

Débat sur la Vaccination : des cas de Rage signalés



Publié le 2 avril 2018 | par Lurinas

Plus que jamais, la défiance envers la vaccination serait en hausse. Une infection qui diffuserait dans tous les organes de la société, et pas seulement via les réseaux sociaux. On savait que la vue d'une aiguille pouvait provoquer des réactions fulgurantes. On ignorait que l'avancée d'arguments à des fins de débats pouvait autant susciter la rage entre les locuteurs. Ce qui n'est pas sans nous perdre. Tentons donc, avec votre consentement, de vous inoculer quelques doses d'informations pour revigorer votre libre arbitre.

De trois, le nombre de vaccins obligatoires pour les enfants est passé à onze depuis ce 1er janvier 2018. Une décision qui a ravivé de vifs désaccords sur les éventuels risques de la vaccination, cependant que les questions vaccinales ne cessent de prouver leur incomparable complexité (pharmacovigilance, épidémiologie, réglementations...). La France n'a pas le monopole des critiques, et aux États-Unis, en Europe, au Japon, en Australie, 'l'opinion publique' est pour partie dubitative. Les rumeurs sont plus ou moins anciennes, des plus traditionnelles ('le vaccin est un poison') aux plus contemporaines avec les théories conspirationnistes. L'industrie pharmaceutique n'est pas en reste de faire perdurer le brouillard, les pouvoirs publics ne font pas fait montre d'une propension à l'objectivité que nous sommes pourtant en droit d'attendre d'eux (souvenez-vous du scandale H1N1...). Quant aux anti-vaccinalistes patentés, leurs interventions repoussent parfois les limites de l'entendement.

Mais quelle mouche nous a donc piqué en intraveineuse ?

Questionner sur l'efficacité de certains vaccins est-il voué à l'impossible ? Les discussions sur cette thématique sont plus que jamais enflammées et hystériques, les joutes polarisées à leur paroxysme. Si bien qu'il ne fait pas du tout bon apporter quelque argument critique ou demander un éclaircissement : l'étiquette 'anti-vaccinaliste' est alors systématiquement collée sur l'iconoclaste comme une compresse une fois la piqûre prestement retirée. Il ne s'agira nullement de descendre Wakefield du pilori où il a été cloué. Ce billet ne vise pas plus à remettre en cause la vaccination dans sa globalité. Mais plutôt à reprendre quelques critiques concernant l'évaluation de certains vaccins et leurs campagnes de

vaccination dédiée. Il a tout simplement semblé intéressant à LaTéléLibre d'éclairer les citoyens que nous sommes sur ce sujet épineux. Ce qui n'est pas plus présomptueux que la finalité de la loi du 4 mars 2002 qui vise à ce qu'

« aucun acte médical ni aucun traitement ne [puisse] être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ».

Voilà bien le fond du problème (qui n'est pas sans rappeler d'autres sujets de santé publique évoqués sur ce site). Si c'est la base de la Science de douter, prenons le risque d'être contaminés par quelques trolls...

Un débat atténué comme un vulgaire virus

Face à ce débat radicalisé qui frise la guerre de religions, le gouvernement avait tenté de redonner, à sa manière, toute raison par le truchement d'une 'Concertation citoyenne sur la vaccination'. L'objectif, dès le début, était explicitement de viser au « rétablissement de la confiance dans la vaccination », « d'identifier les freins à l'augmentation de la couverture vaccinale et de décider des meilleurs moyens de les lever », implicitement de justifier de la nécessité d'une couverture vaccinale aussi large que possible dès la naissance. Voilà qui était d'ores et déjà tranché. Au travers de ces semaines de rencontres et de doléances publiques, les critiques sur les effets des adjuvants aluminiques figuraient en bonne place, ce qui n'était pas moins pratique pour caricaturer à loisir les opposants à certains vaccins en les casant dans l'anti-vaccinalisme conspirationniste le plus archétypal. Le fonctionnement de cette concertation a d'ailleurs été dénoncé par Thomas Dietrich, l'ancien secrétaire général de la conférence nationale de santé.

« De plus en plus de parents renonceront à vacciner leurs enfants, faute de pouvoir disposer d'une information qui ne soit pas entachée du soupçon de la partialité et du conflit d'intérêts avec les laboratoires pharmaceutiques », prédisait ce démissionnaire dès le 19 février 2016

Le conflit d'intérêt a toujours obscurci la confiance que le citoyen pouvait déposer devant l'autel des institutions de santé. Rien ne permettait de déroger à ce sentiment puisque, contre toute attente, cette concertation se voyait bizarrement autorisée à ne pas tenir compte de la Charte de l'expertise sanitaire, pourtant obligatoire et justement prévue en pareille situation. L'étonnement n'était plus de mise quand était révélé qu'un prix de 100 000 euros avait été délivré par Sanofi-Pasteur au président du comité rapporteur (Alain Fischer, pour ne pas le nommer ; mais il n'était pas seul à se prévaloir d'un conflit d'intérêt dans ce comité de 16 personnalités puisque Mme Siegrist et M. May pouvaient tout autant faire exemple). Un peu gênant, d'autant que les conclusions de la concertation, d'après Dietrich, n'étaient pas totalement le reflet des échanges des jurys.

Un échec qui n'a pas empêché la nouvelle ministre de la Santé (Agnès Buzyn) de reprendre à son compte les conclusions du rapport produit par le comité : onze vaccins pédiatriques visaient à être rendus obligatoires. Il paraît utile pourtant de rappeler que ce n'est pas l'extension de l'obligation vaccinale mais au contraire, comme indiqué dans le rapport final, sa levée qui avait été privilégiée par le jury (réunissant des professionnels de santé et pour l'autre moitié des citoyens). Une conclusion ministérielle qui reprenait par contre, heureux hasard, les propositions du dernier avis du Haut Conseil de la Santé Publique, soit l'élargissement des obligations vaccinales.

Pour résumer, des arguments parfois ridicules ont été recueillis concernant la vaccination en général, ce qui a permis de décrédibiliser par un savant amalgame ceux qui auraient porté sur tel ou tel vaccin spécifiquement et qui auront ainsi été tenus à distance. Cette tactique aura certainement œuvré à rendre en toute aisance des décisions déjà arbitrées. Mais n'aura que peu servi l'objectif primordial de redonner confiance entre les pouvoirs publics en charge de la Santé et les citoyens.

Un garrot posé sur la démocratie

Conséquence en droite ligne : décision politique est faite de réviser le code de la santé publique par la loi d'extension de l'obligation vaccinale, obligeant dorénavant en France tous les enfants nés depuis le 1^{er} janvier 2018 à être vaccinés avant leurs 2 ans selon une liste dressée par le ministère de la Santé. Le nouveau calendrier vaccinal entend maintenant permettre de lutter contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (les trois anciens vaccins du populaire DTP), la coqueluche, les infections à Haemophilus influenzae de type B, l'hépatite B, les infections à méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole (les trois du ROR). Soit onze vaccinations obligatoires en lieu et place des trois auparavant (et la liste présente aussi certains autres vaccins recommandés en sus). Rien de moins.

Si cela relève de l'autorité parentale, il n'en demeure pas moins que les mesures visent clairement à imposer ces obligations car les enfants non vaccinés ne pourront à l'avenir avoir accès aux établissements d'accueil collectifs (crèches, écoles...). Tandis que, parallèlement, les sanctions envers les parents seraient dictées par le code pénal. Les parents qui refuseront les vaccinations obligatoires seraient donc passibles de poursuites judiciaires.

Première observation : les précédentes mesures d'obligation vaccinale universelle des nourrissons votées par le parlement français ne concernaient qu'un seul vaccin à la fois et étaient alors justifiées par des données de santé publique concernant la maladie visée. C'était le cas pour les vaccins contre la diphtérie en 1938, le tétanos en 1940, et la poliomyélite en 1964. Par la suite, plus aucun vaccin n'a été rendu obligatoire pour la vaccination universelle car l'obligation a été jugée « inefficace et inadaptée vis-à-vis d'une population de plus en plus instruite ». C'est aujourd'hui la première fois que les parlementaires votent des obligations vaccinales groupées. Les citoyens seraient-ils redevenus bêtes qu'il faille les assister à nouveau ? Est-il vain de prétendre pouvoir les éclairer ?

Deuxième observation : cette décision politique intervient alors que l'indisponibilité récurrente, durablement organisée depuis début 2008, du seul vaccin obligatoire (le fameux trivalent DTP contre le trio diphtérie-tétanos-polio) était manifeste. L'argument prévalant reposait sur l'apparition d'intolérances soudaines inexplicables (une hausse de manifestations allergiques est avancée) alors que cette spécialité était sur le marché depuis des décennies. S'en est suivie une suspension du DTP (mesure réglementaire encadrée, dont n'a pourtant pas bénéficié le vaccin contre l'hépatite B malgré les effets secondaires avérés...), privant la population d'une protection obligatoire au dépend d'articles comportant deux voire trois autres vaccins adjoints (ce que l'on nomme les pentavalent et hexavalent).

Des actions ont bien été menées pour obliger les laboratoires à fournir le trivalent. En février 2017, le Conseil d'État avait d'ailleurs donné six mois pour prendre toute mesure utile afin de rendre disponibles dans les pharmacies lesdits vaccins DTP (sans recombinaison à d'autres). Six mois plus tard, la décision n'était toujours pas respectée (une requête réclamait la condamnation de l'État). Le ministère de la Santé dispose pourtant de pouvoirs spécifiques (moyens d'action et de coercition vis-à-vis des laboratoires) qui permettent de mettre fin à de telles pénuries pour faciliter la mise à disposition d'un médicament, donc d'un vaccin.

« Le ministère peut sanctionner les laboratoires et entreprises qui ne respectent pas leur obligation d'élaborer et mettre en œuvre un plan de gestion des pénuries de vaccins et leur obligation de prévenir les risques de rupture de stock. [...] Il peut également saisir l'Agence nationale de la Santé publique (ANSP, soit l'ex-Institut de Veille Sanitaire InVS), qui a le pouvoir de procéder à l'acquisition, la fabrication, l'importation et la distribution de médicaments dans le but de faire face à une commercialisation ou production insuffisante », comme le rappelait le Conseil d'État

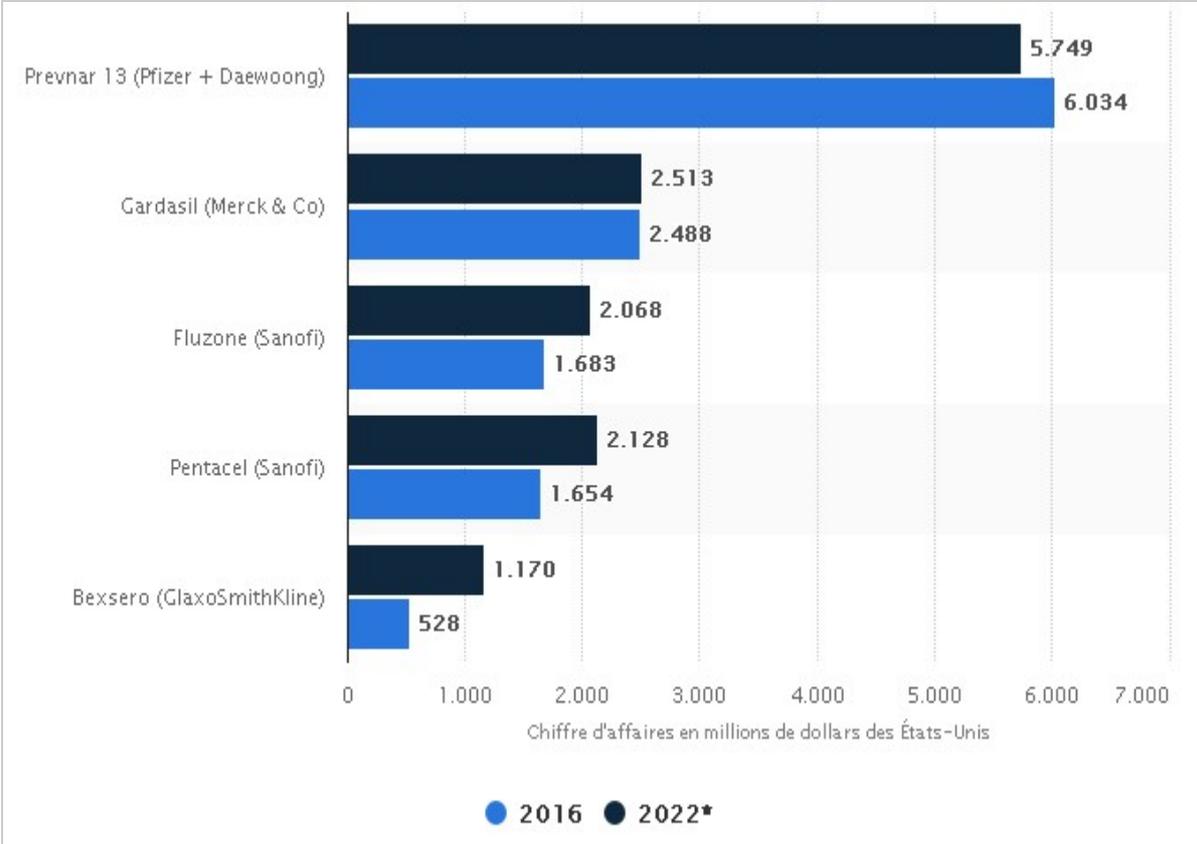
Ces nouvelles obligations sont-elles une fuite en avant devant l'apparente impossibilité du gouvernement à imposer le retour sur le marché du vaccin DTP seul ? En tout cas cette situation a créé un véritable obligation de recourir à des vaccins facultatifs. Ce qui n'était pas perdu pour tout le monde.

Un vaccin contre la dépression financière

La défiance contre les laboratoires pharmaceutiques a toujours été latente. Les raisons ne semblent pas manquer : défauts de transparence, scandales pharmaco-médicamenteux, ingérences sur la politique de santé publique, lobbyings, conflits d'intérêt au plus haut niveau décisionnel... Et pour faire suite à l'affaire Mediator et afin de redorer leur pilule, la base de données 'Transparence-Santé a été créée pour mettre en lumière les relations d'intérêts entre les laboratoires et les professionnels de santé. Mais la base n'en cesse pas moins d'être constamment contournée. Il est en effet obligatoire d'y faire figurer une conférence, un repas, un déplacement... payé par des laboratoires, soit tous les cadeaux de plus de 10 euros. Mais les liens de recherches scientifiques avec les laboratoires, les participations aux directions des compagnies, les essais cliniques, le conjoint responsable dans l'industrie pharmaceutique... n'apparaissent pas.

Si bien que le seul dernier épisode de non disponibilité du DTP n'aura cessé de faire croître la suspicion sur les intentions financières de ces entreprises.

Jusque dans les années 90, le secteur des vaccins n'était guère rentable, et était essentiellement assuré par des laboratoires publics. Ces derniers ont ensuite vendu ces activités à des laboratoires privés. Pour ces derniers, le vaccin est depuis quelques années un médicament rentable, un secteur devenu trépidant : le trivalent revenait à 7 euros tandis que l'hexavalent coûtait 39 euros avant même la nouvelle obligation ; le vaccin contre le pneumocoque (Prevenar, laboratoire Pfizer) rapporte cinq fois plus que le Viagra, soit 6 milliards de dollars (12% du chiffre d'affaires).



(source : Statista)

D'autant que le développement d'un nouveau vaccin est bien moins coûteux que celui d'un médicament classique. Et si les vaccins ne présentent pas la part la plus lucrative pour l'industrie pharmaceutique, ils sont l'un des secteurs les plus dynamiques, avec un taux de croissance de l'ordre de 12%. Pour les géants Merck MSD, Sanofi-Pasteur, GSK et Pfizer, qui se partagent 65% du marché mondial en valeur (pour 20% du volume), la petite part de 5% du marché mondial des médicaments peut représenter 13 à 14% de leur chiffre d'affaires respectifs. Ces quatre laboratoires détiennent la totalité du marché des vaccins utilisés pour la vaccination universelle du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent en France. Le chiffre d'affaire mondial lié à la vente de vaccins est passé de 6 milliards d'euros en 2006 à 27,5 milliards en 2014 et pourrait atteindre 80 milliards en 2025.

Un secteur d'une telle croissance que plus de 200 vaccins seraient en développement actuellement dans les laboratoires américains. Pas sûr que tous aient un intérêt de santé publique, même s'ils obtiennent une autorisation de mise sur le marché (AMM) et peuvent être prescrits (l'Organisation Mondiale de la Santé, de son côté, en annonce plus de 120 nouveaux). Vaccins contre le tabac, l'obésité, l'acné... Qui a dit que le secteur pharmaceutique n'innovait plus ? Le préventif a de l'avenir.

Le lobbying n'a pas démerité dans tous les pays afin de faire modifier les cibles de la recommandation vaccinale saisonnière. Certains vaccins lancés en fanfare et largement imposés dans des pays moins regardants ont pourtant été un fiasco financier et sanitaire. Celui contre la dengue par exemple, lancé en 2015 par Sanofi aux Philippines : le vaccin a été mis sur le marché bien trop rapidement et les risques ont été minimisés (innocuité et effets secondaires à long terme) devant la perspective des profits conséquents envisagés et après avoir dépensé plus de 300 millions dans le rachat de la société ayant mis au point le vaccin. Sur fond, bien entendu, de nouveaux conflits d'intérêts (le vice-ministre de la santé du Mexique ayant autorisé le vaccin parmi les premiers pays était un ancien cadre de Sanofi...).

Le problème majeur de Santé publique pourrait tenir au coût exorbitant de ces spécialités. Ce qui ne serait pas sans poser un problème en termes d'allocation de ressources à l'heure où les comptes de la Sécurité Sociale ne cessent d'être décriés. En attendant, il serait nécessaire que ces médicaments fassent la preuve individuelle de leur intérêt thérapeutique.

S'immuniser contre les désinformations

Comme tous les sujets à controverse (OGM, nanoparticules...), celui-ci n'échappe pas à la revendication d'études sérieuses favorisant une position ou l'autre. Il ne fait aucun doute que si de nombreuses maladies (polio, rougeole et diphtérie) ont été pratiquement éradiquées des pays développés, ce serait grâce à l'introduction de leurs vaccins respectifs. Des campagnes de vaccination à travers le monde ont prouvé leur grande efficacité en réduisant grandement l'incidence de nombreuses maladies infectieuses. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que la vaccination évite entre deux et trois millions de morts chaque année, en luttant principalement contre la diphtérie, la poliomyélite (chute de 99%), le tétanos, la coqueluche et la rougeole (baisse de 40% entre 1999 et 2003). De nombreuses maladies ont alors vu leur incidence chuter après la mise au point de leurs vaccins (la variole par exemple).

Le bilan de ces vaccins apparaît donc positif. Oui, des vaccins sauvent des vies. Il n'a jamais été question de remettre en cause le principe pasteurien de la vaccination, pour le redire. Ces faits devraient suffire selon les autorités de santé à poursuivre l'effort. En obligeant. Car, d'après l'OMS, le seuil de couverture vaccinale pour éliminer une maladie serait de

95%. Plus on est éloigné de ce chiffre et plus une population serait exposée à une épidémie. Seulement voilà : selon la ministre de la santé Mme Buzin, la « couverture vaccinale ne cess[erait] de baisser », ce qui en ferait une priorité.

Cette projection de l'OMS repose sur le principe de l'immunité de groupe : plus on vaccine de personnes, plus on a des chances d'interrompre la circulation d'un agent infectieux (ce qui n'est pas sans référence humoristique...). « L'immunité de groupe » a été théorisée par AW Hedrich : un effet seuil permettrait aux individus non vaccinés d'être protégés indirectement par les individus vaccinés. Dans le cadre de cette théorie, des modèles mathématiques établissent pour chaque maladie des seuils minimaux de couverture vaccinale à atteindre pour que la maladie ciblée soit éliminée. Ces seuils dépendent notamment de la contagiosité de la maladie. Une fois le seuil fatidique de couverture vaccinale atteint (ce que l'on nomme l'efficacité vaccinale), ceux qui ne sont pas vaccinés bénéficieraient de la protection collective du fait de l'interruption des chaînes de transmission de l'agent infectieux. CQFD.

Seulement, c'est oublier que le réservoir d'un agent doit être en ce cas exclusivement humain, ne doit pas posséder d'hôte susceptible de transmettre l'infection. Par exemple, la variole répondait idéalement à ces critères (réservoir de virus exclusivement humain, transmission interhumaine...). Ce qui n'est pas le cas du tétanos : il ne se transmet pas entre personnes, les bactéries sont présentes dans le sol, l'éradication est impossible.

Et malgré cet intérêt présenté comme indubitable, la méfiance croissante à l'égard 'des vaccins' aurait donc induit une baisse de la couverture vaccinale. Rien ne paraît pourtant moins sûr. Bien au contraire, la population française, y compris les enfants, n'a jamais été autant vaccinée. Dans son rapport, Santé Publique France constate une augmentation constante de la couverture vaccinale depuis les années 1980 pour les enfants jusqu'à 24 mois. Malgré la gestion désastreuse de la pandémie H1N1 de 2009 évoquée, son emballement médiatique et sa surévaluation du risque (une gestion qui aura déconsidéré la parole d'institutions ayant surestimé la gravité de l'épidémie. Ou comment le ministère se désespère d'une situation de méfiance qu'il a lui-même favorisée).

Couverture vaccinale BCG, diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Hib, pneumocoque, hépatite B, ROR et méningocoque C à l'âge de 24 mois, France, 1998-2015 (source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24ème mois ; Echantillon généraliste des bénéficiaires Cnam-TS - Traitement Santé publique France) (%)

Année de collecte	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Année de naissance	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
BCG	81,1	82,6	83,1	83,9	84,5	84,2	85,1	81,2	83,3	78,2	44							
Diphtérie, tétanos primovaccination*	97,3	97,7	98,1	98,1	97,5	96,5	98,5	98,5	98,8	98,8	98,5	98,4	98,5	98,7	98,7	98,5	98,4	98,9
Poliomyélite primovaccination*	97,2	97,6	98	98	97,4	96,2	98,5	98,4	98,7	98,6	98,3	98,4	98,5	98,7	98,7	98,5	98,4	98,9
Diphtérie,tétanos, poliomyélite rappel**	87,6	87,7	88	87,9	88,4	89,3	89,3	89,4	90,8	91,5	91,9	91,7	91,3	91,3	91,7	91,1		96,7
Coqueluche primovaccination*	96,4	96,8	97,4	97,5	97,1	96,7	98,2	98,2	98,5	98,4	97,9	98,2	98,2	98,4	98,4	98,3	98	98,6
Coqueluche rappel**	86,7	86,8	87,2	87,2	87,9	88,8	88,9	89	90,3	91	91,1	91,4	90,8	90,5	90,9	90,3		96,3
Haemophilus influenzae b primovaccination*	79,4	84,5	86,1	85,8	86,5	86,6	96,6	96,6	97,1	96,7	96,6	97,3	97,3	97,6	97,5	97,5	97,3	98,0
Haemophilus influenzae b rappel**							87,2	87,5	88,7	88,9	89,3	89,9	89,2	88,6	89	88,4		95,7
Pneumocoque conjugué 3 doses													88,6	88,8	88,8	89,2	89,3	91,4
Hépatite B 3 doses	27,5	23,9	26	28	29,2	27,6	34,5	35,1	39,3	41,9	47	51,0	64,6	74,2	78,1	81,5	83,1	88,1
ROR 1 dose	82,5	82,7	84,1	84,6	85,9	87,3	87,5	87,2	89,4	90,1	89,1		89,2	89,4	90,5	90,3	90,6	90,5
ROR 2 doses													60,9	67,3	72	74,5	76,8	78,8
Méningocoque C ***														48	54,1	56,4	64	69,8

Selon toutes **les données officielles**, en 2015, la couverture des enfants de 2 ans en France contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et Haemophilus influenzae B dépassait 95% (alors qu'elle était de l'ordre de 90% entre 2000 et 2013). Inférieure pour les vaccins apparus plus récemment, leur taux de couverture croît d'année en année et progresse également. Tandis que la primo-vaccination du nourrisson était de 98% ou plus, en tout point conforme aux objectifs de santé publique. La dramatisation autour de l'enjeu d'une couverture supérieure à 95 % de la population est donc usurpée.

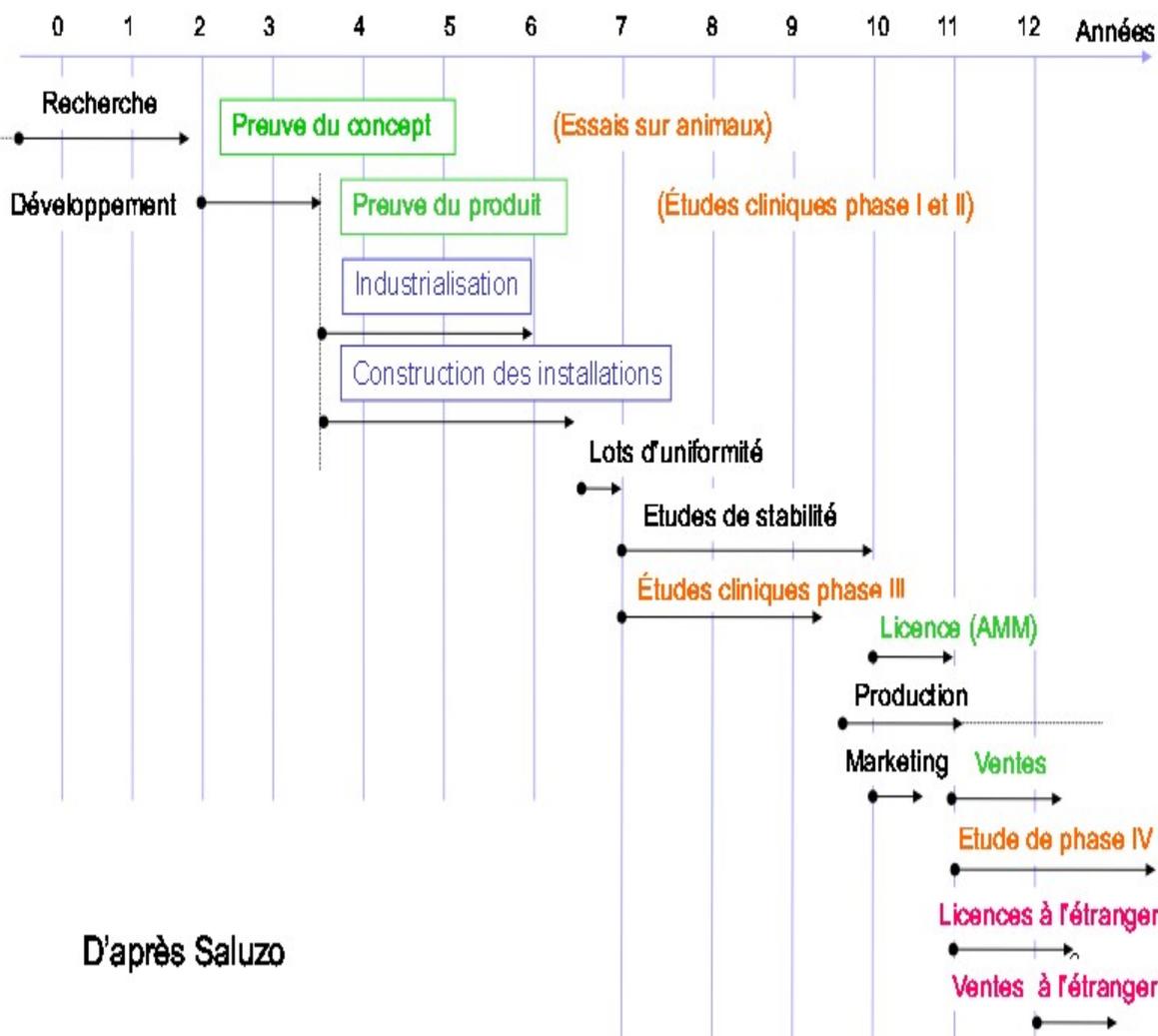
Premièrement, chaque spécialité vaccinale est un médicament parmi d'autres. Ou presque. Car l'acte de vaccination est irréversible et se pratique sur un corps en bonne santé. Ce médicament est administré pour éviter la survenue d'une maladie infectieuse virale ou bactérienne. Il s'agit de son bénéfice attendu, de son effet désiré. Ce bénéfice peut être défini pour l'individu mais aussi pour la population.

Comme tout traitement médical, les vaccins ne sont pas inoffensifs. Certains vaccins peuvent alors engendrer quelques effets secondaires localisés et de courte durée (**la plupart sont temporaires et bénins** tels des douleurs, céphalées, étourdissements, vertiges, nausées, perte d'appétit...). Des effets secondaires sévères sont théoriquement possibles (de fréquence inférieure à 1 pour 1000), mais ils restent extrêmement rares. On parle dans tous ces cas d'effet iatrogène.

« Quelle doit être la fréquence spontanée d'un effet indésirable pour qu'il soit détecté lors d'essais cliniques ? Avec les vaccins, tout porte à croire qu'elle doit être de l'ordre de 1/100. Dès lors, quand vous administrez un vaccin à toute la progéniture française d'une année – c'est-à-dire, en gros, à 830 000 bébés – vous affrontez la zone d'ombre des effets indésirables non détectés par les essais cliniques, laquelle est susceptible d'inclure jusqu'à 8 300 personnes par vaccin : sachant que ces chiffres sont multipliés par le nombre de vaccinations effectuées – soit, avant sur la première année, $12 \times 8\ 300 = 99\ 600$ personnes. Ce chiffre d'environ 100 000 bébés exposés chaque année à un risque d'effets indésirables non détectés par les essais cliniques [...] mérite d'être mis en parallèle avec le [risque qu'] un accident infectieux survien[ne] sur une période de plusieurs années, chez un sujet prétendument non vacciné », selon le Dr Marc Girard

Par exemple, les réactions allergiques provoquant des chocs anaphylactiques se produisent dans environ 3,5 à 10 cas pour 1 million de doses du **vaccin ROR** injectées, **selon l'OMS**, soit un taux de 0,00035 % à 0,001 %. Cela signifie que lorsque les autorités recommandent un vaccin qui est supposé combattre une maladie dont les conséquences graves dans une population cible seraient inférieures à 1/10 000, elles acceptent implicitement le risque que le vaccin provoque plus de dix fois plus d'effets indésirables graves qu'on ne peut, dans le meilleur des cas, espérer de bénéfices de la vaccination. Dès lors, lorsque les vaccins visent des maladies dont l'incidence est comprise entre 1/1 000 000 et 30/100 000, le rapport bénéfice/risque d'un vaccin peut s'en trouver inversé.

Lancement d'un nouveau vaccin



(source conférence Efficacité vaccinale)

Si bien que l'évaluation des risques lors des essais cliniques est d'importance. Mais elle est malheureusement parfois emprunte de légèreté : durée des études de tolérance courte (au pire 4 jours, 15 jours dans le cas du **Gardasil**), dispense d'affronter en double aveugle (**randomisation**) un vrai placebo, dispense de justifier les événements les plus graves survenus au cours des essais cliniques... Ces insuffisances permettent de rendre invisibles des réactions au vaccin testé (intolérances locales plus ou moins irritantes ou immunologiquement actives). Ce sont même parfois des procédures technico-réglementaires simplifiées qui permettent d'obtenir une AMM rapide (faiblesse ou absence des études de recherche de dose, recours à des paramètres de substitution tels que l'élévation des anticorps...). Ces reproches ont été formulés à l'encontre du vaccin contre le H1N1, ou encore envers le Gardasil luttant contre le **Papilloma Virus humain HPV** (avec son **petit lot de conflit d'intérêt comme il est d'usage**...). Ces procédures accélérées (procédure dites de fast-track) limitent clairement la possibilité d'observer des effets indésirables pendant ces essais cliniques. Ce qui n'est pas sans incidence notable quand il s'agit de passer d'un vaccin validé par une expérience clinique concernant quelques centaines de sujets à une exposition qui peut atteindre des millions de personnes.

Il existe plus largement des effets indésirables de type auto-immun (tels la **thrombocytopenie auto-immune** qui affecte 2,5/100 000 nourrissons). Ces derniers ne sont pas exceptionnels avec les vaccins. Les maladies auto-immunes sont des maladies où les anticorps d'une personne s'attaquent à ses propres tissus. Ces maladies sont multifactorielles mais plus fréquentes dans les pays du Nord par rapport au Sud et en constante augmentation dans les pays industrialisés. Des décès peuvent survenir, dus à des convulsions hyperthermiques (effet indésirable grave).

Enfin, les risques vaccinaux ne se résument pas à leurs effets indésirables. D'autres risques peuvent être identifiés : accidents vaccinaux, aggravation de l'incidence ou de la mortalité d'une maladie soumise à vaccination, excès de confiance dans leur efficacité pouvant entraîner des erreurs diagnostiques...

Cette balance entre les « bienfaits » et les « dangers » est le rapport dit 'bénéfices/risques'. Quand le rapport est positif, le bénéfice lié à la protection des populations est supérieur au risque présenté pour l'individu vacciné, les mesures d'obligation vaccinales visant des maladies aussi objectivement graves que la variole ou la tuberculose sont alors justifiées. Mais ce n'est plus forcément le cas quand une maladie est rarissime (telle la méningite à méningocoque C, de l'ordre de 120 cas par an en moyenne dans l'ensemble de la population en l'absence de vaccination et un à trois décès par an chez les moins de 15 ans) : une vaccination universelle risque alors de provoquer plus d'effets indésirables graves chez les nourrissons que de bénéfices dans la population générale.

Il faut savoir que les effets indésirables non graves (ceux qui ne répondent pas à la définition de l'effet indésirable grave), qu'ils soient fréquents voire très fréquents (plus de 1/100 des vaccinés), ne sont pas pris en considération dans la balance bénéfice/risque des vaccins, par simple convention. Aussi, dans le cadre du recensement des accidents vaccinaux (malgré un formulaire en ligne des effets indésirables pour le public), le taux de notification d'effets iatrogènes semble sous-estimé.

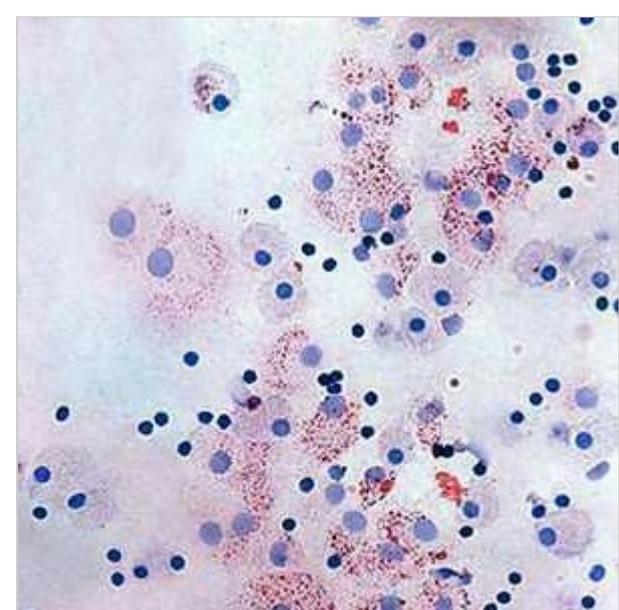
Le dernier exemple en date prouve pourtant que des effets secondaires peuvent être en inadéquation avec les résultats observés lors des essais cliniques : en 2015, le H CSP suspendait la recommandation du vaccin contre le rotavirus responsable de la gastro-entérite, suite à de nombreuses notifications d'effets indésirables graves, certains ayant pu entraîner la mort, après la vaccination de nourrissons.

Il faudrait également parler de l'effet cocktail potentiel, le risque de surcharge vaccinale, pouvant résulter de la multiplication des vaccinations sur un temps donné restreint puisque chacune d'elle comporte son propre risque auto-immun. Une étude en ce sens devrait être menée pour pouvoir vérifier qu'une maladie inflammatoire ou auto-immune n'apparaisse pas du fait d'interactions vaccinales. La tendance générale ces dernières années est en effet d'éviter les associations médicamenteuses fixes. Pourquoi en serait-il autrement pour les vaccins, médicament à part entière ?

Enfin, la question d'une vaccination ciblée des groupes à risque reste posée. Il s'agirait d'optimiser le rapport bénéfice/risque en ne vaccinant que les personnes qui ont le plus de risques de contracter la maladie et d'éviter aux autres de subir les effets indésirables alors qu'un bénéfice faible ou nul est attendu pour eux. La vaccination ciblée devrait pouvoir s'appliquer quand la vaccination universelle n'est pas adaptée à l'élimination de la maladie.

Oui mon adjuvant !

La question des sels d'aluminium qui servent d'adjuvants aux vaccins est sans doute celle qui aura fait le plus de tort à ceux qui interrogent de façon précise les autorités sur tel ou tel vaccin. Car pour l'instant, en l'état actuel de la recherche scientifique (publication de résultats avec comité de lecture par des pairs), rien ne permet d'affirmer que ces adjuvants provoqueraient une lésion (la myofasciite à macrophages) et tout autorise en retour le gouvernement à décrédibiliser les interrogations légitimes en les amalgamant avec ces incertitudes.



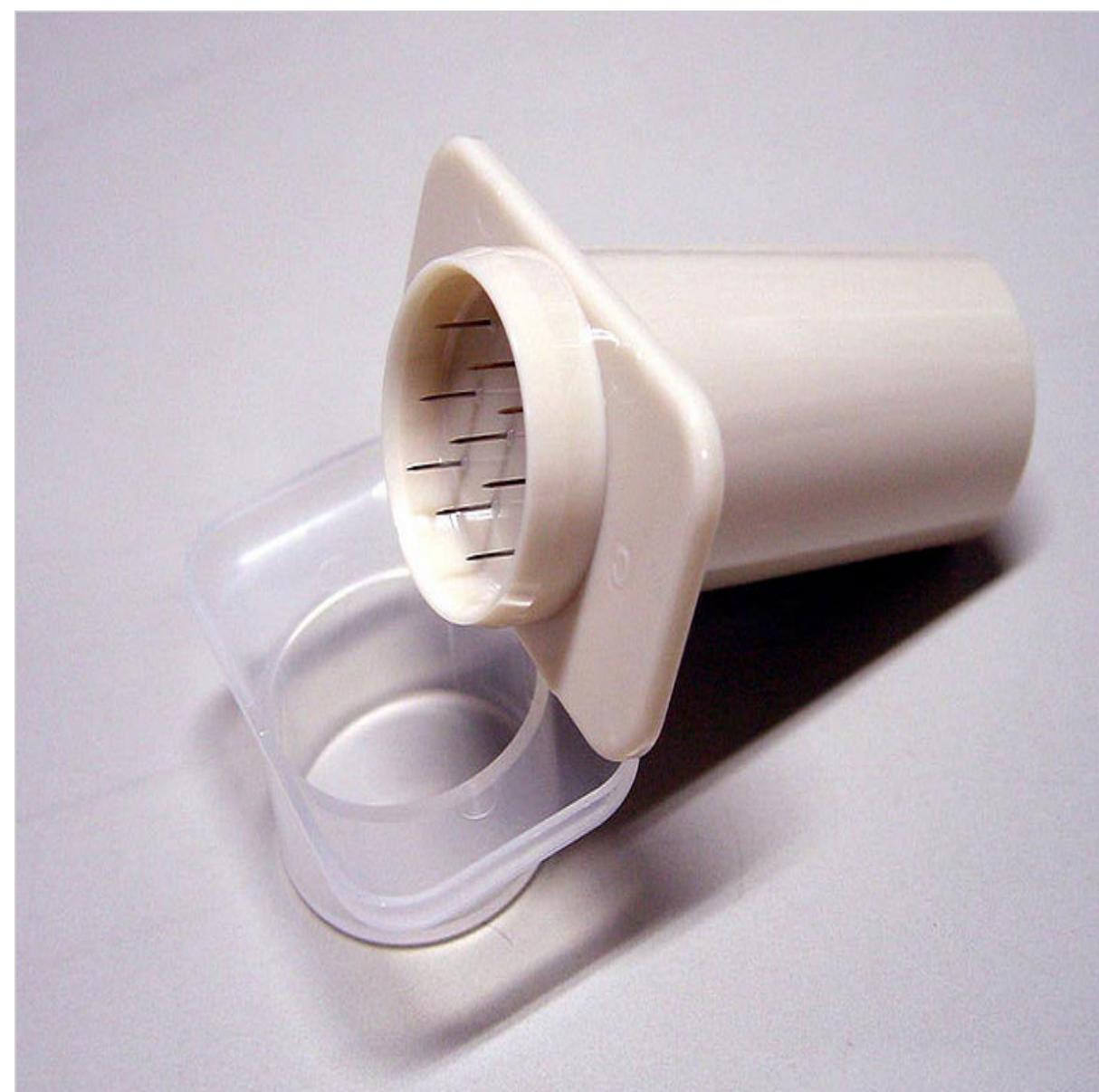
Une étude scientifique a bien été lancée en 2014 et devait approfondir la recherche d'un lien éventuel entre la lésion et les adjuvants aluminés. Mais, faute de financement (il manquerait 500 000 euros), elle ne devait pas être poursuivie après la présentation début octobre 2017 des premiers résultats.

En l'état, il faut admettre que les adjuvants à l'aluminium, en tant que tels, n'ont jamais fait l'objet d'évaluation clinique de sécurité. La théorie enseignée est que « l'antigène adsorbé sur l'adjuvant se libère plus lentement, entraînant une réponse plus longue et plus efficace, l'inflammation l'amplifiant ». D'un côté, des adjuvants aluminiques utilisés depuis plus d'un siècle par l'industrie pour stimuler la réponse immunitaire. De l'autre, des sels d'aluminium qui seraient mal digérés, resteraient dans l'organisme, toucheraient muscles et articulations et migreraient vers le cerveau. Sans qu'il soit possible à l'heure actuelle de tirer des conclusions qui fassent consensus chez les épidémiologistes. Si le débat aluminique n'est pas clos faute de preuve, celui qui consiste à réviser l'usage de certains vaccins a déjà ses arguments.

Retour aux souches

L'idée générale de vacciner une population a débuté avec la loi d'hygiène publique du 15 février 1902. La première loi de Santé publique. Elle instituait la première obligation vaccinale pour lutter contre la variole. Par cette loi, la société poussait chacun au sens civique visant à se faire vacciner pour protéger son prochain. On ne peut que saluer les campagnes internationales menées contre la variole puisque cette maladie a été complètement éradiquée en 1980 selon l'OMS (la campagne a pu être suspendue en 1984).

Depuis, le schéma reste le même : il s'agit d'éradiquer une maladie, en en faisant un problème majeur de santé publique. Mais certaines campagnes auront été interrompues car ne répondant pas aux attendus. En 2007 par exemple (plusieurs années après **quelques avis sur l'intérêt très limité** d'une **telle vaccination au regard de son utilité sanitaire**), le vaccin contre la tuberculose (le fameux BCG multiponcture dont certains d'entre vous conservent la trace sur l'épaule laissée par les multiaiguillons) a perdu son caractère obligatoire.



Des effets indésirables visibles et non contestés du vaccin étaient en effet bien connus. La vaccination devenait ciblée et facultative et aucune recrudescence brutale de cas de tuberculose n'était observée (le taux est même passé de 2,7 à 2,1/100 000), malgré les doutes des pro-vaccinalistes qui continuaient d'attribuer au vaccin une efficacité que la Science n'avait jamais établie. Comme quoi une levée totale d'obligation ne comporte pas forcément de risque sanitaire généralisé. Cet épisode aura même montré que la mortalité tuberculeuse est en relation directe avec les conditions de vie, et notamment avec la promiscuité.

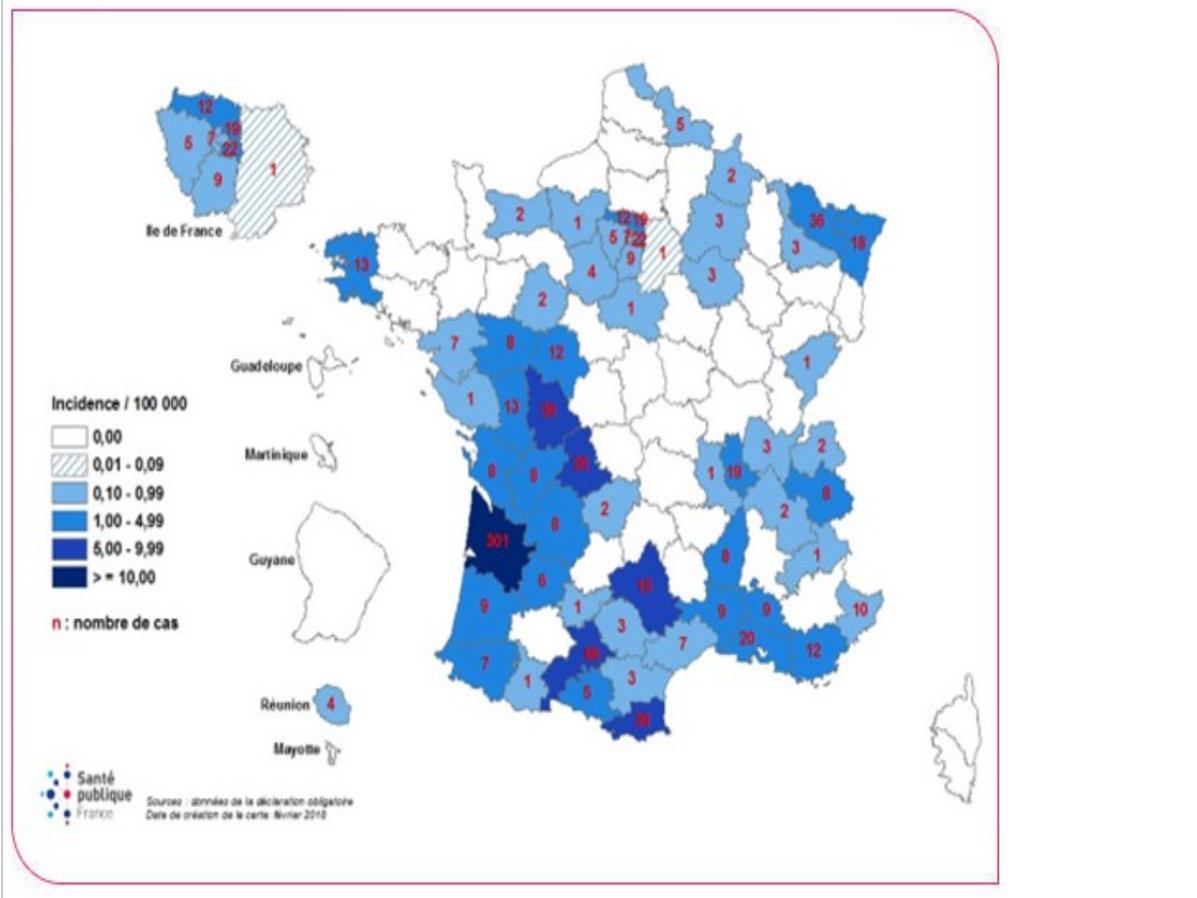
Et c'est certainement un fait dont il faut aussi tenir compte : si des progrès ont été réalisés grâce à la vaccination, ils se sont déroulés en même temps que l'hygiène s'améliorait, ce qui peut compliquer la détection réelle ou conjuguée de la causalité d'une régression de certaines maladies.

Parfois, la logique de santé publique est inversée. Et ce n'est plus l'importance d'une maladie qui détermine l'introduction d'un vaccin mais la commercialisation d'un vaccin qui génère une priorité de santé publique concernant une maladie. Avec des incidences référencées. Le vaccin à 420 euros contre les infections à papillomavirus humains (HPV) présenté comme prévenant le cancer du col de l'utérus ne protège que contre une fraction des papillomavirus pouvant entraîner un cancer. Sans faire preuve ni de son efficacité ni de son innocuité, il est recommandé dans le cadre d'une priorité de santé publique alors que les indices inquiétants s'accumulent sur le Gardasil, avec des dizaines de décès et des milliers de pathologies graves qui pourraient lui être imputables (le **syndrome de Guillain Barré** est par exemple multiplié par plus de 11 fois). Le vaccin contre la méningite à méningocoque C vise à éviter environ 600 cas par an (1/100 000) cependant que les effets indésirables graves du vaccin seraient de l'ordre de 5/100 000, faisant chuter son rapport coût/efficacité. Le vaccin contre l'hépatite B (transmis sexuellement) concernait près de 300 cas d'hépatites aiguës en France (700 infections annuelles dont 90% d'adultes) et **a vu ses risques dissimulés** (toxicité auto-immune, scléroses en plaques... moins de cinq ans après les premières vaccinations). Le vaccin contre le pneumocoque transmis par la salive espérait éviter de 8 à 45 décès/an et une cinquantaine de séquelles et a provoqué le remplacement des souches présentes dans le vaccin par un sérotype multirésistant aux antibiotiques et souvent létal, provoquant plus de 1600 cas supplémentaires d'infection à pneumocoque dans l'ensemble de la population chaque année.

Rougeole de colère

Voilà le cas d'école contemporain par excellence, soulignant au mieux que le rejet des vaccins aurait quelque incidence directe. Et en France, le cas de la rougeole est constamment mis en exergue par les pro-vaccinalistes : entre septembre 2010 et septembre 2011, l'incidence (c'est-à-dire le nombre de nouveau cas par an) est passée d'un taux inférieur à 1/100 000 habitants à un taux supérieur ou égal à 30/100 000 dans certaines régions. Subséquemment, une augmentation de la proportion des cas compliqués est constatée (rapportés aux cas hospitalisés) dans les tranches d'âge où les atteintes sont les plus dangereuses.

Distribution géographique des cas déclarés au cours des 12 derniers mois du 17/02/17 au 16/02/18 (n=885) / Geographical distribution of notified measles cases during last 12 months, 17/02/17 to 16/02/18 (n=885)



(Source Santé Publique France)

Mis sur le marché en France en 1966, inscrit au calendrier vaccinal en 1983, le vaccin contre la rougeole a permis de réduire de 97% la morbidité et de 60% la mortalité entre 1983 et 2001 (de 30 décès/an dans les années 1980 à 10/an à la fin des années 1990 selon l'InVS). Il est vrai qu'en 1932 la rougeole tuait plus d'enfants de 5 ans que la scarlatine, la coqueluche et la diphtérie réunies à Paris. Encore une fois, les conditions d'hygiène (taudis, entassement des rougeoleux...) contribuaient à répandre une maladie très contagieuse. Selon **Santé publique France**, la couverture vaccinale stagne ces dernières années. **Selon ses chiffres**, plus de 24 000 cas de rougeole ont été déclarés en France entre 2008 et 2016. 1 500 patients ont présenté une pneumopathie grave, 34 une complication neurologique et 10 sont morts sur cette période.

En mars 2017, l'OMS a fait de l'élimination de la rougeole un objectif prioritaire en visant une couverture de 95% chez les personnes à risque pour qui la maladie bénigne (fièvre, éruptions de plaques) peut entraîner des complications (infections pulmonaires, encéphalites). Les problèmes sanitaires posés par la rougeole n'ont par contre rien à voir dans les pays du Tiers-Monde et dans les pays développés. Si bien que la mortalité globale de la rougeole devrait être analysée en précisant les régions du monde concernées. La dimension collective de la vaccination peut paraître pertinente puisque des personnes ne peuvent effectivement se faire vacciner contre la rougeole telles les personnes immunodéprimées (le vaccin contenant un virus vivant atténué, ne nécessitant pas l'adjonction d'adjuvants d'ailleurs). Le vaccin est alors destiné à provoquer une véritable infection mais de virulence moindre que l'infection à virus sauvage, celle-ci ne provoquant pas de symptômes dans 95% des cas. La réduction de la fréquence de la maladie serait proportionnelle à la couverture vaccinale. Le nombre de cas symptomatiques et le risque d'épidémies et de complications diminueraient lorsque la proportion des individus vaccinés augmente selon la théorie de couverture vaccinale généralisée. La rougeole présente également une configuration adéquate pour son éradication (réservoir humain, circulation interhumaine et virus génétiquement stable). Tout paraît couler de source. Sauf que.

Selon les opposants à la vaccination rougeoleuse, le cas de la rougeole n'est justement pas la règle mais plutôt une exception parmi les maladies à prévention vaccinale. Et l'intérêt de ce cas d'école de changer alors de camp... Cette maladie de l'enfance a en effet toujours été considérée comme bénigne en France dès les années 70 (**selon le très académique Précis de médecine infantile cité par le Dr Girard et mis à notre disposition par ce dernier**).

Seulement, la vaccination généralisée et sa couverture faible à ses débuts entraîneraient la génération des années 80 abondamment vulnérable.

« La seule explication plausible [...] est que l'introduction de la vaccination contre une maladie presque systématique dans la petite enfance et immunisante à vie s'est soldée par un bouleversement de son écologie naturelle, qui s'est fort logiquement exprimée avec quelque 20-30 ans de retard chez 'les jeunes nés entre 1980 et 1983' lesquels n'auraient pas manqué, en l'absence de cette vaccination, de développer dès les années suivantes une rougeole parfaitement bénigne et qui leur aurait conféré une immunité pour le restant de leur existence », selon le Dr Marc Girard

La circulation d'un agent infectieux dans une population peut donc permettre d'entretenir l'immunité individuelle et collective de cette population sans générer de symptômes ni se traduire en termes d'augmentation du nombre de malades. En l'absence de circulation naturelle du virus, des adultes resteront sans protection face à une nouvelle infection virale. Or, la rougeole est historiquement une maladie de l'enfance, très contagieuse, qui a été longtemps considérée comme bénigne, provoquant, dans une population en bonne santé et bien nourrie (comme en France), une létalité (par pneumonie souvent chez l'enfant) environ 10 fois inférieure à celle attribuée à la grippe. La sévérité de la rougeole est au contraire plus importante dans une population adulte où les cas d'encéphalite sont multipliés par trois et la létalité multipliée par deux.

La résurgence infectieuse rougeoleuse comme maladie non bénigne est une parfaite illustration de ce cercle vicieux : une politique vaccinale est généralisée à une population entière, l'immunité acquise est de moindre force, les complications chez l'adulte infecté sont de plus en plus nombreuses faute d'immunité naturelle contractée, ces conséquences symptomatiques deviennent de véritables problèmes de santé publique, il faut s'assurer que la couverture vaccinale est maximale pour éviter une hausse de la mortalité... Sur une telle maladie, les effets de cette large couverture vaccinale apparaissent contre-productifs et obligent à la revaccination.

Pourquoi donc la rougeole serait-elle devenue une maladie plus grave aujourd'hui qu'elle n'était bénigne il y a cinquante ans ? Cette maladie aurait-elle subi une mutation ? Est-ce à dire que la varicelle, bénigne chez l'enfant, justifierait également une vaccination de masse, au risque de faire reculer à nouveau l'âge de survenue de la maladie chez des adultes (et son lot de symptômes plus graves) ?

Y a comme une bulle dans la seringue

Un rapport paru en février dernier (2018) pourrait relancer activement et efficacement le débat. Remettre au goût du jour les questions laissées en suspens par le ministère et ses consultations publiques. Il s'agit d'un **rapport parlementaire italien**, publié au terme de 18 années d'enquête ! Il fait suite à des milliers de décès et maladies graves contractées par le personnel militaire italoche détaché en missions étrangères.

« Cette Commission parlementaire a identifié un risque significatif de développer des cancers et des maladies auto-immunes après l'administration de vaccins combinés et multi-doses, tels que recommandés dans le calendrier de prévention militaire »

On y découvre que la quantité cumulée des différents composants (contaminants biologiques, conservateurs...) des vaccins dépasserait les quantités autorisées par les AMM des monovalents correspondants. Le rapport recommande donc l'utilisation de doses isolées, un seuil maximum d'injection par visite, un suivi à long terme de chaque monovalent... L'affaire mérite d'être suivie.

L'histoire des vaccinations en France n'est pas linéaire : elle a connu des succès et des échecs, des vaccins sont apparus/disparus pour cause d'efficacité/inefficacité, voire de dangerosité. Il convient donc de se garder de valider la vaccination par défaut. Si bien que des questions au cas par cas surgissent et prétendent à des réponses détaillées. Jusqu'où le principe de vaccination solidaire doit-il s'étendre pour protéger les personnes les plus faibles ou les plus immunodéprimées qui ne peuvent être vaccinées ? Est-il justifié de vacciner un bébé contre l'hépatite B ? Peut-on accepter les nombreux effets indésirables sur le nourrisson afin de protéger la population générale d'un risque infinitésimal d'infection au méningocoque C ? La vaccination universelle des nourrissons est-elle justifiée par le bénéfice de santé publique attendu et observé ? Assure-t-elle un rapport bénéfice/risque statistiquement favorable aux individus ? L'immunité de groupe, sans cesse évoquée par les experts, a-t-elle un sens du point de vue scientifique ? Quels sont les risques associés aux maladies ciblées par les vaccins ? Quels sont les risques associés aux vaccins et leurs effets sur l'organisme ? Qu'elles soient ou non proposées à l'obligation, le rapport bénéfice/risque des vaccinations est-il démontré ? Pourquoi l'ensemble des vaccins serait-il réduit à un même modèle où les bénéfices apportés par une vaccination universelle seraient simples, constants et proportionnels à la couverture vaccinale ? Cette obligation vaccinale généralisée apporte-t-elle un avantage supplémentaire en matière de santé publique quand la maladie est sans transmission interhumaine ? Pourquoi ne pas instaurer un suivi à long terme (6 à 10 ans) concernant chaque monovalent ? Etc.

Loin de répondre aux questions légitimes et précises qui se posent, les anti-vaccinalistes ne semblent pas avoir le monopole des discours alarmistes et des certitudes aveugles : Mme Buzin ne déclarait-elle pas sur un ton péremptoire qu'elle « **[avait] la certitude que les vaccins sont inoffensifs** » ? Les pouvoirs publics ont l'art d'enterrer le débat sous des commissions, de faire valoir leur point de vue en dehors d'un réel examen de tous les éléments scientifiques, **avec l'autoritarisme dont ils se prévalent** et sous l'autorité d'une ministre de la Santé dont **les liens** avec l'industrie pharmaceutique ne permettent pas de poser des bases de confiance saine.

Consultation biaisée, études d'impact vaccin par vaccin inexistantes, effets cocktails inconnus, conflits d'intérêts avérés, intérêts de santé publique controversés, désinformation officielle prouvée... Les tâches pour prétendre véritablement repousser la méfiance/défiance vis-à-vis de certains vaccins seraient un travail de longue haleine. Le gouvernement a paré au plus simple et opté pour une méthode coercitive afin de maîtriser ces critiques émises sur certains vaccins noyées dans l'anti-vaccinalisme vilipendé. Et les autorités d'alimenter elles-mêmes les plus fumeuses théories du complot et de choisir, volontairement ou non, de faire l'impasse sur l'information éclairée. Il n'est jamais aisé de mettre en balance les libertés individuelles avec les bénéfices et les risques encourus par une société dans son ensemble. Mais une information éclairée minimale est attendue. En vain.

Peut-être faudrait-il envisager une piqûre de rappel à nos gouvernants : il n'est rien de plus efficace que la pédagogie, la formation, le consentement clairement et totalement informé pour permettre à des citoyens de retrouver confiance envers ses autorités de Santé. Mais ces mesures visant à éradiquer la méfiance et le doute s'inscrivent dans le long terme, ce qui est rarement le tempo de l'action politique. Nous espérons que ces éclaircissements détaillés vous aiderons dans vos choix. Si ce n'était le cas, ne vous inquiétez pas : **l'avènement promis de la société algorithmique** rendra bientôt tous ces débats obsolètes...

Lurinas

Liens

Sur la politique vaccinale et les obligations, entre autres, par le Dr Girard

Une lettre ouverte signée par de nombreux médecins

Dossier sur le site du docteur du 16

Lecture conseillée

'Immunisés ?', de Lise Barnéoud (édition Premier Parallèle)