

Collection
& Vaccins
Société

Livre ⑥

Dr Michel de Lorgeril

Médecin, épidémiologiste,
physiologiste, CNRS



LES VACCINS DU NOURRISSON

ROUGEOLE - **O**REILLONS - **R**UBÉOLE

Réalité scientifique
contre désinformation

Une analyse scientifique
à l'intention **des familles**
et **de leurs médecins**



Un ouvrage paru
sous la direction de Cécile CARRU



Du même auteur

Aux Éditions Alpen

- *Le Pouvoir des oméga-3*
- *Alcool, vin et santé*

Aux Éditions Thierry Souccar

- *Dites à votre médecin que le cholestérol est innocent*
- *Cholestérol, mensonges et propagande*
- *Prévenir l'infarctus et l'accident vasculaire cérébral*
- *L'Horrible Vérité sur les médicaments anticholestérol*

Aux Éditions Terre Vivante

- *Le Nouveau Régime méditerranéen pour protéger sa santé et celle de la planète*

Aux Éditions Chariot d'Or, collection « Vaccins & Société »

- *Livre 1 : Introduction générale à la médecine des vaccins*
- *Livre 2 : Analyse scientifique de la toxicité des vaccins*
- *Livre 3 : Les vaccins du nourrisson. Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite*
- *Livre 4 : Les vaccins du nourrisson. Coqueluche - Hépatite B et les vaccins hexavalents*
- *Livre 5 : Les vaccins du nourrisson. Méningites bactériennes (Pneumocoques, Méningocoques et Haemophilus influenzae)*

ISBN : 978-2-36047-086-0

ISSN : 2677-5298

© 2020 Éditions Chariot d'Or,

une marque du groupe éditorial Piktos,

355, rue de la Montagne Noire – 31750 Escalquens

www.editions-chariot-dor.fr

Droits de reproduction, de traduction
et d'adaptation réservés pour tous pays.

Introduction générale

Les vaccins du ROR ont des caractéristiques originales que je vais analyser simplement.

1. La notion de *virus vivants* et le concept d'*atténuation*

Ce sont des vaccins à virus *vivants*. Aucun des vaccins analysés dans les **Livres 3** à **5** ne leur est comparable. J'ai décrit des vaccins contre des virus (ceux impliqués dans l'hépatite B et la poliomyélite) mais aucun avec des *virus vivants*. Le vaccin injectable contre la poliomyélite contient des virus inactivés (ou détruits) et celui contre l'hépatite B est une protéine virale (dite antigène HBs). Seul le vaccin oral contre la poliomyélite (discuté à partir de la page 97 du **Livre 3**) contenait des *virus vivants* ; mais il a été abandonné dans nos régions car il a tendance à muter, et à donner naissance à des virus résistants aux vaccins. La majorité des poliomyélites sont désormais dus à des *virus vaccinaux mutés*.

Ces notions de *virus vivant* et de *virus vaccinal muté* sont cruciales.

Si un virus *vivant* est *injecté* dans le muscle, nous nous exposons à des complications inattendues puisque nous court-circuitons des barrières défensives majeures, nos systèmes immunitaires ORL et respiratoire. Si en plus, nous injectons trois *virus vivants* simultanément, le risque de complication immunitaire est majoré, au moins chez des bébés prédisposés.

L'éthique médicale exigerait que le bénéfice de cette stratégie vaccinale ait été évalué. En fait, aucun essai clinique sérieux n'a évalué ces vaccins. Pour minimiser les complications postvaccinales – qui furent très fréquentes avec les premiers vaccins – ces *virus vivants* doivent être *atténués*. Je vais décrire un peu cette *atténuation* car elle renvoie à la notion de *virus vaccinal muté*. Si le virus vaccinal a été modifié (atténué), pourquoi est-il différent ? Est-il un virus muté ? S'il a muté une fois, ne mutera-t-il pas à nouveau ? Pour un meilleur ou pour un pire ? L'exemple des virus vaccinaux de la poliomyélite ne doit-il pas inciter à la prudence ?

Finalement, même *atténué*, ce *virus vivant* ne doit pas être injecté à des personnes dont l'immunité est affaiblie. Nul ne le conteste. À partir de quel niveau d'immunodépression sont-ils contraindiqués ? Comment mesure-t-on ce seuil d'immunodépression ? Il n'y a pas de réponse à ces questions simples, ce qui est désastreux si on veut inspirer confiance.

1-1. Notion de *mutations* des virus

A-t-on identifié (comme avec la poliomyélite) des *virus vaccinaux mutés de la rougeole* ?

Quand on parle de *mutation*, on évoque une modification naturelle ou provoquée d'un ou plusieurs gènes. Il faudrait analyser les virus des seringues pour les comparer aux virus sauvages et aux virus identifiés chez des patients qui ont développé une rougeole postvaccinale. Ces techniques sont coûteuses et nécessitent des techniciens spécialisés. Seuls des laboratoires des pays riches peuvent le faire. Comme le nombre de cas annuels de rougeole est faible, contrairement aux déclarations alarmistes, peu de laboratoires disposent de ces moyens en routine. Surtout, tout ce qui pourrait introduire le doute est presque criminalisé à notre époque ; et rechercher des virus mutés susciterait la suspicion. Ainsi, nous n'avons pas de données solides sur l'existence de *virus vaccinaux mutés*.

Qu'est-ce qu'un *virus muté* ? Lors de sa multiplication (qui conditionne sa survie), le virus réplique (recopie) son matériel génétique. Il peut y avoir des erreurs – des *mutations* – qui peuvent conférer quelque avantage ; permettant, par exemple, de mieux survivre (se répliquer) par rapport aux versions non mutées. Ce virus muté devient alors prépondérant. Mais ces avantages peuvent être des inconvénients pour les cellules-hôtes et l'hôte lui-même ; sous forme de maladies. Beaucoup des mutations n'apportent aucun avantage et restent invisibles. La majorité des virus (en particulier les virus à ARN) ne cessent de muter. Les épidémies saisonnières de grippe sont dues à des virus mutés

Vaccins contre les oreillons

1. Généralités et bref historique

C'est une atteinte bénigne des glandes salivaires (les parotides) par un *paramyxovirus*. Plus du tiers des cas n'ont aucun symptôme. Les rares complications sont la méningite, la pancréatite et l'inflammation du testicule. Sauf patients âgés ou avec *comorbidités* (immunodépression), ces complications ne sont pas dangereuses. L'épidémiologie des oreillons est surveillée par le réseau *Sentinelles*⁹⁴.

Ci-dessous l'incidence des oreillons de 1983 à 2009, avec les méningites attribuées au virus ; ou au vaccin. Plusieurs vaccins *monovalents* ont été commercialisés. Finalement, le *polyvalent* ROR s'est imposé.

94. <https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/>

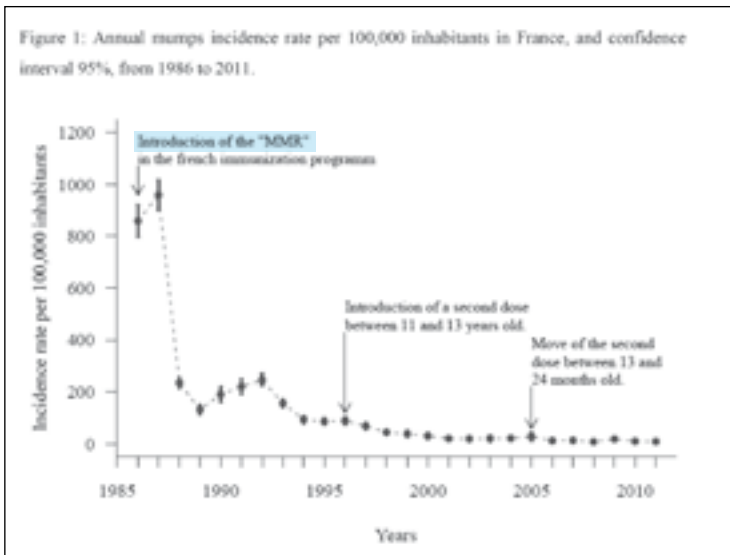


Cette courbe est difficile à interpréter. Le premier vaccin (souche *Urabe*) a été accusé de provoquer des méningites ; ce qui est suggéré par le graphique : le nombre de méningites était stable entre 1983 et 1985 et bondit à l'introduction du vaccin en 1986 avec retour aux chiffres antérieurs en 1988. Les experts du réseau *Sentinelles* n'attribuent pas cette augmentation des méningites au vaccin ; les méningites postvaccinales n'apparaissent qu'en 1988, alors que c'est une complication que nul n'a contesté. Les experts notent en parallèle une augmentation du nombre de cas d'oreillons (ligne continue) qu'ils n'attribuent pas non plus au vaccin. Peu importe, ces méningites (postvaccinales ou pas) conduisirent à l'abandon de la souche *Urabe*.

Que cette augmentation des oreillons entre 1984 et 1986 soit due à la souche *Urabe* est hypothétique, mais c'est l'interprétation la plus réaliste de ces curieuses courbes. En conséquence, la

diminution des cas à partir de 1988 ressemble plus à un retour à la normale qu'à un succès foudroyant de la vaccination.

La souche *Jeryl Lynn* arrive en 1993, donc *après la bataille*. Faute d'essai clinique, nous ignorons si ce vaccin est efficace cliniquement. Ces données étant défavorables aux vaccins, une *autre* version⁹⁵ (avec nouveau graphique) va être publiée en 2012. Le nouveau graphique est curieusement amputé des années qui précèdent l'introduction du premier vaccin, permettant une autre interprétation des données et faisant croire que l'incidence s'est effondrée au moment du ROR/MMR, ce qui est mensonger.



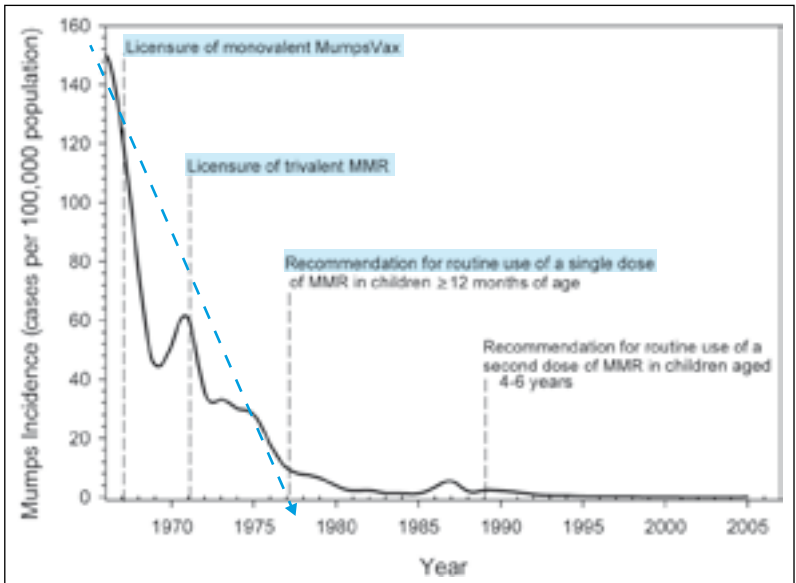
95. Coffinières E, *et al.*, « Mumps: Burden of disease in France », *Vaccine*, 2012 Oct; 30(49): 7013-8.

On pourrait argumenter que dans d'autres pays, l'efficacité du vaccin a été testée dans un essai clinique ou qu'une concordance claire entre vaccins et régression des oreillons a été démontrée.

Aux États-Unis, pays hautement vaccinaliste, nous retrouvons le même dossier qu'en France : pas d'essai clinique, pas de concordance épidémiologique évidente et amputation des courbes pour essayer de montrer une introuvable concordance⁹⁶.

On note que l'éditeur de ce curieux article est Stanley Plotkin, un grand ami de l'industrie, et que les deux auteurs sont issus de Sanofi et de la FDA (administration sanitaire théoriquement indépendante de l'industrie). C'est révélateur des liens unissant l'industrie et les administrations sanitaires. La courbe de l'incidence est reproduite dans de nombreux rapports pour vanter l'efficacité du vaccin. Elle montre pourtant que la diminution du nombre de cas d'oreillons a commencé avant que les programmes de vaccination ne puissent avoir un effet. Les auteurs ont l'obligeance de bien faire la différence entre les dates de *licensure* (ou *homologation* en français) et de *recommandation* qui indique le moment où les médecins américains commencent réellement à pouvoir vacciner les bébés. J'ai ajouté une flèche oblique pointillée pour illustrer la tendance.

96. Dayan GH, Rubin S, « Mumps outbreaks in vaccinated population: are available mumps vaccines effective enough to prevent outbreaks », *Clinical Infectious Diseases*, 2008; 47: 1458-67.



On voit que lorsque le vaccin commence à être utilisé en routine (en 1977), l'incidence des oreillons aux États-Unis s'est déjà effondrée.

Puisque nous n'avons aucun essai clinique et pas de concordance épidémique évidente, nous devons faire confiance aux industriels, qui fournissent des justifications aux politiques gouvernementales. Or, les industriels ont seulement produit des taux d'anticorps en réponse au vaccin. Est-ce raisonnable ? Pouvons-nous avoir confiance ?

Sachant que l'industriel Merck est poursuivi en justice par ses propres employés – pour avoir maquillé des données –, la réponse ne peut être que deux fois négative. À propos de cette plainte, des documents sont facilement (ci-dessous) accessibles mais on peut en trouver d'autres, notamment des copies des originaux :

Table des matières

Introduction générale	11
1. La notion de <i>virus vivants</i> et le concept d' <i>atténuation</i>	11
1-1. Notion de <i>mutations</i> des virus	13
1-2. Technique d' <i>atténuation</i> d'un virus	16
1-3. Qu'est-ce qu'un virus vaccinal <i>atténué</i> ?	18
2. Trois <i>virus vivants</i> dans la même seringue	23
Vaccins contre la rougeole	33
1. Généralités et bref historique	33
1-1. La notion de <i>contagiosité</i>	33
1-2. Généralités épidémiologiques	37
1-3. Épidémiologie de la rougeole en Europe	47
1-4. Épidémiologie récente de la rougeole en France	51
1-5. Épidémiologie récente de la rougeole en Afrique	59
1-6. En résumé	63
2. La maladie rougeole	66
2-1. Introduction	66
2-2. Encéphalites de la rougeole	71
2-3. En résumé	82
3. Les vaccins antirougeoleux	86
3-1. Introduction	86
3-2. Vaccin antirougeoleux <i>monovalent</i>	88

3-3. Vaccins antirougeoleux <i>polyvalents</i>	100
3-3-1. L'efficacité du vaccin antirougeoleux présent dans les ROR	101
3-3-2. L'innocuité du vaccin antirougeoleux présent dans les ROR polyvalents	107
3-3-3. ROR et autisme	116
3-3-4. Résumé sur les vaccins antirougeoleux <i>polyvalents</i>	129
Vaccins contre les oreillons	131
1. Généralités et bref historique	131
2. La maladie oreillons	143
3. Les vaccins contre les oreillons	144
3-1. Vaccin <i>monovalent</i>	144
3-2. Vaccins <i>polyvalents</i>	146
4. Résumé et conclusion	149
Vaccins contre la rubéole	151
1. Généralités et bref historique	151
2. La maladie rubéole	156
3. Les vaccins antirubéoleux	162
4. Résumé et conclusion	168
Conclusions	169
1. La rougeole	169
2. Les oreillons	172
3. La rubéole	173
Perspectives	175
Crédits illustrations	181
Index	185
Table des matières	187