

Dr Marc Girard

**Alertes grippales :
comprendre et choisir**

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

ISBN : 978-2-7033-0808-9

© Éditions Dangles, 2009

Une marque du groupe éditorial Piktos,
Z.I. de Bogues, rue Gutenberg – 31750 Escalquens
Bureau parisien : 6 rue Régis – 75006 Paris

Tous droits de reproduction, de traduction et
d'adaptation réservés pour tous pays

Dr Marc Girard

**Alertes grippales :
comprendre et choisir**

*Un ouvrage publié sous la direction de
Cécile Carru*

Dangles
EDITIONS 

Du même auteur

Les contes de Grimm. Lecture psychanalytique, Imago, 1990, 1999, 2009

La passion de Charles Bovary, Imago, 1995

Dictionnaire de médecine Flammarion (Collectif sous la direction de S. Kernbaum), 8^e édition, 2008

Liens d'intérêts (Art. L.4113-13 du Code de la santé publique) : consultant pour l'industrie pharmaceutique, le Dr Girard compte (ou a compté...) dans sa clientèle des fabricants de vaccins ou leurs concurrents ; il travaille toujours pour des firmes qui ont des intérêts directs dans la problématique actuelle de la grippe « porcine ».

Avertissement

Les recommandations contenues dans cet ouvrage ne sauraient en aucun cas se substituer à un traitement médical en cours. L'éditeur et l'auteur ne sauraient être tenus pour responsables des conséquences d'une mauvaise interprétation de cet ouvrage par le lecteur.

Introduction

Des réponses professionnelles à une réaction citoyenne

Comparativement à d'autres excès d'une médicalisation délirante (échographies obstétricales, mammographies, vaccins contre les HPV, dépistage du cancer de la prostate...), la situation avec la grippe « porcine » se signale par une discordance nette et bienvenue entre le discours des autorités et le scepticisme majoritaire des citoyens.

Quand le *Monde Diplomatique* du mois de septembre 2009 déplore, à juste titre, le « découragement populaire » devant l'assujettissement du politique aux forces de l'argent, une situation de décalage aussi aigu fait d'autant plus espérer **un sursaut de conscience démocratique** qu'elle se présente juste au décours d'une crise économique majeure, laquelle, à sa façon, a elle aussi marqué le divorce entre l'aveuglement du discours dominant (« les fondements de l'économie sont sains », « l'État n'est pas la solution : c'est le problème »...) et la perception douloureuse d'une majorité citoyenne (dont les suicidés du travail...) expérimentant au jour le jour que non vraiment, les choses ne pouvaient pas se poursuivre à ce rythme...

Lors d'une récente émission (*@rrêt sur images*, 04/09/09) à laquelle j'étais invité, l'un des participants a soutenu que pour ce qui concerne la grippe porcine, le calme de la population serait à mettre au crédit d'une presse « qui aurait bien fait son travail ». C'est strictement faux : la presse, dans sa majorité, s'est laissé entraîner dans un tourbillon de moins en moins critique, et la discordance qui vient d'être évoquée transparaît justement des réactions ironiques ou agacées que provoquent, chez les lecteurs ou spectateurs, cette docilité majo-

ritaire des médias. La population n'est pas « calme », elle est exaspérée par cette débauche d'alarmisme. Et c'est cette exaspération qui mérite d'être interprétée.

En l'espèce, les gens perçoivent d'autant plus la manipulation dont ils font l'objet *qu'ils ont peur*, également, de l'inventivité préventive des autorités. Peur pour l'argent de leurs impôts et de leurs cotisations, bien sûr, mais peur aussi pour leur santé ou celle de leurs proches et de leurs enfants : plus avancés sur ce sujet (comme sur bien d'autres) que leurs représentants politiques, ils ne croient plus, eux, que les vaccins soient des panacées anodines – surtout pas ces nouveaux vaccins que l'industrie multiplie à la va-vite pour compenser le manque à gagner que lui causerait, sinon, sa consternante incapacité d'innover.

Cependant, sur un sujet dont la technicité pluridisciplinaire dépasse la quasi-totalité des professionnels de santé (incluant la plupart des supposés « experts » pourtant intarissables), ce scepticisme populaire attend sinon « les mots pour le dire », du moins l'armature conceptuelle minimale pour organiser un contre-discours rigoureux.

Rédigé par un professionnel du médicament, le présent livre est destiné à offrir cette armature aux citoyens qui ne veulent pas se laisser faire. Il a notamment été conçu pour répondre à l'agacement légitime des gens devant ces « conflits d'experts » qu'ils ne parviennent pas à maîtriser : ils sentent bien qu'il n'y a là que simulacre de débat contribuant à maintenir le *statu quo* du libéralisme sauvage sous un vernis de démocratie. D'où les questions fondamentales auxquelles ce livre tente de répondre : lorsqu'on est profane, est-il possible d'auditer le discours des experts ? Comment interpréter leurs désaccords ? Comment se déterminer ?

Comprendre et choisir, justement.

Un livre conçu pour durer

Ce livre, par conséquent, n'est pas une dissertation expertale après d'autres et n'a pas été conçu, non plus, comme la « contre-expertise » de toutes les inepties qui ont été véhiculées ces derniers temps sur les risques pandémiques prodigieux auxquels seraient soumis les citoyens priés de s'en remettre aux « experts ». Bien qu'écrit dans les conditions d'urgence imposées par la situation, ce livre a pour objectif de donner aux gens des clés *durables* pour **s'approprier** des éléments de fait compréhensibles et vérifiables, qui leur permettront de reprendre la main et de résister aux menaces graves que l'injustifiable alarmisme des autorités fait peser sur leur santé – et sur leur argent.

Le présent ouvrage n'est donc pas un livre de circonstance : issu d'une réflexion bientôt quarantenaire sur *la médicalisation* d'une part, et *les arguments d'autorité* qui la sous-tendent d'autre part, il se présente au lecteur comme un projet destiné à durer bien au-delà de la crise actuelle – qui n'apparaîtra plus alors que comme un exemple *parmi d'autres* de ce qu'il ne fallait pas faire et qu'il conviendrait de ne plus refaire.

On s'attache donc à répondre le plus précisément possible aux questions que se posent les gens relativement à l'alerte de la grippe porcine ; mais plus encore, à leur donner accès aux données *vérifiables* qui leur permettront de trouver leurs propres réponses. Par-dessus tout, on s'applique ici à ravalier l'exceptionnel battage entretenu autour de la grippe porcine à un simple *cas particulier* ; joint à d'autres *exemples* tirés de l'expérience, celui-ci fournit matière à une réflexion sur une question plus durable que l'actuelle pandémie, à savoir la nécessité d'une réponse citoyenne à **la dictature des experts**.

Un livre « grand public »

C'est dire que le présent livre ne vise pas un public particulier, ou plus précisément qu'il prétend s'adresser à tout le monde : du travailleur manuel au professionnel de santé, du personnel de ménage au

monde universitaire, des groupes antivaccinalistes aux académies de médecine et de pharmacie, du rationaliste militant au religieux contemplatif... Rien de fantasmagique, à dire vrai : exactement le public d'internautes qui prend la peine de m'écrire pour m'encourager...

Ce livre n'a pas non plus d'autre orientation politique qu'une forte appétence pour la démocratie. Il promeut une épistémologie fondée sur une implacable exigence de preuve. Son biais éthique le plus repérable est une ardente exigence d'autonomie pour les gens : autonomie intellectuelle, autonomie dans la gestion de leur corps.

La démocratie, toutefois, ce n'est pas le nivellement par le bas. Ce que m'a appris une longue expérience d'écriture sans concession, c'est que les gens sont bien moins bêtes que ne le croient les médias (et parfois, hélas, les éditeurs) et que le meilleur moyen de les toucher, ce n'est pas de les prendre pour des débiles : pour peu qu'ils se sentent respectés, ils sont parfaitement prêts à se laisser entraîner *vers le haut*...

Pour « grand public » qu'il se projette, le présent livre n'est donc pas un livre facile. On y parle science et technique avec sérieux et précision, on ne craint pas d'abstraire à partir de l'expérience commune et de théoriser en conséquence, on essaie, enfin, d'y écrire en français correct. Il est demandé au lecteur d'y entrer avec l'état d'esprit qui a présidé à sa rédaction : respect de l'Autre et humilité. Le respect de l'Autre engage à tolérer certains passages plus difficiles – destinés à préciser des points plus spécifiques pour un public spécialisé (dont je connais les références et je pressens les objections). L'humilité engage à ne pas se prévaloir de ce qu'on ne sait pas, à rester ouvert à l'imprévu, à accepter enfin que l'auteur ne cherche jamais à plaire, mais simplement à faire réfléchir : l'enfer, ce n'est pas toujours *que* les autres, et il importe que *chacun* accepte de faire son examen de conscience. J'ai toujours méprisé la pose romantique – ou soixante-huitarde – de la provocation et, malgré les apparences, il n'y a aucune provocation dans les lignes qui suivent : mais en ce que l'exigence de savoir est un absolu, elle est *politiquement incorrecte*

par essence. **L'expertise n'est pas le lieu de la séduction** : c'est un sacerdoce¹.

Organisation du livre

Si ce livre correspond à un ensemble cohérent, chaque chapitre en constitue néanmoins une unité autonome, lisible indépendamment du reste, à laquelle le lecteur pourra éventuellement se référer spécifiquement. Permettre ce type d'accès présuppose, évidemment, quelques redites entre les chapitres, lesquelles peuvent aussi aider à la compréhension des lecteurs qui adopteront le principe d'une lecture linéaire plus traditionnelle, de la première à la dernière page : la densité du texte, sa technicité se trouveront certainement allégées par ces quelques répétitions. J'ai aussi cherché à faciliter la lecture par de nombreuses références croisées entre les divers chapitres, d'une part, entre les diverses sections d'un même chapitre, d'autre part.

Par rapport à la double perspective d'un livre d'actualité mais destiné à durer, les chapitres impairs s'inscrivent plutôt dans la première tandis que les chapitres pairs relèvent plutôt de la seconde – sans que ce distinguo ne signale un cloisonnement étanche.

Le chapitre 1 détaille l'art de créer des alertes en santé publique : le lecteur y retrouvera sans peine des clés pour interpréter la récente histoire de la grippe porcine, mais apercevra d'emblée que le souci de l'auteur est très au-delà et qu'il vise aussi à prémunir les gens contre la réitération de telles mystifications. Le chapitre 3 donne des éléments d'information cruciaux (et généralement ignorés des médias) répondant à leur souci actuel (vacciner ou pas vacciner ?), mais reste également largement exploitable dans tout débat impliquant un médicament. Le public a trop longtemps été maintenu dans l'ignorance de l'appareil législatif et réglementaire, pourtant immense, qui contraint normalement la vie du médicament et dont la compréhension est certainement susceptible de dynamiser le débat citoyen : en

¹ Partant, un lieu pour perdre des amis – accessoirement aussi : beaucoup d'argent...

témoigne la remarquable panique qui s'est emparée des autorités depuis que, par delà l'hystérie qu'elles entretenaient sur la base d'anecdotes montées en épingle, on s'est permis de les interpeller sur la question autrement plus fondamentale de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) qu'elles entendaient réserver au vaccin antigrippal présenté comme une panacée². Revenant sur l'affaire – elle aussi exemplaire – du vaccin contre l'hépatite B, le chapitre 5 cherche à positionner l'actualité dans l'histoire et, par conséquent, à fournir aux lecteurs les clés pour une meilleure compréhension des nouvelles mystifications dont ils seront immanquablement la cible dans l'avenir.

Dépassant l'actualité, le chapitre 2 fait le bilan d'une réflexion longue et ancienne sur les arguments d'autorité : pour le profane, comment s'y retrouver dans les débats d'experts ? Comment choisir ? Assez théorique, le chapitre 4 est justifié par la scandaleuse dérive de la notion de « précaution » – principe d'exhortation à l'imagination et à la créativité scientifiques ravalé, par les politiques et leurs valets, à la piteuse justification de leur incompétence et de leur pusillanimité. Le chapitre 6, enfin, vise à élever le débat autour de deux questions : 1/ la science peut-elle résister aux forces de l'argent et n'est-il pas déjà trop tard ? 2/ À qui la faute ?

Les chapitres 1, 3 et 6 se sont inspirés, en les actualisant et en les intégrant au projet global du livre, de contributions antérieures qui étaient déjà disponibles sur mon site internet³. Une version très abrégée du chapitre 4 avait déjà circulé sous forme de brochure interne réalisée à la demande d'un laboratoire pharmaceutique. Les chapitres 2 et 5 ont été intégralement rédigés dans le cadre du présent ouvrage.

² L'inventaire désopilant des contradictions où s'enferme, depuis, le ministre de la Santé à ce sujet confirme, rétrospectivement, le bien-fondé d'une telle interpellation.

³ <http://www.rolandsimion.org>

Référencement

Inhabituel pour un livre destiné à tous, le volume des notes de bas de page se justifie d'abord par ma conception d'une lecture « à plusieurs niveaux » : il importe que le profane puisse comprendre, mais que le professionnel ait également le niveau de précision qu'il est en droit d'attendre. C'est aussi la raison pour laquelle, tout en le minimisant dans la mesure du possible, on n'a pas totalement renoncé au lexique technique, quitte à l'assortir d'un glossaire (sachant de plus que dans l'improbable hypothèse où un mot technique m'aurait échappé sans que j'en précise la signification, internet est un formidable dictionnaire à cet égard). Une deuxième justification tient à une volonté systématique de référencement *fiable*, qui correspond à un élément central de la méthodologie critique développée dans ce livre : où sont les faits, quelles sont les preuves (sachant, cette fois, qu'il ne suffit pas d'insérer un lien internet pris au hasard pour satisfaire à cette exigence de preuve⁴) ? On relèvera en passant que dans les contraintes de temps qui ont présidé à la présente rédaction, il ne m'a pas été possible de vérifier systématiquement s'il existait des traductions en français pour les références en anglais que j'ai tirées directement de ma propre base de données : j'ai bon espoir qu'on me le pardonnera pour cette fois.

Semblable souci de référencement, toutefois, s'arrête aux dénonciations individuelles : la stigmatisation des personnes en particulier ne m'intéresse simplement pas, et pour documentables qu'elles pourraient être si on venait à m'en défier, leurs défaillances ne m'importent que relativement à l'enseignement *abstrait* qu'on peut en tirer. C'est aussi délibérément que je resterai très flou sur les personnes précisément visées par ma dénonciation des médias et de leur rôle évidemment néfaste : mes lecteurs n'ont pas besoin de moi pour prendre la mesure de vices dont ils ont chaque jour des exemples

⁴ Le lecteur est invité à remarquer que, dans le gouffre qui sépare ces deux usages d'internet – comme dictionnaire d'une part, comme source de référencement d'autre part –, il y a déjà une question méthodologique cruciale.

innombrables, et il importe juste d'oser exprimer publiquement, mais à bon escient, ce que chacun sait bien en son for intérieur.

En général, par conséquent, toute assertion de fait concernant des évaluations technico-scientifiques est sous-tendue par au moins une source, qui devrait permettre, le cas échéant, au lecteur intéressé de fonctionner par référencement croisé (partir d'une référence, si possible synthétique, pour remonter progressivement aux données primaires pertinentes). Eu égard à la diversité prévisible des lecteurs, cependant, j'ai, dans la mesure du possible, essayé de faciliter la tâche des profanes en utilisant préférentiellement comme référence mes propres textes sur le sujet lorsqu'il y avait lieu – lesquels donnent tous accès aux références primaires idoines, mais sous forme « prédigérée » pour le non-professionnel de santé : le professionnel intéressé n'aura, lui, aucune peine à y retrouver ses petits de façon plus académique.

Pour ce qui concerne les scandales ou anecdotes égrenées comme illustrations de mon propos, ma pratique a varié, mais de façon assez systématique : ceux qui ont fait l'objet de publications indubitables sont généralement référencés, tandis que ceux qui relèvent de ma simple expérience personnelle sont évoqués de façon volontairement plus vague et systématiquement anonyme pour les raisons susdites, auxquelles s'ajoute la nécessité de se prémunir contre les intimidations judiciaires exténuantes.

Une bouteille à la mer

Il est rare que les médias fassent bon accueil à un bouquin qui les tance durement de façon documentée et, plus encore, qui stigmatise sans souci du politiquement correct ce tout petit monde où, au-delà des micropolémiques complaisamment entretenues pour faire oublier qu'on ne sait même plus où est enterrée la liberté de la presse, il fait tellement bon vivre entre gens bien élevés : les cabinets où l'on s'honore de tutoyer le ministre, les administrations d'où l'on tire des « informations » privilégiées sans apercevoir que ceux qui les ont distillées sont simplement incapables d'en évaluer la validité, les insti-

tutions hospitalo-universitaires avec ces experts tellement fiers qu'on leur ait donné un peu de parole ou qu'on les ait montrés au fenestron... Le présent livre est donc à grand risque d'échec sans une mobilisation citoyenne à la hauteur du drame de santé publique qui se joue désormais dans notre pays. En conséquence, je demande à tout lecteur simplement intéressé par cet ouvrage, à tout lecteur estimant que les informations et réflexions ci-après exposées méritent un minimum de débat démocratique, je demande à ce lecteur de s'impliquer *personnellement* dans la diffusion.

Si chaque lecteur en mobilise d'autres, ce livre deviendra un succès et la dynamique de l'ensemble sera un merveilleux espoir : la preuve que l'intelligence est plus forte que l'argent et que, galvanisés par une éthique et un souci commun du Bien public, les citoyens peuvent encore se parler, se réunir et *agir* malgré la vénalité des médias, la corruption des experts, la déresponsabilisation des institutions, la collusion des politiques.

Jouars-Pontchartain, le 16 septembre 2009

Remerciements : La publication du présent livre dans d'inconcevables conditions d'urgence n'aurait pas été possible sans un exceptionnel engagement de mon éditeur, qui a impliqué notamment : la confiance déterminée de Jean-Pierre Delville, l'impeccable professionnalisme de Philippe Lahille et de ses collaborateurs, enfin l'intuition rare et la connivence sans faille de Cécile Carru. Remerciements aussi à toutes les petites mains familiales qui ont assumé les contraintes de cette urgence dans la relecture du manuscrit et des épreuves.

Abréviations

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ALD	Affection de longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AP-HP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CSP	Code de la santé publique
CTV	Comité technique des vaccinations
DGS	Direction générale de la santé
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
HPV	<i>Human papilloma virus</i>
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
MST	Maladie sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la santé

Alertes grippales

R&D	Recherche et développement
ROR	Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
SEP	Sclérose en plaques
VAERS	<i>Vaccination Adverse Event Reporting System</i>
VHPB	<i>Viral Hepatitis Prevention Board</i>

Chapitre 1

Reconnaître « les actions d'environnement »

L'art de créer des alertes en santé publique

1. Actions d'environnement

Chères à l'industrie et à leurs lobbyistes, dont c'est une grande spécialité, les actions dites *d'environnement* n'ont rien à voir avec l'écologie, contrairement à ce que cette désignation pourrait laisser entendre : elles consistent à déléguer la responsabilité d'un propos objectivement partisan à un tiers n'ayant aucun lien explicite avec le groupe qui tirera profit de ce propos.

Cette déléation de parole à une instance dont l'indépendance est présumée aller de soi est destinée à introduire, relayer ou amplifier des informations objectivement favorables à l'initiateur de cette manipulation.

Pour ne prendre qu'un exemple encore insuffisamment reconnu en France, les associations de patients se font souvent l'agent complaisant et naïf de telles actions : une association de parents d'enfants supposés petits se fera le porte-voix d'une promotion zélée visant les vertus de l'hormone de croissance extractive – quitte à user ensuite de tout son poids pour dissimuler les risques de cette hormone une fois qu'ils auront été reconnus¹ – ; des familles de sujets atteints d'Alzheimer vont créer un scandale si, pourtant à juste raison, l'autorité sanitaire est d'abord tentée de refuser un médicament dont le rapport bénéfice/risque apparaîtra par trop défavorable ; des asso-

¹ Toute ressemblance avec une affaire récente ne serait qu'une simple coïncidence...

ciations homosexuelles – pourtant très critiques sur les fabricants dès qu'il s'agit des trithérapies – vont monter au créneau à chaque nouvelle preuve d'un vrai problème avec le vaccin contre l'hépatite B²...

Traduit en français parmi bien d'autres livres anglo-saxons détaillant ce type de pratiques, l'ouvrage récent de Ch. Lane rappelle le rôle de telles associations dans la médicalisation des émotions³.

Notoirement, les journaux féminins (à propos de contraception, de ménopause, d'ostéoporose, de cancer du sein ou de l'utérus, etc.) sont également très chouchoutés par l'industrie pharmaceutique ou les lobbies de santé. Il en va de même, évidemment, avec les journaux et les sites internet consacrés à la santé.

C'est ce concept – action d'environnement – qui permet le mieux de comprendre l'extravagante alerte à la grippe « porcine » et d'en disséquer les principaux mécanismes, notamment en ce qui concerne les médias. Commençons donc par eux.

2. L'urgence comme prétexte

Dans leur revendication d'impunité, les médias invoquent souvent « l'urgence d'informer » pour justifier rétrospectivement des abus trop facilement objectivés par la simple épreuve du temps.

Cette excuse de « l'urgence » ne va pas de soi, pourtant.

1. Travailler dans l'urgence requiert un minimum de méthodes et de compétence idoine : que dirait-on d'un urgentiste qui revendiquerait son quota quotidien de cadavres au motif de l'urgence, justement ? Si on n'a pas vocation pour ce job ou pour les conditions de travail inhérentes, on peut toujours

² Je ne compte pas le nombre d'interviews que j'ai données à des revues de telles associations et qui n'ont jamais été publiées...

³ Lane Ch, *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*. Trad française, Flammarion (Bibliothèque des savoirs), Paris, 2009.

s'orienter vers l'École nationale des chartes – ou vers le notariat...⁴

2. La notion d'*urgence* n'est pas si contraignante qu'il y paraît au premier abord, car qui fait l'urgence ? Pour rester dans la métaphore médicale, il était plein de bon sens le vieil aphorisme selon lequel « il n'y a pas d'urgence, il n'y a que des gens pressés » : la compétence, parfois, consiste à désamorcer l'urgence.
3. En tout état de cause, traiter préférentiellement de l'urgence – réelle ou supposée – correspond à un choix, conscient ou inconscient, opéré au détriment d'autres questions non moins significatives, avec le risque de privilégier le spectaculaire sur l'authenticité, l'effet de surface sur le traitement en profondeur.
4. Si la propension des journalistes à se laisser embarquer dans l'urgence était inhérente à leur job, alors il est une autre mission non moins inhérente et à laquelle celui-ci devrait les ramener symétriquement : le *travail de mémoire* et l'évaluation *rétrospective* de l'information diffusée.

L'alerte à la grippe porcine telle que relayée par la presse depuis la fin avril 2009 représente, à l'heure actuelle, une bonne illustration de tous ces points, et notamment du dernier. Car si, en une occurrence heureuse quoique regrettamment rare, il s'est rapidement opéré un découplage entre la presse et l'opinion publique, c'est le plus probablement que par opposition à celle-là, celle-ci n'a pas manqué de faire le rapprochement avec une autre « urgence » dont on nous rebattait les oreilles depuis maintenant six ans : la grippe aviaire...

⁴ Lorsqu'on a l'expérience désastreuse tout autant que réitérée de la façon dont des journalistes peuvent rendre méconnaissable le contenu d'une interview réalisée posément sur un sujet facile traité en toute clarté, on s'interroge forcément sur leur crédibilité dès qu'il s'agirait d'opérer rapidement une synthèse sur un thème technico-scientifique, parfois rendu encore plus complexe par l'absence de recul.

En quoi, justement, l'évaluation *rétrospective* de l'information diffusée sur la grippe aviaire peut-elle nous éclairer sur la menace d'une nouvelle pandémie – et, plus généralement, sur les alertes médiatisées concernant la santé ?

3. Une rhétorique stéréotypée

En matière de santé publique, dès qu'il s'agit d'affoler les foules, on retrouve presque inmanquablement cinq procédés rhétoriques.

3.1. Dramatisation de l'anecdote

En quelques heures, et durant plusieurs jours – voire davantage encore –, le public va se voir happé dans le devoir d'apitoiement à propos d'un événement censément paradigmatique, supposé démontrer que *cela* n'arrive pas qu'aux autres : un Français moyen hospitalisé à grand renfort de pin-pon parce qu'il a éternué après avoir discuté avec la concierge qui venait de recevoir la visite de sa sœur dont les enfants étaient juste rentrés du Mexique⁵, des parents rongés d'angoisse au retour d'un voyage scolaire à Mexico⁶, etc.

On n'a pas toujours plus poignant sous la main. Mais quelques semaines auparavant, la presse avait fait très fort avec le malheureux décès d'une petite fille atteinte de la rougeole – avant même (j'ai pu le vérifier au cours d'une émission où j'avais été invité) de savoir si l'enfant était ou non vaccinée, et nonobstant l'incertitude quant à la protection offerte par ledit vaccin contre une issue aussi désastreuse, attendu qu'on n'a jamais vu un médicament efficace à 100 % et qu'il n'y a aucune raison pour que la vaccin contre la rougeole fasse exception à cette règle. Sur ces dernières années, de toute façon, j'ai vu plus de vies ruinées par une encéphalopathie post-vaccinale que

⁵ L'enquête étant susceptible de révéler ultérieurement que ce n'était pas le Mexique, mais l'Argentine : ça reste à gauche sur la carte et tout le monde n'est pas forcé d'être incollable en géographie...

⁶ Cela leur apprendra à tolérer que l'École de la République soit désormais plus motivée par le tourisme que par l'étude.

compromises par une maladie aussi majoritairement bénigne que la rougeole⁷.

3.2. Amplification du risque

Lors de ma première apparition télévisée sur la grippe porcine, fin avril 2009, on en était à quelque 200 décès mexicains et j'avais cru bon d'ironiser sur la fiabilité des autopsies réalisées : pas plus tard que le lendemain, on n'en était plus qu'à... 7 décès documentés.

À dire vrai, on n'a jamais vraiment su sur quels critères se fondent les autorités pour attribuer au virus de la grippe porcine des épisodes infectieux : selon certaines sources⁸, le nombre de gens *effectivement* atteints devrait être divisé par dix par rapport aux données officielles. Il pourrait même être encore réduit si l'on tient compte que, pratiquée chez une minorité de malades seulement, la sérologie est loin d'apporter une certitude diagnostique : elle conduit à des erreurs par excès (« faux positifs »).

De plus, on peut parfaitement avoir contracté une grippe porcine et mourir de tout autre chose : ce problème d'imputation se pose d'ailleurs avec la grippe en général et dans un texte mis à jour le 13/03/03, disponible sur internet⁹, la direction générale de la Santé admettait sans fard qu' « il n'existe pas d'études françaises sur le taux d'hospitalisations et de mortalité de la grippe ». Jusqu'à plus ample informé, la situation n'a guère évolué depuis, ce qui réduit à pas grand choses les estimations alarmistes des « experts » sur la morbidité et la mortalité de quelque grippe que ce soit.

Encore plus récemment, le CDC américain¹⁰ reconnaît que « une *petite proportion* seulement des gens présentant une pathologie respi-

⁷ Du moins dans nos contrées : la mortalité de la rougeole dans certains pays du Tiers-Monde est une autre histoire (cf. 3.4).

⁸ Telegraph.co.uk, 22 Aug 2009 (<http://www.telegraph.co.uk/health/swine-flu/6061534/Only-one-in-ten-people-complaining-of-flu-actually-have-swine-flu.html>)

⁹ <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/19grippe.pdf>

¹⁰ <http://cdc.gov/h1n1flu/reportingqa.htm>

ratoire sont testés pour le H1N1 ». De deux choses l'une, par conséquent :

- ↳ ou bien l'effectif des gens réputés avoir contracté une grippe porcine inclut ceux qui n'ont pas été testés pour ce virus (*la majorité*, par conséquent), ce qui en dit long sur la crédibilité des estimations publiées par les autorités sanitaires (*a fortiori* lorsque ces estimations viennent de pays – le Mexique, par exemple – dont le système de santé est nettement moins performant qu'aux USA) ;
- ↳ ou bien les autorités sanitaires n'incluent dans leurs recensements que la « petite » minorité des malades ayant effectivement subi une sérologie, ce qui en dit long sur la crédibilité des politiques de santé publique proposées sur la base d'une sous-estimation aussi grossière.

Surestimation ou sous-estimation : on en revient, de toute façon, à un problème de crédibilité – partant à une question cruciale de **compétence** qui sera largement abordée au chapitre 2. Il est patent, en tout cas, que les instances françaises de veille sanitaire s'emmêlent suffisamment les pinceaux pour fournir *simultanément* des estimations qui varient d'un facteur de un à quatre¹¹ – excusez du peu...

3.3. Perception sélective du risque

Les estimations les plus alarmistes sur la grippe aviaire font état d'un total mondial de 250 morts depuis 2003, soit environ *40 morts par an* à l'échelle du monde entier. Cherchons quelques points de comparaison.

- ↳ À cette même échelle du monde entier, rappelons qu'à lui seul, le manque d'eau potable – situation relativement basique dont la résolution n'appelle aucun génie médical particulier – rend compte d'environ *8 millions de morts par an*, en majorité des bébés et des enfants. Selon les mêmes statis-

¹¹ *Le Figaro*, 08/09/09.

tiques de l'OMS¹², les accidents de la route causent chaque année 1,3 million de morts, en majorité des sujets jeunes. Avec le paludisme, on n'est pas loin d'un million, dont, cette fois encore, une majorité pédiatrique. Un récent rapport du *Forum humanitaire mondial* (présidé par l'ancien secrétaire général des Nations unies Kofi Annan) estime à 300 000 par an le nombre de morts d'ores et déjà imputables au réchauffement climatique (*via* notamment l'aggravation de la malnutrition et la diffusion accélérée de certaines maladies)¹³.

↪ En supposant le risque de grippe aviaire fatale uniformément réparti sur le globe, 250 morts en six ans correspondraient environ à *un mort tous les 3 ans* à l'échelle de la France (qui représente moins de 1 % de la population mondiale). Par comparaison :

- ✓ selon l'Institut de veille sanitaire ¹⁴ les piqûres d'abeilles, de guêpes ou de frelons entraînent, chaque année, une quinzaine de décès dans notre pays (soit 45 fois plus...) ;
- ✓ selon le même organisme, il faut compter environ 500 décès par noyade chaque année en France, dont une proportion significative chez les enfants¹⁵ ;
- ✓ sur l'année 2006 on a décompté pas moins de 129 morts sur les routes tant en Ardèche qu'en Haute-Loire – qui ne sont quand même pas les départements français les plus peuplés ; avec seulement 95 morts cette année-là, la Corrèze apparaît nettement plus

¹² World Health Organisation. *Global burden of disease*, 2004.

¹³ *Le Monde*, 31/05/09.

¹⁴ <http://www.invs.sante.fr/recherche/index2.asp?txtQuery=gu%EApes&Submit.x=11&Submit.y=7>

¹⁵ Ermanel C. et coll., « Surveillance épidémiologique des noyades accidentelles en France au cours de l'été 2004 », *Urgence pratique* 2005 ; n° 69 : 49-51.

sûre... À quand une émission télé sur la mortalité par accident de la voie publique en Ardèche ?

- ↪ La même extrapolation conduit à imputer à la grippe aviaire un maximum théorique de cinq morts au Japon (qui représente moins de 2 % de la population mondiale) depuis qu'on parle de cette maladie. Or, sur la même période, pas moins de *80 décès* ont été imputés au seul Tamiflu¹⁶ : compte tenu de la sous-notification en pareille matière (et notoirement plus forte au Japon qu'ailleurs), de tels chiffres tendraient à crédibiliser plusieurs centaines, voire *plusieurs milliers* de décès imputables à cet antiviral réputé garantir la sécurité des peuples en cas de pandémie. On a là, d'ailleurs, un bon exemple de biais : quand un sujet grippé décède, il est supposé être mort de la grippe et, lorsqu'il était traité par Tamiflu, la grippe reste également la seule cause envisageable de l'issue fatale...

3.4. Une rhétorique de globalisation

On n'a pas attendu 2003 (grippe aviaire) ou 2009 (grippe porcine) pour savoir que les maladies respiratoires peuvent être dangereuses – chez certains sujets du moins : c'est même un comportement de bon sens largement admis que lorsqu'on est simplement enrhumé l'hiver, on s'abstient d'aller coller la bise à Pépé ou à Mémé.

Il y a en effet trois grandes façons pour « mourir de vieillesse » : développer un cancer, faire un accident cardio-vasculaire ou contracter une infection respiratoire. C'est ainsi que lorsqu'on entend la plainte trop complaisante sur l'augmentation du nombre de cancers dans notre pays, cela signifie simplement qu'on y vit de plus en plus longtemps...

À cette globalisation *locale* consistant à ne pas voir que, dans un pays comme le nôtre, les victimes d'infections respiratoires sont, pour

¹⁶ Hama R. *Oseltamivir's adverse reactions*. BMJ 2007 ; 335 : 59.

l'essentiel, des sujets fragilisés par l'âge ou par la maladie, s'ajoute une globalisation *géographique* visant à dissimuler que, pour lourdement qu'elles pèsent dans l'absolu sur la mortalité mondiale, certaines pathologies ne sont significatives que *dans certaines régions* ou chez *certaines sous-populations*.

- ↪ La chose va de soi pour le paludisme, déjà mentionné : malgré la mortalité globale terrible de cette maladie, quel autochtone français – surtout s'il est sédentaire – s'en imagine sérieusement menacé ?
- ↪ Il en va de même avec la rougeole, également mentionnée (cf. note 7), qui se révèle une infection redoutable chez des sujets dénutris (et dont la prévention, par conséquent, devrait passer par une lutte contre la malnutrition bien davantage que par des vaccinations coûteuses dont le rapport bénéfice/risque est incertain en ce type de contexte) mais reste – n'en déplaise à d'aucuns – une maladie fondamentalement *bénigne* dans notre pays.
- ↪ Même chose avec l'hépatite B – qui semble correspondre à un risque sanitaire significatif en certaines régions du monde –, mais dont l'extrapolation irresponsable à tout un chacun a fourni l'argument d'une extravagante promotion dans les pays développés comme le nôtre.

3.5. Une rhétorique du pire

En l'espèce, cette rhétorique du pire se concrétise par l'évocation alarmiste de « la grippe espagnole », en 1918-1919. Or, quasiment plus personne ici ne se rappelle les pandémies grippales de 1957 ou 1968, précisément parce qu'elles sont loin d'avoir eu les mêmes conséquences en termes de mortalité.

Pour ce qui concerne la « grippe espagnole », il est facile de montrer que ce précédent n'est pas pertinent pour aujourd'hui. Car si personne n'a jamais nié que la grippe – en général – puisse frapper sévèrement les sujets fragilisés (vieillards, immunodéprimés...), il

s'avère que les causes de fragilité – du moins dans les pays développés – sont bien moindres aujourd'hui qu'il y a 90 ans : les gens étaient exténués par quatre ans d'un conflit mondial catastrophique, ils étaient malnutris, nombre d'entre eux souffraient de tuberculose... De plus, beaucoup de ceux qui appartiendraient aujourd'hui à la sous-population réputée la plus robuste (les jeunes hommes) avaient vu leur système respiratoire plus ou moins endommagé par les gaz de combats ; ils vivaient également dans des conditions inhabituelles de concentration et de confinement, de nature à exacerber le potentiel mutant du virus (situation étrangement comparable aux conditions d'élevage intensif – surtout en Asie – lesquelles, quoi qu'on en dise, représentent probablement le principal risque de grippe aviaire). Cela n'est pas un hasard non plus que la pandémie ait coïncidé avec la fin de la guerre, à un moment où la démobilisation (partant : le retour de sujets contaminés dans la population normale) maximisait le risque de contamination. Enfin, on n'avait pas non plus les moyens thérapeutiques actuellement à notre disposition pour contrecarrer les complications de la grippe (antibiotiques, réanimation...)

À l'opposé des boute-feux, on trouve un certain nombre de virologistes pour supputer que l'actuelle grippe porcine pourrait même être *moins virulente* que notre bonne vieille grippe annuelle... Force est de constater que les données épidémiologiques actuellement disponibles plaident en faveur d'une virulence très modérée – et d'une fréquence plutôt moindre que celle de la grippe saisonnière.

4. Les principaux vecteurs de l'information

4.1. Les médias

Il n'est pas besoin d'insister beaucoup sur le rôle des médias dans la genèse, et, plus encore, dans la propagation des alertes sanitaires. Il est juste, néanmoins, – et préoccupant – de relever qu'en pareille matière, la presse « spécialisée » ne fait pas toujours mieux que celle destinée au grand public.

Plusieurs mécanismes rendent compte de la désinformation résultante.

- ↪ Un manque de méthode dans l'inventaire, la vérification et la hiérarchisation des sources, en fonction de leur crédibilité : on n'a simplement pas idée de la dérégulation du journaliste moyen par rapport à la validation *critique* de ses informations¹⁷. C'est ainsi que, dans deux articles quasi contemporains parus dans *Le Monde* sous la même signature, les doutes légitimes qu'on peut entretenir quant à la sécurité du vaccin que nous promettent les autorités sanitaires sont rapportés, pour l'essentiel, à l'activisme nuisible des « lobbys antivaccination » (20/08/09) tandis que sous le titre *Grippe A : business, mythes et arnaques* (21/08/09), l'inventaire des « commerçants heureux » de la situation se concentre sur les sites internet proposant soit des « médicaments contrefaits », soit – « plus inquiétant », dit l'article – des « remèdes de grand-mère », mais omet totalement les « heureux » bénéficiaires des commandes exorbitantes (antiviraux notoirement peu efficaces, vaccins en cours de développement) consenties par les principales autorités sanitaires...
- ↪ Manque de méthode, également, dans le choix des « experts » mis en avant par les médias : outre par leur compétence parfois problématique ou leurs liens d'intérêt, les informateurs consultés par les journalistes sont trop souvent les mêmes, ce qui contribue à un auto-renforcement des convic-

¹⁷ Pourtant lui-même médecin (à ce titre, supposé doté d'un minimum de compétence spécifique), un journaliste d'un grand hebdomadaire français m'a remontré un jour que, pour critiquer que je sois à l'égard de certains experts, il fallait bien que je prenne acte que *d'autres* l'étaient « réciproquement » à mon égard et que sa déontologie journalistique lui imposait, par conséquent, de maintenir l'équilibre entre deux sources aussi divergentes. Je n'ai eu aucun mal à reconstituer que cet « expert », à qui je n'avais ainsi pas eu l'heur de plaire, n'était autre que le président d'une association de victimes, dépourvu de toute formation scientifique ou médicale, et qui m'avait avoué un jour, en colloque singulier, n'avoir rien fait de sérieux dans sa vie professionnelle...

tions initiales, même lorsqu'elles sont erronées. Ainsi, sur quelque six ans, combien des « experts » consultés par les médias ont-ils eu le cran de soutenir que la menace de grippe aviaire, surtout dans sa constante surdramatisation, avait surtout l'allure d'une supercherie¹⁸ ?

- ↪ Incompétence, enfin, qui mérite d'être relevée à cet endroit parce qu'elle touche aussi jusque la presse spécialisée : il s'avère, en effet, que les questions épidémiologiques dont il est question ne sont pas forcément parmi les mieux maîtrisées chez les professionnels de santé.

4.2. Les experts

L'incompétence de l'expert (cf. chapitre 2) peut être :

- ↪ absolue, lorsque l'intéressé n'a aucun titre documentable à intervenir sur la question posée (ainsi, lorsqu'un journaliste invite comme « expert » un autre journaliste) ;
- ↪ relative, lorsque l'intéressé – dont les titres et travaux sont à tout le moins crédibles – est invité à se prononcer bien au-delà d'une compétence garantie par ses réalisations antérieures : c'est un indicateur épistémologique préoccupant que la complaisance coupable avec laquelle des gens, *a priori* fort compétents, peuvent se laisser entraîner très loin de leur spécialité – sachant qu'en plus, ils le font le plus souvent avec une assertivité inaltérée. J'ai gardé comme un souvenir fondateur cette répartie d'un collègue, universitaire éminent et expert de l'OMS, au cours d'un débat télévisé : « Je ne *connais* pas les chiffres, mais je *sais* qu'ils ne sont pas significatifs... » En vérité, c'est une étrange revendication d'expert que de *savoir sans connaître*...

¹⁸ Girard M., « World Health Organization vaccine recommendations: scientific flaws, or criminal misconduct? » *Journal of American Physicians and Surgeons* 2006; 11: 22-3.

La question des liens d'intérêt, quant à elle, n'est pas nouvelle : en l'espèce, la presse s'est fait l'écho de ceux qui lient l'un des plus ardens promoteurs du Tamiflu au laboratoire titulaire de l'autorisation de mise sur le marché¹⁹.

4.3. Les agences gouvernementales

Certes, les décisions des administrations sanitaires peuvent être influencées par la corruption de leurs experts, ce qui renvoie à la question susmentionnée des liens d'intérêt et de l'effectivité plus qu'incertaine des contrôles censément exercés²⁰.

Elles peuvent également dépendre encore plus directement des intérêts directs de certains politiques : tout le monde connaît les liens qui unissent le fabricant du Tamiflu (Laboratoire Gilead) à un ancien poids lourd du gouvernement Bush, et il n'est pas bien difficile d'imaginer comment, à un tel niveau de responsabilités, on peut influencer sur des décisions favorables à ses intérêts les plus immédiatement palpables...

Cependant, indirect ou direct, l'intérêt financier n'est pas tout. Par rapport à la grippe porcine, par exemple, on peut s'interroger sur l'intérêt du gouvernement français à renforcer la trésorerie d'un laboratoire suisse à un moment où, d'un aveu autorisé déjà ancien, « les caisses de l'État sont vides » et où, de plus, le pays traverse une crise financière d'une rare violence.

L'intérêt n'est pas non plus « d'ouvrir le parapluie », comme on l'entend souvent aujourd'hui d'observateurs désabusés : car même si nos dirigeants sanitaires ont souvent donné des preuves ravageantes de leur incompétence technico-scientifique, je peine à croire qu'ils soient nombreux, au ministère de la Santé, à s'illusionner sur

¹⁹ Day M., « How the media caught Tamiflu », *BMJ* 2005; 331: 1277.

²⁰ On relèvera à ce sujet que, sur le site de l'AFSSAPS (l'Agence française du médicament), il faut beaucoup d'énergie pour localiser les déclarations publiques d'intérêt des experts consultés par l'Agence, et que la dernière version disponible date, apparemment, de 2006 : ce qui en dit long sur le souci de suivi et d'actualisation témoigné par l'AFSSAPS sur cette question pourtant essentielle.

l'efficacité dudit parapluie. Ce, d'autant que l'achat d'antiviraux d'efficacité problématique, essentiellement destinés à la pouvelle une fois passée la date de péremption, n'est pas une nouveauté : on a vu exactement la même démarche avec la grippe aviaire.

Pour pitoyables qu'elles apparaissent ainsi d'un point de vue médico-scientifique, j'inclinerais donc à interpréter les initiatives du ministère de la Santé en termes de *propagande* – une propagande désormais bien rodée autour d'une conception dévoyée de la « précaution » (cf. chapitre 4). Car ce n'est pas d'aujourd'hui qu'au nom de ce principe galvaudé, les responsables politiques tendent à privilégier les risques potentiels sur les risques avérés. Pourquoi ? Tout simplement parce que, tout en rassurant le bon peuple sur la vigilance de l'État, ça coûte bien moins cher de financer la prévention d'un risque *virtuel* que d'indemniser les conséquences, parfois démesurées, des risques *avérés*. Ainsi, tandis que la ministre de la Santé assume hautement d'avoir cyniquement dilapidé quelques centaines de millions d'euros dans l'achat d'antiviraux et de masques d'efficacité à tout le moins problématique contre une maladie dont on attend toujours la première victime en France, elle refuse obstinément (j'en ai l'expérience personnelle) d'examiner pourquoi, selon les propres statistiques de son ministère, on est passé, dans ce même pays, d'environ 25 000 scléroses en plaques avant la campagne de vaccination contre l'hépatite B à quelque 80 000 après²¹ : car réfléchir tant soit peu sérieusement aux déterminismes d'une telle épidémie (par rapport à une maladie notoirement peu fluctuante dans le temps), ce serait – forcément – ouvrir la perspective d'une réparation qui, à l'évidence, dépasse complètement les capacités d'indemnisation de l'État...

Une citation récente du ministre de la Santé²² suffit à caractériser le lamentable déterminant de ses initiatives : « Je comprends les Français qui jugent qu'on en fait trop. Mais ce sont les mêmes qui nous reprocheraient *éventuellement* de n'en avoir pas fait assez... » (c'est

²¹ Pour le référencement de ces chiffres, cf. l'article « Qui croire ? » sur www.rolandsimion.org.

²² *Le Parisien*, 21/08/09

moi qui souligne). On ne sait s'il faut qualifier d'impudeur ou d'inconscience l'impulsion qui conduit un politique à confesser sans honte que le point de fuite de sa ligne d'horizon est *uniquement* déterminé par la versatilité de l'opinion publique...

4.4. L'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Par rapport au triptyque qui vient d'être évoqué à propos des agences sanitaires (incompétence, liens d'intérêt, propagande), en quoi la critique de l'OMS permet-elle d'approfondir encore l'analyse ?

- ↪ C'est un secret de Polichinelle que cette organisation internationale est, depuis fort longtemps, régulièrement mise en cause quant à la *compétence* de ses experts et à leurs *liens d'intérêt*.
- ↪ Quant à la question de la *propagande*, si elle n'était pas un enjeu évident, on voit mal pourquoi la Chine – notoirement l'état le plus voyou en matière de santé publique – aurait dépensé tant d'énergie pour faire élire une de ses citoyennes à la direction de l'organisme, à la fin de l'année 2006. Imaginons que, prenant soudain sa mission au sérieux, le docteur Margaret Chan s'autorise de sa position éminente pour s'attaquer aux vrais problèmes sanitaires de *son* pays : elle n'aurait plus le temps de s'occuper des autres !...

Mais si, rappelé ces évidences, l'OMS est ici justiciable d'une mention additionnelle, c'est pour deux autres raisons qui tiennent à la nature même de l'institution et me paraissent, à ce titre, d'une portée dépassant largement le seul domaine de la santé.

- ↪ D'une part, le projet ayant présidé à la fondation de l'OMS se caractérise par un flou qui n'a d'égal que la naïveté : ça veut dire quoi – et dans l'absolu, et *a fortiori* à l'échelle d'un monde mû par des forces économiques d'une sauvagerie sans précédent – de viser « la santé » définie comme « un état *complet* de bien-être physique, mental et social » ? Il n'y a pas besoin d'une immense culture historique pour savoir que les pieux

projets (comme les Croisades, ou encore « l’extinction de la pauvreté – *après dix heures le soir* ») sont rarement couronnés de succès en terme de « bien-être » individuel.

- ↳ D’autre part, et de façon plus fondamentale encore pour notre propos épistémologique, parce que l’OMS – qui se prétend instance *d’expertise* alors qu’elle est avant tout une institution éminemment *politique* – illustre jusqu’à la caricature **l’incompatibilité radicale des deux orientations** (cf. chapitre 2) : car, tandis que la vertu cardinale du politique est celle du *compromis*, celle de l’expert est d’être *politiquement incorrect* tant il est vrai que la recherche de la connaissance est, par essence, un absolu²³.

4.5. La justice

Il peut paraître provoquant d’intégrer ainsi les magistrats dans les principaux relais de la désinformation téléguidée par l’industrie pharmaceutique. À y regarder de plus près, cependant, la chose n’est pas nouvelle : dans un colloque de mai 2008²⁴, je croyais déjà bon de lancer la mise en garde suivante :

« On n’est jamais aussi facilement manipulable que quand on ne sait pas, et les magistrats seraient bien inspirés de conscientiser que dans ses entreprises actuelles de lobbying, l’industrie pharmaceutique consacre de plus en plus d’argent en leur direction – non sans résultat, hélas. »

²³ Cette incompatibilité de la fonction politique avec la fonction expertale s’actualise régulièrement quand un professionnel de santé est nommé ministre de la Santé... Plus récemment, on a pu entendre le député J.-M. Le Guen, qui s’autorise de sa formation médicale pour proposer une alternative *politique* aux décisions du gouvernement, préférer quelques énormités technico-scientifiques, assimilant d’abord la situation actuelle avec celle de 1918 (cf. 3.5) avant de confondre la notion de « virulence » avec celle de « contagiosité » – en une méprise grossière qu’on n’aurait pas pardonnée à un étudiant (*Grippe AH1N1 : ce que l’on sait*, France 24, 18/08/09 : cf. *La dimension politique de l’affaire*, en ligne sur le site).

²⁴ « L’expert dans les prétoires » (<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article32>)

Ayant soulevé l'indignation des juristes²⁵, le plan « spécial pandémie » mis au point par la Chancellerie confirme, s'il en était besoin, le bien-fondé de cet avertissement. Car pour ceux qui ont intérêt à semer la panique, le bénéfice est double au moins :

- ↪ que les mesures décidées par la Chancellerie soient, ou non, scandaleuses (je laisse aux juristes le soin d'en décider), leur mise au point atteste qu'en tout état de cause, la situation sanitaire est assez *exceptionnelle* pour que l'administration judiciaire s'y implique résolument : objectivement, elle entretient – voire attise – un climat de dramatisation dont on ne voit pourtant aucune justification sur la base des données épidémiologiques disponibles ;
- ↪ l'énormité des mesures envisagées relativise beaucoup toutes les autres qui pourraient passer par un minimum de contrainte : à partir du moment où, au pays des droits de l'Homme, les plus hautes autorités judiciaires envisagent placidement des mesures « liberticides » pour cause de pandémie, on ne va quand même pas chipoter sur le principe d'une vaccination obligatoire...

Cette précipitation de la Chancellerie dans une direction qui valide *de facto* le mythe d'une catastrophe sanitaire en vue est d'autant plus atterrante que, en parallèle :

- ↪ la loi (article L.4113-13 du Code de la santé publique) est quotidiennement bafouée par tous les experts qui s'expriment sur la grippe porcine, et ce en toute impunité ;
- ↪ semblablement, la *législation* pharmaceutique (et la réglementation qui en découle) est strictement ignorée des autorités sans qu'on aperçoive à l'horizon la moindre perspective sérieuse de sanction ;
- ↪ comme on le rappelle ailleurs (cf. chapitre 3), deux des fabricants auxquels l'administration sanitaire accorde assez de

²⁵ « Libertés sous pression » (*NouvelObs.com*, 08/09/09)

confiance pour leur permettre de développer un vaccin dans un délai démentiellement accéléré sont actuellement mis en examen (dont l'un pour *homicide*), comme par hasard dans une affaire vaccinale. Certes, la présomption d'innocence s'impose, mais il est normal que les Français s'interrogent : indubitablement, la Chancellerie aurait pu user de son pouvoir pour dynamiser l'instruction (mais si, mais si) et permettre aux citoyens d'y voir un peu plus clair sur le degré de confiance qu'on pourrait accorder aux mis en examen...

Cette instrumentalisation de la Chancellerie²⁶ dans une affaire dont les enjeux lucratifs sont pourtant évidents n'est que la dernière manifestation de la tendance de fond que j'évoquais au début de cette section : on se limitera, pour l'instant, à un seul précédent – mais de taille...

Vers la fin des années 1990, le scandale de la vaccination contre l'hépatite B bat son plein, et la volonté des magistrats d'en découdre avec les fabricants est patente : en 1998, le tribunal de grande instance de Nanterre va prononcer les deux premières condamnations au terme d'un procès où, avec une audace et une intuition rares, *les juges n'avaient même pas réclaté d'expertise* ! Bien que, plus prudente, la cour d'appel de Versailles ait, elle, commencé par ordonner une expertise, elle va néanmoins confirmer les deux condamnations des fabricants, *alors même que les conclusions des experts exonèrent complètement le vaccin* ! C'est dire le climat qui prévaut en cette époque. Et par un juste retour des choses, les médecins de base (qui n'aiment jamais quand la justice vient à se mêler de leurs affaires, en se disant, non sans raison, qu'ils pourraient bien, eux aussi, se voir appelés dans la cause) freinent désormais des quatre fers sur les recommandations vaccinales de leur administration sanitaire.

Or, le 23/11/00, alors que les deux affaires en sont encore en appel – qu'il est évident qu'elles se retrouveront en cassation de toute façon

²⁶ On retrouve le même type d'instrumentalisation aux USA quand, en juillet 2009, la secrétaire d'État à la Santé fait passer un décret d'immunité protégeant les fabricants de vaccination antigrippale (<http://www.ahrp.org/cms/content/view/619/9/>)

et que, sous l'influence des premiers jugements, les procès commencent à se multiplier –, un colloque « Droit, médecine et société » est organisé dans la Grand'chambre de la Cour de cassation – par le plus grand des hasards, évidemment. L'organisateur identifié n'est autre que l'Académie de médecine, dont on ne sait pas qu'elle ait consacré la moindre contribution notable à la vaccination contre l'hépatite B, dont l'indépendance par rapport aux lobbies pharmaceutiques est notoire et qui compte, parmi ses membres éminents, le professeur Douste-Blazy, père de l'organisateur de la campagne mise en cause par la multiplication de ces procès. Au terme d'une communication scientifiquement indigente présentée par un autre académicien sans compétence connue sur les matières de l'espèce, il est conclu que :

« l'exemple de l'application du principe de précaution à la vaccination contre l'hépatite B montre l'aspect éventuellement préjudiciable d'une telle démarche en matière de santé publique *du fait, en particulier, de son impact sur l'opinion publique*²⁷. » (c'est moi qui souligne)

Traduisons en langage simple : si vous commencez à taper sur les fabricants de vaccins, l'impact sur « l'opinion publique » sera désastreux et vous allez déclencher une véritable catastrophe de santé publique – par rapport à cette terrible maladie que représente l'hépatite B. Le président Sargos n'avait-il pas introduit la communication de l'académicien en déclarant : « Ses réflexions, qu'il va vous faire partager [et dont je viens de préciser qu'elles étaient scientifiquement indigentes], m'ont *ébranlé et inquiété* » (c'est moi qui souligne) ? Dont acte...

Depuis lors et comme par hasard, *l'intégralité* des arrêts de cassation (à l'exception d'un récent [juillet 2009], strictement ignoré par la presse) ont été favorables aux fabricants – tendance dont on peut

²⁷ Sargos P., David G., Devoir, médecine et société (1/2), « Le devoir de science au risque de la science », *Presse Médicale* 2002, 31(20):945-952.

soutenir sans rire qu'elle est statistiquement très significative. En parallèle, ceux qui ont leur oreille savent que quelque convaincus qu'ils puissent être quant à la responsabilité du vaccin au cas par cas, les hauts magistrats concernés sont tétanisés à l'idée de déclencher un drame de santé publique en condamnant les fabricants...

Une séquence aussi démonstrative en soi se passe de commentaire. Mais les choses vont encore plus loin puisque, déjà objectivement favorables aux fabricants, les arrêts de cassation vont même servir à *promouvoir une relance de la vaccination* ! Sitôt connus les arrêts de septembre 2003 qui cassaient donc ceux de Versailles, l'un de nos plus éminents hépatologues se fend d'un éditorial dans la plus grande revue d'hépatologie française, où il ne craint pas d'écrire textuellement :

« Il est indubitable que les recommandations du jury²⁸ et l'arrêt de la Cour de cassation sont un argument très important en faveur de la vaccination²⁹ ». (*c'est moi qui souligne*)

« Instrumentalisation » vous disiez ?...

5. Le conditionnement à l'œuvre

Si tout va bien pour les lanceurs de fausse alerte, que va-t-il se passer au niveau du public ?

5.1. Décontextualisation

La rhétorique de globalisation (cf. 3.4) aboutit à une perception décontextualisée des informations transmises, si anecdotiques soient-elles : ce malheureux enfant malnutri qui va développer des séquelles

²⁸ Du jury de la « conférence internationale de consensus sur la vaccination contre le virus de l'hépatite B » organisée à Paris en septembre 2003 sur injonction du ministre, et dont j'ai rappelé ailleurs que, par rapport aux procédures disponibles pour ce type de réunion, elle avait été une escroquerie.

²⁹ Calès P., « Vaccin anti-hépatite B : vers une résolution de la situation conflictuelle ? », *Gastroentérol Clin Bio* 2003 ; 27 : 865-7.

hépatiques terribles d'une infection néo-natale, c'est le vôtre, c'est mon petit-fils – et il faudra attendre un émission télé pour entendre un pédiatre, parmi les plus véhéments zélateurs des vaccinations, admettre en passant que, de fait, ce n'est pas tous les jours qu'on voit un enfant natif d'ici contracter une hépatite B et, plus encore, une hépatite *grave*. « Point de détail », comme dirait Le Pen à un autre sujet : mais dans les foules affolées par M. Douste-Blazy qui, fin 1994, firent la queue sur le trottoir devant les pharmacies, qui avait saisi ce détail³⁰ ? Et dans tous ces adultes, surtout âgés, harcelés par leur médecin pour se faire vacciner contre la grippe, qui avait entendu cet autre « détail », lui aussi révélé en passant au cours d'une autre émission : à savoir que, tous comptes faits, il faut bien reconnaître que ce vaccin n'est pas « très efficace³¹... »

L'alerte à la grippe porcine, quant à elle, a illustré de façon spectaculaire cette dynamique de décontextualisation. Quelques semaines auparavant, à peine, le Mexique – avec son affaire Cassez, sa justice incertaine, ses policiers corrompus, ses magnats de la drogue faisant la loi dans les commissariats et les pénitenciers, ses cartels qui s'entretuent quotidiennement en pleine rue, non sans effets collatéraux au niveau des passants – , c'était un peu comme le cap Horn pour le Français moyen adepte de pêche à la ligne : un autre monde, quoi... Mais depuis l'alerte à la grippe, il faudrait croire que *nous sommes tous des Mexicains...*

³⁰ Dans une interview contemporaine de la présente rédaction (*Le Moniteur des pharmacies*, n° 2782, 30 mai 2009 : 22-28), l'actuel président du Comité technique des vaccinations fustige les Britanniques pour n'avoir pas vacciné massivement contre l'hépatite B : « Je ne sais pas s'ils se sont beaucoup intéressés à leurs migrants. » Dans les foules de Français moyens affolés par M. Douste-Blazy, qui avait saisi la connexion entre « hépatite B » et « migrants » ? *Point de détail*, à n'en pas douter...

³¹ Euphémisme, soit dit en passant : telles que répertoriées par les meilleurs de nos épidémiologistes, les preuves d'efficacité du vaccin antigrippal sont « très minces » (Jefferson T, Demicheli V., *Influenza vaccination for elderly people and their care workers*, *Lancet* 2007; 369(9576):1857-8), tandis qu'on peut toujours s'interroger sur ses effets indésirables (cf. chapitre 3)...

5.2. Impuissance

Les dictateurs, les terroristes et les maîtres-chanteurs le savent : quand on veut manipuler les gens, il faut d'abord les réduire à un sentiment d'impuissance. C'est une chose que le freudien sait aussi qu'il n'est de situation plus intenable que la passivité devant un risque mortel ou quasi mortel perçu comme imminent : n'importe quoi apparaîtrait alors préférable qu'une telle vulnérabilité à la pulsion de mort³².

En l'espèce, il n'est pas bien difficile de comprendre comment, avec le pouvoir d'amplification et d'implication des images fortes, on peut hypnotiser les gens par l'appréhension d'un risque présenté comme insupportable – d'autant plus insupportable qu'il peut concerner leurs enfants.

Ce conditionnement opéré, il sera ensuite extrêmement simple d'exploiter la compulsion des gens à « faire quelque chose à tout prix » en leur faisant accroire que des moyens existent pour reprendre la main : vaccinations, antiviraux et, de toute façon, *parlez-en à votre médecin...*

La médicalisation ainsi recommandée aura d'autant plus de chances de prospérer qu'elle visera complémentaiement cette autre dérégulation intolérable où se trouvent tant de gens par rapport à leur progéniture : leur donner un modèle de *valeurs*, parler avec eux – et de l'essentiel si possible –, voire simplement... participer à leur éducation. On n'aura pas tout raté avec eux lorsque, grâce à Engerix, Gardasil ou à leurs homologues, on leur aura au moins ouvert l'accès à une vie sexuelle censément épanouie, puisque débarrassée du risque de MST, voire de *cancer* sexuellement transmissible...

Décrit fin mai 2009 lors de la rédaction initiale de ce chapitre, ce mécanisme de manipulation mentale trouve une splendide illustration

³² C'est cette intolérabilité qui conduit certaines femmes battues depuis leur petite enfance à « provoquer » les coups – et à s'en vanter (« Oh ! je suis mauvaise et je le cherche bien ») tant il est tristement vrai que le sentiment de passivité devant un danger certain, quoique imprévisible dans son déclenchement, est encore plus insupportable que la douleur physique liée à la réalisation de ce danger.

trois mois plus tard quand, arborant son sourire le plus enjôleur, la ministre de la Santé promet que « tous les Français *qui le souhaitent* pourront être vaccinés » (« Santé News », 30/08/09 : c'est moi qui souligne) !... Ainsi, après avoir préparé les esprits au pire des mesures contraignantes (dont une vaccination de masse obligatoire) par une information dont le maximalisme le disputait à l'incohérence³³, la Ministre rétrograde désormais cette menace d'obligation à une simple question de choix personnel. Ce que faisant, elle oublie simplement qu'en médecine, l'information loyale et complète est, *légalement*, le prérequis incontournable du consentement individuel : or, qui soutiendrait que sur ce sujet de la grippe porcine, l'information des citoyens a été loyale et complète ? Dans ce livre, je m'alarme de voir les experts de l'administration se comporter en hors-la-loi : force est de constater que, dans cette affaire, même la plus haute autorité sanitaire de l'État ne craint pas, elle non plus, de prendre ses aises avec la loi – pour ne point parler de l'éthique...

5.3. Conversions en série

La capacité des alarmistes à conditionner les gens est encore plus effrayante : car ils parviennent même à recruter chez ceux qui s'affichent comme leurs plus farouches opposants. Je m'explique.

L'un de mes correspondants, supposé doté d'une bonne culture scientifique (il est titulaire d'un doctorat de biologie) m'écrit : « Je crois qu'on se rejoint à nouveau sur la grippe... Je t'envoie quelques textes. » À l'ouverture des textes en question, dûment postés sur un site internet plus ou moins libertaire, j'ai la surprise de lire ce qui suit :

³³ Dans un « chat » daté du 28/08/09 (Libération.fr), le chef du Service de maladies infectieuses de Kremlin-Bicêtre en est encore à justifier une vaccination de masse au nom de « l'intérêt de santé public (*sic*) ». Le même jour, *Libération* titre « Du flou dans la stratégie de vaccination » : c'est un euphémisme.

« On peut d'abord souligner la lenteur de la mise en alerte pandémique. Ainsi, alors que l'OMS a fait part de son inquiétude à la fin avril, de nombreux articles anglo-saxons pointaient du doigt la légèreté de la mise en alerte mexicaine qui a réagi lentement. [...] À la fin avril, alors que Mexico se couvrait de masques, on comptait, selon des sources de presse américaine, environ 23 000 cas de malades... L'OMS clamait, à la même époque, environ 3 000 cas avérés. [...] Mais l'OMS a continué avec ses chiffres largement atténués [...] Il aura fallu que le quotidien espagnol « El País » rompe la chanson monotone de l'OMS pour que certains critiquent enfin cette désinformation. »

Ainsi, alors que, à tort ou à raison, je soutiens, pour l'essentiel, que les instances sanitaires – au premier rang desquelles l'OMS, bien entendu – ont lancé une alerte aussi précipitée que disproportionnée et que les chiffres de la « pandémie » ont été grossièrement exagérés (de par cet alarmisme joint à une confusion sciemment organisée entre grippe « porcine » et grippe saisonnière, quelqu'un qui prétend « me rejoindre » se lance dans une diatribe contre « la lenteur » de l'alerte et *la sous-estimation* des chiffres par l'OMS. La question n'est pas ici de savoir qui de nous deux a raison, mais de pointer *la sidérante confusion* qui peut conduire quelqu'un à crédibiliser publiquement des chiffres disproportionnés à la réalité épidémiologique reconstituable tout en soutenant que nous sommes d'accord...

Semblablement, dans une lettre ouverte au garde des Sceaux en date du 08/09/09, le Syndicat de la magistrature écrit :

« Si la Chancellerie se donnait la peine d'associer l'ensemble des professionnels concernés au plan, « pandémie grippale », le droit commun permettrait parfaitement d'assurer tout à la fois la nécessaire continuité du service public et la garantie des libertés individuelles. »

On voit bien la teneur du discours : au lieu de s'interroger d'emblée sur la réalité même d'une situation épidémique exceptionnelle en quelque façon, le syndicat déplore de n'avoir pas été associé au plan tout en soutenant hautement qu'aucune gravité que ce soit ne justifie d'atteinte aux libertés individuelles. Noble rappel des principes fondamentaux, en vérité, mais qui, *de facto*, reprend à son compte l'idée d'une « pandémie grippale » *assez spéciale pour justifier un plan*.

Ainsi, on n'en finirait pas de recenser les critiques de tous bords – notamment chez les professionnels de santé, *a fortiori* chez certains journalistes – qui, incapables de porter un regard critique autonome sur les estimations extravagantes diffusées par les autorités, se contentent d'insinuer que ce n'est pas la peine d'en faire tout un foin. De la sorte, cependant, ils s'inscrivent au bataillon innombrable de ceux qui diffusent des chiffres irresponsables et qui en amplifient la portée.

C'est une chose, en effet, de prendre parti dans une controverse sur l'adéquation des mesures prises par rapport à une exceptionnelle pandémie – sachant qu'alors, les autorités sanitaires et leurs experts ont l'autorité de leur fonction pour se défendre de leur maximalisme ; c'en est une autre de contester la réalité même des chiffres et la justification de l'alerte, renvoyant de la sorte les autorités sanitaires à une incompétence *de base*, dont il est facile de trouver bien d'autres précédents. Par exemple, le premier type de critique permet aux autorités sanitaires de se défausser sur leurs contradicteurs du précédent honteux de la canicule (« vous avez gueulé en 2003 et maintenant vous nous reprochez d'en faire trop ! »), tandis que la seconde consiste à documenter que, *plus ça change, et plus c'est la même chose* et de maintenir la pression dans la bonne direction : « Depuis 2003, vous n'avez toujours pas appris à compter ! » Contrairement à ce qu'imagine mon correspondant, les deux critiques ne se « rejoignent » en rien...

Au bataillon des *Malgré nous* de l'alarmisme, il faudra également inscrire tous les élus locaux qui se sont fait une éphémère notoriété en renouant avec la tradition prophylactique antique et solennelle de ne pas cracher par terre ; ces directeurs d'école qui prétendent interdire

la bise du matin ou, plus simplement, imposer aux enfants de se présenter avec leurs Kleenex³⁴ (sachant qu'à l'École publique, l'exigence de gratuité a déjà pris des coups de canif bien plus conséquents – notamment ces voyages « pédagogiques » en Amérique du sud dont les élèves ou leurs accompagnants reviennent avec des fièvres assez suspectes pour faire la une des journaux) ; ces administrations municipales qui imposent à leurs employés d'acheter – à leurs frais – des antiseptiques dont le prix a subitement explosé ; ces bâtonniers qui croient bon de doctement rappeler à leurs cotisants d'élémentaires principes d'hygiène ; ces chefs d'entreprise épuisés qui ont annulé leurs vacances pour rédiger durant l'été une « procédure pandémie » ; ces marchands du temple, enfin, qui, non contents de relayer des chiffres irresponsables, mettent leur point d'honneur à les exagérer encore, en humble contribution à la conscience virologique de la population. Au moment où s'écrivent ces lignes, je reçois sur mon mail une offre commerciale qui soutient (d'ailleurs contre les vaccinalistes de l'administration sanitaire) que « le risque de pandémie de la grippe A ne peut être prévenu que par l'hygiène » tout en rappelant que, « selon les experts, jusqu'à 50 % de la population sera contaminée par le virus H1N1 d'ici à la fin de l'année 2009 », alors qu'en un rappel précieux, il est proclamé que l'antiseptique proposé « détruit 99,98 % des germes selon la norme EN 1500 » (de mémoire, j'avais gardé en tête le chiffre de 99,97 %...)

On retrouve le même type de lessivage cérébral dans le précédent de la vaccination contre l'hépatite B : préoccupant stigmatisme de l'incompétence épidémiologique généralisée qui prévaut en France, les plus farouches opposants à la politique de « vaccination universelle » n'ont jamais pu s'empêcher de crédibiliser les chiffres ahurissants des promoteurs de la campagne. Ainsi, encore récemment, l'un des leaders d'une ligue antivaccinaliste n'hésitait-il pas à écrire : « dans les années quatre-vingt-dix, l'hépatite B causait de l'ordre de 1 000 décès par an au grand maximum », quand je n'ai jamais com-

³⁴ On ne manquera pas de comparer cet excès d'exigence avec le constat régulièrement déploré par tous les parents d'élèves que l'un des défauts les plus caractérisés de l'École publique, c'est de ne pas alimenter ses W.-C. en papier hygiénique...

pris sur la base des données reconstituables (que je connais très bien...) par quel miracle cette maladie aurait pu causer, dans notre pays, plus que quelques dizaines de décès annuels « au grand maximum »... Inversement, un journaliste, également très engagé dans la critique de cette campagne, m'a dit récemment qu'elle avait quand même fait « peut-être bien un millier de victimes » (reprenant implicitement les chiffres donnés par l'administration sanitaire française) quand je soutiens publiquement, et depuis des années, que c'est *au moins* par dizaines de milliers qu'il faut les compter (cf. chapitre 5)... En mettant les choses bout à bout, on reconstitue que « mille » victimes, ce n'est rien du tout, pour autant qu'elles aient succombé à une hépatite, tandis qu'elles signalent le scandale sans nom pour autant qu'elles aient souffert d'une complication vaccinale. Au chapitre suivant, je vais évoquer « l'idéologisation » de l'expertise...

6. La face obscure des alertes pour rien

6.1. Allocation de ressources

Quoique n'ayant aucune compétence en pharmaco-économie, c'est néanmoins ma responsabilité d'expert d'évoquer, ne serait-ce que brièvement, la question des **ressources** disponibles et, plus encore, celle de leur **allocation**.

En effet, même dans un pays qui depuis longtemps cultive l'irresponsabilité en matière d'assurance maladie, ils sont de plus en plus nombreux ceux de nos concitoyens qui se rendent compte que le financement ne peut être intarissable : en réclamer pour un poste de dépenses, c'est forcément en retirer sur un ou plusieurs autres.

Notre responsabilité de professionnels de santé, dès lors, ne consiste pas à s'autoriser de probabilités infimes, mais exacerbées par la représentation spectaculaire de l'anecdotique (cf. 3.1), pour réclamer tout et n'importe quoi : elle consiste à *hiérarchiser*, sur la base des connaissances disponibles, la mortalité, la morbidité et la souffrance inhérentes aux risques de santé publique, en vue d'aider le politique à décider une juste allocation de ressources.

Il n'y a pas besoin d'être virologiste pour savoir que le virus de la grippe est une saloperie, et qu'il l'a toujours été de toute éternité ; qu'à ce titre, les boutefeux irresponsables qui brandissent un risque de pandémie grave jouent sur du velours, car aucun professionnel compétent n'oserait nier que ça puisse effectivement arriver. Mais ça a pu arriver ainsi *depuis toujours*, et les éléments de faits disponibles sur la grippe porcine sont loin d'être assez contraignants pour justifier une allocation de ressources démesurées par rapport à des besoins de santé publique bien plus urgents et bien mieux répertoriés, comme les soins dentaires, les lunettes ou les appareils de correction auditive : en épargnant à des centaines de milliers de sujets âgés l'isolement sensoriel où les contraint leur incapacité financière de s'appareiller correctement, on épargnerait certainement bien plus de démences que n'importe quel plan « Alzheimer » trop complaisamment exhibé par nos gouvernements.

Additionnellement et toujours en matière d'allocation de ressources, s'il est exact que, par son potentiel de mutation, le virus de la grippe a, depuis toujours, représenté une menace potentiellement grave pour l'humanité, il serait utile de s'interroger sur l'exacerbation farmineuse du risque tel que entretenu par les pratiques atterrantes du lobby agro-alimentaire mondial – partant sur son évitabilité.

6.2. Le précédent de la grippe aviaire

Toute personne tant soit peu au fait du monde pharmaceutique savait qu'à l'entrée dans le troisième millénaire, les fabricants redoutaient une période de vaches maigres consécutives à l'épuisement des principaux brevets et à la pauvreté de leur innovation.

Relativement à une perspective aussi morne, le secteur vaccinal pouvait représenter une planche de salut. Un vaccin, on l'a dit, ça ne coûte pas cher à développer et ça peut rapporter gros puisque, moyennant le lobby adéquat auprès des instances sanitaires, on peut élargir le marché presque à volonté³⁵. Le seul problème, c'est que,

³⁵ Les fabricants en sont même à tenter l'exploit d'élargir *aux hommes* le marché de Gardasil et de Cervarix, pourtant censés prévenir les cancers *de l'utérus* liés à une

même en poussant un peu, le nombre de doses administrées à chaque sujet exposé reste limité. Par rapport à une telle limitation, le vaccin contre la grippe représentait une opportunité unique : c'était le seul avec lequel on pouvait escompter une revaccination *tous les ans...*

Au tout début des années 2000, on savait donc parfaitement que les fabricants s'étaient lancés dans une grande stratégie promotionnelle visant l'OMS : convaincre les experts qu'une pandémie de grippe aviaire allait survenir un jour ou l'autre³⁶ et que, ce jour-là, l'industrie n'aurait pas le potentiel de fournir un vaccin en quantité suffisante. Il fallait donc, dans la perspective très hypothétique de cette pandémie, augmenter le potentiel de fabrication. Mais comme le souci philanthropique de l'industrie n'allait quand même pas jusqu'à financer sur ses propres fonds une telle augmentation de potentiel, il était demandé à l'OMS de fournir aux fabricants les moyens de « se payer sur la bête » en accréditant – de toute son autorité d'instance supposée *indépendante* – que la grippe *saisonnnière* était une maladie tellement effroyable qu'elle appelait, et de toute urgence, la vaccination de toute la population : de telle sorte, les fabricants pourraient rentabiliser la modernisation de leurs chaînes de fabrication.

Il s'avère que certains experts de l'OMS – probablement gâteux, comme il y en a dans toutes ces instances internationales de pantouflage – ont mal pigé la ruse et qu'ils ont sincèrement cru que la pandémie de grippe aviaire, c'était pour demain – ou après-demain à tout le moins... Là encore, on connaît la suite, rétrospectivement désopilante. Pour résumer l'histoire par une métaphore : voyant arriver

infection virale à HPV, et ce au nom d'un argument très fort : certes et jusqu'à plus ample informé, les hommes sont dépourvus d'utérus, mais quand ils ont une partenaire contaminée, la pratique du cunnilingus les expose au même risque carcinologique, cette fois au niveau de la gorge...

³⁶ Il n'y a rien d'exceptionnel dans cette prétention de l'industrie pharmaceutique à assurer la formation continue des « experts » de l'OMS : je rappelle que, dans une interview historique, un commercial de Beecham s'est targué d'avoir, avec son employeur, « commencé à sensibiliser les experts européens de l'OMS à la question de l'hépatite B » dès 1988 (*Science et Avenir*, jan 1997 : p. 27). On connaît la suite...

Alertes grippales

des commerciaux brandissant les extincteurs qu'ils voulaient vendre, les « experts » de l'OMS on cru reconnaître les pompiers – et ils se sont mis à hurler « au feu » ; et, pendant des années, tout le monde a cherché le feu...

Le seul problème, c'est que, hormis les fabricants d'antiviraux et de masques, personne n'a tellement profité de l'alerte. À l'évidence, les fabricants ont compris la leçon avec la grippe porcine – mais le public aussi, dans l'ensemble...

Chapitre 2

Auditer les experts

Critères de crédibilité a priori et a posteriori

1. Une expertise discréditée, mais toute-puissante

C'est la mode de le dire et c'est écrit partout : l'époque est à la dé-credibilisation des experts. Sans chercher à reconstituer l'historique d'un tel discrédit, contentons-nous d'en relever deux manifestations.

1. **L'idéologisation de l'expertise** : lorsqu'une question est controversée et qu'elle donne lieu à un « débat d'experts », on va choisir son camp en fonction non d'une analyse *critique* des expertises qui s'affrontent, mais simplement de ses propres préjugés ou de son idéologie. Cette idéologisation est souvent sous-tendue par une rhétorique assez reconnaissable à l'œuvre, puisque les experts (réels ou supposés) dont on se prévaut alors se voient assez systématiquement affublés de titres et qualificatifs élogieux : sur les questions de santé, ils sont, à tort ou à raison, au minimum « docteur » et, bien plus souvent, « professeur¹ », de toute façon « grand scienti-

¹ L'intérêt secondaire de « professeur », c'est d'esquiver le risque d'affubler qui-conque à tort du titre de « docteur », normalement protégé en France : un enseignant de lycée qui fait dans les médecines parallèles peut se voir donner du « professeur »... Cela le met dans une position rhétorique avantageuse s'il s'oppose à des vrais « docteurs » – lesquels sont parfois professeurs... En médecine, il y a aussi ces frustrés du clinicat qui, désespérés à vie de n'avoir pas eu leur agrégation, créent entre eux des *Collèges* de ceci ou cela au sein desquels ils s'octroient les titres ronflants que l'establishment académique leur a refusés. « C'est avec des hochets que l'on mène les hommes », disait Napoléon...

fique » ou « chercheur de renom »... La question des vaccinations, justement, est une excellente illustration de cette dynamique (et de la rhétorique concomitante), avec deux camps tellement irréconciliables qu'il faut impérativement choisir le sien – sachant qu'on le choisira pour vous, de toute façon : c'est ainsi qu'à plusieurs reprises, sur le net ou ailleurs², je me suis vu assimilé à un « pourfendeur des vaccinations », alors que je suis simplement un professionnel du médicament, consultant pour nombre de firmes pharmaceutiques, incluant des fabricants de vaccins, et que je me contente de « pourfendre » les spécialités mal évaluées – fussent-elles des vaccins... On retrouve le même type de dérive dans la justice, lorsque, confrontés à des expertises contradictoires, des magistrats procèdent non par une analyse rigoureuse des contributions en présence, mais en choisissant celle qui colle le mieux avec leur idée préconçue sur l'affaire – fût-elle techniquement indigente. Et on touche là du doigt le principal risque d'une telle idéologisation : l'instrumentalisation de l'expertise (simple démarche de *connaissance*) en vue de justifier une *décision* dont les déterminants véritables sont ailleurs. Nous reviendrons sur cette perversion.

2. **La « démocratisation » de l'expertise**, en employant ce mot dans le sens péjoratif de nivellement par le bas : puisque *des* experts sont tellement nuls que même le profane peut objectiver les insuffisances de leur discours, qu'est-ce qui empêche ce même profane de se poser en contre-expert ? La question des vaccinations est, là encore, exemplaire : le paradigme vaccinal va tellement de soi que n'importe quel professionnel de santé, si modeste que soit sa formation sur le sujet, se prend facilement pour un expert dès qu'il s'agit de réfuter les sceptiques, tandis qu'à l'inverse, le camp des antis regorge d'experts autoproclamés ou désignés comme tels par leurs compagnons de lutte – lesquels n'ont pas peur non plus

² Voir, par exemple, l'émission « @rrêt sur images » du 04/09/09.

de jaser avec la même assurance sur les dangers du nucléaire, les OGM, les pesticides, etc. D'expérience, la densité d'experts autoproclamés est également très élevée dans les associations de patients ou de victimes³...

Cette dernière observation permet aussi de mettre un bémol au diagnostic qui a introduit le présent chapitre : le discrédit actuel des experts ne tient pas seulement à leurs défaillances ou leurs compromissions, car il en reste – et des vrais. Mais le paradigme consumériste de l'époque véhicule un profond mépris de l'étude et du savoir, consécutif à l'exigence de jouissance immédiate. Et, pour être tout à fait juste, force est de reconnaître qu'en permettant à n'importe quel profane de zapper au travers d'une information fabuleuse, internet (malgré son incontestable potentiel de contre-expertise) contribue également à cette dépréciation de l'étude, partant de la réelle expertise.

En tout état de cause, pour justifiée qu'elle soit *peut-être*, la décrédibilisation généralisée des experts n'empêche pas l'époque d'être sous leur coupe écrasante, puisque toute décision tant soit peu contestable est immanquablement justifiée au nom de leur expertise présumée. Dans quelque débat que ce soit, le moyen le plus imparable pour réduire un contradicteur au silence consiste à lui asséner que « les experts sont unanimes⁴ » – façon habile, notez-le en passant,

³ Sachant, de plus – double bénéfique –, que dans le politiquement correct de l'époque, le statut de patient ou de victime met l'expert autoproclamé à l'abri de toute critique – même celle qui viserait sa pseudo-expertise...

⁴ Ainsi, lorsque probablement par suite d'une inattention, une étude française a failli laisser entendre qu'il pourrait y avoir un risque neurologique chez les enfants après vaccin contre l'hépatite B, le président du Comité technique des vaccinations est immédiatement monté au créneau : « [les experts] *sont unanimes* à dire que, sur un plan méthodologique, cette étude n'est pas acceptable » (AFP, 25/09/08 ; c'est moi qui souligne). Malheureusement, au même moment, le fabricant concerné faisait savoir qu'il ne disposait pas « du moindre élément d'information » sur cette étude. On en déduit forcément que les conseils ou consultants du fabricant (dont fait pourtant partie le président du CTV, si l'on en croit sa déclaration d'intérêts à l'AFSSAPS !...) ne peuvent être des experts... L'autre problème, c'est que cette étude inacceptable sur « un plan méthodologique » était cosignée *par la même équipe*

de lui contester sa propre compétence : s'ils sont « unanimes » et que vous n'êtes pas d'accord, vous ne pouvez pas prétendre être un expert...

Le seul problème, c'est que de mémoire, je ne crois pas avoir vu une seule question tant soit peu complexe faire « l'unanimité » des experts. Dans une situation d'incertitude, par conséquent, comment oser se prévaloir d'une telle « unanimité⁵ »?

La grippe « porcine » exemplifie les risques que cette dictature de l'expertise fait courir à la société : car d'où est sortie l'alerte, sinon de l'Organisation mondiale de la santé (qui aime à se présenter en instance d'expertise) relayée par d'innombrables intervenants, eux aussi présentés comme experts ? Et quelle justification des autorités françaises pour leurs recommandations ineptes concernant les personnes à vacciner en priorité ? Rien de plus que « des données recueillies par des experts⁶ » : lesquelles, recueillies selon quelles méthodologie,

exactement que deux précédentes qui avaient été intensément médiatisées comme rassurantes.

⁵ Dans un livre consacré au contrôle démocratique de l'expertise, ce n'est pas jouer sur les mots de souligner que *l'expertise n'est pas le lieu de la démocratie* en ce sens que la loi de la majorité n'y est pas souveraine. Dans l'histoire des sciences, en particulier, il est patent que ce sont souvent les minorités – voire les individus isolés – qui ont fini par avoir raison : s'il existe aujourd'hui une « unanimité » sur les dangers de l'amiante, il convient de rappeler que les premiers à les avoir dénoncés ont tout d'abord – et durablement – été présentés comme des abrutis (McCulloch J & Tweedale G. , « Defending The Indefensible – The Global Asbestos Industry and its Fight for Survival », Oxford, OUP, 2008). De plus, la majorité de ce qu'on entend dans le débat public ne reflète pas toujours la majorité de ceux qui n'osent pas dire publiquement ce qu'ils pensent en réalité – situation extrêmement fréquente dans le monde rigide académique des professionnels de santé.

⁶ *Le Parisien*, 04/09/09. L'article précise que lesdites données ont été recueillies, entre autres, au Mexique – pays où, fin avril 2009, on a pu voir d'un jour à l'autre le nombre de cas fatals rétrograder de plus de 200 à sept seulement : indicateur intéressant de la fiabilité des extrapolations fondées sur des « données » aussi fiables. On rappelle que lors de la campagne contre l'hépatite B, de l'aveu même de l'Institut de veille sanitaire (Antona D, Levy-Bruhl D. *Médecine et Maladies Infectieuses* 2003; 33 [Suppl A]:34-41), les données françaises concernant les pathologies hépatiques avaient été purement et simplement *extrapolées* des données américaines, sans

validées comment, publiées dans quelle revue scientifique crédible ? Ne serait-ce la puissance d'internet (qu'on avait déjà vue à l'œuvre, dans des circonstances assez comparables, lors du référendum sur la constitution européenne), qu'est-ce qui serait venu fissurer l'effrayante image d'unanimité expertale qu'ont imposée les médias traditionnels sur cette affaire ?

Bien pire : au moment même où s'écrivent ces lignes, *Libération* (08/09/09) fait état d'un plan de la Chancellerie justement dénoncé comme inconcevable menace pour les libertés, et qui n'a d'autre justification que les risques d'une pseudo pandémie tels qu'appréciés par « les » experts. Et ce, alors même que la *loi* qui fait obligation à ces derniers d'afficher une transparence dans leurs liens d'intérêt (cf. note 21) est, elle, quotidiennement bafouée dans une totale impunité ! Alors même que la législation pharmaceutique, pourtant extrêmement précise, est ridiculisée par les autorités sanitaires au travers d'un développement vaccinal proprement anarchique ! *Dura lex*, mais pas pour les « experts » ou leur autorité de tutelle...

Il y a donc un contraste préoccupant entre le discrédit des experts dans la société et leur pouvoir réel : à l'heure actuelle, d'ailleurs, l'acquisition (méritée ou non) du statut d'expert est un chemin sûr et rapide pour les Rastignac de tout poil – et l'expertise judiciaire est un excellent laboratoire d'analyse pour ce type de perversion⁷... Dans l'inspiration démocratique du présent ouvrage, il me semble donc important de proposer au lecteur les moyens de dépasser le simple mouvement du rejet à l'endroit des spécialistes : l'enjeu, ici, est d'esquisser une grille conceptuelle permettant au profane de s'orienter lorsqu'on lui assène le discours *des* experts. L'idée n'est pas de l'inciter à se poser lui-même en contre-expert, selon la dérive que, j'ai dénoncée plus haut, mais de mettre à sa disposition des critères *intrinsèques* à l'aune desquels il lui deviendra possible d'auditer la crédibilité expertale : ne serait-ce que sur la base de ma propre expé-

aucune considération, par exemple, ni des différences ethniques entre les deux pays, ni – encore pire – des différences de consommation alcoolique...

⁷ *L'expert dans les prétoires* - <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article32>

rience sur les questions où je ne dispose d'aucune expertise, je reste convaincu qu'il est possible au profane de résister aux intimidations des experts *tout en restant à sa place de profane*⁸.

À titre subsidiaire, je voudrais également introduire que par rapport à la perversion moderne qui fait de la surinformation un moyen de désinformation (cf. plus haut), il devient crucial d'acquérir un cadre conceptuel permettant de tamiser les sources afin d'éliminer rapidement, *mais sûrement*, celles qui sont non pertinentes ou non crédibles. Avec le rapport de l'Académie de médecine sur la filière nucléaire, on donnera ci-après (cf. 2.1.1) un exemple particulièrement démonstratif de l'infaillibilité avec laquelle on peut, en un rien de temps, rejeter un document comme irrecevable quel que puisse être le prestige de son origine.

2. Critères de crédibilité *a priori*

2.1. Quelle compétence ?

Il peut paraître provocateur de se demander si un « expert » est compétent, mais c'est pourtant la première question qui mérite d'être posée : car à elle seule, l'incompétence *documentable* de certains experts suffit – et bien souvent – pour ranger leurs bavardages au niveau des accessoires sans intérêt.

Cette incompétence peut être absolue ou relative.

2.1.1. Incompétence absolue

On hésite sur le terme : ignorant, incapable, faussaire, imposteur... Il est clair, en tout cas, que certaines personnes, médiatiquement, voire

⁸ Dans son intéressant ouvrage *La sagesse des foules* (trad. française, Paris, Jean-Claude Lattès, 2008, p. 346), J. Surowiecki soutient que ceux qui sont capables de repérer les vrais experts sont également ceux qui peuvent s'en passer. Ce serait démocratiquement désespérant : il me paraît plus exact de dire que ceux qui sont capables de repérer les faux experts sont, comme par hasard, ceux qui ont les moyens de leur résister.

institutionnellement en position d'expert, n'ont strictement *aucune* compétence pour la justifier.

Un seul exemple : il n'est pas besoin d'être un grand spécialiste en énergie nucléaire pour apercevoir que la première des cinq recommandations faites par l'Académie de médecine sur ce thème (« l'utilisation de l'énergie nucléaire apparaît bien comme un des modes de production de l'électricité les moins polluants⁹ ») a l'odeur faisandée des influences même plus occultes à force d'être caricaturales. Par quel miracle, en effet, les académiciens auraient-ils la moindre compétence pour juger – et comparativement, en plus – de pollutions dont l'évaluation, à l'évidence, dépasse très largement la seule compétence *médicale* ? L'inconséquence des académiciens est d'autant plus désopilante que, deux recommandations plus loin, ils s'autorisent à rappeler que « la surveillance des effets des rayonnements sur les individus et la prévention des accidents de santé qu'ils pourraient provoquer (radioprotection) représentent une activité essentiellement médicale », en posant comme allant de soi que les ingénieurs et autres scientifiques n'y peuvent jouer qu'un rôle secondaire... Ainsi, au constat d'une telle inconscience dans l'appréciation des compétences légitimes, il devient possible d'envoyer ce rapport à la poubelle : autant de temps de gagné pour prendre connaissance d'informations plus pertinentes...

Les journalistes, d'abord, ont une lourde responsabilité dans cette dégradation du statut d'expert. Chacun a encore en mémoire cette figure extrêmement douteuse que, jusqu'à sa mort, les médias nous ont présentée comme « le grand cancérologue », et dont la caractéristique la plus réaliste est justement qu'il n'avait jamais été cancérologue... Ce sont bien les journalistes qui désignent ainsi au public « le spécialiste renommé » ou « l'expert bien connu » selon des modalités de choix qui se caractérisent souvent par l'inculture, d'une part, l'absence de méthode, d'autre part, la répétitivité enfin : une fois qu'ils ont dégoté un type qui passe bien, ils auront une tendance

⁹ Académie de médecine. *Energie nucléaire et santé – Avis du 22/06/99* (<http://www.developpement-durable.gouv.fr/energie/nucleair/pdf/rap-acad.pdf>)

lourde à le faire revenir. Or, toutes les questions controversées dont il est question ici appelleraient, au contraire, une diversification *méthodique* des informateurs consultés – et même promus – par les médias.

Les politiques, ensuite, ont, eux aussi, une responsabilité accablante dans la préoccupante densité d'incompétents occupant des postes dont les exigences technico-scientifiques les dépassent manifestement.

- ↪ Soit parce que ces postes récompensent amitié ou services rendus – même si ces services ne requéraient aucune expertise... Une fois dans ma vie, j'ai été reçu par un directeur de la direction générale de la Santé : sur le petit quart d'heure qu'a duré notre entretien (d'ailleurs sans lendemain), il n'a pas craint de téléphoner successivement à *deux* copains de sa région d'origine pour leur faire savoir, sans la moindre gêne devant moi, qu'il leur avait « obtenu » le poste qu'ils souhaitaient...
- ↪ Soit, et plus fréquemment encore, parce que les politiques aiment à s'entourer de collaborateurs assez insipides pour ne point leur faire d'ombre : mais ils oublient que, dans un pays comme la France, la durée de vie de l'administratif moyen est sans commune mesure avec celle du politique en poste, de telle sorte que certaines administrations à tendance technico-scientifique (comme le ministère de la Santé) fonctionnent aussi comme entrepôt où sont stockés jusqu'à date de péremption tous les abrutis qui ont eu un jour l'heur d'être repérés pour leur fadeur par un politique, si éphémère fût-il. La dynamique résultante est bien connue : les minables ainsi propulsés à des postes surdimensionnés tendent à s'entourer de collaborateurs à leur image et, lorsque par le jeu du recrutement normal, des jeunes éventuellement brillants arriveront par la petite porte, ils ne tarderont pas à ressortir – ayant vite compris qu'ils sont trop bons pour espérer une promotion...

La sélection des médiocres, enfin, n'est pas le monopole des journalistes ou des politiques : les forces de l'argent ont également le pouvoir de favoriser la promotion de ceux qui sont le plus susceptibles d'adopter des vues technico-scientifiques qui leur sont favorables. En médecine, par exemple, ce serait un intéressant travail de sociologie historique que de reconstituer les déterminants de carrière de certains hospitalo-universitaires qui se sont faits les *sincères* défenseurs de mystifications aussi grossières que la « théorie sérotoninergique » de la dépression, ou les propagateurs zélés des techniques de procréation artificielle (dont on attend toujours la moindre preuve convaincante d'efficacité, pour faire l'impasse sur les problèmes de tolérance : cf. note 28). Comme le savent toutes les agences de communication spécialisées en pharmacie, le marketing pharmaceutique, c'est l'art de « raconter une belle histoire¹⁰ ». L'idée étant de présenter comme démontrés d'hypothétiques mécanismes biologiques auxquels correspondent, comme par hasard, les mécanismes d'action, (largement hypothétiques, eux aussi) d'un médicament obtenu au terme d'un développement associant sagacité, ténacité et, pour tout dire, génie : bref, la Science en marche... On n'a pas idée de comment ces fables, dépourvues de tout fondement solide mais soutenues par de super schémas en 3D, peuvent impressionner les esprits faibles qui s'ingénient, dès lors, à s'en faire d'ardents zélateurs.

Comme je l'explique au chapitre 6, une carrière scientifique passe par une activité incluant communications et publications : or, l'industrie pharmaceutique a indubitablement le pouvoir d'organiser des colloques et d'influer sur le choix des orateurs ; elle est également capable de faciliter la publication de travaux, même médiocres, dans les plus prestigieuses revues¹¹ – quand elle ne va pas jusqu'à proposer les services d'un nègre à ceux qui ne sont pas capables de rédiger une page tant soit peu cohérente. Toutes influences qui sont de nature à doper la carrière des intéressés et à les propulser très rapide-

¹⁰ Je tiens cette expression d'un responsable d'une telle agence, justement.

¹¹ Jefferson, T et al. (2009). "Relation of study quality, concordance, take home message, funding, and impact in studies of influenza vaccines: systematic review." *BMJ* 2009 ; **338**: b354.

ment au-devant de collègues parfois bien meilleurs (mais à ce titre aussi : bien plus discriminatifs dans le choix de leurs paradigmes scientifiques ou bien plus critiques par rapport à la doxa pharmaceutique relayée par la formation médicale continue...).

Le problème de cette promotion téléguidée des médiocres, c'est qu'elle implique de judicieux coups de main plutôt que des contributions financières plus ou moins occultes (cf. 2.2.2). Et comme, de toute façon, personne n'incline à reconnaître spontanément qu'il a été promu pour sa jobardise intellectuelle¹², ceux-là se convainquent rapidement que cette sollicitude autour d'eux récompense une excellence scientifique bien davantage qu'elle ne signe un lien d'intérêt parmi les plus toxiques. En conséquence, ils cumulent bien souvent une arrogance disproportionnée à leurs capacités intellectuelles avec une inconscience farouche de leur dépendance, clamant à qui veut l'entendre n'avoir *aucun* lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique...

Cette position d'arrogance couronnant la médiocrité récompensée se retrouve également chez les experts évoqués auparavant, qui doivent leur promotion au goût des politiques ou de leurs délégués pour leur insipidité intellectuelle associée à leur souplesse de caractère.

Au cours d'un récent colloque, j'ai ainsi assisté à la communication d'une « chercheuse » à l'INSERM qui a présenté les règles d'organisation, en principe draconiennes, censées garantir l'indépendance – et donc la validité – des « conférences d'experts ». La retrouvant au déjeuner, je lui ai fait remarquer que la « Conférence internationale de consensus » sur la vaccination contre l'hépatite B de septembre 2003 (à l'organisation de laquelle elle avait participé) avait allègrement bafoué des principes d'inspiration fort superposables (cf. chapitre 5)¹³ : pas gênée pour deux sous par mon

¹² Girard M. , Expert mongering.

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/329/7459/189#70360>

¹³ Cf. chapitre 5 pour des détails sur ce projet. Jugeant cette manifestation comme une mystification gravement préjudiciable à la santé publique, j'avais cru bon, dans

ironie peu discrète, elle s'est redressée avec fierté en présentant comme un bel exploit d'avoir réussi, dans les délais impartis, à satisfaire la demande du ministre au mépris de toutes les règles en vigueur. Ainsi, des principes (pourtant simples) dont elle venait de présenter la forme si pieusement, *elle n'avait rien compris* au fond...

Semblable promotion de l'incompétence expertale se retrouve en bien d'autres domaines – judiciaire par exemple. Car si la Justice affirme bien haut son rejet des experts « à plein temps », elle ne se donne pas les moyens de vérifier qu'en pratique, son souhait se trouve effectivement réalisé. Pis : affectant de recourir à des techniciens assez brillants pour n'être pas regardants sur les émoluments, la Justice crée, en fait, les conditions d'un recrutement assez médiocre pour que la rémunération (et le prestige) qu'elle leur consent apparaisse, au contraire, providentielle à certains qui n'auraient jamais osé viser si haut... La solution à ce dommageable paradoxe pourrait être extrêmement simple : contrôler, sur une base déclarative annuelle, la structuration du chiffre d'affaires des experts afin de repérer ceux qui n'ont pas d'autre activité significative – et qui seraient donc bien en peine de justifier, par des réalisations effectives, la compétence technologique qu'ils prétendent mettre au service de la Justice.

Un seul exemple suffira à justifier le propos : il est patent que dans les grandes affaires technologiques qui mettent en cause des multinationales puissantes et des réglementations internationales, la majorité des documents pertinents sont rédigés *en anglais*. Or, il est hélas facilement documentable qu'en pareilles espèces, des « experts » judiciaires ont accepté leur désignation alors qu'ils n'avaient manifestement aucune maîtrise de cette langue : dans une telle situation, l'expert ne peut que se limiter aux traductions sélectionnées par celle des parties qui a les moyens d'ordonner des traductions, laquelle se trouve rarement être une victime...

une initiative inhabituelle, d'alerter le procureur de Paris sur cette imposture – sans résultat, évidemment.

On reviendra aux journalistes pour conclure sur cette question. Car ces derniers n'ont pas seulement pouvoir de sélectionner les « experts » en fonction de critères étrangers à une excellence professionnelle qu'ils seraient bien en peine d'évaluer : ils sont *eux-mêmes* souvent dans une position de décalage alarmant entre leur compétence réelle (dont on chercherait en vain le moindre indicateur au niveau, par exemple, de leurs « titres et travaux ») et leur influence effective (qui tient simplement à l'audience de leur média), ce décalage justifiant pourtant des comportements d'une effrayante arrogance. Selon la dynamique mise à jour dans ces pages (cf. 2.2.3), semblable inconsistance intellectuelle les met dans une position-clé pour relayer et amplifier les pires absurdités, pour autant qu'elles leur aient été communiquées *via* les canaux d'information auxquels ils ont appris à faire confiance, le plus souvent à tort qu'à raison : il est certain que les luxueux déplacements aux congrès, les invitations grassement payées à des « animations » de complaisance ou les missions rédactionnelles de « nègres », fort bien rémunérées elles aussi – tout cela *crée des liens*, comme on dit. Mais prodigieusement inconscients relativement à ces liens d'intérêts, ils se prennent vite à penser que toute cette sollicitude intéressée qui les entoure n'est que la récompense méritée de leur excellence. On ne citera pas de noms, mais il est certain – exemple parmi bien d'autres – que cette mystification incroyable de la grippe porcine (succédant à celle de la grippe aviaire) aura énormément tenu à la médiocrité scientifique et professionnelle des journalistes qui l'auront servilement relayée.

2.1.2. Incompétence relative

L'incompétence relative est un piège bien plus pervers – et malheureusement extrêmement fréquent dans le domaine de la santé : il s'agit de faire intervenir un individu dont les titres et travaux ne sont pas sérieusement contestables, mais sur un domaine qui échappe totalement à sa spécialité¹⁴.

¹⁴ On trouvera d'intéressants exemples dans le remarquable ouvrage de David Michaels : *Doubt is their product - How Industry's Assault on Science Threatens Your Health*, OUP, 2008.

Typiquement, on entend sur ces affaires vaccinales des virologues parfois éminents, mais dont certains ne sont même pas médecins¹⁵ et qui sont, de toute façon, dépourvus de la moindre compétence pour décider si le rapport bénéfice/risque d'un vaccin est favorable, ou pour apprécier si le processus d'évaluation ayant conduit à son autorisation de mise sur le marché a été conforme à la pointilleuse réglementation en vigueur.

Contre-exemple également significatif : alors qu'il aurait certainement été utile *aux lecteurs* et qu'il ne m'aurait pas été bien difficile de l'écrire (quitte à me faire relire par un spécialiste), je ne me suis pas permis d'insérer dans le présent ouvrage un chapitre de rappels sur la grippe – tout simplement parce que même si de tels rappels relèvent de la culture générale d'un médecin, je ne saurais me prévaloir d'une expertise suffisante sur un tel sujet pour proposer une contribution publique.

L'incompétence relative renvoie évidemment aux défaillances de l'intéressé dans l'évaluation autocritique de son savoir et de ses limites. Je vois au moins deux causes à de tels errements.

- ↳ D'une part, l'hystérie de la médiatisation : la plupart des gens sont facilement troublés de se trouver sollicités par les médias – certains tueraient même père et mère pour passer à la télévision. Sous l'emprise de l'excitation résultante, ils se laissent facilement aller à dire n'importe quoi. Certains experts psychiatres, qui interviennent généralement dans le contexte émotionnel d'une tragédie spectaculaire, sont assez coutumiers de ces dérapages et n'ont jamais peur d'asséner des jugements catégoriques sur des histoires fraîches où, à l'évidence, pourtant, ils n'ont pas plus d'information que le Français moyen : dans l'affaire récente d'un adolescent qui venait de tuer toute sa famille, on a pu en entendre un faire des statistiques de comptoir (« en général »...) après avoir

¹⁵ Girard M., *Expertise et (in)compétence*
(<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article51>)

soutenu que de tels faits étaient « rarissimes »... La statistique de l'exception, quoi...

↪ D'autre part, l'insuffisance de réflexion épistémologique : au contraire de ce que véhicule l'imagerie d'Épinal, il n'est pas exact que les scientifiques soient, par fonction ou vocation, intègres et rigoureux. Pour l'intégrité, on renvoie le lecteur à la littérature existante sur les fraudes scientifiques¹⁶, dont on a bien l'impression qu'elles sont en croissance continue. Pour la rigueur, c'est un fait d'expérience, d'ailleurs illustré par la présente section, que des scientifiques, si éminents soient-ils, peuvent faire preuve d'un laisser-aller intellectuel associé à une inculture ravageante sitôt sortis de leur étroite spécialité. On brisera là sur le sujet qui mériterait, mais ailleurs, de plus amples développements¹⁷.

2.1.3. Performances antérieures

De même que certains penseurs politiques ont eu le privilège douteux de se tromper sur tout, il est certain que certains experts traînent comme des casseroles la ridicule fausseté de leurs évaluations antérieures.

Voici quelques années, on a ainsi pu entendre sur les ondes un éminent académicien sortir de son domaine de compétence – les radiations – pour se faire le farouche défenseur de la vaccination contre l'hépatite B : sans doute atteint par la limite d'âge, le malheureux oubliait simplement que, sur des questions pourtant au cœur de sa

¹⁶ Girard M., « Scientific integrity: "Truth versus method" ». Alliance for Human Research and Protection 2006 <http://www.ahrp.org/cms/content/view/59/80/>
Girard M., « Wahrheit » versus Methode. Gen-Ethischer Informationsdienst GID 2006 ; 174 : 39-40.

¹⁷ D'une façon générale, on méditera avec fruit sur le précédent qui a conduit d'éminents esprits (scientifiques, artistes...) à témoigner d'une complaisance *sincère* aux sirènes du nazisme – idéologie dont l'indigence intellectuelle, pourtant, était assez patente pour inciter Chaplin à faire (sans attendre les leçons de l'histoire) le film-charge que l'on sait : or, par rapport aux premiers – dont certains furent prix Nobel –, le second n'était finalement qu'un saltimbanque...

compétence documentable, il s'était déjà lourdement trompé : par exemple, lorsqu'il s'était fait un propagateur parmi les plus éminents de la thèse que le nuage de Tchernobyl aurait miraculeusement épargné notre pays...

Sur la question de la grippe, l'explication la plus probable de la discordance frappante entre le scepticisme majoritaire des citoyens et l'alarmisme délirant de la presse écrite, c'est tout simplement que les premiers n'ont pas oublié que ceux qui hurlent aujourd'hui « au loup » avec la grippe A/H1N1 sont *exactement les mêmes* que ceux qui, durant quelque six ans, ont semblablement crié au sujet d'une « grippe aviaire » que personne, par ici, n'a encore réussi à apercevoir...

2.1.4. Spécialisation, interdisciplinarité, culture générale

Il y a, bien sûr, un risque à poser l'exigence forte d'une compétence documentable : celle d'une hyperspécialisation qui déboucherait naturellement sur la démobilisation ou l'irresponsabilité. S'il faut être extrêmement pointu dans sa spécialité, qui va auditer les décideurs attendu qu'*en pratique*, il est bien rare que les problèmes à résoudre relèvent d'une seule discipline ? Et c'est un autre fait d'observation que, dans des situations de controverse, certains se réfugient sur une conception extrêmement frileuse de leur spécialité quand ils n'ont pas envie de se mouiller : j'ai ainsi vu un chef de service en diabétologie refuser de se prononcer sur une affaire pédiatrique délicate au motif que lui dirigeait un service *d'adultes* – sachant qu'en de telles espèces, bien des juges n'auraient aucun scrupule à désigner comme « experts » de simples généralistes...

On pourrait penser que le remède passe par la voie périlleuse de l'interdisciplinarité : il y a de fait quelques personnes qui peuvent documenter et leur *formation* dans plusieurs disciplines, et une *pratique* effective de cette interdisciplinarité. Mais cette voie est pleine d'embûches, parce qu'elle reviendrait à consacrer le principe de la « super-expertise ». Peut-être aussi parce que, dans la catégorie des

gens qui ont suivi plusieurs formations, on trouve en pratique ces éternels immatures chez qui la collection des diplômes a tenu lieu d'activité intellectuelle : dans mon expérience, les juristes rencontrés qui affichaient en parallèle une compétence de médecin tendaient plus à cumuler les tares de ces deux formations qu'à offrir quoi que ce soit de puissamment original...

Mais, dans un argumentaire destiné à fournir aux profanes des clés pour auditer le discours des experts, il est utile d'introduire le paramètre d'une compétence en voie d'extinction : tout simplement celui de la *culture générale*. Car, entre se prononcer comme expert d'une part, et évaluer le discours d'un expert d'autre part, la situation n'est pas symétrique. Je maintiens que, pour se présenter publiquement comme expert, il faut justifier d'une compétence au-dessus de la moyenne (et c'est la raison pour laquelle, comme indiqué plus haut, j'ai renoncé à parler de la grippe en général dans le présent ouvrage) ; en revanche, il y a d'autant moins besoin d'une compétence exceptionnelle pour réfuter un expert que cet expert, justement, est indigne.

La grippe « porcine » permet d'illustrer tous ces points. L'une des raisons de la gabegie concoctée par les autorités tient au fait que les questions posées par cette supposée pandémie sont liées à de nombreuses spécialités distinctes dont la maîtrise faisait totalement défaut à la plupart de ceux qui sont intervenus sur le sujet. Outre, bien sûr, l'infectiologie ou la virologie, je pense plus précisément au technico-réglementaire pharmaceutique (qui n'est évidemment pas enseigné aux médecins), ainsi qu'aux statistiques, à l'épidémiologie, la pharmacovigilance, la pharmaco-épidémiologie – dont l'enseignement en médecine ou en pharmacie est notoirement pauvre, voire inexistant. En revanche, c'est à mon sens une question de simple culture générale de répondre aux alarmistes qui brandissent la menace d'une mutation virale que cette menace est inhérente aux virus en général, et à celui de la grippe en particulier – et qu'elle est donc strictement inopérante pour justifier quelque mesure d'exception que ce soit. De même, il n'est pas besoin d'être épidémiologiste ou historien de la

médecine pour ricaner lorsque des experts évoquent le spectre de 1918 – comme si la situation sanitaire de cette époque malheureuse et tragique avait quoi que ce soit de commun avec celle d’aujourd’hui.

2.2. Quelle indépendance ?

Il n’est guère besoin de justifier ce second critère : on attend d’un expert une indépendance allant jusqu’à l’incorrection politique si besoin, et excluant, évidemment, toute subordination financière ou institutionnelle.

À titre liminaire, je voudrais noter que pour escompter un minimum de pertinence, la critique de la dictature expertale doit viser une certaine exhaustivité – dans la ligne de pensée que le présent chapitre s’applique à illustrer. Dire, par exemple, « c’est tous des nuls » ou « c’est tous des vendus » expose à se voir opposer des experts indubitablement compétents – il y en a – ou d’autres incontestablement honnêtes – il y en a aussi. Il sera déjà plus difficile de trouver des experts compétents *et* honnêtes, mais même une constellation aussi rare n’épuise pas la question des obstacles à l’indépendance.

Entrons dans le détail...

2.2.1. Liens financiers

Si, sur le thème qui fait l’objet de ce livre, c’est une tare que d’avoir des liens financiers avec l’industrie pharmaceutique, le plus taré est probablement l’auteur de ces lignes : au cours d’une récente émission télé où j’avais conclu en disant que, de tous les intervenants, j’étais bien « le seul » à *vivre* de l’industrie pharmaceutique, certains correspondants inquiets m’ont écrit pour me demander de leur expliquer la plaisanterie. Il n’y avait aucune plaisanterie : l’essentiel de ma carrière professionnelle a émarginé au budget de l’industrie pharmaceutique – comme salarié d’abord, comme consultant ensuite. Et c’est précisément de cette expérience dont je me prévaux pour intervenir *comme expert* dans le débat public...

Une circonstance rend compte de la densité des liens tissés entre industriels et experts : la plupart des compétences que j'ai évoquées comme cruciales pour l'intelligence de l'espèce (cf. 2.1.3) ne sont pas enseignées en faculté de médecine (notamment : le technico-réglementaire *pharmaceutique*¹⁸) et relèvent d'un apprentissage *de terrain* qui ne peut se faire qu'en contact avec le monde du médicament industriel. C'est ainsi, par exemple, que dans une spécialité pointue comme la pharmacocinétique (étude du devenir et de l'élimination des médicaments dans l'organisme), la plupart des experts français – incluant ceux de l'administration – se sont initialement formés dans des séminaires organisés par l'industrie pharmaceutique et animés par ses salariés et ses consultants internationaux.

On en pense ce qu'on en veut, mais le fait est là, par conséquent : dans certains milieux technologiques étroits impliquant un certain type de monopole, l'apprentissage et la pratique de la spécialité appropriée passe, quasi nécessairement, par une collaboration avec les industriels impliqués. La chose n'est pas propre au médicament : en France, qui imagine un « expert » en énergie nucléaire qui n'aurait jamais fréquenté EDF, un « expert » en chemins de fer qui n'aurait jamais travaillé avec la SNCF, voire un « expert » en automobile qui n'aurait jamais mis les pieds chez Renault ou l'un de ses concurrents ? En matière de compétence (cf. 2.1.1), ceux dont ils convient de s'alarmer sont plutôt les « experts » qui ne seraient jamais passés par là...

Une autre circonstance contribue à l'existence de ces liens : lorsque, dans quelque matière que ce soit, un individu parvient à l'excellence, il est bien rare que les industriels intéressés ne cherchent à profiter de ses services¹⁹ (ou, à l'inverse, qu'il ne s'applique à monnayer son

¹⁸ C'est-à-dire l'ensemble des pratiques technico-scientifiques à mettre en œuvre pour satisfaire la réglementation profuse destinée à contrôler le développement et l'autorisation des médicaments.

¹⁹ Certes, comme on l'a dit plus haut (cf. 2.1.1), ils ont une préférence naturelle pour les médiocres faciles à manipuler. Mais ne serait-ce que pour contrôler les sceptiques ou les critiques, il leur faut également approcher – et, si possible, circonvenir – ceux qui sont bons... Et puis, de toute façon, ils ont aussi de multiples occasions où la

excellence auprès des industriels intéressés). En droit, par exemple, les meilleurs spécialistes du droit d'auteur seront forcément approchés par les grands groupes d'édition ou les médias ; même chose dans le domaine des brevets. Est-ce à dire que pour autant, ceux-là même – qui sont donc les meilleurs – devront se taire quand il s'agira de prendre parti sur une problématique intéressant directement certains de leurs clients (par exemple : le téléchargement), ou qu'ils devront se déporter si la justice sollicite leur compétence dans une affaire tant soit peu complexe ?

Mais les risques inhérents à de tels liens sont patents. Quand, sous couvert de sa responsabilité « officielle », un expert de l'administration fait, dans la presse, une déclaration susceptible de booster les ventes d'une spécialité, il ne touche pas forcément une ristourne sur les centaines de millions d'euros de bénéfice additionnel : mais, lorsque le fabricant concerné viendra solliciter ses services sous un prétexte ou sous un autre (étude clinique, conférence, consulting), qui croit sérieusement que, par rapport à des sommes aussi considérables, le commanditaire sera très regardant sur les honoraires consentis – et qu'il fera jouer la concurrence ?... Dans ce milieu, la simple *signature* d'un rapport entièrement rédigé par un autre peu se solder par des rétributions vertigineuses (des milliers d'euros, parfois bien plus). Et que dire des honoraires de consulting, parfois démesurés eux aussi (des dizaines, voire des centaines de milliers d'euros par an), dont la régularité sonnante et trébuchante s'oppose à l'évanescence des services effectivement rendus au titre du contrat sous-jacent ?... C'est ainsi que, depuis des années, un universitaire, indéboulonnable expert de l'administration française, organise dans sa faculté de province une formation continue pour l'industrie pharmaceutique autour de quelques séminaires dispersés dans l'année : alors que les exorbitants prix d'inscription pratiqués exigeraient que les intervenants soient à chaque fois, au moins, un prix Nobel, les séminaires sont, en fait, assurés par de modestes assistants de la fac

difficulté du problème qui se pose à eux requiert une compétence supérieure à celle des leurs experts à la botte.

– sans que ce décalage faramineux entre le prix payé et le service rendu ne suscite, bien entendu, la moindre protestation des inscrits. L'avantage d'un tel système, qui fleure la corruption caractérisée, c'est que dans sa suprême hypocrisie, l'AFSSAPS tolère que des prestations aussi douteuses soient déclarées sous le code IP-CF (« conférences, colloques, actions de formations...») ou VB (« activité donnant lieu à un versement au budget d'une institution ») supposées moins compromettantes que, par exemple, LD (« lien(s) durable(s) ou permanent(s) [contrat de travail, rémunération régulière...]).

Semblablement, une autre situation de potentielle hypocrisie surgit quand elle produit des avantages indirects disproportionnés à une rémunération personnelle. Il en va ainsi lorsque un fabricant confie à un expert la responsabilité d'une étude clinique ou épidémiologique appelée à un grand retentissement : car, comme on l'a déjà relevé (cf. 2.1.2), la réputation d'un expert – qui conditionne sa valeur marchande – dépend énormément de publications prestigieuses. Or, de par leur coût insupportable par toute instance de recherche autre qu'industrielle, certaines études cliniques ou investigations épidémiologiques (incluant, par exemple, des milliers ou dizaines de milliers de patients) feront *automatiquement* l'objet d'une immense médiatisation, dans la presse spécialisée comme dans la presse profane : être choisi par le sponsor pour la diriger représente donc un avantage *personnel* considérable – qui appelle en retour un minimum de gratitude²⁰... L'idéal étant, évidemment, de cumuler rémunération personnelle confortable et responsabilité d'une étude prestigieuse, tel cet expert – appelé à un très bel avenir dans l'administration française – recevant d'un fabricant la lettre suivante, sur un problème de toxicité médicamenteuse qui devait déboucher sur une publication (d'ailleurs controversée) dans l'une des plus éminentes revues internationales :

²⁰ On ne sache pas, par exemple, que certains fabricants choisissent préférentiellement comme investigateurs principaux ceux des experts connus pour leur rigueur et réputés veiller farouchement à l'intégrité des résultats obtenus.

« Cher Ami,
Faisant suite à notre dernière réunion, et comme convenu, nous vous confirmons que la maison est disposée à investir *le budget important* nécessaire à la réalisation d'études [...] » (c'est moi qui souligne)

Avant même que les objectifs scientifiques de l'étude n'aient été définis (puis chiffrés), se trouvait donc clairement posé qu'on n'allait pas chipoter sur les questions d'argent : certains – et celui-ci, en particulier – comprennent très vite ce type de langage...

À l'inverse, c'est aussi un grand classique de la pharmacie qu'un industriel se voie refuser une autorisation de mise sur le marché au motif qu'il a « oublié » de confier la responsabilité d'un essai clinique (et des émoluments y afférant) à un hospitalo-universitaire qui fait la loi dans sa spécialité à la commission d'AMM. Variante sur le même thème – tout aussi risquée : négliger de confier une étude à l'épouse ou à la maîtresse du tyran, quand celle-ci a mis sur pied une officine de sous-traitance à l'usage des fabricants...

De longtemps, les Anglo-Saxons – culturellement pétris de protestantisme – se sont attaqués au problème éthique inhérent. Ce qui est considéré comme blâmable, ce n'est pas d'avoir des liens d'argent : c'est de *les cacher*. En France, sous l'impulsion de D. Tabuteau, alors directeur général de l'Agence du médicament (ancêtre de l'AFSSAPS), cette exigence de déclaration des liens d'intérêt a commencé d'émerger vers le milieu des années 1990 pour les experts de l'administration sanitaire. Sous l'influence du même, elle s'est élargie aux professionnels de santé, mais ce n'est pas avant 2007 qu'ont été promulgués les décrets d'application de la loi qui leur fait désormais obligation de déclarer leurs liens avant toute intervention dans les médias²¹.

Avoir satisfait à ces obligations déclaratives n'est évidemment pas une garantie d'indépendance ; mais eu égard à l'inéluctabilité de tels

²¹ Article L.4113-13 du Code de la santé publique.

liens pour les raisons qui viennent d'être rappelées, l'exigence de transparence déporte, en quelque sorte, l'interprétation du locuteur à l'auditeur : ce n'est plus à moi de décider, du haut de ma subjectivité, si tel ou tel lien est de nature à émousser mon sens critique, c'est à mon interlocuteur de relativiser mon propos une fois acquis que, d'une façon ou d'une autre, je pourrais y avoir intérêt. L'idée de base est simple, sinon totalement efficace : *défiez-vous de ceux qui ont quelque chose à cacher*. Ce que l'expérience et la littérature²² attestent, c'est justement que ce sont ceux des médecins se représentant le plus indépendants qui se révèlent le plus influençables – le plus probablement parce qu'ils sont totalement *inconscients* des forces occultes susceptibles de peser sur leurs évaluations ou leurs choix.

Il est certain, d'autre part, que la réglementation ne sera effective que si on se donne les moyens d'en *contrôler* la mise en œuvre et de *sanctionner* les récalcitrants. Or :

- ↳ à ma connaissance, l'AFSSAPS ne s'est donnée aucun moyen pour contrôler la sincérité des déclarations d'intérêts que lui adressent ses experts ;
- ↳ on ne sait pas non plus qu'elle sanctionne les fraudeurs avec beaucoup de rigueur²³.

De nouveau, l'affaire de la grippe « porcine » permet d'illustrer l'insuffisance de la réglementation et des pratiques en pareille matière : il est patent, par exemple, que la plupart des professionnels intervenus dans la presse – même parmi ceux occupant les plus hauts niveaux de responsabilité – ont systématiquement ignoré les dispositions du Code de la santé publique qui leur faisaient pourtant obligation de révéler leurs liens avec les industriels concernés par cette épidémie virale. J'ai posté sur mon site quelques autres

²² Avon J, Chen M, Hartley R. , « Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians », *Am J Med* 1982; 73(1):4-8.

²³ <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article42>

exemples montrant l'abîme qui sépare encore, dans notre pays, les principes de leur mise en application²⁴.

Même si tout n'est pas parfait – tant s'en faut – dans les pays anglo-saxons, la réflexion sur les conflits d'intérêts y est quand même plus traditionnelle et plus approfondie et, surtout, les sanctions encourues peuvent être très sévères : récemment, un ancien patron de la *Food and Drug Administration* a été pénalement poursuivi, puis condamné (passant très près de la prison) pour avoir dissimulé ses liens d'intérêts²⁵. En France (et, très probablement, dans les pays latins), on reste confondu par l'inconscience des professionnels à l'égard de ces problématiques, comme illustré par les deux anecdotes suivantes.

- ↳ Au cours d'une réunion chez un fabricant où j'avais été invité comme consultant rémunéré parmi d'autres, je me rendis compte, à l'occasion d'une plaisanterie (involontairement !) maladroite sur « les experts de l'AFSSAPS » que tous les autres participants en étaient... À la fin, après avoir longuement discuté des conditions matérielles de notre prochaine réunion (quel hôtel ? quelle station ?...), l'un des participants interrogea l'industriel pour savoir si notre contribution – destinée à l'AFSSAPS – serait signée : car, dans ce cas, disait-il, « *cela* soulèverait un conflit d'intérêt ». On voit bien l'idée – et elle est atterrante : ce qui constitue le « conflit d'intérêt », ce n'est pas de travailler moyennant finances (plus un certain nombre d'avantages en nature) sur un projet que l'on aura ensuite à évaluer pour le compte de l'AFSSAPS, mais c'est *que cela se sache*...

²⁴ <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article40>

²⁵ <http://washingtontimes.com/news/2007/feb/28/20070228-122725-9081r/>. Certes, personne n'ignore l'ampleur du lobbying aux USA ; mais il semble quand même que des sanctions puissent tomber, et qu'elles puissent être très lourdes. Ce qui s'est trouvé puni ici, ce n'est pas la pratique culturellement acceptée du lobbying, c'est l'opacité des liens, alors que dans notre pays, on chercherait probablement en vain la moindre sanction à l'exigence théorique de transparence.

↳ La seconde anecdote illustre, à l'inverse, les déboires des naïfs qui prennent la réglementation au sérieux. L'une de mes amies, alors membre de la Commission de transparence, sortit d'une séance au moment de l'examen d'un dossier qui avait été réalisé *par sa propre sœur*, employée d'une grande multinationale (ce lien ayant fait l'objet d'une scrupuleuse déclaration lors de la nomination de ladite amie). Au bout d'un temps certain, étonnée qu'on ne la rappelle pas en séance, elle entraouvrit la porte pour s'apercevoir qu'effectivement, l'examen du dossier rédigé par sa sœur était achevé depuis fort longtemps, mais que personne n'avait eu l'idée de l'en avertir. Commentaire désabusé de l'intéressée : « ils avaient cru que j'étais sortie pisser... »

2.2.2. Liens non financiers

On commet une immense erreur d'appréciation en s'imaginant que les versements personnels résument à eux seuls les liens susceptibles de limiter l'indépendance expertale.

D'une part, évidemment, il convient de prendre en compte les rétributions de prestige : invitations nationales ou internationales, avec les avantages en nature inhérents. Quoique, en principe, un hébergement somptueux soit censé concrétiser un lien, nombreux sont les experts à considérer – parfois naïvement – qu'il est la simple traduction de leur excellence et de leur irremplaçabilité. J'ai ainsi souvenir d'une réunion de commerciaux destinée à organiser le voyage d'un ponte parisien – extrêmement imbu de lui-même – en Amérique du Sud. Rapidement, le jeu se constitua qu'à chaque étape prévue, on imagine la gradation d'avantages (hôtel, réception, excursion) susceptibles de l'amener, en retour de politesse, à proférer les louanges les plus extravagantes sur le médicament dont les commerciaux étaient en charge – chaque proposition suscitant un tonnerre d'éclats de rire. Jeune et naïf à l'époque, je me tournais avec une moue dubitative vers la responsable, pour lui faire part de mon scepticisme quant à la probabilité d'obtenir des concessions aussi indécentes d'un

expert ; à quoi elle me répondit, sans la moindre nuance de doute, dans la voix : « Tu sais bien comme ils sont... »

À côté de ces liens, dont le public a une conscience apparemment bien plus avertie que les autorités de tutelle, il faut également tenir compte des liens d'affiliation : lorsque vous êtes le subordonné de quelqu'un qui a des intérêts directs dans une firme, vous êtes au moins aussi dépendant que votre boss à l'égard de celle-ci. Dans le petit milieu pharmaceutique, chacun connaît l'histoire de ce patron d'un grand service de gynécologie qui, recevant d'importantes royalties d'un laboratoire, n'a jamais eu de responsabilités décelables dans l'administration, mais y a essaimé comme « experts » ses principaux élèves : chefs de clinique ou agrégés qui ont durablement siégé dans les principales commissions (AMM, transparence, publicité), contribuant de la sorte aux idiosyncrasies douteuses de cette discipline en France. Il n'est pas difficile de repérer le sédiment de ces influences occultes dans certaines pratiques de prescription aussi contestables scientifiquement que majoritairement admises chez les gynécologues français... Il y a également l'histoire de cet expert judiciaire qui, dans une affaire de médicament où il avait été désigné par le Tribunal, avait purement et simplement omis de déclarer ses liens avec l'assureur de l'industriel mis en cause : il ne semble pas que les magistrats, pourtant dûment alertés par l'avocat du demandeur, aient jamais jugé problématique ce lien dissimulé d'un expert supposé impartial avec l'instance qui eût *en pratique* subi le coût effectif du jugement si le fabricant avait été condamné²⁶...

Situation proche, sinon superposable : les liens familiaux ou amicaux. Les auteurs du Code de procédure civile, par exemple, qui en son article 234 valide comme cause de récusation les liens potentiels du « conjoint » d'un expert judiciaire avec une partie en cause, seraient bien avisés de prendre en compte l'évolution des mœurs et d'admettre de toute façon que les relations extra-conjugales sont probablement aussi fréquentes, et d'autant plus susceptibles d'influer

²⁶ S'il en était encore besoin, de tels antécédents illustreraient l'insuffisance de réflexion qui prévaut dans notre pays au sujet des conflits d'intérêts.

sur l'expert qu'elles sont plus volontiers clandestines... Dans le monde pharmaceutique, il y eut autrefois un scandale lié à la partialité des décisions de l'administration, assez voyante pour soulever jusqu'à l'indignation de la presse internationale spécialisée, pourtant naturellement d'une grande correction politique : l'évolution ayant montré que ces décisions étaient indubitablement injustifiables, je n'ai jamais pu m'empêcher de penser que leur déterminant le plus probable devait avoir tenu aux relations étroites entre un membre important de l'administration française et une responsable d'un fabricant impliqué – relations par ailleurs notoires dans le milieu. Dans un ordre de faits proches, impliquant cette fois l'inimitié, j'ai également vu des décisions administratives immotivées au détriment d'un fabricant, inspirées par un expert important de l'administration européenne en délicatesse (pour raisons personnelles) avec la firme en question...

Situation très naturelle, enfin, mais qu'on oublie trop souvent : les prises de position antérieures d'un expert sur tel ou tel sujet peuvent représenter une singulière limite à son indépendance, notamment lorsqu'elles s'avèrent erronées²⁷. Lorsque, pour des raisons plus ou moins bonnes, on a écrit des dizaines d'articles sur le bénéfice du traitement substitutif de la ménopause, on a forcément toutes les peines du monde à revenir en arrière quand des études américaines indubitables ont fait s'effondrer le mythe en montrant les risques graves liés à ce type de traitement hormonal²⁸. À l'inverse, force est de convenir que lorsqu'on a consacré une énergie considérable à dénoncer publiquement la défectuosité des vaccins contre l'hépatite B, il faudrait une immense intégrité intellectuelle pour revenir en arrière si un fabricant ou une administration sanitaire venaient à publier l'étude

²⁷ Quoiqu'il vise, lui aussi, les performances antérieures, ce critère est distinct de celui évoqué en 2.1.3 : tout à l'heure, nous avons considéré que le fait brut de *s'être objectivement déjà trompé* – et lourdement – devait être pris en compte dans la crédibilité d'un expert. Le critère proposé ici tient plutôt à *l'adhésivité* des engagements antérieurs : qu'elles aient été justes ou erronées, nos prises de position antérieures tendent toujours à conditionner nos évaluations actuelles.

²⁸ On trouvera les principales références dans mon article « La brutalisation du corps féminin dans la médecine moderne ».

(<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article23>)

indubitablement conclusive démontrant la bonne tolérance de ces médicaments... Heureusement pour l'auteur de ces lignes, on ne prend pas le chemin d'une telle publication...

Rappelons aussi que les prises de positions générales ne déterminent pas *symétriquement* les évaluations particulières. Ainsi, confirmée par la Cour de cassation, la Cour d'appel de Versailles n'a pas cru bon me réinscrire sur la liste de ses experts au motif que, dans l'exercice de mon travail scientifique, j'ai affirmé la toxicité tout à fait inhabituelle des vaccins contre l'hépatite B : mais une telle prise de position ne préjugeait en rien des évaluations *au cas par cas* normalement demandées dans les affaires civiles ou administratives – et il ne serait pas difficile de documenter que, de tous les experts français missionnés dans ce type d'affaire, mes évaluations *individuelles* de la causalité ont été, et de loin, les plus diversifiées. En revanche, il ne semble pas qu'aucune cour d'appel ait jamais été indisposée qu'un autre expert judiciaire ait pris publiquement position sur la bonne tolérance de ces vaccins et sur l'indécence intellectuelle grave des juges qui avaient osé condamner les fabricants²⁹ : or, on voit mal comment avec une telle évaluation de principe, le même pourrait, au cas par cas, mettre en cause un vaccin aussi clairement anodin... Central pour ce chapitre consacré aux controverses expertales, l'enjeu, on le voit bien, est de ne pas renvoyer dos à dos deux experts au seul motif qu'ils s'opposent : pour assertives qu'elles puissent être dans leur formulation, il est des évaluations globales bien plus ouvertes à l'exception que d'autres.

2.2.3. Retour sur la compétence

On l'a dit d'emblée (cf. 2.2) : on ne comprend rien au problème de la crédibilité expertale si l'on s'obnubile sur les questions d'argent. Il y a des experts qui n'ont jamais touché d'argent de qui que ce soit : ils n'en sont pas plus indépendants pour autant et il est facile de comprendre pourquoi. Car on n'est jamais aussi manipulable que quand

²⁹ « La vérité des juges » (*Le Monde*, 13/06/98).

on ne dispose pas de la compétence requise pour revendiquer un statut d'expert sur un sujet donné.

Au printemps 2009, je me suis trouvé à une émission de télévision où l'un des autres intervenants a d'abord présenté son invitation sur le plateau comme un quasi préjugé qui, l'espace d'une heure, lui imposait de renoncer à « la Science » – apparemment seul objet d'intérêt d'une vie frugale entièrement tournée vers la contemplation des Idées. Titillé ensuite par le journaliste, il s'est récréé comme un diable à l'idée qu'il pût avoir le moindre lien d'intérêt avec quelque firme pharmaceutique que ce soit (ce qui, compte tenu de son activité, m'étonnerait beaucoup, mais enfin...) : à l'entendre, on aurait eu l'impression que la seule idée de boire un verre avec un salarié de l'industrie le rendrait nauséux – et pas seulement en considération du risque de contamination...

Reste que ce modèle d'intégrité si farouchement libre de tout lien, virologue de métier, a écrit un rapport assez médiatisé où il a assimilé le développement et la fabrication des vaccins à une activité ascétique *n'ayant aucun intérêt économique* et n'ouvrant aux fabricants qu'une perspective d'ennuis, voire de sévices (des procès, notamment) : de telle sorte, que dans toutes les affaires civiles actuellement en cours sur le vaccin contre l'hépatite B (il y en a des centaines), les fabricants mis en cause ont triomphalement produit son rapport en gage de leur vertu... Serait-il, ce virologue, resté dans son étroit domaine de compétence, ou aurait-il eu l'élémentaire humilité de se renseigner avant de parler, qu'il aurait évité de sortir une ânerie providentielle pour les fabricants que, *même avec beaucoup d'argent*, ils auraient quand même eu du mal à obtenir d'un économiste de la santé, fût-il véreux... Dans le monde expertal, l'inconscience de son incompétence est la pire forme de corruption.

2.3. Conduite à tenir

Des critères de crédibilité *a priori* ayant été ainsi inventoriés, et illustrés pour leur pertinence, comment est-il possible de les repérer *en pratique* ?

Il est indubitable qu'internet a bouleversé la donne sur ces questions. Quoique cet outil ne soit pas infallible, il décuple néanmoins les possibilités d'y voir plus clair.

Sur les questions de compétence, c'est bien le diable si on ne parvient pas à trouver sur la toile des informations sur la formation et les réalisations d'un expert. Même s'il ne cherche pas à s'exposer publiquement, un « expert » a, par définition, une certaine visibilité de par ses travaux. Pour un médecin, par exemple, il sera toujours utile d'aller vérifier ses contributions spécialisées dans une base de données comme Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>). Cependant, et là encore, il serait dangereux de croire qu'à lui seul, internet peut dispenser l'utilisateur de mettre en œuvre un minimum d'esprit critique, notamment en considération des éléments suivants.

- ↪ Comme on l'a suffisamment illustré dans ce chapitre (cf. 2.1.1), l'existence de publications n'est en rien un critère de leur qualité. Avec l'expérience, on peut même évaluer comme hautement suspect que certains individus revendiquent à eux seuls des centaines de publications – eu égard au temps incompressible qu'exige, normalement, la réalisation d'une expérience ou d'une étude, l'analyse des résultats, la rédaction d'un article enfin. L'argument que le travail *d'équipe* rendrait possible une telle multiplication n'est pas recevable : même s'il arrive qu'on aille plus vite à plusieurs que tout seul (ce qui n'est pas systématiquement le cas, d'ailleurs, la gestion d'une équipe étant parfois extraordinairement dévoreuse de temps), l'implication *effective* d'un individu requiert néanmoins un minimum d'investissement personnel incompressible. Il est d'ailleurs révélateur qu'à chaque fois qu'éclate une histoire de publication falsifiée, tous les auteurs non principaux tendent à se défilier en affirmant sans honte qu'ils n'ont fait qu'apposer leur signature, mais sans participation effective au travail désormais contesté...
- ↪ À l'inverse, il faut prendre en compte les influences néfastes, plus ou moins occultes, qui s'exercent de plus en plus sur la

dynamique de publication (cf. chapitre 6). Outre l'inégalité de traitement réservée par les grandes revues internationales aux contributions selon leur origine³⁰, les procédures d'inclusion dans les bases de données comme Pubmed (qui permettent ensuite de retrouver les publications) ne brillent pas par leur transparence³¹.

- ↳ Lorsque l'on va sur internet, enfin, il convient d'être particulièrement attentif aux homonymies qui tuent : outre un théologien apparemment célèbre, un chef cuisinier entreprenant et un type qui fait dans les bagnoles – entre autres – l'interrogation « Marc Girard » sur Google ramène des contributions très spécialisées sur les vaccins, dont l'antagonisme radical tient tout simplement au fait qu'elles n'émanent pas du même auteur (cf. note 30).

Des remarques proches s'appliquent à l'utilisation d'internet pour l'identification des conflits d'intérêts dissimulés : il suffit de taper le nom de l'expert visé et d'y ajouter le nom d'une firme pharmaceutique. Si j'en crois divers correspondants, l'outil doit être assez efficace et, sur l'affaire de la grippe « porcine », les internautes semblent heureusement bien plus sensibles que les autorités sanitaires à ce type de dissimulation. Dans la mesure, en effet, où personne ne travaille gratuitement – surtout avec un partenaire aussi riche et complaisant que l'industrie pharmaceutique – l'identification de collaborations autour d'études cliniques, de publications, de séminaires ou de colloques (surtout si elles sont multipliées) signe forcément la réalité de liens d'intérêts. Mais, une fois encore, attention aux homonymies...

³⁰ J'ai raconté, ailleurs, comment l'une de mes contributions, d'abord acceptée en un temps record par la revue *Vaccine* (avec un mot gentil de l'éditeur et qui m'avait étonné, attendu que je ne le connaissais pas) s'est vue ensuite définitivement bloquée, *une fois les épreuves corrigées* et au mépris de toutes les pratiques de publication, lorsqu'il est apparu que, par suite d'une homonymie, l'éditeur s'était trompé sur l'identité de l'auteur (Girard M., « Vaccination and auto-immunity: reassessing evidence », *Medical Veritas* 2005; 2:549-54)...

³¹ Hickey S. *Censorship of medical journals*. *BMJ*: *BMJ* 2006; 333(7557):45-a.

Contestant la grille conceptuelle proposée dans le présent chapitre, un journaliste m'en a remontré récemment l'inutilité au motif que le profane de base n'avait pas compétence pour mettre en œuvre les critères de crédibilité inventoriés dans la présente section. C'est à voir...

D'une part, c'est un fait d'expérience que les journalistes en général tendent systématiquement – et gravement – à sous-estimer le niveau intellectuel de leurs téléspectateurs ou de leurs auditeurs, de telle sorte qu'il devient vite difficile d'élever le débat si peu que ce soit : or, c'est également une expérience de réception extrêmement fréquente que, si simples soient-ils, les gens sont généralement bien moins bêtes que ne le supposent les journalistes. Il est frappant qu'ils comprennent souvent les choses bien mieux que les professionnels de « l'information » lesquels, piégés par l'hystérisation contemporaine des médias, ont tout simplement *perdu l'habitude d'écouter* : je suis toujours profondément ému, après une émission à laquelle j'ai participé, de recevoir des messages d'anonymes qui, au-delà parfois de leurs difficultés orthographiques, syntaxiques ou rédactionnelles, ont parfaitement compris l'essentiel de ce qui s'était dit.

Néanmoins, et d'autre part, il est certain que l'exercice effectif de la citoyenneté requiert un minimum d'instruction et de culture – pas forcément scolaire. Ce n'est pas un hasard, de toute façon, si, de longtemps, le libéralisme a inscrit sur son agenda la destruction du savoir³² et la mise à sac de l'école publique : une société subjuguée par la loi des actionnaires n'a pas besoin de gens qui savent réfléchir. Outre les critères évoqués dans le présent chapitre, trois circonstances additionnelles justifient qu'être profane n'empêche nullement d'exercer son esprit critique :

- ↳ d'une part, un profane de l'espèce peut parfaitement disposer d'une compétence, voire d'une expertise dans d'autres domaines, et apercevoir les insuffisances d'un discours expertal,

³² Abensour C et coll. *La destruction du savoir en temps de paix*, Mille et une nuits, Paris 2007.

ne serait-ce qu'aux défauts d'une méthodologie ou d'une structuration qui, normalement, s'impose à toute production intellectuelle : « Je n'y connais rien en médecine, mais ce type raisonnait comme un chaudron » est une observation justifiée qu'on peut facilement entendre de gens effectivement dépourvus de toute compétence médicale ; en particulier, le profane peut parfaitement repérer l'indignité de l'expert qui, n'hésitant pas à sortir de son domaine de compétence (cf. 2.1.2), s'avise de basculer jusqu'à des matières que le profane connaît bien mieux que lui ;

- ↪ pour fondamentalement distinctes qu'elles soient, des compétences peuvent s'entrecroiser en certains points précis, qui se constituent dès lors en critères de crédibilité du discours de l'autre : à la télé récemment³³, on a pu ainsi entendre l'historien Jacques Marseille balayer comme irrémédiablement ridicule la référence (pourtant récurrente chez les « experts » qui se sont exprimés sur la grippe « porcine ») à la grippe de 1918, avec une assertivité ironique – et une efficacité – qu'on chercherait en vain chez les professionnels de santé qui se sont exprimés sur le sujet ;
- ↪ enfin, si peu scolairement instruit qu'il soit, tout citoyen se trouve, par son métier ou son expérience, dépositaire de « savoirs profanes » auxquels, là encore, il peut se référer lorsque l'expert indigne divague ou, qu'à l'inverse, il se cantonne dans sa tour d'ivoire.

3. Critères de crédibilité *a posteriori*

La distinction crédibilité *a priori*/crédibilité *a posteriori* n'est pas absolument étanche. La représentation qui la sous-tend est la suivante.

- ↪ Le professeur Untel passe ce soir à la télé : dans un contexte où la surinformation menace ma capacité de discrimination

³³ « C dans l'air » (07/09/09)

critique, sur quels critères vais-je décider d'écouter l'émission, au détriment d'autres sources potentiellement plus utiles (crédibilité *a priori*) ? La même question se pose par rapport à n'importe quel document écrit : vais-je prendre le temps de lire cet article ou ce livre ? À l'opposé des frileux qui soutiennent sans preuve qu'on ne peut pas parler de ce qu'on n'a pas lu ou vu intégralement, l'idée qui a constamment structuré une activité intellectuelle somme toute assez interdisciplinaire, c'est qu'on n'a pas besoin d'avalier jusqu'au bout un œuf pour constater qu'il est pourri – et c'est cette idée que j'ai essayé de justifier dans les lignes qui précèdent : il y a des bouquins dont il suffit de lire la quatrième de couverture pour savoir ce qu'il y a dedans.

- ↪ Je suis en train d'écouter le professeur Untel ou d'achever la lecture de mon livre : sur quels critères vais-je évaluer ce que je viens d'entendre ou de lire (crédibilité *a posteriori*) ?

3.1. Cohérence

Ce critère est d'autant plus fondamental que, relevant d'une logique de base, il est aussi le plus « démocratique » : c'est à la portée de n'importe quel profane d'apercevoir qu'on ne peut pas dire tout et son contraire.

En l'espèce, il est patent que les constantes contradictions des autorités ou de leurs experts confortent les citoyens dans un scepticisme justifié par le précédent avorté de la grippe aviaire (cf. 2.1.3).

- ↪ Par exemple lorsque, dans une circulaire adressée aux préfets³⁴, le ministre de la Santé déclare qu'on doit se tenir prêt pour la vaccination dès le 28 septembre... avant de se rappeler que les vaccins n'auront pas leur autorisation de mise sur le marché avant le 15/10/09.

³⁴ « Grippe H1N1: le plan de vaccination devra pouvoir être activé dès le 28 septembre » (AFP, 27/08/09).

- ↪ Ou encore lorsque l'AFSSAPS annonce que « concrètement [...] nous allons mettre à la disposition des médecins et pharmaciens une fiche de déclaration d'événements indésirables pour les vaccins utilisés contre la grippe A/H1N1³⁵ » – histoire de bien montrer aux Français qu'on s'occupe d'eux – alors que le principe d'une déclaration des effets indésirables des médicaments est inscrit dans le Code de la santé publique (article R 5144-9) depuis le 24/05/1984, qu'il a immédiatement entraîné la mise au point de fiches de déclaration (CERFA 85-0035), que la déclaration est même expressément *obligatoire* : il serait temps que les autorités sanitaires françaises s'aperçoivent que « contre la grippe A/H1N1 » ou n'importe quoi d'autre, **les vaccins sont des médicaments comme les autres**, à ce titre assujetti aux mêmes obligations déclaratives... Au regard du coût déjà exorbitant de ces vaccins antigrippaux non évalués, est-il bien raisonnable d'y ajouter la dépense de fiches dupliquant celles qui existent déjà ?...
- ↪ Même chose, lorsque, sur la base d'essais cliniques mis en place à partir de la deuxième quinzaine d'août 2009 et destinés à tester deux injections à trois semaines d'intervalle, les autorités font savoir, dès le 04/09/09 – c'est-à-dire à un moment où, arithmétiquement, aucun des sujets inclus ne peut avoir reçu la deuxième dose – que le vaccin serait « efficace à 90% » et d'une « innocuité certifiée »³⁵ : en plus de 25 ans de pharmacovigilance, je n'ai encore jamais vu une innocuité « certifiée » (par qui ?). Et ce, alors que sur la même page, le chef du département de pharmacovigilance de l'AFSSAPS précise qu'une fois la vaccination entreprise à grande échelle, « la surveillance des effets indésirables potentiellement associés à la vaccination, dont le syndrome de Guillain-Barré, [...] permettra de prendre les mesures nécessaires dans le cadre de cette vaccination » : on peine à comprendre la « nécessi-

³⁵ *Le Parisien*, 04/09/09.

té » de mesures visant des produits dont l'innocuité a été « certifiée »...

- ↳ Même chose, enfin, lorsque, cherchant à rassurer les gens justement alarmés par une vaccination précipitamment administrée aux « espèces protégées » de la recherche clinique (cf. chapitre 3), le président du Comité technique des vaccinations admet que « chez les enfants, les femmes enceintes [...], il existe un risque de déclencher des maladies auto-immunes » avec les adjuvants et que « un vaccin sans adjuvant est donc à l'étude pour ces populations à risque ». Que faut-il en conclure concernant les trop nombreux vaccins dûment inscrits au calendrier vaccinal alors qu'ils contiennent indubitablement des adjuvants ?

En parallèle, il n'est pas besoin d'avoir étudié l'épidémiologie pour s'alarmer des « décomptes » supposés justifier l'alarmisme ambiant : de deux cents à sept morts au Mexique en une nuit seulement fin avril 2009, nombre de victimes à venir réduit des deux tiers d'un jour à l'autre, au Royaume-Uni début septembre, etc. En France, les estimations des nouveaux cas hebdomadaires fournies *simultanément* par les deux instances en charge de la surveillance épidémiologique (InVS et réseaux Grog) varient dans une fourchette de *un à quatre* (de 5 000 à 20 000)³⁶ ! Ce qui n'empêche pas le Réseau sentinelle, dès le lendemain, de déclarer solennellement le « seuil épidémique franchi »³⁷ au motif qu'ils ont dénombré 52 300 malades par rapport à un niveau dont on reconstitue qu'il n'aurait pas du dépasser 50 400 : mais quel crédit apporter à une différence de 1 900 patients, quand on n'a pas été capable de s'entendre à 15 000 patients près – **comme par hasard, le nombre de morts inaperçus par les mêmes instances de surveillance lors de la canicule de 2003.** Tiens, tiens...

³⁶ *Le Figaro*, 08/09/09.

³⁷ *NouvelObs.com*, 09/09/09.

À un interlocuteur qui soutenait qu'après la catastrophe d'août 2003, l'administration n'avait d'autre choix qu'appliquer « un principe de précaution » (cf. chapitre 4 à ce sujet), j'ai récemment fait remarquer que la leçon de cette catastrophe (15 000 morts en trois semaines), c'était surtout l'incompétence de la veille sanitaire en France ; et que le remède, ce n'était pas de désorganiser le pays sous n'importe quel prétexte idiot, mais simplement que nos « experts » apprennent un peu d'épidémiologie et qu'ils deviennent compétents. L'exemple qui précède dit assez la correction de mon diagnostic et la légitimité de mon exhortation... Il le dit d'autant plus qu'avec un autisme impressionnant, la Ministre ne craint pas, trois jours après, de remettre une couche d'alarmisme (« la circulation [du virus] s'accélère ») en déclarant sans rire que « les chiffres de l'InVS sont, à ce sujet, tout à fait parlants³⁸ ». Il est improbable que la compétence de notre veille sanitaire s'améliorera tant qu'un ministre de la Santé n'aura pas peur de promouvoir ses chiffres pourtant d'une rare incohérence, avec une assertivité dépourvue du moindre humour et une inconscience sidérante de leur impact désastreux sur l'opinion...

Ainsi prise au piège de sa précipitation brouillonne, l'administration – puissamment secondée par ses « experts », à moins que ce ne soit l'inverse – s'enferme dans d'inextricables contradictions à chaque fois qu'elle tente de justifier l'injustifiable. « Docteur Girard, me disait fréquemment un juge d'instruction, rappelez-vous qu'il n'existe pas de sanction pénale pour la connerie humaine » : je n'ai pas compétence juridique pour en décider, mais ce que l'expérience m'a enseigné, c'est que quand « la connerie humaine » a frappé, elle est ensuite prête à toutes les mystifications et mensonges pour se tirer d'affaire – et je serais franchement étonné qu'il n'existe pas de sanction pénale pour ça...

3.2. Adéquation des moyens mis en œuvre

La mise en application de ce critère ne va pas nécessairement de soi, car elle peut requérir une certaine expérience de l'espèce : avec un

³⁸ « H1N1 : la circulation 's'accélère' (Bachelot) » (*LeFigaro.fr*, 11/09/09).

bon professionnel, ça prend combien de temps de faire l'installation électrique complète dans un pavillon neuf ? Je n'en ai pas la moindre idée, mais si on me dit « une demi-journée » ou, à l'inverse, « trois ans », je suis *certain* qu'on me baratine. En d'autres termes, lorsque l'arnaque sur les moyens alloués est par trop grossière, même le profane peut s'en apercevoir.

Il en va ainsi avec la durée de développement et d'évaluation du vaccin qu'on nous promet pour le 15 octobre : au chapitre 3, je fournis quelques éléments de bon sens permettant à tout un chacun d'appréhender qu'une durée de développement de quelques semaines jusqu'à l'AMM (c'est-à-dire incluant l'achèvement complet du processus d'évaluation !), ce n'est simplement pas crédible. Mais un autre argument encore plus élémentaire peut être invoqué : il suffit de lire n'importe quelle intervention d'un industriel pour constater que l'argument central constamment invoqué pour justifier le prix exorbitant des médicaments, c'est *la durée* de développement – des années, parfois bien plus – indépendamment même de toute considération sur *la qualité* dudit développement. Dès lors, si nos autorités sanitaires ne marchaient pas sur la tête (à moins que ce ne soit dans le sillage des lobbies pharmaceutiques), il eût été légitime que, considérant la rapidité vertigineuse avec laquelle les vaccins antigrippaux étaient développés, elles ne consentent aux fabricants que des prix en proportion – c'est-à-dire proprement *dérisoires*. On croit savoir qu'il n'en a rien été...

À titre d'antécédent également éloquent illustrant la pertinence de ce critère, on peut aussi évoquer le mois d'avril 1998, quand, sur un claquement de doigts du secrétaire d'État à la Santé, il n'a pas fallu *plus d'un mois* au Comité technique des vaccinations associé au Conseil supérieur d'hygiène publique de France pour supprimer la recommandation d'un rappel *tous les cinq ans* avec les vaccins contre l'hépatite B. Il n'est pas besoin d'être un expert en développement vaccinal pour comprendre que l'évaluation comparative des deux stratégies (rappels tous les cinq ans/ pas de rappel) sur l'immunité *au long terme* (dix, vingt ans, toute la vie) aurait dû requérir des évalua-

tions plus prolongées que sur un mois seulement... À lui seul, par conséquent, l'insuffisance flagrante *des moyens mis en œuvre* pour décider d'une modification aussi radicale de la posologie recommandée signe, rétrospectivement, la légèreté des autorités françaises dans l'acceptation initiale du schéma de rappel à cinq ans. Confirmation professionnelle : il suffit de consulter les manuels de référence (*Martindale, Physician Desk Reference*) pour voir que ce schéma de rappel si facilement soluble dans la volonté d'un politique représentait, effectivement, une spécificité française qui s'opposait – mais au nom de quoi ? – à la pratique internationale unanime dans les pays d'un développement sanitaire équivalent au nôtre. De toute façon, personne n'empêchait les autorités françaises de publier les éléments épidémiologiques justifiant leurs décisions successives si celles-ci avaient eu le moindre fondement sérieux : c'eût même été une élémentaire décence à l'égard des prescripteurs, obligés, d'un jour à l'autre, de retourner leur veste et de brûler ce qu'ils avaient été jusqu'alors incités à recommander...

Dernier exemple, qui achèvera d'illustrer que l'objectif du présent ouvrage dépasse l'actualité de la grippe « porcine ». Lorsqu'une revue de consommateurs clame fièrement ne dépendre que de ses abonnements, il est facile de reconstituer son budget annuel. En évaluant à la louche le coût *minimum* lié aux salaires de ses employés, il reste une somme *maximum* correspondant au coût des tests qu'elle prétend pratiquer : compte tenu du nombre considérable desdits tests et du coût unitaire normalement exigé par un minimum de méthodologie rigoureuse, on peut parfois s'interroger sur la crédibilité des tests en question³⁹.

³⁹ S'il s'agit d'illustrer encore la portée potentielle du critère évoqué dans la présente section, et puisque, si j'en crois internet, mes analyses ont l'air de susciter une certaine admiration chez les « complotistes » (qui pensent que les attentats du 11 septembre 2001 sont imputables à Bush), qu'il soit permis d'insinuer que le même type *de bon sens quantitatif* devrait suffire pour réduire cette thèse à pas grand-chose. C'est une leçon de l'histoire et, parfois de l'actualité, que même lorsque les conjurés sont extrêmement peu nombreux, le risque que le complot ne soit éventé (par imprudence ou trahison) est toujours considérable. Or c'est une caractéristique

3.3. Procédure(s) de vérification

Un bon expert n'a jamais peur de soumettre ses évaluations à la critique d'autrui – et il devrait même s'attacher à la chercher⁴⁰.

Or, selon un penchant bien reconnaissable des autorités françaises, toutes les voix qui s'élèvent pour protester contre la gestion de la pseudo pandémie grippale dénoncent l'opacité du processus décisionnel⁴¹ : qui fait quoi, sur la base de quelles évaluations, validées par qui et comment ? Questions qui ne sont pas dépourvues de pertinence quand, d'un jour à l'autre, les estimations fournies dans le monde entier font des tête-à-queue quantitatifs (cf. 3.1).

L'incontournable exigence d'une vérification ou d'un contrôle des évaluations expertales avant leur utilisation à des fins décisionnelles se justifie donc d'une triple façon au moins :

- ↪ c'est un prérequis traditionnel pour la diffusion de l'information en sciences : avant de faire connaître ses résultats par voie de publication, on commence par les soumettre à un comité de lecture ; et si c'est un prérequis déjà fondamental pour la diffusion d'information entre pairs, que penser quand les informations sont directement adressées au grand public, avec tous les risques d'une erreur amplifiée par les médias ?
- ↪ c'est un indicateur fort de la conscience épistémologique d'un expert, supposé conscient de son risque d'erreur ;

frappante du discours des complotistes que leur thèse requiert, nécessairement, la participation d'un nombre à tout le moins significatif de conjurés : on voit mal comment une telle foule réunie autour d'un complot parviendrait à maintenir le secret – et durant des années !...

⁴⁰ C'est d'ailleurs un symptôme déprimant de dégradation dans le climat intellectuel de la société moderne que la difficulté à trouver des relecteurs de ses travaux : par contraste, on ne cesse de penser au bouillonnement d'échanges critiques entre les humanistes ou les encyclopédistes.

⁴¹ « Le plan antigrippe de la Chancellerie fait tousser avocats et magistrats », *NouvelObs.com*, 09/09/09

- ↳ c'est une exigence démocratique non moins forte à l'égard d'un expert lequel ne peut se dérober à la critique de ses résultats sans se mettre en position de tyran : n'ai-je pas introduit le présent chapitre en évoquant « la tyrannie expertale » ?

Cette question de la vérification se pose avec une acuité toute particulière dans les affaires judiciaires, qui actualisent quotidiennement la difficulté des « experts » à se soumettre au principe du pré-rapport s'il ne leur est pas imposé par leur mission et, de toute façon, à en ignorer l'esprit, quand bien même il leur est imposé (notamment en ne répondant que très imparfaitement ou pas du tout aux dîtes qui leur sont adressés par les parties). Or, dans toutes les histoires conflictuelles qui conduisent au procès, ne serait-ce que l'historique des faits est bien souvent complexe et flou ; de même, dans les affaires de dommage médical, on est souvent confronté à un dossier médical multidisciplinaire et profus. Dès lors, ce devrait être une élémentaire disposition autocritique pour l'expert que de se représenter vulnérable à n'importe quel type d'erreur factuelle (dates, chiffres, noms⁴², résultats d'examens...) dont le pré-rapport, justement, devrait permettre la rectification.

3.4. Inventaire des sources

L'expert qui sait tout – ou dont les évaluations sont figées d'avance – n'a évidemment pas besoin d'aller inventorier toutes les sources potentiellement pertinentes et d'en proposer une hiérarchisation *critique* (il peut bien sûr en écarter certaines, mais à condition de dire pourquoi).

⁴² Dans une affaire qui avait vu le décès, à l'âge de 18 ans, d'un certain Sébastien, les trois éminents hospitalo-universitaires désignés comme experts n'ont pas craint, durant tout leur rapport (plus le complément de rapport qui leur a été demandé ultérieurement), de constamment le prénommer Stéphane. Il ne semble pas que les magistrats se soient jamais émus de ce que peut révéler une telle erreur relativement à l'exigence de rigueur intellectuelle – accessoirement, de compassion à l'égard des parents...

Ce devoir d'inventaire renvoie également à la question des moyens mis en œuvre (cf. 3.2), car il peut s'avérer extrêmement long et complexe, avec les problèmes de coût inhérent. Cette contrainte ne va pas sans poser d'importantes difficultés dans les affaires judiciaires, où le coût de l'expertise est généralement à charge du demandeur (c'est-à-dire en médecine, souvent à la charge d'une victime acculée à la misère par son invalidité). J'ai souvent soutenu à mes interlocuteurs magistrats que si les expertises qu'ils sollicitent étaient bien faites, elles seraient nettement plus coûteuses – et que cette situation n'aurait pas manqué de susciter une réflexion politique générale sur *le financement* de l'expertise : il n'est pas normal que les justiciables aient le choix entre une expertise bâclée et l'aggravation de leur ruine...

Du point de vue de l'audit citoyen, l'intérêt de ce critère est qu'il permet assez facilement d'objectiver la sélectivité de l'expert dans son choix des sources, partant sa partialité. Sur la question de la toxicité du vaccin contre l'hépatite B, j'ai par exemple publié, fin 2004, une bibliographie internationale de plus de 500 titres pertinents⁴³, en anglais dans leur immense majorité, et qui n'a pu que s'étoffer depuis : à elle seule, une telle liste permet de réfuter comme absolument ridicules ou intolérablement odieux les experts, pourtant innombrables, qui ne cessent de proférer que la question de la toxicité de ce vaccin n'aurait jamais été posée qu'en France.

3.5. Transparence du raisonnement

En rapport avec le précédent, ce critère vise d'abord à se prémunir contre *l'argument d'autorité*. Il est demandé à l'expert de citer explicitement les sources qui fondent son raisonnement : moyennant quoi, il devient possible de vérifier s'il s'est bien donné la peine de les inventorier avant de choisir celles qui lui paraissent pertinentes.

⁴³ <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article4&lang=en>

Le même critère de transparence vise également à se prémunir contre « le Taser » de l'expert indigne – je veux parler du jargon visant à sidérer les destinataires de l'expertise.

Que penser, parmi mille exemples, de celui-ci qui ressortit au domaine judiciaire et tire son intérêt d'avoir été publié :

« Ce chapeau [qui reliait la cabine du téléphérique à son câble tracteur] tenait largement les 3P sinus-alpha imposés par la réglementation⁴⁴. »

C'est un symptôme préoccupant de l'expertise judiciaire française que de telles contributions ne soient pas purement et simplement annulées *par principe*.

En passant, on peut évoquer l'excès inverse, à savoir l'hystérisation journalistique consistant à empêcher toute explication tant soit peu subtile ou approfondie en coupant l'expert à chaque moment au motif que le téléspectateur ne comprend pas ci ou ça. Une journaliste fort éminente m'a ainsi appris que, dans certaines salles de rédaction, le destinataire final de l'information était classiquement désigné comme « le BB » – entendez : *le blaireau de base...* » (cf. 2.1.4).

3.6. La répartition des rôles

Même si, comme on le verra au chapitre 4, l'utilisation du « principe de précaution » est le plus souvent inappropriée en médecine, c'est dans la théorisation progressive de ce principe que s'est trouvée la plus clairement formulée une idée à mes yeux fondamentale :

Les décideurs doivent être conscients du degré d'incertitude lié aux résultats de l'évaluation des informations scientifiques disponibles. Juger ce qui est un niveau « acceptable » de risque pour la société est

⁴⁴ Pic de Bure : la cour se heurte à la complexité des explications des experts. *Le Monde*, 19/11/03

*une responsabilité éminemment politique*⁴⁵ (c'est la Commission qui souligne).

Ce qui se trouve ainsi posé, c'est le principe **d'une étanchéité radicale** entre d'une part *l'expertise* – démarche de connaissance, purement cognitive – et, d'autre part, *la décision* qu'elle est supposée éclairer – que cette décision soit politique (construction d'une centrale nucléaire, d'une ligne de TGV...) ou judiciaire.

On en déduit un critère non moins radical de crédibilité, lequel est bidirectionnel :

- ↳ en s'autorisant à influencer la sélection des experts, les décideurs pèsent sur l'émergence et la prédominance d'un scientifiquement correct ;
- ↳ à l'inverse, l'expert ou les experts peuvent chercher, d'une façon ou d'une autre, à influencer sur le processus décisionnel. C'est ce deuxième aspect que nous allons illustrer.

Le rapport susmentionné de l'Académie de médecine sur l'énergie nucléaire (cf. 2.1.1) fournit déjà un contre-exemple caricatural : quand, avec des considérations sortant de leur compétence, les experts consultés prétendent enjoindre catégoriquement leur décision aux autorités politiques, il est bien clair qu'ils sont sortis de leur rôle – et leur disqualification devrait aller de soi.

L'expertise judiciaire fournit d'autres exemples non moins caricaturaux : lorsqu'un expert conclut que telle partie « doit être condamnée »... Ou encore lorsqu'un expert judiciaire, au nom de sa compétence présumée, ose vilipender *publiquement* les juges qui ont rendu un jugement qu'il désapprouve (cf. note 29)...

Mais les tentatives d'influencer le décideur peuvent être plus subtiles. Par exemple, dans les affaires vaccinales où la jurisprudence du Conseil d'État retient actuellement comme plausible un délai d'apparition

⁴⁵ Commission européenne (Direction générale 11 : environnement snepc. Sur le recours au principe de précaution). Communiqué de Presse ; 02/02/2000.

de deux mois ou moins entre une vaccination et le déclenchement d'une sclérose en plaques, lorsque l'expert (parfois au prix d'une singulière torsion des données cliniques) s'acharne à démontrer que le délai d'apparition de la maladie est forcément supérieur à deux mois en l'espèce. Ou encore, lorsque dans les procédures visant la réparation de l'aléa thérapeutique, où le seuil d'incapacité permanente partielle susceptible de déclencher l'indemnisation a été fixé à 25%, lorsque l'expert, par tous les moyens, s'applique à calculer une incapacité qui *ne peut* dépasser 24 %...

Dans le contexte de la grippe « porcine », sont également suspects d'être sortis de leur rôle ceux des experts qui, incapables de réfuter la critique technico-scientifique des décisions prises, soutiennent que « il faut comprendre l'administration » : un expert n'a pas à *comprendre* les décideurs, mais plutôt à s'en faire comprendre. Et si, une fois qu'il a correctement rempli sa mission, la décision n'est pas celle qui lui paraît la plus justifiée, il est prié de « fermer sa gueule ou de s'en aller » pour reprendre l'expression célèbre d'un ancien ministre : il s'avère, en effet, que les déterminants du politique ne sont pas strictement circonscrits par des paramètres technico-scientifiques, et qu'ils incluent, entre autres, des considérations de coût, d'acceptabilité et de compromis avec les opposants...

Cela ne signifie pas, bien sûr, qu'un expert n'ait pas le droit de désapprouver les décisions qui se sont fondées sur son expertise : mais s'il peut s'exprimer *en expert* lorsqu'il estime que son évaluation a été falsifiée par le décideur, toute autre forme de désaccord relève simplement de sa liberté citoyenne. Et, pour respectable qu'elle soit par principe, cette opinion n'est qu'une parmi celles de 64 millions d'autres citoyens : elle ne mérite aucune publicité particulière – et c'est une perversion que d'exploiter son statut d'expert pour renforcer l'écho de ses simples opinions.

Chapitre 3

Exiger le respect de la législation pharmaceutique

Les vaccins : des médicaments comme les autres

Le lecteur attentif au lexique n'aura pas manqué de relever la nuance qui, dès le titre, distingue le présent chapitre de tous les autres : alors que l'inspiration de ces derniers est bien à l'exhortation citoyenne d'une réflexion (auto)critique dont les implications ou la traduction *pratique* sont laissées à l'appréciation de chacun, celui-là bascule clairement dans l'injonction : « exiger ». Ce n'est pas une consigne de vote, mais c'est impératif quand même...

C'est que, en droit français, personne n'est tenu d'être expert – ou contre-expert ; nul n'est même tenu d'être instruit (l'impératif légal de l'instruction obligatoire ne comportant aucune considération sur l'efficacité de cette instruction : il n'y a ni crime, ni délit à être un cancre irrécupérable...). À l'inverse, *nul n'est censé ignorer la loi*. C'est donc que, d'une certaine façon, la démocratie hiérarchise la connaissance de la loi (et de la réglementation qui en découle) à un niveau de priorité supérieur à celui de n'importe quelle compétence. Et alors que je n'ai cessé, au chapitre précédent, d'exhorter les profanes à ne pas jouer les contre-experts, il n'y a pas d'alternative, cette fois : en démocratie, tout citoyen – profanes inclus – est supposé connaître la loi, partant en « exiger » le respect. D'où le titre du présent chapitre.

La panique actuelle des autorités sanitaires françaises et l'enchevêtrement de plus en plus inextricable des contradictions dans lesquelles elles s'enferment à chaque fois qu'elles cherchent à se justifier attestent d'ailleurs qu'on a tapé en plein dans le mille *en les ramenant à la loi* quand elles cherchaient à dériver sur les virus : sur les virus, elles prétendent n'en rapporter qu'à leurs « experts », tandis que sur le respect de la loi, elles doivent rendre des comptes à *chaque* citoyen...

1. Risque viral ou menace démocratique ?

1.1. Une sérieuse menace sur les libertés

La perspective d'une vaccination obligatoire contre la grippe porcine n'est pas un bruit en l'air :

- ↪ elle a été lancée par le *Journal du Dimanche* (31/05/09), connu pour la qualité de ses informateurs politiques, administratifs ou industriels ;
- ↪ elle fait écho à d'autres bruits convergents en provenance de pays moins enclins que le nôtre aux obligations vaccinales¹.

Plus significatif encore :

- ↪ cette évocation est benoîtement médiatisée par des employés de l'industrie pharmaceutique², indicateur impressionnant de la *certitude d'impunité* qui prévaut dans ce milieu ; certitude d'autant plus justifiée en l'espèce que certaines administrations n'ont pas hésité à exonérer la responsabilité des fabricants (ainsi, fin juillet 2009, la secrétaire d'État US à la Santé, Kathleen Sebelius, a signé un décret conférant l'immunité aux

¹ *N Engl J Med* 2009 : 360 : 1981-7.

² L'article du *JDD*, par exemple, est explicitement placé sous le patronage d'un « expert des vaccins chez Sanofi Pasteur » ; quant aux auteurs du *NEJM*, ils mentionnent spontanément – pour une fois ! – leurs liens (apparemment importants) avec les principaux fabricants de vaccins.

fabricants de vaccins contre la grippe H1N1 en cas de poursuite judiciaire)³ ;

- ↳ elle s'accompagne « d'actions d'environnement » typiques – lesquelles n'ont rien à voir avec l'écologie mais consistent à déléguer la responsabilité d'un propos objectivement partisan à un tiers n'ayant aucun lien explicite avec le groupe qui tirera ensuite profit de ce propos. On pense ici, par exemple, à l'avis n° 106 du Comité consultatif national d'éthique pour les Sciences de la vie et de la santé (05/02/09), explicitement visé par le directeur de la direction générale de la Santé pour justifier, par avance, les mesures que prendra l'administration sanitaire française en matière de vaccination contre la grippe porcine⁴.

D'ores et déjà, une obligation ciblée vers des catégories réputées à risque (professionnels de santé, enseignants...) est régulièrement évoquée, voire posée comme acquise⁵. De plus, leurs trop voyantes contradictions font craindre l'impulsivité des autorités en matière de promotion vaccinale : alertée par mes soins sur le caractère expéditif du processus d'évaluation (AMM : autorisation de mise sur le marché) concernant ce vaccin trop attendu, une journaliste d'investigation s'est vu répondre par le Ministère qu'en tout état de cause, la distribution du vaccin une fois autorisé se ferait « au compte goutte » alors que, le même jour, *Le Monde* (20/08/09) titrait que « une vaste

³ En France et eu égard aux performances de l'institution judiciaire – civile ou pénale – à l'endroit des fabricants, il n'est pas besoin de décret pour leur garantir l'impunité...

⁴ *Le Monde*, 14/06/09. Dans sa présentation, sa méthodologie et le choix des personnes auditionnées, cet avis s'écarte de tous les principes de base qu'on attend d'une instance consultative interrogée « à la loyale », sans présupposé sur la réponse attendue...

⁵ Il n'a pas été assez remarqué qu'une telle obligation ciblée (modification de l'article L.10 du Code de la santé publique en janvier 1991) a constitué le préalable habile – quoique totalement injustifié sur un plan épidémiologique – au mouvement qui a ensuite conduit à une campagne de vaccination « universelle » contre l'hépatite B, à partir de septembre 1994.

campagne de vaccination contre le virus de la grippe A sera lancée en France à la rentrée »...

1.2. Un décalage démocratique préoccupant

Inattendu après le scandale de la vaccination contre l'hépatite B dont la promotion avait pourtant usé des mêmes ficelles exactement (« 'première' vaccination contre un cancer/une maladie sexuellement transmissible »...), le succès de la vaccination anti-HPV (Gardasil[®], Cervarix[®]) avait confirmé l'effarante vulnérabilité du public à l'égard de la promotion des biens de santé, et de la publicité pharmaceutique en particulier. Cette regrettable situation, qui pourrait être illustrée par bien d'autres exemples⁶, n'en rend que plus remarquable le contraste persistant entre l'indifférence de ce même public à l'égard de la grippe porcine et l'alarmisme des autorités sanitaires – celui-ci semblant même s'exacerber de celle-là.

Certes, l'autorité politique n'est pas supposée rester à la traîne de l'opinion publique. Mais les violations constantes de ce noble principe sont exemplifiées, entre autres, par l'affaire d'*OpinionWay*, contemporaine de la présente rédaction⁷ et qui confirme que les décideurs sont assez dépendants de cette opinion pour ne pas craindre de la manipuler, même grossièrement. Dès lors, la fracture de plus en plus voyante entre la placidité de l'opinion et l'inexplicable alarmisme des autorités sur ce sujet particulier de la grippe porcine n'en apparaît que plus intrigante : faut-il interpréter l'exaspération de l'administration comme l'aveu d'une *mission de propagande avortée*⁸ ?...

⁶ Par exemple : l'obstination nationale à prescrire des hormones aux femmes ménopausées, sur la base d'une réfutation des preuves épidémiologiques reprise en cœur par la majorité des gynécologues français et que la charité interdit de qualifier. Ou encore : les mammographies de dépistage dont l'intérêt reste à démontrer alors que les inconvénients en sont de mieux en mieux documentés (KJ Jørgensen & PC Gøtzsche. *BMJ* 2009 ; 339 : b2587).

⁷ *Le Monde*, 17/07/09.

⁸ S'il faut en croire, de toute façon, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) clamant que l'épidémie « ne peut désormais plus être enrayée », force est de constater que cette propagation « sans précédent » remet sérieusement en cause l'activisme

Quoi qu'il en soit, ce décalage entre le peuple et ses responsables politiques actualise l'incitation de P. Bourdieu à un « savoir engagé⁹ » – qui rejoint l'inspiration convergente, quoique totalement indépendante, du présent livre : non pas allégeance à la « trahison des clercs » dont les désastreuses conséquences ne sont plus à démontrer, mais simple exigence de mettre un savoir technico-scientifique à la disposition de ceux qui revendiquent l'effectivité de leurs prérogatives démocratiques. Dans la profusion d'interventions profanes ou spécialisées consacrées à la grippe porcine, je n'en ai pas encore trouvé une seule susceptible de donner au citoyen de base – *a fortiori* à ses délégués – l'armature conceptuelle minimale permettant de s'approprier des éléments de fait simples, facilement vérifiables¹⁰, pour contrer un alarmisme tellement exorbitant qu'on hésite à décider s'il doit être imputé à la simple incompetence ou à la corruption. Accessoirement, il s'agit aussi de donner aux citoyens les moyens de réintégrer *activement* le débat démocratique, en leur proposant des moyens simples pour alimenter de leur perplexité individuelle une action collective éminemment politique.

Pour l'heure, l'objet du présent chapitre est de réorganiser le débat sur une vaccination antigrippale autour de trois questions simples – chacune structurée *par une législation et une réglementation extrêmement précises*¹¹ :

de l'organisation depuis les tout premiers cas, et que cet échec flagrant tend à disqualifier l'organisation comme instance d'expertise crédible...

⁹ Bourdieu P. « Pour un savoir engagé ». *Manière de voir* 2009, n° 104 : 96-97.

¹⁰ J'exclus, évidemment, de ce champ les innombrables contributions des « anti » de tout poil, trop heureux de trouver, dans la grippe porcine, prétexte à une promotion antivaccinaliste tellement primaire qu'elle inciterait, par réaction, tout citoyen raisonnable à se ranger sous la bannière des fabricants : en pareille matière, il faut beaucoup d'abnégation intellectuelle et morale pour assumer une position critique susceptible de conforter les plus cinglées des sectes.

¹¹ Comme je l'ai annoncé dès le chapitre 1, je n'ai guère de compétence spécifique sur la troisième question (notamment en ce qui concerne la réglementation des prix du médicament ou, plus généralement, l'économie de la santé). Mais comme le lecteur s'en rend probablement compte par lui-même, le simple fait de *la poser* éclaire déjà le débat.

- ↪ quel bénéfice ?
- ↪ quel risque ?
- ↪ quel coût ?

2. Une grille d'analyse

2.1. Quel bénéfice ?

2.1.1. Vaccins antigrippaux en général

En médecine actuellement, la *Cochrane collaboration* (organisation internationale à but non lucratif, créée en 1993 et baptisée en l'honneur de l'épidémiologiste écossais Archie Cochrane [1909-1988]) a pour objectif de « préparer, tenir à jour, et diffuser les revues systématiques sur l'efficacité des thérapeutiques et des stratégies thérapeutiques ». Quoique ses évaluations – en principe indépendantes – ne soient pas forcément au-dessus de toute critique, elles sont largement tenues comme parmi les plus fiables en matière de médicament.

Précisément, et sous l'impulsion de Th. Jefferson, un épidémiologiste italo-britannique, la *Cochrane collaboration* a récemment publié une série assez systématique d'évaluations concernant les vaccins antigrippaux : en toute logique et compte tenu de ce qui vient d'être rappelé¹², celles-ci devraient d'autant plus valoir pour le dernier mot sur la question qu'elles sont extrêmement récentes – peu susceptibles, à ce titre, d'avoir été rendues obsolètes par des investigations méconnues.

Or, comparées à l'activisme promotionnel implacable des autorités sanitaires, leurs conclusions sont accablantes.

¹² Il suffit au lecteur de taper sur Google « Cochrane collaboration » pour prendre la mesure du système et de sa crédibilité dans le monde de la santé – des autorités aux praticiens en passant par les chercheurs.

- ↪ Chez le sujet âgé (65 ans et plus)¹³ : « *according to reliable evidence the usefulness of vaccines in the community is modest* » (sur la base des données fiables, l'utilité des vaccins hors institution est modeste), les auteurs soulignant par ailleurs que les études disponibles sont, pour l'essentiel, de mauvaise qualité et exposées à de nombreux biais.
- ↪ Chez l'adulte jeune¹⁴ : « *There is not enough evidence to decide whether routine vaccination to prevent influenza in healthy adults is effective* » (il n'y a pas assez de preuves permettant de déterminer si la vaccination antigrippale est efficace pour prévenir la grippe chez l'adulte en bonne santé). Nul besoin d'être épidémiologiste pour prendre la mesure du problème posé par un vaccin pour lequel, sur la base d'études menées *durant quarante ans* (la revue incluant les investigations entreprises de 1966 à 2006), personne n'a été capable de fournir la moindre preuve crédible d'une efficacité préventive¹⁵. D'autant qu'en parallèle, les auteurs relèvent que les études disponibles ne permettent pas, non plus, d'évaluer la tolérance du vaccin : d'où il ressort qu'incapables de fournir la moindre preuve crédible quant à l'efficacité du vaccin qu'elles recommandent depuis des années, les autorités sanitaires ne sont même pas en mesure, non plus, de garantir son innocuité...

¹³ Rivetti D, Jefferson T, Thomas RE, Rudin M, Rivetti A, Di Pietrantonj C, Demicheli V, Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD004876.

DOI: 10.1002/14651858.CD004876.pub2.

¹⁴ Demicheli V, Di Pietrantonj C, Jefferson T, Rivetti A, Rivetti D., « Vaccines for preventing influenza in healthy adults. », *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD001269. DOI:10.1002/14651858.CD001269.pub3.

¹⁵ On relève que dans le débat télévisé qui, le 18/08/09, m'a opposé à un virologue belge sur l'antenne de France 24 (cf. <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article44>), ce dernier n'a pas hésité à affirmer effrontément – mais sans citer la moindre source – que les vaccins contre la grippe étaient d'autant plus efficaces qu'ils étaient administrés chez des adultes jeunes.

- ↪ Chez l'enfant¹⁶ : « *If immunisation in children is to be recommended as a public health policy, large-scale studies assessing important outcomes and directly comparing vaccine types are urgently required.* » (S'il s'agit de recommander la vaccination des enfants comme mesure de santé publique, il est urgent d'entreprendre des études à grande échelle pour en évaluer les principaux impacts et opérer des comparaisons directes entre les différents types de vaccins). Une fois encore, les auteurs remarquent que les données disponibles – pour insuffisantes qu'elles soient déjà au regard de l'efficacité – sont absolument inutilisables pour vérifier la tolérance. Non sans ironie, ils s'étonnent (*surprisingly*) qu'alors que certains calendriers vaccinaux (USA, Canada) incluent d'office la vaccination antigrippale chez les enfants de moins de 2 ans, *une* étude seulement soit disponible dans cette classe d'âge...
- ↪ Chez les professionnels de santé employés en gériatrie¹⁷ : « *There is no credible evidence that vaccination of healthy people under the age of 60, who are HCWs caring for the elderly, affects influenza complications in those cared for* » (Il n'existe pas de preuve crédible que la vaccination des gens de moins de 60 ans en bonne santé, employés dans des établissements de gériatrie, modifie les complications grippales des sujets dont ils ont la charge).

Bien sûr, personne n'est réputé avoir le monopole de la vérité. Mais le moins que l'on puisse dire, c'est que par leur exhaustivité (*toutes* les études publiées sur une période de quarante ans), la transparence de leur méthodologie, la convergence de leurs résultats – pour ne point parler de la déférence accordée, par principe, aux évaluations de la

¹⁶ Jefferson T, Rivetti A, Harnden A, Di Pietrantonj C, Demicheli V. , « Vaccines for preventing influenza in healthy children. », *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD004879. DOI: 10.1002/14651858.CD004879.pub3.

¹⁷ Thomas RE, Jefferson T, Demicheli V, Rivetti D. , « Influenza vaccination for healthcare workers who work with the elderly. », *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD005187. DOI: 10.1002/14651858.CD005187.pub2.

Collaboration Cochrane –, ces revues tranchent avec l'assertivité expéditive des administrations sanitaires ou des « experts » (cf. note 15) quant au bénéfice – voire à l'ardente nécessité – d'une vaccination antigrippale. Dans une correspondance ultérieure¹⁸ en réponse à des « experts » de l'administration américaine (*Centers for Disease Control and Prevention*, correspondant plus ou moins à notre Institut de veille sanitaire) qui prétendaient les critiquer, les auteurs de ces évaluations Cochrane renvoient sèchement leurs contradicteurs dans les cordes : « Finalement, nous nous étonnons que Smith et Shay ne déclarent aucun conflit d'intérêt dans la mesure où ils travaillent pour une organisation en charge de recommander et d'évaluer des politiques vaccinales. Il s'agit, sans doute, du plus important de tous les conflits. » (cf. aussi note 19).

De cette brève revue des données disponibles sur la grippe *en général*, on peut déjà tirer les conclusions suivantes :

- ↪ depuis 1966, les fabricants ne se sont jamais donné la peine de fournir le minimum de preuves suffisantes quant à l'efficacité de leurs vaccins antigrippaux, que ce soit chez les « espèces » traditionnellement protégées par l'éthique de la recherche clinique (sujets âgés, enfants, nourrissons : cf. 2.2.4.3), dans les populations réputées à risque (professionnels de santé) ou, tout simplement, chez les sujets en bonne santé ;
- ↪ les autorités sanitaires, qui octroient régulièrement les autorisations de mise sur le marché à ces vaccins antigrippaux, n'ont jamais exigé des fabricants ce minimum de preuves ;
- ↪ que, malgré une telle carence de preuves, lesdits vaccins soient autorisés au remboursement et qu'ils fassent même l'objet d'une promotion de plus en plus intensive (notamment chez l'enfant) place les responsables de ce remboursement et de cette promotion – les autorités de santé – en situation pa-

¹⁸ Jefferson T, Demicheli V. « Influenza vaccination for elderly people and their care workers. », *Lancet* 2007; 369(9576):1857-8.

tente de conflit d'intérêts : on n'attend pas d'elles qu'elles reconnaissent rétrospectivement avoir promu et payé des médicaments dont le rapport bénéfice/risque (cf. 2.2) serait à ce point problématique¹⁹.

2.1.2. Vaccin contre la grippe porcine

Si l'on en croit l'actuelle directrice de l'Institut de veille sanitaire, le virus de la grippe porcine serait « un virus grippal comme les autres²⁰ » : c'est bien d'ailleurs ce que toute personne raisonnable avait cru comprendre... On en déduit que l'expérience *précédente* de la vaccination antigrippale – telle que récapitulée à la section précédente – peut s'appliquer sans changement majeur au projet de vaccination contre la grippe porcine ; et, de fait, on ne sache pas que la rapacité des fabricants à se partager le gâteau du marché ouvert par ce nouveau virus ait impliqué quelque innovation majeure au niveau du développement pharmaceutique.

D'où, évidemment, la question : si, en quelque quarante ans de routine antigrippale, l'industrie pharmaceutique n'a jamais été en mesure de fournir la moindre preuve crédible concernant le bénéfice de ses vaccinations, qui croit sérieusement que les exigences de démonstration vont se resserrer dans la situation d'urgence frénétiquement entretenue par les autorités ? Par conséquent, qui croit sérieusement que *le* vaccin qu'on nous promet pour l'automne offrira la moindre garantie d'un bénéfice tangible en matière de santé publique :

¹⁹ C'est ainsi qu'aux USA, en avril 2007, deux parlementaires ont récemment introduit une loi déchargeant les *Centers for Disease Control* de toute responsabilité dans l'évaluation de la sécurité vaccinale, au motif plein de bon sens que les instances qui définissent et promeuvent les recommandations vaccinales (ce qui est bien parmi les rôles du CDC) sont ensuite particulièrement mal placées pour reconnaître les conséquences éventuellement dommageables desdites recommandations (*Reactions Database*, AN: 809074716). Pour l'essentiel, l'histoire du vaccin contre l'hépatite B tient à cette déplorable confusion des rôles (qu'elle ait concerné l'administration française, les CDC américains ou encore l'OMS).

²⁰ *Nouvelobs.com*, 16/07/09.

- ↪ si de telles garanties sont faciles à fournir, pourquoi ont-elles fait défaut depuis plus de quarante ans ?
- ↪ si l'évaluation des vaccins antigrippaux pose effectivement des problèmes méthodologiques spécifiques difficiles à surmonter, comment imaginer que la pression de l'urgence suffira à les résoudre ? D'autant qu'il n'apparaît nullement qu'en quelque six ans, le précédent de la grippe aviaire – autre spectre cher à nos dilapidateurs de fonds publics – ait si peu que ce soit contribué à élever le niveau d'exigence en matière de développement pharmaceutique (cf. aussi note 21).

Il suffit, de toute façon, de se reporter à la presse pour constater qu'hormis la manipulation de l'opinion publique, les responsables administratifs ou industriels n'ont rien à proposer pour améliorer leurs procédures. Ainsi, si l'on en croit une interview recueillie par *Libération.fr* (05/05/09) auprès d'un « médecin épidémiologiste » de Sanofi-Pasteur :

« La production prend plusieurs mois. En effet, le procédé est long, car il existe toute une série de tests de contrôle dont certains sont très longs. Ainsi, à titre d'exemple, le vaccin de la grippe saisonnière se fabrique en trois mois entre l'arrivée de la souche et la production du vaccin. Là il nous faudrait un peu plus de temps, entre quatre et six mois, je pense. »

Outre qu'on s'interroge sur la crédibilité d'un « épidémiologiste » présumé dans la description du processus très particulier de développement *pharmaceutique*, c'est tout simplement se moquer du monde de présenter « entre quatre à six mois » comme une garantie pour « des tests de contrôle dont certains sont très longs ». Personne n'ignore que, même pour un médicament relativement banal, la durée de développement (incluant les essais de stabilité, les tests de pharmacotoxicologie et les essais cliniques) se chiffre normalement *en années* (cf. 2.2.4.4.2). Qu'une chronologie de développement aussi caricatu-

ralement sommaire soit aussi ingénument revendiquée par un représentant des fabricants :

- ↪ n'est évidemment pas sans rapport avec le marasme chronique, décrit en 2.1.1, qui caractérise l'évaluation des vaccins antigrippaux ;
- ↪ elle n'est pas sans rapport, non plus, avec la rentabilité insolente du secteur vaccinal (cf. 2.3) ;
- ↪ mais elle justifie, du même coup, les plus grandes inquiétudes quant à la sécurité des vaccins ainsi développés à la va-vite (cf. 2.2) ; accessoirement, aussi, quant à la compétence pharmaceutique des responsables du développement vaccinal (cf. 2.3.2).

Ainsi, les administrations sanitaires et leurs experts n'ont d'autre argument, pour justifier leur actuelle précipitation, que l'expérience acquise en quarante ans de vaccination antigrippale : le seul problème, c'est que, grâce à la collaboration Cochrane, on dispose aujourd'hui d'une évaluation précise de cette expérience – qui conclut sans appel qu'elle est désastreuse²¹.

2.1.3. Grippe porcine

L'efficacité *intrinsèque* d'un médicament – telle que peut l'évaluer une recherche clinique bien menée – n'est pas le dernier mot en matière de bénéfice : encore faut-il savoir si les inconvénients de la maladie traitée sont suffisamment gênants pour appeler un traitement – et à quel coût (cf. 2.3). La question, en l'espèce, est tout simplement de savoir si la grippe porcine, sur la base des données accumulées depuis son émergence, apparaît comme une pathologie grave.

²¹ En date du 21/07/09, on trouvera sur le site du Spiegel Online une interview (en anglais) de Tom Jefferson, extrêmement critique et ironique pour l'alarmisme actuel des autorités sanitaires et leur politique vaccinale ; comme l'auteur de ces lignes (cf. 6.2), Jefferson ne manque pas de renvoyer les « experts » des administrations sanitaires à leur précédent alarmisme concernant la grippe aviaire, que le simple écoulement du temps a fini par ridiculiser.

La réponse est évidemment *NON* et découle de deux types de considérations convergentes :

- ↪ il suffit de se reporter à la presse (spécialisée ou non) pour constater que, même malgré leur position délibérément alarmiste, les autorités et leurs « experts » hésitent quand même à présenter comme sévère la maladie telle qu'elle apparaît actuellement ;
- ↪ pour modeste qu'elle apparaisse objectivement, cette gravité de la grippe porcine résulte elle-même d'une *surévaluation* :
 - ✓ le nombre de victimes a été exagéré, comme on l'a vu sur l'exemple mexicain ;
 - ✓ il est patent que les régions du monde où a été rapporté le plus de décès sont aussi celles dont les systèmes sanitaires sont les moins développés, cette modestie du développement sanitaire jouant elle-même sur trois facteurs : 1/ l'état de santé initial des personnes atteintes ; 2/ l'adéquation des soins prodigués à ces dernières ; 3/ la crédibilité du diagnostic étiologique, c'est-à-dire de la détermination précise des causes du décès, tant il est vrai qu'on peut avoir une grippe porcine bénigne et mourir d'une leucémie ou d'un infarctus ;
 - ✓ pour outrancière qu'elle ait été, la médiatisation des issues fatales est toujours restée très discrète sur les pathologies sous-jacentes des sujets décédés, alors que dans les rares cas où l'on a pu grappiller quelque information, il est apparu qu'elles étaient très lourdes : un rhume des plus banals est parfaitement susceptible d'emporter un sujet immunodéprimé ;
 - ✓ de façon épidémiologiquement encore plus intéressante, il apparaît de plus en plus que, pour objectivement faible qu'elle soit déjà, la proportion des cas

graves a été exagérée de par la sous-estimation des cas en général : il semble bien, en effet, que nombre de sujets atteints aient développé une forme tellement bénigne de la maladie qu'ils n'ont simplement pas consulté et n'ont donc pas été inclus dans le nombre total de cas. Il est ici demandé au lecteur de se rappeler ses mathématiques du collège pour comprendre que le principal indicateur de gravité (le nombre de décès divisé par le nombre de sujets atteints) va artificiellement *augmenter* si, pour une raison ou pour une autre, le dénominateur – nombre de sujets atteints – s'est trouvé sous-estimé. Pour rester sur des chiffres simples à seule fin d'illustration, si l'on dénombre 10 décès sur 10 000 malades, la mortalité sera de un sur mille ; mais si, à côté des 10 000 malades recensés parce qu'ils ont consulté, il y en a 90 000 qui sont passés inaperçus faute de symptômes significatifs, la mortalité devient de 10 décès (qui n'ont pas changé) sur 100 000 malades, soit de *un sur dix mille* – dix fois moins.

Par parenthèse, on relèvera que le mythe d'une dangerosité toute particulière chez les femmes enceintes ressortit le plus probablement de cette remarquable benignité :

- ↪ d'une part et compte tenu des effectifs ridiculement faibles disponibles actuellement, cette pseudo surreprésentation obstétricale n'a aucune significativité statistique démontrée ;
- ↪ à une époque de surmédicalisation hystérique de la grossesse²², il va de soi que, par rapport à une maladie bénigne pour laquelle nombre de sujets atteints ne consultent même pas, les femmes enceintes sont bien plus susceptibles que les

²² *La brutalisation du corps féminin dans la médecine moderne* (<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article23>)

autres d'avoir consulté à la moindre poussée fébrile : il s'agit là d'un *biais*²³ au sens statistique du terme.

Ainsi établi que la grippe porcine correspond pour l'instant à une forme plutôt bénigne de grippe (même par rapport aux épidémies banales telles qu'observées ces dernières années), les autorités – dont la fonction la plus éminente devrait consister à anticiper – ne manquent pas d'objecter que leur proactivité fébrile vise non pas la grippe sous sa forme *actuelle*, mais sous une forme future dont la gravité serait potentiellement décuplée par une mutation (si possible conjointe avec le virus de la grippe aviaire, qu'on aurait fini par oublier – pour ne point parler de l'amiante, du nuage de Tchernobyl, des pesticides, des OGM, du réchauffement climatique, de la menace islamiste et des ravages de la déchristianisation...). Au souvenir des 15 000 morts en trois semaines seulement, strictement inaperçus de nos épidémiologistes préférés lors de la canicule d'août 2003 (cf. 2.3.2), on pourrait ricaner quant aux capacités d'anticipation de notre administration sanitaire – et lui suggérer de concentrer ses faibles forces sur *l'actuel* de préférence au *potentiel*.. Mais blague à part :

- ↳ la propension à muter caractérise *tous* les virus – incluant ceux de la grippe « banale » – et, depuis que la virologie existe, les spécialistes de la grippe ont toujours vécu dans la crainte d'une mutation catastrophique : ce n'est pas pour autant qu'on a ruiné les finances publiques (cf. 2.3) et mis en danger l'intégrité sanitaire de populations en parfaite santé *a priori* (cf. 2.2) ;
- ↳ si le virus de la grippe porcine doit muter :
 - ✓ pourquoi ne serait-ce pas dans le sens d'une virulence encore amoindrie ?

²³ C'est-à-dire d'une erreur *systématique*, non susceptible d'être compensée par les fluctuations naturelles du hasard.

- ✓ pourquoi un vaccin préparé à partir de la souche actuelle se révélerait-il efficace à l'encontre d'une souche mutée ? On rappelle, à ce sujet, que ce potentiel imprévisible de mutation à tout moment est l'excuse la plus couramment fournie par les responsables industriels ou sanitaires lorsque, au coup par coup, ils sont invités à s'expliquer sur les ratés de leur politique vaccinale (cf. 2.1.1), parfois flagrants au rythme des années.

2.2. Quel risque ?

2.2.1. Risques des médicaments en général

2.2.1.1. Rapport bénéfique/risque

Ce n'est pas un scoop que tout médicament, même destiné à une pathologie banale, est susceptible de provoquer des effets indésirables²⁴. Au simple titre de médicament parmi d'autres, un vaccin contre la grippe porcine provoquera donc, chez les sujets qui le recevront, des effets indésirables dont la *fréquence* et la *gravité* sont, comme habituellement en pareille matière, difficiles à prévoir tant que l'on n'en a pas une expérience suffisante chez l'homme.

Cette inéluctabilité d'une toxicité iatrogène²⁵ renvoie donc à la question-clé du **rapport bénéfique/risque** qui, en l'espèce, peut se décliner d'au moins deux façons.

- ↳ Relativement à une pathologie pour l'instant assez bénigne jusqu'à preuve du contraire (cf. 2.1.3), les effets indésirables du vaccin ne risquent-ils pas, par leur fréquence ou leur gravi-

²⁴ Médicament banal simplement destiné à soulager les femmes enceintes de leurs nausées, la thalidomide correspond, historiquement, à l'archétype du risque (en l'espèce : phocomélies, c'est-à-dire anomalies dans le développement des membres du fœtus) potentiellement lié à *n'importe quel* traitement.

²⁵ Est iatrogène (du grec *iatros* « médecin ») toute pathologie due à un acte médical, et à un médicament en particulier.

té, de surpasser les risques de la maladie que ces produits sont censés prévenir ?

- ↪ La portée de la question précédente – valable pour tout médicament – se trouve démultipliée par le caractère *préventif* du traitement proposé : alors qu'il est déjà difficile de déterminer si les bénéfices thérapeutiques surpasseront les risques iatrogènes chez les sujets qui auraient effectivement contracté une grippe, qu'en sera-t-il du rapport bénéfice/risque chez les sujets *a priori* en parfaite santé et qui n'auraient jamais souffert de la maladie ? Dès lors que chez eux le bénéfice individuel est nul (ils ne sont pas et ne seront pas malades), la marge du risque acceptable est forcément très mince : **qui accepterait de s'exposer aux risques même minimes d'un traitement dont il n'a à attendre aucun bénéfice personnel tangible ?** De plus, qui a montré que nous étions tous également exposés à un risque de contamination grippale ?

À ces questions cruciales, les bonnes âmes qui nous gouvernent ne manquent pas de répondre que l'enjeu est celui d'un bénéfice *collectif*, et non individuel. Dont acte, mais :

- ↪ politiquement, qui décide pour le collectif au détriment des individus ? Selon quelle procédure démocratique ? Au terme de quel débat public ? Dans quelles conditions de transparence et d'indépendance ?
- ↪ juridiquement, le principal concept à s'être imposé pour justifier des traitements dépourvus de bénéfice individuel, c'est *le consentement informé* des personnes qui s'exposent à de tels traitements²⁶ ; seulement :
- ✓ *quid* du consentement dans une perspective d'obligation vaccinale ?

²⁶ Girard M., « Expertise médicale: questions et... réponses sur l'imputabilité médicamenteuse ». *Recueil Dalloz* 2001; (16):1251-2.

- ✓ *quid* de l'information quand le décalage démocratique qui a servi à introduire notre propos (cf. 1.2) provient de ce que, dans leur majorité, les citoyens ont la nette impression qu' « on » les baratine au sujet de la grippe porcine (après des années de désinformation sur la grippe aviaire)²⁷ ?

De toute façon, l'argument du pseudo-bénéfice collectif peut être aisément retourné. Car, que nous répondent les autorités lorsque l'on insinue qu'avec ce nouveau virus (dont chacun s'accorde pour l'instant à dire qu'il est d'une très faible virulence), le mieux – et, de loin, le plus économique – serait d'en faciliter la dissémination pour opérer rapidement et à faible coût une vaccination « naturelle » de masse : « Que faites-vous, malheureux, des complications *individuelles*, celles qui vont frapper les sujets les plus fragilisés ? ». Certes, mais n'est-ce pas justement le prix *individuel* à payer pour un bénéfice collectif ? Pourquoi l'argument ne peut-il plus fonctionner dans ce sens ? Pourquoi, en effet – alors qu'outre l'intérêt d'une vaccination massive et à bon marché, on pourrait également introduire l'hypothèque des risques liés à la neutralisation coûte que coûte d'une infection virale potentiellement dommageable chez *certain*s individus, quoique possiblement bénéfique pour l'espèce (cf. 2.2.4.1) ?

2.2.1.2. L'expérience de la classe

Ainsi, lorsqu'une thérapeutique réellement nouvelle apparaît sur le marché, les incertitudes susmentionnées quant aux risques potentiels exigent qu'on l'introduise le plus progressivement possible. Pour justifier l'exception d'une diffusion d'emblée massive, les autorités usent à l'égard du nouveau vaccin d'une double argumentation qui a toutes les allures d'une singulière contradiction :

²⁷ Sachant que « on » les baratine aussi sur la grippe tout court : des millions de citoyens – âgés notamment – pressés par leur généraliste de se faire vacciner chaque année, lesquels ont entendu parler des évaluations Cochrane (cf. 2.1.1) et de leurs conclusions peu amènes à l'endroit des instances qui poussent à cette vaccination ?

- ↪ dans sa *nouveauté*, la grippe porcine est une maladie assez terrifiante pour justifier une vaccination massive ;
- ↪ visant « un virus grippal comme les autres », le vaccin promis sera un vaccin antigrippal *comme les autres*, classe thérapeutique par rapport à laquelle on dispose déjà d'une large et ancienne expérience.

Effectivement – et tout en ménageant sa place à l'imprévisible – lorsqu'un médicament n'est pas totalement nouveau, mais qu'il appartient à une classe thérapeutique déjà en usage, on a coutume de se fonder sur les effets indésirables *de la classe* en général pour anticiper sur les effets du nouveau produit en particulier. Mais au fait, quels sont les effets indésirables connus dans la classe largement utilisée des vaccins antigrippaux ?

Revenons aux évaluations récentes de la Collaboration Cochrane (cf. 2.1.1). Les auteurs ne se contentent pas de dénoncer la pauvreté des études mises en œuvre pour évaluer le bénéfice des vaccins contre la grippe : comme on l'a vu, ils ne cessent de déplorer l'absence de données fiables concernant *la tolérance* de ces vaccins, notamment chez l'enfant et l'adulte en bonne santé – c'est-à-dire chez la majorité d'une population visée par les projets vaccinaux de nos responsables...

La question déjà posée à propos du bénéfice vaccinal (cf. 2.1.1) peut donc être reprise à l'identique concernant les risques d'un vaccin qu'on nous présente *a priori* comme salubre, voire vital : si, en plus de quarante ans de routine antigrippale, les autorités sanitaires n'ont pas eu l'exigence d'un minimum de données fiables concernant la tolérance des vaccins dont elles ont accepté – voire favorisé – l'enregistrement, comment croire qu'elles auront cette exigence sous la pression d'une urgence qu'elles mettent au contraire un point d'honneur à exacerber sans raison ? En tout état de cause, à part les « épidémiologistes » des fabricants qui prétendent se mêler de développement (cf. 2.1.2), qui croit sérieusement qu'on peut évaluer la tolérance d'un nouveau vaccin en quelques semaines à peine (cf. 2.2.4.4.2) quand il suffit d'un minimum d'expérience pharmaceu-

tique pour savoir que les procédures d'évaluation d'un médicament quel qu'il soit exigent *plusieurs années* ?

2.2.2. Risques des vaccins

2.2.2.1. Durée d'action

Quand un médicament est administré, il a une certaine durée d'action et l'essentiel de ses effets bénéfiques ou toxiques se manifestent sur cette durée ; et lorsque, dans le cadre d'une maladie chronique, une action thérapeutique est recherchée *durablement*, on se trouve généralement contraint à une administration continue.

Par contraste, les vaccins présentent cette particularité : pour une administration ponctuelle (éventuellement renforcée par quelques rappels), c'est bien une action *durable* qui est recherchée – sur des années, des décennies et, si possible, sur la vie entière.

Or, quiconque dispose d'une expérience en recherche pharmaceutique sait que, par rapport à la plupart des médicaments, les essais de tolérance mis en œuvre avec les vaccins se signalent par une inhabituelle brièveté : pas plus de quatre jours, par exemple, pour l'enregistrement du vaccin contre l'hépatite B Engerix[®], comme on peut le vérifier en se reportant au *Physician Desk Reference* (le Vidal de nos confrères américains).

De plus, et comme exemplifié par les résultats accablants des revues Cochrane (cf. 2.1.1), pour insuffisants qu'ils soient déjà par principe, ces essais de tolérance se révèlent le plus souvent menés en pratique de manière assez laxiste pour interdire toute conclusion assurée concernant même les risques des vaccins sur le court terme. Attestée par la revue susmentionnée pour les vaccins antigrippaux, cette pauvreté d'évaluation se retrouve avec bien d'autres vaccins : elle illustre, s'il en était besoin, la prégnance du sentiment encore prédominant dans les milieux médico-pharmaceutiques, à savoir que, pas vraiment médicaments comme les autres, les vaccins n'exposeraient pas non plus à des effets indésirables comme les autres...

Une fois encore, le précédent du vaccin contre l'hépatite B fournit une éloquente illustration de l'amateurisme obstiné qui prévaut en matière de développement vaccinal : s'il est difficilement contestable que les essais de tolérance *sur quatre jours* qui ont justifié l'enregistrement ne permettaient guère d'évaluer le risque de complication neurologique tardive, l'examen des notices Vidal permet aussi de constater que, pour un médicament dont la première autorisation internationale remonte à 1986 (en Belgique), il aura fallu attendre *1994* pour voir apparaître « anaphylaxie²⁸ » à la section **Effets indésirables**. Ainsi, pas moins de *huit années* auront été nécessaires pour que les fabricants et leur administration de tutelle s'alarment de ce qui, en thérapeutique, correspond *au plus immédiat* des effets indésirables... S'il a fallu plusieurs années de pharmacovigilance après un développement vaccinal « normal » pour identifier une telle complication, qui croit sérieusement à la crédibilité de celles qui vont être conduites en quelques jours sur le vaccin antigrippal, dans un climat de précipitation ?

On touche là du doigt l'illogisme atterrant du développement vaccinal, ancré sur une conviction évidemment irrationnelle mais malheureusement indéboulonnable : alors qu'ils sont pourtant supposés exercer des effets immunitaires bénéfiques sur le long terme, voire à vie, ces produits ne sont jamais sérieusement suspectés de pouvoir exercer *sur ce même long terme* des effets immunitaires potentiellement dommageables²⁹ !

Cet illogisme patent amène à reconsidérer la dynamique des controverses vaccinales. Car s'il est un domaine où, internationalement, la profession médicale fait corps dans sa grande majorité, c'est bien sur le caractère *indiscutable* des bénéfices imputables aux vaccins, que

²⁸ C'est-à-dire réaction allergique (potentiellement grave) dans les secondes ou les minutes suivant l'injection.

²⁹ Or, parmi bien d'autres exemples, quelle est la problématique des scléroses en plaques post-vaccinales ? Précisément celle d'une complication immunitaire *sur le long terme* dont la détection précoce aurait exigé autre chose que les essais de tolérance sur quatre jours tels que récapitulés par le *Physician Desk Reference*.

ce soit historiquement³⁰ ou aujourd'hui³¹ : et c'est également une spécificité du sujet que, dans leurs réfutations, les médecins tendent à user quasi systématiquement du lexique de la « superstition », du « manque d'information » ou du « malentendu »³² pour qualifier l'argumentation de leurs contradicteurs – comme si l'évidence des bénéfices vaccinaux devait s'imposer à toute personne dotée du minimum de rationalité, de bonne foi et d'information. Il est parfaitement exact que les antivaccinalistes ne brillent pas toujours par la qualité de leur information ou la profondeur de leur réflexion (cf. note 10), et il est facilement documentable que l'opposition frontale aux vaccins est un élément quasi incontournable du programme commun aux critiques du système académique (médecines « parallèles » ou « holistiques », sectes – pour ne point parler des paranos qui pullulent sur la toile). Aux yeux d'un professionnel du médicament, cependant, il est non moins exact que la promotion vaccinale – émane-t-elle des plus prestigieuses instances de l'institution académique ou universitaire – se signale par un illogisme rare assorti d'une exceptionnelle absence de sens critique et d'une méconnaissance préoccupante du développement pharmaceutique. Et, en un regrettable cercle vicieux, cette exceptionnelle débilite technico-réglementaire des promoteurs de vaccinations alimente, en retour, le mouvement antivaccinaliste, car toute personne dotée d'un minimum de logique et de culture générale se trouve à même de repérer les défaillances criantes de ceux-ci³³ : d'où, en particulier, la relative

³⁰ En France, par exemple, il est probable que l'obligation édictée au début de XX^e siècle de *déclarer* les nourrices aux autorités sanitaires a bien plus fait pour réduire la mortalité pédiatrique que n'importe quel type de vaccination : il est pourtant très difficile de trouver la moindre allusion à cette mesure dans les discussions classiques sur l'évolution de la mortalité et ses causes.

³¹ À l'heure actuelle et malgré la compétence peu contestée que j'ai acquise sur cette question, je n'ai toujours pas été capable, en quelque quinze ans, de trouver la moindre revue médicale française pour me permettre de publier quelque article que ce soit sur la toxicité des vaccins contre l'hépatite B...

³² Girard M., *Misconceptions about misconceptions*.

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/329/7463/411#72515>

³³ Girard M., « Being or not being an "activist", that is the question. », *Medical Veritas* 2006 ; 3: 1214-5.

puissance des « lobbies » antivaccinaux aux USA³⁴ dont les sites – conçus avec un sérieux qui fait le plus souvent défaut ici – regroupent souvent des contributions extrêmement riches, pertinentes et informatives.

2.2.2.2. La « mosaïque de l'auto-immunité »

Chaque immunisation correspond à l'introduction dans un organisme humain d'un matériel antigénique étranger plus ou moins bien identifié³⁵. À ce titre, elle est susceptible de déclencher une réaction immunitaire dommageable, d'ordre *auto-immun* notamment : il suffit que, au moins dans certains sous-groupes, le matériel injecté ait une forme proche d'une structure normalement présente dans l'organisme pour que l'immunité se retourne contre le sujet qu'elle est supposée protéger des agressions extérieures et se mette à générer des anticorps contre « le soi ». Le potentiel des vaccins à déclencher des maladies auto immunes (des maladies rhumatismales, notamment) est d'ailleurs parfaitement répertorié³⁶.

Inhérent aux vaccinations en général – et peut-être acceptable avec *quelques* vaccinations bien ciblées sur des risques significatifs –, ce risque se multiplie statistiquement à mesure que l'on augmente le nombre de vaccinations administrées (comme c'est le cas avec le calendrier vaccinal qui s'étoffe chaque année – sans que les études

³⁴ Dénoncée dans *Le Monde* du 21/08/09 sous le titre « Grippe A : business, mythes et arnaques ».

³⁵ Si l'on arrive généralement à connaître la composition « linéaire » des molécules composant les antigènes administrés, il est bien plus difficile de prévoir la façon dont celles-ci vont se disposer dans l'espace : or, c'est justement cette disposition *spatiale* qui va susciter l'essentiel des réactions immunitaires de l'hôte contre l'antigène. De plus et à l'instar tous les médicaments, les vaccins peuvent contenir des impuretés qui, même en quantité infinitésimale, peuvent déclencher des réactions immunitaires dramatiques (cf. 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; 65:509-20).

³⁶ Shoenfeld Y, Aharon-Maor A, Sherer Y., « Vaccination as an additional player in the mosaic of autoimmunity. », *Clin Exp Rheumatol* 2000; 18:181-4.

Le lecteur intéressé pourra trouver bien d'autres références sous la plume de Y. Shoenfeld et de ses collaborateurs.

épidémiologiques adéquates aient été le moins du monde conduites). Il est tout à fait préoccupant avec les vaccins contre la grippe en particulier, puisque, comme on le sait, le principe actif de ces vaccins se modifie chaque année – exposant donc à chaque revaccination l'organisme à un risque *additionnel* de réaction inadéquate : en considération du risque ainsi encouru par les sujets assez naïfs pour se faire vacciner chaque année, l'indulgence obstinée des autorités à l'égard du manque d'études sérieuses (tel que mis en évidence par les revues Cochrane : cf. 2.2.1.2) n'en apparaît que plus affligeant.

2.2.2.3. Les associations

Il suffit, là encore, de consulter le Vidal pour constater qu'avec n'importe quel médicament, en principe, la question *des interactions* apparaît cruciale. Il est patent, par comparaison, que celle-ci se dilue singulièrement dès lors qu'on se confine au secteur vaccinal.

En particulier, les études consacrées aux risques potentiels des immunisations associées sont quasi inexistantes : situation d'autant plus paradoxale que, comme on l'a déjà souligné, les vaccins sont supposés exercer leurs effets immunologiques sur le long terme (cf. 2.2.2.1) et qu'en conséquence, leur potentiel théorique d'interactions dommageables persiste bien plus longtemps qu'avec des médicaments destinés à une administration temporaire.

2.2.3. Risques des vaccins contre la grippe

Par rapport aux vaccins en général, ceux destinés à la grippe banale présentent deux inconvénients additionnels.

- ↳ Comme on l'a déjà relevé (cf. 2.2.2.2), ces vaccins appellent une revaccination annuelle, contribuant de la sorte de façon très disproportionnée à « la mosaïque de l'auto-immunité ». Si l'on en croit la publicité désormais encouragée par les autorités qui fait de la grippe saisonnière une menace assez grave pour justifier une vaccination depuis la naissance à la mort (cf. 6.2), c'est en moyenne pas moins de **80 immunisations** additionnelles que l'on propose ainsi aux gens : *l'imprudence*

(au sens hippocratique) de cette recommandation (qui n'a jamais fait l'objet de la moindre évaluation) est vertigineuse...

- ↪ Préparés chaque année à la va-vite (en quelques semaines) en fonction des caractéristiques connues ou prévisibles du virus en cause, ces vaccins ne peuvent faire l'objet d'un *développement pharmaceutique* adéquat (je reviendrai plus en détail sur cette question dans un instant : cf. 2.2.4.4). Là est la raison profonde des résultats désastreux répertoriés par Jefferson et ses collègues (cf. 2.1.1 et 2.2.2.1), et elle apparaît malheureusement difficile à contourner : **on ne peut simplement pas développer un médicament en quelques semaines**, et soutenir le contraire est aussi mensonger qu'irresponsable.

2.2.4. Risques liés aux circonstances spécifiques de l'espèce

2.2.4.1. La prévention et ses risques

Dans l'évolution, l'immunité – destinée à protéger l'individu contre les agressions étrangères – n'est pas un capital attribué une bonne fois pour toutes : c'est un système dynamique, qui nécessite d'être périodiquement réactivé, notamment en ce qui concerne l'immunité *non spécifique*.

Même s'il est difficile de mettre en œuvre des études concluantes sur le sujet, ce n'est pas basculer dans la théorie fumeuse de postuler que nombre des infections virales que nous croisons dans notre vie ont la fonction adaptative d'entretenir cette réactivité de notre système immunitaire : certes, il y a des « effets collatéraux » (les dommages exercés par des infections plus ou moins bénignes sur des sujets fragilisés), mais c'est la vie – et la réalité d'une morbidité liée aux infections virales banales n'empêche pas qu'à l'échelle *collective* (précisément celle que les autorités mettent en avant pour nous conduire à des vaccinations dont le bénéfice individuel est plus qu'incertain : cf. 2.2.1.1), la survenue de telles infections peut être *bénéfique* pour la population.

Lorsqu'ils s'autorisent à oublier, l'espace d'un instant, que dans le monde académique, l'intérêt des vaccinations relève plus de la foi que de l'évaluation scientifique (cf. 2.1.1 et 2.2.2.1), de nombreux médecins – qui ne passent pas pour antivaccinalistes – admettent que les thérapeutiques anti-infectieuses (antibiotiques, vaccins) pourraient avoir des conséquences dommageables par rapport aux effets *bénéfiques* des infections.

- ↪ C'est ainsi qu'une étude récente (parue dans une feuille de chou franco-française à la solde des associations de victimes³⁷) suggère qu'un simple *report* de vaccination chez le bébé peut réduire, de façon très significative, la fréquence ultérieure de l'asthme chez l'enfant (ce qui, soit dit en passant, éclaire d'un jour bien particulier les nombreuses tribunes publiées par les leaders d'opinion du secteur et qui soutiennent mordicus qu'il n'existe aucun lien entre vaccination et asthme).
- ↪ Dans une interview au journal *Libération* (14/11/07) consacrée à la hausse préoccupante des diabètes de type I chez les enfants, une directrice de recherche à l'INSERM (bastion séculaire des lobbies antivaccination) retient parmi les causes possibles de cette épidémie « une moindre exposition aux microbes (grâce aux vaccins et antibiotiques) limitant la stimulation des mécanismes de défense immune ».
- ↪ Interrogé sur la fréquence croissante des maladies auto-immunes, Jean-François Bach (figure de proue des sectes antivaccinalistes) admet que « cette augmentation pourrait être liée à la diminution des maladies infectieuses [...] On suppose que les infections ont *un rôle protecteur* [c'est moi qui souligne] vis-à-vis des maladies auto-immunes. Or, comme ces infections régressent, elles ne protègent plus contre ces maladies³⁸ ».

³⁷ *J Allergy Clin Immunol* 2008 ; 121 : 626-31.

³⁸ *Valeurs mutualistes* n° 251, sept/oct 2007, p. 20.

L'irresponsabilité des autorités sanitaires en pareille matière s'illustre encore de l'observation suivante. Par rapport au temps pas si lointain où l'on enseignait aux médecins à réserver le vaccin antigrippal aux sujets âgés, il faudrait croire aujourd'hui que même – et surtout ! – les nourrissons et les enfants sont justiciables d'une telle immunisation : or, alors que la DGS ne nie même pas son impuissance à évaluer les complications de la grippe saisonnière (cf. note 40), on attend toujours le moindre indicateur d'une réduction de la mortalité pédiatrique liée à cette maladie, alors que, en parallèle, l'accroissement de maladies auto immunes (le diabète chez l'enfant, notamment) est suffisamment évident pour faire l'unanimité – et qu'il serait peut être temps de s'interroger sur les causes éventuellement iatrogènes³⁹ d'une telle épidémie.

Au total et pour résumer, quand bien même les estimations alarmistes des autorités sanitaires concernant la mortalité de la grippe seraient crédibles (ce qui n'est pas le cas⁴⁰), l'intérêt d'une vaccination n'en serait pas pour autant établi, même à supposer qu'elle soit efficace (ce qui n'est pas le cas : cf. 2.1.1) : il resterait à démontrer qu'à l'échelle des populations, les risques d'une infection majoritairement bénigne surpassent l'inconvénient de ne pas laisser cette infection stimuler les défenses immunitaires des bien-portants.

2.2.4.2. Effet d'échelle

Il est largement admis qu'au cours d'essais cliniques – même correctement menés –, une toxicité grave frappant un sujet sur mille a toutes les chances de passer inaperçue⁴¹ : c'est bien d'ailleurs à cette

³⁹ En pharmacovigilance, c'est un réflexe de base que quand une maladie apparaît sans cause décelable (« diagnostic d'exclusion »), il faut envisager, *par principe*, une cause iatrogène.

⁴⁰ Dans un texte mis à jour le 13/03/03, disponible sur internet (<http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/losp/19grippe.pdf>), la direction générale de la Santé admettait sans fard qu'« il n'existe pas d'études françaises sur le taux d'hospitalisations et de mortalité de la grippe ». Jusqu'à plus ample informé, la situation n'a guère évolué depuis.

⁴¹ Schneiweiss F, Uthoff VA., « Sample size and postmarketing surveillance. », *Drug Information Journal* 1985 ; 19 : 13-6.

difficulté qu'à tort ou à raison les autorités se réfèrent lorsqu'elles sont prises la main dans le sac d'une évaluation inadéquate, comme ce fut le cas avec l'affaire Vioxx⁴² (*Le Monde*, 21/12/2004).

À l'heure actuelle, diverses sources convergentes estiment à moins de un pour mille la mortalité d'une grippe porcine dont on nous annonce, là encore sans preuve, qu'elle pourrait incessamment toucher 20 millions de personnes dans notre pays : sauf erreur de calcul, cela ferait environ 20 000 décès, en grande majorité chez des sujets extrêmement fragilisés (de telle sorte que l'impact sur l'espérance de vie moyenne serait négligeable).

À titre de comparaison, plaçons-nous dans cette « rhétorique du pire » que nous avons dénoncée chez les autorités sanitaires dans un précédent chapitre (cf. note 59). Imaginons que ce vaccin – préparé dans les conditions de précipitation qui viennent d'être détaillées – expose effectivement un sujet sur mille à un effet indésirable grave, voire mortel : dans la perspective d'une vaccination universelle – obligatoire de surcroît – cela conduirait à **65 000 victimes** pour notre seul pays – cette fois en majorité des sujets jeunes, des bébés et des enfants... Soit, en nombre absolu, **plus de trois fois plus** que la grippe laissée à son état sauvage, et infiniment plus en espérance de vie gâchée...

Pour l'heure, le calcul a été simplement opéré dans une perspective didactique ; mais si théorique qu'il soit, il illustre quand même l'irresponsabilité des autorités qui, ne serait-ce que l'espace d'un instant, ont envisagé d'imposer comme obligatoire une telle vaccination⁴³. Même si, dans leur longanimité, les « experts » de l'administration

⁴² « À tort ou à raison » car, en cette espèce comme en bien d'autres, il n'est pas démontré que la toxicité du médicament incriminé n'était pas assez patente pour être mise en évidence dès les essais cliniques.

⁴³ Il existe, de toute façon, un précédent notoire à cette irresponsabilité matinée d'incompétence : durant des années, l'administration sanitaire a soutenu que même « un doublement » iatrogène du risque de scléroses en plaques (SEP) ne remettrait pas en cause le bénéfice d'une vaccination « universelle » contre l'hépatite B. Par rapport à une prévalence de base 25 000 SEP avant la vaccination, cela signifie que

en sont venus désormais à considérer comme « suffisante » la vaccination de 30 millions de personnes *seulement*⁴⁴, cela irait quand même chercher dans les 30 000 victimes, soit encore davantage que la grippe abandonnée à elle-même...

Seule consolation : toujours selon *Le Parisien*, la vaccination ciblée inclurait, de toute façon, « ministres et grands patrons ». On peut toujours espérer...

2.2.4.3. Les « espèces protégées » du développement pharmaceutique

Depuis toujours dans le développement des médicaments, la recherche clinique a traité comme « espèces protégées » quatre grandes catégories de personnes : les sujets âgés, les femmes enceintes, les enfants et les personnes déjà fragilisées par des pathologies graves ou multiples (cancer, maladie auto-immune, diabète, etc.). Sauf cas d'espèce (développement d'un anti-Alzheimer...), les protocoles d'étude excluent *de principe* ces sujets et il est facile de vérifier, par exemple, que la notice Vidal des nouveaux médicaments contient presque systématiquement une mise en garde contre l'usage chez les femmes enceintes.

Lorsque l'on dispose d'une expérience *après commercialisation* suffisante, il est toujours possible – sous couvert de précautions renforcées – d'envisager des essais complémentaires dans de telles sous-populations et de solliciter, *ensuite*, une extension d'indication à leur usage, généralement au travers d'une extension d'autorisation de

les autorités et leurs experts ont placidement considéré comme légitime de provoquer **25 000 cas supplémentaires** d'une maladie aussi délabrante que la SEP pour protéger notre pays contre les complications graves des hépatites B, lesquelles, par rapport à une maladie qui touche dans notre pays moins de 2 000 sujets par an et qui s'avère bénigne dans au moins 98 % des cas, ne peuvent dépasser 40 cas par an. Faut-il même commenter ?...

⁴⁴ *Le Parisien*, 09/07/09.

mise sur le marché – qui appelle elle-même un complément de dossier assez lourd⁴⁵.

Or, il suffit, là encore, de lire la presse pour constater qu'aux dires de nos « responsables », les sous-populations le plus susceptibles d'être *immédiatement* visées par ce vaccin issu d'un développement bâclé sont, précisément : les sujets âgés, les patients déjà fragilisés⁴⁶ par une autre maladie, les femmes enceintes et les enfants – et même « les très jeunes enfants » si l'on en croit l'actuelle directrice de l'Institut de veille sanitaire⁴⁷...

Il faut le dire tout net : *c'est du n'importe quoi*. J'ai en mémoire le dossier d'un antalgique extrêmement banal, pour lequel on disposait d'un recul de nombreuses années et d'une expérience (sans problème particulier) chez des dizaines de millions de sujets, et par rapport auquel les autorités françaises ont fait preuve d'une intransigeance absolue lorsque, pour un certain nombre de bonnes raisons, le fabricant a sollicité – en vain – d'étendre les indications des sujets « de plus de 16 ans » aux sujets « de plus de 12 ans »... J'ai également en mémoire la panique durable des autorités et du fabricant à l'idée qu'on puisse recommander officiellement (dans le Vidal) l'administration d'acyclovir (Zovirax®) *dans les jours précédant l'accouchement* aux femmes présentant à ce moment une poussée d'herpès génital – indication gravissime, pourtant, où le bénéfice attendu surpassait très largement un risque tératogène évidemment inexistant...

⁴⁵ On rappelle, à ce sujet, que ces dernières années, les autorités sanitaires internationales ont concocté des mesures incitatives (prolongation de brevet) pour favoriser la mise en route, par les fabricants, d'essais spécifiques chez l'enfant une fois leurs médicaments autorisés sur le marché.

⁴⁶ Dans une innovation jusqu'alors inédite à ma connaissance, le chef du Service des maladies infectieuses du Kremlin-Bicêtre ajoute à la liste des heureux *prioritaires* « les personnes relevant du régime de l'ALD (affection longue durée) » et, notamment, celles qui sont « en chimiothérapie » (*Libération.fr*, 28/08/09)... L'intérêt de vacciner les cancéreux – surtout en phase terminale – c'est que si, par malheur, ils décèdent après la vaccination, cette regrettable complication ne sera pas imputée au vaccin...

⁴⁷ *Nouvelobs.com*, 16/07/09.

Relativement à une telle hystérie de prudence, comment justifier la précipitation avec laquelle des femmes enceintes vont se trouver exposées à un vaccin dont les composants (principe actif tout autant qu'adjuvants ou conservateurs) n'auront même pas été soumis aux prérequis normalement incontournables des tests chez les animaux, lesquels sont forcément longs puisqu'ils peuvent porter sur plusieurs générations successives ? Qui croit sérieusement que, décrits par le Vidal comme « résidus » de certaines spécialités antigrippales, des substances comme la kanamycine ou le formaldéhyde⁴⁸ n'exposent aucun fœtus à aucun risque à aucun moment d'une grossesse ?... Quand il a fallu plus d'une décennie pour commencer d'identifier les complications néonatales des nouveaux antidépresseurs⁴⁹ – pourtant développés selon un schéma standard (incluant de longues études chez les animaux)⁵⁰ – et que plus de vingt ans après leur introduction effective sur le marché, on en est toujours à débattre d'une potentielle toxicité chez le fœtus⁵¹, comment se fier aux fabricants ou aux autorités pour imaginer qu'ils auront fait le tour du problème avec un vaccin développé *en quelques semaines seulement* ?

2.2.4.4. Une évaluation court-circuitée

2.2.4.4.1. Quel vaccin ?

« La France veut être prête à vacciner fin septembre » (*Figaro.fr*, 27/09/09), « le plan de vaccination du gouvernement français » a

⁴⁸ Considéré comme carcinogène, le formaldéhyde est également un allergène notoire...

⁴⁹ Spencer MJ., « Fluoxetine hydrochloride (Prozac) toxicity in a neonate. », *Pediatrics* 1993; 92: 721–2.

⁵⁰ À titre de comparaison éclairante, les *premiers* travaux sur Prozac, le chef de file de la série, remontent au tout début des années 1970 (Wong D et coll. "A selective inhibitor of serotonin uptake: Lilly 110140, 3-(p-trifluoromethylphenoxy)-N-methyl-3-phenylpropylamine". *Life Sci* 1974 ; 15 (3): 471–9). La première autorisation de mise sur le marché (en Belgique) remonte à 1986, celle en France datant de 1988. En référence à la note 49, on voit donc qu'il aura fallu *vingt ans* pour commencer de soupçonner des complications néonatales avec un produit majeur, pourtant développé sans aucune précipitation.

⁵¹ <http://www.medicinescomplete.com/mc/martindale/current/12763-x.htm?q=%22prozac%22#r12763-a5-7-d-8> (consulté le 25/08/09)

justifié des circulaires adressées aux préfets (*Le Monde*, 27/08/09), le vaccin a déjà fait l'objet de « commandes record » (*L'Express.fr*, 27/08/09), etc.

Tout cela est bel est bon, mais de *quel* vaccin s'agit-il ? L'un de ceux qui sont dans la dernière édition du Vidal ? Que nenni ! Le vaccin dont on nous parle là est *toujours en phase de développement* à l'heure où s'écrivent ces lignes.

Or, qu'est-ce qui prouve que ce développement va être couronné de succès ? En pharmacie, n'est-ce pas le risque – considérable – de voir échouer le développement d'un nouveau médicament qui justifie, dans le discours récurrent des fabricants, le prix exorbitant réclamé pour les *exceptionnelles* molécules (une sur dix mille, entend-on souvent) qui parviennent à franchir ce barrage ? Qu'est-ce qui distingue un vaccin d'un autre médicament ? Si c'est si facile que ça de faire un vaccin, pourquoi n'en a-t-on pas encore contre le paludisme ? Et qui ne se rappelle l'arrêt récent, désastreux, du développement de vaccins contre le SIDA ?

Mais là, nous dit-on, c'est simplement un pauvre vaccin contre la grippe, un truc archiconnu. Cependant, si ce virus de la grippe porcine est à ce point banal, pourquoi les autorités font-elles un tel foin avec ? Et, de toute façon, n'a-t-on pas, grâce à la collaboration Cochrane, un bilan récent et très approfondi de cette prétendue expérience avec les vaccins contre la grippe-en-général – lequel, on l'a vu, aboutit à un constat désastreux : aucune preuve satisfaisante d'efficacité (cf. 2.1.1), aucune donnée convaincante sur la tolérance (cf. 2.2.1.2). Et c'est sur la base d'une telle « expérience » – laquelle, *en l'espace de quarante ans*, n'a pas permis de mettre au point une méthodologie d'évaluation correcte (cf. 2.2.3) – qu'on va nous sortir, *en quelques semaines à peine*, l'imparable panacée contre ce virus monstrueux qu'on s'empressera alors de prescrire *largua manu* aux bébés (les prématurés, surtout !), aux femmes enceintes (en priorité les grossesses à risque !), ainsi qu'aux vieillards (les grabataires avant tout !)...

De nouveau (cf. 2.2.2.1), un professionnel du médicament doté d'un minimum de conscience ne peut qu'être atterré par l'amateurisme fou des autorités.

C'est ainsi, par exemple, que si l'on en croit la source citée en note 46, les essais cliniques sur le vaccin qu'on nous promet auraient commencé vers la mi-août ; or, le ministère français aurait reçu les premières doses dès le 27/08/09⁵². Pour sidérante qu'elle soit, la conclusion s'impose d'elle-même : **le ministère de la Santé a bel et bien utilisé des fonds publics pour acheter un vaccin qui n'a, chronologiquement, pu faire l'objet d'aucune évaluation clinique.** C'est à la fois un scandale et une tragédie.

2.2.4.4.2. Quelle durée ?

Au fait, ça prend combien de temps, normalement, une étude clinique, même banale ? Allons-y, à la louche, juste pour permettre au profane de s'en représenter même grossièrement le déroulement chronologique.

- ↪ Il faut d'abord rédiger un protocole : d'expérience, ça prend plusieurs mois. En parallèle, il va falloir fabriquer, sous forme identique au médicament étudié, le produit de comparaison (placebo ou médicament actif, selon les cas).
- ↪ Il faut ensuite choisir les investigateurs, obtenir leur accord, leur soumettre le protocole, intégrer leurs éventuelles suggestions : cela ne se fait pas en un jour, ni même en une semaine, surtout lorsque les centres d'étude sont répartis dans tout le territoire, voire à l'étranger – comme c'est le plus souvent le cas aujourd'hui.
- ↪ Il faut soumettre le protocole d'étude à un comité de protection des personnes (CPP) ainsi qu'à l'AFSSAPS, ce qui exige préalablement la constitution d'un dossier assez lourd, dont les composants sont pointilleusement définis par le Code de la

⁵² *Lefigaro.fr*, 27/08/09.

santé publique. Le délai de réponse est également stipulé par la réglementation : il est de *trente-cinq jours* pour le CPP et de *soixante jours* pour l'AFSSAPS. En principe, les autorités ont la prérogative de critiquer le protocole qui leur est ainsi soumis et de fixer au fabricant un délai de réponse (généralement plusieurs mois) – sauf à imaginer qu'avec le vaccin, tout sera *forcément* parfait du premier coup (cf. 2.2.2.1)...

- ↪ Ce n'est qu'une fois obtenu l'accord de ces instances que l'on pourra transmettre la convention de recherche clinique à l'Ordre des médecins, qui a, lui aussi, besoin d'un minimum de temps pour réagir.
- ↪ Il va ensuite falloir recruter les patients, ce qui ne se fait pas en un jour.
- ↪ Il faudra suivre les patients sur la durée stipulée par le protocole, dont on nous dit qu'elle est de *deux mois* pour le vaccin antigrippal (bonjour pour le suivi des complications sur le long terme...) : mais deux mois pour un premier patient recruté le 15 août et un dernier patient recruté le 15 octobre, ça fait une durée totale de *quatre* mois – soit exactement le double... De plus et pour d'évidentes raisons, il est généralement considéré comme décent d'assurer une surveillance minimale des patients inclus une fois l'étude achevée : cela ajoute autant à la durée globale du suivi.
- ↪ Une fois ce suivi achevé pour *le dernier* des patients recrutés, il va falloir vérifier que la saisie informatique des cahiers d'observation a été correcte, puis « geler » la base de données. Auparavant, on aura également vérifié, sur la base des cahiers d'observation, que le protocole aura bien été respecté par les investigateurs : en cas de déviation ou d'erreur, il aura fallu demander à l'investigateur d'opérer toutes les corrections appropriées. Conditionnant la crédibilité de l'étude, ces opérations de vérification clinique et informatique prennent, à elles seules, généralement *plusieurs mois*, parfois bien plus ; or,

cette durée est très difficilement compressible, notamment parce que les corrections requièrent *réglementairement* l'intervention de l'investigateur, lequel, d'expérience, a bien d'autres choses à faire : outre son travail hospitalier et, le cas échéant, universitaire, les innombrables études cliniques – pas forcément sur la grippe – qui contribuent à l'arrondissement de ses fins de mois (sans parler, évidemment, de ses interventions généreusement sponsorisées dans les congrès internationaux ou dans les soirées de formation continue...)

- ↪ Il va alors falloir s'attaquer à *l'analyse* statistique de l'étude : on en prend encore pour des mois.
- ↪ L'analyse une fois disponible, il va falloir commencer de rédiger le rapport d'étude : ça prend des mois au moins...
- ↪ Le rapport complètement rédigé (comptez entre six mois et plusieurs années), il faudra entrer dans le circuit d'approbation, qui peut être très long.

De quelque façon qu'on s'y prenne, on voit bien que la durée normale *d'une seule étude* clinique de sa conception à la finalisation du rapport se chiffre en années plutôt qu'en mois – et certainement pas en semaines ! Qui plus est, si finalisée soit-elle, une étude clinique n'a jamais, à elle seule, suffi pour un dossier d'autorisation de mise sur le marché (AMM), dont la constitution – là encore très précisément stipulée par la réglementation – comprend, en outre, de nombreuses évaluations pharmaceutiques (mode de fabrication du produit, recherche des impuretés, études de pharmacologie...) et pharmacotoxicologiques (études chez l'animal, tests de mutagenèse, etc.). Chaque branche du dossier d'AMM appelle une synthèse réalisée respectivement par un expert pharmacien, un expert toxicologue et un expert clinicien. Outre le temps inhérent à une telle synthèse (et aux délais de relecture – car qui croit que le fabricant intègre sans mot dire les contributions de ses experts ?), la simple constitution *physique* du dossier soumis aux autorités (comportant notamment de nombreuses copies des rapports d'étude ainsi qu'une reproduction à

l'identique de tous les cahiers d'observation individuels) exige, elle aussi, un minimum de temps incompressible.

2.2.4.4.3. Quelle compétence ?

On pourrait, certes, soutenir que l'étalement chronologique qu'on vient d'illustrer n'a rien de fatal : de fait, nous sommes quelques-uns dans le milieu⁵³ à soutenir que cette durée souvent excessive du développement – habituellement aubaine pour les fabricants qui ne cessent de s'en prévaloir pour justifier les prix exorbitants de leurs médicaments une fois enregistrés – renvoie aussi à un certain déficit de compétence chez les cadres de l'industrie pharmaceutique. Mais, entre des durées de quinze ans ou plus d'une part et de quelques semaines à peine d'autre part, il y a quand même un juste milieu – d'autant plus irréductible qu'il est, dans une certaine mesure, imposé par la réglementation internationale.

En tout état de cause, quand bien même l'incompétence des cadres industriels serait seule à blâmer, qu'est-ce qui autorise à croire que, sous la pression de l'urgence, ils vont spontanément s'améliorer pour accomplir en un temps record ce qu'ils ne parviennent d'habitude pas à réaliser d'habitude en moins de plusieurs années ?

La même question mérite d'être posée à propos des autorités sanitaires. Comment leur faire confiance dans l'urgence, sachant qu'elles sont *régulièrement* prises la main dans le sac d'une évaluation défaillante quand rien ne les a pressées ? Sans remonter à Mathusalem, citons en vrac quelques exemples récents d'évaluations dont l'insuffisance objective ne peut plus être niée : Tasmac, Hexavac, Vioxx, Acomplia...

Plus globalement, il est frappant que la situation, par ce qu'elle exige de compétence spécifique associée à une certaine interdisciplinarité, prend au dépourvu nombre « d'experts » amenés à se prononcer

⁵³ Angell M. *The Truth about the Drug Companies. How they deceive us and what to do about it.* New York: Random House, Inc, 2004.

publiquement sur des questions méthodologiques auxquelles ils n'entendent manifestement rien.

- ↪ Au tout début de l'épidémie, on a pu ainsi entendre à la télé un éminent infectiologue soutenant que Tamiflu était probablement efficace puisqu'un patient ayant reçu ce médicament allait manifestement bien : le seul problème, c'est qu'en recherche clinique, ça fait des décennies qu'on ne se base plus sur les observations ponctuelles de tel ou tel patient pour évaluer l'efficacité d'un médicament...
- ↪ Semblablement, la presse s'est fait récemment l'écho du « premier » cas de résistance au Tamiflu : or, il suffit de se reporter au dossier d'enregistrement de ce médicament sur le site de l'agence européenne pour constater qu'en matière de grippe saisonnière, les « résistances » au Tamiflu doivent se comptabiliser par millions...
- ↪ C'est une autre idée reçue, qui traîne désormais partout, que les femmes enceintes seraient particulièrement vulnérables à cette grippe : mais, comme on l'a déjà dit (cf. 2.1.3), on attend toujours le moindre élément de démonstration épidémiologique quant à ce point.
- ↪ Interrogé à juste raison sur le recul permettant de garantir la bonne tolérance du nouveau vaccin, l'hospitalo-universitaire évoqué en note 46 répond textuellement : « *Pour être encore plus clair, tout vaccin, donné à une très large population, aura quelques effets secondaires chez des personnes probablement prédisposées à faire ces effets secondaires. Ceci est une notion globale en médecine, et oppose, dans une certaine mesure, l'intérêt de santé public au sein d'une population et le problème individuel.* » (c'est moi qui souligne, entre deux quintes de rire). Cette « notion globale en médecine » est rien de moins qu'un double scoop :
 - ✓ si les effets indésirables des médicaments ne sont que le prix individuel à payer contre un bénéfice collectif, on se

demande à quoi sert la pharmacovigilance et pourquoi le Code de la santé publique s'embête à réglementer ce qui paraît ne relever que du Destin ;

- ✓ si la survenue d'effets indésirables tient à une simple « prédisposition », il faudra donc considérer que les enfants nés sans bras ni jambes après avoir été exposés à la thalidomide étaient simplement « prédisposés », de même que les filles qui ont développé un cancer du vagin – parfois mortel – après exposition au Distilbène ; *idem* pour les sujets décédés d'hypertension artérielle pulmonaire après avoir consommé des anorexigènes, les vieillards qui font une hémorragie digestive sous aspirine, les abrutis qui ont eu l'indécence de faire une crise cardiaque sous Vioxx, etc. *Vae victis...*

2.2.4.4.4. Quelle évaluation ?

Manifestement dépassées par les questions des journalistes sur le développement pharmaceutique (à l'émergence desquelles j'espère avoir contribué), les autorités, les firmes⁵⁴ – ou leurs experts (ce sont souvent les mêmes...) – répondent avec un mélange de mauvaise foi, de dissimulation et de préoccupante incompétence.

- ↳ Le Ministère admet avoir acheté les premières doses, mais – éloquent aveu de bonne conscience – refuse de dire combien (cf. note 52) : peut-être pour n'avoir pas à avouer que, dans les lots mis ultérieurement à la disposition du public, un

⁵⁴ La gêne des responsables se reconstitue rétrospectivement « d'actions d'environnement » assez typiques (c'est-à-dire d'opérations de communication télé-guidées), comme cet article intitulé « La grippe A bénéficie aux producteurs d'antiviraux » (*Le Monde*, 01/09/09) qui soutient que fabriquer des « produits vivants » est beaucoup « plus compliqué » (partant : moins rentable) que faire « une poudre chimique ». Il suffit de lire la presse économique spécialisée pour constater que, par les temps qui courent, les « produits vivants » comme les vaccins boostent singulièrement les bénéfices des fabricants et que les industriels se battent comme des chiens pour occuper le terrain dans ce secteur. Cf. aussi note 60.

nombre significatif aura totalement court-circuité le processus de développement, *a fortiori* celui de l'évaluation ?

- ↪ Selon la Ministre, « les experts du Haut Conseil de santé publique vont nous proposer, au début du mois de septembre, une stratégie vaccinale basée sur une évaluation scientifique, tenant compte aussi du calendrier de livraison des vaccins et des autorisations de mise sur le marché⁵⁵ ». Mais une fois encore, de *quelle* évaluation s'agit-il ?
- ✓ De la grippe ? Mais ça sert à quoi de l'évaluer en l'état, alors que la principale justification de l'alarmisme ministériel tient au risque d'une forme *mutée*, qu'on ne va quand même pas « évaluer » avant même qu'elle ne soit apparue !
 - ✓ Des vaccins en pratique réelle (comme opposée à la pratique en essais cliniques contrôlés) ? Mais ils n'ont pas encore l'AMM – et il n'est pas dans les attributions du Haut Conseil de procéder aux évaluations requises pour l'AMM ! De plus, depuis quand existe-t-il un « calendrier des AMM » : il n'est donc pas prévu qu'elle puisse être refusée (cf. note 58) ? Et *quid* d'un « calendrier de livraison » évoqué avant même celui des AMM : on peut « livrer » (après avoir *commandé* et avant de *payer*) des médicaments quand on ne sait même pas s'ils auront l'AMM ? Et si le « calendrier des livraisons » est effectivement conditionné de l'AMM, cela sert à quoi de l'évoquer indépendamment ? Il est difficile d'être plus confus...
- ↪ Titillées, là encore à juste titre, sur la chronologie d'un développement dont même les profanes perçoivent confusément qu'il *ne peut* simplement pas tenir en quelques semaines (processus d'AMM compris), les autorités rétorquent que,

⁵⁵ JDD.fr, 29/08/09.

cette fois, elles vont procéder à des évaluations « en temps réel »⁵⁶... « Réel » de quoi ? Faut-il comprendre qu'avec les autres médicaments, les agences sanitaires opèrent en temps *virtuel* ? Cela enlève quoi à une durée incompressible, qui va de soi, que d'opérer « en temps réel » les tests de stabilité – dûment exigés par la réglementation ?... Cela veut dire quoi d'évaluer « en temps réel » les prérequis toxicologiques, dont la définition est justement qu'ils doivent impérativement *pré-céder* toute administration chez l'homme ? Cela correspond à quoi, « le temps réel » pour des études de cancérogenèse chez l'animal qui, normalement, devraient s'étendre sur dix-huit ou vingt-quatre mois ? On fait comment pour accélérer « en temps réel » les durées de gestation quand on fait des études de reproduction sur *plusieurs générations* d'animaux ? C'est quoi la méthode pour démarrer, en temps réel, l'analyse statistique d'une étude clinique dont les données n'ont pas été vérifiées et dont tous les patients n'ont pas achevé le traitement prévu par le protocole ?

↪ Avec une insensibilité au ridicule qui finit par forcer le respect, le ministre de la Santé en est maintenant à affirmer : « Nous recevons les premiers vaccins de différents laboratoires, mais la question qui est posée , c'est évidemment celle des autorisations de mise sur le marché. Il n'est pas question de commencer à vacciner sans que les procédures de sécurité soient complètement terminées [...] *Les laboratoires nous disent* [...] que les procédures pourraient nous permettre de commencer la vaccination fin octobre⁵⁷ ». Les Français savent désormais à quoi s'en tenir : pour la première fois sans doute dans l'histoire de la pharmacie, **ce sont les laboratoires qui fixent le calendrier de ces « procédures de sécurité » que l'on appelle AMM !** On croit rêver...

⁵⁶ *L'Express.fr*, 27/08/09

⁵⁷ « Roselyne Bachelot : la circulation du virus H1N1 "en train de s'accélérer" (AFP, 11/09/09).

Brisons-là, car ce qui ressort clairement du bref inventaire précédent dépasse déjà l'entendement : alors que le processus d'AMM correspond normalement à une évaluation *critique* par les autorités sanitaires d'un développement pharmaceutique qui peut normalement déboucher sur une autorisation, un refus ou, entre les deux, des demandes d'investigations complémentaires (lesquelles peuvent requérir des années), il est patent qu'en l'espèce, **les agences ont purement et simplement renoncé à leurs prérogatives de contrôle**. Par rapport au conditionnel qui prévaut usuellement en pareille espèce, une vaccination nous est aujourd'hui promise sur les temps du futur, voire de l'impératif⁵⁸...

Que dirait-on d'un enseignant qui, avant même qu'ils n'aient passé l'examen, annoncerait à ses étudiants : « Passez tous le 1^{er} juillet pour chercher vos diplômes (avec mention...) » ? *Mutatis mutandis*, cela a pourtant été *textuellement* le discours du Ministère aux fabricants – au moins jusqu'au 11/09/09 (cf. note 57). Désormais, ce sont les étudiants qui disent à leur professeur – et toujours avant l'examen : « le 1^{er} juillet, vous viendrez nous apporter notre diplôme avec mention... »

Les fabricants opèrent donc actuellement sur la promesse que le processus d'évaluation habituel sera carrément court-circuité. Et comme, ainsi qu'on l'a rappelé, on leur garantit l'impunité en parallèle (cf. 1), quelle peut être pour eux l'incitation à travailler correctement ?

⁵⁸ S'imaginant sans doute rassurer les foules à ce sujet, pourtant crucial, la ministre de la Santé assure, dès les premiers jours de septembre (NouvelObs.com, 02/09/09), que « la vaccination contre le virus ne recevra pas d'autorisation de mise sur le marché *avant "le milieu d'octobre"*. » (c'est moi qui souligne). Ainsi, les jeux sont déjà faits ? À quoi ça correspond *d'évaluer* le dossier des fabricants si on sait *par avance* que leurs produits vont recevoir l'AMM ?... De toute façon, dans une circulaire adressée aux préfets le 21/08/09 (soit *deux mois* avant l'AMM promise), la même Ministre n'a-t-elle pas soutenu que son « objectif » était de pouvoir activer le dispositif de vaccination « **à compter du 28/09/09** » (cette fois, c'est même la Ministre qui souligne) ? Depuis quand, dans un pays civilisé, administre-t-on aux bien-portants (immunisation oblige...) des médicaments qui n'ont pas reçu l'AMM ? (http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_vaccination_090824.pdf)

L'éthique, bien entendu...

2.3. Quel coût ?

2.3.1. Cout direct, coût indirect

On l'a rappelé dans un précédent chapitre⁵⁹ : ajouté à celui des mesures déjà prises contre la grippe aviaire (stocks de Tamiflu et de masques, notamment, désormais arrivés à date de péremption), le coût des achats d'ores et déjà opérés par les autorités sanitaires est réglé au détriment d'autres investissements qui pourraient être prioritaires, surtout dans le contexte d'une assurance maladie exsangue.

Ce coût direct est d'autant plus exorbitant que, comme il découle des observations précédentes, le développement des vaccins est tellement sommaire qu'il est extrêmement bon marché : il y a donc quelque paradoxe à consentir à ces vaccins des prix totalement disproportionnés au coût réel de leur mise au point. C'est, notamment, parce que les autorités font l'impasse sur les prérequis sinon incontournables d'évaluations de tolérance coûteuses (notamment : toxicité long terme chez les animaux et essais de tolérance long terme chez l'homme) qu'il est si peu cher, toutes choses égales par ailleurs, de développer des vaccins. Il suffit de parcourir la presse économique spécialisée pour constater que les vaccins apparaissent, de plus en plus, comme le secteur providentiel permettant à l'industrie pharmaceutique de préserver son insolente rentabilité dans un contexte de crise marqué par l'épuisement des brevets et la pauvreté de l'innovation thérapeutique⁶⁰.

⁵⁹Chapitre 1 - « L'art de créer des alertes en santé publique. »

⁶⁰ Il faut n'avoir peur de rien pour soutenir, comme l'a fait sans rire D. Raoult dans le rapport sur le bioterrorisme qui lui a été commandité en 2002 (disponible sur internet et largement cité par l'industrie pharmaceutique depuis), que « **l'économie de marché** joue peu en faveur des vaccins » et qu'en conséquence des risques considérables qu'ils prennent de acceptant de se consacrer à ce secteur, les fabricants devraient faire l'objet d'une protection renforcée... Il est fort significatif, à cet égard, que ce soient les majors de l'industrie pharmaceutique mondiale qui s'arrachent le marché du vaccin contre la grippe porcine : relativement à leur chiffre d'affaire gi-

En l'espèce, de plus, et quoique les informations précises manquent, il ne semble pas que les autorités sanitaires aient fait preuve de pingrerie dans leurs négociations avec les industriels, alors que compte tenu des volumes commandés, on aurait pu s'attendre à une utilisation plus discriminative des fonds publics : rapportés récemment par la presse, les protestations de certains parlementaires, pourtant parmi les mieux disposés à l'égard de l'industrie pharmaceutique, ne sont pas faites pour rassurer le contribuable quant à la prudence avec laquelle l'argent public a été dépensé.

À ces problèmes concernant le coût direct des investissements consentis par les autorités sanitaires, le coût indirect de l'alarmisme environnant relève de deux aspects au moins :

- ↪ la prise en charge des complications du vaccin, lesquelles peuvent être graves et parfois irréversibles (pensons, par exemple, aux syndromes de Guillain-Barré, susceptibles de déboucher sur de délabrantes paraplégies) ;
- ↪ le dérapage de mesures anarchiques décidées sans le moindre esprit de suite : on pense ici aux délires gouvernementaux sur l'école, par exemple ; au Royaume-Uni, il est notoire que nombre de citoyens se sont payé, aux frais de la princesse, une sympathique prolongation de vacances en alléguant, par téléphone, une liste de symptômes qu'il était facile de trouver dans la presse...

2.3.2. Un problème de crédibilité

Le précédent tristement hilarant d'une grippe aviaire dont personne n'a jamais vu la couleur contribue pour beaucoup au décalage démocratique sur lequel le présent chapitre a été introduit (cf. 1.2) : dans l'ensemble, les gens ont quand même le sentiment qu'on s'est fichu d'eux, avec pour résultante une grande suspicion (il suffit de lire les

gantesque, qu'auraient-ils à en faire si l'enjeu était d'une rentabilité aussi négligeable que le prétend Raoult ? Cf. aussi note 54.

réactions des lecteurs à l'alarmisme de certains journaux pour objectiver cette tendance prédominante).

Ainsi, les gens n'ont plus confiance. Ils la perdront d'autant plus qu'ils se rappelleront les antécédents déjà lourds de ceux qui s'échinent à les alarmer sans raison.

Du côté de l'administration sanitaire, on a déjà relevé qu'elle n'en était pas à son coup d'essai en matière d'évaluation pharmaceutique défectueuse. D'autre part, des voix parmi les plus éminentes⁶¹ n'ont pas manqué d'insinuer que, par leur excès d'activisme, les responsables cherchaient à faire oublier leurs défaillances passées – en l'espèce, le drame de la canicule, en août 2003.

- ↪ Le premier problème, c'est que ces essais de rattrapage sont eux-mêmes susceptibles de déboucher sur une nouvelle catastrophe : qui a oublié que la brillante campagne de vaccination contre l'hépatite B visait à donner au bon peuple un geste fort pour montrer qu'en matière sanitaire, l'État français pouvait faire mieux que le sang contaminé ?...
- ↪ Le second problème, c'est que de rattrapage piteux en rattrapage catastrophique et par delà l'obsolescence rapide des ministres, les cadres effectifs de l'administration sanitaire n'ont pas fondamentalement changé. Quand ce ne sont pas ses « élèves » (!), la pharmacovigilance actuelle tourne toujours autour de la vieille garde qui, pourtant dûment consultée, n'a jamais bronché dans l'affaire de l'hormone de croissance, n'a pas été en mesure d'enclencher la moindre étude correcte sur la neurotoxicité du vaccin contre l'hépatite B, a validé que l'Isoméride n'exposait pas plus aux complications pulmonaires que ses concurrents amphétaminiques du marché, etc. À peu de chose près, la veille sanitaire, quant à elle, repose toujours sur les vaillantes sentinelles qui ont laissé passer pas moins de

⁶¹ Cf. par exemple l'intervention de Marc Gentilini dans *Le Monde* du 06/08/09 (« La pandémie de l'indécence »). Cf. aussi « Les politiques traumatisés par les scandales sanitaires » (*Le Parisien*, 21/08/09).

15 000 morts en trois semaines d'août 2003 – pour ne point parler de la menace d'une hépatite B dont les fréquences annuelles sont passées – sans un mot d'explication – de plus de 100 000 à moins de 1 000...

Toujours du côté des autorités, enfin, qui les créditera d'une capacité réelle de mettre en œuvre avec rigueur la réglementation excessivement pointilleuse du développement clinique quand il est démontré – et répétitivement – qu'elle n'est déjà même pas capable de faire appliquer celle, pourtant bien plus simple, sur les déclarations d'intérêts de ses propres experts⁶² ou des professionnels de santé⁶³ ?

Du côté de l'industrie pharmaceutique, il n'est pas utile d'insister non plus : les échecs de l'administration – en particulier ceux qui ont imposé un retrait – ce sont d'abord ceux des fabricants concernés. Il convient également de rappeler qu'en France, deux des principales firmes impliquées dans la fabrication du nouveau vaccin sont actuellement en examen, comme par hasard dans une affaire de campagne vaccinale ; certes, la présomption d'innocence s'impose jusqu'à nouvel ordre, mais on peut néanmoins s'interroger sur la rigueur des autorités qui leur achètent des vaccins avant même que ces produits n'aient été si peu que ce soit évalués : qui demanderait pour son enfant des cours particuliers – en un endroit intime – à un professeur mis en examen pour pédophilie ? La présomption d'innocence a aussi ses limites⁶⁴...

⁶² Conflits d'intérêt – L'administration sanitaire
(<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article42>)

⁶³ Conflits d'intérêt – Les médias (<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article40>)

⁶⁴ Il faut bien comprendre que, dans les précédentes affaires pénales qui avaient été médiatisées (sang contaminé, hormone de croissance), les produits concernés *n'étaient plus* sur le marché au moment de la judiciarisation – laquelle pouvait donc prendre tout son temps (avec les résultats que l'on sait...). La situation est fondamentalement distincte avec le vaccin contre l'hépatite B, qui fait toujours l'objet d'une promotion intensive alors même que les fabricants sont mis en examen – dont l'un pour *homicide* ! Cette situation ahurissante n'en rend que plus préoccupantes pour les citoyens et la procrastination de la Justice et la complaisance des autorités sanitaires à l'égard des fabricants visés par cette instruction : si les charges à

Dans l'ampleur de sa signification, un dernier exemple nous épargnera d'avoir à détailler plus profondément les raisons de *ne pas* faire confiance. En avril 2007, *via* le site de *l'Association des médecins de l'industrie pharmaceutique* (AMIPS), un des fabricants a diffusé une offre d'emploi visant à recruter des responsables de leur développement vaccinal – typiquement ce genre de gars sur les épaules de qui repose aujourd'hui la responsabilité de mettre au point un vaccin contre la terrible menace de la grippe porcine. Après avoir souligné, en premier, l'excellent salaire joint associé à « 53 jours de congé », l'offre en arrive au profil recherché : « une compréhension des aspects cliniques des maladies infectieuses – virologie, immunologie, microbiologie – serait très utile, mais *elle n'est pas essentielle* ». Les qualités exigées privilégient plutôt « une excellente présentation et des capacités de communication, un leadership d'équipe, un impact et une influence [...] ».

J'ai introduit le présent article (cf. 1) sur la certitude d'impunité – hélas justifiée – qui prévaut en pareille matière dans l'industrie pharmaceutique. Je l'achève sur l'aveu sidérant, par cette même industrie, qu'en matière de développement vaccinal, l'élégance, le baratin et l'entregent sont plus essentiels qu'une compétence même superficielle (« une compréhension ») en infectiologie...

l'endroit de ces derniers sont suffisantes pour justifier ne serait-ce qu'une mise en examen, il y a quand même quelque chose d'aterrant à leur commander *par avance* des vaccins qui n'ont fait l'objet d'aucune évaluation (cf. 2.2.4.4.4), en proclamant hautement qu'on les destine en priorité aux bébés, aux femmes enceintes et aux sujets fragiles !

Chapitre 4

Repérer la propagande des politiques

Le « principe de précaution »

1. Précaution, « piège à c...¹ » ?

S'il est une chose que les médecins n'aiment pas, avouons-le, c'est de voir contester le bien-fondé de leurs actes ou de devoir s'en justifier. Enracinée, à l'inverse de nos collègues anglo-saxons, dans une tradition profondément catholique², la médecine française s'est fondée sur une certaine relation d'autorité à l'égard du patient (on parle aussi de relation *paternaliste*), dont on peut toujours discuter le bien-fondé, mais qu'il ne serait pas raisonnable de nier : on sait, par exemple, qu'à thérapeutique équivalente, il y a plus d'effets indésirables chez les protestants que dans les pays d'origine latine, et les auteurs de ces investigations rapportent cette différence non, bien sûr, à un facteur d'ordre génétique, mais à une différence de relation à l'autorité dans la sphère privée, laquelle conduit les patients imprégnés de luthérianisme (ou de ses dérivés) à moins craindre de rapporter les inconvénients des thérapeutiques mises en œuvre par leur médecin³. On n'ignore pas non plus que dans les pays comme le nôtre, on y regarde bien plus qu'outre-Atlantique avant d'informer un malade

¹ Nous reprenons ici textuellement l'expression d'un éminent scientifique, ancien ministre qui, lui, ne s'embarrassait même pas du point d'interrogation (C. Allègre, « Principe de précaution, piège à c... » *L'Express*, 16 nov. 2000 : p. 58).

² Guillaume P. *Médecine, église et foi*. Paris: Aubier (Collection historique), 1990.

³ Griffin JP, Weber JC, « Voluntary systems of adverse reaction reporting-Part I. », *Adverse Drug React Acute Poisoning Rev* 1985 Winter;4(4):213-30.

d'un pronostic défavorable, ou de lui demander son consentement éclairé pour entrer dans une recherche biomédicale.

Dans un tel contexte culturel, il est facile de comprendre que le « principe de précaution » tende à exaspérer nombre de nos confrères ; articulé sur une indubitable décrédibilisation de l'expert-qui-sait⁴, ce principe s'applique à formaliser une exigence de transparence dans l'aveu d'ignorance : ce n'est pas parce qu'on n'est pas certain d'un risque qu'il faut se comporter comme s'il n'existait pas... Mais si l'expert est ainsi réputé dépassé, qui va savoir à sa place ? Et sur la base de quel(s) savoir(s) vont être définies les mesures de précaution à prendre ? N'est-ce pas, pour reprendre une critique de Claude Allègre (cf. note 1), ouvrir la porte à la dictature de « la psychose collective » ?

Il est patent que l'invocation trop facile de ce principe justifie nombre d'incohérences : lorsque, effectivement influencées par l'opinion publique, les recommandations qu'il inspire aux politiques varient trop caricaturalement au cours du temps⁵, ou encore lorsque des derniers se voient reprocher, non sans raison, d'en faire « davantage pour les risques potentiels que pour les risques avérés⁶ » (cf. chapitre 1). Il est d'ailleurs intéressant de constater qu'apparu en Allemagne dans un courant d'inquiétude écologique historiquement bien facile à reconstituer, ce principe de précaution a conquis, dans notre pays, une notoriété qui semble sans équivalent ailleurs, au point que l'on a pu entendre un président de la République revendiquer que « la France se bat pour qu'il soit reconnu au niveau mondial⁷ » : avec son potentiel d'arbitraire évident, ce principe n'est-il pas un instrument idéal de

⁴ Comme le remarque P. Peretti-Watel (*Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin, 2000 : p. 26), notre époque semble caractérisée par le fait que « il n'y a pas de consensus sur le statut de la connaissance, ni sur ses dépositaires légitimes ». Il n'y a plus d'expert indubitable, et tout un chacun s'arroge le droit de désigner ceux qu'il considère comme tels : la dynamique de promotion des « médecines parallèles » repose sur ce déplacement.

⁵ Précaution et cohérence. *Le Monde*, 13 fév 2001 : p. 16.

⁶ Bergogne A., « Le mythe du risque zéro », *Le Concours médical*, 17/11/01.

⁷ Charte de l'environnement, Orléans, 3 mai 2001.

gouvernement dans un pays marqué par « la difficulté pathologique de la société [...] à faire la lumière sur ses errements⁸ » et où la démocratie n'exclut pas le fait du prince quand la complexité d'une question ou ses ramifications exigeraient un effort de transparence parfois difficilement compatible avec nos mœurs politiques traditionnelles ? Si l'on admet avec Kourilsky et Viney⁹ que le principe de précaution « constitue l'un des modes de théâtralisation des risques », on peut aussi se demander si ce mode ne convient pas tout particulièrement aux mentalités latines : ainsi lorsqu'on voit Johnny Hallyday annuler un concert prévu à la Réunion pour fin septembre 2009 au nom de ce principe – afin de ne pas exposer son équipe « aux risques de la grippe A/H1N1 connus à ce jour¹⁰ » ...

À ces dérapages aisément documentables, s'ajoute la litanie des craintes : le principe de précaution ne formalise-t-il pas une aspiration irresponsable au « risque zéro » ? Ne risque-t-il pas de bloquer l'innovation technico-scientifique ?

Pour ce qui concerne plus spécifiquement la médecine, qu'y vient faire la « précaution » alors que nous disposons déjà de concepts éprouvés par le temps et qui visent la *prudence* d'une part, la *prévention* d'autre part ? **Rejoignant l'opinion de certains responsables politiques, divers commentateurs, à commencer par l'auteur de ces lignes¹¹, n'ont pas hésité à s'interroger sur l'applicabilité même du concept à la médecine.**

Dans l'entre-temps, cependant, les choses avancent : quoi que chacun puisse en penser, le principe de précaution a d'ores et déjà gouverné certains processus décisionnels en médecine – à commencer par des rappels de lots, notamment avec des produits issus du sang humain. Plutôt que de camper sur des positions rigides, il s'agit donc

⁸ « L'amiante en procès », *Le Monde*, 16 déc 2004 : p. 21.

⁹ Kourilsky Ph, Viney, G., « Le principe de précaution - Rapport au Premier ministre. », Paris, Odile Jacob - La Documentation française, 2000.

¹⁰ Le Figaro.fr, 04/09/09.

¹¹ Girard M. , « Santé, thérapeutique et principe de précaution », *Experts* 2001(52):19-26.

de refaire un bilan : une fois documentés les faiblesses et inconvénients du principe de précaution quand il est évoqué à tort et à travers – surtout en médecine –, nous essaierons d'examiner s'il convient de jeter le bébé avec l'eau du bain, ou bien si – au contraire et même en médecine – il y a place pour ce principe, au moins dans une acception appropriée.

2. Un principe d'inspiration anti-humaniste

Cela n'étonnera personne qu'apparu en Allemagne au tout début des années 1970, dans la fièvre post-soixante-huitarde, le « principe de précaution » ait initialement germé dans l'idée de ceux qui se souciaient d'environnement : la protection de la planète bien davantage que celle des citoyens, les excès de ceux-ci étant même considérés comme la principale menace pour celle-là.

Ce n'est donc pas exagérer de poser comme constatation introductive que, dans son essence, le principe de précaution, loin d'avoir émergé d'une préoccupation *humaniste* ou simplement *philanthropique*, ressortit plutôt à un souci *écologique* fondé sur une méfiance profonde (justifiée) contre l'homme et son pouvoir de nuisance (parfaitement avéré) sur les équilibres naturels¹².

Le scepticisme grognon des professionnels de santé à l'encontre de « la précaution » – sur lequel nous reviendrons longuement – s'éclaire certainement de cette origine historique et de la contradiction d'avoir prétendu appliquer directement *au bénéfice* de l'homme un principe initialement conçu *pour réprimer* – à tout le moins contrôler – sa tendance au laisser-aller écologique.

¹² On doit à la philosophe Chantal Delsol d'avoir fait remarquer, à juste raison, que le mouvement écologique s'inscrit dans une mouvance fondamentalement anti-humaniste : « Que vaut l'homme, en définitive, s'il n'a pas été capable d'arrimer ses conquêtes dans la durée, et de répondre de ses espoirs légitimes ? » (*Le Souci contemporain*, Bruxelles, Éditions Complexe, 1996 : p. 181).

3. Historique

3.1. Formulations fondamentales

La première consécration « officielle » du principe de précaution semble remonter à la deuxième conférence internationale sur la protection de la mer du Nord, en novembre 1987 :

« Une approche de précaution s'impose afin de protéger la mer du Nord des effets dommageables éventuels des substances les plus dangereuses. Elle peut requérir l'adoption de mesures de contrôle des émissions de ces substances avant même qu'un lien de cause à effet soit formellement établi au plan scientifique. »

Elle est bientôt suivie par le traité de Maastricht (7 février 1992) qui, dans son article 130R. §2, stipule :

« La politique de la Communauté dans le domaine de l'environnement est fondée [...] sur les principes de précaution et d'action préventive, [...] de correction, par priorité à la source, et du pollueur payeur. »

Presque au même moment (juin 1992), la conférence de Rio sur l'environnement et le développement déclare :

« En cas de risques, de dommages graves ou irréversibles, l'absence de certitude scientifique absolue ne doit pas servir de prétexte pour remettre à plus tard l'adoption de mesures effectives visant à prévenir la dégradation de l'environnement. »

Grâce à la « loi Barnier » (2 février 1995), la France est le premier pays à inscrire ce principe dans son droit interne :

« L'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et pro-

portionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement à un coût économiquement acceptable. »

Ces textes fondateurs confirment l'inspiration radicalement *écologique* du principe de précaution – préserver **l'environnement** de dommages irréversibles – et en exposent clairement les deux articulations à la fois fondamentales et complémentaires :

- ↪ l'incertitude n'est pas une raison pour ne pas agir – du moins en cas de risque important¹³ ;
- ↪ un risque n'est pas une raison pour faire n'importe quoi (à n'importe quel « coût économique », notamment).

C'est bien, en pratique, l'équilibre entre ces deux attendus complémentaires au point d'en être presque antagonistes qui va rendre compte des principales difficultés (pour ne pas dire : des plus grosses contradictions) dans la mise en œuvre du principe de précaution.

3.2. Élargissement à la santé

Il était fatal que même fondamentalement inspiré par la préservation de l'environnement, le principe de précaution finisse par interpellier les professionnels de santé : si tel type de pollution est susceptible de mettre en danger la santé des arbres ou l'intégrité de l'eau, ne peut-il également menacer la santé des hommes, ne serait-ce que par le biais de leur alimentation ? Et que dire des risques respiratoires ou carcinogènes liés aux émanations de toxiques ou aux radiations ?

C'est surtout à partir de la seconde moitié des années 1990 que l'on va voir ainsi la santé humaine de plus en plus invoquée comme enjeu de la précaution¹⁴, d'abord effectivement par le biais des risques liés à l'alimentation ou à la pollution environnementale, puis, de glisse-

¹³ On notera que les textes semblent varier : on ne sait pas si le risque qui mérite d'être pris en considération doit être « grave *et* irréversible » ou simplement « grave *ou* irréversible ». Cela n'est pas la même chose...

¹⁴ Goldstein BD, « The precautionary principle also applies to public health actions. », *Am J Public Health* 2001 Sep;91(9):1358-61.

ment en glissement, en référence explicite à n'importe quelle intervention sur l'homme, fût-elle d'inspiration strictement *thérapeutique*. C'est ainsi que dès 2001, on pouvait entendre le Premier ministre de l'époque soutenir devant l'Académie des sciences (*Le Monde*, 16 mars 2001) :

« [Le principe de précaution] a originellement été dégagé à propos des questions de protection de l'environnement. Puis son application s'est rapidement étendue à la santé publique, au point que celle-ci constitue aujourd'hui un terrain privilégié à sa mise en œuvre. »

Toutefois, on l'a relevé d'emblée : il suffit de consulter n'importe quelle base de données pour voir que cette introduction à marches forcées du principe de précaution en médecine a toutes les allures d'une mode franco-française. C'est ainsi que dans un article synthétique sur le sujet comportant une soixantaine de références, guère plus d'une quinzaine proviennent de l'étranger¹⁵. Certes, on trouve dans la base de données MEDLINE quelques dizaines d'articles internationaux sur le sujet, mais qui restent en ligne avec l'inspiration du principe, puisque principalement concernés par les risques sanitaires des grands problèmes environnementaux (réchauffement climatique, pollution, vache folle...). L'invocation de la « précaution » à plus ou moins n'importe quel propos médical (notamment : en thérapeutique) semble bien ressortir, pour l'heure, à une nouvelle et bien singulière *exception française*.

Tandis que les professionnels de santé se trouvaient ainsi entraînés dans la marmite de la précaution plus ou moins à leur corps défendant, les magistrats commençaient, *eux aussi*, de s'intéresser au concept, notamment *via* l'article L. 101-1 du Code de l'environnement stipulant que :

¹⁵ Tubiana M., « The precautionary principle: advantages and risks [French] », *J Chir* (Paris) 2001 Apr;138(2):68-80.

« L'absence de certitude, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement à un coût économique acceptable. »

Pour l'heure, cependant, il ne semble pas que les juges aient eu l'idée de s'emparer du principe pour fonder la responsabilité d'un décideur, se contentant de l'appliquer au contentieux de la légalité : dans la mesure où le principe de précaution ne comporte pas d'obligation précise concernant la maîtrise des risques, les magistrats limitent leur contrôle à la recherche de l'erreur *manifeste* d'appréciation. Réticents à l'appliquer aux individus, les juges le réservent essentiellement aux décideurs *publics* pour vérifier si ces derniers ont bien agi en amont de la décision et que les risques concernés par le principe de précaution ont bien été pris en compte. Selon un commentateur optimiste, cette jurisprudence « renforce l'idée que le principe invite davantage à la réflexion qu'à la sanction¹⁶ ». Ainsi, selon le rapport du Conseil d'Etat daté de 1998 :

« La mise en œuvre du principe de précaution paraît souhaitable en tant que nouveau standard de comportement des responsables de la politique de santé publique. En revanche, l'introduction du principe de précaution dans le droit de la responsabilité médicale comporterait plus de risques de déséquilibre que de facteurs favorables à une évolution harmonieuse du partage actuel entre le risque et la faute. »

Dont acte...

¹⁶ Oloumi Z., « Le principe de précaution, outil effectif du processus de décision publique », *Revue de l'actualité juridique française*, juin 2004.

4. Ambiguïtés, contradictions

4.1. Ambiguïtés sémantiques

4.1.1. Prévention

La distinction entre *précaution* et *prévention* est certainement la plus facile : elle passe par la différence entre risque potentiel et risque avéré. Au contraire de la prévention, la précaution est une démarche d'action dans un contexte *d'incertitude*.

Sur cette question terminologique, on peut s'en remettre au commentaire limpide et éclairant du linguiste Alain Rey¹⁷, auteur, notamment, du fameux *Dictionnaire historique de la langue française* :

« Les mots en " pré ", issus de la racine latine *prae-* qui signifiait " avant " dans le temps et " devant " dans l'espace, s'adressent à l'avenir. La précaution fait attention à l'avenir, la prévision le voit, le présage le sent et le flaire... Quant à la prévention, elle " vient avant ", c'est-à-dire qu'elle prend les devants. Agir sans attendre, dans le présent et non au futur, c'est simplement agir. Mais prévenir, cela suppose une évaluation du mal probable, un plan d'action contre ce mal et une décision pour prendre de court l'évolution spontanée des choses [...]. Pas de prévention sans connaissance et sans vision de l'avenir. »

Dans leur ouvrage cité en note 9, Kourilsky et Viney ajoutent, à juste titre, que dans le cas de la précaution, on s'interroge pour savoir si l'hypothèse d'un danger éventuel (le risque) est exacte ; dans le cas de la prévention, la dangerosité est établie, et on s'intéresse à la probabilité de l'accident. Cette distinction est illustrée par un exemple du philosophe D. Bourg¹⁸ :

¹⁷ Rey A., « Prévention », *Médecins* 2002 (oct) : 13.

¹⁸ Bourg D., « Principe de précaution, mode d'emploi. », *Sciences Humaines* 2002(124):28-31.

« [La fièvre aphteuse] est une maladie identifiée depuis au moins le XVI^e siècle, dont on connaît les modalités de transmission et les conséquences sanitaires, limitées d'ailleurs sur le cheptel. Le principe de précaution n'a donc pas lieu d'être invoqué. En revanche, il s'applique aux maladies à prions dans la mesure où celles-ci conservent encore une part de leur mystère. »

4.1.2. Prudence

La distinction terminologique entre *précaution* et *prudence* est, en revanche, bien moins claire¹⁹. Hubert Curien n'hésite pas à faire le parallèle entre « émotion » et « raison »²⁰ en ajoutant que l'émotionnel « exacerbe tous les scénarios apocalyptiques » – ce qui n'est pas très encourageant pour le concept de précaution...

Ce type de distinguo assez péjoratif ne permet pas d'avancer beaucoup vers une appréciation positive du principe de précaution dans sa spécificité par rapport à la prudence. Cette situation est d'autant plus dommageable pour les médecins qu'à l'évidence, la distinction aurait dû conditionner l'introduction du principe de précaution dans une pratique gouvernée depuis l'Antiquité au moins par un intangible principe de prudence : *primum non nocere*²¹ (« d'abord ne pas nuire ») ...

Certains commentateurs médicaux n'ont pas hésité à résoudre l'ambiguïté en faisant de notre prudence hippocratique ou déontolo-

¹⁹ David G., « Le concept de précaution en médecine », Rev Med Interne 2001 Jul;22(7):617-8.

²⁰ «Entretien avec Hubert Curien ». Préventique – Sécurité 2001 ; n° 56 : 10-11.

²¹ En tout état de cause et quoique non spécifiquement focalisée sur la médecine, la communication de la Communauté européenne sur le principe de précaution (Direction générale 11: environnement snepc. Sur le recours au principe de précaution. Communiqué de presse 02/02/2000) stipule sans ambiguïté : « Le principe de précaution, que les décideurs utilisent essentiellement dans le cadre de la gestion du risque, ne doit pas être confondu avec l'élément de prudence que les scientifiques appliquent dans l'évaluation des données scientifiques. »

gique une simple forme de la précaution²². Mais il suffit de penser à quelques exemples récents – voire contemporains – pour constater que l’invocation de la « précaution » en médecine recouvre, le plus souvent, des situations éminemment conflictuelles marquées par l’affrontement de deux camps irréconciliables : ceux qui voient la « précaution » comme rustine dérisoire dans une catastrophe sanitaire consécutive au mépris de l’élémentaire prudence hippocratique, et ceux qui, après avoir théorisé l’horreur de la précaution comme lamentable prétexte au culte du « risque zéro » (cf. 5.2), s’indignent des risques que la pusillanimité consumériste feraient courir à la médecine, voire à « l’innovation thérapeutique » (cf. 5.3). Dans cet affrontement qui frise la guerre de religions, le slogan que, « tout progrès comporte un risque » se substitue aisément au constat que toute prise de risque n’est pas nécessairement un progrès...

C’est dans ce type de marasme conceptuel qu’il est utile de se rappeler l’origine du principe de précaution (cf. 3.1). Historiquement, on l’a dit, c’est de l’écologie que nous vient ce souci de la précaution. Avec les questions d’environnement, cependant, le jeu se déroule dans l’ancestral antagonisme entre *nomades* – assurés de retrouver un équilibre ailleurs, quels que soient les dommages qu’ils aient infligé au milieu qu’ils ont exploité – et *sédentaires* – soucieux de préservation et inquiets des limites à ne pas dépasser : l’écologie, au fond, ce n’est jamais qu’une réactualisation de cet antagonisme éternel entre ceux qui ne font que passer et ceux qui entendent s’installer. Or, dans un monde où la dialectique des forces en présence amène la prédominance périodique des pulsions nomades, un principe de précaution s’impose au moins *a posteriori* lorsque, dans l’aveuglement des perspectives à court terme, la menace d’un dommage *irréversible* se fait jour. Il en va tout autrement en médecine, centrée sur le respect de la personne humaine et gouvernée, en conséquence, par un principe bien plus fort et contraignant que la précaution, celui de la prudence hippocratique.

²² Pouillard J., « Le principe de précaution en médecine », Bulletin de l’ordre des médecins 2000 (mai) : 7. Cf. aussi, du même auteur : J. Pouillard, « Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l’ordre des médecins » (avril 1999).

« Dès lors, l'invocation d'un " principe de précaution " en santé publique amène à soupçonner que, indûment privés d'un droit pourtant inaliénable à la prudence, les individus aient pu voir leur santé ravalée au rang d'un simple domaine à *exploiter*, livrée par conséquent à la voracité ou à l'inconséquence de ceux qui, peu soucieux de préservation, n'ont d'autre horizon que la satisfaction ou le bénéfice à *court terme* : en ce sens, le besoin d'un principe de précaution pour la médecine conduit à reconstituer que, d'une façon ou d'une autre, le principe hippocratique s'est trouvé préalablement bafoué (cf. note 11). »

D'où mon injonction, dont il ne serait pas difficile de trouver moult illustrations : **quand, en médecine, on vous parle de précaution, commencez par rechercher le cadavre de la prudence – et retrouvez les assassins...**

À y regarder plus avant, une autre observation peut contribuer à clarifier la situation :

- ↪ dans la tradition hippocratique, la prudence est, à l'évidence, un principe *d'abstention* consistant à *ne pas* prescrire des médicaments dont la bonne tolérance n'est pas garantie ;
- ↪ au contraire de ce que cherche à accréditer une propagande politique qui crie à la « précaution » à chaque fois qu'elle peut médiatiser une mesure à pas cher crédibilisant son souci du bon peuple (cf. chapitre 1), le principe de précaution est une injonction *à agir* – il implique des actes, avec le coût financier inhérent.

Sur la base de ce distinguo, si l'on voit mal ce qui pourrait relever de la précaution à l'échelle d'une pratique médicale individuelle, on pourrait certainement associer à ce concept les deux situations suivantes, effectivement envisageables à l'échelle du médicament industriel :

- ↪ un retrait de lot si, pour une raison ou une autre, un doute venait à apparaître sur son innocuité (auquel cas il resterait néanmoins à vérifier que les spécifications de qualité avaient bien été respectées, ce nonobstant) ;
- ↪ une modification d'autorisation sur le marché (restriction d'indication, mise en garde, suspension, retrait) si une toxicité inattendue venait effectivement à apparaître une fois le médicament commercialisé : on serait là dans ce que les juristes appellent *le risque de développement*.

Il convient néanmoins de garder à l'esprit que, notoirement introduit dans la législation européenne²³ sous la pression des lobbies *pharmaceutiques* (comme par hasard), ce « risque de développement » est un concept dangereux, dans la mesure où, conformément à ce qui vient d'être analysé dans la présente section, il vise à dissimuler sous la « précaution » les manquements même les plus patents à la prudence et, plus généralement, à *la réglementation* en vigueur. Le « risque de développement », en effet, ne mérite d'être invoqué que quand il est établi que le médicament a été correctement développé en son temps (avant l'AMM) et qu'en particulier, les études *adéquates* de tolérance ont bien été conduites. L'expérience, hélas, atteste que tel est rarement le cas : il faudra aux fabricants et à leurs administrations de tutelle beaucoup d'énergie pour me convaincre que la gestion d'une toxicité des vaccins contre l'hépatite B pourrait, à la rigueur, relever de la « précaution » quand il est établi (cf. chapitre 5) qu'au cours du développement, les essais de tolérance réalisés avec ces produits n'ont pas dépassé la durée de... *quatre jours*.

4.2. Contradictions

Par rapport à un concept aussi controversé que la précaution, on n'en finirait pas d'inventorier la littérature polémique qui se complaît à souligner les incohérences du principe en pratique. Mais plutôt que d'insérer parmi bien d'autres un nouveau chapitre à cet inventaire

²³ Directive 85/374/CEE du 25/07/1985.

accablant, il est peut-être plus utile d'analyser les principales contraintes de fait qui s'exercent sur cette mise en pratique et qui rendent compte de ces contradictions.

Figure rhétorique de « théâtralisation », on l'a dit, le principe de précaution expose naturellement à toutes les surenchères du politique : car de l'évocation solennelle de telle ou telle interdiction à sa mise en acte effective, il y a, bien sûr, le préalable du « coût économiquement raisonnable » évoqué de façon parfaitement explicite par la loi Barnier (cf. 3.1), pour ne point parler, le cas échéant, du coût *politique* de certaines annonces audacieuses heureusement destinées à rester sans lendemain (cf. note 5)...

Ces contradictions, qui renvoient évidemment au poids de lobbies et aux conflits d'intérêts, se conjuguent avec une source connexe, mais non superposable, de variabilité : il est plus facile d'interdire une innovation dangereuse que de revenir sur une situation existante dont le risque ne s'est révélé que tardivement – ne serait-ce que parce que, dans la seconde situation, la reconnaissance même hypothétique de ce risque peut ouvrir une perspective de réparation et d'indemnisation parfois vertigineuse. C'est cette circonstance qui rend compte du reproche, déjà relevé, que « les politiques en font davantage pour les risques potentiels que pour les risques avérés » (cf. note 6) : interdire des technologies qui n'ont encore nui à personne, c'est quand même moins compromettant – et moins coûteux – que revenir sur des pratiques trop longtemps tolérées, dont les victimes peuvent désormais se chiffrer par milliers ou davantage encore. Faut-il rappeler le précédent de l'amiante (cf. note 8) ? Ou évoquer les farines animales dont, si l'on en croit l'ancien ministre de l'Environnement Corinne Lepage, les risques étaient connus dès 1987²⁴ ?

Enfin, la précaution ayant été conçue pour faire face aux situations d'incertitude, elle renvoie nécessairement à des circonstances où

²⁴ Lepage C. , « Vache folle: non application du principe de précaution », Préventique - Sécurité 2001(56):33-5.

l'opinion des experts n'est plus le dernier mot – généralement d'ailleurs parce que des avis contradictoires s'affrontent.

Le risque d'une mise en œuvre incohérente a conduit la Commission européenne à adopter, le 2 février 2000, une communication sur le principe de précaution (cf. note 21) manifestement préoccupée par une exigence de prévisibilité et de reproductibilité pour les décisions inspirées par ce principe²⁵ :

« Lorsqu'une action s'avère nécessaire, ces mesures devraient être proportionnées au niveau de protection recherché, ne pas introduire de discrimination dans leur application et être compatibles avec des mesures similaires déjà adoptées. »

Ces attendus débouchent sur des recommandations de *non-discrimination* et de *cohérence* qui frisent la lapalissade, mais disent assez, du même coup, la conscience de la Commission quant au caractère potentiellement aléatoire des décisions qui prétendent s'inspirer du principe de précaution.

« La *non-discrimination* signifie que des situations comparables ne devraient pas être traitées différemment et que des situations différentes ne devraient pas être traitées de la même manière, à moins qu'un tel traitement soit objectivement justifié. »

« La *cohérence* signifie que les mesures devraient être d'une portée et d'une nature comparable avec les mesures déjà prises dans des domaines équivalents où toutes les données scientifiques sont disponibles. »

²⁵ En fait et comme dûment indiqué dans ce texte, le souci premier de la Commission est d'ordre commercial, puisque les lignes directrices ainsi définies « tendent à empêcher tout recours injustifié au principe de précaution en tant que forme déguisée de protectionnisme ». En pratique, néanmoins, ces lignes directrices contribuent par là même à réduire l'imprévisibilité des décisions prises par les décideurs.

La Commission recommande également une réévaluation périodique du bien-fondé des mesures prises : quoique ce réexamen soit supposé être réalisé « à la lumière des données scientifiques nouvelles », on peut supputer qu'il devrait, également, permettre d'objectiver, même rétrospectivement, d'éventuelles discordances dans la gestion de situations essentiellement similaires et justifier, par voie de conséquence, d'éventuelles rectifications visant à homogénéiser les décisions fondées sur le principe de précaution ou à en optimiser la cohérence.

5. Un principe controversé

Sur la base du récapitulatif qui précède, il n'est pas bien difficile de comprendre pourquoi un principe aussi ambigu dans sa formulation et aussi flou dans son application peut susciter tant d'oppositions farouches. Source indubitable de contradictions et d'incohérences, le principe de précaution cristallise sur lui trois critiques principales : 1) il crée les bases d'une dictature consumériste exposée à toutes les manipulations idéologiques ou médiatiques ; 2) il officialise le mythe du « risque zéro » ; 3) il représente une menace significative pour l'innovation technico-scientifique.

5.1. Un risque de dictature consumériste

5.1.1. Perceptions du risque

On a déjà insisté là-dessus : le principe de précaution émerge dans le contexte d'une perte de confiance dans l'indépendance et dans la compétence des experts (chapitre 2). Dans le contexte d'une crise psychologique, également, puisque le culte de l'individu comme ultime valeur n'en rend que plus incongrue l'idée que les soins de santé puissent générer des dommages éventuellement irréversibles.

Mais, à trop revendiquer que la charge de la preuve puisse être inversée, ne nous mettons-nous pas pieds et poings liés sous la dépendance de n'importe quelle alerte médiatique ?

À un moment de l'histoire des sciences où, sous l'influence des médias et, tout particulièrement, d'internet, la question *de la validation* des informations se pose avec une acuité sans précédent (chapitre 6), les perspectives de dérapage sont trop évidentes : qui va *crédibiliser* l'hypothèse non démontrée censée orienter les décideurs dans le sens d'une précaution ? Les journalistes ?... Le risque est grand que la précaution ne fasse de nous des marionnettes manipulées par les médias.

Cependant, force est de reconnaître que cette hantise d'une dictature consumériste est aux antipodes l'expérience que l'on peut actuellement tirer du principe de précaution. On a relevé plus haut, en effet, que ce concept a trouvé sa terre d'élection dans notre pays, ce qui ne laisse pas d'interpeller quant aux résonances de ce principe nouveau avec les biais typiquement français que sont un relatif mépris des statistiques ou de l'épidémiologie (par conséquent : l'incapacité de mesurer et hiérarchiser les risques), le respect des arguments d'autorité et l'opacité traditionnelle des processus décisionnels. Or, quel gain de participation démocratique, si le principe de précaution devient l'instrument du fait du prince lorsque le prince a manqué aux exigences élémentaires de la prudence ?

D'un autre côté, on note que la décrédibilisation de la *vox populi* en matière de précaution fait grand cas de sa variabilité bien connue dans la perception des risques : cette diversité des gens dans leur perception du risque est, en effet, souvent présentée comme une preuve de leur irrationalité. Or, une présentation aussi péjorative n'est pas équitable pour au moins deux raisons :

- ↳ il n'existe aucune raison contraignante pour que des citoyens cultivant des valeurs différentes aient une perception homogène des risques : le mystique qui se représente sa vie terrestre comme un simple passage n'est pas supposé entretenir la même perception des risques que le libertin pour qui rien n'existe plus après la mort...

↳ l'hétérogénéité dans la perception des risques découle aussi d'une contrainte épistémologique précisément à l'origine du principe de précaution : à savoir l'incertitude sur un certain nombre de déterminismes technico-scientifiques – par exemple la régulation du climat – qui gouvernent cependant notre environnement le plus immédiat. Il est un fait que par rapport à la mentalité archaïque, fondée sur cette théorie des causes que l'on appelle *magie* et qui ignore l'incertain, l'esprit scientifique se distingue, précisément, par sa *capacité de tolérer l'incertitude* – voire de préférer l'incertitude au mirage des fausses certitudes²⁶ : dès lors, il n'y a rien d'antiscientifique à s'interroger sur les conséquences de cette inévitable incertitude et sur les moyens – par exemple statistiques – de gérer les situations qui en résultent.

5.1.2. La charge de la preuve

Connexe de la hantise d'une dictature consumériste, l'idée revient souvent, également, que le principe de précaution correspondrait à une simple inversion de la charge de la preuve : en médecine, par exemple, et à en croire certains critiques – certains juristes –, obligation serait désormais faite aux fabricants des biens de santé d'en démontrer l'innocuité avant de les commercialiser.

Rien dans l'évolution de la jurisprudence actuelle – qui reconnaît, au contraire, une place de choix au *risque de développement* (c'est-à-dire à la reconnaissance tardive d'une toxicité comme cause d'exonération de la responsabilité du fabricant)²⁷ – ne tend à valider ce soupçon. Le principe de précaution n'implique que *l'affaiblissement* de la charge de la preuve dès lors que des mesures sont à prendre pour préserver la société d'un risque *grave*.

²⁶ Girard M. , « L'intégrisme causal, avatar de l'inégalité des armes ? », Recueil Dalloz 2005 (38/7223):2620-1.

²⁷ Girard M. , « Causalité "certaine" ou causalité suffisante ? », Lexbase Hebdo 2005 (170):N4831AR.

Dans la perspective d'un tel affaiblissement, cependant, qui décidera que les éléments de preuve, quoique indubitablement incomplets, sont « suffisants » pour requérir des mesures spécifiques ? À cette question fondamentale, la Commission européenne (cf. note 21) fournit une réponse dépourvue d'ambiguïté qu'il convient de méditer :

« Les décideurs doivent être conscients du degré d'incertitude lié aux résultats de l'évaluation des informations scientifiques disponibles. Juger ce qui est un niveau « acceptable » de risque pour la société est une responsabilité éminemment *politique* » (*c'est la Commission qui souligne*)

Écho similaire sous la plume d'un ancien ministre de la Santé²⁸ :

« Le principe de précaution pose des questions qui relèvent spécifiquement de la décision politique... L'expertise scientifique peut initier, informer, alerter mais pas se substituer à l'arbitrage politique. »

Tout porte à croire que des affirmations de ce type représentent une évolution significative dans la réflexion de la société quant à la façon dont la Science est censée informer – ou influencer – le politique²⁹ :

« Les études scientifiques peuvent nous dire quelque chose sur les coûts, les risques et les bénéfices de l'action proposée, mais il y aura toujours des jugements de valeur exigeant une décision politique. »

« Les données scientifiques utilisées pour une politique sont presque toujours limitées par l'incertitude [...]. »

²⁸ Barzach M., « Principe de précaution et décision politique », Bull Acad Natl Med 2000, 184:957-68.

²⁹ Kriebel D., Tickner J., Epstein P., Lemons J., Levins R., Loechler EL, Quinn M, Rudel R., Schettler T., Stoto M., « The precautionary principle in environmental science », Environ Health Perspect 2001 Sep;109(9):871-6.

« Dans la conduite de leurs recherches, les scientifiques doivent faire des suppositions, des choix et des inférences basés sur des jugements professionnels et des pratiques standard qui, quand elles ne sont pas connues du public ou des politiques, rendent les résultats scientifiques plus certains et plus indépendants des jugements de valeur qu'ils ne le sont réellement. »

« Bien qu'il existe des situations dans lesquelles les risques excèdent manifestement les bénéfices de quelque façon qu'on considère les choses, il y a, le plus souvent, une vaste zone grise dans laquelle la science ne peut pas (et ne doit pas) être utilisée seule pour définir une politique. »

5.2. La tentation du « risque zéro »

Que le principe de précaution représente une concession au mythe du « risque zéro » est une idée particulièrement chère à certains auteurs médicaux. Certes, pour les raisons susdites – et notamment dans une perspective de « théâtralisation » –, on peut craindre que l'invocation irréfléchie de la précaution soit l'alibi d'une « politique du parapluie » conduisant à un alourdissement des contraintes et à une paralysie administrative.

Toutefois, il est difficile d'imputer une telle dérive aux textes fondateurs (cf. 3.1) qui posent, au contraire, la précaution aux antipodes du risque zéro, puisque le principe vise explicitement à contrôler les risques *gravissimes*, potentiellement irréversibles. La question – actuellement brûlante, si l'on ose dire – du réchauffement climatique (dont on est loin de maîtriser tous les déterminismes) est une parfaite illustration du type de risques justiciables de la précaution telle que définie par les textes.

Ce que demande la société, en fait, ce n'est pas tant le risque zéro que le « zéro mépris » :

« L'exigence de la société est d'être assurée que les décisions la concernant, et notamment celles relatives à la santé, sont prises honnêtement, de manière transparente. Les pires situations, les situations de crise ont toujours été celles où les citoyens ont eu le sentiment que les décisions avaient été prises de façon inconsidérée en leur masquant la vérité. En situation d'incertitude scientifique, devant un risque potentiel, ce que la société reprochera au décideur ne sera pas tant de s'être trompé que de ne pas avoir respecté des procédures formalisées, ne pas avoir pris des décisions traçables, ne pas avoir fait montre d'une organisation transparente³⁰. »

Ce propos marqué au coin du bon sens relativise beaucoup le leitmotiv de « la quérulence consumériste » – la prétendue propension des gens à faire des procès pour tout et n'importe quoi – et il est rassurant qu'il provienne d'une équipe médicale : *mutatis mutandis*, ne recoupe-t-il pas l'expérience des médiateurs d'établissements de soins qui savent que les procédures judiciaires les plus implacables sont souvent le fruit tardif d'une stratégie de mépris trop durable envers les patients ou leurs ayants droit ?

5.3. La menace sur l'innovation

Il est encore plus difficile de comprendre ce souci que le principe de précaution représenterait une menace sur l'innovation : car loin d'être une incitation à l'inaction, ce principe tend plutôt à stimuler la créativité et l'esprit de décision en situation d'incertitude technico-scientifique. Les textes fondateurs (cf. 3.1), la loi Barnier en particulier, stipulent clairement que les mesures prises au nom de la précaution doivent être « effectives et proportionnées » : il ne s'agit donc pas de choisir le repli à n'importe quel coût pour éviter tout dommage.

³⁰ Hergon E., Tremeaux-Chiboub A., Andre C., Rouger P., « The fundamentals of precaution », *Transfus Clin Biol* 2001 Oct;8(5):435-45.

Ce que dit le principe de précaution, c'est que l'absence de savoir stabilisé ne doit pas constituer un obstacle insurmontable à toute action préventive ou corrective : il n'a jamais prétendu qu'en situation de doute, l'action devait être suspendue.

Il est utile à ce sujet de rappeler la nomenclature germanique originelle du concept (*Vorsorgeprinzip*), laquelle aurait certainement gagné à être traduite littéralement pour ce qu'elle disait réellement : « principe *d'anticipation* »... Sous cette forme terminologique, le principe apparaît bien comme un appel instant à l'imagination scientifique.

C'est également un Allemand, le philosophe Hans Jonas, qui pose les principes d'une « éthique de la responsabilité³¹ » laquelle ne doit pas être entendue négativement comme un appel à l'immobilisme technico-scientifique, mais comme un effort d'anticipation fondé sur le respect des limites, sur le souci des équilibres et de leur préservation, ainsi que sur une maîtrise de la volonté de puissance.

La Commission européenne (cf. note 21) parachève cet appel à l'activisme scientifique :

« Les décideurs confrontés à un risque inacceptable, à une incertitude scientifique et aux préoccupations du public ont le devoir de trouver des réponses [...] »

« Si une action est jugée nécessaire, les mesures basées sur le principe de précaution devraient notamment : [...] »

→ Être *réexaminées* à la lumière des nouvelles données scientifiques.

³¹ Jonas H., « Le principe de responsabilité », Paris, Flammarion, 1998.

→ *Être capables d'attribuer la responsabilité de produire les preuves scientifiques nécessaires pour permettre une évaluation plus complète du risque. » (c'est la Commission qui souligne)*

En fait, la démarche de précaution est une méthode de gestion des risques qui consiste à inventorier toutes les hypothèses, fussent-elles marginales, puis à les soumettre à des analyses bénéfice/risque et coût/avantage ; de plus elle est, dans son essence, fondamentalement *interdisciplinaire* (cf. note 14). En ce sens, elle est bien un principe *d'action* et de *production de savoir* (cf. note 18), fondé sur un idéal d'autocritique, de créativité et d'innovation : elle incite à *réévaluer* constamment les acquis³² et à en *découvrir* le plus précocement possible les sources de danger potentiel, à inventorier *l'intégralité* des données disponibles et à *développer les recherches* scientifiques appropriées pour améliorer la connaissance de ce danger (cf. note 30).

6. Quelle précaution pour les professionnels de santé ?

Au terme de ce parcours critique, est-il possible d'envisager l'introduction en médecine d'un principe de précaution qui ne fonctionne ni comme prime à la quérulence hypochondriaque, ni comme piteuse sortie pour les situations où le principe fondamental d'Hippocrate – *d'abord ne pas nuire* – aurait été par trop bafoué ?

6.1. Reformuler les principes d'Hippocrate

À dire vrai, il était facile de recommander « de ne pas nuire » à une époque où le thérapeute n'avait pas grand chose d'actif à sa disposition. L'exigence est devenue bien plus complexe depuis que l'on possède des substances dont l'activité, incontestable, se trouve aussi indissolublement liée à un potentiel d'effets indésirables. Pour incontournable qu'il reste, l'antique et solennel principe d'Hippocrate a

³² Kriebel D., Tickner J., « Reenergizing public health through precaution », Am J Public Health 2001 Sep;91(9):1351-5.

donc peut-être souffert de ce que l'on n'ait pas davantage considéré l'urgence d'une évolution : non plus « ne pas nuire », mais « ne pas trop nuire^{33,34} ». Il est hautement probable que la précaution pour recouvrir le cadavre de la prudence s'impose surtout dans les situations où l'analyse rigoureuse du rapport bénéfice/risque n'a pas été réalisée – et il ne serait pas bien difficile de multiplier les exemples.

D'autre part, l'antique principe – qui repose sur le colloque singulier – est impuissant à rendre compte de l'évolution *sociologique* d'une médecine qui prétend – à tort ou à raison – viser la Santé *publique* tout autant que *individuelle* et s'expose, par conséquent, via les mystifications du *préventif*, à violenter l'individu sous les forces du marché grimées en gardiens du bien-être collectif. De la sorte, le risque iatrogène, déjà significatif à l'échelle de l'individu, se trouve démultiplié par une collectivisation du raisonnement thérapeutique : on voit bien, sur des affaires récentes de santé publique, que ce qui a le plus manqué aux responsables – « coupables » ou pas – c'est d'appréhender l'immensité de la souffrance humaine liée à la iatrogénie de décisions globales plutôt qu'individualisées³⁵.

Retard *épistémologique*, également, relativement à une évolution contrainte par la méthodologie statistique : pour progresser dans l'objectivité, nous avons été obligés – dans un véritable et respectable effort d'ascèse – de nous préoccuper des fluctuations du vivant, par conséquent de nous détacher du malade, du patient considéré dans son individualité, pour raisonner sur des populations virtuelles, puisque l'essentiel de nos connaissances est d'ordre rigoureusement *statistique*. Le défi, pour les Modernes, est de développer **un principe de compassion** enraciné dans la rationalité qui permette d'établir un lien entre notre savoir objectif, mais désincarné, et le vécu de celui ou de celle auxquels on entend l'appliquer : c'est une

³³ Girard M., « Les effets indésirables des médicaments », La Recherche, 1987, 185:234-41.

³⁴ Girard M., « Reformulating the principles of Hippocrates », Medical Veritas 2005, 2:682.

³⁵ Girard M., « La justice, alliée de la santé », *Libération* 2002 (7 août):5.

chose de dire qu'un risque relatif de tant ne devrait pas remettre en cause telle ou telle mesure de santé publique, c'en est une autre que de recevoir en colloque singulier les heureux bénéficiaires de ladite mesure qui ont eu la malchance d'être les victimes du risque relatif de complication grave...

6.2. L'obligation de soins

Ainsi renvoyé à des abîmes de perplexité quant à l'éventualité d'un risque iatrogène potentiellement grave mais inhabituellement incertain, le médecin se trouve, en parallèle, confronté à l'exigence éthique d'une obligation de soins : s'il était parfaitement possible d'envisager l'interdiction des farines animales, il n'en va pas de même toujours avec les transfusions ou les dérivés du sang humain (même si l'on peut admettre que la prescription, en pareille matière, a parfois péché par excès).

Se trouvent de la sorte réunies les conditions typiques du principe de précaution quand, sans nécessairement avoir violé l'impératif hippocratique de prudence, les thérapeutes, après avoir estimé en toute conscience que le rapport bénéfice/risque d'une intervention était favorable, peuvent se trouver acculés à l'exigence d'agir devant l'irruption d'un risque initialement inaperçu, voire franchement imprévisible : par exemple, la découverte tardive d'une maladie de Creutzfeldt-Jakob chez un donneur pour un produit dérivé du sang dont le bénéfice serait, par ailleurs, considéré comme favorable.

7. La précaution comme dépassement

S'il convient, par conséquent, de rester vigilant à l'encontre d'une « précaution » conçue comme sanction consumériste de l'arrogance expertale, l'évolution qui vient d'être décrite tend néanmoins à justifier une extension, un élargissement de nos procédures de prudence.

La nécessité d'un tel élargissement découle aussi d'une assez spécifique contrainte des professionnels de santé, celle d'une *obligation* de soins qui peut les amener à affronter ce que la prudence déconseillerait en tout autre contexte. D'autant plus encore que dans notre do-

maine, le pain quotidien est à base de « données molles »³⁶ – c'est-à-dire des données peut-être objectives, mais dont l'interprétation ne va pas de soi et qui requièrent, par conséquent, l'engagement d'un expert (cf. note 34). Ne serait-ce que pour cette raison, le monde de la santé, malheureusement, n'est pas près de pouvoir faire l'économie des experts, même si ceux-là ont parfois une propension à se disqualifier dans d'injustifiables compromissions.

Dans de telles circonstances, l'adjonction d'un principe de précaution à une exigence de prudence qui doit rester incontournable pourrait signifier, en la renforçant, l'adhésion à une *valeur* : un intransigeant respect du patient, de son autonomie, de son intégrité – du patient non pas considéré comme consommateur de biens de santé, mais comme dépositaire d'un héritage commun, **la dignité humaine**.

Elle pourrait, deuxièmement, marquer un engagement de transparence (*via* notamment l'exigence de traçabilité du processus décisionnel) et de démocratie : en certaines situations de risque, il s'avère que l'opinion de la femme de ménage vaut parfois tout autant que celle du chirurgien.

Elle tendrait, enfin, à privilégier le développement d'une disposition d'esprit qui tend à se perdre dans le monde expertal d'aujourd'hui : la souplesse, la créativité, la réactivité – *l'imagination scientifique* en un mot : pister l'inattendu au lieu de se cantonner dans ses certitudes, hiérarchiser les risques et les contraintes financières plutôt que d'ouvrir le parapluie maximum ou vivre dans une douce inconscience, examiner au plus large les alternatives à des actions potentiellement dangereuses – quitte à documenter, en toute transparence, qu'il n'y a pas d'autre solution envisageable, mettre – et rapidement – les beaux principes en application ou savoir en changer s'ils se révèlent inapplicables.

³⁶ Feinstein A. , « Clinical biostatistics. II. Statistics versus science in the design of experiments», Clin Pharmacol Ther 1970;11:282-92.

8. Retour sur l'alerte grippale

Dans la perspective avouée que ce livre survive à la pandémie grippale qui l'aura suscité, je me suis donc abandonné à un exposé général sur « le principe de précaution ». J'y ai été, il faut l'avouer, encouragé par un éminent avocat de l'industrie pharmaceutique – et néanmoins ami – qui, sur la lecture d'une version antérieure abrégée rédigée à la demande d'un laboratoire pharmaceutique³⁷, n'a pas craint de déclarer publiquement qu'il s'agissait de la contribution de loin la plus claire qu'il ait jamais lue sur le sujet...

À elle seule, la mystification lexicale des politiques s'abritant derrière « la précaution » chaque fois qu'ils sont acculés à leurs trop voyantes contradictions justifie le présent effort pour revenir aux sources du concept et aux conditions légitimes de sa mise en application. Or, à l'évidence, elles ne sont pas réunies ici.

- ✚ La « précaution » invoquée comme parapluie à géométrie variable pour faire oublier des scandales passés (comme celui de la canicule, en 2003) dissimule que *la seule* réponse décente auxdits scandales aurait consisté à auditer la compétence des instances prises en faute ; elle aurait exigé que soient balayés (et surtout pas : remplacés...) les responsables qui tiennent leur poste d'une faveur politique bien davantage que d'une compétence éprouvée. Les mêmes causes entraînant les mêmes effets, les instances françaises de veille sanitaire sont toujours dans l'incapacité de fournir la moindre estimation cohérente – je ne dis même pas : pertinente – de quelque situation épidémiologique que ce soit.
- ✚ La précaution ne doit pas être un outil d'une propagande consistant à « théâtraliser » des risques minimes au détriment des risques réels, et à crédibiliser un avenir catastrophique au seul motif de faire apparaître les politiques du moment comme les seuls sauveurs possibles de citoyens ainsi exhortés

³⁷ Girard M., « Point de vue sur... le principe de précaution », LFB, janvier 2006.

à oublier que personne, en revanche, n'affrontera les *vrais* problèmes dont ils souffrent au quotidien : le chômage, la pauvreté, le stress, l'environnement – le désespoir bien trop souvent.

- ↪ Posée d'emblée comme concept fondamental du principe de précaution, la contrainte d'un « coût raisonnable » (cf. 3.1) a été scandaleusement ignorée par les responsables politiques en la présente occurrence : un milliard et demi d'euros (avoués) pour des antiviraux d'efficacité douteuse et des vaccins non évalués, cela ne saurait correspondre à un coût raisonnable – et surtout pas dans le double contexte d'un déficit dramatique de l'assurance maladie associé à une crise économique effrayante.
- ↪ Bien d'autres concepts clés du principe de précaution sont constamment bafoués dans le climat d'anarchie alarmiste alimenté sans raison par les autorités :
 - ✓ on peut citer l'exigence *de transparence* (cf. 5.2) – quand tous les commentateurs tant soit peu critiques (et il y en a...) se disent d'autant plus choqués par la scandaleuse opacité des autorités que leurs décisions frappent le citoyen le moins averti par leur incohérence, quand ce n'est pas par leur absurdité ;
 - ✓ on peut citer encore la prise en compte des données disponibles *dans leur intégralité* (cf. 5.3) quand la sélectivité des autorités dans l'appréciation desdites données frappe jusqu'au plus profane.

Dans l'abondant sottisier de tout ce qui s'est dit depuis le lancement de cette alerte pour rien, on a envie de retenir comme particulièrement bien adaptée au présent chapitre l'assertion d'un « éminent virologue » *dixit* LeParisien.fr du 14/09/09 : « Je ne crois pas aux effets secondaires graves neurologiques de ce vaccin. *Vacciner est toujours une précaution.* » (c'est moi qui souligne) Quand nombre

d'experts en sont encore à évoquer le spectre de la « grippe espagnole », il faut quand même une certaine ingénuité pour :

- ↪ répondre aux attentes légitimes d'évaluations rigoureuses par une simple expression de foi ardente (« je ne crois pas ») ;
- ↪ considérer comme allant de soi que, une fois exclue l'hypothèque d'une neurotoxicité, le vaccin serait sûr : la religion de cet « éminent virologue » doit interdire que ce vaccin puisse avoir un profil d'effets indésirables effrayants, quoique non neurologiques – des chocs allergiques, par exemple, ou des atteintes hématologiques potentiellement mortelles, ou encore des maladies auto-immunes graves comme des lupus ;
- ↪ ignorer que, depuis l'école primaire, on a appris à tous les Français que les vaccins visaient à *prévenir* et que, comme expliqué dans le présent chapitre (cf. 4.1.1), la différence entre la prévention et la précaution, c'est que la première s'adresse aux risques *avérés*.

On en déduira, pour conclure, que la grippe porcine n'est pas un risque *avéré*, et que l'usage d'un vaccin – médicament à part entière – à titre de simple « précaution », c'est trop cher et trop risqué – surtout quand ledit vaccin a été bâclé...

Chapitre 5

Tirer les leçons du passé

Le précédent du vaccin contre l'hépatite B

Comme relevé dès l'**introduction**, le contraste est exceptionnel entre l'alarmisme presque unanime des autorités ou de la presse écrite à propos de la grippe porcine, et le scepticisme à tout le moins majoritaire des citoyens.

On a, d'emblée, évoqué une première explication à cette discordance : à la différence des « experts » qui n'ont jamais esquissé le moindre mouvement de repentance (et dont certains voudraient même accréditer aujourd'hui qu'ils n'auraient jamais cru à cette menace), le public, lui, n'a pas oublié que ceux-là qui cherchent à l'affoler avec la grippe porcine sont exactement les mêmes que ceux qui ont brandi durant *six ans* le spectre d'une grippe aviaire dont on attend toujours la moindre manifestation significative dans notre pays.

Mais dans le contexte d'une vaccination que les autorités cherchent à imposer par toutes sortes d'intimidations après avoir manifestement songé à la rendre obligatoire (cf. chapitre 3), il est une autre leçon du passé que n'ont pas oubliée les gens : c'est le sinistre bilan de la vaccination « universelle » contre l'hépatite B (sous forme, cette fois, de réelle obligation pour les professionnels de santé à partir de 1991, puis de campagne surmédiatisée à partir de septembre 1994). Et ce n'est pas un hasard si l'on trouve désormais aux avant-postes de la contestation contre la vaccination antigrippale les infirmiers et infir-

mières¹ – catégorie professionnelle qui, avec celles des aides-soignant(e)s, est probablement celle qui a payé le plus lourd tribut à cette obligation (d’autant plus critiquable qu’elle a toujours été dépourvue de la moindre justification épidémiologique et que, de plus, elle s’est préférentiellement appliquée à « la France d’en bas » de la hiérarchie hospitalière) : dans certains établissements hospitaliers, c’est bien aux scléroses en plaques post-vaccinales chez les infirmières qu’il conviendrait d’appliquer le mot « épidémie »...

Par son ampleur, sa gravité et sa portée, l’affaire de la vaccination contre l’hépatite B mérite indubitablement un livre à elle toute seule. Mais, dans le cadre du présent ouvrage, l’objectif est différent, quoique connexe : conformément au titre, tirer de ce précédent désastreux – utilisé ici comme *exemple parmi d’autres* – un certain nombre d’éléments factuels qui donnent au lecteur les moyens de « comprendre et choisir » dans la situation actuelle d’alerte à la grippe porcine.

Appliquons donc à l’histoire de la vaccination contre l’hépatite B la grille conceptuelle que nous avons proposée dans les pages qui précèdent. Faute de temps, on n’a pas visé ici l’inventaire complet d’une histoire où, n’en déplaise à la Cour de cassation ou au Pôle santé, il suffit de se baisser pour trouver les preuves. Dans ce chapitre, on ne reprendra pas non plus de façon complète les nombreux parallèles relevés au fil des pages précédentes et qui, d’ores et déjà, **permettent de tenir l’histoire de la vaccination contre l’hépatite B comme un antécédent extrêmement pertinent pour comprendre l’alerte actuelle**². Mais en se concentrant désormais sur ce précédent effrayant de façon au moins systématique, sinon exhaustive, on verra, j’espère, la remarquable efficacité des analyses critiques qu’autorise le tamis tissé au fil des chapitres précédents.

¹ Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI) : « Vaccination grippe H1N1 : le syndicat des infirmières exige un “consentement éclairé” » (Pétition du 03/09/09).

² Notamment – et c’est inquiétant – de par l’instrumentalisation de la justice en faveur des lobbies pharmaceutiques (cf. chapitre 1), et dont la Chancellerie vient de nous donner un nouvel exemple tristement éloquent.

1. Reconnaître les « actions d'environnement »

1.1. Des preuves accablantes

Chacun se souvient du battage médiatique organisé autour de l'hépatite B, avec des chiffres extravagants³, le parallèle menaçant avec le SIDA⁴, les enquêtes pseudo-épidémiologiques réalisées par les fabricants, etc. Tous documents indubitablement promotionnels, dont les mensonges sont faciles à démontrer, mais que l'administration a d'autant moins réprimés que ses propres experts – et parmi les plus éminents – y participaient en première ligne : ainsi de ces *house organs* alarmants, revues internes destinées au public profane ou professionnel, éditées par l'industrie mais sous le patronage des principaux experts de l'administration, l'expérience attestant que ce type de parrainage – incluant des contributions signées (même si elles ont été écrites par un nègre industriel) – s'accompagne normalement de rétributions en conséquence. Ainsi, bien pire encore, de la plus éminente revue française de formation médicale continue qui ne craignit pas d'éditer un numéro spécial entièrement consacré à la campagne de vaccination et cosigné en vrac par le président du Comité technique des vaccinations, les principaux experts connus pour leurs collaborations avec les fabricants... et par le responsable *commercial* du fabricant d'Engerix⁵ : on a la « formation médicale continue » qu'on peut...

Il suffirait de bien moins pour caractériser « l'action d'environnement » telle qu'elle a été définie au chapitre 1. Mais, en l'espèce, on en a *bien plus*, grâce à l'interview unique du responsable commercial de

³ « 100 000 nouveaux cas par an en France » (selon un prospectus de SKB), parfois transformés en 300 000 par des journalistes trop pressés.

⁴ « Hépatite B-SIDA : même combat. De grandes ressemblances, mais aussi une grande différence : la vaccination » soutient le même prospectus de SKB, avant de préciser que « le virus de l'hépatite B est 100 fois plus contagieux que le virus du SIDA ».

⁵ Bégué, P; Denis, F; Goudeau, A, et al, « Vaccination contre l'hépatite B en France. Bilan de la campagne de vaccinations en 1995 », Paris, La Revue du Praticien-Médecine Générale 1997, n° 381 (12 mai).

SmithKlein Beecham, lequel s'auto-congratule avec une inconscience sidérante⁶ :

« Dès 1988, nous avons commencé à sensibiliser les experts européens de l'OMS à la question de l'hépatite B. De 1988 à 1991, nous avons financé des études épidémiologiques pour créer un consensus scientifique sur le fait que cette hépatite était un problème majeur de santé publique. Avec succès puisqu'en 1991, l'OMS a émis de nouvelles recommandations en matière de vaccination contre l'hépatite B⁷. »

« En France, nous avons eu la chance de tomber sur Philippe Douste-Blazy, un ministre de la Santé dynamique. Nous sommes allés le voir et il a compris du premier coup qu'il y avait un problème de santé publique. »

« [...] Et puis il faut trouver le ministre qui amorcera le mouvement. En 1994, en France, nous avons décroché le marché de la vaccination en milieu scolaire. Quand un enfant se fait vacciner en sixième, sa mère pense à faire vacciner ses autres enfants par son médecin traitant et puis se dit pourquoi pas moi et mon mari ? »

Évoquant récemment cette interview dépassant l'imagination devant un journaliste qui me mettait au défi de documenter la corruption de l'OMS, je me suis vu rétorquer que la réalité d'un lobbying n'est pas une preuve de corruption : cela dépend, d'une part, de ce qu'on appelle « corruption » (j'y inclus, pour ma part, la corruption intellec-

⁶ Par rapport à l'hypothèse du cynisme, celle de l'inconscience mérite d'être privilégiée : le journaliste responsable de cette interview stupéfiante, que nous avons rencontré bien après dans un autre contexte, nous a informé que le laboratoire s'était donné un certain mal pour tenter d'empêcher la parution de cette interview.

⁷ L'habile stratégie d'un labo. *Sciences et Avenir*, janvier 1997, n° 599, p. 27.

tuelle), d'autre part, du type de lobbying exercé, enfin de son résultat. En l'espèce :

- ↪ on relèvera comme préoccupant que les « experts » de l'OMS aient besoin des commerciaux de l'industrie pharmaceutique pour se « sensibiliser » aux problèmes de santé publique supposés « majeurs » ;
- ↪ l'aveu désarmant que des études puissent être entreprises une fois leur conclusion prédéterminée (« *pour* créer un consensus scientifique ») ;
- ↪ le constat d'un impact effectif dont les conséquences ont été faramineuses, puisque c'est bien sur la base des « nouvelles recommandations » ainsi téléguidées par les commerciaux des fabricants qu'a été arrêté le principe d'une vaccination universelle.

Les preuves d'une réelle corruption s'aggravent encore des circonstances suivantes :

- ↪ constamment et de façon systématiquement opaque, l'OMS a laissé sur ce sujet parler en son nom le *Virus Hepatitis Prevention Board* (VHPB), comité d'experts qui s'est toujours présenté comme une émanation de cette organisation, alors qu'il avait été fondé et financé par les fabricants⁸ ;
- ↪ ces conflits d'intérêts ont atteint des sommets lors des meetings organisés par le VHPB à fins de médiatisation, notamment celui des 28-30 septembre 1998 destiné à contrecarrer l'inquiétude autour des complications neurologiques du vaccin : certains des participants à cette conférence « d'experts » – que je connais personnellement fort bien – n'avaient strictement aucune expertise et aucun autre titre pour participer que leur fonction de *salariés chez les fabricants concernés*⁹.

⁸ Anon, « Good news on hepatitis B vaccination in Europe », *Scrip* 1997(2288):22.

⁹ Pris la main dans le sac d'une telle mystification lors de procès civils en France, les fabricants se sont défendus en prétendant que leurs salariés n'avaient été là-bas que

1.2. Une réfutation pourtant facile

Considérant la précipitation brouillonne de la Chancellerie à payer son écot au climat d'alarmisme délirant concernant la grippe porcine (cf. chapitre 1), les citoyens pourraient, par contraste, d'autant plus s'inquiéter quant à la procrastination des juges à sanctionner de telles tromperies que, comme on l'a relevé, l'administration sanitaire contraint les Français à un pacte de confiance aveugle envers les mêmes fabricants (cf. chapitre 3)...

Cette absence de sanctions (dont l'administration sanitaire aurait pu également prendre l'initiative, *via* par exemple la Commission chargée du contrôle de la publicité) apparaît d'autant plus préoccupante que, même en son temps, la réfutation de ces âneries promotionnelles aurait dû aller de soi avec un minimum de professionnalisme. Après avoir loué le « dynamisme » de M. Douste-Blazy, en effet, le responsable commercial SKB se laissait aller à la déploration suivante :

« Cela n'a pas été le cas avec l'Allemagne et la Grande-Bretagne. L'hépatite B, les Britanniques n'en démordent pas : ils disent ne pas connaître... »

Et ils faisaient bien. Par opposition à la collusion de notre *Revue du Praticien* (cf. note 5), écoutons la réaction de la principale revue médicale britannique réagissant aux mêmes actions d'environnement exactement :

« Voici une semaine, vendredi dernier, la Grande Bretagne s'est réveillée pour prendre en compte le risque d'hépatite B qui la menace pendant le petit déjeuner. À partir de 9 heures, pas moins de 26 bulletins d'information locaux ou nationaux ont signalé que « des experts médicaux de premier plan » plaideraient

comme observateurs. C'est faux : ils sont dûment listés à la fin du compte rendu exactement au même titre que tous les autres experts consultés. On relève en passant que, parmi les participants auxquels on ne pouvait contester une certaine expertise, aucun n'avait pris le soin de déclarer ses liens d'intérêts, pourtant notoires pour certains d'entre eux.

pour une stratégie d'immunisation universelle des enfants contre le virus. Le message était qu'en maintenant sa politique actuelle de prévention limitée aux groupes à risque, le département de la Santé manquait à son devoir essentiel de protéger les enfants contre la maladie. L'OMS a recommandé une stratégie de vaccination universelle contre l'hépatite B [...]. Deux raisons expliquent cette obsession des médias ce jour-là. D'abord, que SmithKline Beecham, premier fabricant de vaccin contre l'hépatite B, avait convoqué *une réunion de consensus* pour examiner la question ; ensuite, qu'il avait payé l'entreprise londonienne de relations publiques Shire Hall pour lancer son communiqué. Cette entreprise a fait du beau travail. [...] Qu'il serait sage de faire payer aux contribuables britanniques leur part dans le programme d'immunisation proposé est une question ouverte [...]. Shire Hall a certainement offert une démonstration de la façon dont on peut manipuler la machine médiatique. »

C'était en 1996¹⁰...

Que, plus de dix ans après et malgré l'évidence des risques iatrogènes (cf. 3.2), la *British Medical Association* ait opéré un brutal revirement en essayant de promouvoir cette vaccination¹¹ et que, de toute façon, les Britanniques (dont les professionnels de santé qui sont pourtant bien mieux formés que les nôtres à la santé publique et à l'épidémiologie) ne fassent guère mieux que nous désormais à propos de la grippe porcine représentent un indicateur désespérant du marasme scientifique et intellectuel où les lobbies triomphants sont parvenus à conduire les nations (cf. chapitre 6).

¹⁰ *British Medical Journal* 1996 ; 313 : 825.

¹¹ Girard M., « Being or not being an idiot », <http://www.bmj.com/cgi/eletters/335/7627/950#180438>

1.3. Dramatisation de l'anecdotique

Un souvenir personnel suffira à illustrer cette tendance. En février 2001, alors que j'étais assez contrarié de voir la promotion totalement acritique des deux études américaines rassurantes qui venaient de paraître sur le vaccin contre l'hépatite B, je pris l'initiative de contacter, dans un grand quotidien, un journaliste que j'avais connu quinze ans auparavant afin de lui proposer de publier une correspondance posant quelques bémols par rapport à des investigations dont les insuffisances méthodologiques étaient quand même flagrantes. À ma relative surprise (car nous avons vaguement sympathisé autrefois), je fus d'abord accueilli très froidement, mon interlocuteur posant d'emblée qu'entre son journal et « les opposants » à cette vaccination, c'était (je cite textuellement) « une lutte à mort » – reflet intéressant d'une certaine conception en matière d'information, surtout sur des matières comme la médecine qui visent, en principe, une certaine objectivité (on n'en était pas à la question du voile dans les écoles)...

Très remonté, il partit dans une grande diatribe sur les « cons comme Giacometti¹² », taxé d'irresponsabilité criminelle à l'égard d'une maladie aussi dramatique que l'hépatite B – responsable d'hépatites fulminantes dont, en tant que non médecin, il ne pouvait avoir l'expérience atroce dont se prévalait mon interlocuteur.

Or, pour médecin qu'il fût effectivement, ce pourfendeur de cons s'était très précocement lancé dans le journalisme de telle sorte que ce ne pouvait être qu'au travers d'une pratique médicale éphémère qu'il avait vu toutes ces hépatites désespérantes qui lui avaient laissé un souvenir aussi traumatique.

Il s'avère que son propre père, que je connaissais cette fois assez bien, avait, lui, été chef d'un grand service de gastro-entéro-hépatologie situé, de plus, dans une zone de la région parisienne assez ouverte à l'immigration (personne ne contestant que la fré-

¹² Un journaliste du *Parisien* qui venait de publier un livre assez critique sur la campagne de vaccination de 1994.

quence des hépatites B est nettement plus élevée dans la population migrante que chez les autochtones) : à ce titre, il avait dû en voir, des hépatites B. Le rencontrant vers la même époque pour des raisons connexes, je lui demandai, si au cours de sa longue carrière de praticien hospitalier, l'hépatite B avait représenté pour lui un problème significatif : me regardant en haussant les épaules, il me répondit par la négative.

Le souvenir du contraste entre cet hépatologue chevronné démentant que l'hépatite B ait jamais représenté un problème très significatif dans toute une vie de pratique *spécialisée*, et son fils *journaliste* (qui ne pouvait, au mieux, avoir pratiqué plus que quelques brèves années) alimentant – avec des accents de colère sacrée (« une lutte à mort ») – le mythe d'une menace effroyable m'est constamment resté en illustration des pouvoirs fantastiques de l'imagination sur la réalité. Fantastiques, mais également fort dommageables, lorsqu'ils sont à l'œuvre dans l'esprit d'un chroniqueur médical travaillant pour un quotidien à grand tirage...

1.4. Rhétorique de globalisation

L'hépatite B est une excellente occasion pour apercevoir l'idiotie d'une globalisation géographique¹³ – à laquelle j'ai pourtant vu sacrifier d'excellents esprits, dont je peine à croire qu'ils étaient tous payés par l'industrie pharmaceutique. Certes, cette maladie pèse d'un certain poids dans certains pays – encore qu'il faut en rabattre aussi sur les exagérations promotionnelles à cet égard : en Inde, par exemple, ils sont quelques-uns autour de mon ami et respecté collègue J. Puliyl à se battre, non sans succès apparemment, contre l'extension d'un programme vaccinal anti-hépatite B, au motif, justement, qu'il correspondrait à une *allocation de ressources* inadéquate compte tenu d'autres problèmes sanitaires bien plus criants¹⁴... En

¹³ « 2 millions de décès par an dans le monde [...] 2^e cause de cancer après le tabac » soutenait encore le document promotionnel mentionné en note 3 : il n'est même pas besoin de vérifier ces chiffres pour en apercevoir la débilite.

¹⁴ Mudur G. , « Indian association questions plans for hepatitis B immunisation », BMJ 2006;333:621 (23 September), doi:10.1136/bmj.333.7569.621-c

tout état de cause, rappelons qu'en France, la veille sanitaire peine à identifier plus que quelques *centaines* de cas par an, pour une maladie virale qui, bénigne dans 98 % des cas, ne peut, en aucun cas, rendre compte d'une morbi-mortalité significative.

À l'heure actuelle, *la faim dans le monde* est probablement le problème sanitaire le plus préoccupant à l'échelle de la planète, puisqu'il concerne près d'un milliard de personnes. Malgré cette évidence, – à une époque où l'obésité fait figure de fléau public en Occident et où les Autorités n'ont même plus peur d'autoriser des anorexigènes à la vente libre – , qui aurait le culot de recommander à nos adolescents de se rapprocher du réfrigérateur au motif que tant de leurs semblables souffrent de la faim ? C'est pourtant sur un argument conceptuellement aussi débile qu'a reposé la campagne de vaccination contre l'hépatite B lancée en septembre 1994 par Ph. Douste-Blazy...

1.5. Conversions en série

Au titre des conversions en série sur les dangers d'une maladie que personne ou presque (même dans les professionnels de santé) n'avait jamais vue, on rappellera d'abord l'affolement des gens réduits à faire la queue devant les pharmacies. Par contraste, on constate que, pour l'instant, l'angoisse visant l'insuffisance des stocks de vaccin antigrippal semble affecter davantage les autorités que le citoyen de base : souhaitons que le présent livre contribue significativement à faire perdurer cette roborative discordance entre le peuple et ses « autorités » de plus en plus discréditées par tant d'irresponsabilité...

On se rappellera, également, les protestations outrées de la Fédération des conseils de parents d'élèves des écoles publiques (FCPE) – bastion de laïcité républicaine – contre la pingrerie des autorités et exigeant, avec une impatience sévère, l'extension à *toutes les classes du collège* du programme scolaire de vaccination contre l'hépatite B !... Ce, au mépris des mises en garde, pourtant très justifiées, des syndicats de personnels scolaires.

Par comparaison, hélas, la situation actuelle n'est pas sans rappeler ce type de précédent, où le bon sens et l'analyse critique s'effacent

devant l'esprit partisan (rappelons que le gouvernement était de droite à l'époque) : c'est ainsi qu'actuellement (et quoique son discours se soit infléchi au cours du temps), un député socialiste de Paris a d'abord pris prétexte de la situation pour se lancer dans une surenchère, dont les motivations politiques sautaient aux yeux, et qui visait à accréditer que le gouvernement (de droite-plus-ouverture) n'en faisait pas assez. Au cours d'une émission sur France 24¹⁵ et non sans une préoccupante inconscience, il a prétendu s'accorder avec moi sur les excès de l'industrie pharmaceutique alors que :

- ↪ ma critique ne vise pas tant l'industrie pharmaceutique (qui ne se distingue en rien des autres secteurs industriels dans son souci de rentabilité) que l'incapacité *des politiques*, justement, à protéger les citoyens contre les visées commerciales de cette industrie ;
- ↪ en profitant de la crise actuelle pour essayer de marquer des points contre ses adversaires politiques, le député en question alimente, à sa façon et de toute son autorité, un alarmisme finalement bénéfique aux forces de l'argent qu'il prétend dénoncer (par exemple, lorsque, abusant de sa formation médicale, il ne craint pas de soutenir publiquement que la situation actuelle serait superposable à celle de 1918¹⁶).

Last but not least dans le précédent de l'hépatite B : les médecins. À côté des autorités sanitaires (et, en principe, des instances de remboursement), j'ai toujours considéré les prescripteurs comme l'un des

¹⁵ « Grippe A/H1N1 : ce que l'on sait » - 2^e partie
([http://www.france24.com/fr/20090818-wbfrdebat19h33m090818flv-Grippe+A+\(H1N1\)-France-Europe](http://www.france24.com/fr/20090818-wbfrdebat19h33m090818flv-Grippe+A+(H1N1)-France-Europe))

¹⁶ Il faudra, un jour, songer à une réglementation qui imposerait aux professionnels de santé de *renoncer* à leurs diplômes (et aux titres qui en découlent) dès lors qu'ils entrent en politique, avec notamment interdiction (par exemple : sous peine d'amende) de se prévaloir d'une compétence qu'ils ont manifestement perdue aux trépidations de leur nouvelle vocation : les deux métiers sont trop différents, comme illustré par le pitoyable spectacle d'un ministre « pharmacien » qui semble avoir tout oublié de la législation pourtant considérable régissant, normalement, l'introduction d'un médicament sur le marché...

trois *verrous de sécurité* normalement destinés à contenir les prétentions financières (plus ou moins légitimes) des industries qui produisent des biens de santé : à supposer que les autorités de contrôle aient failli en donnant l'autorisation de mise sur le marché, qu'est-ce qui oblige les médecins à prescrire un médicament dont le bénéfice/risque ne leur paraît pas favorable ? Dans le cas de l'hépatite B – maladie pourtant dont ils auraient dû être les premiers à témoigner qu'elle ne correspondait vraiment pas à un problème de santé significatif¹⁷ –, ils ne se sont pas contentés d'être scandaleusement passifs devant les mensonges éhontés des lobbies pharmaceutiques (« 100 000 nouveaux cas par an¹⁸ ! ») : ils les ont repris à leur compte, en les amplifiant de toute leur autorité locale – sans jamais se poser le minimum de questions qui auraient dû s'imposer à n'importe quel professionnel de santé (quel bénéfice, quel risque, quel coût ?).

Le motif profond de cette complicité objective entre praticiens et promoteurs de la vaccination, c'était évidemment le désir des premiers de prendre leur part du gâteau (quitte à aggraver de façon vertigineuse, soit dit en passant, le paramètre *coût* de l'opération) : dans certaines familles nombreuses, on m'a raconté que des médecins avaient facturé une consultation pour chaque vaccination¹⁹...

¹⁷ J'ai rappelé plus haut (cf. note 14) qu'en Inde, où l'hépatite B est quand même nettement plus fréquente qu'ici, je m'honorais d'avoir pour amis des collègues pédiatres qui ne craignent pas de se battre avec intelligence et fougue pour s'opposer aux lobbies dissimulés derrière l'OMS et documenter, preuves épidémiologiques en main, que toutes choses égales par ailleurs, cette maladie virale n'était pas une priorité sanitaire.

¹⁸ Au moment même de la campagne, le réseau *Sentinelles* (qui représentait environ 1 % des praticiens français) ne parvenait pas à dénombrer plus de 28 cas par an (BEH 1995 ; 20). En extrapolant grossièrement, on arrivait à 2 800 cas/an pour l'ensemble du territoire, dont la majorité imputable à des comportements à risque. Les médecins étaient donc particulièrement bien placés, sur le terrain, pour juger les estimations des fabricants comme proprement extravagantes.

¹⁹ Rappelons qu'en plus, le schéma de rappel arrêté par les autorités en France, partant le nombre de consultations requises pour le mettre en œuvre, était démen-

Dans la crise actuelle, on a bien noté que, d'ores et déjà, bien entendu sous les plus pieux prétextes de santé publique, les représentants de la profession semblent plus intéressés par la répartition des rôles en cas de vaccination massive que par la *justification* épidémiologique d'une telle vaccination : c'est à la fois inquiétant et honteux – surtout pour une corporation prétendument dotée d'un code de déontologie²⁰...

Il y aurait encore beaucoup à dire sur cette « action d'environnement » qu'a représenté la « campagne de sensibilisation » (des experts de l'OMS, puis des autorités françaises, enfin des citoyens comme détaillé avec une ingénuité cynique dans l'interview donnée plus haut : cf. 1.1) qui mérite de rester dans les annales de la manipulation promotionnelle. Faute de temps pour ce faire, venons-en désormais aux experts et à leur crédibilité.

2. Auditer les experts

2.1. Compétence

2.1.1. L'objet de l'expertise

C'est la première remarque que m'ont faite mes collègues américains Geier père et fils, voilà déjà longtemps, et que je peux confirmer de toute mon expérience : la toxicité des vaccins contre l'hépatite B (produits à visée simplement préventive, rappelons-le) est tellement inhabituelle *qu'elle saute aux yeux* de n'importe quel professionnel doté d'un minimum de compétence.

tiellement élevé par rapport à la pratique internationale qui ne connaissait ni le rappel à un an, ni – encore moins – *les rappels à cinq ans*.

²⁰ C'est aussi l'occasion d'interpréter la passivité récurrente de la profession à chaque nouvelle promotion préventive, si contestable soit-elle (mammographie, cancer de la prostate, vaccin anti-HPV, etc.) : en ce que toute prévention représente, commercialement, l'élargissement d'un marché, il est bien clair que les médecins en sont les premiers bénéficiaires, puisque cette prévention nouvelle va *de facto* leur attirer des clients nouveaux et leur donner prétexte à des actes supplémentaires...

- ↵ Elle était assez voyante :
 - ✓ pour déclencher en France, dès juin 1994, la mesure-phare d'alerte : une enquête nationale de pharmacovigilance ;
 - ✓ pour se trouver confirmée dès les premières conclusions de l'enquête, en décembre 1994 : après avoir relevé, à juste titre, que, relativement aux autres vaccins²¹, celui contre l'hépatite B se « singularisait » par la survenue « d'effets neurologiques graves », les rapporteurs proposaient de mentionner dans le Vidal le risque de sclérose en plaques et d'autres complications neurologiques (polyradiculonévrite, névrite optique, paralysie faciale).
- ↵ Elle était assez fréquente pour que, dès le début de la campagne, le Service de neurologie de la Pitié-Salpêtrière, sur la seule base de ses observations individuelles (i.e. sans le moindre support d'investigation épidémiologique), lance une seconde alerte : on ne sache pas qu'au sein du Service – *off record*, j'entends – l'opinion des neurologues ait changé quant au risque neurologique de ce vaccin.
- ↵ Elle est toujours assez patente pour qu'un patron de la Salpêtrière, parmi les plus éminents, m'ait textuellement avoué tenir ce vaccin pour une « saloperie » – et avoir « interdit » à tous les siens de s'y exposer...
- ↵ Elle est assez massive pour que :

²¹ Il est malgré tout **très significatif** pour la situation présente que les rapporteurs aient tenu à nuancer leur propos. En principe, remarquaient-ils, on n'a pas la notion d'une toxicité neurologique avec les « autres vaccins », à l'exception des deux suivants : celui contre la coqueluche et celui... *contre la grippe* !

- ✓ on aperçoit corrélativement une brutale²² augmentation du nombre de « scléroses en plaques graves » prises en charge par l'assurance maladie au titre des affections de longue durée (ALD) ;
- ✓ des investigations épidémiologiques entreprises, la seule méthodologiquement correcte et *financièrement indépendante* ait conclu à un risque de sclérose en plaques *plus que triplé* chez les vaccinés par rapport aux non vaccinés²³ ;
- ✓ les experts de l'AFSSAPS aient fini par admettre, après des années de dénégations, que le nombre de complications neurologiques post-vaccinales qui leur avaient été notifiées *dépassait* le nombre de cas normalement attendus dans la population générale²⁴ : ce qui, compte tenu du poids habituel de la sous-notification d'une part²⁵, des efforts forcenés des autorités pour dissuader les professionnels de santé de leur devoir de notifier, rend compte d'une épidémie iatrogène sans aucun précédent dans mon expérience.

↳ Elle signalait un drame de santé publique assez tragique pour que, durant de longues années, je délaisse mon activité pour

²² Brutale et inexplicable autrement, malgré les allégations contraires de l'administration : cf. mon article *Qui croire ?*

(<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article21>), ainsi que la section 3.2.

²³ Hernan M. , Jick S. , Olek M. , Jick H. , « Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis. A prospective study », *Neurology* 2004;63:838-42.

²⁴ Fourrier A. , Begaud B. , Alperovitch A. *et al*, « Hepatitis B vaccine and first episodes of central nervous system demyelinating disorders: a comparison between reported and expected number of cases », *Br J Clin Pharmacol* 2001; 51(5):489-90.

²⁵ En France, les médecins notifient très peu : même lorsqu'une toxicité médicamenteuse est avérée, le nombre des cas notifiés aux autorités dépasse rarement le centième des cas attendus dans la population générale, et peut être encore moindre. Dans les conditions d'une sous-estimation aussi systémique, obtenir un nombre de cas notifiés *supérieur* au nombre de cas attendus est l'indicateur incontestable d'une catastrophe iatrogène.

tant intense de consultant afin de m'y consacrer – au service de la Justice, notamment. Il peut être utile de rappeler, à ce sujet, que jusqu'alors, les deux fabricants impliqués contribuaient significativement à mon très confortable chiffre d'affaire de l'époque : je n'avais donc strictement aucun intérêt (euphémisme...) à me brouiller avec des clients aussi anciens et fidèles si je n'avais été absolument convaincu d'une toxicité iatrogène effectivement *exceptionnelle* avec ces vaccins²⁶. N'ayant évidemment fait vacciner aucun des miens, je n'avais, non plus, aucune animosité réactionnelle susceptible d'alimenter quelque animosité *personnelle* que ce soit pour les responsables de ce drame – mon seul objectif ayant été qu'il cesse de toute urgence.

2.1.2. Les experts de l'administration

Si, comme rappelé à la précédente section, les experts de l'administration française ont rapidement aperçu la toxicité neurologique inhabituelle des vaccins contre l'hépatite B, que leur reprocher en matière de compétence ?

Pour se limiter aux seules questions de compétence (celles de l'indépendance seront abordées plus bas), l'insuffisance des experts français a été multidimensionnelle.

↳ Si le risque iatrogène a été précocement reconnu, son ampleur a été longtemps sous-estimée, comme attesté par les

²⁶ Ce qui est aussi une réponse, soit dit en passant, aux imbéciles qui prétendent faire de moi « un pourfendeur des vaccinations ». Je suis un spécialiste du médicament et me contente de pourfendre les médicaments dont le rapport bénéfice/risque est par trop défavorable, fût-ce un vaccin. Mais si *ne pas* être antivaccinaliste consiste à injecter tout et n'importe quoi ou à contourner l'essentiel des évaluations pourtant requises par la réglementation, l'éthique, la rigueur scientifique et le bon sens, alors je dois être un « antivaccinaliste », en effet... La situation s'éclaircirait si les « vaccinalistes » se décidaient à comprendre que les vaccins sont des *médicaments comme les autres*, et même des médicaments *plus compliqués* que les autres (avec des adjuvants, parfois plusieurs principes actifs, une action réputée très durable...) et qu'à ce titre, ils ne méritent aucun traitement d'exception.

chipotages méthodologiquement pitoyables de la Commission nationale de pharmacovigilance tout au long des années qui ont suivi. Numériquement sous-estimée pour ce qui concerne les SEP, la toxicité des vaccins contre l'hépatite B a été encore plus sous-évaluée pour ce qui concerne les innombrables complications *non* neurologiques²⁷ – tout à fait inhabituelles, là encore, pour un vaccin et qui, en nombre de personnes atteintes, correspond peut-être à un problème iatrogène encore plus important que celui posé par les SEP.

- ↪ S'ils ont perçu un éventuel risque neurologique, les experts de l'administration se sont constamment mépris sur le principal paramètre pertinent, à savoir *le rapport bénéfice/risque* de cette vaccination. Fervents convaincus par la propagande des fabricants (cf. 1.1) concernant l'effroyable danger représenté par l'hépatite B (reflet intéressant de leur compétence épidémiologique), ils ont constamment soutenu, à qui voulait bien l'entendre, que les bénéfices du vaccin étaient « évidents » et qu'ils ne seraient tout simplement pas « discutés ». Ils ont tous adhéré à l'idée que même « un doublement du risque de sclérose en plaques » chez les vaccinés ne remettrait pas en question les bénéfices « évidents » de cette vaccination. Il est facile de faire le calcul : avec un nombre de sclérosés en plaques qui, en France, ne dépassait 25 000 avant la campagne vaccinale²⁸, un doublement du risque dans une perspective de vaccination « universelle » exposait donc à un sur-nombre de 25 000 SEP *iatrogènes*, qu'il convient de comparer au nombre d'hépatites graves épargnées (sous l'hypothèse hasardeuse d'un vaccin totalement efficace) – soit au maximum quelques *dizaines de cas* (pour une maladie dont le nombre de cas ne dépassait pas 3 000 par an et qu'on sait

²⁷ Girard M. , « Autoimmune hazards of hepatitis B vaccine », *Autoimmun Rev* 2005; 4(2):96-100.

²⁸ Delasnerie-Laupretre N, Alperovitch A, « Epidémiologie de la sclérose en plaques », *Rev Prat* 1991; 41:1884-7.

bénigne dans environ 98 % cas²⁹). **Il est ainsi avéré que les « experts » de l'administration sanitaire ont placidement – et durablement – admis que le bénéfice d'épargner quelques dizaines d'hépatites compliquées (sinon mortelles) survenant préférentiellement par suite de comportements à risque ou dans des populations migrantes n'avait pas à être « remis en cause » par la survenue de 25 000 SEP iatrogènes**, dans une population initialement en parfaite santé incluant nombre d'adolescents, d'enfants et même de bébés.

✚ Ce manque de vision globale s'est également traduit par l'impuissance des experts français à apercevoir la catastrophe à laquelle exposait, par simple effet d'échelle (cf. chapitre 3), la campagne « universelle » lancée exactement *au même moment* : si, par suite d'une diffusion encore modeste à l'époque, le vaccin était assez toxique pour provoquer des dégâts qu'on pouvait déjà apercevoir sur la seule base des notifications spontanées, qu'allait-il donc se passer à partir du moment où *l'intégralité* de la population française y serait exposée ? Le 15 décembre 1994, alors que – on l'a vu – la réalité d'un risque était parfaitement admise et qu'en conséquence, il était encore possible de tout arrêter du plan lancé par M. Douste-Blazy seulement trois mois plus tôt (les modalités de la campagne scolaire en étant encore à la simple mise en place à ce moment), les rapporteurs de l'enquête ne frémissent pas de conclure posément : « *compte tenu* de l'élargissement prochain de la vaccination [...], l'enquête sur les effets neurologiques des vaccins doit rester en ouverte. » (c'est évidemment moi qui souligne). Moins d'un an plus tard (15/10/95), la Commission va jusqu'à écrire sans rougir : « Par ailleurs, la Commission nationale de pharmacovigilance souhaite que l'enquête reste ouverte, afin d'évaluer la sécurité

²⁹ Millward-Sadler et coll, *Wright's liver and biliary diseases*, Saunders, 3rd edition, 1992 : p. 723.

d'emploi des vaccins anti-hépatite B *chez les enfants et les nourrissons*. » On a bien lu : **la Commission de pharmacovigilance a ouvertement souhaité que soit « évaluée » *in vivo* et *a posteriori* la sécurité du vaccin – et chez les enfants et les nourrissons en plus !** Du même coup, elle a admis que les évaluations essentielles de tolérance – même chez les « espèces protégées » de la recherche clinique (cf. chapitre 3) n'avaient simplement pas été faites : est-il utile de souligner la pertinence de ce précédent vertigineux pour la situation actuelle ?

Consternant chez des représentants de l'administration supposés veiller au respect de la réglementation, le vice de raisonnement est exactement le suivant : au lieu que l'évaluation chez les enfants et les nourrissons soit posée comme un *préalable* réglementairement incontournable à une exposition massive, c'est l'*actualité* d'une exposition massive qui fournit un intéressant prétexte pour opérer les évaluations manquantes. Mais, outre qu'en réalité, aucune évaluation sérieuse – prospective ou rétrospective – ne sera jamais vraiment mise en œuvre, quelle était la seule justification de cette exposition massive ? Une action d'environnement (cf. 1.1) d'une pauvreté épidémiologique inouïe et dont les déterminants exclusivement promotionnels étaient – et restent – parfaitement documentables...

↪ Enfin – et la portée du fait sera également examinée plus bas (cf. 2.2) – les experts de l'administration ont aussi péché par inertie. Sans qu'il soit utile d'entrer dans les détails technoscientifiques, c'est également à juste raison que les rapporteurs de l'enquête avaient, d'emblée (14/12/94), relevé que l'évaluation *précise* du risque neurologique appelait des études épidémiologiques (« une étude de pharmacovigilance utilisant des méthodes épidémiologiques ») plus sophistiquées qu'une simple enquête de pharmacovigilance. Le seul problème, c'est qu'ils ont attendu trois ans – et l'exaspération du

cabinet Kouchner – pour *commencer* de mettre ce projet en œuvre : à ce moment, avec près de la moitié de la population vaccinée, il était tout simplement *trop tard* pour admettre, rétrospectivement, qu'on avait joué avec le feu.

Avec l'incompétence expertale quand elle est massive, il n'est pas toujours besoin de contre-expertise pour l'objectiver : souvent désopilant, le constat du fait se met vite à portée du profane. Ce fut bien le cas ici. Conséquence directe de la procrastination évoquée au paragraphe précédent, l'enquête de pharmacovigilance – malgré ses insuffisances évidentes pour n'importe quel spécialiste – va rester durant des années, le seul argument de autorités françaises, relayé et amplifié par les instances internationales comme l'OMS et repris, à ce titre, par des administrations étrangères comme celle des USA. Or, de cette enquête qui a ainsi durablement représenté la seule source de réassurance *internationale* sur la bonne tolérance des vaccins contre l'hépatite B, les responsables étaient tellement nuls qu'incapables d'utiliser la fonction « somme automatique » du moindre tableur (d'ailleurs disponible également sur les traitements de texte), ils dénombraient *à la main* leurs données informatisées, couvrant des feuilles et des feuilles avec *des bâtons et des croix* : ce n'est pas sans raison qu'a été évoqué, à cette occasion, « l'âge de pierre informatique » où vivait encore l'administration sanitaire française³⁰.

Les enseignements à tirer de ce précédent pour l'actualité de la menace d'une vaccination contre la grippe vont de soi une fois de plus :

- ✦ les « experts » de l'administration sanitaire française ont fait preuve d'une incompétence massive : la plupart sont toujours en place, quand ils n'ont pas été promus ;
- ✦ leur obnubilation d'un risque épidémique, créée de toutes pièces par les lobbies, les a conduits à défendre un vaccin dont le rapport était grossièrement défavorable, puisqu'il permettait au mieux, d'épargner quelques dizaines de compli-

³⁰ « Vaccin hépatite B : le rapport du Dr Girard très critique sur l'attitude et les méthodes des autorités sanitaires » (APM-Reuters, 14/11/02).

cations contre des dizaines de milliers d'accidents vaccinaux : aujourd'hui encore, par rapport à une grippe porcine pour l'instant plus bénigne que la grippe saisonnière, il est exceptionnel de les entendre aborder la question des risques vaccinaux ;

- ↪ l'anarchie des mesures telles que prises aujourd'hui rappelle immanquablement le manque de vision globale dont ils ont fait preuve à l'époque et leur impuissance radicale à penser une situation en termes de santé *publique* ;
- ↪ alors qu'à la différence des vaccins qu'on nous promet pour le 15 octobre, les vaccins contre l'hépatite n'ont pas fait l'objet d'un développement accéléré, ils n'avaient pas été évalués dans les « espèces protégées » de la recherche clinique, notamment les enfants et les nourrissons ; il est documenté que les experts de l'administration n'ont pas craint d'envisager des évaluations *a posteriori* en une véritable recherche biomédicale opérée à l'insu des sujets concernés et de leurs parents ;
- ↪ parmi tous les vaccins disponibles, **le vaccin *antigrippal* émergeait déjà du lot pour son potentiel tout particulier à entraîner des complications neurologiques** (cf. note 21).

2.1.3. Les experts judiciaires

L'instrumentalisation de la justice dans l'affaire de l'hépatite B (cf. chapitre 1) justifie un minimum de considérations spécifiques pour l'espèce.

En l'espèce, justement, l'incompétence des experts désignés dans les affaires judiciaires liées à la vaccination contre l'hépatite B a été patente, massive et généralisée, comme illustré par les quelques exemples qui suivent (et qui pourraient être multipliés sur demande).

- ↪ On l'a déjà noté : dans une affaire où la quasi-totalité des documents pertinents était rédigés en anglais, la justice n'a pas craint de missionner des experts qui ne maîtrisaient manifes-

tement pas cette langue et qui sont, à ce titre, restés dans la dépendance des traductions fournies *par les fabricants* de publications internationales soigneusement sélectionnées. Il ne semble pas que la Cour de cassation se soit jamais émue de ce manquement patent au principe de *l'égalité des armes*.

- ↪ Il n'est pas possible d'avoir un inventaire complet des procès en cours sur la vaccination. Cependant, comme ces affaires tournent essentiellement sur un petit noyau d'avocats, je me suis appliqué, voici environ un an et demi, à réunir un corpus qui correspondait probablement à la majorité des affaires alors en cours, à savoir 87 expertises : une réactualisation de cette analyse n'en changerait probablement pas les résultats, eu égard à la propension des magistrats à désigner très répétitivement les mêmes experts en ce type d'affaire. Or, l'analyse des spécialités chez les 86 experts nommés retrouve : 25 neurologues, 16 légistes, 12 internistes, 11 biologistes, 5 pharmacologues, 5 rhumatologues, 3 généralistes, 9 divers. Ainsi, dans des affaires mettant en cause les stratégies de promotion les plus sophistiquées de l'industrie pharmaceutique mondiale, *pas une seule fois* la justice n'a éprouvé le besoin de désigner un expert doté d'une expérience minimale en « sciences du médicament ».
- ↪ Cette question de spécialité ne relève pas d'un débat scholastique, car l'incompétence résultante est flagrante.
 - ✓ Internationalement et depuis des décennies, l'obligation légale faite aux fabricants d'assurer le suivi de leurs médicaments une fois introduits sur le marché se concrétise principalement autour d'un document clé, le PSUR (*Periodic Safety Update Report*) – rapport de tolérance exigible par toutes les administrations sanitaires sur une base périodique³¹. Or, dans toutes les expertises judiciaires sur la vaccination qui ont été réa-

³¹ Article R. 5121-173 du Code de la santé publique.
ICH Guideline E2C(R1).

lisées, *aucun* des experts désignés n'a simplement eu l'idée de réclamer spontanément ce document (dont aucun ne connaissait l'existence). On s'est donc trouvé *mutatis mutandis* dans la situation assez incongrue d'un contrôle fiscal où le contrôleur aurait systématiquement négligé les déclarations fiscales du contrôlé...

- ✓ Quasiment *aucun* des experts ainsi désignés ne s'est trouvé en mesure de désigner précisément la faille méthodologique qui réduit à néant les conclusions rassurantes des trois études épidémiologiques mises en place par les autorités françaises avant 2008 : l'insuffisance de puissance statistique³² (à savoir – pour l'expliquer brièvement au profane qui peut trouver plus de détails sur mon site³³ – les moyens *suffisants* pour distinguer entre l'aléa [une réaction due au hasard] et la défectuosité [une réaction due à une réelle toxicité du vaccin]).
- ✓ Encore bien pire : *toutes* les expertises judiciaires dont j'ai connaissance ont posé comme référence scientifique aussi objective qu'incontournable les comptes rendus rassurants distillés par l'agence du médicament au décours de l'enquête nationale de pharmacovigilance diligentée depuis juin 1994. Or, systématiquement ignoré, là encore, par les experts judiciaires désignés, un texte très précis (dont la portée réglementaire avait été posée dès le décret n° 95-278 du 13/03/95) stipule que de telles enquêtes sont menées en constante « concertation » avec les fabricants concernés et que les comptes rendus sont rédigés « en commun » avec eux³⁴. Ainsi, à l'heure où s'écrivent ces

³² Girard M. , « Vaccination contre l'hépatite B », in Rogier A, *Les événements de l'année 2001 en dommage corporel*, Paris, Editions Eska, 2001: 63-70.

³³ « Un précédent à méditer » (<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article54>)

³⁴ Agence du médicament, *Bonnes Pratiques de Pharmacovigilance*, déc. 1994.

lignes, *l'intégralité* des décisions judiciaires sur le vaccin – incluant celles prises par la Cour de cassation – se sont fondées sur des expertises qui, à l'insu de tous, ont présenté comme neutres et objectives des évaluations pourtant rédigées « en commun » avec les fabricants appelés dans la cause, au mépris flagrant du contradictoire. **Jusqu'à plus ample informé, il s'agit bien du scandale judiciaire du XXI^e siècle.**

Scandale d'autant plus significatif que, pour l'essentiel, cette « communauté » de rédaction ignorée par les experts judiciaires a notamment concerné *la demande d'un fabricant* d'introduire dans le Vidal la mention d'une incertitude causale (totalement injustifiée, et en fait et réglementairement : cf. 2.2.2) qui a, par la suite, fondé l'essentiel des arrêts de cassation déboutant les victimes : **il est donc démontré que, grâce à l'incompétence radicale des « experts » judiciaires désignés en ce type d'affaire, la jurisprudence de la Cour de cassation – massivement favorable aux fabricants – s'est, pour l'essentiel, basée sur une injustifiable intervention des fabricants dans les évaluations minimalistes, mais reprise et assumée par l'autorité sanitaire...** (cf. 2.2.2).

Ce détour vers l'expertise judiciaire permet d'illustrer mon propos antérieur (cf. chapitre 2), à savoir que les liens d'argent ne résument pas, à eux seuls, les menaces qui pèsent sur l'indépendance de l'expert : l'incompétence est une autre de ces menaces, tant il est vrai qu'on n'est jamais autant vulnérable que quand on ne sait pas. Telle que documentée dans la présente section, l'incompétence des experts judiciaires désignés dans des affaires vaccinales n'a pas frappé au hasard, la portée d'une erreur annulant celle d'une autre erreur : il est au contraire certain qu'elle a *systématiquement* joué en faveur des fabricants.

Ce dernier commentaire nous fournit une transition pour la prochaine section, précisément consacrée à l'indépendance des experts en général.

2.2. Quelle indépendance ?

2.2.1. Liens financiers

La participation enthousiaste et récurrente des experts de l'administration aux manifestations promotionnelles des fabricants (cf. 1.1.) renvoie, bien sûr, aux modalités de leur rétribution directe ou indirecte. Je n'ai aucun moyen d'investigation pour les identifier et, dans les présentes lignes, je ne peux que soulever la question : parmi d'autres, cela aurait dû être l'une des tâches de l'instruction en cours depuis maintenant plus de 10 ans, que de diligenter les enquêtes appropriées auprès des intéressés.

Mais, tandis que le risque des liens financiers va désormais de soi pour le public, il me paraît bien plus intéressant d'illustrer une idée-phare que j'ai commencé de développer au chapitre 2 et reprise en section 2.1.3 : **quand vous vous interrogez sur l'indépendance d'un expert, ne vous limitez pas aux questions d'argent.**

2.2.2. Affiliation et plus si affinités

C'est peut-être un excès d'indulgence que de classer à la rubrique « liens d'affiliation » les deux circonstances suivantes, dont les conséquences ont été incommensurables.

- ↳ À la demande d'un fabricant, les rapporteurs de l'enquête (incluant le président en exercice de la Commission nationale de pharmacovigilance) vont accepter que la modification du Vidal mentionnant le risque de SEP *ne soit d'abord pas insérée dans la notice destinée aux patients*. On imagine sans peine la réaction des parents au zèle promotionnel de M. Douste-Blazy s'ils avaient été, si peu que ce soit, informés d'un risque – « possible », « éventuel », « pas vraiment démontré mais »... – de sclérose en plaques en cas de vaccination de leur enfant contre une maladie virale dont ils n'avaient encore jamais en-

tendu parler auparavant. On relève que, tout récent (juillet 2009), *le seul* arrêt de Cassation rejetant un pourvoi des fabricants est fondé sur cette dissimulation que j'avais pointée en vain depuis maintenant des années.

↳ *À la demande d'un fabricant une fois encore*, les rapporteurs de l'enquête vont accepter d'assortir la mention d'un risque neurologique dans la notice Vidal d'un commentaire insinuant qu'une causalité certaine n'a jamais été démontrée. Ce, bien que :

- ✓ comme déjà rappelé (cf. 2.1.1), la causalité n'était mise en cause par personne, et surtout pas par les rapporteurs ;
- ✓ la notion même de causalité « certaine » n'existait pas pour les spécialistes de pharmacovigilance (dont les membres de la Commission...) ³⁵ ;
- ✓ cette façon d'atténuer la mention d'une toxicité iatrogène par des considérations de causalité est, de toute façon, contraire à la pratique comme à la législation européenne ³⁶.

Ainsi opérée *à la seule demande d'un fabricant*, cette mention d'une incertitude sur la causalité était d'autant plus inacceptable que, par la suite, elle a fondé l'essentiel des arrêts de Cassation pour débouter les victimes (cf. 2.1.3)...

2.2.3. Obstination dans l'erreur

L'obstination dans l'erreur n'est qu'une forme de ce que nous avons évoqué au chapitre 2 au titre des « prises de position antérieures »,

³⁵ Girard M. , « Expertise médicale: questions et... réponses sur l'imputabilité médicamenteuse », Recueil Dalloz 2001; (16):1251-2.

³⁶ « Les assertions sur le manque de preuve concernant l'association causale n'ont aucune utilité et ne doivent pas être insérées » (European Commission, *Notice to Applicants* (vol. 2C) - *A Guideline on Summary of products characteristics*).

elles-mêmes rangées sous la rubrique « liens non financiers » susceptibles d'influer sur l'indépendance des experts. Il est évident, en effet, que personne n'aime se tromper – surtout quand l'erreur est susceptible d'exposer son auteur à une sanction civile ou pénale : même s'il est devenu parfaitement conscient de son erreur initiale, ce dernier aura forcément tendance à gauchir ses évaluations ultérieures en vue de la dissimuler ou, à tout le moins, de la minimiser.

On a vu plus haut que tout en percevant comme indubitable la toxicité neurologique des vaccins contre l'hépatite B et en considérant avec raison que seule une investigation épidémiologique permettrait de progresser dans l'évaluation, les experts de la pharmacovigilance française ont commis l'immense erreur de laisser vacciner 25 millions de Français *avant* de commencer même d'entreprendre lesdites études pourtant incontournables. Dès lors, que faire ? Si les investigations venaient à confirmer une toxicité qui allait déjà de soi sans étude spécifique (cf. 2.1.1), le nombre de victimes allait être en proportion d'une exposition aussi considérable. Et qui allait payer ? Les fabricants – au risque de menacer jusqu'à l'existence même d'une firme considérée comme la vitrine industrielle de la France ? L'État, qui, chipotant déjà pour indemniser à pas grand-chose une centaine de décès dans l'affaire hormone de croissance, allait devoir affronter le coût bien plus considérable d'infirmités *à vie*, et chez *des dizaines de milliers* de citoyens ? Inconcevable... Et *quid* des sanctions judiciaires : elles tomberaient sur qui ?

Il y avait d'autant moins à barguigner que, de son côté, le secrétaire d'Etat à la Santé commençait à s'énerver de toute cette procrastination. Dans un pays assez inculte en épidémiologie pour que la presque totalité des « experts » judiciaires ignorent jusqu'à la notion même de « puissance statistique », on allait donc mettre sur pied des investigations délibérément conçues **pour ne pas conclure**³⁷. Ainsi,

³⁷ Au contraire de ce que croient la plupart et comme justement pointé par Hill dans son célèbre exposé de 1965 (où il prend comme exemple le cancer du scrotum chez les ramoneurs), il n'est nul besoin de mettre sur pied des études lourdes lorsque la réalité épidémiologique saute aux yeux (Hill AB, « The environment and disease:

la première³⁸ – simple étude « pilote » mise en place avec *quatre ans* de retard (pourquoi se presser ?) – la puissance statistique retenue pour détecter pas moins qu'un *doublément* du risque de SEP post-vaccinale était de 30 % seulement (alors que, selon les bons ouvrages, on doit viser une puissance statistique minimum de 80 %³⁹). En pratique, cela signifie que sous l'hypothèse que le risque de SEP post-vaccinale serait *doublé* (correspondant, on l'a dit plus haut, à 25 000 victimes du vaccin au terme d'une campagne « universelle »), l'étude mise en place **avait deux chances sur trois de ne pas détecter ce risque...**

C'est – significativement, compte tenu de son insistance à obtenir ces études – M. Kouchner qui nous fournit la clé de la situation intenable où l'administration sanitaire française s'est trouvée acculée à force de dissimulations. Il suffit, en effet, de se reporter aux documents de l'époque pour apercevoir que quand le secrétaire d'État suspend la vaccination dans les écoles (tout en recommandant qu'elle se poursuive ailleurs – selon une ambivalence constante), il use⁴⁰ de deux arguments :

- ↳ la lettre d'information des parents est ambiguë (nombre des parents croient à une obligation vaccinale) ;
- ↳ le système de médecine scolaire ne permet pas « d'individualiser » le geste vaccinal (c'est-à-dire de réserver la vaccination aux enfants qui n'ont pas de contre-indication).

association or causation? », Proc R Soc Med 1965; 58:295-300). D'un autre côté, l'art de mettre sur pied des études pour semer le doute sur une réalité épidémiologique qui va de soi est brillamment détaillé par D. Michaels, dans son livre cité au chapitre 2.

³⁸ Touzé E, Gout O, Verdier-Taillefer MH, Lyon-Caen O, Alperovitch A, « The first episode of central nervous system demyelination and hepatitis B virus vaccination », [French], Rev Neurol (Paris) 2000 Mar, 156(3):242-6.

³⁹ Bouyer J et coll. *Epidémiologie. Principes et méthodes quantitatives*. Paris, Éditions INSERM, 1995.

⁴⁰ Par la voie du nouveau directeur de la DGS, le professeur Ménard (*Bulletin de l'Ordre des médecins*, février 1999).

Or :

- ↪ si la lettre était mal faite, il eût suffi de la refaire ;
- ↪ *aucune* étude – surtout à l'époque – n'a permis d'identifier le moindre facteur de risque pour une complication après vaccination contre l'hépatite B : donc, ce n'est pas seulement à l'école, mais dans n'importe quel cabinet qu'il était impossible « d'individualiser » ce geste vaccinal. Par conséquent : ou bien on suspendait cette vaccination partout, ou bien il n'y avait aucune raison de réserver à l'école cette suspension.

La nullité des arguments ainsi mis en avant par le secrétaire d'État fait ressortir, par contrecoup, l'urgence d'interrompre la campagne *scolaire* sous n'importe quel prétexte. Même en réfléchissant, on ne voit pas d'autre motif pour imposer une interruption aussi précipitée que le souci de préserver l'Éducation nationale contre une mise en cause sur le fondement de sa responsabilité : **il en résulte, nécessairement, que le secrétaire d'État – et la DGS avec lui – avait désormais une claire conscience des risques liés à ce vaccin.** On ne sache pas que cette conscientisation ait significativement infléchi le discours rassurant de l'administration sanitaire, de ses experts – ou de ses ministres successifs...

2.2.4. Idéologie

Le souci de ménager sa réputation et, accessoirement, sa responsabilité civile ou pénale, n'épuise pas, à lui seul, les limites non financières à l'indépendance de l'expert : il arrive que certains restent tout simplement braqués sur des positions idéologiques. Or, pour des raisons dont l'analyse fine dépasse le cadre du présent ouvrage, il est patent que le débat sur la toxicité du vaccin contre l'hépatite B a cristallisé sur lui beaucoup de positions idéologiques⁴¹.

⁴¹ « L'irremplaçable revue *Prescrire* » (<http://www.rolandsimion.org/spip.php/IMG/pdf/spip.php?article41>).

Au début des années 2000, un professeur de neurologie – expert agréé par la Cour de cassation – m’avait triomphalement informé d’une lettre rédigée par l’un de ses confrères légistes (à ce titre dépourvu de l’essentiel des compétences requises pour apprécier le rapport bénéfice/risque d’un vaccin dans une perspective pharmaco-épidémiologique), expert lui aussi et même *président* d’une des plus importantes sociétés expertales françaises. À l’occasion des premières indemnisations consenties par l’administration sanitaire au bénéfice de rares professionnels de santé ayant été vaccinés à titre obligatoire, ce dernier – déjà désigné dans quelques affaires-clés sur le sujet – s’était alors permis d’adresser aux autorités sanitaires un courrier qui n’était rien d’autre qu’une démarche solennelle effectuée *es qualités* : il s’agissait d’une vive protestation dans laquelle l’intéressé soutenait textuellement qu’ayant « étudié les références bibliographiques les plus récentes » (ce qui était strictement faux pour les raisons linguistiques susdites : cf. 2.1.3), les experts judiciaires « [avaient] engagé leur honneur scientifique pour répondre aux magistrats qu’il n’existait pas actuellement de relation directe et certaine scientifiquement prouvée » et qu’ils s’étaient en conséquence « émus » des indemnisations décidés par l’administration sanitaire.

On a bien lu : un expert *judiciaire*, lui aussi agréé par la Cour de cassation, soutenant – au moment même où il était désigné dans des affaires civiles sur la vaccination – que l’indemnisation de quelque victime que ce soit mettrait en péril « l’honneur » des experts judiciaires !... Notons en passant, que pour intrinsèquement caricaturale qu’elle soit, cette prise de position incongrue renvoie (tout comme la tribune déjà évoquée au chapitre 2⁴²) également au critère de crédibilité « répartition des rôles » : des experts judiciaires qui prétendent influencer sur la décision des juges⁴³ !

⁴² « La vérité des juges » (*Le Monde*, 13/06/98).

⁴³ Alors même que le Code de procédure civile précise, sans ambiguïté, que le juge n’est *jamais* tenu par les conclusions d’une expertise, même si c’est lui qui l’a ordonnée.

Bizarrement, la justice n'a jamais senti son exigence d'impartialité menacée par ce type d'initiative : dûment informée de cette démarche dont la spontanéité dit assez l'incongruité, la Cour d'appel de Paris devait, au contraire, en souligner le « ton courtois » et déclarer la victime (expertisée par l'individu en question !) « mal fondée à mettre en cause [son] indépendance ou [sa] compétence »...

2.3. L'exigence de cohérence

Introduite au chapitre 2, l'exigence de cohérence est un critère de crédibilité expertale d'autant plus essentiel qu'il relève, on l'a dit, de la simple logique et reste donc à la portée de n'importe quel profane.

Sans prétendre à un inventaire exhaustif, exhibons donc quelques perles des diverses autorités impliquées dès qu'il s'agit de les évaluer sur le critère de leur cohérence interne.

2.3.1. Autorités françaises

Régulièrement invoquée par les tenants de l'innocuité vaccinale, l'étude de Sadovnick et Scheifele⁴⁴ est tellement faible dans sa méthodologie qu'elle avait été critiquée même par l'AFSSAPS qui, dans son communiqué de février 2000, estimait néanmoins que « à ces réserves près, la conclusion [rassurante...] des auteurs est acceptable ». Il y a là comme un lapsus freudien, car, scientifiquement, qu'est-ce qui rend une étude « acceptable » sinon la rigueur de sa méthodologie : l'Agence ne s'y serait pas prise autrement si elle avait voulu avouer qu'une étude est « acceptable » dès lors qu'elle débouche sur des résultats favorables au vaccin...

Cette interprétation freudienne est encore renforcée par le sort de la dernière étude, celle de Zipp et coll⁴⁵. Les indices de falsification dans cette investigation sont tellement patents que, dans le même communiqué, l'Agence elle-même avait convenu qu'il convenait cette fois

⁴⁴ Sadovnick AD, Scheifele DW, « School-based hepatitis B vaccination programme and adolescent multiple sclerosis [letter] », *Lancet* 2000 Feb 12;355(9203):549-50.

⁴⁵ Zipp F, Weil JG, Einhaupl KM, « No increase in demyelinating diseases after hepatitis B vaccination [letter] », *Nat Med* 1999 Sep, 5(9):964-5.

d'en « rejeter » – carrément – les conclusions. Marqueur complémentaire de la crédibilité de l'administration sanitaire en pareille matière, néanmoins : cette mâle décision n'a nullement empêché l'AFSSAPS ou la DGS (rapport Dartigues, février 2002) d'inclure les résultats rassurants de cette étude falsifiée dans *toutes* leurs évaluations ultérieures, notamment celle destinée à réfuter l'étude fondamentale de Hernan et coll (cf. note 23) (communiqué du 21/09/04). Il y a évidemment quelque chose d'assez patibulaire dans le fait de voir les autorités sanitaires françaises s'abriter derrière une « étude » qu'elles n'avaient pas craint, en leur temps, de traiter comme un faux.

2.3.2. Autorités américaines

La consultation du *Physician Desk Reference* (le Vidal américain) montre que, comme c'est souvent le cas avec les vaccins, les études sur la tolérance du vaccin contre l'hépatite B n'ont pas excédé la durée de... *quatre* jours, ce qui fait indubitablement peu pour prendre la mesure d'éventuelles complications retardées, telles que les SEP. C'est dire, par conséquent, que la crédibilité du système sanitaire américain en matière de sécurité vaccinale repose pour l'essentiel sur le VAERS (*Vaccination Adverse Event Reporting System*), base de données des notifications sur les accidents vaccinaux spontanément notifiés à l'administration sanitaire par des patients ou des professionnels de santé – où l'on peut trouver, en effet, quelques indices intéressants du nombre et de la variété inhabituelle des réactions indésirables liées aux vaccins contre l'hépatite B.

De fait, les experts – aux USA ou ailleurs – n'ont jamais peur de mettre en avant les performances de cette base informatique dès lors qu'elles étaient rassurantes. Analysant ainsi les données concernant vaccins contre la varicelle ou l'hépatite A, les auteurs concluaient que l'importance du VAERS ne se limitait pas à la détection des effets indésirables :

« il sert à rassurer le public quant à la sécurité des nouveaux vaccins⁴⁶. »

Mais que ces mêmes données du VAERS suggèrent un véritable problème de tolérance, comme les atteintes neurologiques suivant le ROR, et les défenseurs du VAERS n'auront aucune vergogne à dénoncer alors que les responsables de l'alerte

« aient négligé de prendre en compte les limitations et biais inhérents aux données du VAERS⁴⁷. »

Ce vice de raisonnement – que l'on retrouve en bien d'autres domaines – est habituellement répertorié sous la rubrique « appréciation sélective des données disponibles »...

2.3.3. Organisation mondiale de la santé

Dans l'ébranlement considérable qui a suivi la publication de la remarquable étude de Hernan et coll (note 23) compatible avec un *triplément* du risque de SEP après vaccination contre l'hépatite B, l'OMS, en septembre 2004, a réuni un comité « d'experts » pour « répondre » à cette publication. Parmi les arguments invoqués au chapitre des faiblesses méthodologiques présumées de cette étude réalisée en Grande-Bretagne, il y est soutenu que la politique vaccinale dans ce pays ayant été ciblée, la population vaccinée n'est pas représentative de la population générale et qu'elle comporte, peut-être, des professionnels de santé lesquels sont largement susceptibles à eux seuls d'avoir biaisé les résultats...

On croit rêver...

⁴⁶ Zhou W, Pool V, Iskander JK, English-Bullard R, Ball R, Wise RP, Haber P, Pless RP, Mootrey G, Ellenberg SS, et al, « Surveillance for safety after immunization: Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) », United States, 1991-2001, MMWR Surveill Summ 2003-Jan 24;52(1):1-24.

⁴⁷ « Statement from the Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA): study on safety of MMR vaccine by Geier and Geier - conclusions are not justified », Internet-Document, page (2 pages), 22 May 2003.

- ↪ L'OMS n'a jamais eu l'idée d'introduire cette question de la représentativité des populations étudiées pour les questions relatives aux *bénéfices* du vaccin, alors que comme chacun sait, l'essentiel du développement réalisé par les fabricants s'est fait en pays d'endémie (Afrique, Asie), avec des modes de contamination et des complications bien différents d'ici, de telle sorte que l'extrapolabilité des résultats à des pays comme le nôtre est loin d'aller de soi (cf. 1.4).
- ↪ L'idée que les sujets inclus dans cette étude pourraient comporter des professionnels de santé est purement *hypothétique*.
- ↪ Mais, de façon encore plus caricaturale, ce biais lié à l'inclusion de professionnels de santé n'a *jamais* été évoqué à propos de l'étude d'Ascherio et coll⁴⁸, dont les résultats étaient certes plus rassurants, mais qui avait, elle, et de façon cette fois certaine, inclus *exclusivement* une cohorte d'infirmières⁴⁹...

Il est difficile de comprendre comment l'inclusion partielle et purement *hypothétique* de professionnels de santé dans la population d'Hernan peut justifier des doutes méthodologiques qui n'ont aucune raison d'être quand la population d'Ascherio est, de façon exclusive et *certaine*, composée de professionnels de santé !

⁴⁸ Ascherio A, Zhang SM, Hernan MA, Olek MJ, Coplan PM, Brodovicz K, Walker AM, « Hepatitis B vaccination and the risk of multiple sclerosis », N Engl J Med 2001 Feb 1;344(5):327-32.

⁴⁹ Et il est également certain que cette inclusion exclusive d'infirmières biaise gravement les résultats censément rassurants d'Ascherio et coll, pour des raisons dont la technicité dépasse le cadre du présent livre et que, comme par hasard, je n'ai jamais réussi à publier dans le *New England Journal of Medicine*. Dans une contribution antérieure au même journal, mais bizarrement *égarée* par les éditeurs, j'avais insinué que l'étude IPPHS (*International Primary Pulmonary Hypertension Study*) qui avait permis l'introduction triomphale de l'anorexigène dexfenfluramine (Isoméride) sur le marché américain était un vrai scandale ; on a vu la suite : un an plus tard, le médicament était précipitamment retiré du marché mondial...

Quand elle est pratiquée par l'OMS, « la Science » a des raisons que la logique ne connaît pas...

2.4. Respect du contradictoire

Au chapitre 2, on a vu que la méthodologie avec laquelle l'expert s'enquiert des sources disponibles donne un bon reflet de sa rigueur et de sa crédibilité.

Parmi les dizaines d'expertises et les centaines d'articles dont l'auteur du présent livre a eu connaissance, la *Conférence internationale de consensus sur la vaccination contre le virus de l'hépatite B* (septembre 2003) occupe une place de choix. Or, l'ANAES, co-organisateur avec l'AFSSAPS et l'INSERM de cette manifestation, a publié, en 1999, une procédure fort claire⁵⁰ précisant les modalités incontournables d'une telle conférence, notamment :

- ↪ respect du contradictoire, avec un choix équilibré d'experts de toutes les tendances ;
- ↪ transparence, avec notamment préparation du programme des débats un an avant la réunion et publication des liens d'intérêt des experts invités.

Il est facilement documentable que ces principes, dont la justification va pourtant de soi, ont été bafoués jusqu'au ridicule.

- ↪ *Aucun* des experts ayant si peu que ce soit documenté la toxicité du vaccin n'a été invité, ni même informé de la conférence : on a même vu Chen, zélateur notoire de cette vaccination et coauteur d'une études cas/témoins *excessivement* rassurante⁵¹, invité à présenter les résultats de l'étude antagoniste (cf. note 23) en lieu et place de ses auteurs légitimes.

⁵⁰ ANAES. Les conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation en France, 1999.

⁵¹ DeStefano F., Verstraeten T., Jackson LA, Okoro CA, Benson P., Black SB, Shinefield HR, Mullooly JP, Likosky W., Chen RT, « Vaccinations and risk of central nervous system demyelinating diseases in adults », Arch Neurol 2003 Apr;60(4):504-9.

C'est un peu comme si, au moment des plaidoiries dans un procès, le Tribunal imposait que le demandeur soit, *lui aussi*, représenté par l'avocat de son adversaire...

- ↪ L'annonce de la conférence a été faite *dans les jours* seulement précédant la réunion, et le programme a changé jusqu'au dernier moment.
- ↪ Notoirement investigateur d'une foulditude d'études financées par l'industrie pharmaceutique, Van Damme, pour ne citer que lui, a été présenté par les organisateurs comme affilié au « centre collaborateur de l'OMS pour la prévention et le contrôle des hépatites virales, Université d'Anvers, Belgique » sans la moindre mention ni de ses liens financiers profus avec les fabricants, ni du financement susmentionné du fameux centre collaborateur (VHPB : cf. 1.1) par ces mêmes fabricants.

En fait, l'analyse des documents contemporains permet de reconstituer l'étrange genèse du projet en forme de mystification. C'est à la mi-novembre 2002 qu'en réponse à la médiatisation faite autour d'un rapport d'expertise pénale réalisé par mes soins à la demande du Pôle santé de Paris, B. Kouchner, le premier, évoquait l'intérêt d'une « expertise scientifique⁵² ». Cette idée d'une expertise scientifique était reprise quelques semaines plus tard (18/12/02) par le directeur de la DGS, qui précisait alors qu'elle prendrait la forme d'une conférence de consensus « où *tous les points de vue* pourr[ai]ent s'exprimer⁵³ » (c'est moi qui souligne). Puis, en contradiction avec les recommandations susmentionnées de l'ANAES, la confidentialité – on devrait dire : le secret – devait, dès lors, recouvrir ce projet qui n'allait refaire surface publiquement que dans les derniers jours d'août 2003, moins de deux semaines avant la conférence qui allait se tenir les 10 et 11 septembre. Je n'en avais personnellement été *jamais* avisé par les responsables.

⁵² Dépêche AP, 14/11/02.

⁵³ Interview de L. Abenheim (*Le Figaro*, 18/12/02).

L'illogisme de cette première séquence saute aux yeux du moins averti :

- ↳ ou bien ma contribution pénale était aussi nulle que d'aucuns l'ont soutenu depuis, et l'on ne voit pas la nécessité d'y répondre par une « conférence de consensus » – internationale, en plus ;
- ↳ ou bien elle était suffisamment argumentée pour mériter, à tout le moins, un débat, et la moindre des choses eût alors été de m'y inviter – ne serait-ce que pour tenir la promesse fallacieuse du directeur de la DGS quant au contradictoire des débats (cf. note 53).

C'est un truc vieux comme les républiques bananières que le meilleur moyen d'obtenir un « consensus », c'est encore d'éliminer les opposants – ce qui fut indubitablement la dynamique de cette première « conférence internationale de consensus ». Ce précédent caricatural incite à sortir son revolver dès que l'administration sanitaire française prétend s'abriter derrière « l'unanimité » des experts...

3. Exiger le respect de la législation pharmaceutique

3.1. Quel bénéfice ?

En septembre 1994, au moment où la campagne de vaccination est lancée par la direction générale de la Santé (DGS) sous l'impulsion de M. Douste-Blazy, **l'épidémiologie de l'hépatite B en France n'était simplement pas connue**. En témoigne ce passage du *Guide des vaccinations* (1995, p. 107) édité par la DGS elle-même :

« La surveillance épidémiologique de l'hépatite B reste en France insuffisante. »

Par « surveillance épidémiologique insuffisante », il faut comprendre, en particulier, que l'on ne connaissait pas : 1) la fréquence de cette

maladie virale et de ses complications ; 2) les populations à risque et les modes de contamination.

Près de dix ans plus tard, dans une interview donnée au *Quotidien du Médecin* le 29/01/03, G. Brucker, alors directeur général de l'Institut de veille sanitaire justifiait – entre autres motifs – la mise en place d'un nouveau système de déclaration obligatoire pour les maladies par l'aveu suivant (c'est moi qui souligne) :

« *Mesurer son incidence* [de l'hépatite B] aidera à répondre aux questions que posent les politiques de prise en charge ».

Dans l'entre-temps, l'ignorance des autorités françaises quant à l'épidémiologie précise de l'hépatite B avait été confirmée par d'autres sources autorisées, par exemple :

↳ M. Kouchner, alors secrétaire d'État à la Santé, qui, après avoir regretté, dans un communiqué de juillet 1998, « les dérapages de la campagne vaccinale », admettait, dans sa conférence de presse du 01/10/98 :

« Le renforcement des moyens épidémiologiques est nécessaire pour mieux connaître encore la situation [de l'hépatite B] en France ».

↳ Datée de 2000 seulement (soit six ans après le lancement de la campagne de vaccination « universelle »), une enquête sur l'épidémiologie de l'hépatite B dans deux départements français concluait textuellement : « Ce travail est la première étude épidémiologique des hépatites B en France⁵⁴ ». À ma connaissance, semblable revendication (qui confirme comme allant de soi l'absence d'étude antérieure, même à l'échelle

⁵⁴ Minello A., Ducloux S., Rassiati E., Zeeh S., Milan C., Bernadat C. et coll. « Épidémiologie de l'hépatite B dans deux départements voisins. Résultats de cinq années d'enregistrement en Côte-d'Or (94-98) et de trois années dans le Doubs », *Gastroenterol Clin Biol* 2000, 24: A153.

pourtant très limitée d'un ou de quelques départements) n'a pas été démentie.

- ↳ Diffusé par les autorités sanitaires en février 2002, le *Plan national hépatites virales C et B* admettait encore que les données épidémiologiques sur l'hépatite B étaient mal connues dans notre pays.

La situation pour le risque chez les professionnels de santé n'était pas meilleure. Malgré de nombreuses recherches, je n'ai pu identifier la moindre publication *pertinente pour la France* justifiant le rapport bénéfice/risque de la vaccination contre l'hépatite B dans des catégories professionnelles réputées à risque. Encore en 2003 (soit plus de 10 ans après la modification de l'article L.10 du Code de la santé publique), deux représentants de l'Institut de veille sanitaire reconnaissaient que « dans les établissements publics, il n'existe pas de recueil centralisé des cas » et révélaient que, jusqu'en 1997, les données sur les contaminations professionnelles colligées par la CNAM ne faisaient, pour les hépatites, *aucune distinction* entre les différents types de virus⁵⁵. Ils fournissaient, par ailleurs, dans leur figure 7, une courbe de l'évolution des hépatites B professionnelles reconnues à l'AP-HP, laquelle montrait une forte décroissance depuis le début des années 1980, qui *se ralentissait très nettement* à partir des modifications de l'article L.10 du Code de la santé publique : ce qui suggérait que l'obligation vaccinale avait regrettamment relâché les mesures prophylactiques non spécifiques qui s'étaient imposées après l'apparition du SIDA⁵⁶.

Il est donc établi que l'épidémiologie de l'hépatite B n'avait pas été investiguée et que l'administration sanitaire française avait défini des

⁵⁵ Antona D., Lévy-Bruhl D, « Épidémiologie de l'hépatite B en France à la fin du XX^e siècle », *Médecine et Maladies Infectieuses* 2003, 33 (Suppl A): 34-41.

⁵⁶ Comme confirmé indirectement par une étude multicentrique internationale sur les contaminations par le virus de l'hépatite B en hémodialyse, qui montre que, malgré leur politique vaccinale volontariste, la France et l'Italie sont dans le peloton de queue par rapport à des pays comme le Royaume-Uni qui se sont abstenus d'une telle politique (Burdick et coll, *Kidney Int* 2003 ; 63 : 2222-2229).

« politiques de prise en charge » *avant* de connaître un prérequis aussi naturel que l'incidence de la maladie visée par lesdites politiques : la remarque vaut tant pour les professionnels de santé (visés par l'article L.10 du CSP) que pour la population (visée par la campagne de sept. 1994).

La portée de ce précédent pour l'actualité va de soi, par rapport à une nouvelle « menace » virale dont aucune autorité nationale ou internationale n'est en mesure de fournir la moindre évaluation crédible, avec des méthodologies de recueil débilés⁵⁷, des chiffrages qui ne cessent de se contredire (cf. chapitre 2)⁵⁸, enfin des estimations pour le futur qui font le grand écart d'un jour à l'autre⁵⁹...

3.2. Quel risque ?

On l'a dit (cf. 1.1) : les preuves d'une toxicité neurologique vraiment inhabituelle avec les vaccins contre l'hépatite B sont tellement claires qu'elles n'étaient même pas niées par les experts de l'Agence – du moins avant la médiatisation du scandale.

Sans entrer plus avant dans le détail, consacrons-nous désormais à la pauvre façon dont l'administration française s'y est prise pour ensuite réfuter la donnée épidémiologique actuellement la plus accablante : alors que le nombre total de scléroses en plaques était estimé à moins de 25 000 avant la campagne vaccinale (cf. note 28), *la première* estimation disponible *depuis* cette campagne fait état d'un total d'au moins 60 000⁶⁰ : soit plus d'un doublement en l'espace d'une dizaine d'années. Directement interrogée par mes soins, la Haute Autorité de Santé m'a renvoyé au *Livre Blanc de la SEP* (avril 2006) qui, après recensement de toutes les données disponibles, propose

⁵⁷ Dans un article du BMJ (2009; 339: 415), parmi 28 patients hospitalisés sur la base des critères cliniques normalement utilisés pour repérer les cas de grippe porcine, deux seulement (soit 7%) ont vu cette infection confirmée une fois mis en œuvre des tests virologiques...

⁵⁸ *Le Figaro*, 08/09/09.

⁵⁹ "Swine flu won't be as dangerous as we thought, official says", (*Gardian.co.uk*, 03/09/09).

⁶⁰ *Revue du Praticien* 2002; 52:529-37

une fourchette entre 63 608 et 84 623. Depuis, toutes les sources françaises concordent pour situer le total aux alentours de 80 000, voire 90 000⁶¹ : soit une différence d'environ 60 000 SEP excédentaires...

Compte tenu de sa proximité chronologique patente avec la campagne de vaccination contre l'hépatite B, une augmentation aussi impressionnante aurait dû suffire, à elle seule, pour alerter l'administration et tous les professionnels de santé : ce, d'autant que si l'on en croit l'ancien directeur de la DGS au moment des faits, « la littérature internationale ne suggère aucune variation temporelle majeure de la fréquence de la SEP⁶² ». Pour spectaculaire qu'elle soit, l'augmentation observée en France est donc aussi surprenante – et il est d'usage, en épidémiologie, de rechercher l'irruption d'un facteur exogène dans une situation aussi inopinée : jusqu'à preuve du contraire, la campagne vaccinale, qui a touché à peu près la moitié de la population, fait quand même figure de suspect n° 1.

Mais il y a mieux : car si les relevés épidémiologiques recensés dans le *Livre Blanc* ne donnent pas la chronologie exacte de l'augmentation, les données *Affection Longue Durée* (ALD) de la caisse nationale d'assurance maladie permettent de *dater avec précision* une augmentation des SEP graves *à partir de 1994*, avec une accélération nette à partir de 1996⁶³. Or, si la campagne vaccinale *dans les écoles* n'a été lancée qu'en septembre 1994, elle n'était qu'un élément d'une promotion commencée bien auparavant et dont les effets étaient déjà parfaitement décelables en 1993 : avec quelques mois de décalage attendu, l'augmentation des SEP prises en charge par l'assurance maladie est donc *strictement parallèle* au nombre d'unités vaccinales vendues.

Cependant, incapable de dissimuler la réalité de cette épidémie neurologique, l'administration sanitaire *fait tout* pour en nier la portée.

⁶¹ *Le Courrier de la SEP* 2007 (avril), n° 107. *Tout Prévoir* 2007 (juin), n° 382. Etc.

⁶² Élaboration de la loi d'orientation de santé publique : rapport du Groupe technique national de définition des objectifs. Paris, ministère de la Santé, 2003.

⁶³ Girard M., *Medical Veritas* 2007; 4:1436-51.

- ↪ Malgré l'ampleur du désastre, elle a commencé par l'ignorer purement et simplement : or, si 60 000 SEP survenues en majorité chez des enfants et des jeunes gens initialement en parfaite santé méritent ainsi d'être *rétrospectivement* ignorées, pourquoi faire tant de cirque avec *l'hypothèse* des 20 000 victimes qu'on nous promet dans le contexte de la grippe porcine et dont personne ne nie qu'elles concerneront principalement des personnes très fragilisées ?
- ↪ Le déclenchement d'une première réaction « officielle » attendra donc mes premières expertises datées de 2001, où je me fondais sur les premiers indices (augmentation des prises en charge en ALD par l'assurance maladie) de cette brutale épidémie de SEP pour confirmer la réalité d'une neurotoxicité inhabituelle avec les vaccins contre l'hépatite B : à en croire le rapport Dartigues (février 2002), c'est parce que l'interféron, médicament cher (trop, d'ailleurs – mais c'est un autre problème), avait été introduit comme thérapeutique de la SEP que les malades s'étaient trouvés obligés de demander leur prise en charge en ALD. C'était la première réponse de l'administration à mon argument et, depuis lors, tous les intervenants de l'administration ou de l'assurance maladie s'en sont tenus à cette « explication » de l'interféron.

Cependant, il est facile de réfuter cette unanimité de mensonge.

- ↪ Selon les études épidémiologiques disponibles depuis longtemps⁶⁴ – et d'une façon parfaitement compréhensible – la SEP a été classiquement une maladie prise en charge en ALD. Avec un nombre de nouveaux cas estimé par le *Livre Blanc* aux alentours de 2500/an avant la campagne vaccinale, *les données mêmes de la CNAM* permettent de reconstituer que, jusque vers le milieu des années 1990, les SEP étaient *quasi systématiquement* prises en charge au titre de l'ALD : on ne saurait donc soutenir que, soudainement, les malades se sont

⁶⁴ Gallou M. et coll, *Presse Med* 1983, 12(16):995-9.

mis à rechercher une prise en charge dont ils se dispensaient jusqu'alors.

- ↪ L'augmentation, on l'a dit, est décelable dès 1994, et s'accélère nettement à partir de 1996. Or, *le premier* interféron bêta autorisé dans le traitement de la SEP n'a pas été disponible sur le marché français avant... fin 1996. Il est donc très difficile de comprendre comment un médicament pourrait expliquer un phénomène *d'au moins trois ans* antérieur à son introduction sur le marché !
- ↪ Même en se focalisant, comme le fait désormais la CNAM, sur l'année 1996, on constate que les *nouvelles* prises en charge ALD s'élèvent à 3 337 cette année-là (soit une augmentation absolue de 707 patients par rapport à l'année précédente). Or, les chiffres de vente de l'interféron bêta – qu'aucun expert de l'administration ne semble avoir eu l'idée de consulter – permettent d'estimer à environ 300 le nombre de patients ayant reçu ce médicament sur la même année : il échoit donc à la CNAM d'expliquer comment, en 1996, le coût d'un médicament administré à trois cents malades pourrait rendre compte de 3 337 nouvelles demandes de prise en charge !...

Vaguement conscients, sans doute, de la nullité de l'argument interféron, l'administration sanitaire et ses experts ont introduit, depuis, un complément d'explication, reçu cinq sur cinq par les associations (vivent les associations : cf. chapitre 1), à savoir que « l'épidémie » de SEP ne serait qu'apparente, et qu'elle résulterait simplement *d'un progrès dans le dépistage*. C'est, là encore, du n'importe quoi.

- ↪ Qui d'entre nous ne s'est jamais trouvé sollicité pour un dépistage « systématique » de la SEP, à l'instar de ce qui se fait actuellement (d'ailleurs à tort) avec le cancer du sein (mammographies) ou l'ostéoporose (ostéodensitométrie) ? Qui, et depuis quand, en France, n'a jamais reçu la moindre invitation à se présenter pour un « dépistage de SEP » gratuit – chez un neurologue, ou pour un examen radiologique, ou pour des po-

tentiels évoqués ? De qui se moque-t-on avec des arguments aussi idiots ?

- ↪ C'est un fait d'expérience qu'au contraire, dans l'affolement où s'est trouvée la communauté médicale après la première médiatisation visant le risque neurologique du vaccin, les recommandations de l'administration sanitaire et de ses experts ont visé à un brutal resserrement des critères diagnostics pour la SEP, ce qui a conduit à un net retard pour de nombreux diagnostics et à l'exclusion fréquente des cas atypiques ou peu sévères. De telle sorte que, selon une dynamique bien connue en épidémiologie, un tel resserrement aurait dû conduire à une *réduction* du nombre répertorié de SEP si, toutes choses égales par ailleurs, la fréquence de base était restée constante : soit un phénomène exactement inverse à celui qui est observable en réalité.
- ↪ En estimant, dans une étude récente⁶⁵, à environ un tiers des patients atteints de SEP ceux qui ne bénéficient *pas* d'une prise en charge ALD, la CNAM fournit un élément additionnel documentant cette réticence médicale nouvelle et ô combien évocatrice à poser un diagnostic de SEP désormais : on l'a dit, il est patent qu'avant 1995, c'est quasiment *la totalité* des patients atteints qui faisait l'objet d'une telle prise en charge. L'infléchissement de cette tendance révèle que, désormais – on se demande bien pourquoi –, les médecins y regardent à deux fois (évolution, gravité) avant de poser le diagnostic et de demander une prise en charge qui allait de soi voici encore peu. En outre, pareil constat parachève la démonstration : l'augmentation du nombre de SEP en France ne peut, en aucun cas, être liée à une augmentation de la fréquence des prises en charge ALD quand il est documenté que cette fréquence des prises en charge a, au contraire, *très significativement diminué*.

⁶⁵ Weill A et coll. Pratiques et organisation des soins 2006 ; 37 : 173-188.

La portée de ce précédent pour l'actualité de la grippe porcine est au moins double :

- ↪ déjà repérée (cf. 2.1.2), l'incapacité de l'administration sanitaire française à opérer des évaluations épidémiologiques à la fois synthétiques et rigoureuses ;
- ↪ une alarmante propension de cette même administration au mensonge et à la dissimulation.

3.3. La question de l'AMM

De plus en plus brûlante actuellement et à juste raison, la question de l'AMM – et de sa régularité – mérite également d'être posée pour le précédent de la vaccination contre l'hépatite B. Et ce, pour deux raisons au moins.

3.3.1. Une AMM étrangement nationale

Il suffit de consulter les ouvrages internationaux de référence (type *Martindale*) pour voir que, bizarrement, la spécialité française GenHevac n'a quasiment pas été commercialisée dans des pays de développement sanitaire comparable au nôtre, alors que :

- ↪ son concurrent Engerix, en parallèle d'un enregistrement européen, est vendu dans tous les grands pays du monde, incluant les USA ou le Canada ;
- ↪ il en va de même pour HB-Vax-DNA, le vaccin ultérieurement commercialisé par le même fabricant que GenHevac en collaboration avec MSD ;
- ↪ par contraste avec GenHevac, le vaccin hépatite A, également mis au point par le même fabricant, a été enregistré dans de nombreux pays, incluant les principaux de la CEE.

Sous réserve que le fabricant réfute cette hypothèse en publiant son dossier d'AMM, l'explication la plus plausible de cette bizarrerie (concernant une firme qui, depuis longtemps, a affiché ses ambitions internationales) est que le dossier admis en France était jugé (par le

fabricant lui-même ou par les administrations étrangères consultées) insuffisant pour une diffusion internationale digne de ce nom.

Rappelons, dans cette ligne de pensée, que finalement rachetée par Pasteur Mérieux, cette spécialité française a d'abord été fabriquée par l'institut Pasteur, qui n'en n'est pas à son premier drame de santé public et qui semble de toujours avoir bénéficié d'une certaine indulgence de la part des autorités françaises, notamment dans sa prétention à jouer les établissements pharmaceutiques au mépris de la législation : rappelons le précédent de l'hormone de croissance, commercialisée durant plus de dix ans sans autorisation de mise sur le marché et *hors de tout cadre légal*.

Il se pourrait que, injustifiable *a priori*, la procrastination de l'administration sanitaire dans la mise en place d'études dont personne ne contestait la nécessité dès 1994 (cf. 2.1.2) s'explique par le fait qu'à cet époque, l'Agence du médicament avait en tête un tout autre problème que le risque neurologique des vaccins contre l'hépatite B *en général* : tout s'est passé comme si l'administration sanitaire s'était surtout souciee de réfuter la réalité d'un problème *spécifique* à ce vaccin *en particulier*, dont l'autorisation de mise sur la marché est décidément bien bizarre à expliquer...

3.3.2. Le processus réglementaire de l'AMM et de ses extensions

Il suffit, par exemple, de comparer la notice Vidal d'Engerix suivant l'AMM, en 1990 à l'une de celles qui ont suivi la modification de l'article L.10 du CSP en janvier 1991, puis celle de 1995 faisant suite au lancement d'une campagne nationale en sept. 1994, pour apercevoir les faits suivants.

- ↳ La rubrique « **Indications** » subit chaque fois de profondes modifications.
- ↳ Ce nonobstant, la référence de l'AMM *est toujours celle de 1988*.

Or, tout professionnel du médicament sait qu'**il n'y a pas de situation modifiant plus radicalement une autorisation de mise sur le marché qu'un élargissement des indications**. C'est dire, par conséquent, qu'en termes réglementaires, les élargissements successifs de 1991 et de 1994 *auraient dû* être précédés par un nouveau dossier d'AMM – incluant, notamment, tous les essais cliniques et pharmaco-épidémiologiques démontrant l'intérêt sanitaire (et, le cas échéant, économique) des changements d'indication sollicités⁶⁶.

Pour facilement documentable qu'elle soit sur un plan réglementaire, cette exigence relève également du sens commun. En effet, pour autant que le développement initial d'un tel vaccin n'ait pas été défectueux (ce qui reste à démontrer), il aurait dû s'attacher à évaluer le niveau de sécurité auquel il était « légitime »⁶⁷ de s'attendre chez les sujets réputés *éminemment à risque* visés par l'indication initiale, celle de 1988 ; puisque, à l'évidence, l'AMM n'a *pas* été modifiée, comment croire un seul instant que ce niveau de sécurité restait « légitime » chez les sujets chez lesquels la probabilité d'une contamination virale était négligeable ? Si l'on peut admettre, par exemple, un certain niveau de risque iatrogène chez des bébés de mères contaminées dont on sait, épidémiologiquement, qu'ils ont une forte probabilité de développer l'infection, au nom de quelle « attente légitime » considérer que *le même niveau de risque iatrogène* mériterait d'être transposé chez n'importe qui ?

En tout état de cause, il est parfaitement documenté dans le présent chapitre que l'élargissement des indications à toute la population, dont les enfants et les nourrissons, a été octroyé alors que, de l'aveu transparent des autorités sanitaires (cf. 2.1.2), la sécurité dans cette « espèce protégée » **restait à évaluer...**

⁶⁶ La mention, dans le Vidal 1996, d'une « révision » *du RCP* (et du RCP seulement) renvoie à une révision régulière prévue par la réglementation, et n'a rien à voir avec une nouvelle *AMM* sous-tendue par un développement adéquat.

⁶⁷ Pour reprendre la terminologie de la directive européenne sur les produits défectueux (85/374/CEE du 25/07/85).

Soulignons, pour finir, que tous ces soupçons qu'on peut entretenir quant à la rigueur avec laquelle les autorités de contrôle ont joué avec les AMM concernant des vaccins qui avaient été développés selon un rythme tout à fait classique, sur une durée de plusieurs années : comment créditer ces mêmes autorités d'une rigueur optimisée pour des vaccins antigrippaux cette fois développés en quelques semaines seulement ?

4. Repérer la propagande des politiques

4.1. Une précaution à géométrie variable

L'histoire des vaccinations permet d'illustrer le cynisme avec lequel les autorités usent de la « précaution » pour justifier leurs incohérences et leur incapacité à gérer l'inattendu.

Ainsi, à la suite *d'un seul cas mondial* de myélite survenue chez un volontaire sain et pour lequel, apparemment, « aucune relation de cause à effet [...] n'a pour l'instant été établie⁶⁸ » on va voir l'AFSSAPS s'abriter derrière « un principe de précaution *absolu* » – *dixit* – pour suspendre tous les essais en cours sur un vaccin contre le SIDA.

À l'inverse et répétitivement depuis maintenant quinze ans, la même administration soutient qu'aucune modification notable de la stratégie vaccinale contre l'hépatite B ne s'impose alors que, aux dires de cette même autorité, le vaccin en question a conduit à « l'une des plus grandes séries d'effets indésirables recueillis par la pharmacovigilance depuis sa naissance en 1974⁶⁹ ». L'une des « plus grandes séries », cela signifie, notamment, plus de mille SEP notifiées, des dizaines de Guillain-Barré, des dizaines de scléroses latérales amyotrophiques mortelles, des centaines de pathologies auto-immunes graves, des suspicions de leucémie, etc.

⁶⁸ Communiqué de presse de l'AFSSAPS, 18/02/05.

⁶⁹ Rapport Dartigues, février 2002 (rapport DGS).

Même en admettant que, dans tous ces derniers cas, « aucune relation de cause à effet » n'aurait été établie (ce qui tendrait à contredire les premières conclusions pourtant peu équivoques de la Commission nationale de pharmacovigilance : cf. 2.1.1), il reste difficile de comprendre pourquoi un « principe de précaution absolu » devrait s'imposer à l'égard d'une population indubitablement exposée au risque de maladies virales chez laquelle la participation volontaire à des essais cliniques correspond à un niveau élevé de conscientisation politique et éthique, quand il est manifestement hors jeu par rapport à des bébés dont on nous a toujours dit qu'ils n'étaient pas eux-mêmes à risque de contracter une hépatite B mais que leur vaccination s'imposait en raison de l'échec des stratégies ciblées sur les populations à risque...

4.2. Précaution versus prudence

On l'a dit : alors même que l'exposition aux vaccins contre l'hépatite B était encore relativement modeste, leurs effets indésirables étaient assez patents pour déclencher une enquête nationale de pharmacovigilance qui allait rapidement conduire les rapporteurs à confirmer la réalité d'une neurotoxicité toute « singulière » par rapport aux autres vaccins (vaccin contre la grippe excepté...) (cf. 2.1.1).

Il était parfaitement prévisible, quoique manifestement imprévu, que le nombre d'accidents notifiés allait forcément exploser à partir du moment où on allait massivement étendre l'exposition. Quoique semblable explosion relevât, à l'évidence, d'un grave manquement à la prudence assorti d'une consternante cécité, la survenue d'un drame assez évident pour alerter même des cliniciens dépourvus de tout outil d'investigation épidémiologique (cf. 2.1.1) eût pu justifier la suspension de cette vaccination de masse au nom d'une élémentaire « précaution » qu'on eût pu alors poser comme rustine grossière aux conséquences effroyables de toutes les inconséquences qui avait précédé.

Or, alors que les experts de l'administration avaient jugé les quelques notifications disponibles en 1994 suffisamment alarmantes pour justi-

fier une enquête spécifique, l'explosion des cas va les amener à en rabattre sur leur évaluation initiale : d'un seul coup, ce sera simplement le nombre de sujets vaccinés qui expliquera le nombre de cas rapportés – soudain rapporté à un simple bruit de fond...

Il était difficile d'être plus inconséquent – ou plus lâche...

4.3. Quand les politiques prétendent auditer les experts

Il n'est pas dans mes intentions de contester aux politiques un droit d'auditer les experts auquel je prétends même exhorter le citoyen de base. La question va juste porter sur la méthodologie et sur l'éthique sous-jacente.

Le 14/11/02, on l'a rappelé, un de mes rapports d'expertise est massivement médiatisé : n'ayant pas la télé et n'écoutant jamais la radio, je suis informé du fait par ma fille aînée résidant alors à l'étranger et qui constate avec une admiration non dissimulée que « ils ont même parlé de toi *avant* Ben Laden » : le terrorisme, voyez-vous, c'est d'abord un état d'esprit...

Il s'avère que ce matin-là, M. Kouchner est l'invité d'Elkabach : l'intérêt de fréquenter assidûment les médias, c'est qu'on est toujours là au bon moment quand il arrive une tuile. Évidemment interrogé sur ce rapport dont tout le monde parle et qui le met très directement en cause, l'ancien secrétaire d'Etat (l'époque n'était pas encore à l'ouverture) balaye mes conclusions d'une main méprisante et recommande ce qui deviendra la fameuse « conférence internationale de consensus » (cf. 2.4) en opposant « expertise scientifique » – à venir – et « expertises judiciaires » – la mienne – au motif que ces dernières sont « déjà entachées de partialité » (cf. note 52).

Or, pour peu que l'on y réfléchisse, qu'est-ce qui distingue un expert « judiciaire » d'un expert-tout-court ? Simplement qu'à compétence supposée équivalente, le premier dispose d'une parcelle de *l'autorité de l'État* et qu'il est *assermenté*.

Il y a donc quelque chose d'impressionnant à constater qu'un homme politique du niveau de M. Kouchner, s'exprimant en représentant d'une administration éminente, considère comme allant de soi que ces deux caractéristiques – autorité de l'État, serment – suffisent, *à elles seules*, pour décrédibiliser un homme...

L'histoire du vaccin contre l'hépatite B – avec toute sa dimension de santé *publique* – s'éclaire d'un aveu aussi exorbitant.

5. Se rappeler le passé

Pour illustrer, s'il en était encore besoin, l'intérêt d'une bonne mémoire, qu'on me permette de citer la promotion actuelle, largement médiatisée, du premier vaccin contre les infections à *papilloma* virus (Gardasil) : il s'agirait du « premier à prévenir un cancer » et « également du premier contre une maladie sexuellement transmissible »⁷⁰.

Or, il est encore dans toutes les mémoires que, voici plus de dix ans, le vaccin contre l'hépatite B avait été crédité de la même originalité exactement.

Nul doute que si le fabricant d'Engerix ne participait, lui aussi, au développement de cette nouvelle vaccination (Cervarix) dont les bénéfices prévisibles sont vertigineux, il aurait là sérieuse matière à une procédure pour publicité mensongère : tant il apparaît difficile de couronner deux premiers *ex æquo*... à dix ans d'intervalle.

6. Pour conclure

Par rapport au précédent formidable et tragique de la vaccination contre l'hépatite B, une seule chose a changé – et elle est de taille : dans leur majorité, les citoyens restent sereins, ils sont imperméables à la monstrueuse désinformation des lobbies pharmaceutiques.

⁷⁰ Tanne J., « CDC recommends expensive vaccine for all girls aged 11-12 », BMJ 2006 Jul 15;333(7559):114

Alertes grippales

Pour le reste, **tout est comme avant** : ni l'administration, ni ses experts, ni les professionnels de santé, ni les politiques, ni l'administration judiciaire ne sont à leur place – je veux dire : en position de protéger les citoyens...

Chapitre 6

Élever le débat

Lecture politique, épistémologique et morale

On l'a constamment rappelé ici : quoique ce soit bien la menace d'une nouvelle obligation vaccinale qui ait suscité l'idée de ce livre, mon propos ne se résume pas à une simple grippe porcine qui sera, probablement, encore plus vite oubliée que la grippe aviaire. Outre, bien sûr, l'urgence d'apporter aux citoyens une information *professionnelle* qui lui permette de comprendre et de choisir, il faut prendre du champ et apprendre à se défendre contre de nouvelles manipulations articulées autour de prétendues menaces sanitaires : faut-il rappeler qu'outre les deux affaires grippales qui viennent d'être mentionnées, les quinze dernières années ont vu exploités le risque d'hépatite B, puis le risque d'infection génitale à HPV, sans oublier la nécessaire relance d'une vaccination contre la varicelle¹ – pour s'en tenir aux seules « menaces » virales ?

Par contraste avec l'activisme indécent des autorités relativement à cette impressionnante succession de pseudo-menaces infectieuses, faut-il rappeler leur passivité par rapport à l'une des causes les plus importantes de résistance antibiotique – partant, d'infections graves et potentiellement fatales : l'usage massif d'antibiotiques dans l'élevage à *fin purement anabolisante*², dont l'interdiction devrait relever d'une mesure politique au-

¹ Girard M., « Vaccination et promotion abusive : le retour », *Le Moniteur des pharmacies* 2004, n° 2527 : p. 41.

² C'est-à-dire juste pour faire grossir des animaux en parfaite santé, qui ne sont en rien justiciables d'une thérapeutique anti-infectieuse.

trement plus simple que celles de ces dernières semaines, qui sont à deux doigts de faire basculer notre pays dans la désorganisation et l'anarchie ?

Face à l'inventivité inépuisable des lobbies surpuissants qui ne voient dans la vie humaine qu'un marché à exploiter parmi d'autres, le risque est grand de s'épuiser si chacun reste dans son coin avec « sa » cause, « son » scandale de référence – quand il convient, au contraire, de susciter une réaction citoyenne massive fondée sur la compréhension des mécanismes et des procédés en cause, qui sont les mêmes à chaque fois (cf. chapitre 5).

C'est à ce projet éminemment *théorique* que s'attache ce livre, qui ne voit dans la grippe porcine que l'actualisation particulière d'une menace permanente bien plus générale.

1. À quoi bon ?

1.1. Les dérives de l'engagement

Ce que m'ont appris l'expérience et l'introspection freudienne, c'est que tout engagement expose à un double risque de dérapage.

- ↪ Le risque mégalomanie, qui consiste à hypertrophier la portée d'une cause – celle que l'on défend –, à y rapporter tout ce qui ne va pas dans la société, à ignorer toutes les autres et à témoigner de son mépris à tous ceux qui ne sont pas associés à cet unique combat. La vie est un long fleuve tranquille quand les rives en sont balisées par une conception personnelle et particulière de l'engagement...
- ↪ Le risque paranoïaque, plutôt inverse du précédent et qui consiste à voir du scandale partout, au motif imparable que l'absence de preuves *démontre* la dissimulation qui caractérise le complot : on n'a pas idée comment, grâce à internet notamment, la médiatisation d'un individu sur un scandale donné l'inscrit *de facto* au centre d'une foule d'amis nouveaux qui le solidarisent de force avec tout et n'importe quoi, depuis l'élection de Sarkozy aux attaques du 11 septembre, en passant par les

OGM, les pesticides, la construction des autoroutes, la fermeture d'une classe de maternelle à Trifouilly-les-Gonesses, le licenciement censément abusif de la cousine du beau-frère, sans oublier la franc-maçonnerie rampante des magistrats...

Sur la base de cette expérience, dont je pourrais sérieusement citer des exemples par dizaines, un scrupule me saisit toujours dès lors qu'il m'est demandé de parler – ou d'écrire – publiquement : que pèsent, dans le malheur du monde, toutes ces *affaires* de médicaments qui, dans ma vie, ont occupé une bonne part de mon engagement scientifique, politique et moral ? Correspondent-elles effectivement à des « scandales » dignes d'attention ?

1.2. Exemples introductifs

En décembre 2006, au 29^e symposium annuel de San Antonio sur le cancer du sein, des chercheurs américains rapportent, pour ce type de cancer, une chute de fréquence aussi spectaculaire qu'inédite ; à peu près simultanément, ces résultats sont confirmés par d'autres équipes dans la presse médicale. Avec, à chaque fois, la même explication qui s'impose : une non moins spectaculaire réduction dans la prescription de l'hormonothérapie substitutive chez les femmes ménopausées, suite aux publications qui en documentaient les risques – notamment cancérigènes – au tout début des années 2000. Juste avant, pourtant, ces traitements à visée *préventive* uniquement justifiaient l'enthousiasme du corps médical et, certaines lectrices s'en souviennent, la pression de prescription frisait le harcèlement chez les femmes avant même la cinquantaine : j'ai en mémoire encore fraîche les appels désespérés des sœurs ou amies de mon âge, abruptement menacées par leur gynécologue de se voir rayées de la clientèle si elles ne consentaient pas à cette hormonothérapie dont elles n'étaient demandeuses en aucun cas... Or, toutes choses égales par ailleurs, à la louche et rapportée à une situation française d'environ 40 000 nouveaux cancers mammaires par an, la réduction de fréquence observée par nos collègues américains se solderait ici par l'épargne de 4 000 cas ; par extrapolation, on peut supputer que l'éradication cette fois complète de ces traitements permettrait

d'épargner quelque 8 000 cas par an à la seule échelle de notre pays. En reprenant le problème à l'inverse, on peut donc dire que la simple promesse – jamais documentée, elle – d'un moindre vieillissement et d'une sexualité optimisée s'est soldée, et depuis des décennies, **par environ 8 000 nouveaux cas de cancer mammaire chaque année.**

À ces cancers du sein par milliers, il conviendrait d'ajouter les accidents cardio-vasculaires liés à ces mêmes hormones de substitution. On pourrait parler également des scléroses en plaques (SEP) dont le nombre très officiellement recensé par le *Livre Blanc* daté d'avril 2006 montre une impressionnante augmentation qui, comme par hasard, coïncide chronologiquement avec la campagne de vaccination contre l'hépatite B : de moins de 25 000 cas avant ³ à plus de 60 000 (aujourd'hui : on évoque même plus couramment des chiffres de 80 000 ou plus). On pourrait y ajouter les SEP dont le diagnostic est farouchement nié par *l'establishment*, les milliers de probables SEP atypiques qui correspondent à ces pseudo-myofasciites à macrophages, enfin les complications auto-immunes susceptibles de se développer après cette vaccination : à la louche, là encore, des dizaines de milliers de victimes, peut-être même plus de 100 000 pour notre seul pays (cf. chapitre 5).

Si approximatifs soient-ils d'un point de vue méthodologique, j'ai besoin de ces chiffres tragiques pour résister aux pressions, aux intimidations et aux brimades – c'est-à-dire au prix à payer pour prêcher dans le désert qui commence sitôt passé les murs de l'Académie et du juridiquement correct. À ce bilan, qui se chiffre donc aisément en dizaines, voire centaines de milliers de victimes, on peut comparer l'ampleur d'autres affaires de santé publique pourtant, elles, massivement médiatisées : moins d'un millier de mésothéliomes par an pour l'amiante, moins de 5 000 victimes au total pour le sang contaminé, une grosse centaine de morts pour l'hormone de croissance...

³ Delasnerie-Laupretre N., Alperovitch A., « Épidémiologie de la sclérose en plaques », *Rev Prat* 1991; 41:1884-7.

Par conséquent et pour répondre à ma question introductive, la iatrogénie médicamenteuse ne résume pas à elle seule toute la misère du monde : elle est probablement sans rapport avec le réchauffement climatique et n'a sans doute pas grand-chose à voir avec les désordres sociétaux actuels de la violence, de la paupérisation des travailleurs, du trafic de femmes, du divorce, de la guerre des sexes, de la débâcle scolaire ou éducative. Mais elle n'est pas anecdotique non plus. J'aurais pu évoquer également Vioxx® (rofécoxib), dont le nombre de victimes est estimé par l'administration américaine à quelque cent mille – et alors même que, quoiqu'en disent les responsables internationaux pourtant pris en flagrant délit d'une singulière incompétence, il n'y a aucune raison sérieuse de considérer que les autres composés de la classe restés sur le marché soient tellement mieux tolérés.

Et que dire des toxicités non moins préoccupantes, mais cette fois carrément ignorées des médias et soigneusement dissimulées par les administrations de tutelle : les effets des hypocholestérolémiants (notamment les statines) disproportionnés à leur bénéfice présumé, la tragi-comique fortune de Plavix® dont la toxicité et le prix indécent sont sans commune mesure par rapport à son comparateur le plus naturel – l'Aspegic® nourrissons –, les effets indésirables de Stilnox® présenté en son temps – en pleine affaire Halcion® – comme *le* premier hypnotique n'exposant pas au risque d'accoutumance ou d'effets paradoxaux malgré les données pourtant immédiatement disponibles, qui n'ont cessé d'être confirmées et amplifiées ensuite par la surveillance après commercialisation ?

1.3. Les caractérisations du scandale

1.3.1. Corrélats humains et financiers

À côté de son coût humain désastreux, ce bilan quantitatif mérite également d'être considéré du point de vue économique : sans être moi-même économiste de la santé, j'ai de bonnes raisons, par exemple, de penser que l'affaire de la vaccination contre l'hépatite B pèse d'un poids certain dans l'emballlement récent des prises en

charge en affections longues durée (ALD) qui préoccupe de plus en plus les politiques.

De plus, et c'est rageant, il convient d'ajouter à ce coût *indirect* des complications iatrogènes le coût *direct* – souvent exorbitant – des médicaments qui les ont causées : bien avant que n'éclate le scandale, j'avais publiquement dénoncé le prix démesuré consenti par les autorités sanitaires au fabricant de Vioxx^{®4}. Je rappelle d'autre part que Plavix[®] et statines sont restés trop longtemps dans le top 10 des spécialités les plus coûteuses pour l'assurance maladie. Je tiens de collègues industriels que la marge bénéficiaire d'un vaccin issu du génie génétique serait supérieure à 98 %, – encore plus élevée que celle offerte par les cosmétiques.

1.3.2. Une réversibilité spectaculaire

Or, cet impact humain et économique apparaît d'autant plus *scandaleux*, justement, – pour revenir au titre de ma communication – qu'*a contrario*, ces affaires iatrogènes frappent par la facilité de leur prévention ou de leur réversibilité. Alors qu'il serait sans doute difficile de vérifier l'impact immédiat sur la santé publique d'une réduction drastique des pesticides, par exemple, et qu'on attend toujours la traduction dans les statistiques sanitaires du récent resserrement réglementaire concernant l'usage des éthers de glycol, il a suffi de réduire la prescription de l'estrogénothérapie substitutive pour apercevoir, *presque instantanément*, une réduction des cancers tellement spectaculaire qu'elle a sauté aux yeux de tout le monde (abstraction faite des experts français qui, dans la quiétude de leurs liens d'intérêt dissimulés depuis des décennies⁵, ont même pris prétexte à l'histoire pour maintenir que par voie transcutanée, les estrogènes, c'est vraiment merveilleux : mais si l'on oublie ces bouffons locaux, j'ai rarement vu,

⁴ Girard M., « Innovation quand tu nous tiens... », *Le Moniteur des pharmacies* 2003, n° 2477 : 49.

⁵ Canonico M., Plu-Bureau G., Lowe GD et coll, « Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism in postmenopausal women : systematic review and meta-analysis ». *BMJ* 2008 ; 336 : 1227-31, Gompel A. and Plu-Bureau G, « Ovarian cancer and hormone replacement therapy », *Lancet*. 2007 Sep 15; 370(9591):932.

dans ma carrière, une corrélation aussi facilement et rapidement admise par la communauté médicale.) Et, dans l'histoire de la pharmacie, il y a eu des précédents aussi spectaculaires : disparition des phocomélies lorsque l'on a cessé de prescrire la thalidomide aux femmes enceintes, extinction radicale de l'épidémie d'hypertension artérielle pulmonaire au retrait de l'Aminorex, un anorexigène commercialisé dans les pays germanophones au milieu des années 1960. N'en déplaise aux fabricants concernés, enfin, qui voit encore des adénocarcinomes vaginaux à cellules claires chez les jeunes filles depuis que le diéthylstilbestrol (« Distilbène® ») s'est vu retirer ses indications obstétricales ? Les exemples pourraient être multipliés.

Évoquant cette réversibilité si facile des affaires iatrogènes, je ne prétends pas, évidemment, oublier, négliger ou mépriser la souffrance indélébile de ceux qui furent frappés⁶ : environ 5 000 personnes infirmes à vie après avoir été exposées à la thalidomide *in utero*, des centaines de jeunes femmes brisées dans leur sexualité, parfois même décédées, à cause du diéthylstilbestrol, etc. Je veux dire simplement que quelque lourd que puisse être l'héritage du passé, il est le plus souvent élémentaire d'en interrompre l'extension aux jeunes générations : et c'est à cette issue « élémentaire » que j'ai consacré tant d'énergie avec le vaccin contre l'hépatite B, bien davantage dans l'espoir de voir les innocents épargnés que les coupables châtiés – et ce, malheureusement, en vain jusqu'à aujourd'hui...

1.3.3. Une défaillance technico-réglementaire

Une dernière spécificité de la situation ne laisse pas de frapper le spécialiste. Dans les problèmes de santé publique liés à un polluant quelconque, on n'imagine pas une seconde des tests en grandeur réelle pour tenter d'évaluer le seuil ou les risques toxiques : on ne conçoit pas qu'on puisse faire avaler du plomb à des enfants pour déterminer à partir de quel moment ils vont présenter des signes de saturnisme, pas plus qu'on envisage d'exposer des travailleurs du

⁶ Girard M., *Formuler l'indicible pour évaluer l'inconcevable*.

(<http://www.rolandsimion.org/spip.php/IMG/doc/www.autobase.cc/www.jqht.net/spip.php?article25>)

bâtiment à diverses concentrations d'amiante pour déterminer *in vivo* s'il existe un seuil à ne pas dépasser. Semblable impossibilité est bien, d'ailleurs, la raison principale qui permet aux affaires en rapport de basculer dans le « scandale », les pollueurs s'autorisant des incertitudes inhérentes pour s'opposer de toutes leurs forces – et de toute leur puissance financière – à l'élaboration de normes susceptibles de renchérir leurs coûts de production. Et c'est bien en réponse à cette situation par trop classique qu'est né le « principe de précaution » dont l'idée force – on ne l'a pas assez compris – consiste à poser formellement qu'en cas d'incertitude scientifique, la décision doit échapper aux « experts » et revenir de droit aux politiques (cf. chapitre 4).

Mais veuillez bien songer, cette fois, qu'en matière de risque médicamenteux, **la situation est exactement inverse**. Les essais « en grandeur réelle » chez l'homme, *a fortiori* chez les animaux, ne sont pas seulement envisageables : ils sont *légalement obligatoires* (sauf, évidemment, quand les autorités sanitaires en dispensent les fabricants pour cause de « pandémie » grippale : cf. chapitre 3...). Constaté, dès lors, qu'en dépit de cette marge méthodologique exceptionnelle, les médicaments ne font pas mieux – et même plutôt plus mal – que les toxiques environnementaux, c'est reconstituer, au moins rétrospectivement, une double faille.

- ↳ Une faille politique, puisque, d'une façon ou d'une autre, les expérimentations prévues par la loi se sont avérées insuffisantes ou inadéquates, à moins encore que ce ne soient les responsables de l'administration qui n'aient failli dans leur mission de contrôle quant à la mise en œuvre et au suivi des expérimentations qui s'imposaient réglementairement.
- ↳ Une faille scientifique, puisque si les expérimentations pharmacologiques, toxicologiques et cliniques ont été effectivement mises en œuvre, elles ont manifestement manqué leur objectif le plus évident : prévoir, avec une marge de précision acceptable, le rapport bénéfice/risque d'un médicament.

Le constat de cette double faillite justifie les deux premières parties de la lecture plurielle évoquée dans le sous-titre du présent chapitre : politique (pourquoi la loi a-t-elle failli ?)⁷ et épistémologique (pourquoi la science a-t-elle failli ?).

Mais, ce que je crois aussi, c'est que la critique n'aboutit jamais si elle se focalise sur autrui exclusivement : cela ne peut pas être toujours *la faute des autres* et il est probable, par exemple, que l'on n'a jamais que les gouvernements que l'on mérite – du moins en démocratie. Sédiment possible d'une éducation catholique qui n'avait pas que du mauvais (toutes choses égales par ailleurs...), « l'examen de conscience », de toute façon, rejoint une exigence forte qui traverse le temps en passant par Socrate et par Freud : *connais-toi toi-même...* Il ne me paraît pas possible d'esquiver l'exigence d'une lecture morale.

2. Lecture politique

Je serai beaucoup plus que sommaire, ici, sur mon projet de lecture « politique », tout simplement parce celui-ci irrigue chaque page du présent livre.

Mais on me permettra de revenir sur une idée qui me tient tout particulièrement à cœur – et qui fait le lien entre les deux problématiques politique et épistémologique. Je crois, sans me vanter, avoir joué un rôle significatif dans la prise de conscience qui commence de s'opérer en France quant à la problématique des liens d'intérêt. Toutefois, je pense que, pour importante qu'elle soit, cette question des liens d'intérêt est tristement accessoire par rapport à l'autre question de fond qui découle de mon propos antérieur : dans un scandale de santé publique, la prévarication des responsables est malheureusement

⁷ Le lecteur voudra bien noter que mon acception du mot « politique » est à entendre dans le sens étymologique large (la gestion de la cité – de la *polis* en grec) – incluant la mise en œuvre de la justice là où elle est requise et attendu, de toute façon, qu'imparfaite ou non, ce sont bien les « politiques » (au sens, cette fois, étroit du terme) qui ont conçu la loi et qu'il leur revient de la faire évoluer si, à l'épreuve, elle s'avère inadéquate en quelque façon.

bien moins toxique que leur terrifiante incompétence. Que le lecteur se rappelle que la principale menace qui pèse sur l'indépendance de l'expert, ce n'est pas l'argent : **c'est l'incompétence** – dont les déterminants, on l'a vu (cf. chapitre 3), peuvent être éminemment politiques.

3. Lecture épistémologique

C'est délibérément que, dans le présent chapitre, j'ai choisi de privilégier la lecture « épistémologique » – pour détailler ce qui m'apparaît comme la catastrophe de loin la plus alarmante : **la faillite de la science**. On pourra faire évoluer la loi, changer le personnel politique, améliorer la réglementation, optimiser les contrôles et punir les contrevenants : on ne reviendra jamais sur la masse de résultats caviardés dont regorge désormais la littérature scientifique et, à l'instar du déclin littéraire et artistique qui a marqué la fin de l'empire romain, il faudra sans doute des siècles pour reformer la jeune génération *dans son ensemble* aux fondamentaux méthodologiques et éthiques qui ont justifié « l'écrasant prestige » de la Science, mais dont tout atteste, aujourd'hui, qu'ils sont en voie d'extinction.

Dans son principe historiquement repérable, la démarche dite « scientifique » se caractérise en trois dimensions :

1. une dimension d'exploration,
2. une dimension de communication,
3. une dimension de réception,

3.1. L'exploration scientifique

3.1.1. Réductionnisme

Qu'il me soit permis de commencer par une longue et très récente citation de Laurent Lafforgue, brillant mathématicien français titulaire de la médaille Fields, qui est un peu le prix Nobel de la spécialité (c'est moi qui souligne dans la citation).

« Les sciences modernes consistent en un processus d'objectivation radicale. Elles visent à l'émergence de vérités générales impersonnelles, intemporelles et immanentes. La singularité du sujet, de sa personne et de son esprit, est absente de leurs conclusions. »

« [...] La science moderne héritée de Galilée, Descartes et Newton a été fondée par une décision qui s'est révélée admirablement féconde : celle de ne retenir dans le réel que ce qui est sensible et, dans ce qui est sensible, que ce qui est susceptible d'être mesuré ou représenté géométriquement [...] »

« La merveilleuse efficacité de la science moderne atteint son plus haut degré dans l'étude de la matière inerte et décroît progressivement au fur et à mesure que l'on choisit des objets d'étude plus éloignés de celle-ci. Elle confère une autorité écrasante à la science [...] »

« Pourtant, le temps ressenti et les qualités sensibles des choses sont objectivables ; il est possible d'en parler de manière rationnelle, c'est-à-dire de les exprimer de telle sorte que chacun puisse s'y reconnaître. C'est l'objectivité de la littérature et des arts, et la rationalité de la philosophie. »

« L'influence du scientisme disqualifie ces disciplines, alors qu'elles seules rendent compte du temps vécu. »

« [...] Le scientisme fait peser [...] une menace plus profonde qu'une usurpation d'autorité par de fausses sciences ; celles de soumettre [...] à l'emprise de sciences authentiques sorties de leur domaine de vali-

dité, en méconnaissant les limites inhérentes au processus d'objectivation scientifique⁸. »

Il me serait difficile de trouver plus exacte formulation de ce que m'ont enseigné plus de trente ans d'étude et de recherche simultanément consacrées à la science et à l'art.

Ce que dit Lafforgue, c'est d'abord que la science est un processus fondamentalement *réductionniste*, qui tire, pour l'essentiel, son prestige de sa remarquable efficacité dans l'étude de la matière *inerte* – effectivement réductible presque à l'infini. Est-il dès lors besoin de commenter pour comprendre que la situation change du tout au tout avec l'étude du vivant – caractérisable, précisément, par les limites de sa réductibilité : passé un certain degré de réduction, le vivant meurt, bascule dans l'inerte, de telle sorte que l'étude subséquente passe par définition à côté de son objet – la vie. Et si la science, en dépit de son immense prestige, s'avère à ce point malhabile dès qu'il s'agit d'étudier le vivant, même dans ses expressions physiologiques élémentaires, que penser de ses performances dès lors qu'il faudrait rendre compte du vivant dans son incarnation la plus élaborée – l'homme – et même la plus complexe : l'homme malade, à ce titre sorti de *cette norme* qui conditionne la reproductibilité de la démarche expérimentale (cf. 3.2.1) ?

3.1.2. Distanciation

La distanciation de l'observateur est inextricablement liée à ce processus réductionniste : il faut être à distance d'un objet pour pouvoir le réduire à ses composants élémentaires (et il est facile, *a contrario*, de reconstituer que l'interdit qui a longtemps frappé l'autopsie reflète la difficulté d'une distanciation par rapport au corps de son semblable, fût-il décédé : il n'y a jamais eu d'interdit comparable sur la dissection d'animaux, qui a longtemps fourni les modèles d'anatomie humaine).

⁸ Lafforgue L. and Lurçat L., « *La débâcle de l'école : une tragédie incomprise* ». Paris, FX de Guibert, 2007.

Or, comment la distance qu'un astronome ou qu'un spécialiste des neutrinos peuvent entretenir avec l'objet de leur étude serait-elle préservée dès lors que la curiosité scientifique se concentre sur l'être humain ? Qu'il s'agisse de ses fonctions somatiques, *a fortiori* de ses fonctions psychiques, l'évaluation est forcément parasitée par les innombrables représentations que tout un chacun entretient à l'endroit du corps et de l'esprit. Un seul exemple, mais éclairant : pour avoir consacré beaucoup d'énergie professionnelle à la contraception orale⁹ – médicament parmi d'autres –, j'ai pu répétitivement vérifier à quels barrages idéologiques se heurte immédiatement toute interrogation technico-scientifique sur la question. Se demander si le profil des risques documentés avec ce type de toxique ne devrait pas amoindrir pas l'idée trop commune que la pilule correspondrait forcément à une « libération », c'est le moyen le plus assuré de passer pour un parfait abruti – croyez en mon expérience pourtant particulièrement éprouvée en pareille matière...

3.1.3. Données dures, données molles

Adopter une position réductionniste, c'est, entre autres, élaguer tous les éléments non essentiels susceptibles de parasiter la résolution du problème posé. Paradigme de *l'abstraction* scientifique né sur les rives du Nil pour la redistribution des terrains après la crue annuelle, la géométrie euclidienne se limite strictement à des contours idéalement rectilignes, en se contrefichant d'autres paramètres pourtant cruciaux pour la pratique agricole – tels que l'exposition des champs ou la nature de leur sol : c'est un exemple éloquent de ce que Laforgue désigne comme « les limites inhérentes au processus d'objectivation scientifique ».

Ayant ainsi éliminé tout ce qui n'a pas d'intérêt pour résoudre le problème posé, le scientifique peut certainement faire des erreurs de mesure ou de calcul, mais exactes ou non, des données brutes comme *la taille* d'une planète, *la vitesse* d'une particule, *la viscosité*

⁹ Girard M., « *Les effets indésirables de la pilule* ». La Recherche 1988, 201:984-990.

d'une solution ne posent aucun problème particulier de représentation, du moins pour le spécialiste : ce sont des « données dures ».

Par contraste, les données relativement vagues et trop intriquées de l'épidémiologie ou de la recherche clinique sont des « données molles¹⁰ » : pour objectives qu'elles soient, elles requièrent une interprétation avant de prendre sens. Exemple ? Une fois posé que la majorité des études épidémiologiques sur les vaccins contre l'hépatite B n'a pas montré d'élévation « statistiquement significative » du risque de sclérose en plaques, qu'est-ce que ça peut bien vouloir dire : qu'il n'y a pas de risque neurologique, comme le soutiennent en un chœur suspect les fabricants concernés et administrations sanitaires promotrices de leurs vaccins, ou bien, comme je le prétends depuis des années, que les études en question ont été délibérément conçues pour ne fournir aucun résultat utilisable ?

3.1.4. Recherche et développement

Enfin, quoique le temps me fasse défaut pour détailler ces points, il serait utile d'examiner la lancinante perversion que le concept industriel de « R&D » (*recherche et développement*) a exercé sur l'idéal scientifique de « recherche » (correspondant au processus ici évoqué sous l'intitulé « exploration »).

- ↳ Dans le monde industriel en général – et tout particulièrement en pharmacie, qui tire pour l'essentiel sa fortune des *me too*¹¹ –, la phase dite de R&D n'a à peu près rien à voir avec « la recherche » (même « appliquée ») : elle se limite à la mise en œuvre apathique et stéréotypée d'un programme technico-réglementaire standard.

¹⁰ Feinstein A. , « Clinical biostatistics. II. Statistics versus science in the design of experiments », Clin Pharmacol Ther 1970, 11:282-92.

¹¹ Structures chimiques très proches les unes des autres et dont le développement comme médicament tient plus aux failles du brevet initial qu'à l'intuition de quoi que ce soit d'original.

- ↪ Pour des raisons fiscales et promotionnelles connues ¹², l'industrie pharmaceutique a, de longue date, gonflé artificiellement son budget « R&D » de dépenses commerciales (communication pseudo-scientifique, études bidons, corruption de prescripteurs rebaptisés en « experts », « investigateurs » ou « consultants ») extrêmement éloignées de toute recherche scientifique.

3.2. La communication scientifique

Les mathématiciens Galois ou Abel en ont fait la triste expérience de leur vivant : si génial soit-il, un résultat scientifique n'existe pas tant qu'il n'a pas été *communiqué* d'une façon ou d'une autre.

3.2.1. Reproductibilité

Dans sa rhétorique bien rodée par les siècles, une communication scientifique – avant même de transmettre un résultat – vise à décrire avec précision la méthode utilisée pour l'obtenir, en vue de garantir *sa reproductibilité* par les autres : comme chacun sait, toute l'histoire du grand théorème de Fermat, c'est que, durant des siècles, aucun mathématicien n'a été capable de reproduire la démonstration qu'un peu hâtivement le premier avait prétendu avoir obtenue sans toutefois prendre le temps d'en donner le détail (significativement : tout porte à croire que le malheureux s'était, en fait, trompé dans sa démonstration, et la communauté des mathématiciens a mis moins de temps pour reconstituer l'erreur probable, qu'il a d'ailleurs refaite dans d'autres démonstrations, que pour aboutir au résultat qu'il n'avait en fait jamais obtenu).

Or, la caractéristique la plus frappante des données de la recherche clinique ou de l'épidémiologie, c'est justement qu'elles sont pour l'essentiel non reproductibles : le moindre essai clinique atteint un coût exorbitant et, malgré ses protestations de principe, il est patent que *via* de pseudo-exigences de qualité traduites en recommanda-

¹² Angell M., *The Truth about the Drug Companies. How they deceive us and what to do about it*, New York, Random House, Inc, 2004.

tions prenant force de loi¹³, l'industrie pharmaceutique a tout fait pour *maximiser* le coût de la recherche clinique, histoire de la laisser entre les mains des *happy fews* qui disposent des moyens financiers suffisants pour la mettre en œuvre.

En tout état de cause et indépendamment de ces questions financières, les sujets humains ne sont ni des particules élémentaires, ni des planètes impassibles à l'échelle des années humaines, ni des animaux choisis pour leur patrimoine génétique strictement superposable (comme les rats ou les souris de laboratoire) : aucune étude clinique faite sur une population X ne pourra jamais être « reproduite » au sens où, dans la plupart des autres spécialités scientifiques, il est courant de « reproduire » les résultats obtenus par une autre équipe.

C'est donc un point central sur lequel je ne saurais trop attirer l'attention du lecteur : **un critère essentiel de la scientificité (probablement le plus important et de loin) fait absolument défaut aux données de la recherche clinique ou épidémiologique – à savoir la reproductibilité, partant la possibilité pour autrui d'en vérifier l'intégrité.**

3.2.2. Intégrité

Il n'y a pas besoin de réfléchir longtemps, en effet, pour comprendre comment cette exigence de reproductibilité a été, historiquement, la

¹³ Grimes DA, Hubacher D., Nanda K., Schulz KF, Moher D., Altman DG, « The Good Clinical Practice guideline: a bronze standard for clinical research », *Lancet* 2005; 366(9480):172-4. Largement encouragée par les principes même de la CEE, la dynamique d'alourdissement des normes, telle qu'évoquée dans cet article, apparaît comme *la* principale technique d'épuisement de la concurrence, que l'on retrouve constamment dans tous les secteurs d'activité, notamment l'agro-alimentaire : une fois éliminés les petits, voire les moyens qui ne peuvent simplement supporter le coût faramineux de normes essentiellement périphériques et formelles (les locaux, le matériel, etc.) alors qu'ils prospéraient en raison de leur excellence professionnelle, les forces de la finance peuvent s'emparer du secteur et imposer un nouveau niveau de normes qui contraint cette fois le cœur même du métier : faire du chocolat sans chocolat, des sorbets aux fruits sans fruits, des fromages sans lait – ou des vaccins développés en trois semaines...

condition fondamentale de l'intégrité scientifique – et justifier, par conséquent, ce que Lafforgue décrit comme « [l']autorité écrasante de la science » : la décrédibilisation radicale d'Alexis Carrel, par exemple, tient au fait que personne n'est parvenu à reproduire certains de ses résultats les plus spectaculaires bien davantage qu'à ses idées douteuses sur l'eugénisme (assez communes à l'époque), qu'on eût pu se contenter de considérer comme un regrettable travers si sa réputation de scientifique avait été, elle, préservée (selon un schéma qui, *mutatis mutandis*, s'applique à Céline dans le domaine des Lettres).

Il est, par conséquent, extrêmement évocateur que la recherche clinique soit, et de loin, le domaine technico-scientifique où, sous une forme ou sous une autre, l'accusation de fraude soit le plus fréquemment portée. Les exemples sont assez faciles à trouver pour que je n'y consacre pas plus de temps.

Moins connu quoique bien plus efficace que la fraude grossière, le « *funding effect*¹⁴ » (effet de financement) est plus pervers : toutes les enquêtes sur le sujet ont montré qu'en moyenne, et même lorsqu'elles sont menées par des investigateurs « indépendants », les études sur un médicament donné sont nettement plus favorables à celui-là lorsqu'elles sont financées par son fabricant que lorsqu'elles ont un financement neutre. Ai-je besoin de commenter ?

3.3. La réception scientifique

Pour qu'un résultat s'intègre au prestigieux édifice de « la Science », il ne lui suffit pas d'avoir été communiqué : encore faut-il qu'il soit *reçu* par les collègues et *reconnu* comme assez significatif pour être cité et amplifié. Quoique ayant franchi la première étape d'une publication scientifique – mais dans une obscure revue allemande – Mendel (ou plus exactement : sa mémoire) a dû attendre plus de quarante ans avant d'être reconnu comme le père de la génétique moderne. Et si, consécration suprême, le mot darwinisme est devenu

¹⁴ Michaels D., « Doubt is their product », New York, Oxford UP, 2008.

peu ou prou synonyme de « théorie de l'évolution », c'est que les chercheurs concernés se réfèrent à Darwin *bien davantage* qu'à son prédécesseur Lamarck : il serait probablement facile de vérifier que quand le second est néanmoins cité, c'est neuf fois sur dix pour dire qu'il s'est trompé par rapport au premier...

3.3.1. Reconnaissance par les pairs

Première étape de la réception scientifique : il faut passer par le filtre d'une revue à comité de lecture et voir son travail reconnu comme à tout le moins digne de publication. Pour notoirement imparfait qu'il ait été depuis le tout début, ce processus de « reconnaissance par les pairs » a constamment sous-tendu la dynamique de l'activité dite « scientifique » – par opposition, notamment, à l'activité artistique qui dépend bien davantage d'une reconnaissance *par le public*, parfois en nette contradiction avec le jugement des pairs.

Cette dynamique fondamentale de reconnaissance par les pairs est aujourd'hui gravement mise en péril par la puissance de l'argent :

- ↳ sous forme, notamment, de « suppléments » aux titres de la presse scientifique, même parmi les plus prestigieux, les firmes pharmaceutiques ont le pouvoir de créer des supports d'information qui échappent totalement à la régulation collégiale ; la même remarque s'applique aux congrès noyautés par l'industrie, au cours desquels le déterminisme de communication tient bien davantage à une question de solvabilité que à une analyse critique rigoureuse : l'industrie pharmaceutique, par son pouvoir de financement, y joue un rôle crucial dans la sélection des participants et, plus encore, des orateurs ;
- ↳ elles ont également le pouvoir de polluer les comités de lecture par les liens d'intérêt qu'elles entretiennent, tant avec les *referees* qu'avec les éditeurs, promouvant de la sorte les travaux qui sont favorables à leurs intérêts commerciaux et réduisant, à l'inverse, les chances de voir publier les résultats qui pourraient les menacer.

3.3.2. L'*impact factor*

Pour incontournable qu'il soit dans le processus de la connaissance scientifique, le prérequis de la publication n'est rien s'il n'est pas relayé par celui de la citation : même publié, un travail dont on ne parle pas est un mort-né.

Là encore, les forces de l'argent ont tout pouvoir pour pervertir ce processus de sélection naturelle :

- ↪ clé initiale de la citation ultérieure, le recensement des journaux scientifiques dans la base bibliographique MEDLINE obéit à un processus dont l'opacité et l'incohérence ont fait l'objet de récentes dénonciations¹⁵ ;
- ↪ en situation de controverse scientifique, les détenteurs de l'argent ont les moyens de détruire l'équilibre entre les publications discordantes en multipliant, sous formes de revues, d'éditoriaux ou d'études partiales, ceux des articles qui vont dans leur sens : ainsi, des onze études cas/témoins sur le risque neurotoxique de la vaccination contre l'hépatite B, *la seule* montrant une forte augmentation est, comme par hasard, *la seule* dont le financement ait été indépendant – les dix autres étant toutes, d'une façon ou d'une autre, liées aux promoteurs de cette vaccination¹⁶. Il reste que, pour l'expert, le juge ou le public, les travaux suggérant l'innocuité du vaccin sont très majoritaires ;
- ↪ indicateur visant à mesurer l'impact d'une publication sur la base de la fréquence avec laquelle elle se trouve citée dans la presse scientifique, l'*impact factor* est également biaisé selon des pratiques parallèles de surcitation subventionnée, de citation circulaire ou de censure sélective ;

¹⁵ Hickey S., « Censorship of medical journals », BMJ 2006; 333(7557):45-a.

¹⁶ Girard M., « When evidence-based medicine (EBM) fuels confusion: multiple sclerosis after hepatitis B vaccine as a case in point », Medical Veritas 2007; 4:1436-51.

- ↳ enfin, il n'est pas besoin d'insister sur les moyens dont disposent les industriels pour circonvenir les journalistes – spécialisés ou non – et amplifier, au niveau du grand public, les biais de réception déjà à l'œuvre dans le public spécialisé.

Or, il n'est justement que de lire cette presse grand public pour apercevoir que la médecine – dont je viens de montrer pourquoi elle peine objectivement à s'inscrire dans un mode de fonctionnement scientifique – est paradoxalement devenue le paradigme de l'activité scientifique considérée sous l'angle du prestige : la moindre percée ou pseudo-percée dans le domaine du SIDA, du cancer ou des myopathies, la mise sur le marché du moindre coupe-faim douteux, font l'objet d'une médiatisation sans commune mesure par rapport aux domaines de la physique, de la chimie ou des mathématiques – pour ne citer qu'elles.

À la vérité, il y a quelque chose de tristement ironique dans cette déchéance pitoyable du modèle qui avait justifié le prestige de la Science – son « autorité écrasante ». Car si l'activité scientifique dans ses débuts a été l'apanage d'aristocrates, de riches bourgeois ou de religieux à l'abri du besoin, c'est notamment parce que ce n'était certainement pas un moyen de faire de l'argent ! Ce temps où les plus aisés consacraient leur fortune ou leur confort à la science est aussi celui où ils risquaient d'y perdre leur honorabilité – et parfois bien plus : faut-il citer Galilée ?... Or, aujourd'hui, c'est bien grâce au prestige hérité de ces grands ancêtres et de leur ascétisme que la science est passée sous le contrôle de l'argent : nous sommes bien, toujours pour citer Lafforgue, dans une situation tragique et désastreuse « d'usurpation »...

4. Lecture morale

Pour finir, et afin d'ouvrir ici un chapitre décisif de mes œuvres complètes dont je ne conçois pas, qu'à la fin, elles puissent s'intituler autrement que *L'art de se faire des amis*, je voudrais poser la question à *chacun* de mes lecteurs : à qui la faute ?

Et ce, en partant d'un constat ravageant : **la remarquable immunité de l'industrie pharmaceutique à la critique**. Alors qu'il suffit de lire la presse pour documenter l'opprobre abyssale qui s'attache aux métiers du médicament en tant que tels – au point qu'on en vient à se demander s'il n'est pas plus honorable de faire dans le business pornographique, quelle qu'en soit la brutalité sordide – force est de constater que, ce nonobstant, le bénéfice annuel des intéressés va rarement en dessous d'une augmentation à deux chiffres.

Or, qui leur fait gagner cet argent insolent ? Tout un chacun, et notamment ceux qui n'ont pas de mots assez durs pour faire dans la critique systématique de l'autorité médicale. Tous ceux qui, prétendant « ne prendre aucun médicament » (comme aujourd'hui il faudrait croire que « personne ne regarde la télévision » à la maison quand la durée moyenne d'écoute augmente régulièrement chaque année), sont trop contents – et trop rassurés – par leur pilule contraceptive, leur hypocholestérolémiant, leur antihypertenseur, leur traitement substitutif, leur antibiotique, leur « prévention », leur pitoyable dépistage du cancer ou de l'ostéoporose – et tous autres gadgets qui les entretiennent dans leur puéril fantasme d'immortalité.

Conflits d'intérêts disais-je tout à l'heure : mais que penser de ces associations de victimes dont les dirigeants ne pensent qu'à renforcer leur cause personnelle du malheur collectif ? Que penser de ces charognards de la iatrogénie qui, moyennant cotisation annuelle, occupent le devant de la scène médiatique dans une pseudo-défense des victimes qui ne débouche jamais sur rien ? Incompétence ou jobardise, disais-je encore : que penser de ces avocats nullissimes qui, pour avoir plaidé une fois par hasard une cause gagnée d'avance contre un fabricant, se font une réputation usurpée de preux, alors que, par leur ignorance crasse et leur ignoble inertie, ils contribuent aux incohérences de la jurisprudence – et à la misère résultante des justiciables ? Usurpation, disais-je toujours : que penser, là encore, de ces associations de victimes trop honorées d'être reçues en grande pompe par les grands professeurs de l'Agence – au motif tristement hilarant d'une « collaboration scientifique » dont on se de-

mande à quel titre ils en seraient partie – et qui avalent sans moufter toutes les mystifications d’une administration surtout soucieuse de cacher ses carences ou ses compromissions, tout cela sous le ridicule prétexte d’une « démocratie sanitaire » perversement mise à l’honneur par B. Kouchner ? Que penser de ces experts auto-proclamés qui, *via* internet notamment, amplifient de leur incompetence bouffonne les immenses scandales dont nous avons parlé en accréditant par leur bêtise, et avec une masochique obstination, l’idée que la critique du système serait l’apanage des imbéciles ?

Mais terminons sur la passivité servile des citoyens devant une médicalisation tentaculaire, dans laquelle j’inclus les médecines dites « parallèles », « douces », « holistiques » ou « homéopathiques ». Pour laisser encore la parole à Lafforgue, « on dirait que l’homme d’aujourd’hui se désintéresse du grand large dans l’ordre de l’esprit et qu’il oriente désormais son besoin d’objectivation et de maîtrise du monde sur lui-même, sur son corps et ses comportements, en oubliant qu’il est, avant tout, un sujet et une personne ».

Repu de superflu bien qu’inassouvi d’essentiel, absolument privé de valeurs transcendantes, le consommateur moderne a redirigé sa foi dans « la Science » pour étancher sa soif de ce qu’il n’a pas, sans s’apercevoir que tout son mal vient de cultiver l’avoir au détriment de l’être – dépourvu qu’il est, de toute façon, du minimum de culture qui lui permettrait d’apercevoir en quoi le prestige qui s’attache à la Science et à ses servants se distingue de celui qui échoit au lauréat de la Star Academy ou de n’importe quelle présentatrice au JT.

Dans sa décomposition intellectuelle et son irresponsabilité consumériste, l’individu contemporain a prétendu exploiter le prestige de la Science à seule fin d’améliorer son petit confort et d’apaiser une angoisse du néant exacerbée par la vacuité de son existence : mais en la déportant ainsi de sa polarité naturelle, il l’a détruite faute d’avoir vu qu’aux antipodes de son nombrilisme, la Science est avant tout un effort généreux *d’objectivation* et de partage subséquent, attentif à la rencontre de l’Autre et avec pour seul programme commun la contemplation *désintéressée* des Idées.

Ce n'est pas que le consommateur contemporain ait peur de l'au-delà : compulsivement soucieux d'évacuer la mort ravalée au rang de regrettable vulgarité¹⁷, à ce titre débarrassé de toute angoisse métaphysique, il se retrouve dans un quotidien envahi en proportion d'obsessions « juxtaphysiques » – notamment sous forme de préoccupations hypochondriaques profuses qui contaminent jusque ses impulsions les plus légitimes. Exemple parmi bien d'autres, la gastronomie – pourtant art de vivre parmi les plus traditionnels – se trouve désormais saturée d'injonctions « médicales » toutes plus incongrues les unes que les autres : l'homme moderne ne boit plus, mais « renouvelle l'eau de son corps », et il s'épuise à scruter le niveau de ses apports en cholestérol, en graisses insaturées, en vitamines, en calcium, tout en s'obsédant quant au nombre de crudités qu'il *doit* ingérer chaque jour¹⁸... Il n'est plus possible, aujourd'hui, de manger, de boire, de bouger son corps, de faire l'amour, sans faire allégeance à une représentation exclusivement physiologique de la vie.

Ainsi, dans son marasme ontologique, le consumérisme contemporain a-t-il fait le lit d'une médicalisation tentaculaire. Il n'est en rien certain que, à cet égard, les médecines « parallèles » ou « holistiques » fassent mieux que l'Académie... Le vrai problème n'est pas celui d'une médecine « douce » : il est celui de la médicalisation¹⁹.

À quand le courage de *vivre*, simplement ?

¹⁷ Lafontaine C. , *La société post-mortelle*. Paris, Seuil, 2008.

¹⁸ Dûment informé qu'il lui en faut *cinq* quotidiennement, l'homme moderne hésite encore sur la question de la posologie : faute de savoir si la dose unitaire de « la crudité » correspond à la citrouille ou à la fraise des bois...

¹⁹ Conrad P, *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Condition into Treatable Disorders*. Baltimore, The John Hopkins University Press, 2007.

Conclusion

On pourrait penser qu'après tant de scandales pharmaceutiques – incluant le précédent dramatique de la vaccination contre l'hépatite B (mais également : Isoméride, Vioxx, Acomplia et bien d'autres encore) – l'impudence promotionnelle des fabricants appuyés d'aussi indécente façon par leur administration de tutelle signe un échec cinglant pour tous ceux – auteur de ces lignes inclus – qui se sont, chacun à sa manière, ingéniés à promouvoir une contre-éthique (tant il est vrai, j'en reste convaincu, qu'il est possible de concilier la morale avec l'exigence légitime de rentabilité). Et il n'est pas faux que, sur cette affaire comme sur bien d'autres, personne ne devrait se sentir au-dessus de tout reproche quant à l'adéquation de ses comportements, réactions ou revendications (cf. chapitre 6).

Au-delà, cependant, des défaillances individuelles dont la somme peut certainement contribuer à l'insolente impunité dont bénéficient objectivement les auteurs de peste iatrogène, le désastre actuel appelle aussi une lecture plus politique. La triste réalité, c'est qu'il n'est simplement pas possible d'être un professionnel du médicament sans devenir farouchement anti-européen au constat des éléments suivants dont les effets se font sentir à chaque instant : l'effarante efficacité des lobbies, l'impuissance rare des politiques, leur ignoble complaisance et leur déprimante incompétence, l'accablante efficacité des multinationales à déculturer même des pratiques pourtant tellement conditionnées culturellement, comme la médecine ou la pharmacie¹...

¹ Payer L. , *Medicine & Culture – Notions of Health and Sickness*, London, Victor Gollancz Ltd, 1990.

En matière de pharmacie industrielle, c'est dès 1965 qu'il est possible de dater le péché originel – plus précisément dans les considérants de la directive 65/65/CEE :

(2) « Toute réglementation en matière de production, de distribution ou d'utilisation des médicaments doit avoir comme objectif essentiel la sauvegarde de la santé publique. »

(3) « Toutefois, ce but doit être atteint par des moyens qui ne puissent pas freiner le développement de l'industrie pharmaceutique et les échanges de médicaments au sein de la Communauté. »

Par rapport à une profession – la pharmacie – soumise à un contrôle réglementaire depuis des siècles au moins, c'était probablement ***la première fois, dans l'histoire de l'humanité, qu'un objectif purement mercantile se trouvait ainsi posé au même niveau que l'impératif catégorique de préserver la santé publique.*** De toujours, en effet, les autorités politiques – certes avec leurs moyens – avaient conscientisé les risques considérables auxquels leurs sujets se trouveraient exposés si on les abandonnait aux instincts mercantiles des charlatans. Qu'il suffise de comparer la scandaleuse duplicité de cette directive européenne à la lucidité de la Charte accordée par le roi d'Angleterre Jacques 1^{er} à la Société royale des apothicaires, en 1614 :

« [Attendu que] de très nombreux Empiriques ou hommes aussi incompetents qu'ignorants résidant dans la cité de Londres, qui ne sont pas bien formés aux Arts et Mystères des Apothicaires, mais fabriquent et composent nombre de médicaments malsains, nocifs, dangereux et corrompus qu'ils vendent, mettant en péril et en danger quotidien la vie des sujets de sa Majesté [...] »

Incompétence, lucre et cynisme : que craignait le roi qui n'ait été tristement illustré dans le présent ouvrage ?

Cependant et grâce au précédent de la grippe aviaire, les citoyens sentent désormais que les choses sont allées trop loin. Ce qu'ils sont en train d'apercevoir, c'est que la pression des actionnaires a vidé les entreprises de leur dynamisme et de leur savoir-faire, de telle sorte que, comme illustré de façon saisissante par l'offre d'emploi présentée au chapitre 3, il n'y a plus place aujourd'hui que pour des « hommes aussi incompetents qu'ignorants [...] », lesquels ne peuvent, à la fin, que fabriquer « des médicaments malsains, nocifs et dangereux » – des produits *défectueux*² pour le dire de façon plus moderne.

D'une certaine façon, on pourrait se réjouir d'une telle évolution en se disant qu'elle appelle *forcément* un changement de direction³ : si, depuis maintenant des décennies qu'il est à l'œuvre, le libéralisme a saigné les entreprises au point de les empêcher d'offrir des produits qui n'offrent pas « la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre⁴ », c'est qu'il faut revenir en arrière et comprendre – enfin – que le diktat d'une rentabilité coûte que coûte ne peut être le dernier mot. Or, ce qu'illustre la situation présente – parmi bien d'autres comparables, en pharmacie ou ailleurs –, c'est que non contents de ne plus savoir fabriquer autre chose que des produits défectueux, les « très nombreux Empiriques » dont les hommes de main harcèlent nos politiques à Bruxelles tout autant qu'à Paris (ou ailleurs⁵) ont

² Directive 85/374/CEE du 25/07/1985.

³ C'est aussi la leçon de la récente crise économique...

⁴ Selon les termes même de la loi sur les produits défectueux.

⁵ Le reproche vaut, évidemment, pour les USA – terre d'industrie pharmaceutique s'il en fut. Mais – pour faire vite – le principal reproche qu'on peut adresser à la CEE n'est-il pas d'avoir « américanisé » les pratiques de gouvernement, notamment en privilégiant les forces de l'argent (les lobbies) au détriment d'instances plus démocratiques ? De plus et pour ce qui concerne spécifiquement le secteur du médicament industriel, force est de constater que dans les années 1960-70 (avant l'ère Reagan, en gros), la *Food and Drug Administration* était un modèle de rigueur à la cheville duquel n'arrivait aucune administration sanitaire européenne ; il est douteux que l'émergence d'une Agence européenne (EMEA), au milieu des années 1990, ait concrétisé un progrès dans la rigueur...

également les moyens de *les introduire – et de les maintenir – sur le marché*⁶.

C'est bien à ce monstrueux sursaut qu'il faut résister. Car, pour menaçante qu'elle apparaisse à première vue, cette exacerbation de gloutonnerie signe aussi que la Bête est épuisée : il faut la tuer, désormais...

⁶ J'ai dénoncé depuis longtemps cette concentration d'argent qui confère aux fabricants « des pouvoirs de promotion considérables, ceux-là mêmes qui permettent de transformer des vessies en lanternes – et de faire d'une molécule sans intérêt un *blockbuster* » (« Succès commercial et publicité mensongère », *Le Moniteur des pharmacies* 2003 ; n° 2473 : 47).

Glossaire

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, ancêtre de la Haute Autorité de santé (HAS).

biais : erreur *systematique* dans un résultat statistique (par opposition aux fluctuations du hasard, qui tendent à s'annuler les unes par rapport aux autres lorsque la mesure est répétée) ; dans une investigation épidémiologique, un biais est le plus souvent avec une erreur de méthode.

blockbuster : mot anglais qui peut désigner un film à grand succès ou un best-seller et qui, en pharmacie, désigne un médicament qui génère un chiffre d'affaires d'au moins un milliard de dollars.

FDA : l'agence du médicament aux USA (elle s'occupe également de la sécurité alimentaire).

iatrogène : est iatrogène (du grec *iatros* « médecin ») toute pathologie due à un acte médical, et à un médicament en particulier.

me too : en pharmacie, médicament dont la structure chimique est très proche d'un composé précédent, mis au point en vue de le concurrencer.

myofasciite à macrophages : « maladie » jamais clairement définie, popularisée par l'administration sanitaire française moyennant une mystification visant à déporter les soupçons portant sur la toxicité inhabituelle des vaccins contre l'hépatite B vers une mise en cause vague et sans conséquence des vaccins aluminiques en général.

notification spontanée : signalement par un professionnel de santé aux autorités sanitaires ou au fabricant d'un effet indésirable survenu avec un médicament.

pharmacovigilance : étude des effets secondaires (nocifs ou bénéfiques) des médicaments.

pharmaco-épidémiologie : utilisation des méthodes de l'épidémiologie pour évaluer les effets (thérapeutiques ou secondaires) des médicaments.

phocomélie : malformation foétale où les mains et les pieds s'attachent directement sur le tronc ; dans les années 1959-60, les phocomélies ont été décrites comme complications de la thalidomide (un antinauséux administré aux femmes enceintes).

referee : mot anglais passé dans le langage scientifique courant, qui désigne un relecteur consulté par un journal médico-scientifique pour examiner si un manuscrit est digne d'être publié.

syndrome de Guillain-Barré : forme d'atteinte nerveuse qui se traduit par une diminution de la force musculaire et peut progresser vers des paralysies plus ou moins graves. La majorité des patients récupère, mais 30 % des adultes conservent des séquelles (le pourcentage étant encore plus élevé chez les enfants)¹. Les cas mortels sont généralement dus à une paralysie des muscles respiratoires.

¹ Ces chiffres sont tirés du Manuel Merck, trad. française 2^e édition, 1992.

Table des matières

Introduction	5
Abréviations	15
Chapitre 1 : Reconnaître « les actions d’environnement »	17
<i>L’art de créer des alertes en santé publique</i>	
1. Actions d’environnement	17
2. L’urgence comme prétexte	18
3. Une rhétorique stéréotypée	20
4. Les principaux vecteurs de l’information.....	26
5. Le conditionnement à l’œuvre	36
6. La face obscure des alertes pour rien	43
Chapitre 2 : Auditer les experts	47
<i>Critères de crédibilité a priori et a posteriori</i>	
1. Une expertise discréditée, mais toute-puissante	47
2. Critères de crédibilité a priori	52
3. Critères de crédibilité a posteriori	78
Chapite 3 : Exiger le respect de la législation pharmaceutique	91
<i>Les vaccins : des médicaments comme les autres</i>	
1. Risque viral ou menace démocratique ?	92
2. Une grille d’analyse	96

Chapitre 4 : Repérer la propagande des politiques 137

Le « principe de précaution »

1. Précaution, « piège à c... » ? 137
2. Un principe d'inspiration anti humaniste 140
3. Historique 141
4. Ambiguïtés, contradictions 145
5. Un principe controversé..... 152
6. Quelle précaution pour les professionnels de santé ? 159
7. La précaution comme dépassement..... 161
8. Retour sur l'alerte grippale 163

Chapitre 5 : Tirer les leçons du passé 167

Le précédent du vaccin contre l'hépatite B

1. Reconnaître les « actions d'environnement »..... 169
2. Auditer les experts..... 179
3. Exiger le respect de la législation pharmaceutique 203
4. Repérer la propagande des politiques..... 214
5. Se rappeler le passé..... 217
6. Pour conclure 217

Chapitre 6 : Élever le débat..... 219

Lecture politique, épistémologique et morale

1. À quoi bon ? 220
2. Lecture politique 227
3. Lecture épistémologique 228
4. Lecture morale 238

Conclusion 243

Glossaire 247

Imprimé en France