](#) », *Pourquoi Docteur*, 06/12/13). On ne saurait être plus transparent dans l'embrouillamini.

- Dans cette exploitation effrontée d'un eldorado dont on n'aperçoit pas encore les limites, l'obligation – la vraie, celle imposée par les décideurs – est désormais un simple paramètre d'ajustement en vue de maximiser les bénéfices. Instruits par l'expérience hépatite B du fait que la marge de liberté laissée au consommateur n'était plus une garantie durable de succès commercial, les autorités et les fabricants s'entendent désormais au coup par coup sur l'utilisation de l'obligation comme arme suprême pour faire rentrer l'argent. J'ai raconté [ailleurs](#) comment, sans me vanter, j'ai contribué à déjouer le piège pour le H1N1, mais il est évident que ce n'est que partie remise. Alors que la leçon la plus évidente de cet inconcevable scandale eût dû être à tout le moins l'abolition de *toute* obligation vaccinale – au motif évident que les conflits d'intérêts susceptibles de peser sur une telle décision étaient désormais par trop incontrôlables – c'est exactement le contraire qui s'est passé, avec notamment cette réunion de parlementaires – BP en tête¹⁸ – concluant gravement au nécessaire élargissement des obligations après avoir entendu les « experts » notoirement les plus compromis avec les fabricants¹⁹.
- L'obligation et, à un moindre degré, le remboursement fournissent aux politiques un moyen facile pour justifier leur existence bien qu'ils ne cessent d'acter la mort du Politique en promouvant le fameux *there is no alternative* (« on n'a pas le choix »). Affectant d'ignorer que la politique, c'est justement une vision à long terme jointe à la capacité d'y rallier durablement un nombre suffisant de suffrages, ils s'acharnent à dissimuler leur pitoyable impuissance derrière une hystérisation de la volonté²⁰ qui s'incarne magnifiquement dans des décisions spectaculaires – mais vaines et éventuellement ruineuses – concernant des problèmes de santé publique (« pandémie », cancer...) judicieusement présentés comme constitutifs d'une menace appelant une

¹⁸ Pas la compagnie pétrolière, mais l'inénarrable Bapt le Pervers. Après la mise en ligne de cet article, un correspondant m'adresse l'annonce d'un [colloque](#) qui se tiendra le 10/04/14 à... l'Institut Pasteur, sera consacré aux inexplicables résistances des gens aux vaccinations, et ne comporte que trois intervenants : Brigitte Autran (l'une des « expertes » les plus impliquées dans le scandale H1N1 en France), Serge Montero (président du comité Vaccins du... Leem – le syndicat national du médicament) et Gérard Bapt : dis-moi à qui tu ne fais pas peur... Je note – évidemment avec une immense déception – qu'en dépit de mon rôle peu contestable dans les réticences post-H1N1 aux vaccinations-pour-rien, les organisateurs (à savoir le journal *Libération* – le bien nommé) n'ont pas pensé à m'inviter. *Next time* – et sur recommandation d'un vaillant « lanceur d'alerte » parlementaire ?...

¹⁹ Assemblée Nationale – Groupe d'études sur la vaccination. « [Synthèse des recommandations](#) », 13/03/12.

²⁰ Qui veut prendre la mesure de cette hystérisation n'a qu'à décompter sur Google le nombre de réponses à la simple interrogation : « Hollande veut... ». A la date de la présente rédaction (28/03/14) et pour s'en tenir à la première de nombreuses pages qui sortent, l'intéressé **veut** notamment « améliorer la cohérence du gouvernement »/ « rééquilibrer les relations commerciales avec la Chine »/ « aller plus vite et plus fort »/ « créer un rebond post-électoral »/ « reprendre la main »/ « relancer l'attractivité de la France »/ « redresser l'image de l'économie française »/ « des contreparties » – tout ça après avoir justifié que le président « du changement » élu sous une étiquette « socialiste » n'avait *aucune* marge de manœuvre pour « donner un coup de barre à gauche »...

réaction *immédiate*²¹. Dans le même ordre d'idées, on relèvera que le remboursement a pour les politiques l'avantage de réduire au silence l'essentiel des forces de gauche » qui, par paresse de pensée, tiennent toujours pour un acquis « démocratique » une telle mesure, sans jamais se demander si elle ne serait pas un prétexte pour détourner l'argent public au profit des fonds de pension et autres lobbies financiers²².

- Antidote assez prévisible au scandale que risquera de provoquer quelque élargissement que ce soit des obligations vaccinales : la polémique ahurissante sur l'aluminium qui prépare le piège à cons où se précipiteront à pieds joints en hurlant leur joie tous les naïfs (associations de victimes, ligues anti-vaccinales, parlementaires...) qui s'en sont fait les plus bruyants propagateurs, lequel consistera à justifier de nouvelles obligations en les appliquant à des spécialités providentiellement débarrassées de leur aluminium...

2.3. Bénéfices vs risques

2.3.1. Une effrayante inconscience

Cela ne viendrait à l'idée de personne d'extrapoler les résultats désastreux d'Avastin dans le cancer métastatique du sein pour clamer que « les » anticancéreux sont inefficaces ; semblablement, personne n'oserait s'autoriser du précédent de la phénacétine²³ pour affirmer que « les » antalgiques sont intolérablement toxiques. C'est pourtant ce niveau pitoyable de raisonnement qui prévaut tout aussi bien chez les anti-vaccinalistes que dans les instances académiques, et il n'y a qu'à se baisser pour trouver dans les médias grand public tout autant que dans les ouvrages spécialisés des considérations globalisantes sur les bénéfices ou les risques de LA vaccination²⁴.

De la même façon, quel professionnel de santé sérieux tiendrait pour équivalents céfacylor ou aztréonam au seul motif qu'il s'agit là de bêta-lactamines parmi d'autres ? C'est pourtant, là encore, le niveau de raisonnement qui prévaut chez la plupart des médecins vaccinateurs, que l'on voit rarement émettre des objections à injecter

²¹ C'est l'occasion de rappeler que, d'après divers bruits de couloir et selon toute vraisemblance, c'est bien Sarkozy qui aurait pris la décision catastrophique d'acheter 94 millions de doses de vaccin contre le H1N1 tout en cédant au chantage du fabricant concernant l'exonération de sa responsabilité. C'est sans doute parce qu'elle a accepté de porter ce chapeau qui n'était pas le sien que Bachelot a été supportée jusqu'à la fin du régime malgré sa nullité.

²² Je ne parle pas de ces féministes qui, dans leur sujétion réflexe aux sirènes les plus vulgaires du néolibéralisme, se battent bec et ongles pour obtenir le remboursement de Gardasil et des autres menaces sur la santé des femmes.

²³ Analgésique finalement retiré du marché mondial en raison de sa toxicité rénale.

²⁴ Globalisation encore plus incongrue à un moment où *Big Pharma* se targue d'inscrire au chapitre de « la » vaccination à venir des indications aussi diverses que l'acné, la carie dentaire, l'obésité, le tabagisme ou « le » cancer...

Genhévac après une première administration d'Engérix, ou Pentavac à la place d'Infanrixquinta, ou réciproquement.

Ainsi et alors même que, médicaments à usage préventif majoritairement destinés à des sujets en parfaite santé, les vaccins devraient cristalliser sur eux une exceptionnelle intensité de prudence hippocratique, les exemples précédents attestent qu'au contraire, la vaccinologie est comme marquée au fer rouge par un débraillé méthodologique et professionnel consternant. L'illustration qui suit le montrera de façon encore plus saisissante. Il suffit, en effet, de consulter les éditions du *Physician Desk Reference* (le Vidal américain) des années 1990 pour constater que les essais de tolérance qui ont permis la commercialisation internationale de la spécialité Engérix B *n'ont pas duré plus de quatre jours...* Il n'est pas besoin d'être expert, ni même professionnel de santé, pour apercevoir la formidable irrationalité de la situation : voilà donc des substances exogènes présumées exercer des effets immunologiques *bénéfiques* sur le long terme, voire à vie, sans qu'aucun responsable n'ait la moindre idée que, pour le même prix, les mêmes substances pourraient éventuellement exercer des effets immunologiques *néfastes* au-delà du quatrième jour !... Faut-il même commenter ?

J'ai souvent dit que je n'étais pas un anti-vaccinaliste. Mais pour critiquer la désinvolture criminelle avec laquelle les autorités et la plupart des professionnels de santé soumettent les populations aux vaccins, il n'est nul besoin de cotiser à une Ligue : il suffit d'être ce que je suis – un spécialiste du médicament tout simplement, avec un minimum d'expérience quant aux conditions technico-réglementaires qui *doivent* absolument présider à la mise sur le marché d'un médicament...

Posons donc qu'il n'y a pas LES vaccins – encore moins LA vaccination²⁵ –, mais *des* vaccins et examinons rapidement les évaluations qui devraient conditionner la mise sur le marché de *chaque* spécialité considérée individuellement. Où en serait-on avec les vaccins si, comme on est normalement supposé le faire avec tout médicament, on s'attachait à une évaluation sérieuse des bénéfices attendus d'une part, des risques possibles d'autre part ?

2.3.2. Évaluation du bénéfice

« Il n'y a pas d'étude clinique d'efficacité clinique dans le dossier d'AMM [de Gardasil] ? Oui et alors ? »²⁶. Contemporaine de la présente rédaction et déjà éloquente en soi sous la plume d'un médecin qui se qualifie lui-même de

²⁵ N'en déplaise au site Infovac qui inclut notamment la signature d'un ancien président du CTV (celui qui, avec la même scrupulosité, me reprochait [publiquement](#) d'avoir usurpé un titre de « professeur » dont je n'ai strictement rien à f***) et qui, dans son [dernier bulletin](#) (n° 3/2014), ne craint pas de dénoncer les récentes critiques de Gardasil via la solennelle mise en garde qui suit : « Que personne ne se trompe : c'est bien toute *la* vaccination qui est mise en cause en France » (c'est moi qui souligne). On relève que tout en se prévalant d'un scrupule « médical et scientifique », les éminents contributeurs de ce site n'éprouvent pas le moindre souci de la moindre référence pour sous-tendre leurs assertions et leurs stigmatisations : *plus ça change et...*

²⁶ Ph Seyler (<http://www.formindep.org/Le-Docteur-de-CHAZOURNES.html>)

« vaccinateur », cette citation tire un complément de saveur (ce complément de saveur que l'on doit à certains piments qui vous jettent tête première dans la cuvette des chiottes à la recherche du premier point d'eau...) d'une double circonstance :

- on la trouve sur le site du FORMINDEP, en principe réputé réunir les professionnels de santé qui ont fait vœu de jansénisme en faveur de l'*evidence-based medicine* ;
- elle émane d'un membre du Haut Conseil de la Santé Publique, dont on comprend ensuite qu'il doit l'essentiel cette distinction « expertale » non à ses titres et travaux, mais à son zèle assumé en faveur des vaccinations.

De fait, pour n'importe quelle personne tant soit peu au fait du développement pharmaceutique, l'observation des vaccins recèle des atypies qui ne laissent pas d'étonner.

- Ainsi de la dispense généralement faite à ces composés d'affronter en double aveugle l'épreuve, en principe incontournable, de la comparaison contre un placebo.
- Ainsi de la dispense d'un complément de dossier, comportant tous les essais cliniques idoines, supposé justifier un élargissement d'indication, *a fortiori* s'il est drastique : pour les avoir bien cherchés, je n'ai pas trouvé ceux qui, en 1994, sous-tendaient l'extension d'indications initialement fort limitées à celles d'une vaccination « universelle » pour les vaccins contre l'hépatite B. J'ai également cherché en vain la justification de la première extension qui, en 1991, avaient imposé une obligation vaccinale à diverses professions supposées « exposées » dans une acception très laxiste du mot...
- Ainsi de ces modifications fulgurantes du schéma d'administration, attestant que ce qu'on appelle les études de « *dose ranging* » (détermination de la posologie) – en principe incontournables dans un développement médicamenteux – ont été passées par pertes et profits. Présentée par Bachelot comme un super bonne nouvelle – alors que la campagne de vaccination H1N1 était déjà commencée – l'annonce qu'une seule injection allait suffire au lieu des deux initialement programmées reflétait simplement l'incroyable bordel qui avait présidé au développement précipité de ces pseudo-vaccins. De la même façon, qui s'était offusqué que le schéma 0/ 1 mois/ 6 mois retenu par toutes les administrations étrangères pour l'immunisation par Engérix B, se voie brutalement remplacé en France – et en France seulement – par le schéma autrement plus lourd (et nettement plus lucratif) 0/ 1 mois/ 2 mois/ 1 an + rappel tous les 5 ans ? Sachant que l'arbitraire d'une telle décision – évident pour n'importe quel professionnel – allait de toute façon se trouver rétrospectivement confirmé quand il allait suffire, au printemps 1998, d'un minuscule mois au Conseil Supérieur d'Hygiène Publique pour accéder au désir du Secrétaire d'État de voir purement et simplement supprimé ce schéma de rappel : qui croit sérieusement qu'il suffise *d'un petit mois* pour procéder sérieusement aux

évaluations cliniques d'administrations programmées sur plusieurs années ? Et quel professionnel du médicament pourrait considérer sans une profonde angoisse qu'un bouleversement posologique aussi radical soit ramené par le Ministre à une simple « actualisation » ?

- Ainsi, encore, lorsque une résurgence infectieuse – loin de conduire à la réévaluation critique d'efficacité normalement prescrite par la réglementation pharmaceutique s'agissant de n'importe quel autre médicament – amène les autorités à recommander, de façon quasi réflexe, un rappel des sujets antérieurement vaccinés, comme on le voit couramment avec la rougeole ou la coqueluche. Mais si un vaccin a été sérieusement développé pour une immunisation unique dans le temps, sur la base de quel nouveau développement crédible devient-il ainsi possible d'en modifier aussi brutalement le schéma d'administration ? Qui trouverait normal qu'un nouvel antibiotique introduit pour le traitement en monodose des infections urinaires non compliquées chez la femme soit ensuite, *sans autre forme de procès*, autorisé pour une nouvelle administration à 8, 15 et 30 jours ?

Notons-le : les objections qui précèdent sont de simple bon sens, et de pratique pharmaceutique élémentaire, et pas encore concernées par ce qui représente effectivement LA grande difficulté d'évaluation avec les vaccins, à savoir l'appréciation d'une efficacité sur un événement cible généralement trop lointain dans le temps pour être raisonnablement inclus dans les critères d'un essai clinique. Avant d'aborder cette difficulté, rappelons que, n'en déplaise aux « experts » du HCSP, elle n'est pas spécifique des vaccins : mais alors que dans le traitement d'un cancer, par exemple, on peut tolérer un certain nombre d'extrapolations eu égard à une maladie *grave* et dûment *constituée* que l'on cherche à *traiter*, on ne saurait placer au même point la jauge de l'éthique et la précaution hippocratique relativement à des maladies majoritairement *bénignes*²⁷ et dont la menace n'est jamais que *potentielle* chez les sujets en parfaite santé au moment où ils recevront la vaccination en question.

Cela dit, il est exact que la plupart des événements cibles dont la prévention est visée par une vaccination sont effectivement trop lointains dans le temps pour faire l'objet d'essais cliniques classiques.

- En pareille occurrence, il est admis – sinon toujours légitime – de fonctionner sur des « marqueurs intermédiaires » supposés corrélés à l'insaisissable événement cible. Avec les vaccins, la montée des anticorps est le marqueur intermédiaire le plus naturellement choisi. Le problème, c'est que les anticorps sont loin de constituer la seule défense immunitaire de l'organisme, de telle sorte que leur élévation ne constitue pas nécessairement un fidèle reflet de la protection effectivement acquise par le vacciné. De plus et même quand les anticorps ont une fonction protectrice, il persiste une redoutable incertitude sur la durée de cette protection dans le temps.

²⁷ Nombre des pathologies infectieuses dont la prévention fait aujourd'hui la fortune de *Big Pharma* (et du forcing des pédiatres...) étaient autrefois traitées au chapitre des « maladies *bénignes* de l'enfance »...

- Qui dit évaluation indirecte présuppose le plus souvent une cuisine statistique dans laquelle les industriels sont passés maîtres. Tiré du dossier présenté par MSD à la FDA (l'administration sanitaire américaine) pour le vaccin Gardasil, l'exemple qui suit dit assez le manque de sérieux de tous ces gens-là. Une jeune fille incluse dans un essai reçoit cette vaccination supposée la protéger contre les HPV 16 et 18. Lors de l'analyse des résultats, il apparaît qu'elle était déjà contaminée par le HPV 18 *avant* son inclusion : en conséquence de quoi, elle est naturellement exclue de l'analyse d'efficacité du vaccin sur le HPV 18 (elle ne va pas être protégée contre une contamination qu'elle a déjà !) ; mais elle est maintenue dans celle qui concerne le HPV 16. Et comme le critère final – dit « composite » – concerne l'efficacité du vaccin contre le HPV 16 OU le HPV 18, elle reste incluse dans l'analyse comme témoignant *le succès de la vaccination*. Je récapitule à l'intention des profanes qui peinent à suivre : une jeune fille vaccinée *après* sa contamination par le HPV 18 se voit dûment comptabilisée au titre de l'efficacité de Gardasil contre les HPV 16 ou 18...
- À dire vrai, les difficultés pour évaluer un événement cible retardé dans le temps ne sont pas tant méthodologiques qu'opérationnelles : on sait très bien suivre une cohorte de sujets sur le long terme – et la fameuse « étude de Framingham » l'atteste, qui a rapporté à l'industrie pharmaceutique tellement d'argent pas toujours mérité. Ce qui bloque la mise en place de semblables études, c'est généralement leur coût financier – et il n'est pas faux que sur certaines niches commerciales étroites, aucun fabricant ne se lancerait si on lui imposait un tel coût. Mais n'en déplaise à l'excellent Didier Raoult qui prétend nous faire pleurer sur le tragique risque financier pris par les firmes consentant – par souci du Bien Public – à rogner sur leurs modestes économies pour développer des vaccins ruineux (cf. note 10), il suffit de lire la presse économique – ou de réfléchir – pour constater que la rentabilité des vaccins est assez faramineuse pour justifier *l'obligation* qui serait faite aux fabricants de mettre en place, moyennant un coût dérisoire toutes choses égales par ailleurs, les études épidémiologiques *adéquates* en vue d'apprécier rigoureusement, sur des critères directs et réalistes, l'efficacité de leurs spécialités. Cette obligation n'aurait de sens, évidemment, que si elle ne portait que sur le financement, et que lesdites études étaient confiées à des instances pouvant donner des gages simultanés *d'indépendance* et *de compétence* : on cherche malheureusement des noms²⁸...

2.3.3. Évaluation des risques

Au début de cette communication, j'ai déjà donné quelques éléments (durée des études de tolérance, absence de comparaison à un placebo...) facilement vérifiables par tout un chacun et attestant l'effrayant climat de désinvolture, voire

²⁸ Surtout quand on sait que, durant des années, la responsabilité des articles consacrés aux vaccinations dans la revue *Prescrire* a été confiée à un membre du Comité Technique des Vaccinations, dont l'affiliation est loin d'avoir été évidente pour les lecteurs et dont les biais personnels en faveur de « la » vaccination semblent avoir compté pour beaucoup dans l'incongruité des évaluations publiées par cette autre figure du jansénisme tartuffe.

d'inconscience, qui préside à l'évaluation des risques dès qu'il s'agit d'une spécialité vaccinale.

Il en existe bien d'autres. La littérature pédiatrique est pleine d'observations (« *case reports* ») de maladies graves et imprévisibles survenues chez des enfants, chez qui le respect du calendrier vaccinal est *naturellement* présenté comme un diagnostic d'exclusion – la mise hors de cause de toutes les étiologies supposées prévenues par la vaccination – sans la moindre considération pour l'éventualité que ledit respect ait pu, lui-même, jouer un rôle causal : par exemple et pour avoir une grande expérience de la notification spontanée des accidents vaccinaux, je ne pense pas faire preuve d'une particulière obtusion anti-vaccinale en jugeant que sur un tableau de mort subite, j'aurais préféré qu'on me donne précisément la date de la dernière vaccination (la veille ?...) plutôt qu'on me rassure globalement quant à la parfaite observance des recommandations vaccinales officielles...

Ainsi documenté que, déjà parent pauvre du développement pharmaceutique, la pharmacovigilance est encore plus indigente avec les vaccins qu'avec les autres médicaments, l'évaluation des risques se complique encore de difficultés cette fois plus spécifiques.

- Parmi bien d'autres, l'affaire des narcolepsies – où la plupart des administrations sanitaires (notamment en France) ont mis en œuvre les pires moyens pour empêcher la reconnaissance du fait²⁹ – illustre ce qu'une expérience de trente ans en pharmacovigilance me permet de confirmer sans la moindre hésitation : la criminelle propension des autorités sanitaires à exacerber, dès qu'il s'agit de vaccins, la tendance déjà faramineuse à la sous-notification des effets indésirables médicamenteux. En sachant que dans ce travail de dissimulation fondé sur une lamentable décrédibilisation des notificateurs, elles peuvent compter sur la collusion intéressée des médecins vaccinateurs, soudain frappés de surdité au moindre signalement d'intolérance post-vaccinale par un patient ou un parent, et trop heureux de se voir ainsi déchargés de leurs responsabilités dans la mise en œuvre de recommandations³⁰ dont le ridicule devrait sauter aux yeux du moins averti : Diafoirus n'est décidément pas mort.

²⁹ Outre la propagation déjà évoquée d'une rumeur concernant une « rétractation », les autorités françaises ont attendu plus de quatre ans pour admettre le fait du bout des lèvres – et dans une estimation quantitative nettement inférieure à celle tirée des études sérieuses menées sur le sujet. Quant aux autorités européennes, elles se sont contentées d'accréditer que la spécialité Pandemrix aurait été retirée par son fabricant pour de simples « raisons commerciales »... Les guerres contre « l'axe du mal » nous ont initiés aux effets « collatéraux » de brutalités supposées justifiées : la vaccination contre le H1N1 aura introduit la notion de complication « commerciale » dans la lutte de l'humanité rationnelle contre les menaces « pandémiques » qui tracent un nouvel axe du mal entre « l'expertise » sanitaire et l'obscurantisme anti-vaccinal...

³⁰ Alors que voici encore quelques décennies, l'abstention – sauf exception justifiée – de toute vaccination chez un enfant en mauvaise santé faisait partie d'un bagage hippocratique qui allait de soi, j'ai des centaines d'observations de médecins s'acharnant à vacciner contre tout et n'importe quoi des enfants souffrant de pathologies gravissimes – parfois apparues juste après une première immunisation... Encore très récemment, j'ai eu à suivre l'affaire d'une petite fille atrocement frappée

- Constat concomitant : toute inférence fondée sur un système de notification (dont le VAERS américain est le plus connu) est immanquablement traitée par les experts comme forcément nulle et non avenue compte tenu des insuffisances connues d'un tel système. Mais cette décrédibilisation organisée d'une telle surveillance ne devrait-elle pas suffire pour caractériser comme « défectueuses » les spécialités qui en font l'objet, précisément selon la définition retenue par le législateur relative à un produit qui « n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre »³¹ : quel « on » jugera « légitime » qu'un système mis en place pour garantir une continuité de suivi après mise sur le marché soit ainsi dépourvu de la moindre crédibilité ?

Même si elle est insuffisamment traitée à mon goût, la question des interactions fait normalement partie des incontournables dans un développement pharmaceutique classique : avec les vaccins, elle est purement et simplement ignorée. Lorsque j'ai commencé à travailler pour l'industrie pharmaceutique, je me suis rapidement lié avec un collègue retraité de l'armée, ancien du Val-de-Grâce, pasteurien très expérimenté disposant d'une longue expérience coloniale, parfaitement au fait de l'infectiologie et de la vaccinologie. Lors d'une conversation de culture générale (notre employeur n'avait pas de secteur vaccinal à cette époque), je l'interrogeai sur une question qui m'avait toujours intrigué, à savoir l'état des connaissances sur les interactions vaccinales : sans une once d'hésitation, il me répondit que la chose n'avait jamais été étudiée. C'était il y a plus de trente ans. Depuis, je n'ai pas l'impression qu'elle l'ait été significativement plus, alors qu'avec la multiplication d'immunisations contre tout et n'importe quoi, elle est devenue d'une actualité plus que brûlante : il suffit, là encore, d'avoir un minimum d'expérience en recherche clinique pour se dire que l'incroyable rapidité avec laquelle le Comité Technique des Vaccinations dégage régulièrement de nouvelles recommandations vaccinales n'est simplement pas compatible avec la durée des études qui s'imposeraient pour évaluer, même sommairement, le potentiel de risques liés aux interactions entre ces innombrables immunisations.

Prenons l'exemple de la grippe saisonnière. Indépendamment de toute discussion sur l'efficacité réelle de la vaccination contre cette maladie, les gens – au moins ceux qui y croient – se sont faits à l'idée apparemment évidente que le virus évoluant d'une année sur l'autre, il conviendrait de se refaire vacciner tous les ans. C'est bien gentil : mais même s'ils n'ont plus d'intérêt du point de vue de la prévention antigrippale (« l'actualisation » chère au bon Dr Kouchner...), que fait-on des effets immunitaires non ciblés du matériel exogène – additionné d'adjuvants – injecté l'année précédente ? Et celle d'avant ? Et *toutes* celles qui ont précédé – sachant de plus que chaque année, la vaccination antigrippale vise généralement trois déterminants

d'une paralysie de toutes les articulations juste après une vaccination : alors qu'une connivence allant de soi unit les spécialistes de Necker en charge de l'enfant pour la préserver – ainsi que sa petite sœur en bonne santé – de toute nouvelle vaccination, la réaction quasi réflexe des deux pédiatres hospitalo-universitaires désignés comme experts judiciaires a été de remontrer aux parents effondrés le risque apparemment intolérable de voir la petite ainsi privée d'une vaccination annuelle... *contre la grippe !!!*

³¹ Art. 1386-3 du Code civil.

antigéniques, ce qui, physiologiquement, revient à trois immunisations par an ? Or, sous l'influence d'une propagande ridicule visant à transformer cette maladie notoirement bénigne en menace sanitaire redoutable, les experts à la botte s'arc-boutent sur l'idée d'accréditer l'intérêt d'une protection à tous les âges de la vie. Bilan net : à raison de trois immunisations réelles par an, et sur une espérance de vie moyenne de 80 ans au moins, on en est donc à recommander pas moins de 240 immunisations chez un individu. Je le dis solennellement devant vous – en mettant quelque « expert » que ce soit au défi de me contredire sur ce point : **cela n'est pas raisonnable, cela n'a jamais été étudié, cela ne peut même pas être étudié.** Et qu'il se trouve aujourd'hui des professionnels de santé pour gober sans broncher pareille ineptie en dit tristement long sur l'état de décérébration où les a conduits une propagande pourtant insensée³².

Pour rester en phase avec le thème du présent colloque, je relève comme une inquiétante mystification que – parmi bien d'autres travailleurs – les professionnels de santé soient quotidiennement intimidés sous prétexte d'évaluation, alors qu'ils sont par ailleurs embarqués dans des médicalisations coûteuses qui, par leur nature et leur ampleur, *échappent tout simplement à l'évaluation*. Et s'il s'agit d'aller plus loin, j'interrogerais mes collègues infectiologues ou immunologistes en leur demandant s'il est indifférent que l'évolution humaine soit compatible avec une telle régularité d'infections respiratoires virales qui vont du simple rhume à la grippe plus ou moins carabinée. En réponse à la superbe de nos meilleurs-experts attachés à la promotion de n'importe quel excès vaccinal, est-ce faire preuve d'une naïveté naturalisante – ou d'un élémentaire bon sens scientifique – de se demander si ces récurrences infectieuses gênantes mais fondamentalement bénignes n'ont pas une fonction adaptative précieuse en restimulant, périodiquement, des défenses organiques dont il est notoire qu'elles ne peuvent toutes dépendre de la mémoire immunitaire ? Et de s'interroger par conséquent sur le coût iatrogène d'immunisations systématiques contre des infections dont le bénéfice collectif est à ce point probable³³.

L'exemple de la rougeole fournit une réponse assez convaincante à la « naïveté » assumée de la question qui vient d'être posée. À l'époque quand même pas si lointaine où je faisais mes études de médecine, la – volumineuse – *Petite*

³² Autre exemple d'une paradoxale désinvolture à l'endroit des interactions : l'obligation où se trouvent les gens de compenser l'indisponibilité du DTP par des vaccins de valence *supérieure*, alors que cela a été une tendance lourde des dernières décennies que de débarrasser autant que faire se pouvait la pharmacopée des associations médicamenteuses fixes.

³³ J'entends d'ici l'éternel argument sur la morbidité supposée due à la grippe. Mais outre qu'elle ne cesse de se réduire à mesure qu'on exige qu'elle soit documentée par autre chose qu'une rumeur intéressée : i/ force est de constater que mes contradicteurs ne craignent pas de promouvoir (d'ailleurs sans preuves) l'alternative bénéfique individuel/ bénéfique collectif dès qu'il s'agit, à l'inverse, de justifier les dégâts de vaccinations irresponsables ; ii/ personne n'ignore qu'à mesure que l'espérance de vie progresse, la mortalité par infection respiratoire chez les personnes âgées tend à augmenter – tant il reste vrai qu'il faut bien mourir de quelque chose. La mission de la médecine – fût-elle préventive – n'est pas de laisser croire aux gens qu'ils ne mourront jamais.

*encyclopédie médicale*³⁴ de J. Hamburger qui accompagnait nos premiers pas à l'hôpital qualifiait textuellement cette maladie de « bénigne » (p. 649), tandis qu'en sa page 147, l'une des bibles pédiatriques de l'époque³⁵ estimait que la rougeole était « presque toujours bénigne », en attribuant cette victoire sur une maladie « naguère redoutée » « à l'isolement en chambres individuelles et à l'antibiothérapie qui combat les surinfections » : la vaccination n'y était mentionnée que pour rappeler qu'elle était « coûteuse », pour se réjouir qu'en France, aucune « tendance à une vaccination généralisée ne [s'était] encore manifestée », et pour introduire la mise en garde qu'on ne connaissait pas encore la durée de l'immunité conférée par le vaccin (p. 153). Que s'est-il donc passé entre ce moment où les plus éminents pédiatres considéraient la rougeole comme une maladie vaincue sans l'aide d'aucun vaccin³⁶ et aujourd'hui, où les responsables sanitaires – pas tous éminents, tant s'en faut... – ne cessent de présenter cette maladie comme une nouvelle menace sanitaire ? Il s'est passé, justement, qu'on a massivement vacciné, remplaçant de la sorte l'immunité définitive naturellement liée à cette maladie par une immunité regrettamment temporaire et créant, par là même, les conditions pour que la primo-infection naguère considérée comme « maladie bénigne de l'enfance » survienne désormais à un âge où il n'est plus indifférent de la contracter. En d'autres termes, moyennant une vaccination « coûteuse », **on a assez bouleversé l'écologie de cette maladie bénigne pour en faire un vrai problème de santé publique.** Avec la complicité irresponsable du CTV et d'autres instances connexes, on pourra bien revacciner à tours de bras : outre la toxicité inhérente à tout médicament et une dépense sans cesse croissante, on ajoutera le risque de surcharge vaccinale (« la mosaïque de l'auto-immunité »³⁷) à celui de voir apparaître des primo-infections à un âge de plus en plus avancé, avec au bout du compte un coût iatrogène individuel et collectif sans commune mesure avec celui directement imputable à la maladie telle qu'elle était déjà maîtrisée voici une quarantaine d'années.

2.3.4. Un paradoxe légal, réglementaire et médical

Du bref inventaire qui vient d'être esquissé, on peut tirer que par rapport aux médicaments classiques, l'évaluation technico-réglementaire des vaccins souffre de graves insuffisances qui autorisent le spécialiste de recherche clinique à considérer ces produits comme parfaitement *défectueux* au sens légal du terme.

Mais le scandale ressortit également de considérations médicales bien plus basiques. Considérons un exemplaire d'une des classes les plus prestigieuses de la « révolution

³⁴ Flammarion Médecine-Sciences, 15^e édition, 1977.

³⁵ P. Grenet, F. Verliac, *Précis de médecine infantile*, Masson, 3^e édition, 1975.

³⁶ Ce qui n'empêche pas aujourd'hui des pédiatres de ville, sans la moindre compétence connue en pharmaco-épidémiologie, de s'afficher comme promoteurs des vaccinations en affirmant sans honte – et sans preuve : « la rougeole (...) était devenue une maladie bénigne, grâce à la vaccination massive » ([Quest-France](#), 15/12/13).

³⁷ Shoenfeld Y, Aharon-Maor A, Sherer Y. Vaccination as an additional player in the mosaic of autoimmunity. *Clinical and Experimental Rheumatology* 2000;18:181-4.

thérapeutique » – les antibiotiques – et prescrivons-le à un patient durant 8 jours. Au terme de ce traitement, j’aurai pas mal d’indices quant au bien-fondé de ma prescription, et il s’en faudra de quelques jours à peine pour que mon patient voie son organisme débarrassé du médicament en question. Refaisons à présent la même expérience avec un vaccin : au bout de huit jours (ou de quinze, ou de cent...), je n’aurai *aucun* moyen de valider le bien-fondé de ma prescription, tandis que les effets immunitaires exercés par ce vaccin seront toujours supposés se prolonger durant des années, voire des décennies ; qui plus est, au lieu d’administrer un seul produit actif, j’aurai le plus souvent administré simultanément *plusieurs* produits actifs sous couvert d’un vaccin multivalent, sans parler des adjuvants qui – indépendamment de toute polémique à ce sujet – sont des substances chimiques assez actives en soi pour justifier des évaluations précliniques d’une sophistication en proportion.

Si vous avez bien suivi, je ne suis pas en train de plaider contre « la » vaccination, mais simplement de vous remontrer que par rapport à un médicament « normal » tel que mon antibiotique choisi pour exemple, un vaccin – par sa composition comme par la complexité et l’ampleur de ses actions – est comme une Formule 1 relativement à une voiture de tourisme.

Le scandale que je m’efforce de vous expliquer, c’est que, par rapport à une voiture de tourisme, les autorités n’exigent qu’un permis simplifié pour conduire cette Formule 1...

3. « The French touch »

3.1. Une longue histoire d’amateurisme

Les plus attentifs d’entre vous sont peut-être intrigués par l’oscillation de mon exposé entre des considérations purement franco-françaises et des propos bien plus généraux visant la pharmacie industrielle en général : j’y viens.

Par rapport à l’industrie pharmaceutique « classique » dont je rappelle que durant longtemps, elle a sécrété à elle seule autant de Prix Nobel de médecine que la recherche publique, le secteur vaccinal a toujours souffert d’un certain amateurisme – bien illustré par la place aussi exorbitante que paradoxale de l’Institut Pasteur qui n’avait même pas le statut d’établissement pharmaceutique et où la fabrication de médicaments était faite sous la responsabilité de personnes qui n’avaient parfois aucune formation adéquate, encore moins aucune culture de la pharmacie industrielle : on l’a bien vu avec l’hormone de croissance³⁸³⁹ ...

³⁸ Même si la bizarrerie du fait a toujours [échappé](#) à la justice pénale après 16 ans d’instruction...

³⁹ Le professionnalisme de l’Institut Pasteur trouve encore d’éclatantes confirmations trente ans après : *Libération* du 13/04/14 nous apprend qu’un nombre indéterminé de tubes contenant du virus du SRAS (un virus qui a fait des centaines de morts en 2003 et dont les autorités agitent régulièrement le spectre pour convaincre les gens quant au bien-fondé de leur politique vaccinale) ont été purement et simplement *égarés*. Des dépêches ultérieures révèlent que ce sont en fait

D'autres exemples évoqués dans les lignes précédentes confirment, s'il en était encore besoin, cette difficulté du secteur vaccinal à accéder à un véritable professionnalisme pharmaceutique. Il en va ainsi avec l'indisponibilité du vaccin DTP fabriqué par Sanofi au motif d'intolérances repérées en 2007 : aucune personne tant soit peu au fait des affaires pharmaceutiques ne peut considérer comme crédible que la chaîne de production de produits autorisés depuis des décennies fasse soudainement l'objet de problèmes durablement insolubles. De deux choses l'une, par conséquent : ou bien le *process* de fabrication était effectivement d'une insoutenable déficience, ou bien les autorités se fichent du monde. Dans la même rubrique « Crédibilité pharmaceutique », on inscrira les préoccupantes affaires de lots vaccinaux non conformes dont la presse se fait régulièrement l'écho.

Il n'est pas exact, enfin, que les techniques de génie génétique épargnent aux populations le risque autrefois lié à la « purée de bactéries » d'où sortaient les vaccins traditionnels : quoique je n'aie aucune compétence personnelle sur le sujet, j'ai souvenir de l'intervention d'un universitaire lors d'un colloque organisé par Corinne Lepage et qui faisait part de sa stupéfaction à la lecture des brevets sous-tendant les nouveaux vaccins tirés du génie génétique, dont les spécifications en matière de résidus et d'impuretés lui semblaient plus qu'approximatives. Pour revenir à ce que je connais davantage, il est exact que le risque auto-immun évident des vaccins modernes est parfaitement compatible avec l'hypothèse qu'une « purée protéique ou nucléotidique » se serait substituée à la purée bactérienne ou virale d'autrefois⁴⁰.

Cependant, abstraction faite de son secteur vaccinal, la France n'avait jamais été une grande nation pharmaceutique – par comparaison, notamment, avec les pays de tradition chimique ou industrielle, germano-suisses ou anglo-saxons. Outre des questions purement industrielles dont je laisse l'analyse à plus compétent que moi, les raisons de ce retard tenaient notamment à une tradition diafoiresque fondée sur une dynamique de clan inculquée dès l'entrée à l'université, ainsi qu'à l'allergie culturelle de notre pays concernant la logique d'évaluation inhérente à la recherche clinique⁴¹.

2349 échantillons qui se sont volatilisés : en comptant [approximativement 2 ml](#) le volume de chaque prélèvement, ce sont au moins **3 litres de matériel** qui se sont ainsi évanouis dans la nature (sachant que chaque prélèvement est lui-même contenu dans un tube plus grand, généralement lui-même posé sur un présentoir : au total, ça doit faire quand même un sacré pacson). Cette ahurissante disparition est placidement rapportée par les responsables à « un défaut de traçabilité ». Rappelons que dans une structure pharmaceutique qui se respecte, *la moindre goutte d'eau distillée* (volume : 0,050 ml) est normalement traçable : à la lumière de cette histoire strictement contemporaine (printemps 2014), on imagine ce qu'a dû être l'activité pharmaceutique (incluant la fabrication de vaccins comme Genhevac) de l'Institut Pasteur voici un tiers de siècle (début des années 1980)...

⁴⁰ Faure E. Multiple sclerosis and hepatitis B vaccination: Could minute contamination of the vaccine by partial Hepatitis B virus polymerase play a role through molecular mimicry? *Med Hypotheses* 2005 May 19;65:509-20.

⁴¹ Ce biais culturel rendait compte simultanément d'une certaine qualité de la pratique médicale individuelle, fondée sur l'intuition, l'expérience et l'observation, mais également d'une farouche résistance à toute velléité d'évaluation, à l'origine de ces trop fameuses « querelles d'écoles » déjà ridiculisées par Molière.

3.2. La mutation des années 1980

Ce bref rappel historique n'en rend que plus frappant ce que, par analogie avec l'analyse de l'économiste américain Abdelal, on pourrait appeler la *French touch* de l'industrie pharmaceutique contemporaine : Abdelal, en effet, relève une nette surreprésentation française dans les instances mondiales de décision financière tout en s'étonnant du rôle joué par des figures du socialisme français⁴² dans le virage radical de l'économie vers une mondialisation sans scrupules⁴³. De la même façon, on pourrait s'étonner du poids relativement exorbitant désormais occupé par la France (tout autant au niveau de l'entreprise que des dirigeants) dans la gouvernance pharmaceutique mondiale, compte tenu du poids extrêmement modeste qui y était encore le sien voici encore une trentaine d'années⁴⁴.

C'est que cette trentaine d'années nous ramène à la décennie 1980, c'est-à-dire à cette période cruciale où, sous l'influence de bons connaisseurs du milieu tels que Marcia Angell⁴⁵, nous avons appris à déchiffrer le basculement de l'industrie pharmaceutique dans l'escarcelle des financiers et autres lobbies exclusivement préoccupés par la maximisation de la rentabilité sur le court terme. C'est la période où naît le *disease mongering*⁴⁶ – entendez, en lieu et place de la mise au point de vrais médicaments pour soigner des vraies maladies, l'invention de fausses maladies pour liquider chez les bien-portants des produits sinon inutilisables. La décennie 1980, c'est donc la période charnière où les lobbies – ne dites plus : « les firmes » – pharmaceutiques vont s'engager résolument dans la voie qu'à la suite de l'excellent Gøtzsche⁴⁷ et de quelques autres, nous n'hésitons plus à caractériser comme celle de « la criminalité organisée » (*corporate crime*).

3.3. Les médecins dans la criminalité pharmaceutique

Or, les lobbies qui tirent les ficelles de la pharmacie industrielle ont beau être très malins : ils n'ont aucun pouvoir de rançonner directement les gens et la rentabilité indécente de leurs investissements présuppose forcément l'instrumentalisation des

⁴² Notamment J. Delors (Union européenne), M. Camdessus (FMI), H. Chavranski (OCDE).

⁴³ R. Abdelal, « Le consensus de Paris : la France et les règles de la finance mondiale », *Critique internationale*, 2005/3 no 28, p. 87-115.

⁴⁴ Rappelons, on l'a oublié, que pour mettre en selle l'entreprise de tous ses espoirs – Synthélabo – les autorités françaises n'ont rien trouvé de mieux, au début, que de s'en remettre à une équipe essentiellement italienne, dont la tête était issue de la pharmacie suisse et les capitaux fournis par une entreprise suisse également (Nestlé).

⁴⁵ M. Angell, *The truth about the drug companies*, Random House, 2005.

⁴⁶ R. Moynihan & A. Cassels, *Selling sickness*, Allen Unwin, 2005.

⁴⁷ P. C. Gøtzsche, *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Healthcare*, Radcliffe Publishing Ltd, 2013.

prescripteurs⁴⁸. Toutes choses égales par ailleurs, le juteux business de la prévention ne rapporte-t-il pas autant aux praticiens qu'aux industriels qui l'ont inspiré ? Parlerait-on de pénurie médicale si les professionnels se concentraient sur ce qu'ils ont appris à faire à la Fac – soigner les vrais malades – au lieu de dissiper leurs forces – et l'argent public – à prescrire pour rien ou quasiment rien des médicaments dont l'évaluation sur le long terme dépasse évidemment, et de loin, la compétence du plus grand nombre : antihypertenseurs, anticholestérol, hormones de toutes sortes, vaccins, etc.

- À une époque où la saturation des urgences est devenue un problème de santé publique, qui a crédibilisé la banale grippe comme une urgence vitale ?
- Comme attesté par ce qui vient d'être dit et par l'expérience de tout un chacun – notamment des femmes enceintes et des jeunes parents –, l'écrasante majorité des médecins prescripteurs s'est résolument engagée dans une promotion vaccinale dont je me suis attaché aujourd'hui à documenter l'indécence technico-réglementaire : où étaient les médecins – et leurs instances ordinales – lors de la mystification H1N1⁴⁹ dont l'énormité, déjà évidente d'emblée, a depuis lors été précisément reconstituée⁵⁰ ? Que faisaient les professionnels réquisitionnés qui, même s'ils n'avaient pas le courage individuel d'aller contester leur recrutement forcé devant les instances judiciaires, oubliaient que pour réquisitionnés qu'ils fussent, ils gardaient leur absolue liberté de prescription, qu'aucune autorité au monde ne pouvait les contraindre à quelque geste médical que ce soit et qu'en conséquence, ils avaient une totale latitude de résistance passive dont ils se sont, en général, bien gardés de faire usage ?

⁴⁸ Même si, de leur côté, les plus bruyants contestataires du système tendent, avec une irresponsabilité ravageante, à promouvoir d'innombrables formes de médicalisation « alternative », contribuant de la sorte à une prochaine étape qui permettra effectivement aux lobbies de contourner même les prescripteurs : pensons aux compléments alimentaires...

⁴⁹ Confirmation s'il en était besoin : le médecin, syndicaliste éminent (président de l'UFML), dont l'exposé a précédé le mien lors du colloque du 04/04/14, n'a pas craint de déplorer amèrement que l'échec de la campagne vaccinale de 2009 soit pour l'essentiel imputable au fait que les généralistes en aient été tenus à l'écart. Sous-entendu : *vous auriez vu la couverture vaccinale qu'on aurait obtenue si on nous avait laissés faire*. Et avec combien de narcolepsies à la clé ?... Il y a quelque chose d'effrayant à entendre l'expression parfaitement assumée d'un tel autisme, qui plus est dans un colloque voué à dénoncer la pression des lobbies sur « la liberté de soigner » ! La liberté revendiquée par le représentant de l'UFML, c'est que les médecins ne soient pas privés d'exécuter eux-mêmes (moyennant juste rétribution) les basses besognes utiles à la profitabilité de *Big Pharma*... À un niveau de responsabilité encore plus éminent et de façon parfaitement contemporaine, un ancien directeur de la DGS écrit sur son blog un [article](#) d'apparence plus sophistiquée (on y relate les études de l'auteur « au Canada » et on s'y réfère à des sommités américaines), mais intellectuellement tout aussi inepte et qui révèle le même entêtement forcé à ne pas reconnaître la façon dont la profession, dans son ensemble, a lamentablement relayé (et s'attache *encore* à le faire) les pires calembredaines des lobbies pharmaceutiques : lorsqu'on a dirigé la santé publique française au plus haut niveau, on devrait se dispenser de colporter des « taux » de mortalité calculés en l'absence de tout dénominateur pertinent !...

⁵⁰ D. Cohen, Ph. Carter, WHO and the pandemic flu "conspiracies", BMJ 2010;340:c2912.

- Cette inquiétante soumission d'une profession médicale pourtant crispée sur une « indépendance » d'autant plus hypocrite qu'elle est essentiellement garantie par l'assurance maladie nous rappelle que la mutation de la pharmacie industrielle vers la criminalité a, comme par hasard, été scandée par un recrutement aussi inhabituel que massif de *médecins* au profit de ladite industrie, alors même que rien n'est plus antagoniste avec la formation médicale que les contraintes de la fabrication industrielle⁵¹. Comme j'ai eu l'occasion de le montrer ailleurs⁵², les médecins, en l'occurrence, ont bien été les hommes de paille des lobbies financiers pour mettre au pas une industrie qui, sous la direction naturelle des pharmaciens et des chimistes, pouvait jusqu'alors se prévaloir d'une trajectoire plutôt glorieuse et, quoi qu'on en dise, globalement utile à la santé publique.

Il en résulte une rectification cruciale : parfaitement justifiée, la dénonciation par Gøtzsche et quelques autres d'une « criminalité » censément pharmaceutique ne se comprend vraiment que dans l'acceptation élargie d'une criminalité *médico-pharmaceutique*.

Mais à partir du moment où l'on rend à la médecine ce qui lui revient effectivement dans la dérive criminelle de l'industrie pharmaceutique, l'on comprend mieux, aussi, le leadership paradoxal d'une nation comme la nôtre qui n'a jamais brillé dans la « révolution thérapeutique », mais qui a traditionnellement placé les pharmaciens sous la tutelle des médecins. Dans un pays préférant aux rigueurs de l'évaluation la promotion médiatique de chirurgiens qui, grâce à un cœur entièrement artificiel, ont *raccourci* l'espérance de vie de l'heureux bénéficiaire, pour ne point parler de ces greffes miraculeuses qui se traduisent par un martyr d'immunosuppression pour l'intéressé quand il ne faut pas les retirer précipitamment pour cause de rejet, tout devient possible quand on peut toujours compter sur la médecine pour recouvrir d'une fallacieuse démiurgie les motivations plus débiles. Significativement soldée par une incroyable relaxe, l'affaire de l'hormone de croissance illustre parfaitement le génie précurseur du corps médical français dès qu'il s'agit de transmuier en machine à sous les angoisses naturelles de la vie ordinaire. Placer le trafic honteux d'une hormone frelatée sous l'aile protectrice du plus éminent pédiatre de l'époque, créer des associations pour promouvoir ladite hormone chez les parents inquiets de ne pas voir leur enfant aussi immédiatement grand qu'ils l'avaient fantasmé, recruter (parmi d'autres instances au-dessus de tout soupçon) une Bonne Sœur naine – aussi irréprochable moralement (pour cause de religion) que dramatiquement inconsciente – pour accueillir, à Trousseau, les enfants présumés en retard de croissance et leur servir, à ce titre, de repoussoir vivant, voilà la contribution de la France à la promotion des médicaments devant laquelle les pires crapules de *Big Pharma* n'ont

⁵¹ Il suffit de parcourir (je n'ai pas réussi à le lire) le trop fameux « rapport » de B. Debré et Ph. Even sur la réglementation pharmaceutique pour prendre la mesure de l'abysmale ignorance des médecins en pareille espèce.

⁵² M. Girard, *Médicament dangereux : à qui la faute ?* Dangles, 2011.

décidément plus qu'une chose à dire : « chapeau bas ! »... Appliquée à l'industrie du médicament, la « *French touch* », c'est ça⁵³...

3.4. De l'amateurisme à la délinquance

On comprend mieux, dès lors, comment, pourtant fondée sur une agrégation de petites firmes familiales vivant sur des produits aussi « innovants » que les vasoconstricteurs, les antidiarrhéiques ou les topiques divers, la pharmacie française a soudainement pu trouver sa place dans les majors du milieu, sur la base d'une tradition promotionnelle défiant ainsi toute décence intellectuelle ou morale – et, il faut le dire, grâce à un secteur vaccinal sur la qualité duquel il vaut mieux ne pas s'interroger. Je devrais aussi parler du zolpidem, premier « blockbuster » français, promu en son temps – en pleine affaire Halcion, et avec la connivence appuyée des autorités françaises – comme un hypnotique non benzodiazépinique minimisant le risque de réaction « paradoxale », aujourd'hui classé comme banale benzodiazépine parmi d'autres et se distinguant de l'ensemble par son potentiel effectivement inédit de réactions paradoxales : une fois encore, on ne peut pas dire que le corps médical ait joué comme verrou de sécurité...

On comprend mieux, du même coup, la place toute particulière des vaccins dans la dérive criminelle de la pharmacie industrielle. Il reste encore, dans l'arsenal thérapeutique qui fait l'honneur de la médecine et de la pharmacie, quelques grands produits tels que les antibiotiques, les antalgiques, anesthésiques et anxiolytiques, les anti-inflammatoires ou les corticoïdes⁵⁴. Cette rémanence d'une qualité pharmaceutique résistant aux dérives actuelles (et qui reste essentielle à une pratique médicale de bon niveau) n'existe simplement pas avec les vaccins. Pour les raisons qui ont été dûment exposées précédemment, les vaccins n'ont pas cet acquis de qualité et de fiabilité qui permet de croire encore à la médecine : **sans transition – et toujours aux alentours des années 1980 – le secteur vaccinal est directement passé de l'amateurisme à la délinquance.**

C'est bien pourquoi, je le répète, il n'est point de besoin de cotiser à une Ligue anti-vaccinaliste pour entretenir les plus grands doutes quant à l'intérêt des vaccins qui font aujourd'hui l'objet d'une scandaleuse promotion : il suffit d'être un professionnel du médicament...

⁵³ De même que relève de la *French touch* l'inconcevable tyrannie consistant à *imposer* une obligation vaccinale tout en *interdisant* de fait la seule spécialité permettant de s'y soumettre : je peine à imaginer un pays de niveau sanitaire et politique équivalent au nôtre où semblable perversité serait tolérée.

⁵⁴ Même si, sous l'influence de divers pervers dont certains ont déjà été évoqués, la mystification Médiateur permet aux crapules de la finance de se débarrasser de leurs responsabilités dans la fabrication de produits précieux ou à tout le moins utiles, mais dont la marge de rentabilité n'est plus à la hauteur de leur gloutonnerie.

4. Conclusion

Au terme de cet exposé dont on voit bien qu'il pourrait nous entraîner loin et sur beaucoup de sujets, comment conclure pour contribuer à stimuler la réflexion des participants au colloque qui lui a servi de cadre ?

4.1. *La liberté de soigner*

De ce qui vient d'être dit, on comprend que l'on gagne toujours à replonger les problèmes du présent dans leur contexte historique : surtout lorsqu'ils sont devenus dramatiquement aigus, ils se sont rarement constitués en un jour. On comprend également que le mal, ce n'est pas toujours la faute des autres – et que dès qu'on se lance dans la dénonciation des tares de l'époque, il faut d'abord veiller à balayer devant sa propre porte.

Je ne peux croire que les pères de la sécurité sociale – qui se confondent pour certains avec les pères biologiques de certains d'entre nous – aient jamais envisagé de n'exercer aucun contrôle sur ce qu'ils entendaient rembourser. En l'espèce, la dictature actuelle des gestionnaires sur la santé appelle un déchiffrement de ce qui l'a rendue possible, à savoir :

- d'une part le despotisme hospitalier d'une hiérarchie de droit divin et l'autisme d'une médecine culturellement peu encline à l'autocritique⁵⁵,
- d'autre part l'irresponsabilité consumériste d'une demande devenue intarissable sous la poussée de l'hypocondrie où conduit nécessairement l'obsession de survie coûte que coûte à quoi se résume désormais l'objectif existentiel des Narcisse contemporains.

La plupart des interventions au présent colloque se sont concentrées sur les méfaits de l'évaluation (et des essais cliniques supposés la fonder) ; en répondant à l'invitation qui m'était faite de parler au sujet des vaccins, je n'ai pu faire mieux que de réfléchir au problème exactement inverse : le refus de l'évaluation et les méfaits qui en découlent.

Je fais partie des gens qui pensent que la recherche clinique, les essais thérapeutiques et les statistiques ont marqué une étape décisive dans l'histoire de la médecine, dont nous sommes encore loin d'avoir apprécié la portée sanitaire, épistémologique et morale. Dès lors qu'on peut documenter tout autant les inconvénients de l'évaluation que les dégâts de la non-évaluation, il est permis de s'interroger : est-ce l'évaluation dont il faut se défier ou ce à quoi elle aboutit nécessairement dans une tradition médicale indubitablement diafoiresque ? Et si la

⁵⁵ On croit savoir que, notamment via la Rémunération basée sur des objectifs de santé publique (ROSP), qui succèdent au Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), nombre de confrères survivent très bien – et très complaisamment – à la dictature des contrôleurs manipulés par les prédateurs de la santé.

French touch, c'était précisément ça ? Je suis probablement parmi les premiers Français à avoir essayé de médiatiser dans notre pays le livre de Catherine Riva et Jean-Pierre Spinosa sur Gardasil⁵⁶ ; mais quand je vois des médecins qui se posent en critiques du système signer des pétitions contre *ce vaccin-là* tout en prescrivant à tour de bras des penta-, hexa-, heptavalents et en traitant publiquement « d'imbéciles » ceux qui, comme moi, ont de *sérieuses* raisons pour penser qu'il y a un sacré problème avec la vaccination contre l'hépatite B⁵⁷, je me dis que ce n'est pas demain que la médecine française va se réconcilier avec l'esprit de rigueur. Et je ne peux m'empêcher de rappeler que ce furent bien les mêmes qui ont durablement gesticulé pour dissimuler derrière l'arbre Médiator la forêt des problèmes qu'ils sont décidément bien en peine d'analyser de façon tant soit peu systématique – je ne dis même pas : « scientifique ».

4.2. Les vaccins

Peut-on définir les critères qui permettraient, sans excès de sophistication méthodologique, de cibler les pathologies méritant un effort de recherche vaccinale, malgré les risques auto-immuns évidents d'une telle immunisation ? J'en vois deux *a priori* : i/ il faudrait que la pathologie en question soit fréquemment mortelle ou irréversiblement invalidante ; ii/ il faudrait qu'il n'existe, pour cette pathologie, aucun traitement curatif.

Dans le spectre actuel des infections potentiellement visées par une vaccination, j'en aperçois deux qui – du moins en France – semblent répondre à de tels critères : la poliomyélite d'une part, le tétanos d'autre part. Et je juge comme assez rassurant que, n'en déplaise aux anti-vaccinalistes, ces deux pathologies soient comme par hasard de celles pour lesquelles des éléments convergent pour attester une certaine efficacité des vaccinations.

Je corrige néanmoins le propos précédent de deux réserves :

- ce serait la moindre des décences sanitaires que, pour traditionnels qu'ils soient et quitte à ce que leurs prix soient augmentés en proportion de l'effort requis, les vaccins proposés dans ces deux indications fassent l'objet de nouvelles évaluations à la hauteur des exigences contemporaines en matière de développement clinique⁵⁸ ;

⁵⁶ *La piqûre de trop*, Xenia, 2010.

⁵⁷ J'inclus dans « le sérieux » de ces raisons d'avoir passé *des milliers* d'heures sur ce dossier pour des missions devant à peu près toutes les juridictions françaises (incluant la justice pénale, civile, les TASS, l'ONIAM, les CRCI, la justice militaire...) et un certain nombre d'étrangères, d'avoir à cette occasion eu accès à une masse aussi considérable qu'inédite de documents, enfin d'y avoir consacré diverses publications tout autant dans la presse médicale que juridique.

⁵⁸ On a bien vu, par exemple, que quand on a essayé de mettre au point de nouvelles spécialités antivarioliques, leur développement s'est trouvé significativement ralenti par la reconnaissance d'une toxicité jugée significative. Ce qui, rétrospectivement, laisse planer une ombre très inquiétante sur la

- l'intérêt d'un vaccin n'est pas extrapolable d'une région à l'autre, et dépend tout autant de la situation économique que des conditions épidémiologiques locales⁵⁹.

4.3. La prévention

Alors même que les maîtres de la médecine traditionnelle – Hippocrate en tête – se sont toujours préoccupés de prévention, comment faire pour que cet objectif échappe au juteux business de *Big Pharma* ou des promoteurs – pas plus scrupuleux – de médecines « alternatives » tous azimuts (sachant de plus que, via notamment l'homéopathie, la frontière entre ces deux industries n'est pas si étanche que ça) ?

De même que j'ai proposé [ailleurs](#) que le bon expert, c'est celui qui fournit aux gens les moyens de se passer de lui, j'aurais tendance à formuler que la bonne prévention, c'est celle qui permet de se passer des professionnels de santé ou de ceux qui prétendent les remplacer⁶⁰.

4.4. Les dépenses de santé

Sous prétexte exagérément médiatisé du vieillissement de la population, les décideurs ne cessent d'alourdir la facture des assurances maladie (mutuelles incluses) tout en rétrécissant jusqu'à l'odieux les conditions de prise en charge. Cependant :

- on oublie trop souvent que ceux qui vivent le plus longtemps sont aussi, et *en moyenne*, ceux qui sont les plus résistants (les autres sont morts avant...) de telle sorte que l'équation vieillissement = frais de santé appellerait un minimum de réévaluation critique⁶¹ ;

toxicité réelle des spécialités antérieures : ce n'est probablement pas des autochtones tellement bichonnés par l'OMS sous couvert d'éradication qu'on obtiendra la réponse...

⁵⁹ Si j'en crois certains collègues indiens, la campagne d'éradication de la polio fièrement célébrée par l'OMS s'est soldée par une bien regrettable flambée de paralysies dues à d'autres virus (N. Vashisht, J. Puliyeel, Polio programme: let us declare victory and move on, Indian Journal of Medical Ethics 2012 ; vol. IX No 2, 114-7.

⁶⁰ Ce qui n'exclut évidemment pas que des professionnels dûment qualifiés occupent une place dans le processus *politique* d'une authentique prévention (incluant, notamment, la prohibition d'expositions toxiques, etc.). La dérive ici visée par mes critiques, c'est la prévention comme un marché parmi d'autres, voire comme une *médicalisation* parmi d'autres.

⁶¹ Sachant de plus que les contraintes d'hébergement de *certaines* personnes âgées relèvent d'une problématique éminemment sociale ou politique – et pas du tout médicale – et que les dépenses inhérentes n'ont aucune raison d'être mises en avant pour faire écran à l'audit des dépenses de santé chez les personnes âgées, telles qu'engagées par des médecins qui ne prennent même pas la peine de couper le contact de leur véhicule pour signer les ordonnances qui leur sont présentées à l'entrée des maisons de retraite « médicalisées » – moyennant, bien entendu, de pseudo-consultations qui seront remboursées rubis sur ongle par l'assurance maladie...

- on s'étonne qu'en dépit de cette pseudo-solidarité constamment invoquée à l'endroit des personnes âgées, les prises en charge ne cessent de se rétrécir concernant les frais le plus naturellement liés au vieillissement : lunettes, prothèses dentaires ou auditives...

La présente intervention a documenté que la ruine des peuples sous le poids des dépenses de santé a bien d'autres causes que les maladies censément liées à l'âge et que, parmi bien d'autres frais inutiles, les vaccins en sont l'exemple le plus éloquent⁶². Avec la complicité des « forces de gauche » décérébrées par une inconcevable propagande et sous le fallacieux prétexte d'un droit à la santé qui se solde essentiellement par une morbidité iatrogénique sans précédent, les lobbies qui dirigent les industries de santé ont trouvé le moyen de réaliser le rêve des ennemis de la civilisation : inverser les conditions d'un pacte social fondé sur la redistribution, et **rançonner les pauvres au profit des riches**.

C'est la honte de notre profession que de participer aussi allègrement à cette abominable régression politique et sociale.

⁶² Pour faire vite, je me réfère aux écrits de Nicole Delépine relativement à l'une des rares sources de médecine « curative » correspondant encore à une niche d'une exceptionnelle rentabilité pour une industrie pharmaceutique qui, pour l'essentiel du reste, a préféré le business préventif. Je rappelle à ceux, trop nombreux, qui l'ont oublié, qu'autres sources majeures d'une rentabilité faramineuse, l'hypertension, le cholestérol et les « traitements » de la ménopause relèvent bien d'une problématique censément *préventive*.