

La grippe porcine en moins de 100 questions.

Dr Marc GIRARD

Conseil en pharmacovigilance et pharmacoépidémiologie
Expert européen (AEXEA)
76 route de Paris, 78760 Jouars-Pontchartrain (agosgirard@free.fr)

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

Date de première publication : 03/12/2009

Date de mise à jour : 07/12/2009

Table des matières

1. Quel contexte ?	4
2. Quelle pandémie ?	4
3. Quelles conséquences de l'alarmisme grippal sur la santé publique ?	7
4. Les nouveaux vaccins sont-ils efficaces ?	8
5. Les nouveaux vaccins sont-ils sûrs ?	9
6. Les données de pharmacovigilance sont-elles rassurantes ?	11
7. Quels sont les sujets « à risque » avec le virus H1N1 ?	12
8. Faut-il vacciner les sujets « à risque » ?	13
9. Quid des vaccins sans adjuvants ?	14
10. L'épidémie s'aggrave-t-elle ?	15
11. Pour conclure simplement	17
11.1. Les menteurs	17
11.2. Proportions et statistiques	17
Annexe	19
Liens d'intérêts	19
Titres et travaux	20

Malgré l'émouvante confiance que me témoignent quotidiennement des dizaines, voire des centaines de correspondants, une inquiétude palpable demeure chez certains d'entre eux : avec, de temps en temps, l'esquisse d'une plainte concernant mes contributions – parfois jugées trop complexes et, surtout, trop longues. Il est exact que par rapport à la nullité graveleuse de la communication officielle, je me suis efforcé d'élever le débat et d'esquiver la tentation pourtant forte de répondre du tac au tac à tant de bêtise(s) ; par exemple, de rétorquer à Madame Bachelot qui s'émeut d'avoir vu « le parenchyme d'un bébé irrémédiablement atteint » : *parenchyme toi-même...*

Je vois bien que nonobstant mes efforts d'exposition, certaines questions extrêmement simples auxquelles je croyais avoir répondu reviennent régulièrement : « et mon bébé ? », « et les sujets asthmatiques ? », « et les adjuvants ? », « et mon épouse enceinte ?... »

Le présent article vise donc, sous la forme la plus concise qui soit, à reprendre toute l'histoire sous la forme des quelques questions qui reviennent le plus souvent.

1. Quel contexte ?

L'industrie pharmaceutique s'attendait, vers la fin des années 1990, à une période de vaches maigres, liée d'une part à l'épuisement des grands brevets, d'autre part à son incapacité d'innover. Les spécialistes du médicament savaient qu'elle allait se rabattre sur les vaccins pour tenter de maintenir sa rentabilité. De fait, en se reportant à la presse économique, il est facile même pour le profane, aujourd'hui, de vérifier que le secteur des vaccins (produits peu coûteux à développer et faciles à commercialiser moyennant un lobbying adéquat) contribue pour une part de plus en plus importante aux bénéfices de l'industrie pharmaceutique. Il est également facile de vérifier que des firmes parmi les plus importantes, sans passé connu dans ce domaine, se ruent actuellement sur ce secteur : c'est ainsi que Novartis a récemment pris une forte participation dans une entreprise chinoise spécialisée dans la fabrication des vaccins¹.

Rodée sur le vaccin contre l'hépatite B², la stratégie est toujours la même : instrumentaliser l'Organisation Mondiale de la Santé *via* des groupes de travail créés, financés et noyautés par l'industrie pharmaceutique. Pour se limiter aux seules alertes grippales :

- la fausse alerte de la grippe « aviaire » est encore dans toutes les mémoires : on relève que les alarmistes aviaires se retrouvent tous dans les alarmistes porcins – en une actualisation plaisante d'un air ancien et connu (« les poules c'est comme les cochons... ») ;
- mon éminent collègue T. Jefferson a justement dénoncé les manœuvres visant à faire modifier par l'OMS la définition du mot « pandémie » ; les pauvres réfutations qui ont suivi (visant à justifier que lesdites modifications auraient précédé l'actuelle alerte) n'ont rien réfuté du tout : comme je l'ai dûment expliqué à maintes reprises, ces manœuvres ont débuté *bien avant* l'actuelle alerte, et la question n'est donc pas de savoir si les modifications terminologiques datent de 2008, ou de 2005, ou d'avant : leur antériorité apparaît au contraire comme un élément à charge supplémentaire contre l'OMS ;
- le rôle plus que douteux de certains experts, comme Osterhaus en Hollande, a suffisamment été médiatisé³.

2. Quelle pandémie ?

La notion d'une pandémie grippale résulte d'une mystification aisément reconstituable, qui a reposé sur une double exagération :

¹ <http://www.prnewswire.co.uk/cgi/news/release?id=271301>

² L'habile stratégie d'un labo. *Sciences et Avenir*, jan 1997, n° 599 : p. 27

³ Le Parisien, 20/10/09

- exagération qualitative, visant à faire accroire que le nouveau virus « porcin » serait d'une effrayante virulence : fin avril, en l'espace de 24 heures seulement, le nombre de gripes fatales au Mexique est passé de 200 à... sept seulement ; dans la suite également, nombre de décès ont été abusivement rapportés au virus, parfois *avant* toute autopsie, et sans considération ni des facteurs de risque individuels, ni – encore moins – des complications éventuellement imputables aux traitements antiviraux mis en œuvre (malgré des éléments expérimentaux inquiétants suggérant que ces antiviraux puissent *exacerber* la virulence du virus⁴) ;
- exagération quantitative : alors que dès la fin juin 2009, l'OMS (précédée par les autorités françaises) estimait l'évidence pandémique suffisante pour stopper les dénombrements, on a appris depuis peu qu'à ce moment, *pas plus de 5%* des sujets répertoriés comme atteints par la grippe porcine ne l'étaient effectivement lorsqu'on les soumettait à un test virologique rigoureux (PCR).

Une fois ainsi crédibilisé, sur des bases aussi indubitablement falsifiées, le mythe d'une épidémie de grande ampleur, la machine à alimenter la peur s'est logiquement accélérée **en un parfait cercle vicieux**. Indûment alarmés, les citoyens se sont précipités en masse chez leur médecin ou, pire, à l'hôpital, pour un oui pour un non, alimentant de la sorte un dénombrement fondé sur des critères diagnostiques démentiels : fièvre à 38°, toux... Dans son entourage ou à la télé, chacun a pu voir des gamins en pleine forme et à peine enrhumés, mais le visage dissimulé derrière un masque et dispensés d'école... Complaisamment médiatisé par les autorités, ce taux de consultation a alimenté leur alarmisme, contribuant ainsi à l'exagération continue des consultations pour rien.

De plus, il est patent que, sauf extrême évidence contraire, tout décès survenu chez un sujet grippé est présumé indûment rapporté à la grippe (par exemple, le rôle éventuellement aggravant de Tamiflu n'est *jamais* envisagé) : déjà excessivement faible, le nombre de décès officiellement imputés à la grippe est donc exagéré par rapport au nombre réellement imputable à cette maladie.

En parallèle, de nouveaux chiffres alarmistes sont publiés quant au pourcentage de prélèvements réputés positifs pour le H1N1. Cependant :

- il est notoire que dans leur majorité, les tests (« rapides ») utilisés n'ont aucune fiabilité ;
- quel est le problème que le virus de la grippe soit majoritairement un H1N1 cette année, quand il est patent que ce virus est *plus bénin* que celui de la grippe saisonnière classique ?

Dans l'alimentation du cercle vicieux visant à accréditer la réalité d'une menace pour la santé publique, quatre instances méritent d'être particulièrement dénoncées :

⁴ Lin X et coll. Oseltamivir boosts 2009 H1N1 virus infectivity in vitro. Biochemical and Biophysical Research Communication (2009) ; doi : 10.1016/j.bbrc.2009.10.142

- les grands médias, évidemment ;
- nombre de médecins qui, comme chacun a pu l'observer, se sont laissé aller à poser des diagnostics de « grippe porcine » sur des critères d'une inqualifiable indigence ;
- des directeurs d'école qui se sont complus à attiser le feu au moindre pet de travers de quelques élèves – manifestement sans aucune crainte de sanction pour excès d'alarmisme ;
- les préfets, inhabituellement prompts à ordonner des fermetures d'école au moindre prétexte.

Rappelons que selon les chiffres déjà exagérés de l'OMS, on en est aujourd'hui à environ 8 000 morts imputés (à tort ou à raison) à la grippe porcine, et alors même que la saison grippale s'est achevée dans l'hémisphère sud. Or, chaque année, la grippe saisonnière est supposée tuer dans le monde entre 300 000 et 500 000 personnes⁵ – soit environ *50 fois plus* : où est donc le problème ?

Autre comparaison éclairante : selon un récent numéro du *Monde (supplément, 5/11/09)*, la grippe saisonnière est supposée tuer 4 000 à 6 000 personnes chaque année en France, soit presque autant que la mortalité actuelle de la grippe porcine à l'échelle mondiale...

⁵ Bodewes et coll. Yearly influenza vaccinations : a double-edged sword ? The Lancet.com/infection (2009) ; doi.10.1016/S1473-3099(09)70263-4

3. Quelles conséquences de l'alarmisme grippal sur la santé publique ?

Largement ignorées par les médias, les conséquences dommageables d'un alarmisme aussi irresponsables n'ont pas encore été correctement inventoriées – et il est douteux qu'elles le soient un jour.

- Selon un schéma déjà décrit, notamment en Asie du Sud-Est, lors de précédentes alertes virales, les services hospitaliers, soudain soumis à une fréquentation inhabituelle, ont probablement généré bien plus d'infections nosocomiales qu'ils n'ont évité de complications grippales graves chez des consultants indûment affolés, mais très peu malades.
- La préoccupante influençabilité du personnel médical l'a détourné des véritables problèmes sanitaires, et la presse spécialisée a rapporté des situations cliniques graves (méningites...) regrettamment méconnues par suite d'erreurs diagnostiques liées à l'obsession d'une pseudo-pandémie⁶.
- Il n'est pas besoin d'insister sur le coût financier d'une telle démesure, au détriment d'autres objectifs de santé publique clairement prioritaires, à commencer par les méthodes *non médicamenteuses* pour limiter la propagation des infections (se laver les mains...)

⁶ EJ Wilson. A/H1N1 pandemic. Case definition is too loose. BMJ 2009 ; 339 : 415

4. Les nouveaux vaccins sont-ils efficaces ?

Selon l'agence européenne du médicament (qui a délivré l'essentiel des autorisations), ces vaccins ont été autorisés « dans des circonstances exceptionnelles ». « Cela signifie qu'il n'a pas été possible d'obtenir des informations complètes sur le vaccin pandémique ».

Cependant, ces circonstances « exceptionnelles » sont une mystification (cf. section 2).

En conséquence, c'est désormais aux fabricants qu'il revient de recueillir « des informations relatives à (...) l'efficacité du vaccin ». Or, l'intérêt des fabricants à vendre des vaccins est parfaitement documenté (cf. section 1).

5. Les nouveaux vaccins sont-ils sûrs ?

Selon l'agence européenne du médicament (qui a délivré l'essentiel des autorisations), ces vaccins ont été autorisés « dans des circonstances exceptionnelles ». « Cela signifie qu'il n'a pas été possible d'obtenir des informations complètes sur le vaccin pandémique ».

Cependant, ces circonstances « exceptionnelles » sont une mystification (cf. section 2).

En conséquence, c'est désormais aux fabricants qu'il revient de recueillir « des informations relatives à la sécurité (...) du vaccin ». Or, l'intérêt des fabricants à vendre des vaccins est parfaitement documenté (cf. section 1).

Ce qu'on sait déjà, sur la base des rapports d'évaluation diffusés par l'Agence européenne, c'est que, au cours du développement :

- au moins 7 morts ont été rapportés ;
- dans un essai chez 400 enfants, 2 hépatites auto-immunes ont été rapportées ;
- au cours des essais chez l'animal, une rate enceinte est décédée.

A chaque fois, bien entendu, l'agence européenne soutient que le vaccin n'était pas en cause ; cependant :

- elle ne dit *jamais* ce qui était effectivement en cause, surtout chez des sujets qui étaient tous en parfaite santé initialement ;
- elle dit encore moins à quelle condition elle aurait accepté de considérer que le vaccin aurait pu jouer un rôle ;
- les autorités n'expliquent pas la sélectivité pourtant voyante qui les conduit à exclure *systématiquement* la responsabilité du vaccin quand un sujet en parfaite santé décède juste après avoir été vacciné (et qu'aucune autre cause ne peut être évoquée), alors que quand un sujet présumé grippé (ce qui reste à vérifier) décède, c'est la grippe qu'on incrimine **par principe** (même quand bien d'autres causes sont à tout le moins envisageables : Tamiflu, infections éventuellement nosocomiales, etc.)

Ce que l'on tire aussi du même document de l'agence européenne, c'est que :

- la taille trop faible des essais cliniques ainsi mis en œuvre dans la précipitation n'a pas permis de détecter les effets indésirables survenant à une fréquence moindre que 1% : rapportée à un objectif de 13 millions de Français vaccinés

en priorité, cette fréquence laisse de la marge *jusqu'à 130 000 victimes* du vaccin ;

- avec certains vaccins, des effets indésirables « généraux » (fièvre, courbatures...) ont été rapportés chez près de 80% des sujets vaccinés : rapportée à un objectif de 13 millions de Français vaccinés en priorité, cette fréquence laisse de la marge *jusqu'à plus de 10 millions de sujets* souffrant de symptômes généraux (soit davantage que normalement attendu si on avait laissé l'épidémie frapper sans vacciner personne).

6. Les données de pharmacovigilance sont-elles rassurantes ?

En raison de la sous-notification, on sait parfaitement que les données de pharmacovigilance ne sont qu'un pâle reflet des problèmes de sécurité effectivement rencontrés avec un médicament :

- en temps normal, dans un pays comme le nôtre, on considère que moins de 1% des effets indésirables survenus sont rapportés aux autorités sanitaires ;
- en l'espèce, on voit déjà clairement à l'œuvre⁷ :
 - la collusion de certains professionnels pour ne pas rapporter les effets indésirables qu'ils observent ;
 - la sélectivité des autorités pour nier la causalité chaque fois que c'est possible, c'est-à-dire quasi systématiquement : pourtant dûment annoncés comme complication notoire, les Guillain-Barré survenant dans les jours suivant une vaccination peuvent toujours être dus à la grippe (d'où il ressort, en passant, qu'on vaccine indistinctement les gens qu'ils soient grippés ou non), les femmes qui avortent deux jours après vaccination auraient toujours pu avorter sinon (une grossesse, c'est bien connu, ça peut toujours ne pas aller au bout), etc.

En tout état de cause, si les données de la pharmacovigilance après commercialisation étaient aussi rassurantes que le prétendent les autorités sanitaires, il resterait à expliquer la formidable discordance entre celles-là et celles obtenues lors des essais cliniques (cf. section 5). Or, c'est un B A BA méthodologique que les données obtenues dans le cadre expérimental des essais sont bien plus fiables que celles obtenues dans les conditions extrêmement relâchées et fortement biaisées de la surveillance après commercialisation.

Enfin et quoique les autorités ne jouent manifestement pas la transparence à ce sujet, on sait par exemple que 170 000 unités vaccinales ont été retirées au Canada, ce qui tend à confirmer les données alarmantes du développement clinique, alors que :

- au contraire de ce qu'a soutenu impunément le fabricant, il est invraisemblable que la spécialité distribuée au Canada soit différente de celle distribuée ici ;
- on attend toujours le moindre élément de preuve qu'il s'agit d'un problème de « lot » et non des problèmes de tolérance parfaitement prévisibles *avec la spécialité* sur la base des résultats désastreux obtenus lors des essais cliniques (cf. section 5).

⁷ <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article73>

7. Quels sont les sujets « à risque » avec le virus H1N1 ?

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que l'on connaît très mal l'épidémiologie de la grippe (saisonnaire), pour la raison simple que quand un sujet fragilisé (âgé, notamment) décède l'hiver d'une infection respiratoire, cela ne vient à l'idée de personne de lui faire des tests *post-mortem* pour savoir s'il avait la grippe – sachant de plus que le virus de « la grippe » ne correspond qu'à une minorité des « syndromes grippaux »⁸.

Au total, ce qu'on appelle habituellement « mortalité grippale » correspond à une approximation grossière incluant une majorité de virus qui n'ont *rien à voir* avec le virus grippal.

Comme rappelé en section 2, la situation épidémiologique est encore plus confuse avec la grippe de cette année, où l'on a regroupé pêle-mêle – outre les classiques syndromes pseudo-grippaux – à peu près tout et n'importe quoi, du moindre rhume aux gamins qui – si j'en crois les témoignages d'enseignants qui me remontent – ont parfaitement compris qu'en reniflant un peu, ils pouvaient espérer faire fermer leur école avec l'assentiment complaisant tant du Directeur d'établissement que du Préfet.

J'ai également donné sur mon site un exemple⁹ tout à fait éloquent dont, à partir du décès de *six* femmes enceintes aux USA (correspondant à *un* décès à l'échelle de notre pays), un virologue parmi les plus éminents a publiquement accrédité que la grossesse représenterait un terrible facteur de risque.

C'est dire, par conséquent, qu'aucune allégation actuelle des autorités ou de leurs experts concernant les « facteurs de risque » propres à ce nouveau virus ne correspond à quelque relevé épidémiologique que ce soit : il s'agit-là d'une mystification qui s'inscrit dans la mystification plus globale décrite en section 2¹⁰.

⁸ Cf. l'interview de T. Jefferson (*Spiegel Online*, 21/07/09)

⁹ <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article50>

¹⁰ En tout état de cause et selon la pratique scientifique de référence, personne n'empêche les autorités de rendre publiques les « études » qui leur permettent d'identifier et de quantifier les facteurs de risque : en l'absence de telles preuves, il est parfaitement légitime – et conforme à la pratique scientifique – de tenir pour une *fraude* toute allégation sur le sujet.

8. Faut-il vacciner les sujets « à risque » ?

La réponse découle de la section précédente : elle est évidemment négative.

En tout état de cause, le même argument tient toujours (cf. note 10) : personne n'empêche les autorités de rendre publiques les « études » qui leur permettent d'objectiver les bénéfices d'une vaccination chez les sujets présumés « à risque ».

A l'inverse, les seules données *objectives* dont nous disposons actuellement sont que même chez les sujets normaux, « il n'a pas été possible d'obtenir des informations complètes sur le vaccin pandémique » (cf. sections 4 et 5).

Or, tous les sujets réputés « à risque » (enfants, femmes enceintes, asthmatiques...) font normalement partie des « espèces protégées » lors du développement d'un nouveau médicament : ils sont longtemps exclus des essais cliniques et on ne commence à les exposer au nouveau médicament que très progressivement, une fois que l'on dispose d'une bonne information sur les réactions chez les sujets normaux. Chez les responsables qui n'ont cessé de s'abriter derrière une conception dévoyée du « principe de précaution »¹¹, il est par conséquent très difficile de reconstituer au terme de quel raisonnement pervers on peut, alors même que les informations de base manquent chez les sujets normaux, prétendre exposer **massivement** et **en priorité** les sujets fragilisés par une maladie (asthme...) ou leur état (grossesse...). Plus irresponsable, tu meurs...

Pour résumer, il est extrêmement difficile de comprendre au nom de quoi il conviendrait d'exposer des sujets « à risque » à un vaccin qui a déjà été mal évalué chez les sujets « normaux » – alors même, par exemple, que, jusque voici pas très longtemps, l'idée d'exposer un enfant asthmatique avec un vaccin cultivé sur des œufs n'était quand même pas considérée comme le top de la sagesse hippocratique...

De toute façon et dans la mesure où l'alarmisme des autorités joue beaucoup – mais sans aucune preuve – sur les enfants, les femmes enceintes et les jeunes, rappelons les faits suivants d'autant plus indubitables, eux, qu'ils sont explicitement mentionnés dans le rapport public de l'agence européenne (cf. section 5) :

- sur 400 enfants (3-9 ans) vaccinés, deux ont développé *une hépatite auto-immune* sans qu'un mot d'explication ne soit fourni ;
- une rate enceinte est décédée, sans qu'un mot d'explication ne soit fourni ;
- par rapport aux sujets âgés, les sujets jeunes ont plus mal réagi au vaccin pandémique, sans qu'un mot d'explication ne soit fourni.

¹¹ M. Girard. Alertes grippales. Comprendre et choisir. Dangles éditions, 2009 : chap. 4

9. *Quid* des vaccins sans adjuvants ?

Cette question est sans pertinence pour l'espèce, car la méfiance des citoyens concernant le rapport bénéfice/risque des vaccins antigrippaux a résulté d'un double recoupement :

- bénéfice : une perception très claire des contradictions et incohérences des autorités et de leurs experts concernant la transmutation d'une « gripette » en menace de santé publique ; quel intérêt de se faire vacciner contre une gripette ?
- risque : une compréhension très rapide du fait que, relativement tant à la réglementation en vigueur qu'aux pratiques technico-scientifiques de référence, le développement de ces nouveaux vaccins avait été bâclé.

Prises au dépourvu par cette résistance d'autant plus farouche qu'elle est motivée, les autorités ont essayé de déplacer le problème : pour la *première fois*, elles ont affecté de s'ouvrir à un questionnement sur les adjuvants (utilisés depuis des décennies dans les vaccins obligatoires administrés aux bébés !) afin de donner aux citoyens l'impression que leurs inquiétudes étaient prises en considération.

Ce que faisant, elles n'ont qu'aggravé le problème initial :

- les preuves de la bénignité de cette gripette ont été significativement renforcées par l'expérience saisonnière de l'hémisphère sud ;
- si le développement des vaccins avec adjuvants a déjà été bâclé, celui des vaccins *sans* adjuvants l'a été encore plus.

De plus, alors que les vaccins *avec* adjuvants posent déjà des problèmes d'efficacité inédits (cf. section 4), qu'en sera-t-il avec l'efficacité des vaccins sans adjuvants ?

Enfin, un immense problème de sécurité est passé quasiment inaperçu dans le débat public. A savoir que certains des vaccins sans adjuvants ont été obtenus *sur de nouveaux milieux cellulaires* : or, il faut savoir que la validation d'un tel milieu requiert habituellement des années – et que le risque inhérent à une telle innovation, quand elle a été précipitée comme c'est le cas en l'espèce, est certainement bien plus effrayant que celui des adjuvants.

10. L'épidémie s'aggrave-t-elle ?

Pour les raisons susdites (cf. section 2), les « dénombrements » des autorités sanitaires incluent sous l'intitulé « grippe porcine » jusqu'au rhume le plus infime ayant trouvé un médecin assez incompetent pour poser un diagnostic de compétence.

Ainsi démontés les mécanismes d'une telle mystification, il est possible de s'y reconnaître en se reportant à des paramètres un peu plus « durs » que « fébricule associé à des allégations de toux » : si l'on s'en tient aux décès, par exemple, force est de constater que malgré la propension documentable des autorités à se focaliser sur le virus H1N1 au détriment de toutes les autres pistes causales, le **total des décès** rapportés à l'échelle mondiale **n'atteint pas actuellement 2% du total normalement attendu** avec une grippe saisonnière qui serait passée totalement inaperçue. L'OMS n'est peut être pas un modèle d'expertise, mais pour le marketing pharmaceutique, chapeau bas : l'affaire méritera de rester dans les annales des écoles de commerce...

En parallèle, il n'est pas exact non plus que les Français aient changé d'avis concernant l'intérêt de ces vaccins bâclés : sachant qu'environ 20% de gens disaient vouloir se faire vacciner coûte que coûte, on n'en est encore qu'à moins de 3% d'un tel objectif qui représentait déjà un échec terrible pour le gouvernement ; attendu, de plus, qu'un grand nombre (infirmières, personnes âgées...) de cette minorité infime ont été vaccinés **sous une intolérable contrainte**¹².

Il est amusant que, asphyxiées dans le cercle vicieux de leurs innombrables contradictions, les autorités soient assez aux abois pour ne pas apercevoir que leur communication organisée autour d'images typiquement staliniennes de queues attendant devant les centres de vaccination¹³ achève de les ridiculiser : **tant de désorganisation par rapport à une menace présentée comme mortelle !** Qu'est-ce que cela aurait été si le projet initial de vaccination obligatoire avait été maintenu !

J'ai souvent pris l'exemple suivant : si, après un accident d'avion qui a fait 325 morts, vous prétendez avoir peur de voyager avec ce mode de transport, on vous explique que vous ne comprenez rien aux statistiques et que l'avion est plus sûr que n'importe quel autre moyen pour voyager. Le biais de perception qui conduit à surestimer le risque après un événement aussi spectaculaire, cela s'appelle *la dramatisation de l'anecdotique* – ce qui signifie que vous vous arrêtez aux images fortes sans prendre la peine de penser aux chiffres dans leur globalité (plusieurs millions de voyageurs par jour, en l'espèce). Or, en matière de grippe, il est patent que les autorités et leurs experts ont pris le parti strictement inverse de chercher délibérément à *affoler*

¹² On attend toujours les grandes figures traditionnelles des Droits de l'homme pour protester contre ce scandale.

¹³ Stratégie de communication imposant également le blackout des voix discordantes dans les grands médias : les internautes sont nombreux à l'avoir remarqué.

les foules (traditionnellement peu sensibles aux épidémies grippales) **par une dramatisation de l’anecdotique** :

- à la télé, on a pu entendre des experts éminents ne pas dissimuler leur satisfaction anticipée à l’idée que, dès les premiers décès dus à la grippe, les gens allaient changer d’avis sur la vaccination ;
- il suffit d’écouter Madame Bachelot¹⁴ pour voir qu’elle ne recule devant aucun ridicule (« le parenchyme d’un bébé ») pour mettre en œuvre cette même rhétorique de dramatisation.

Ainsi, à l’opposé d’une position *responsable* qui consisterait à informer les gens – sur la base de données *précises, vérifiables* – quant à la hiérarchisation des urgences de santé publique et à l’allocation de ressources qui en découle, on voit donc le ministre et ses conseillers se vautrer dans une exploitation hystérique des vieux procédés qui font le succès des journaux à scandale (« le choc des photos »).

Il faut le dire tout net : sur la grippe porcine, la communication du gouvernement et de ses experts – fussent-ils « les meilleurs » – aura été au débat <i>de santé publique</i> ce que les tabloïds sont classiquement au débat politique.
--

¹⁴ <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article77>

11. Pour conclure simplement

11.1. Les menteurs...

La méfiance d'emblée des Français à l'égard de l'alarmisme des autorités sanitaires s'est enracinée dans leur souvenir de précédentes tromperies en matière de santé publique : celle de la grippe aviaire, en particulier.

Depuis lors, ceux-là même qui n'ont cessé de mentir **se prévalent de leur propre turpitude** pour continuer leur travail de mystification : il faudrait désormais comprendre que 20 ou 40% de prélèvements positifs pour le virus H1N1 c'est très alarmant, eu égard au fait qu'on a baratiné les foules avant en leur dissimulant qu'en juin, il n'y avait pas plus de 5% de sujets effectivement grippés chez ceux inclus dans les décomptes de l'administration sanitaire ou de l'OMS¹⁵ : ces gens-là n'ont vraiment peur de rien...

Par rapport à une telle inconscience d'arrogance, le citoyen de base sera bien avisé de se rappeler le vieil adage – *les menteurs ne sont jamais crus* – et d'autant moins en l'espèce que dire maintenant la vérité est leur dernier problème...

11.2. Proportions et statistiques

Dans l'évolution, les infections virales saisonnières (rhumes, grippe, syndromes pseudo-grippaux) sont probablement un moyen très bénéfique et très efficace d'entretenir notre immunité.

Cependant, les virus ont un potentiel de danger qui tient à leur effarante propension à muter, à leur capacité de nuire à des sujets affaiblis et même, de façon il est vrai exceptionnelle, à nuire à des sujets *en parfaite santé*.

La perversité sans nom du ministère et de ses experts aura été de jouer sur des données effectivement *indubitables* pour semer une panique **sans proportion** :

- *tous* les virus mutent tout le temps, ils peuvent muter vers des formes plus bénignes et le meilleur moyen de les contraindre à muter, c'est encore de vacciner les gens sans raison ;
- il n'y a pas besoin d'une vraie grippe pour tuer un sujet très âgé ou immunodéprimé : le moindre rhume suffit, et tout le monde sait ça ;
- qu'une grippe puisse tuer des sujets jeunes sans aucun facteur de risque n'est pas un fait nouveau, je l'ai appris au cours de mes études de médecine voici une trentaine d'année : mais c'est extrêmement rare.

¹⁵ <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article80>

Il n'est pas de maladie plus sûrement mortelle que la vie : nous allons tous mourir un jour. Comme médecin particulièrement soucieux du Bien Public, je n'ai aucun moyen de garantir à mon lecteur que lui, son épouse enceinte ou son bébé ne vont pas mourir de la grippe.

Mais ce que je lui dis **avec une absolue certitude**, c'est que sur la base des données actuellement disponibles, le risque de développer une complication sévère est bien plus élevé avec le vaccin antigrippal qu'avec la grippe porcine. Et si l'on me demande de préciser, je dirais : probablement de l'ordre de *mille fois plus*¹⁶...

¹⁶ Même en faisant le forcing (et en attribuant systématiquement à la grippe les décès potentiellement liés à Tamiflu), l'administration sanitaire décompte actuellement environ 120 décès, soit une mortalité maximum de 2 pour un million. En parallèle, l'Agence européenne se félicite que les essais réalisés lors du développement permettent de reconnaître (et même pas *d'exclure*) les effets indésirables survenant à une fréquence minimum de 1% (<http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/celvapan/Celvapan-H-982-PU-02-AR.pdf>). En parallèle, encore, on relève que la mortalité observée au cours du développement de Pandemrix a été de 0,3 à 0,4% (7 morts inexplicables chez environ 2 000 patients traités). De plus, il faut bien comprendre que la grande majorité des sujets actuellement répertoriés comme décédés de la grippe avaient d'important facteurs de fragilité, alors qu'il suffit de lire les documents de l'Agence européenne pour apercevoir que les sujets décédés *après vaccination* étaient initialement **en parfaite santé** : tout un chacun, quoi. Il est donc extrêmement *modéré* de soutenir qu'à l'heure actuelle, sur la base des données « incomplètes » mais disponibles, le risque lié au vaccin peut être mille fois plus élevé que le risque de la grippe. D'autre part et au contraire de ce que soutient comme prévu l'administration sanitaire, les données de la pharmacovigilance après commercialisation sont loin d'être rassurantes, compte tenu de la sous-notification habituellement massive (moins de 1% des accidents notifiés), délibérément exacerbée en l'espèce par les autorités qui s'appliquent à créer un sanitaire correct visant à dissuader les vaccinés de notifier (<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article73>). On a connu exactement la même situation avec le vaccin contre l'hépatite B – avec les résultats que l'on sait...

Annexe

Liens d'intérêts

Depuis près de 30 ans, je travaille comme consultant pour l'industrie pharmaceutique : ma clientèle inclut ou a inclus des fabricants de vaccins, ainsi que d'autres firmes qui ont des intérêts directs dans les traitements antiviraux. En parallèle, je suis fréquemment en charge d'expertises visant des dommages médicaux éventuellement imputables à des médicaments – la plupart commercialisés par mes clients industriels.

Depuis peu, il semble que certaines voix (minoritaires) aient cru bon de soulever la question du conflit d'intérêt posé par la parution de mon livre consacré aux alertes grippales : je rappelle d'abord que cette question a été évoquée en toute transparence dès l'annonce de cette parution¹⁷. Si cela n'était pas suffisant, les précisions suivantes devraient clore le débat :

- par contrat, je touche 8% sur les ventes jusqu'à 5 000 exemplaires et 10% ensuite ;
- il n'y a aucun doute que contribuer à la diffusion de mon livre, c'est actuellement le moyen le plus transparent, le plus légal et le plus efficace pour m'honorer comme expert et pour me soutenir financièrement comme citoyen engagé.

¹⁷ <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article56>

Titres et travaux

Revendiquant répétitivement comme garantie de sérieux de ne travailler qu'avec les « meilleurs » experts – par opposition, sans doute, aux politiques qui se targuent de ne travailler qu'avec des nuls – le ministre de la santé a pris l'initiative d'une polémique assez pitoyable visant à décrédibiliser toute critique comme provenant d'incompétents (B. Debré) ou de pseudo-experts (des noms !...)

Il est normal, néanmoins, que les citoyens qui me font confiance reçoivent le minimum d'information utile sur les titres et travaux qui me conduisent à prendre une position publique sur un sujet (la pharmacovigilance et l'évaluation des médicaments) qui a été au cœur de mon activité professionnelle depuis près de 30 ans. A côté de mon CV donné, depuis l'origine, en PJ ma notice biographique¹⁸, je récapitule brièvement les principaux éléments qui me paraissent légitimer mon engagement sur les problèmes actuels :

- en 1983, médaille d'argent¹⁹ de la faculté de médecine de Paris pour une thèse critiquant vivement la position des autorités sanitaires sur l'évaluation de la causalité en pharmacovigilance ;
- en 1984, publication méthodologique internationale reprenant ces critiques à l'endroit des évaluations de causalité trompeuses ;
- en 1987, lauréat du Prix Dépression Organon (décerné par l'Association Française de Psychiatrie Biologique, pour un montant de 7 000 € environ), pour un travail sur la causalité des accidents médicamenteux et les dynamiques de sous-notification en pharmacovigilance : les conclusions de ce travail seront ensuite publiées dans diverses revues médico-scientifiques ;
- vers le milieu des années 1980, première introduction en France de la notion de *pharmaco-épidémiologie* ; introduction également de la notion de *Bonnes pratiques de pharmacovigilance*, environ dix ans avant que l'Agence du médicament ne s'en préoccupe ;
- en 1988, rédaction pour la revue *La Recherche* d'un article tenant pour acquis le risque cancérigène des contraceptifs oraux²⁰, plus de quinze ans avant que le fait ne soit reconnu du bout des lèvres par l'Organisation Mondiale de la santé ;
- sur près de 30 ans, participation active à la mise en place, l'organisation et au fonctionnement d'une trentaine de services de pharmacovigilance dans des

¹⁸ <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article29>

¹⁹ Note pour ceux qui ne le savent pas : c'est le degré de récompense le plus élevé, il n'existe pas de médaille d'or...

²⁰ Girard M. Pilule et cancer : la poursuite du débat. *La Recherche* 1989;20:802-803.

firmes françaises ou internationales – incluant SmithKlein Beecham (absorbé aujourd’hui dans GSK) et diverses entité du groupe Aventis, dont Synthélabo ;

- pour ce qui concerne les vaccinations :
 - mai 1995 : mise en garde de l’administration française sur les risques inhérents à une campagne de vaccination contre l’hépatite B²¹ ;
 - en 2005, rédaction d’une lettre ouverte au directeur général de l’OMS critiquant comme mystification l’alerte concernant la grippe aviaire²² ;
 - avril-mai 2009 : prise de position publique sur la mystification de l’alerte concernant la grippe « porcine »²³.

J’invite mes contradicteurs à documenter avec une transparence équivalente leur compétence sur l’évaluation du rapport bénéfice/risque de la vaccination antigrippale.

²¹ <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article63>

²² Lettre ultérieurement publiée aux USA dans *Journal of American Physicians and Surgeons* 2006; 11: 22-3

²³ <http://www.france24.com/fr/20090428-grippe-porcine-epidemie-oms>
<http://www.rolandsimion.org/spip.php?article33>